

XXXII Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar, Almería

Libro de Comunicaciones



XXXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

<u>CAPÍTULO 1. COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EL XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI)</u>	13
1. 1. ÁREA TEMÁTICA: DIABETES	13
D-01. ¿ES EL CAMBIO DE ANÁLOGO GLP1 ÚTIL EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, TRAS FRACASO DE TRATAMIENTO?	13
D-02. IMPORTANCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA	14
D-03. LIRAGLUTIDA UNA VEZ AL DÍA VERSUS LIXISENATIDA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A METFORMINA EN DIABETES TIPO 2: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO DE 26 SEMANAS	16
D-05. USO DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN LA VIDA REAL. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	18
D-06. EXENATIDE-LAR, HECHOS TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO	20
1. 2. ÁREA TEMÁTICA: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	22
DP-01. NECESIDAD DE SEDACIÓN EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS EN NUESTRO MEDIO	22
DP-03. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE RECIENTE APERTURA	23
1. 3. ÁREA TEMÁTICA: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO / EDAD AVANZADA	25
EA-01. COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CARGO DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL	25

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

EA-02.	PLURIPATOLOGÍA E INGRESO HOSPITALARIO PROLONGADO	27
EA-03.	RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y SOPORTE NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL	28
EA-05.	ANTI- PSICOSIS HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA	30
EA-06.	TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (TELE-COMPORTE). MODELO ORGANIZATIVO	32
EA-07.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PALIATIVOS ÉXITOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL ÁREA SANITARIA NORDESTE DE GRANADA	34
EA-08.	TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (TELE-COMPORTE). RESULTADOS DE ACTIVIDAD	35
EA-09.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON PANCITOPENIA	37
EA-10.	PANCITOPENIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEOPLÁSICA	39
EA-12.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA (PARTE I)	40
EA-13.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA (PARTE II)	42

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

1. 4. ÁREA TEMÁTICA: EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA	44
EP-01. ANÁLISIS DE LA EPOC EN MÁLAGA	44
EP-02. ANTIBIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) REAGUDIZADA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	45
EP-03. TRATAMIENTO CORTICOIDEO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) REAGUDIZADA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	47
EP-04. PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES TRATADOS CON DIFERENTES FÁRMACOS ANTI-TNF	48
EP-05. APLICABILIDAD DE ESCALAS PRONÓSTICAS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD	49
EP-06. RESPUESTA INFLAMATORIA LOCAL ASOCIADA A COLONIZACIÓN DE PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	50
1. 5. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES RARAS	53
ER-01. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE WOLFRAM	53
ER-02. EFECTO A LARGO PLAZO DE LAS INFUSIONES DE HEMATINA EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE	54
ER-03. TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	56
ER-04. POLIMORFISMOS Y MUTACIONES ASOCIADOS A LA FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR Y TRAPS	58



ER-05. PROGRAMA DE CRIBADO Y MANEJO MEDIANTE EMBOLIZACIÓN DE LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH)	59
1. 6. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDAD VASCULAR	61
EV-01. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA EN UN HOSPITAL COMARCAL. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES	61
EV-02. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y CAUSAS DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA	62
EV-04. APLICACIÓN ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL PROCESO ICTUS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	65
1. 7. ÁREA TEMÁTICA: GESTIÓN	67
G-01. COLECISTITIS AGUDA, UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO	67
G-02. PERFIL DEL PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL	68
G-03. ANÁLISIS DE ESTANCIA MEDIA EN LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	70
G-04. ATENCIÓN A LOS EPISODIOS DE INGRESO DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS BASES DE DATOS ADMINISTRATIVAS	72
G-05. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	73

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

G-06.	INGRESOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. TENDENCIAS EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS	75
G-07.	ANÁLISIS DE LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS EPISODIOS DE INGRESO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA	77
G-08.	UTILIDAD DE LAS UNIDADES DE DIAGNOSTICO RÁPIDO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE NEOPLASIA	79
G-09.	ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	80
G-10.	ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD, NOTIFICADAS EN 2015 Y PRIMER TRIMESTRE DE 2016	81
G-11.	INFORME SOBRE LA VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN UNA COMISIÓN DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	83
1. 8.	ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS	85
1. 8. 1.	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	85
I-01.	UN AÑO DE CANDIDEMIAS EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA	85
I-02.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PALUDISMO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA TROPICAL	87
I-03.	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE BACTERIEMIAS. ANÁLISIS PRELIMINAR	88
I-04.	DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	90

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

I-05. LAS HEPATITIS VIRALES EN INMIGRANTES SUBSAHARIANOS: UN OBJETIVO PRIORITARIO DE SALUD PÚBLICA	91
I-06. BLASTOCYSTIS HOMINIS ¿VERDADERO PATÓGENO O COMENSAL?	92
I-07. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON PCR+ PARA VIRUS INFLUENZA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA DURANTE LOS MESES INVERNALES DEL AÑO 2016	94
I-08. PALUDISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	95
I-09. VALORACIÓN DE LA ESQUISTOSOMIASIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE	97
I-11. INFECCIONES EN PACIENTES CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA	98
I-12. CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL	100
1. 8. 2. HIV	102
I/H01. INFECCIÓN POR EL VIH Y GESTACIÓN, EXPERIENCIA EN CONSULTA DE UN HOSPITAL COMARCAL	102
1. 9. ÁREA TEMÁTICA: INSUFICIENCIA CARDÍACA	104
IC-01. FRACCIÓN DE EYECCIÓN (FEVI) Y NT-PROBNP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): VALIDACIÓN ESTUDIO PREDICE	104
IC-02. ELECCIÓN DE TRATAMIENTO TRAS EL INGRESO EN PACIENTES CON DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)	105

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

IC-03.	SUPERVIVENCIA Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA	107
IC-04.	CONTROL DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON ANTIVITAMINA K EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR	109
IC-05.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PREDICE	110
IC-06.	REINGRESO Y MORTALIDAD AL AÑO, TRAS EL PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PREDICE	111
1. 10.	ÁREA TEMÁTICA: INFLAMACIÓN Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES	114
IF-01.	UVEÍTIS: TRABAJANDO JUNTO AL OFTALMÓLOGO	114
IF-02.	SARCOIDOSIS SISTÉMICA Y CARDIACA. SCREENING, UTILIDAD DEL PET Y LA CARDIO-RM	115
IF-03.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL	117
IF-04.	PIODERMA GANGRENOSO EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE HUELVA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA	118
1. 11.	ÁREA TEMÁTICA: RIESGO VASCULAR	121
1. 11. 1.	DISLIPEMIAS	121
RV/D-01.	IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEA EN LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR	121

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

1. 11. 2. HIPERTENSIÓN	123
RV/H-01. IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA	123
1. 12. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	125
T-01. ANÁLISIS DE INGRESOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	125
1. 13. ÁREA TEMÁTICA: VARIOS	127
V-01. PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) TIROIDEA ECOGUIADA REALIZADA POR INTERNISTAS. RESULTADOS ASISTENCIALES	127
V-02. ¿QUE PATOLOGÍA VEN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL?	128
V-03. ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LA FORMACIÓN QUE RECIBEN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA?	130
V-04. EXPERIENCIA CON EL USO DE TERLIPRESINA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEPATORRENAL	132
V-05. ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS RESIDENTES QUE ACABAN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA CON LA FORMACIÓN RECIBIDA? UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO	133
V-09. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE LOS TUTORES DE LAS UGC DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA	135
V-11. ANÁLISIS DE LAS HIPOGLUCEMIAS DESDE LA ÓPTICA DE SEGURIDAD CLÍNICA	137
V-12. PERFIL COMPETENCIAL DE LOS RESIDENTES QUE ACABAN MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA	138

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

V-13.	IMPLICACIÓN DE LAS ADIPONECTINAS TRAS LA PÉRDIDA DE PESO EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES METABÓLICAMENTE SANAS	140
V-14.	ADECUACIÓN EN LA INDICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA CRANEAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	142
V-15.	SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR: EXPERIENCIA DE GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	143
V-16.	SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR: INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES	145
V-17.	TIEMPO DE DEMORA Y COMPLICACIONES POSTCPRE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL	147
V-18.	PERFIL DE LOS ERRORES EN CONCILIACIÓN DETECTADOS EN MEDICINA INTERNA EN DOS MESES DE HOSPITALIZACIÓN. IMPORTANCIA DE LA CONCILIACIÓN AL INGRESO	148
V-19.	SUSCEPTIBILIDAD A LA CEGUERA POR FALTA DE ATENCIÓN EN MÉDICOS INTERNISTAS	150
V-20.	ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ACIERTO DIAGNÓSTICO DE TRES HERRAMIENTAS ELECTRÓNICAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	151

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

<u>CAPÍTULO 2. COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EL III ENCUENTRO DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA</u>	154
2. 1. ÁREA TEMÁTICA: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/ EDAD AVANZADA	154
EA-11. PACIENTE FRÁGIL POLIMEDICADO	154
2. 2. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA	156
ENF-01. SEGURIDAD EN EL PACIENTE: ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL COMARCAL 2010-2015	156
ENF-02. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FRÁGILES HOSPITALIZADOS	157
ENF-03. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS, PARTE DE UN EQUIPO	158
ENF-04. RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA	160
ENF-05. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE FALLECEN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA	161
ENF-06. USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL PARA PREVENIR LA BRONCOASPIRACIÓN EN EL PACIENTE CON DEMENCIA MUY AVANZADA	163
ENF-07. CUIDAR CUIDÁNDONOS	165
ENF-08. LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON LA DISNEA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	166
ENF-09. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y REINGRESOS HOSPITALARIOS	168

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

ENF-10. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA POR ENFERMERÍA	170
ENF-11. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	171
ENF-12. CONTINUIDAD DE CUIDADOS INTERNIVELES: EXPECTATIVAS DE LAS CUIDADORAS	173
ENF-13. TASA DE CONTAMINACIÓN Y EFICIENCIA DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAÍDOS EN NUESTRA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA INFECCIOSOS	175
2. 3. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS	176
I-10. EFICACIA DEL USO DE BIOCONECTORES EN CATÉTERES MIDLINE EN UNA UNIDAD DE INFECCIOSOS	176
2. 4. ÁREA TEMÁTICA: VARIOS	178
V-10. RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA MANTENER LOS HUESOS SANOS	178



CAPÍTULO 1. COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EL XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI)

1. 1. ÁREA TEMÁTICA: DIABETES

D-01. ¿ES EL CAMBIO DE ANÁLOGO GLP1 ÚTIL EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, TRAS FRACASO DE TRATAMIENTO?

L. Mérida¹, J. Lebrón Ramos²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Benalmádena (Málaga)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Introducción: los análogos de GLP1 de acción basal, como liraglutide, poseen un efecto taquifiláctico, que provocan el fracaso de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus con mal control metabólico.

Objetivos: comprobar el efecto de lixisenatide en el control de la diabetes mellitus tipo 2, tras el fracaso de tratamiento con liraglutide.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Periodo: Noviembre 2013-Diciembre 2014. Número pacientes seleccionados: 15. Características: Pacientes con diabetes en tratamiento con GLP1 de acción prolongada, con glucemias basales controladas y postprandiales elevadas. Se analizaron datos epidemiológicos, peso, IMC, aclaramiento creatinina mediante CKP-EPI, LDL-c, HDL-c, triglicéridos, uso GLP1, meses de uso GLP1. En el análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo del intervalo de confianza (IC 95%) para las cuantitativas. Para la variable principal bajada de Hba1c, se realizó test Wilcoxon para mostrar diferencias entre ambos tratamientos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron 15 pacientes, 8 de los cuales (53%) fueron varones. La edad media de la muestra fue de 62 (+/- 8) años. La media de años de evolución de diabetes fue de 11 (+/-7), 5 (33%) pacientes presentaban nefropatía (todas ellas estadio III), 20% (n=3) retinopatía, 40% (n=6), 93% eran dislipémicos (n=14) el 80% (n=12) hipertensos. El 40% padecían cardiopatía isquémica y el 33% ictus. IMC medio de 40 (+/-5). En cuanto al tratamiento: metformina 93% (n=14), sulfonilurea 26% (n=4), pioglitazona 13% (n=2), repaglinida 6,7% (n=1), inhibidores dpp4 66,7% (n=10), insulina 80% (n=12), siendo glargina el 58,3%. El uso de liraglutide fue del 100% de los casos,

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

con un tiempo medio de duración de fue de 9 (+/-3) meses. Durante el periodo previo al cambio la Hba1c media fue de 8.6% (+/-1). El acaramiento de cratinina fue de 70,9 mg/dl (+/-16). LDL-c medio de 113mg/dl (+/-42), HDL-c medio (39+/-15) y Triglicéridos 183mg/dl (+/-67). Tras el cambio de liraglutide por lixisenatide la Hba1c media fue de 7,5% (+/-1), IMC medio 37,7 (+/-6,9). El análisis bivariado mostró un descenso medio de Hba1c de 1,1 (IC 95% 0,1-2,1), $p < 0,005$, siendo las diferencias estadísticamente significativas. No hubo diferencias en cuanto a reducción de peso.

CONCLUSIONES

El cambio de liraglutide por lixisenatide es una buena opción terapéutica, cuando liraglutide fracasa. La bajada de 1,1 puntos en Hba1c fue estadísticamente significativa. No obstante son precisos estudios con muestras más amplias para poder corroborar estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fineman M. S., Cirincione B. B., Maggs D., Diamant M. *GLP-1 based therapies: differential effects on fasting and postprandial glucose. Diabetes Obes Metab.* 2012;14(8):675-688.

D-02. IMPORTANCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

J. Osuna Sánchez¹, P. Cabrera García¹, L. Pérez Belmonte², V. Herrero García¹, J. Constan Rodríguez¹, F. Rodríguez Díaz¹, J. Molina Campos¹, S. Peláez Domínguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Realizar un estudio de pacientes ingresados a cargo de residentes de cuarto y quinto año en un hospital comarcal para ver la importancia de la diabetes mellitus como comorbilidad en estos pacientes

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes a cargo de residentes de medicina interna de cuarto y quinto año con diabetes mellitus ingresados en nuestro servicio desde Enero a Diciembre 2015. Se llevó a cabo un análisis de todos los factores de riesgo que padecían los pacientes. Se dividió la población en dos grupos atendiendo a

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

si eran diabéticos o no. Se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos atendiendo a sus frecuencias y un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas mediante el test de la Chi Cuadrado y las variables cuantitativas con el test de la U de Mann Whitney.

RESULTADOS

Fueron analizados 242 pacientes con una edad mediana de 72 años (60-80) y un 50% de mujeres, de los cuales 76 (31,4%) eran diabéticos. La estancia mediana fue de 7 días (4-12).

CONCLUSIONES

Discusión: en este estudio llevado a cabo en nuestro centro pone de manifiesto la importancia del adecuado conocimiento por parte de un especialista en formación de medicina interna de una patología tan frecuente y complicada como es la Diabetes Mellitus, es una de las principales comorbilidades que presentan los pacientes ingresados en nuestros servicios y su correcto manejo es fundamental para evitar las posibles complicaciones, el alargamiento de las estancias y los problemas que puedan surgir durante los ingresos.

Conclusión: se ha demostrado que los pacientes ingresados en nuestro centro con diabetes mellitus tienen un mayor nivel de HTA, DLP, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, insuficiencia renal, mayor senectud o antecedentes de enfermedad cerebrovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez J. *La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 301-305.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

COMORBILIDAD	DIABETICO	NO DIABETICO	SIGNIFICACION ESTADISTICA
EDAD	76(68-82)	68(55,5-79)	P<0,001
ESTANCIA	8(5-14)	7(4-12)	P=0,306
MORTALIDAD	4(5,2%)	9(5,4%)	P=0,613
SCA	23(29,9%)	24(14,4%)	P=0,004
ICTUS	14(18,2%)	13(7,8%)	P=0,016
HTA	64(83,1%)	79(47,3%)	P<0,001
DLP	40(51,9%)	39(23,4%)	P<0,001
I.RENAL	12(15,6%)	12(7,2%)	P=0,036
ICC	20(26%)	18(10,8%)	P=0,003
EPOC	12(15,6%)	18(10,8%)	P=0,190
SEXO	41% hombres	48% hombres	P=0,190

Fig. 1

D-03. LIRAGLUTIDA UNA VEZ AL DÍA VERSUS LIXISENATIDA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A METFORMINA EN DIABETES TIPO 2: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO DE 26 SEMANAS

R. Gómez Huelgas¹, M. Nauck², M. Rizzo³, V. Pirags⁴, H. Bosch-Traberg⁵, J. Madsen⁵, B. Cariou⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

²Diabetes. St. Josef Hospital, Ruhr-University Bochum. Bochum

³Ateroesclerosis, Diabetes y Prevención Cardiovascular. Universidad de Palermo. Palermo

⁴Servicio de Medicina Interna. Pauls Stradins Clinical University Hospital, Universidad de Letonia. Riga

⁵Departamento Médico. Novo Nordisk A/S. Søborg

⁶Endocrinología y Nutrición. Institut du Thorax, Nantes University Hospital. Nantes



OBJETIVOS

Liraglutida (lira) y lixisenatida (lixi) son agonistas del receptor GLP-1 para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ambos para una inyección diaria. El objetivo del estudio fue comparar la eficacia y seguridad de lira vs lixi como tratamiento complementario a metformina (MET) en pacientes con DM2 que no alcanzaban un control glicémico adecuado únicamente con MET.

PACIENTES Y MÉTODOS

Fue un estudio aleatorizado, abierto, de grupos paralelos de 26 semanas de duración. Los pacientes (edad ≥ 18 años, HbA1c 7,5-10,5% [58-91 mmol/mol], IMC ≥ 20 kg/m²) con DM2 fueron aleatorizados 1:1 a recibir lira 1,8 mg o lixi 20 μ g como tratamiento complementario a MET (máxima dosis tolerada 1000-3000 mg diarios). El aumento de la dosis y la administración de lira y lixi se realizaron según la ficha técnica aprobada para ambos medicamentos en el momento del estudio. Lira se administró una vez al día a cualquier hora y con independencia de las comidas. Lixi se administró una vez al día en el lapso de una hora antes del desayuno o la cena.

RESULTADOS

Se aleatorizaron 404 pacientes (edad media 56 años, mujer/varón 60%:40%, IMC 35 kg/m², HbA1c 8,4% [68 mmol/mol], duración DM2 de 6,4 años). En la semana 26, lira redujo la HbA1c media significativamente más que lixi (diferencia de tratamiento estimada: -0,62%, IC 95%: -0,80 a -0,44; $p < 0,0001$) con más pacientes que alcanzaban la HbA1c objetivo $< 7\%$ y $\leq 6,5\%$. Lira se asoció con una mayor mejora del índice HOMA-B. Puesto que el HOMA-B se midió en ayunas, esta mejora se debió posiblemente a las diferencias en la exposición al fármaco determinadas por las distintas vidas medias de lira y lixi. Lira redujo la glucosa plasmática en ayunas más que lixi. Se observó una mayor reducción con lira en la media de la medida de 9 puntos de glucosa plasmática auto-evaluada. Sin embargo, con lixi se obtuvieron incrementos post-prandiales más pequeños para la comida que seguía a la inyección en comparación con lira. Ambos fármacos promovieron de manera similar la pérdida de peso (-4,3 kg para lira y -3,7 kg para lixi; $p = ns$). Las presiones arteriales sistólica y diastólica disminuyeron de forma similar en ambos grupos. El perfil de seguridad fue similar en general entre los dos grupos. Los eventos adversos más comunes fueron trastornos gastrointestinales (náuseas: 21,8% para lira y lixi; diarrea: 12,4% para lira y 9,9% para lixi). Los episodios hipoglucémicos confirmados (hipoglucemia severa o GP $< 3,1$ mmol/L) fueron infrecuentes (4 eventos en 3 pacientes con lira, 8 eventos en 5 pacientes con lixi, $p = ns$), sin ningún episodio de hipoglucemia grave.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

Liraglutida fue más eficaz que lixisenatida como tratamiento complementario a la MET para alcanzar el control glucémico, y podría asociarse con una mayor mejoría en la función de las células beta en pacientes con DM2.

Las reducciones en peso corporal y presión sanguínea fueron similares, y ambos tratamientos se toleraron adecuadamente con riesgo bajo de hipoglucemia y un perfil similar de eventos adversos gastrointestinales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buse et al. *Lancet* 2009;374:39–47.
2. Rosenstock et al. *Diabetes Care* 2013;36:2945–51.
3. Novo Nordisk. *Victoza SmPC*. Accessed September 2015. Sanofi. *Lyxumia SmPC*. Accessed September 2015.

D-05. USO DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN LA VIDA REAL. ANÁLISIS DE LAS PRESCRIPCIONES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Millán García¹, M. Sánchez Montes¹, R. Pacheco Yepes¹, G. Ropero Luis¹, S. García Agudo², S. Jansen Chaparro¹, R. Gómez Huelgas¹, F. Salgado Ordóñez¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

Analizar el perfil de eficacia, tolerabilidad y seguridad de los fármacos inhibidores del cotransportador sodio- glucosa tipo 2 (iSGLT2) prescritos en nuestra consulta externa desde el inicio de su comercialización.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo sobre el uso de los fármacos iSGLT2 en la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Criterios de inclusión: pacientes consecutivos mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) que comenzaron tratamiento con iSGLT2 (canagliflozina, dapagliflozina o empagliflozina) entre enero de 2014 y enero de 2016 inclusive.

Criterios de exclusión: periodo de seguimiento inferior a 3 meses o datos insuficientes recogidos en la Historia de Salud Única (HSU).

Estrategia: se localizaron las historias a través del programa “Microstrategy”, realizando una búsqueda sobre las prescripciones realizadas en el programa “Receta XXI”. Se

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

recopilaron variables sociodemográficas, antropométricas, analíticas y de efectos adversos mediante análisis de los registros de la HSU en Diraya. El análisis estadístico se realizó con el software R versión 3.2.4, comparándose las variables cuantitativas con la prueba t de Student para muestras apareadas. Las variables continuas se expresan como la media y su desviación estándar.

RESULTADOS

Se identificaron 32 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de un total de 40, con una edad media de 65,3 (10,1) años y distribución similar de sexos (53% hombres). En el 56% de los casos se prescribió empagliflozina y en el 44% dapagliflozina. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) media previa al inicio del tratamiento era 7,8% (1,6), el peso medio 89,7 (16,3) kg, y el índice de masa corporal (IMC) medio 34,3 (5,9) kg/m². El 97% de los pacientes tomaba antidiabéticos orales, el 19% análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP-1), y el 19% se administraba insulina.

El tiempo mediano de seguimiento (entre el inicio del tratamiento y la primera revisión) fue de 4 meses. La HbA1c media en la primera revisión fue 7,4% (1,4), un descenso medio de 0,4 puntos (p=0,04). El 28% de los pacientes obtuvo un descenso de HbA1c igual o superior a 0,5 puntos. No se observaron diferencias significativas en el IMC, la presión arterial y la función renal.

En el 19% de los casos apareció algún efecto secundario (todos ellos leves), el más frecuente las infecciones del tracto urinario que afectaron al 9% de los pacientes; no se registró ningún caso de cetoacidosis. En el 22% de los casos fue necesario suspender el tratamiento, siendo el más habitual la aparición de efectos secundarios seguido por la falta de eficacia.

CONCLUSIONES

En nuestra pequeña cohorte los fármacos iSGLT2 parecen ser eficaces en el control glucémico en la práctica clínica real a corto plazo, no obstante otros efectos beneficiosos como la reducción de peso y la presión arterial no son tan evidentes. Las tasas de abandono y efectos secundarios fueron similares a las reportadas en ensayos clínicos. Parece razonable completar el estudio con un mayor número de pacientes y seguimiento a medio-largo plazo para confirmar estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunton S. A. *The potential role of sodium glucose co-transporter 2 inhibitors in the early treatment of type 2 diabetes mellitus. Review article. Int J Clin Pract, October 2015, 69, 10, 1071–1087.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

D-06. EXENATIDE-LAR, HECHOS TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO

P. Sánchez López¹, P. Hidalgo Pérez¹, E. Ferrándiz Millón², D. Cepero García²,
M. Vázquez Gutiérrez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Varios estudios demuestran que están íntimamente relacionados la obesidad central, diabetes mellitus, dislipemia y esteatosis hepática, asociándose a un mayor riesgo de padecer eventos cardiovasculares. Nuestro objetivo fue valorar el efecto de exenatida de liberación prolongada junto a medidas higiénico-dietéticas en pacientes diabéticos tipo 2 mal controlados, no insulinizados, diagnosticados de esteatosis hepática mediante ecografía.

PACIENTES Y MÉTODOS

Para ello se recogieron las principales variables epidemiológicas, antropométricas y analíticas de estos enfermos, y se valoraron los cambios después de la modificación del tratamiento. Los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se reclutaron 26 pacientes, 11 mujeres y 15 hombres, con una edad media de $56,54 \pm 7,97$ años y una media de $7,92 \pm 2,92$ años de evolución de su diabetes. En la primera visita todos estaban en tratamiento con metformina, 17 estaban con sulfonilureas, 8 con IDPP4 y 3 con pioglitazona. 18 tomaban antihipertensivos y 16 hipolipemiantes. Ninguno fumaba en el momento actual y 2 habían padecido un evento cardiovascular previo.

Pesaban $103,91 \pm 14,4$ kg con un IMC de $37,32 \pm 4,812$ Kg/m² y perímetro abdominal medio de 116,5 cm. La TAS era de $133 \pm 9,7$ y la TAD de $83,5 \pm 8,8$ mmHg, con una FC de 85 lpm.

Los parámetros analíticos en la primera visita fueron: niveles de glucosa $177,96 \pm 35,79$ mg/dl, HbA1c $8,84 \pm 0,765\%$, colesterol total $195,52 \pm 26,42$ mg/dl, LDL-colesterol $04,5 \pm 19,46$ mg/dl, GPT $39,7 \pm 18,58$ U/L, GOT $35,49 \pm 11,45$ U/L, GGT $52,65 \pm 22,56$ U/L, FA 35 ± 44 U/L. El cociente albúmina/creatinina en orina medio fue de 50 mg/g.

En la segunda visita (a los 5-6 meses): Pesaban $97,46 \pm 8,6$ kg. La TAS era de $130 \pm 8,8$ y la TAD de $81,32 \pm 6,6$ mmHg, con una FC de 83 lpm. Los parámetros analíticos fueron: niveles de glucosa $150,7 \pm 34$ mg/dl, HbA1c $7,6 \pm 0,95\%$, colesterol total 180 ± 30 mg/dl, LDL-colesterol $93,6 \pm 19,5$ mg/dl, GPT $33 \pm 8,7$ U/L, GOT 31 ± 6 U/L, GGT 43 ± 28 U/L, FA $69,27 \pm 24,41$ U/L. El cociente albúmina/creatinina en orina medio fue de 47 mg/g. La mejoría fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en peso, IMC, HbA1c y las transaminasas GPT y GOT.



CONCLUSIONES

En sólo 6 meses de tratamiento con exenatida-LAR junto a medidas higiénico-dietéticas observamos una mejoría en distintos parámetros antropométricos y analíticos en estos pacientes, siendo estadísticamente significativos en peso, IMC, HbA1c y las transaminasas GPT y GOT .

BIBLIOGRAFÍA

1. Blevins T., Pullman J., Malloy J., et al, "DURATION-5: Exenatide Once Weekly Resulted in Greater Improvements in Glycemic Control Compared With Exenatide Twice Daily in Patients With Type 2 Diabetes," *J Clin Endocrinol Metab*, 2011, 96(5):1301-10.
2. American Diabetes Association (ADA). 10. Older Adults. *Diabetes Care*.2016b;39(suppl 1):S81-S85. doi:10.2337/dc16-S013.
3. Buse J. B., Henry R. R., Han J., et al, "Effects of Exenatide (Exendin-4) on Glycemic Control Over 30 Weeks in Sulfonylurea-Treated Patients With Type-2 Diabetes," *Diabetes Care*, 2004, 27(11):2628-35.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

1. 2. ÁREA TEMÁTICA: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-01. NECESIDAD DE SEDACIÓN EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS EN NUESTRO MEDIO

M. Pérez Tristancho¹, S. Bermejo Vázquez¹, J. Fernández Soto²,
M. Raffo Márquez¹, M. Sáenz de Tejada²

¹Servicio de Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

En cuidados paliativos se pretende un manejo adecuado de los síntomas hasta el fallecimiento de los pacientes. En ocasiones no encontramos con síntomas refractarios que precisan iniciar una sedación paliativa para la situación de últimos días.

Nuestro objetivo es conocer las características clínicas de los pacientes no oncológicos ingresados en Medicina Interna que requieren sedación paliativa en nuestro centro así como las causas principales de éxitus.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo donde se recogieron en una base de datos los pacientes ingresados no oncológicos en planta de Medicina Interna de nuestro centro (Hospital privado de Huelva) desde su apertura (Julio 2013 al 31 de Marzo de 2016), que durante su estancia precisaron iniciar sedación al final de la vida para controlar síntomas refractarios.

Se analizaron varias variables: edad, sexo, causa de mortalidad, fármaco empleado para la sedación, estancia media en planta desde el ingreso, tiempo medio desde que se inicia la sedación hasta el fallecimiento así como síntoma refractario predominante.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 17 pacientes con una edad media de 77,94 años (rango de 32 a 90 años); el 58,8 % eran mujeres. El tiempo medio desde que se inicia la sedación al éxitus fue de 2,24 días (desviación típica de 1,25, rango de 1 a 5 días) y el 82,4 % falleció antes del tercer día de la sedación. La media del número de días ingresados en planta de Medicina Interna es de 14,94 días (rango de 2 a 60 días). Las causas principales de éxitus fueron la insuficiencia cardíaca con un 23,6% seguido de la insuficiencia respiratoria e ictus con un 17,6% en ambos casos.

El fármaco más utilizado fue el midazolam y en un caso hubo que añadir levopromazina para control adecuado de los síntomas.

El síntoma más refractario fue la disnea con un 64,7 % seguido del dolor con un 23,5%.



CONCLUSIONES

- La insuficiencia cardíaca es la principal causa de éxitus en pacientes ingresados no oncológicos.
- Los pacientes que precisan sedación presentan mayor complejidad derivada de la necesidad de controlar sus síntomas y por tanto mayor estancia media.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Deijck R. H., Krijnsen P. J., Hasselaar J. G., Verhagen S. C., Vissers K. C., Koopmans R. T. *The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: a nationwide explorative study among Dutch nursing home physicians. J Am Geriatr Soc* 2010;58:1671-8.
2. Dalacorte R. R., Rigo J. C., Dalacorte A. *Pain management in the elderly at the end of life. N Am J Med Sci* 2011;3:348-54.
3. Boceta, J. et al. *Sedación paliativa en un Hospital Universitario: experiencia tras la puesta en marcha de un protocolo específico. Rev Calid Asist.* 2013;28(4):225-233
4. Nabal, M. et al. *Sedación paliativa: situación actual y áreas de mejora. Rev Cal Asist.* 2014; 29(2):104-111.
5. Nabal M., Palomar C., Juvero M. T., Taberner M. T., León M., Salud A. *Palliative sedation: Current situation and areas of improvement. Revista de calidad asistencial : organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.* 2014;29(2):104-111.

DP-03. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE RECIENTE APERTURA

M. Pérez Tristancho¹, J. Fernández Soto², S. Bermejo Vázquez¹,
E. Gutiérrez Cortizo², I. Páez Rubio¹

¹Servicio de Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

OBJETIVOS

- Describimos las características de los pacientes oncológicos ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización de Medicina Interna desde su apertura (Julio 2013 a Marzo de 2016)
- Nuestro objetivo es conocer las características de nuestros pacientes, los diagnósticos oncológicos más frecuentes, la mortalidad y la frecuencia de sedación paliativa.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

PACIENTES Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en Medicina Interna en el Hospital Costa de la Luz desde su apertura (Julio de 2013 a marzo de 2016)
- Ámbito del estudio: Hospital Costa de La Luz (Huelva) que abarca 30 camas (Hospital Privado)
- Se analizaron las siguientes variables: la edad, sexo, diagnóstico oncológico, mortalidad y si se procedió o no a sedación paliativa.

RESULTADOS

- Se revisaron las historias clínicas de 41 pacientes ingresados durante el período citado, el 58,5% eran hombres.
- La edad media fue de 70,3 años (desviación típica de 12,43; mínimo 43-máximo 95 años)
- Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron: colon 12 (29,3%), mama 7 (17,1%) , páncreas 7 (17,1%), pulmón 5 (12,2 %) , mieloma 2 (4,9%) y otros 19,2 % (esófago, gástrico, laringe, vulva, ovario, próstata, útero y vejiga).
- El 75,6% estaba en seguimiento por Oncología. El 65,9 % de los pacientes presentaban metástasis de su proceso oncológico. - Fallecieron 21 pacientes (51,2%) y recibieron sedación paliativa 17 pacientes (41,5%) con un tiempo medio desde que se inicia la sedación hasta el éxitus de 1,41 días (desviación típica 1,94).
- La estancia media en planta fue de 11,78 días.

CONCLUSIONES

- Destacamos el origen digestivo como la neoplasia más frecuente con un 51,2 % (colon 29,3%).
- Los pacientes que recibieron sedación presentaron un buen nivel de sedación con un fallecimiento antes de dos días de iniciarla. El objetivo de los cuidados paliativos en un paciente con enfermedad neoplásica en fase terminal debe dirigirse hacia una mejora en la calidad de vida, buen control de síntomas y una muerte en paz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta Sales J., Gómez Batiste X., Tuca Rodríguez A. *Sedación paliativa. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Enfoque editorial; 2013. p. 345-355.*
2. http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf.



1. 3. ÁREA TEMÁTICA: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO / EDAD AVANZADA

EA-01. COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CARGO DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Molina Campos, J. Osuna Sánchez, I. Ubiria Zanotti, F. Rodríguez Díaz, V. Herrero García, J. Constán Rodríguez, M. Navarrete de Gálvez, S. Peláez Domínguez

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

OBJETIVOS

Realizar un estudio de pacientes ingresados a cargo de residentes de cuarto y quinto año en un hospital comarcal, analizando cuáles son sus características y como de complejos son dichos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en nuestro servicio a cargo de médicos residentes de medicina interna desde Enero a Diciembre 2015. Se recogieron datos demográficos (edad y género), tipo de patología y diagnóstico principal, la estancia media, y la comorbilidad asociada. Se trabajó con herramientas de estadística descriptiva, separando los grupos entre paramétricos y no paramétricos para posteriormente analizarlos (frecuencias, medias, porcentajes medianas y rango intercuartílico).

RESULTADOS

Se analizaron 242 ingresos, con una edad mediana de 72 años (60-80), un 50% correspondían a mujeres y 46 eran extranjeros (19%). La estancia mediana fue de 7 días (4-12). Dentro de las comorbilidades 76 pacientes eran diabéticos (31,4%), 142 padecían hipertensión arterial (58,7%), 78 dislipemia (32,2%), 47 cardiopatía isquémica (19,4%), 27 tenían antecedentes de enfermedad cerebrovascular (11,2%), 22 neoplasias (9,1%), 39 fibrilación auricular (16,1%), 24 insuficiencia renal (9,9%), 30 enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (12,4%) y 38 insuficiencia cardiaca (15,7%). De todos los ingresos, 61 pacientes tenían más de 5 patologías (25,2%) y tan solo fallecieron 13 pacientes (5,4%).

CONCLUSIONES

La Medicina Interna es una especialidad médica de larga tradición, que aporta una atención global al enfermo adulto de carácter preferentemente hospitalario. Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esto hace que el especialista

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

en medicina interna deba de tener una visión global del paciente, donde se abarque todas las comorbilidades que rodean al motivo principal del ingreso.

Conclusión: el especialista en formación de medicina interna debe de instruirse en el manejo integral del proceso asistencial que rodea al paciente y sus comorbilidades para poder llevar a cabo una correcta labor asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez J. *La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 301-305.*

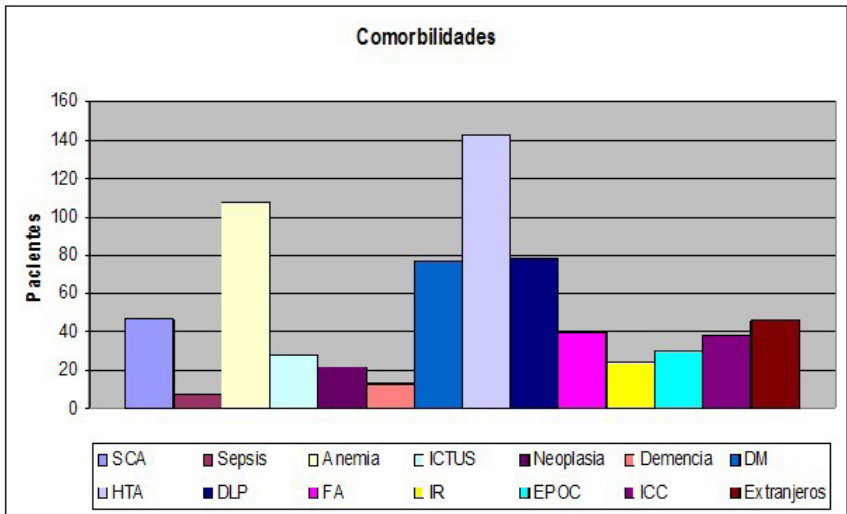


Fig. 1

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

EA-02. PLURIPATOLOGÍA E INGRESO HOSPITALARIO PROLONGADO

M. Ruz Zafra, M. Barón Ramos, I. Gallardo Romero, J. Ruiz Rueda,
A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es determinar la incidencia de pluripatología entre los pacientes con estancia media prolongada en el servicio de Medicina Interna durante el año 2015, describir sus características y conocer los factores que pudiesen estar relacionados con el ingreso prolongado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en el año 2015 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda y que tuvieron estancia prolongadas, definiéndose ésta como el ingreso durante once o más días. Las variables analizadas se extrajeron de los informes de alta, obteniéndose un total de 646 informes. Se recogieron variables sociodemográficas del paciente, su condición de pluripatología, sus categorías así como la existencia de deterioro cognitivo, dependencia, los días y el tipo de ingreso, el motivo de ingreso y el diagnóstico al alta, el hecho de tener cuidador o vivir en residencia, si precisó realizarse alguna prueba o trasladarse a nuestro Hospital de referencia, si se complicó con infección nosocomial o éxitus. Se calcularon frecuencia y porcentajes de las distintas categorías de las variables cualitativas y media, desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Del total de 646 pacientes con estancia hospitalaria prolongada, un 37.8% (244) eran pluripatológicos, siendo las categorías E (28%), A (27.6%) y B (24.6%) las más frecuentes. De los pacientes que ingresaron por Insuficiencia cardíaca un 69.93% cumplía criterios de pluripatología frente a un 30.7% que no lo eran, $p < 0.000$. El 64.3% de los pacientes dependientes para las ABVD eran pluripatológicos frente a un 35.7% de los pacientes que no lo eran, $p < 0.001$). De los pacientes pluripatológicos tienen cuidador un 76.2% de los pacientes frente a un 20.8% que no lo tienen, $p < 0.001$. Sólo el 4.5% de los pacientes pluripatológicos, precisaron traslado o alguna prueba complementaria en otro hospital, $p < 0.018$. De los pacientes que adquirieron infección nosocomial un 63.5% eran pluripatológicos, $p < 0.001$) y del total de pacientes que fallecieron durante el ingreso, un 55.2% eran pluripatológicos, $p < 0.002$.

CONCLUSIONES

La incidencia de pluripatología en nuestro servicio es de 37.8%, siendo similar a la observada en nuestro servicio en estudios anteriores así como en otros centros. Esto

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

supone una importante carga asistencial en la actividad cotidiana en Medicina Interna, una elevada mortalidad, y una discapacidad progresiva. Por tanto, como ya evidencian estudios anteriores, la definición de Pluripatología se ha mostrado de utilidad para detectar en los Servicios de Medicina Interna a enfermos con especial fragilidad clínica, entendida no sólo como la presencia de comorbilidad, sino también como la presencia de deterioro funcional que inevitablemente genera una progresiva dependencia médica, de cuidados y sociofamiliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Morillo J. S., et al. *Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de Medicina interna. Med Clin (Barc). 2005;125(1):5-9.*

EA-03. RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y SOPORTE NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Rodríguez Rodríguez¹, J. Pousibet Puerto¹, A. Peinado Cano², E. Baranova¹, C. Ocaña Losada¹, J. Cuenca Gómez¹, J. Montes Romero¹, M. Álvarez Moreno¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La desnutrición a nivel hospitalario es un proceso altamente prevalente que además se ha relacionado con el aumento de la morbi-mortalidad y de los costes sanitarios. Según el estudio PREDYCES® el 23% de los pacientes ingresados en un hospital español están en riesgo nutricional.

Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de riesgo de desnutrición en los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, así como la existencia de soporte nutricional adecuado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal que incluye a los pacientes que se encontraban ingresados en el servicio de Medicina Interna durante la tarde del día 15 de septiembre de 2015. Se les pidió consentimiento informado para la recogida de datos así como para la realización del cuestionario NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002). Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos. Fueron excluidos los pacientes ingresados en el mismo Área Integrada de Gestión a cargo de otra



especialidad médica, así como los pacientes dados del alta ese mismo día. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

De los 31 pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna, 16 (51.6%) eran varones, con 68.4 años de edad media y una estancia media hospitalaria de 3.58 días. A todos ellos se les realizó el cribado inicial del cuestionario NRS 2002, dando una puntuación distinta de 0 el 41.9% (N=13), los cuales completaron el cribado final. De ellos 5 y 6 (84.6%) se encontraban en riesgo de desnutrición moderada y grave respectivamente. El 30.7% tenía prescrito soporte nutricional adicional.

CONCLUSIONES

Hayamos una alta prevalencia de pacientes que se encontraban en riesgo de desnutrición (41.9%) en comparación con el estudio PREDYCES® (23%). Un alto porcentaje (70,3%) no tenía planificado soporte nutricional. Dado lo relevante de los resultados nos vemos obligados a revisar nuestra práctica clínica en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Planas Vila M., Álvarez Hernández J., García de Lorenzo A. *The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study.* Nutr Hosp. 2010 Nov-Dec;25(6):1020-4.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Nutritional Risk Screening 2002			
Cribado inicial		Si	No
¿Índice de masa corporal <20?			
¿Pérdida de peso en los últimos 3 meses?			
¿Reducción de la ingesta en la última semana?			
¿Enfermedad grave?			
Si la respuesta a alguna de las preguntas es «Sí», se debe pasar el cribado completo:			
Alteración del estado nutricional		Severidad de la enfermedad (requerimientos/estrés-metabolismo)	
0	Normal	0	Requerimientos normales
Leve Score 1	Pérdida de peso >5% en 3 meses, o ingesta <50-75% de las necesidades en la semana precedente	Leve Score 1	Fractura de cadera. Pacientes crónicos con complicaciones agudas: hemodiálisis, diabetes, cirrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, oncología
Moderado Score 2	Pérdida de peso >5% en 2 meses, o índice de masa corporal de 18,5-20,5 kg/m ² + alteración del estado general o ingesta del 25-50% de las necesidades en la semana precedente	Moderado Score 2	Cirugía mayor abdominal Accidente vascular cerebral Infecciones severas, neoplasias hematológicas
Severo Score 3	Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o índice de masa corporal <18,5 kg/m ² + alteración del estado general o ingesta del 0-25% de las necesidades en la semana precedente	Severo Score 3	Traumatismo craneoencefálico Trasplante de médula ósea <i>Pacientes de unidad de cuidados intensivos (APACHE >10)</i>
Score	+	Score	= Total score:
Añadir un punto si la edad es >70 años. Si la puntuación total es ≥3, paciente con desnutrición o riesgo de presentarla.			

Fig. 1

EA-05. ANTI- PSICOSIS HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA

P. Hidalgo Pérez, C. Martínez Mateu, J. Romero León, S. Ferra Murcia, E. Vogt Sánchez, R. Fernández Garzón, A. Lazo Torres, P. Sánchez López
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Se pretende analizar las características del tratamiento antipsicótico prescrito en pacientes de un servicio de Medicina interna de un Hospital de tercer nivel, así como determinar las interacciones medicamentosas leves, moderadas o graves e incluso las contraindicaciones de dichos fármacos con el resto del tratamiento.



PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal-prospectivo en el que se analizó una muestra de 88 pacientes ingresados en Medicina Interna en un servicio de tercer nivel y se estudió si tenían prescrito un antipsicótico previamente, si se les pautó de novo al ingresarse o durante su estancia hospitalaria y, de ser así si al alta lo mantuvieron. Se ha usado la herramienta Micromedex y los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

De 88 pacientes un total de 19 se les prescribió algún tipo de Neuroléptico durante su estancia en Medicina Interna. De esos previamente los tenían pautados un 52,6%.

Solo un paciente tenía un neuroléptico prescrito previo al ingreso por el servicio de Psiquiatría por trastorno bipolar y dos por el servicio de Neurología ambos por demencia tipo Alzheimer junto con trastorno psicótico de la personalidad. Otro caso se había pautado por Medicina Interna tras un delirio en un ingreso previo y el resto los había prescrito el médico de atención primaria (60%).

En total los neurolépticos pautados presentaron 11 contraindicaciones, 20 interacciones mayores y 1 moderada con el resto del tratamiento prescrito. Bien es verdad que la documentación existente al respecto suele ser débil o poco frecuente, puede llegar a tener gran relevancia clínica.

Entre los efectos posibles debido a estas interacciones se encuentran: alargamiento del intervalo QT, aumentos del riesgo de síndrome serotoninérgico e incluso el desencadenamiento de un síndrome neuroléptico maligno.

A ningún paciente se le pautó un neuroléptico al alta que previamente no llevara durante el ingreso. Señalar que 42.10% de los pacientes los antipsicóticos se pautaron de novo, de los cuales sólo se conservaron al alta un 66% de los mismos.

Los antipsicóticos más usados en orden de frecuencia fueron: haloperidol (31.82%), ziprasidona (27,3%), quetiapina (18,2%), risperidona (13,64%), clotiapina y clorpromazina (4,55% respectivamente). Al igual que en otros estudios el haloperidol es el más usado, sin embargo, los nuevos agentes antipsicóticos como la ziprasidona o la quetiapina, que parecen tener menos efectos secundarios y similares en eficacia al primero, siguen muy de cerca en frecuencia al primero.

CONCLUSIONES

Antipsicóticos son fármacos muy usados para tratar el delirio en pacientes hospitalizados y se asocian con estancia hospitalaria prolongada y mayor morbilidad y mortalidad. Este grupo farmacológico presenta muchas interacciones con otros tratamientos así como contraindicaciones por lo que deben ser pautados con precaución. El más usado sigue siendo el haloperidol seguido muy de cerca de otros neurolépticos como la ziprasidona o la quetiapina.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Inouye S. K., Westendorp R. G., Saczynski J. S. *Delirium in elderly people. Lancet* 2014; 383:911.
2. Gilchrist N. A., Asoh I., Greenberg B. *Atypical antipsychotics for the treatment of ICU delirium. J Intensive Care Med* 2012; 27:354.

EA-06. TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (TELE-COMPORTE). MODELO ORGANIZATIVO

A. Fernández Moyano¹, J. Páez Pinto², W. López Jimeno³, J. Alonso Urbita⁴,
E. Mohedano Cascado⁵, A. Márquez Bocanegra⁶, P. Castejón Ojeda⁷,
R. Hernández Soto⁷

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

²UGC Atención Primaria de Bormujos, ⁷Dirección Asistencial. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. SAS. Sevilla

³Salud Responde. Empresa pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Jaén

⁴061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Sevilla

⁵Linde HealthCare. Linde HealthCare. Barcelona

⁶Dpto. de Sistemas de Información. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. SAS. Sevilla

⁷Dpto. de Sistemas de Información. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

OBJETIVOS

Mostrar el modelo organizativo de un sistema de Telemonitorización en domicilio de pacientes con enfermedades crónicas complejas, que integra a Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Salud Responde, 061 y Linde HealthCare, en el Área Sanitaria del Aljarafe con 284.000 habitantes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes: Criterios de inclusión: Pacientes con Insuficiencia Cardíaca estadio III-IV, EPOC grado C-D o Pluripatología con IC o EPOC que hayan tenido 2 ingresos en el año previo.

Método: Se ha establecido un sistema de trabajo integrado por entidades sanitarias públicas y por socio tecnológico, que ya ha empezado a aplicarse en la práctica diaria.



RESULTADOS

El modelo organizativo conseguido tiene las siguientes características:

1. Integración del programa de TLM en el modelo asistencial de atención a pacientes con enfermedades crónicas del Aljarafe (COMPARTE).
2. Medición de TA, FC, Peso, SaO₂, y Flujo espiratorio con sistemas que requieren muy poca interacción tecnológica con el paciente.
3. Plataforma de Telemonitorización de registro de variables y de la actividad clínica asociada.
4. Centro clínico de Telemonitorización (Linde Healthcare) donde se procesa la información de variables y se realiza evaluación clínica reglada.
5. Realización de vía clínica con estructura de arquitectura grado IV, donde se contempla entre otros: a) tipos de alertas (técnicas, biológicas o clínicas), b) criterios de estratificación de alertas (leve-moderada, grave o muy grave), c) actuaciones de gestión de agendas derivadas (cita en agenda de visita domiciliaria del médico de familia para leves-moderadas-graves, o aviso a 061 para muy graves, d) flujos de transmisión automática de información por correo electrónico entre los distintos agentes de salud, e) definición de actividades organizativas según el grado de alerta, f) actuaciones clínicas normalizadas de manejo de descompensación de Insuficiencia Cardíaca y de reagudización de EPOC y g) sistemas de evaluación de actividad, de proceso, de resultados en salud y de satisfacción de pacientes y profesionales.
6. Integración asistencial, de vía clínicas y de gestión de actividades entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Responde, 061 y Linde HealthCare.
7. Preservación de LOPD.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido realizar un proceso clínico de TLM de pacientes con enfermedades crónicas complejas, con colaboración entre entidades públicas y privadas, integrado en el modelo asistencial habitual y que se ha iniciado ya la fase de pilotaje en la práctica diaria en las UGC de Bormujos y de Pilas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Steventon A., Bardsley M., Billings J., Dixon J., Doll H., Hirani S., Cartwright M., Rixon L., Knapp M., Henderson C., Rogers A., Fitzpatrick R., Hendy J., Newman S. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. BMJ. 2012, 344: 1-15.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

EA-07. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PALIATIVOS ÉXITUS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL ÁREA SANITARIA NORDESTE DE GRANADA

S. Pérez Moyano¹, J. García García², A. Benavente Fernández¹, A. Salinas Hita³
¹FEA Medicina Interna, ²DUE, ³FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada)

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de los pacientes que han sido éxitus incluidos previamente en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Comarcal de Baza durante el año 2014.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de los pacientes que siendo previamente incluidos en la UCPA han sido éxitus durante el año 2014. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes independientemente de la causa principal de inclusión en la unidad (oncológico/no oncológico) y de la vía de acceso a la misma. La recogida de datos se realizó a través de una base Excel en la que se recogen principalmente ítems demográficos, clínicos y otros.

RESULTADOS

Se han producido 160 éxitus de los cuales el 62,5 % eran hombres, con una media de edad de 75,21 años. La principal zona de procedencia es Baza (37%), seguida por Guadix (21%). Los servicios que predominantemente derivan a estos pacientes son Oncología/radioterapia (36%) y atención primaria (34%). Los éxitus se producen casi en un 70% de los casos en domicilio. El nivel de complejidad en el momento de la inclusión es un nivel I (64%), siendo anecdótico el nivel III en dicho momento y la media del índice de Karnofsky es de 47 %. Los síntomas principales en la primera visita por orden de prevalencia son: astenia (91%), xerostomía (80%), dolor (74%), hiporexia (72%) y estreñimiento (69%). La patología responsable de la inclusión en UCPA es en un 85 % la oncológica, los tumores más prevalentes: pulmón, colon-recto y cabeza-cuello. El tiempo medio en el proceso es entre 1 y 6 meses en el 70 % de los casos, la inclusión mayor de un año tan sólo en el 1 %. Casi en el 96 % de los casos existe un cuidador de referencia que en la mitad de los mismos suele ser la hija. El grado de información del paciente en el 30% de las ocasiones es un grado I-II, siendo el de las familias un grado IV en el 70 % de los casos.

CONCLUSIONES

- La mayor parte de los éxitus se producen en domicilio lo que indican un control de síntomas adecuado en el mismo y una mayor coordinación con los EBAP.
- La actitud paternalista de los profesionales sanitarios y la familia hacia el paciente no dando la totalidad de la información al mismo es muy prevalente llegando en muchos casos a producirse conspiración/pacto del silencio.



- Es necesario una mayor interrelación UCPA-planta de hospitalización para la inclusión de un mayor número de pacientes no oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pilar Aira Ferrer, Carmen Domínguez Lorenzo, José Manuel Cano González, et al. *Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. Medicina Paliativa, Available online 28 November 2015.*

Tabla 1. Grado de información en el momento de la inclusión en UCPA

	PACIENTE	FAMILIA
0	25 (16%)	0 (0%)
I-II	48 (30%)	0 (0%)
III	32 (20%)	31 (19%)
IV-V	10 (6%)	109 (68%)
NS	45 (28%)	20 (13%)

EA-08. TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS (TELE-COMPORTE). RESULTADOS DE ACTIVIDAD

A. Fernández Moyano¹, J. Páez Pinto², J. Alonso Urbita³, W. López Jimeno⁴, I. Vallejo Maroto¹, M. Fernández Gamaza², F. Mellado Fuentes⁶, P. González Ponce⁷

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

²UGC Atención Primaria. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. SAS. Bormujos (Sevilla)

³061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Sevilla

⁴Salud Responde. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Jaén

⁶UGC Atención Primaria. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. SAS. Pilas (Sevilla)

⁷Linde HealthCare. LindeHealthCare. Barcelona

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

OBJETIVOS

Mostrar los primeros resultados de actividad de un sistema de Telemonitorización en domicilio de pacientes con enfermedades crónicas complejas, que integra a Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Salud Responde, 061 y Linde HealthCare, en el Área Sanitaria del Aljarafe con 284.000 habitantes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes con IC estadio III-IV, EPOC grado C-D o Pluripatología con IC o EPOC.

Método. En resumen, las siguientes actividades:

Equipo de hospital: registro en Hª digital, desde donde se envía correo automático a la Central Clínica de Telemonitorización, Salud Responde, 061 y al Equipo de Atención primaria.

Equipo de Linde Healthcare. Registro de variables, identificación de alertas, estratificación de alarmas y comunicación de estas a Salud Responde o 061.

Salud Responde. Citación del paciente con alerta clínica en agenda específica de avisos de médico de Familia. 061: Activación de equipo en caso de alerta "Muy grave".

Equipo de Atención Primaria. Actividades específicas de atención clínica presencial o no presencial de pacientes citados en agenda.

Fase de Pilotaje: iniciado el 04/03/2016 en las localidades de Bormujos y Pilas, con duración de 3 meses.

RESULTADOS

Fase de pilotaje incluidos 4 pacientes. Características clínicas en tabla 1 y resultados de actividad en tabla 2.

CONCLUSIONES

Se comprueba viabilidad del programa de TLM integrado en asistencia habitual del programa COMPARTE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Lesende et al. *The TELBIL study randomised controlled trial*. *BMC Health Services Research* 2013, 13:118.



Tabla 1

Paciente	Localidad	sexo	Edad	Criterio Inclusión	Incluido desde	Último ingreso	Inicio de TLM
1	Bormujos	Hombre	43	IC III-IV	A. Primaria	20/01/2016	06/03/2016
2	Bormujos	Hombre	57	Pluripatología	A. Primaria	24/12/2015	21/03/2016
3	Bormujos	Hombre	66	EPOC C-D	Hospital	21/03/2016	21/03/2016
4	Bormujos	Hombre	70	Pluripatología	Hospital	29/03/2016	30/03/2016

Tabla 2

Paciente	% adherencia al programa	Alertas biológicas	Alertas clínicas	Estratificación de la alerta	VARIABLES de alerta	Actividad asistencial MF
1	91,1	4	2	Leve-moderada	Peso (x2)	No presencial
2	96,3	2	0			
3	93	5	2	Leve-moderada	FC y FEV1	No presencial
4	99,4	1	0			

EA-09. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON PANCITOPENIA

M. Pérez Medina, R. Pacheco Yepes, E. Romero Masa, M. Vázquez Márquez, G. Millán García, N. Muñoz Roca, S. Santamaría

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

OBJETIVOS

Analizar las características basales de pacientes ingresados por pancitopenia, así como las causas, síntomas asociados, severidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo con una muestra aleatoria de 41 pacientes ingresados por pancitopenia en el Hospital Regional de Málaga entre el 2011 y 2015 (Medicina

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Interna, Oncología y Hematología). Se recogen datos sociodemográficos, causas y distintos tipos de síntomas, tratamiento administrado y evolución en el momento del ingreso.

RESULTADOS

De los 41 pacientes seleccionados, hay 28 varones (68.2%) y 13 mujeres (31.7%), con una media de edad de 71.5 años. Las causas asociadas a pancitopenia en nuestro estudio son: neoplasias (61%), siendo el 84% de su totalidad de órgano sólido (destacan el cáncer de pulmón en el 21.7%, de próstata y vejiga en el 13% y cérvix y sarcoma en el 8.7%), el 12 % hematológicas y el 4% de ambos tipos; quimioterapia (QT) (53.6%); Radioterapia (RT) (36.5%) y cirrosis (24.3%), siendo el 40% por el virus de la hepatitis C (VHC) y fármacos (19.5%), el 37.5% consumía risperidona, el 25% levetiracetam, el 12.5% con ácido valproico, fenitónia y quetiapina, destacando que ninguno tomaba metotrexate.

El 73% de los pacientes ingresados por pancitopenia tuvieron algún tipo de sintomatología relacionada, de ellos el 63.3% se manifestó con clínica infecciosa, el 20% con cuadro asteniforme, el 26.6% con hemorragias, sobre todo a nivel digestivo.

El 56% de los pacientes seleccionados ingresaron con una pancitopenia severa, siendo moderada en el 26.8% y leve en el 17%. En cuanto al tratamiento de soporte administrado: el 65.8% precisó trasfusión de hematíes, el 43.9% filgrastim, el 34% trasfusión de plaquetas, el 26.8% ácido fólico, el 21.9% vitamina B12.

La evolución fue favorable en el momento del ingreso en el 60.9% del total y tórpida en el 39% restante.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se observa predominio de varones sobre mujeres con una media de edad elevada, lo que indica un porcentaje no despreciable de pacientes de edad avanzada.

Las causas de mayor peso observadas han sido las neoplasias, sobre todo de órgano sólido, así como QT y RT. Todas ellas favorecen la pancitopenia por la infiltración del propio tumor en la médula ósea y la mielotoxicidad secundaria a dichos tratamientos.

La mayor parte de los enfermos presentaron síntomas en el momento del ingreso, un porcentaje importante estaban en relación a un cuadro infeccioso, seguidos de síndrome asteniforme. Se hallaron hemorragias en una minoría de pacientes.

Más de la mitad de las pancitopenias se consideraron severas, pero la evolución fue favorable en la mayor parte de los pacientes seleccionados.

En cuanto al tratamiento de soporte administrado la mayoría precisó transfusiones de hematíes y filgrastim. Las transfusiones de plaquetas, aporte de ácido fólico y vitamina B12 fue menos frecuente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Moore A. *Pancytopenia*. In Furie B, Cassileth PA, Atkins MB, Mayer RJ (eds): *Clinical Hematology and Oncology, Presentation, Diagnosis, and Treatment*, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003, pp 251 – 255.

EA-10. PANCITOPENIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEOPLÁSICA

A. López Sampalo, J. Sanz Cánovas, L. Cobos Palacios, B. Rivas Sánchez, G. Ropero Luis, M. Sánchez Montes, I. Pérez de Pedro, R. Gómez Huelgas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de pacientes ingresados por pancitopenia y con antecedentes de patología oncológica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra aleatoria de 41 pacientes ingresados por pancitopenia en el Hospital Regional de Málaga entre el 2011 y 2015 (Medicina Interna, Oncología y Hematología). De ellos se seleccionan aquellos con patología tumoral, analizándose el tipo de neoplasia, grado de severidad de pancitopenia en cada una y clínica asociada.

RESULTADOS

25 de los 41 pacientes seleccionados tenían antecedentes de patología tumoral (61%), de órgano sólido en 21 (84%), hematológicas en 3 (12%) y ambas en 1 (4%). Dentro de las neoplasias de órgano sólido destacan: cáncer de pulmón (21.7%), próstata (13%), vejiga (13%), útero (8.7%), sarcoma (8.7%), suprarrenal (4.3%), renal (4.3%), testículo (4.3%) y colon (4.3%).

De los 21 pacientes con pancitopenia y neoplasia sólida: el 90.5% había recibido QT previa y el 61.3% RT, el 66.2% desarrolló pancitopenia severa, el 19% moderada y el 4.8% leve; en el 71.4% cursó de forma aguda y en el 28.5% de forma crónica y fue sintomática en el 66.6%, mientras que en el 33.3% fue asintomática.

De los 3 pacientes con pancitopenia y neoplasia hematológica: el 66.6% recibió QT previa y el 33.3% RT; el 66.6% presentó pancitopenia severa, el 33.3% moderada y ninguno pancitopenia leve; en el 66.6% cursó de forma crónica y en el 33.3% de forma aguda y todas fueron sintomáticas.

El paciente que presentó pancitopenia asociada a neoplasia de órgano sólido y hematológica no recibió ni QT ni RT, presentó pancitopenia moderada, cursó de forma aguda y fue sintomática.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

1. Se observa que más del 50% de los pacientes seleccionados con pancitopenia, tienen antecedentes de enfermedad neoplásica, sobre todo de órgano sólido (los más frecuentes son el cáncer de pulmón, próstata y vejiga, seguidos del cáncer de cuello de útero y sarcoma).
2. Pacientes con tumores de órgano sólido: alto porcentaje había recibido tratamiento con QT y RT y la pancitopenia fue severa, aguda y sintomática en la mayoría de los casos.
3. Pacientes con tumores hematológicos: más de la mitad había sido tratado con QT y una minoría con RT, la mayoría desarrolló pancitopenia severa con evolución crónica y todos los casos presentaron síntomas.
4. Paciente con ambos tumores: no habían recibido QT ni RT y la pancitopenia fue severa, aguda y sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore A. *Pancytopenia*. In Furie B, Cassileth PA, Atkins MB, Mayer RJ (eds): *Clinical Hematology and Oncology, Presentation, Diagnosis, and Treatment*, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003, pp 251 – 255.
2. Wu Y., Perrotta P. L., Snyder E. L. *Transfusion Therapy*. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer – Principles & Practice of Oncology*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 2399 – 2413.

EA-12. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA (PARTE I)

M. Machado Vílchez, R. Delgado Villa, C. Mancilla Reguera, A. González Macía, J. García Moreno, J. Rodríguez Sánchez, J. Araújo Sanabria
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

Analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes pluripatológicos ingresados en una unidad específica de Continuidad Asistencial (UCA).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas electrónicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en la UCA del Complejo Hospitalario de Huelva en el año 2015. Variables: edad, sexo y pluripatología (según la última guía de práctica clínica de pacientes con comorbilidad y pluripatología).



RESULTADOS

Se revisan 249 ingresos, edad media 83.9 años (rango entre 56- 102 años). El 39.8 % hombres, 60.2% mujeres. El 48.6 % estaban incluidos en programa UCA previo al ingreso. El 5% de los pacientes no fueron incluidos en el programa al alta. El 88 % de estos ingresos fueron de pacientes pluripatológicos, siendo la pluripatología más frecuente en el rango de edad de 75 a 85 años, conformando estos el 48.4 % de todos los pacientes que ingresaron. La patología más frecuente fue la cardiorrespiratoria y neurológica, sumando entre estos un 86.4% del total de estos.

Agrupándolos por categoría lo más prevalente fueron los pacientes con patología dentro de la categoría E, siendo estos un total de 166(64.46%) y dentro de esta el ataque cerebrovascular, seguido de la categoría A con 155 pacientes (62%), B con el 43%, siguiéndose de las categorías G (32%), C (26.1%), H(18%), F(12.44%) y D(7.7%).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la pluripatología (entendiéndose por esta a la coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas sintomáticas complejas y un elevado consumo de recursos sanitarios)es una realidad cada vez más frecuente en nuestro medio, sobre todo en la franja de edad de entre 75 y 85 años, no habiendo diferencias significativas de prevalencia en cuanto al sexo. La patología más frecuentemente asociada es la cardiorrespiratoria y la neurológica en estos pacientes , que debido a su situación de dependencia, así como de ingresos y reingresos ponen en evidencia la necesidad de una unidad dedicada a estos pacientes en concreto para su correcto abordaje y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología.*
2. *Marengoni A. Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the aging population: a clinical and epidemiological approach. Stockholm Karolinska Institutet; 2008.*
3. *Ollero Baturone M., Álvarez M., Barón-Franco B., Bernabeu-Wittel M., Codina A., Fernández-Moyano A. Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial integrado. Segunda edición. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

EA-13. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA (PARTE II)

R. Delgado Villa, M. Machado Vílchez, C. Mancilla Reguera, A. González Macía, S. Benito Conejero, R. García Font, J. García Moreno

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva

OBJETIVOS

Analizar la limitación del esfuerzo terapéutico y diagnóstico en los pacientes pluripatológicos en una unidad específica de Continuidad Asistencial.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas electrónicas de los pacientes pluripatológicos ingresados en la Unidad de Continuidad Asistencial del Complejo Hospitalario de Huelva del año 2015. Variables: nivel de dependencia, limitación del esfuerzo diagnóstico/ terapéutico, mortalidad.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 249 ingresos en la UCA, con una edad media de 83.9 años, De todos estos 233 eran dependientes, dependencia grave el 54.6%. La procedencia más frecuente de estos pacientes fue de urgencias en un 56.2%, MI un 21.3 %. La duración media del ingreso fue de unos 21 días, con un intervalo 1 y 180 días. El 88 % de estos ingresos fueron de pacientes pluripatológicos, la pluripatología más frecuente en el rango de edad de 75 a 85 años. De todos estos pacientes reingresó el 45 % a lo largo del año, con un número mayor o igual a 5 reingresos en el 18 % de los pacientes. En el 51,8 % de los casos se realizó limitación del esfuerzo diagnóstico, el 83.7% eran pacientes pluripatológicos. En relación con la edad el 92.8% de los que se limita el esfuerzo diagnóstico tenían más de 75 años. El esfuerzo terapéutico se limita en el 30.5% de los casos, siendo de estos el 85.5% pluripatológicos. Con respecto a la edad se realiza LET en un 57.7% a los mayores de 84 años.

El 48.6 % de los pacientes fallecieron en el periodo que analizamos.

CONCLUSIONES

La elevada prevalencia de pluripatología es una realidad en nuestro sistema sanitario, sobre todo en la población mayor de 75 años, siendo una de las características más frecuentes la dependencia. La procedencia más frecuente de estos pacientes en programa UCA es del servicio de urgencias, reingresando hasta el 45 %. Se establece estrecha relación de la pluripatología y la edad con la limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Siendo más frecuente la limitación diagnóstica que terapéutica en estos pacientes.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

BIBLIOGRAFÍA

1. Ollero Baturone M., Álvarez M., Barón-Franco B., Bernabeu-Wittel M., Codina A., Fernández-Moyano A. *Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial integrado. Segunda edición.* Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf.
2. Bernabeu-Wittel M., Jadad A., Moreno-Gavino L., et al. *Peeking through the cracks: an assessment of the prevalence, clinical characteristics and healthrelated quality of life (HRQoL) of people with polypathology in a hospital setting.* *Archives of Gerontology and Geriatrics.* Sep-oct 2010;51(2):185-191.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

1. 4. ÁREA TEMÁTICA: EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-01. ANÁLISIS DE LA EPOC EN MÁLAGA

A. Sánchez Ramos¹, F. Marín Sánchez², E. Cabrera César², M. Vera Sánchez², L. Piñel Jiménez², G. Ojeda Burgos¹, A. Galán Romero¹, F. Sánchez Lora¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar la situación asistencial actual después de varios años de haber desarrollado el proceso asistencial de la EPOC. Realizamos un análisis acerca del diagnóstico y tratamiento de la EPOC en los Centros de Atención Primaria de nuestra área sanitaria, posteriormente se diseñó e implantó una estrategia de mejora global que incluyó: programas de formación, inversión en espirómetros, diseño consensado de un circuito entre Atención Primaria, Urgencias y Neumología e inicio de la Rehabilitación respiratoria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante el año 2015 se ha distribuido entre médicos de Atención Primaria (AP) de nuestra área sanitaria un cuestionario que incluye 30 ítems sobre diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Además analizamos una muestra de las espirometrías realizadas en su Centro de Salud (CS) para evaluar algunos criterios de calidad.

RESULTADOS

Sobre 120 encuestas contestadas: Se realizan entre 2 y 12 espirometrías semanales según centros, el criterio en el 50% es indicarlo solo a los fumadores sintomáticos (no a los exfumadores), existen dudas sobre la calibración (90%), existe un lugar adecuado para hacer espirometrías (100%), la prueba la realiza cada enfermera con su cupo (40%) o varias enfermeras (60%), se hace test broncodilatador (BCD) (98%) con gran variabilidad según fármacos (2 puff de salbutamol- 60%), el criterio diagnóstico de EPOC es conocido (100%), se hace radiografía, hemograma y electrocardiograma en la primera evaluación (90%), conocen el circuito consensado utilizado entre Unidad de EPOC del hospital y Atención Primaria (AP) (100%), conocen los criterios de derivación a consulta de EPOC (100%), existe deshabitación tabáquica en AP (80%), el primer fármaco usado en EPOC sintomático es un BCD de larga acción (90%), si persiste disnea se añade otro BCD (70%), corticoide (25%), la oxigenoterapia se debe evaluar en unidad de EPOC (100%), los corticoides orales en la agudización grave o sin mejoría (65%), la indicación de corticoides inhalados es conocida (70%), las revisiones las realizan cada 6 meses (80%). La calidad de las espirometrías analizadas es muy variable según CS.



CONCLUSIONES

-El circuito consensuado entre la Unidad de EPOC y los Centros de Salud funciona satisfactoriamente.

-El diagnóstico y tratamiento de la EPOC en AP ha mejorado, aunque existe un exceso de variabilidad en la espirometría y confusión en el tratamiento.

-La calidad asistencial en la EPOC ha mejorado después de la implantación del proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Estrategia en EPOC. del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social (2009).*
2. León Jiménez A., Casa Maldonado, Espejo Guerrero P., Jurado Gámez B., Madueño Caro A., Marín Sánchez F., et al. *Consejería de Salud. Junta de Andalucía. En: Proceso asistencial integrado. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Sevilla: Consejería de Salud; 2007.*

EP-02. ANTIBIOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) REAGUDIZADA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Aceituno Caño, M. Martínez Soriano, R. Fernández Garzón, A. García Peña, S. Ferra Murcia, B. Hernández Sierra, S. Vogt Sánchez, L. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia, dosis, duración y tipo de tratamiento antibiótico, utilizado en el paciente con EPOC reagudizado en nuestro hospital.

Comparar los resultados obtenidos en nuestro hospital con las guías de práctica clínica vigentes: NICE, GOLD.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de EPOC reagudizado, analizando el tratamiento antibiótico durante su estancia hospitalaria y al alta.

RESULTADOS

Se analizaron aleatoriamente 38 pacientes, con edad comprendida entre 79+/-10 años. Estratificación por edades de la siguiente manera: <70 años: 11%; 70-80 años: 47%; 80-90 años: 37%; >90 años: 5%.

La estancia media hospitalaria fue de 9 +/- 7 días (2-23).

El uso de tratamiento antibiótico fue del 95%.

El tratamiento combinado resultó superior al tratamiento en monoterapia (63% vs 33%).

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Levofloxacinó fue el antibiótico utilizado con mayor frecuencia (44% de los casos). Amoxicilina/Clavulánico resultó el antibiótico usado con mayor frecuencia en monoterapia (42% de los casos).

La simplificación del tratamiento inicial fue muy infrecuente.

La duración media del tratamiento fue prolongada, presentando un promedio de 12 días.

Estratificado en función de la duración de tratamiento de la siguiente forma: <5 días: 19%; 6-10 días: 31%; 11-15 días: 28% y >15 días: 28%.

Mantienen tratamiento antibiótico al alta en el 61% de los casos.

CONCLUSIONES

La prescripción de antibióticos en pacientes hospitalizados por EPOC agudizado en Medicina Interna es casi universal. En relación con lo recomendado en las guías de práctica clínica su duración es excesiva. Se debe plantear asimismo disminuir la frecuencia del uso de quinolonas y de tratamiento combinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M., Soler Cataluña J. J., Calle M., Molina J., Almagro P., Quintano J. A., et al. *Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch. Bronconeumol. 2012; 48:247-257.*

Tabla 1. Comparación con guías

Guías	MI-HT
Corticoides casi siempre	Corticoides: 74%
Dosis iniciales: 30-60 mg/d	Dosis inicial: 100-200 mg/d
Parenteral y oral eficacia similar	Parenteral: 95%
Duración tratamiento: 7-14 días	Duración media: 17+/- 11 días. El 45% duración mayor de 15 días
Suspensión brusca	Sólo el 21% casos El 35% pauta descendente prolongada (>10 días)



**EP-03. TRATAMIENTO CORTICOIDEO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) REAGUDIZADA EN PACIENTES
INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

A. Aceituno Caño, M. Martínez Soriano, A. García Peña, R. Fernández Garzón,
S. Ferrá Murcia, B. Hernández Sierra, S. Vogt Sánchez, L. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia, dosis, duración y tipo de tratamiento corticoideo, utilizado en el paciente con EPOC reagudizado en nuestro hospital.

Comparar los resultados obtenidos en nuestro hospital con las guías de práctica clínica vigentes: NICE, GOLD.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de EPOC reagudizado, analizando el tratamiento corticoideo durante su estancia hospitalaria y al alta.

RESULTADOS

Se analizaron aleatoriamente 38 pacientes, con edad comprendida entre 79+/-10 años. Estratificación por edades de la siguiente manera: <70 años: 11%; 70-80 años: 47%; 80-90 años: 37%; >90 años: 5%.

La estancia media hospitalaria fue de 9 +/- 7 días (2-23).

El uso de tratamiento corticoideo fue del 74%.

El corticoide más utilizado fue metilprednisolona (96%) frente a prednisona (4%).

La vía de administración parenteral resultó mayoritaria (95%).

Los intervalos de dosis inicial de corticoides utilizados con más frecuencia fueron entre 100 y 200 mg/día.

La duración media de tratamiento fue de 17 días.

La pauta descendente de corticoides post-alta fue muy frecuente (75%) con una duración muy variable y, a veces, prolongada (35%, >10 días post-alta) y con una suspensión brusca en el 21%.

CONCLUSIONES

La prescripción de corticoides parenterales en pacientes con EPOC reagudizados ingresados en Medicina Interna es inferior a lo recomendado en las guías de práctica clínica. Sin embargo la dosis inicial es significativamente superior a lo recomendado y la duración del tratamiento es excesiva. Se continúan usando pautas de descenso progresivo de la dosis, que prolongan innecesariamente el tratamiento y sus efectos secundarios, sin mejorar la efectividad.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravittles M., Soler Cataluña J. J., Calle M., Molina J., Almagro P., Quintano J. A., et al. *Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch. Bronconeumol. 2012; 48:247-257.*

EP-04. PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES TRATADOS CON DIFERENTES FÁRMACOS ANTI-TNF

F. Moreno-Verdejo¹, I. Martín-Garrido², E. Pereira-Díaz¹, C. de La Horra², V. Friaza², F. Ruiz-Ruiz¹, A. Calzada-Valle¹, E. Calderón-Sandubete¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Instituto de Biomedicina de Sevilla, CIBER Epidemiología y S. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Los fármacos anti-TNF se utilizan ampliamente en la actualidad para el tratamiento de diferentes enfermedades inflamatorias. El desarrollo de infecciones es uno de sus principales efectos secundarios. En pacientes tratados con infliximab se ha descrito la existencia de colonización por *Pneumocystis* y una incidencia de neumonía por este patógeno (PcP) del 0,4%. Sin embargo, se conoce menos sobre el riesgo relacionado con otros fármacos anti-

TNF. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de colonización por *Pneumocystis* en pacientes tratados con fármacos anti-TNF.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se identificó la colonización por *Pneumocystis* mediante una nested-PCR específica para la región mitocondrial (mtLSU rRNA) de *P. jirovecii* en muestras de lavado orofaríngeo de pacientes de nuestro centro tratados con infliximab, etanercept o adalimumab.

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes tratados con infliximab, 40 tratados con etanercept y 30 pacientes con adalimumab identificándose la presencia de *Pneumocystis* en el 29%, el 15% y el 10% respectivamente de los casos ($p = 0,13$).

CONCLUSIONES

La colonización por *Pneumocystis* puede existir con cualquiera de los diferentes fármacos anti-TNF estudiados, aunque el riesgo parece mayor con infliximab. Como los pacientes colonizados tienen riesgo de desarrollar PcP la identificación de *Pneumocystis* en lavados orofaríngeos puede ser un método útil de monitorización para tratar precozmente y prevenir el desarrollo de PcP en pacientes tratados con fármacos anti-TNF.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gustavo Wissmann, Rubén Morilla, Isabel Martín-Garrido, Vicente Friaza, Nieves Respaldiza, Juan Povedano, Juan M. Praena-Fernández, Marco A. Montes-Cano, Francisco J. Medrano, Luciano Z. Goldani, Carmen de la Horra, José M. Varela and Enrique J. Calderón. *Pneumocystis jirovecii* colonization in patients treated with infliximab. *Eur J Clin Invest* 2011; 41 (3): 343–348.

EP-05. APLICABILIDAD DE ESCALAS PRONÓSTICAS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIONES GRAVES DE LA ENFERMEDAD

E. Pereira Díaz¹, F. Ruiz Ruiz¹, A. Alcaraz Martínez², A. Calzada-Valle¹, P. Rodríguez-Torres¹, F. Moreno-Verdejo¹, J. Varela Aguilar¹, F. Medrano Ortega¹

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

²Estudiante de Medicina. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

La estimación del pronóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es compleja, por lo que se han desarrollado diferentes índices pronósticos como el BODEX y el ADO y más, recientemente, el CODEX que, hasta la fecha, han sido parcialmente validadas en estudios epidemiológicos, aunque su aplicabilidad en la práctica clínica es escasamente conocida. El objetivo del estudio es evaluar en nuestro medio la posibilidad de estratificar el riesgo al alta de en los pacientes hospitalizados por exacerbaciones de EPOC mediante tres escalas pronósticas (BODEX, ADO y CODEX).

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo. Población de estudio: pacientes ingresados en el HUVR entre enero de 2010 y diciembre de 2011 con diagnóstico principal al alta de exacerbación de EPOC (CIE-9-MC 491.84 y 518.84) identificados del CMBD local. Muestra: se incluyeron por muestreo aleatorio simple 99 sujetos de estudio. Variables. edad, sexo, servicio de ingreso, escalas BODEX: FEV1%, grado de disnea según la escala mMRC (Modified Medical Research Council), número de exacerbaciones en el año previo; ADO: edad, disnea según mMRC, FEV1% y CODEX: comorbilidad según escala de Charlson, FEV1%, disnea según mMRC y número de exacerbaciones en el año previo. Con los datos obtenidos se calculó la factibilidad de uso de las tres escalas.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 99 pacientes hospitalizados, 61 (61.6 %) había ingresado en Medicina Interna y 38 (38.4%) en Neumología. La edad media fue 72 años, el 79.8% eran varones y el 20.2% mujeres. En el momento del ingreso existían datos suficientes para obtener las puntuaciones de las tres escalas en 40 casos (23 Medicina Interna, 17 Neumología), de la escala BODEX en 40, CODEX 63 y ADO en 63. Las diferencias entre ambas especialidades se muestran en la tabla 1.

CONCLUSIONES

Las escalas pronósticas CODEX y ADO son más fácilmente aplicables que el BODEX en los pacientes hospitalizados por EPOC de nuestra área. 2. En nuestro medio la aplicabilidad de las escalas pronósticas de la EPOC es menor en los pacientes ingresados en Medicina Interna, probablemente como consecuencia de su peor situación clínica 3. En el presente estudio no hemos encontrado diferencias significativas de mortalidad a corto y medio plazo entre los pacientes ingresados en Medicina Interna y en Neumología.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Chest* 2014;145(5):972-980.

Tabla 1

	Edad ($\bar{x} \pm DE$)	Charlson ($\bar{x} \pm DE$)	Aplicabilidad, n° (%)			Mortalidad, %		
			BODEX	ADO	CODEX	3 meses	1 año	3 años
M. Interna	74.4 \pm 9.6	6.5 \pm 2.6	23 (38%)	35 (57%)	35 (57%)	17.4	43.5	66.7
Neumología	68.9 \pm 10.5	3.7 \pm 2.3	17 (45%)	31 (82%)	31 (82%)	11.8	31.3	50
<i>p</i>	0.009*	<0.001*	0.314**	0.014**	0.011**	0.489**	0.333**	0.247**

DE, desviación estándar; *T de student; **chi-cuadrado

EP-06. RESPUESTA INFLAMATORIA LOCAL ASOCIADA A COLONIZACIÓN DE PNEUMOCYSTIS EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

E. Pereira Díaz¹, J. Rodríguez-Portal², F. Moreno-Verdejo¹, P. Rodríguez Torres¹, N. Respaldiza Salas³, V. Friaiza Patiño³, E. Calderón-Sandubete¹,

F. Medrano Ortega en representación del Grupo del Ensayo Trisulfa-FPI¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

³Laboratorio de Investigación del CIBER de Epidemiología y SP. Instituto de Investigación de Sevilla (IBiS). Sevilla



OBJETIVOS

En la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) se produce una cascada de procesos inflamatorios y de activación inmunitaria que conducen a una fibrosis progresiva del parénquima pulmonar de origen incierto, en la que han sido implicados algunos agentes infecciosos. Se ha detectado una alta prevalencia de colonización por *Pneumocystis* en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales. En modelos animales, se ha demostrado que *Pneumocystis* induce la activación de los macrófagos alveolares y cambios en el surfactante pulmonar, y en humanos dos pequeños estudios previos aportan datos que sugieren el beneficio clínico del tratamiento con cotrimoxazol. Como parte de la fundamentación del ensayo clínico TriSulfa-FPI (Un estudio piloto en fase III para evaluar la eficacia y seguridad de trimetoprim-sulfametoxazol en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática, número EudraCT: 2012-005409-38) hemos realizado un estudio cuyo objetivo fue identificar posibles alteraciones en las proteínas del surfactante pulmonar y cambios en la respuesta de la inmunidad local en pacientes con FPI colonizados por *Pneumocystis*.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se identificaron retrospectivamente a treinta y seis pacientes no seleccionados con FPI que podían beneficiarse del ensayo clínico TriSulfa-FPI con muestras almacenadas disponibles de lavado broncoalveolar (LBA). Se obtuvo consentimiento informado previamente de los sujetos. Cada paciente fue sometido a un examen clínico y biológico. La identificación de la colonización de *Pneumocystis jirovecii* se llevó a cabo mediante el análisis de muestras de LBA con PCR anidada en el gen que codifica para la subunidad mayor del ribosoma mitocondrial utilizando los cebadores externos pAZ102-E y pAZ102-H y los cebadores internos pAZ102-X y pAZ102-Y en la segunda ronda de amplificación. Los niveles de IL-8, TNF- α e IL-6 se midieron en muestras de LBA por técnicas de ELISA disponibles comercialmente. Las proteínas asociadas al surfactante pulmonar SP-A y SP-D, se determinaron por densitometría, ELISA (BioVendor Brno., República Checa) y western-blotting. Todos los datos se normalizaron a la concentración total de proteína presente en cada muestra.

RESULTADOS

Se identificó *P. jirovecii* en 15 de los 36 pacientes (41,6%). Los datos de las mediciones de SP-A, SP-D y citoquinas en el LBA se muestran en la tabla.

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con FPI. 2. La colonización por *Pneumocystis* se asocia con cambios en los componentes del surfactante pulmonar y la respuesta inflamatoria local, lo que sugiere un posible papel del patógeno en la fisiopatología de la FPI.

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. V. A. Varney et al. *Pulm Pharmacol Ther.* 2008;21(1):178-87/ E. Tatsuji et al. *Intern Med.* 2008;47(1):15-20.

Tabla 1

Niveles de proteínas (pg/mg- protein)	Pacientes con FPI colonizados por <i>Pneumocystis</i> (n=15, 41.6%)	Pacientes con FPI no colonizados por <i>Pneumocystis</i> (n= 21, 58.4%)	p
SP-D	414,9 ± 381,6	874,7 ± 740,1	0,021
SP-A	11,92 ± 7,54	13,23 ± 9,82	0,66
TNF-α	0,2 ± 0,6	1,6 ± 2,1	0,009
IL-6	24 ± 32	69,8 ± 90	0,041
IL8	825,27 ± 1329,32	866,1 ± 1903,09	0,94

FPI, fibrosis pulmonar idiopática



1. 5. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES RARAS

ER-01. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN GRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE WOLFRAM

P. Carrillo Alascio¹, G. Esteban Bueno², M. Romero Muñoz³, J. Ruiz Martínez⁴, A. Vílchez Galindo⁷, M. Ruano García², M. Gómez Navarro⁵, M. Montilla Ibáñez⁶

¹UGC Medicina Interna, ⁵UGC Oftalmología, ⁶UGC Otorrinolaringología.

Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

²UGC Atención Primaria Garrucha. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería

³Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

⁴Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia - San Sebastián (Guipúzcoa)

⁷Asoc. Esp. Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram. Asociación Sd Wolfram. Mojácar (Almería)

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con Síndrome de Wolfram (SW) o DIDMOAD (DI: Diabetes Insipidus, DM: Diabetes Mellitus, AO: Atrofia Óptica, D: Sordera neurosensorial), con especial atención a la DM.

PACIENTES Y MÉTODOS

Inclusión de todos los pacientes atendidos en una consulta multidisciplinar (Medicina Interna, Endocrinología, Neurología, Oftalmología, ORL, Urología, Atención Primaria) específica para SW, en visita organizada desde diferentes puntos de España, entre los días 18 y 20 de Junio de 2015. Estudio descriptivo transversal. Los datos se expresan en número absolutos, medias y porcentajes.

RESULTADOS

Se atendieron a 11 pacientes, edad media 29.1 años, 54.5% varones. Existencia de DM tipo 1 y AO en el 100% de los casos (criterios diagnósticos clínicos). Debut con DM con una edad media de 5.95 años, la mayoría presentaron un debut lento sin cetosis. La AO debutó a una edad media de 9.9 años. El 6.4% presentaron los cuatro componentes del síndrome clásico. El 72.72% presentaban DI (edad media de diagnóstico 15 años). El 63.6% presentaban sordera neurosensorial (19.7 años). Otras complicaciones que se presentaron en estos pacientes fueron: Hipogonadismo en el 45.4%, Vejiga neurógena en el 90.9% (20.5 años) y afectación del sistema nervioso central en el 63.6% (18.14 años). La HbA1C del último año de evolución fue de 7.62 %, y la dosis media de insulina 0.61 UI/Kg/día. No se detectó ningún pacientes con retinopatía diabética, el 72% presentaban sospecha de polineuropatía diabética (PNP) y el 18.2% microalbuminuria.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

El SW es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, rara (prevalencia 1/1.000.000 habitantes) y compleja, de transmisión autosómica recesiva (4p) y de inicio en la infancia (representa 1/150 casos de inicio de diabetes a estas edades). La presencia de SW debería sospecharse en niños y jóvenes diabéticos que presentan deficiencias visuales no atribuibles a retinopatía diabética. Las manifestaciones clínicas de nuestros pacientes son similares a las descritas en las series estudiadas por investigadores en otros países, y al igual que en estas, el control diabetológico de nuestros pacientes suele ser el esperable para DM1 no SW, con escasas complicaciones diabetológicas. Sin embargo, en nuestros pacientes se detectó un 72% de PNP, con diagnóstico basado en disminución de reflejos osteotendinosos (sin confirmación por electroneurografía) por lo que puede estar sobreestimado. Aunque actualmente no existe tratamiento curativo, es fundamental un diagnóstico precoz y un seguimiento adecuado de los pacientes. El tratamiento temprano de las entidades que conforman el SW es fundamental para prevenir las complicaciones, mantener la mejor calidad de vida posible y evitar mortalidad prematura. Esta mortalidad suele presentarse a una edad media de 30 años, generalmente por complicaciones de infecciones urinarias, insuficiencia renal y fallo respiratorio por atrofia troncoencefálica. Queremos concluir destacando que en los pacientes con este raro síndrome el seguimiento y tratamiento debe ser multidisciplinar, permitiendo detectar y tratar de forma temprana sus complicaciones, para de esta forma prolongar su supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urano F. *Wolfram Syndrome: Diagnosis, Management, and Treatment. Curr Diab Rep. 2016 Jan;16(1):6.*

ER-02. EFECTO A LARGO PLAZO DE LAS INFUSIONES DE HEMATINA EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE

M. Pérez Quintana, J. García Morillo, A. González Estrada, P. García Ocaña, S. Rodríguez Suárez, V. Sandez Montagut
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Las porfirias agudas son un grupo de enfermedades metabólicas derivadas de una deficiencia enzimática de la cadena de síntesis del grupo hemo de la hemoglobina. Se sabe que existen pacientes afectados de porfiria aguda intermitente que mantienen



niveles elevados de porfirinas en orina a pesar de encontrarse asintomáticos, o algunos, con síntomas vagos que no son considerados crisis agudas, son los llamados “excretores crónicos”. En estos pacientes se ha observado una mayor incidencia de enfermedad renal crónica que puede estar relacionada con la infusión intermitente de hematina. El objetivo del estudio es mostrar nuestra experiencia en los casos de excretores crónicos tratados con hematina.

PACIENTES Y MÉTODOS

Presentamos una cohorte de 30 pacientes con porfirias agudas de la Unidad de Enfermedades Minoritarias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Los datos se analizaron con el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

La media de edad fue de 38,37 años \pm 11,90, con una proporción de 26,7% varones y 73,3% mujeres. El 93,3% tenían diagnóstico de PAI. En pacientes con enfermedad activa (medida por niveles elevados urinarios de PBG, número de ataques y necesidad de tratamiento con hematina) se encontró mayor prevalencia de ERC e hipertensión arterial (75% de los pacientes vs. 25%). Hemos realizado un subanálisis con ambos fenotipos, A: menos de 2 brotes/año y B: igual o mayor a 2 brotes/año (tabla 1).

CONCLUSIONES

Hemos encontrado una mayor probabilidad de desarrollar ERC en el subgrupo de excretores crónicos asintomáticos o con síntomas menores, independiente del número de crisis previas o tratamientos prescritos, pero sí en aquellos pacientes con un uso profiláctico de hematina a largo plazo. La hipótesis que se plantea es si la excreción continua de PBG, el desarrollo de HTA o el uso mantenido de hematina pueden explicar estos hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero C., *Porfiria aguda intermitente: seguimiento a largo término de 35 pacientes. Med Clin (Barc). 2015;145:332–7.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Tabla 1. Características de los pacientes estudiados basadas en fenotipos

	FENOTIPO A 22 PACIENTES	FENOTIPO B 8 PACIENTES
EDAD	39,32 años (± 12)	35,75 años (± 11,9)
SEXO	15 mujeres/7 varones	7 mujeres/un varón
TIPO DE PORFIRIA	20 Porfirias agudas intermitentes, 2 porfirias variegatas	8 Porfirias agudas intermitentes
PBG orina (mg/24 h)	5,30 (±7,52)	13,87 (±15,38)
HTA	25%	75%
ERC	18%	25%

ER-03. TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

M. Pérez Quintana, P. García Ocaña, V. Sandez Montagut, A. Camacho, J. García Morillo

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

OBJETIVOS

La Osteogénesis Imperfecta es una enfermedad minoritaria que afecta a la mineralización ósea, dando como resultado deformidades esqueléticas y múltiples fracturas desde el nacimiento. El objetivo de nuestro estudio es comprobar la mejoría de la osteopenia en los pacientes afectados de Osteogénesis imperfecta tratados con pamidronato en nuestra unidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo sobre los pacientes afectados de Osteogénesis Imperfecta con seguimiento en nuestra Unidad de Enfermedades Minoritarias.

RESULTADOS

14 pacientes, 8 hombres y 6 mujeres con edad media de 29,8±10. En cuanto a las características clínicas, el 71,4% han sufrido más de 10 fracturas óseas, el 21,4% presenta hipoacusia y problemas de dentición en el 42,9%, escleras azules en el 63,4% de los casos. Se ha realizado densitometría 13 de los pacientes (92,9%) al diagnóstico y en el seguimiento, Con un T score de media al diagnóstico de -1,18 ±1,2 en la cadera y de -1,9 ±2,04 en cuerpos vertebrales, mostrando osteopenia. Son 10 (71,4%) los tratados con pamidronato.



CONCLUSIONES

Los pacientes afectos de osteogénesis imperfecta tienen una alta prevalencia de osteopenia y los que presentan mayor osteopenia al inicio son los que más se benefician de tratamiento con bifosfonatos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rauch F., Glorieux F. H. *Osteogenesis imperfecta. Lancet* 2004; 363:1377.

Tabla 1. Pacientes tratados con bifosfonatos

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	PACIENTE 5	PACIENTE 6	PACIENTE 7
TScore Basal Cadera	-1,60	-	-1,60	-1,50	-	-1,70	-4,20
TScore Basal Vertebral	-1,30	-	-2,80	-2,60	-	-1,80	-7,10
Cambio en la DMO al año en cadera	-	+ 8,20%	-	-	+ 20,00%	-1,50%	-
Cambio en la DMO al año vertebral	-	+ 1,50%	-	-	+ 23,00%	+ 9,70%	-
TScore al año en Cadera	-	-	-	-1,50	0,81	1,80	-2,80
TScore al año vertebral	-	-	-	-2,60	0,69	-1,00	-5,05

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

ER-04. POLIMORFISMOS Y MUTACIONES ASOCIADOS A LA FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR Y TRAPS

P. García Ocaña¹, A. Ruiz Román², M. Pérez Quintana¹, S. Rodríguez Suárez¹, J. García Morillo¹

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

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas, clínicas y genéticas de una serie de pacientes adultos, con sospecha de síndrome hereditario de fiebre periódica y contrastar las mutaciones halladas en el estudio genético con lo descrito en la literatura, para debatir si deberían considerarse mutaciones de novo o polimorfismos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, a través de historias clínicas de pacientes en seguimiento por Reumatología, Medicina Interna y Enf. Infecciosas. Se recogieron características epidemiológicas, clínicas, estudio genético, diagnóstico final, tratamiento y respuesta al mismo. Para el diagnóstico de fiebre mediterránea familiar (FMF) se utilizó, el estudio genético y los criterios clínicos de Tel Hashomer y de Livneh.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 25 pacientes de los cuales 21 presentaron alteración en gen de la marenostrina (MEFV) y 4 de TRAPS. En relación a la FMF y las alteraciones en el gen MEFV: Once eran mujeres (52%). Dos eran de etnia predisponente (un judío de Armenia y un árabe). La media de edad al diagnóstico fue 30 años y 8 pacientes (38%) eran menores de 20 años. Todos cumplían criterios clínicos. Dieciséis (76%) presentaba ataques típicos de fiebre aislada recurrentes, 9 (42%) síntomas digestivos (dolor abdominal, diarrea, vómitos), 9 (42%) afectación osteoarticular (artritis, artromialgias) en localización típica. El estudio genético, secuenciándose los exones del 1 al 10 del gen MEFV, mostró en 8 casos (38%) mutaciones asociadas a la enfermedad (6 mujeres); los 13 restantes (5 mujeres) mostraron mutaciones consideradas polimorfismos por su elevada frecuencia en población sana. Nueve (42%) presentaban historia familiar de mutaciones en dicho gen MEFV. En cuanto al tratamiento 15 (71%) habían recibido en algún momento del curso de la enfermedad tratamiento con colchicina, con buena respuesta en la mayoría de los casos. Sólo en 4 pacientes se requirió biológicos por mal control: tres con anticuerpo antiIL-1 (anakinra), con respuesta variable, y otro un antiTNF (etanercept), quedando en remisión completa, y uno con canakinumab. En cuanto al TRAPS, 4 pacientes (2 mujeres) fueron diagnosticados por clínica. La edad media de debut fue 18 años. Tres presentaban artralgias y mialgias. La mitad presentó



un exantema maculopapular, y un solo paciente tuvo afectación ocular. Ninguno presenta síntomas ni signos de amiloidosis. La afectación familiar estuvo presente en el 75% de los casos. El estudio genético secuenciando los exones 2, 3 y 4, que codifican para los dominios extracelulares del receptor I del TNF, encontraron la mutación pR92Q en el exón 4 en 3 pacientes, y la mutación pP46L en homocigosis en el exón 3 en la cuarta paciente, quien a su vez tenía la mutación pR202Q en homocigosis en el gen MEV1. El tratamiento fue sintomático con corticoides y 2 precisaron biológicos (anakinra y etanercept).

CONCLUSIONES

Con respecto a los pacientes con mutaciones del gen de la MEV1, 8 (38%) presentaron mutaciones recurrentes (M694V, E148Q e I591T, I640 M), de las que está ampliamente descrita su asociación con la FMF. Sin embargo, la mutación más frecuente detectada ha sido la pR202Q, en más de la mitad de los pacientes. Esta mutación se relaciona con frecuencia con la pE148, pero sólo uno de los pacientes presentaba ambas. Por su alta prevalencia en la población (>1%) se la considera un polimorfismo. No obstante, se ha descrito una fuerte asociación con la FMF cuando aparece en homocigosis, como en 6 de nuestros casos. No observamos una mayor gravedad de los síntomas en estos pacientes y ambos responden bien a colchicina. Con respecto al TRAPS, las mutaciones pR92Q y p46L son frecuentes, pero con baja penetrancia y un significado clínico controvertido, considerándose variantes del gen TNFRSF1A, pero no directamente responsables del síndrome (no segregación de la enfermedad, tendencia a la disminución o desaparición de síntomas con el tiempo, manifestaciones clínicas más leves, no desarrollo de amiloidosis, buena respuesta a ciclos cortos de esteroides, comportamiento in vitro más similar al del receptor normal que al de las variantes estructurales del gen).

BIBLIOGRAFÍA

1. Omenetti A., et al. *Ann Rheum Dis* 2014;73:462–469.

ER-05. PROGRAMA DE CRIBADO Y MANEJO MEDIANTE EMBOLIZACIÓN DE LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH)

A. Camacho Carrasco, S. Rodríguez Suárez, P. García Ocaña, M. Pérez Quintana, J. Alarcón García, V. Sandez Montagut, M. Alarcón Garcelan, J. García Morillo
Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

OBJETIVOS

Se debe realizar cribado de MAV en pacientes adultos con HHT, fundamentalmente para MAV pulmonares (MAVP), debido a la alta incidencia de MAVP insospechada y la evidencia de que el tratamiento mediante embolización reduce el riesgo de accidente cerebrovascular y absceso cerebral. Hay mayor controversia en el cribado de MAV hepáticas (MAVH) y cerebrales (MAVC) (1).

El objetivo es analizar el cribado y manejo mediante embolización de las malformaciones arterio-venosas (MAV) en nuestra cohorte de pacientes con THH.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo de una cohorte de 26 pacientes con THH del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Se recogieron como variables el cribado de MAV a nivel pulmonar, hepático, cerebral y área otorrinolaringológica, y el manejo mediante embolizaciones. Se procedió a realizar un estudio de frecuencias de tipo descriptivo. Se presentan los resultados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 26 pacientes, con una edad media de 62.15, 16 hombres y 10 mujeres. Se realizó cribado de MAVP en el 57,69% de los pacientes (15 pacientes), detectándose la presencia de las mismas en el 43,75% (7 pacientes). Se realizó ecocardiografía con burbujas en el 38,46% (10 pacientes). El cribado de MAVH se realizó en el 50% (13) de los pacientes, con el hallazgo de MAV en el 30,76% (4 pacientes). En el 57,69% (15 pacientes) se realizó cribado de MAVC, el 13,33% (2 pacientes) tenía MAV a ese nivel. Se realizó tratamiento preventivo mediante embolización de MAV visceral en el 15.38% de los casos (4 casos), 3 pacientes embolización de MAVP, con un total de 7 embolizaciones y 1 paciente MAV pulmonar y hepática (una única sesión). Se realizó embolización de MAV área ORL en el 11.53% de los casos (3 pacientes), un total de 5 embolizaciones. El porcentaje de complicaciones de las embolizaciones fue del 0%, con una buena evolución en todos los casos.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital, la THH es una patología infradiagnosticada. Estamos realizando una labor de cribado, y por ende, se está manejando a la baja e infrausando la embolización. Seguiremos en el tiempo a los pacientes que se han embolizado para ver su evolución, que hasta ahora es buena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haitjema T, Disch F, Overtoom T. T., et al. Screening family members of patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Am J Med* 1995; 99:519.



1. 6. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDAD VASCULAR

EV-01. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA EN UN HOSPITAL COMARCAL. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES

J. Osuna Sánchez¹, J. Molina Campos¹, L. Pérez Belmonte², P. Cabrera García¹, I. Ubiria Zanotti¹, M. Navarrete de Gálvez¹, J. Pérez Díaz¹, S. Peláez Domínguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Realizar un estudio de pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) ingresados en un hospital comarcal con una edad superior o igual a 85 años, analizando sus características demográficas como la edad y el género, el tipo de patología cerebrovascular junto con las principales comorbilidades.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en nuestro servicio con edad igual o superior a 85 años desde Enero de 2011 a Diciembre 2014. Se han revisado los informes de alta analizándose datos como género, tipo de ACV (isquémico o hemorrágico), así como un estudio pormenorizado de las comorbilidades que padecían los pacientes, revisando cuántos de esos pacientes padecían cada una de las patologías asociadas. Se realizó un estudio descriptivo mediante cálculo de sus frecuencias y un análisis estadístico bivalente, comparando las variables cualitativas mediante el test de la Chi Cuadrado.

RESULTADOS

Hubo un total de 75 pacientes, con una edad de $88,02 \pm 2,44$ años (Rango: 85-94), de los que el 57,3% eran mujeres. De la población total, 17 pacientes (22,7%) representaban el grupo de ECV hemorrágica. Al comparar las características demográficas y clínicas de este grupo con el grupo de ECV isquémica encontramos diferencias en la mortalidad de los mismos (41,17% vs 27,58%, $p < 0,218$).

CONCLUSIONES

Discusión: los factores de riesgo en ECV pueden ser agrupados en factores de riesgo inherentes a características biológicas de los individuos (edad, la cual es el principal factor de riesgo en este estudio, y sexo), a características fisiológicas (HTA, DM, DLP, EPOC, entre otras) o a factores de riesgo relacionados con el comportamiento del individuo. Los tres factores de riesgo cardiovascular fundamentales que se han

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

observado en nuestro estudio son la HTA, FA y DM. El factor de riesgo con más peso para ECV sea isquémica o hemorrágica es la hipertensión arterial, estos factores de riesgo son aún más acentuados en personas frágiles como son los pacientes en edades extremas de la vida.

Conclusión: en nuestro estudio hay mayor proporción del género femenino, la patología prevalente es la isquémica. Los factores cardiovasculares cambian con respecto a la población general, teniendo mayor prevalencia la fibrilación auricular y el síndrome coronario agudo. La mortalidad es de un 30,7% global, siendo más elevada en ACV hemorrágico (41,17%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo D. L., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Jameson J. L., Loscalzo J., editores. *Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.*

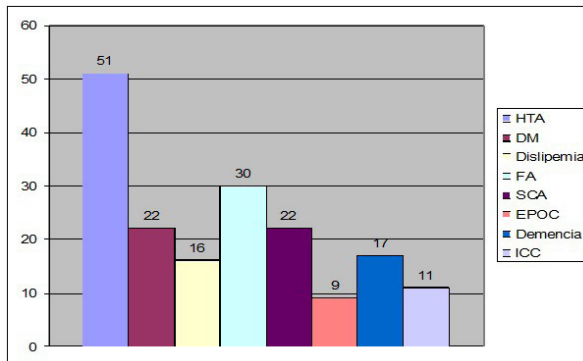


Fig. 1

EV-02. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y CAUSAS DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA

J. Osuna Sánchez, M. Navarrete de Gálvez, I. Ubiria Zanotti, S. Sepúlveda Fernández, M. Urbaska, J. Molina Campos, J. Pérez Díaz, S. Peláez Domínguez

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

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

OBJETIVOS

Realizar un estudio de pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) que tenga una edad igual o superior a 85 años en un hospital comarcal, analizando cual ha sido la forma de presentación clínica y las causas de la misma.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con enfermedad cerebrovascular con edades iguales o superiores a 85 años ingresados en nuestro servicio desde el año 2011 hasta el 2014. Hemos analizado la forma de presentación de la enfermedad, las causas de la misma y la zona de afectación. Se dividió la población en dos grupos atendiendo al tipo de patología, Isquémica vs Hemorrágica y se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos, y un análisis estadístico bivalente, mediante el test de la Chi Cuadrado y el test de la U de Mann Whitney.

RESULTADOS

Hubo un total de 75 pacientes, con una edad de $88,02 \pm 2,48$ años (Rango: 85-94), de los que el 57,3% eran mujeres. De la población total, 58 pacientes (77,3%) conformaban el grupo de ECV isquémica y 17 pacientes (22,7%) pertenecían al grupo de ECV hemorrágica. La forma de presentación en su mayoría (57,3%) fue la afectación de la arteria cerebral media (ACM), seguida de la afectación de más de un territorio (28%). La forma de presentación más repetida en la ECV hemorrágica fue la afectación de más de un territorio (58,8%), seguido de la afectación de la afectación de la ACM (41,2%).

CONCLUSIONES

Discusión: debido al aumento de la vida media en la población actual, la cual cada vez es más añosa, nos parecía fundamenta realizar este tipo de estudio en nuestra comarca en particular para describir qué tipo de patología estaba asociada a la ECV y que tipo de prevención podíamos llevar a cabo en este tipo de personas en edades extremas de la vida.

Conclusión: hemos demostrado que, en nuestros pacientes, la ECV isquémica va en relación de fenómenos cardioembólicos seguido de fenómenos ateróembólicos, mientras que la ECV hemorrágica está muy relacionada con la angiopatía amielode y en segundo lugar la patología hipertensiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo D. L., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Jameson J. L., Loscalzo J., editores. *Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

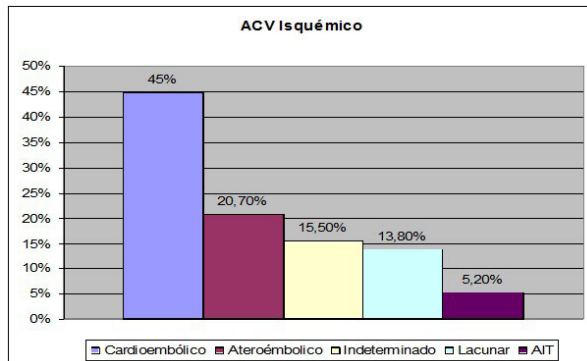


Fig. 1

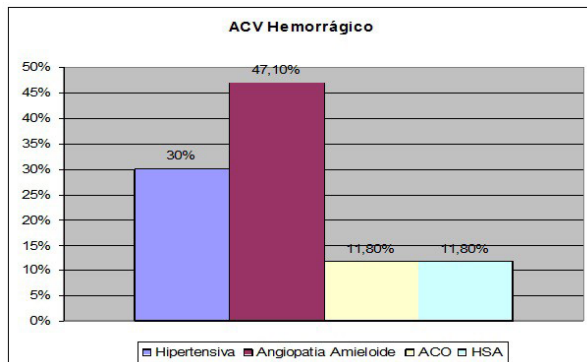


Fig. 2



EV-04. APLICACIÓN ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL PROCESO ICTUS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Mérida Rodrigo¹, J. Lebrón Ramos², M. Uribe Pérez², J. Pérez Strochowsky², E. Crespo², M. Martín Escalante², J. García Alegría²

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Benalmádena (Málaga)*

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)*

OBJETIVOS

Conocer las características y resultados asistenciales de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de ictus isquémico.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los pacientes con diagnóstico al alta de ictus isquémico (Aterotrombótico, cardioembólico o criptogénico), analizando los estándares de calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA). Para ello se realizó un muestreo aleatorio de 750 pacientes con diagnóstico al alta de ictus isquémico. Se seleccionaron un total de 198 pacientes (26.4% de la muestra). Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo del intervalo de confianza (IC 95%) para las cuantitativas. Consideraciones: Criterio de inclusión: Ictus isquémico o embólico con o sin infarto. Ejemplo de NO evaluable: tratamiento en éxitus, ausencia de información, síntomas > 4,5 horas, edad > 80 años. Ejemplo de NO aplicable: Tiempo de comienzo de ictus en periodo nocturno, antiagregación en ictus embólico o antiagregación en ictus cardioembólico.

RESULTADOS

Se analizaron aleatoriamente el 26.4% de los pacientes de la muestra total, en un periodo comprendido desde Enero 2013 a Diciembre de 2014 ambos inclusive. En cuanto a las características basales descritas en la historia clínica destacan: Género varón 68.2% Edad media 71 años, FRCV 100% Diabetes 30.3% Hba1c media 6.7% Dislipemia 39.2% LDL-c (mg/ml) 103 Hipertensión 62.6% Fumador 21.5 FA 14% Medicación previa 97.5%

Antiagregación 46.7% AntiHTA 62.9% Estatinas 37.2% Acenocumarol 6.1% NACOs 2% Situación basal 92.9%. En cuanto a la evaluación del proceso ictus en los años 2013 y 2014: El inicio de los síntomas estuvo recogido en más de 70% de los casos, la antiagregación precoz fue en el 100% de los casos. Se recogió la etiología concreta en más del 99% de los casos (aterotrombótico 75%, cardioembólico 15%, criptogenico 10%). El destino a domicilio fue superior al 88% de los casos y el éxitus no fue superior

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

al 3.7% en total. La situación funcional al alta se refleja en el 95% de los casos. La tasa de antiagregación, IECAs/ARA-II y estatinas fueron superior al 85%, no hubo diferencias significativas en ninguna de las variables en los distintos años. La activación código ictus fue 31.2% en 2013 y 20.9% en 2014 ($p: 0.04$, la adecuación de la activación fue del 94% en 2013 y 86% en 2014. Se realizó fibrinólisis en el 15% en 2013 y 4% en 2014 ($p 0.01$), siendo efectiva en el 50% de los casos (entendiendo por mejoría de NIHSS en más de 4 puntos respecto al basal), siendo la demora en la activación del código ictus 29 minutos. En aquellos pacientes sometidos a código ictus, la estancia media en el centro fue significativamente inferior en el año 2014 (5.14 días frente a 9.8 días), no encontrándose diferencias significativas en otros aspectos. En cuanto al alta: el 89.9% fue dado de alta a domicilio, el 3.5% fue trasladado a residencia y el 3.5% fue trasladado a otro centro.

CONCLUSIONES

El servicio de Medicina Interna del Hospital Costa del Sol cumple en un nivel muy elevado con los estándares de calidad establecidos por la ACSA. Existe escasa variabilidad entre los distintos profesionales en cuanto al manejo del ictus, siendo únicamente las diferencias significativas en la antiagregación precoz, derivación a consultas externas de medicina interna y la recogida de los FRCV en la historia clínica del paciente. El 50% de los ictus fibrinolizados en el centro mejoran su capacidad funcional al alta. Cerca del 40% de los pacientes son derivados a domicilio asintomáticos al alta. La mortalidad del centro es inferior al 5% en este muestreo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OE 07/2014 *Fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014)*.
2. Jiménez Hernández M. D., Lama Herrera C. M., Maniche Álvarez F., Morales Serna J. C., Ras Luna J., Sanz Amores R., *Ictus Proceso asistencial integrado*. www.juntaandalucia.es.



1. 7. ÁREA TEMÁTICA: GESTIÓN

G-01. COLECISTITIS AGUDA, UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

M. Pérez Quintana¹, N. Ramírez Duque¹, M. Flores²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Cirugía de Urgencias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

A principios del año 2015, se implanta en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla un modelo asistencial multidisciplinar para la atención a los pacientes con colecistitis aguda. Con respecto al papel de la Medicina Interna en este modelo, se acordó que todos los pacientes mayores de 75 años, pacientes que cumplan criterios de paciente pluripatológico y pacientes a los que se les ha realizado una colecistostomía tuvieran seguimiento conjunto con MI durante su ingreso en planta de Cirugía. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el nuevo modelo de trabajo para la atención del paciente con colecistitis aguda con la finalidad de minimizar la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la calidad asistencial del paciente diagnosticado de colecistitis aguda.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis sobre los pacientes del área hospitalaria del HUVR diagnosticados de colecistitis aguda durante el año 2015. Comparativa con los datos obtenidos en 2014.

RESULTADOS

En 2015, se diagnosticaron un total de 145 pacientes, con una edad media de $66,1 \pm 16$ años. Y con una estancia media de $8,77 \pm 7,9$ días de hospitalización. El 35,2% de los pacientes mostraban una severidad grado I de Tokyo, el 52,4% grado II y el 12,4% grado III. A su ingreso, los pacientes mostraron un Apache de < 7 puntos en el 29% de los casos, entre 7 -14 en el 52% y > 14 en el 18%. El 34,5% (50 pacientes) cumplían criterios de pluripatología, y el 63,4% (92 pacientes) tenían algún tipo de comorbilidad, con un 22,5% de pacientes que mostraban una puntuación de Charlson > 5 . Con respecto al manejo de la colecistitis, el 48,3% de los pacientes fueron intervenidos inicialmente. El 30,3% se les indicó un tratamiento conservador y a un 21,4% un drenaje percutáneo de la vesícula biliar. Con respecto al papel de nuestra unidad el 46,9% (68 pacientes) presentaron un seguimiento por MI, que se eleva a un 70% en el caso de pacientes pluripatológicos. Se ha realizado un análisis comparativo entre los pacientes operados y los no operados así como con los datos obtenidos en 2014.

(tablas1y2)

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

El modelo de atención a los pacientes con colecistitis aguda implantada en el Hospital Virgen del Rocío ha supuesto una mejora en la calidad de la atención al paciente con dicha patología, siendo la valoración conjunta con Medicina Interna un valor añadido, por lo que creemos que debe continuar en vigor, teniendo como propuestas de mejora aumentar dicha colaboración entre las unidades, así como realización de un análisis de coste-efectividad en los años venideros.

BIBLIOGRAFÍA

1. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis.

Tabla 1. Comparativa entre pacientes operados y no operados

	OPERADOS	NO OPERADOS	
EDAD	58,5 ± 16	72,9 ± 13	p <0,01
ESTANCIA MEDIA	5 ± 5,3	9,3 ± 9	p <0,01
DETERIORO FUNCIONAL	1(1,4%)	22 (29,3%)	p <0,01
DÍAS DE EVOLUCIÓN	2,94 ± 2,8	5,6 ± 5,7	p <0,01
PLURIPATOLÓGICO	20 (28,6%)	30 (40%)	p <0,01

Tabla 2. Comparativa datos 2014 y 2015

	2014	2015
Número total diagnóstico de colecistitis	138	145

G-02. PERFIL DEL PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Ruz Zafra, M. Barón Ramos, M. Grana Costa, M. Amaya González, A. Albarracín Arraigosa, A. Ruiz Cantero

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



OBJETIVOS

La estancia hospitalaria es un marcador de eficiencia. En la última década, en Andalucía, la estancia media hospitalaria ha sido de 7.65 días, siendo en nuestro hospital en el último año de 10.9. El tiempo de estancia hospitalaria responde a múltiples factores relacionados tanto con la patología, como con las características sociodemográficas del paciente, de sus necesidades, de sus complicaciones así como del médico responsable. El objetivo del estudio es describir las características de aquellos pacientes que presentan hospitalizaciones con estancias superiores a la media, detectando posibles factores asociados a la misma.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en el año 2015 en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Ronda y que tuvieron estancias prolongadas, definiéndose esta como el ingreso durante once o más días. Las variables analizadas se extrajeron de los informes de alta, obteniéndose un total de 646 informes. Se recogieron variables sociodemográficas del paciente, su condición de pluripatología y categorías así como la existencia de deterioro cognitivo, dependencia, los días y el tipo de ingreso, el mes de ingreso y de alta, el motivo de ingreso, el hecho de tener cuidador o vivir en residencia, si precisó realizarse alguna prueba o traslado a Hospital de referencia, intervención por parte de la Enfermera de enlace, de la Trabajadora Social, seguimiento por el Equipo de soporte de Cuidados Paliativos, si se ha complicado con infección nosocomial o éxitus y el médico responsable. Se calcularon frecuencia y porcentajes de las distintas categorías de las variables cualitativas y media, desviación típica en las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Durante el año 2015 se realizaron 646 ingresos con estancia prolongada, con una media de días de ingreso de 19.09 (D.E 9.19). Los pacientes ingresados tenían una media de edad de 72.41 (D.E. 13.93) y 367 (56.8%) eran varones y 279 (43.2%) mujeres. La mayoría de los ingresos procedían del Servicio de Urgencias (560, 86.7%), sólo 27 (4.2%) fueron reingresos, 35 (5.4%) procedían de UCI y 24 (3.6%) fueron programados y traslados de servicios quirúrgicos o de otro hospital. El mes con mayor frecuencia de ingresos fue febrero con 72 (11.1%), seguido de enero con 66 (10.2%) y diciembre 65 (10.1%). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la insuficiencia respiratoria 204 (31.6%), la insuficiencia cardíaca 75 (11.6%) y el ictus 44 (6.8%). El diagnóstico principal al alta resultó ser la insuficiencia respiratoria 180 (27.9%), la insuficiencia cardíaca 94 (14.6%) y la patología neoplásica en 69 (10.7%) pacientes. un 37.8% (244) de los pacientes eran pluripatológicos, siendo las categorías E (28%), A (27.6%) y B (24.6%) las más frecuentes. 235 pacientes (36.4%) eran dependientes para las ABVD y 84 (13 %)

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

presentaron deterioro cognitivo. Tenían cuidador 442 (68.4 %) siendo el cónyuge en un 34.7% de los casos (165). 133 pacientes (20%) eran oncológicos, estando sólo el 3.1% en seguimiento por el ESCP. Un 11.8% de los pacientes (76) necesitaron intervención por parte de la trabajadora social o gestión de ayuda por Enfermería de enlace, un 13.6% (88) precisaron traslado o alguna prueba complementaria en nuestro hospital de referencia, un 8.2% (52) adquirieron infección nosocomial y un 10.4% (67) de los pacientes fallecieron durante el ingreso.

CONCLUSIONES

Las características del paciente con estancia prolongada que ingresa en nuestro servicio son: varones con un media de 72 años, que ingresan desde el servicio de Urgencia, por insuficiencia respiratoria en invierno, permaneciendo en el hospital una media de 19 días. Más de un tercio de los pacientes son pluripatológicos y dependientes. Un porcentaje nada despreciable precisaron traslado o alguna prueba complementaria en nuestro hospital de referencia así como intervención de la Trabajadora Social y Enfermería de Enlace.

BIBLIOGRAFÍA

1. *García Torrecillas J. M. et al. Factores asociadas a estancias anormalmente prolongadas en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en España. An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (2): 203-217.*

G-03. ANÁLISIS DE ESTANCIA MEDIA EN LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

I. Tinoco Racero, A. Díaz Gómez, A. de los Santos Moreno, E. Ruiz Blasco, B. Ruiz Estévez, P. González Fernández, B. López Alonso, J. Girón González
UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

1. Analizar el perfil de los pacientes ingresados en Medicina Interna por insuficiencia cardíaca (IC).
2. Estudiar los factores que pudieran estar relacionados con el aumento en la estancia media (EM) de los hospitalización en estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se evaluaron los informes de los enfermos atendidos en la UGC Medicina Interna durante el PRIMER SEMESTRE 2015, con los diagnósticos de IC (GRD 87, 127, 544). Se analizaron las variables dependientes: EM y mortalidad y las variables independientes: edad, sexo, número de ingresos previos en el último año, características de terminalidad en función de enfermedad de base, dependencia para las actividades básicas de la vida



diaria, ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos y número de diagnósticos al alta o exitus. Tras el análisis descriptivo de las variables se ha realizado un estudio bivariante de aquellas asociadas a una EM superior a la estándar andaluza (GRD 87: 8,22; GRD 127: 7,96; GRD 544: 10,30 días). Hemos asumido de modo aleatorio una EM estándar de 9 días para agrupar todos los GRDs anteriores.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado ingresaron en la UGC Medicina Interna 355 enfermos con el diagnóstico principal de IC. La edad media era de 80 +/- 9 años; 151 eran varones (43%). 106 habían presentado al menos un ingreso previo en el último año. Como características de base de los enfermos 214 (60%) presentaban dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, el número medio de diagnósticos al alta/exitus era de 12, se consideró que la patología de base que presentaban tenía características de terminalidad oncológica o no oncológica en 113 pacientes (32%). La estancia media de los enfermos fue de 14,2 (+/- 17 días). Fallecieron 80 enfermos (22,5%). Las características asociadas a una EM superior a la estándar se representan en la tabla 1.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos que ingresan en nuestro centro presentan una edad muy avanzada y una comorbilidad notable.
2. Como consecuencia de la comorbilidad la proporción de los que presentan características de terminalidad es de un tercio de los enfermos atendidos.
3. Las características asociadas a EM más prolongada que la estándar andaluza son la edad y el número de ingresos previos y diagnósticos al alta que presentaba el enfermo.

Discusión: el estudio realizado dificulta la toma de medidas que potencialmente pudieran disminuir la EM atendiendo a aquellos factores relacionados con una prolongación de la misma, aunque la ausencia de repercusión clínica real entre estos factores y las notables diferencias existentes entre la EM de ambos grupos obligan a un estudio más pormenorizado en el que se seleccionen características diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. AlFaleh H., Elasar A. A., Ullah A., AlHabib K. F., Hersi A., Mimish L. et al. Worsening heart failure in 'real-world' clinical practice: predictors and prognostic impact. *Eur J Heart Fail* 2016. doi: 10.1002/ejhf.515.

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

Tabla 1. Estudio bivalente estancia media

Característica	Estancia media < 9 días (n = 160, 45%)	Estancia media > 9 días (n = 195, 55%)	p
Edad (años)	82 + 8	79 + 9	0,003
Nº de ingresos previos en el último año	1,6	1,3	0,011
Número de diagnósticos al alta	11 + 3	12 + 3	0,002
Estancia (días)	6 + 2	21 + 20	< 0,001

**G-04. ATENCIÓN A LOS EPISODIOS DE INGRESO DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS
DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS BASES DE DATOS ADMINISTRATIVAS**

C. San Román Terán¹, R. Guijarro Merino², A. Ruiz Cantero³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

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

OBJETIVOS

En 1992 en EEUU los ancianos suponían el 12% de la población y utilizaban el 36% de los servicios de ambulancias, el 43% de las admisiones en Urgencias y el 48% de los ingresos en cuidados críticos. En España los mayores de 65 años, que suponen el 18,59% del total del censo poblacional en Julio de 2015, generaron, sin embargo, el 42,5% de los ingresos hospitalarios en 2013.

Nuestro objetivo es analizar la distribución y a los indicadores de los episodios de ingreso hospitalario de los pacientes de más de 65 años en España, atendiendo a dos de las Unidades principalmente implicadas en su atención.

PACIENTES Y MÉTODOS

Utilizando la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de datos-CMBD, accesible en <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicosns> último acceso el 15.03.2016, se extraen los datos de los episodios de ingreso en instituciones hospitalarias de España durante el periodo 2005-2013 a través de los filtros de mayores de 65 años, servicios de Geriatria y de Medicina Interna, con recogida de casos, estancia media y éxitos como condición al alta.



RESULTADOS

Se especifican con detalle en la Figura 1 destacando las diferencias de Estancia media y de Mortalidad observadas entre los Servicios citados. La simulación realizada asignando al Servicio de mayor Mortalidad y mayor Estancia media, el número de pacientes atendidos por el otro Servicio, arroja unos resultados de un mayor consumo de hasta 2 millones de estancias y 13.429 fallecidos más, referido solamente al ejercicio del año 2013.

CONCLUSIONES

Pensamos que estos datos pueden ser de utilidad tanto a los sanitarios asistenciales como a las autoridades sanitarias a la hora de la toma de decisiones estratégicas y de otra índole o de planteamientos políticos generales de configuración sanitaria y formativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Perfil de los pacientes hospitalizados mayores de 75 años en Andalucía". XLVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Málaga. 2005. Guijarro Merino R., Villalobos Sánchez A., Villar Jiménez J., Pérez Díaz J. M., Gómez Huelgas R. y San Román Terán C. M.

Tabla 1

	Geriatría					SIMULACIÓN*				Medicina Interna							
	Estancia Media	Casos	Exitus	Tasa mortalidad	Estancias	Coste medio	Exitus	Estancias	Diferencia exitus	Diferencia estancias	Diferencia coste medio	Estancia Media	Casos	Exitus	Tasa mortalidad	Estancias	Coste medio
2005	17,88	18.747	3.190	17,02%	335.196	4.126,98 €	57.849	6.078.574	15.085	2.546.338	395,13 €	10,39	339.965	42.764	12,58%	3.532.236	3.731,85 €
2006	17,92	21.540	3.610	16,76%	385.997	4.093,44 €	65.050	6.955.451	20.465	3.031.366	496,68 €	10,11	388.139	44.585	11,49%	3.924.085	3.596,76 €
2007	21,12	19.178	2.949	15,38%	405.039	4.507,57 €	70.819	9.726.858	18.972	5.075.283	737,56 €	10,10	460.552	51.847	11,26%	4.651.575	3.770,01 €
2008	17,86	26.363	3.839	14,56%	470.843	4.796,65 €	65.503	8.033.714	15.025	3.576.037	647,20 €	9,91	449.816	50.478	11,22%	4.457.677	4.149,45 €
2009	16,41	32.032	4.387	13,70%	525.645	4.905,42 €	69.073	8.276.285	12.693	3.343.801	660,69 €	9,78	504.344	56.380	11,18%	4.932.484	4.244,73 €
2010	14,71	37.362	4.944	13,23%	549.595	4.750,46 €	68.919	7.661.350	13.911	2.489.548	503,42 €	9,93	520.826	55.008	10,56%	5.171.802	4.247,04 €
2011	14,75	36.476	4.626	12,68%	538.021	4.825,31 €	68.868	8.009.619	10.146	2.780.288	423,13 €	9,63	543.025	58.722	10,61%	5.229.331	4.402,18 €
2012	14,39	37.359	4.987	13,35%	537.596	4.749,69 €	76.840	8.283.287	14.189	2.803.308	488,91 €	9,52	575.628	62.651	10,88%	5.479.979	4.260,78 €
2013	12,68	42.908	5.429	12,65%	544.073	4.612,19 €	73.025	7.318.287	13.429	1.916.145	462,18 €	9,36	577.152	59.596	10,33%	5.402.143	4.150,01 €

G-05. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. de los Santos Moreno, A. Díaz Gómez, E. Ruiz Blasco, I. Tinoco Racero, J. Quiles Machado, A. Cáceres Gestoso, J. Soto Benítez, J. Girón González
UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

OBJETIVOS

1. Analizar el perfil de los pacientes ingresados en Medicina Interna por insuficiencia cardiaca (IC).
2. Estudiar los factores que pueden estar relacionados con la mortalidad en estos pacientes.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

PACIENTES Y MÉTODOS

Se evaluaron los informes de los enfermos atendidos en la UGC Medicina Interna durante el PRIMER SEMESTRE 2015, con los diagnósticos de IC (GRD 87, 127, 544). Se analizaron las variables dependientes: estancia hospitalaria y mortalidad y las variables independientes: edad, sexo, número de ingresos previos en el último año, características de terminalidad en función de enfermedad de base, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos y número de diagnósticos al alta o exitus. Se realizó un estudio bivariante en función de la supervivencia o no durante el ingreso. Aquellas variables asociadas de modo estadísticamente significativo al fallecimiento, fueron introducidos en un estudio multivariante (regresión de Cox).

RESULTADOS

Durante el periodo analizado ingresaron en la UGC Medicina Interna 355 enfermos con el diagnóstico principal de IC (211 procedentes de la ciudad de Cádiz, 128 de la de San Fernando y 16 de otras). La edad media era de 80 +/- 9 años; 151 eran varones (43%) 106 habían presentado al menos un ingreso previo en el último año. Como características de base de los enfermos 214 (60%) presentaban dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, el número medio de diagnósticos al alta/exitus era de 12, se consideró, en el momento del ingreso, que la patología de base que presentaban tenía características de terminalidad oncológica o no oncológica (supervivencia esperable menor de 6 meses) 113 pacientes (32%). La estancia media de los enfermos fue de 14,2 (+/- 17 días). Fallecieron 80 enfermos (22,5%). En el análisis bivariante, la edad, el número de ingresos previos, la presencia de demencia y el estado de terminalidad mostraron diferencias significativas entre los supervivientes y aquéllos que fallecieron. Las variables analizadas en el estudio de mortalidad, con diferencias estadísticamente significativas en el estudio bivariante, se introdujeron en un modelo multivariante (regresión logística de Cox).

Los factores asociados de modo independiente a mortalidad fueron edad y terminalidad.

CONCLUSIONES

1. Los enfermos que ingresan en nuestro centro con el diagnóstico de IC presentan una edad muy avanzada y una comorbilidad notable.
2. Como consecuencia de la comorbilidad la proporción de los que presentan características de terminalidad es de un tercio de los enfermos atendidos.
3. Las características que en el estudio multivariante se asocian a mortalidad intrahospitalaria son la edad y la existencia de terminalidad de base.



Discusión: el estudio realizado dificulta la toma de medidas que potencialmente pudieran disminuir la mortalidad, en tanto en cuanto que los dos factores asociados de un modo independiente a ella (edad y terminalidad por procesos de base) no son modificables. No se encontraron otros factores cuyo abordaje pudiera redundar en una mejora de la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. AlFaleh H., Elasar A. A., Ullah A., AlHabib K. F., Hersi A., Mimish L. et al. Worsening heart failure in 'real-world' clinical practice: predictors and prognostic impact. *Eur J Heart Fail*, 2016. doi: 10.1002/ejhf.515 [Epub ahead of print].

Tabla 1. Regresión logística de COX

Parámetro	Exp (B)	IC 95% LÍMITE INFERIOR	IC 95% LÍMITE SUPERIOR	p
Edad (años)	1,044	1,012	1,078	0,006
Terminalidad	12,690	6,683	24,097	< 0,001

G-06. INGRESOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. TENDENCIAS EN MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

C. San Román Terán¹, R. Guijarro Merino²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

La evolución de la edad poblacional y el aumento progresivo de la pluripatología y cronicidad han modificado la distribución de los episodios de ingreso hospitalario según las especialidades en los últimos años.

Nuestro objetivo es describir los cambios en los episodios de ingreso hospitalario en el periodo 2005-2013 según los Servicios que dan el alta.

PACIENTES Y MÉTODOS

Analítica descriptiva de los episodios de ingreso hospitalario en el SNS según el CMBD entre 2005 y 2013 atendiendo al servicio que da el alta y evaluar las tendencias observadas, utilizando la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de datos- CMBD, accesible en <http://pestadistico.Inteligenciadegestion.mssi.es/publicosns> último acceso el 15.03.2016.

RESULTADOS

En las figuras 1 y 2 se hace evidente el crecimiento en de los mayores de 65 años mientras permanece más estable el grupo de los menores de esa edad en los últimos años, así como la distribución cuantitativa por Servicios.

CONCLUSIONES

Pensamos que estos datos pueden ser de utilidad tanto a los sanitarios asistenciales como a las autoridades sanitarias a la hora de la toma de decisiones estratégicas y de otra índole o de planteamientos políticos generales de configuración sanitaria y formativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losa J. E., Zapatero A., Barba R., Marco J., Plaza S., Canora J.; Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). [Survey of panish Society of Internal Medicine on health care provision by internists in the public health system]. *Rev Clin Esp.* 2011 May;211(5):223-32.

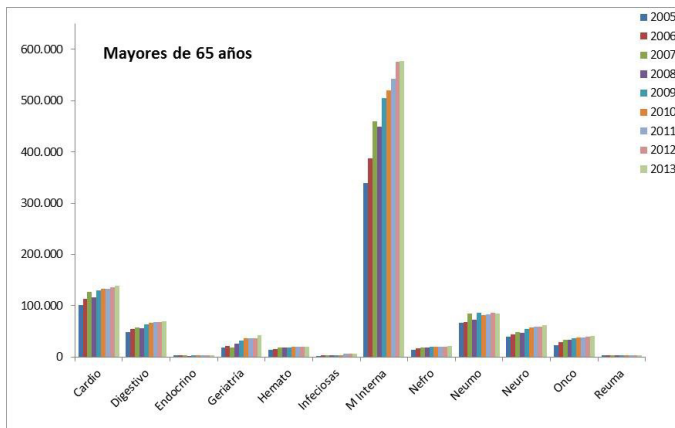


Fig. 1

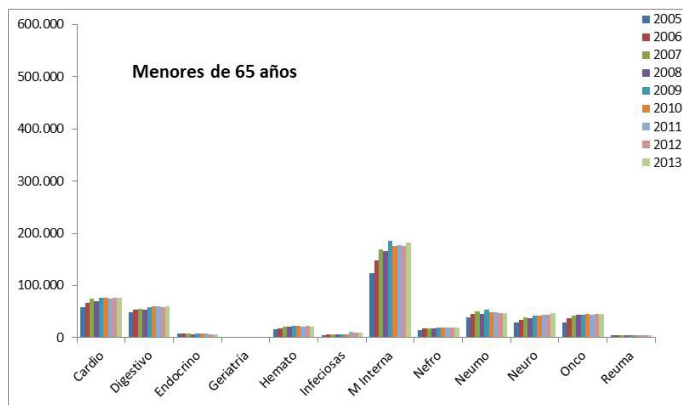


Fig. 2

G-07. ANÁLISIS DE LOS DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DE LOS EPISODIOS DE INGRESO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

C. San Román Terán¹, R. Guijarro Merino²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

La epidemiología de las causas de ingreso en las unidades de Medicina Interna debe dar una perspectiva válida de las necesidades de distribución de recursos del Sistema Sanitario. La evolución de la pirámide poblacional magnifica la repercusión de estos datos. Nuestro objetivo es describir el reparto por grupos de edad y la distribución de los episodios de ingreso en los servicios de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (SNS) español en el grupo de mayores de 85 años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptiva de los episodios de ingreso hospitalario en el SNS según el CMBD entre 2005 y 2013 atendiendo a las altas de los servicios de Medicina Interna y a la distribución por grupos de edad en los mayores de 15 años utilizando la base de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de datos-CMBD, accesible en <http://pestadistico.Inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns> último acceso el 08.04.2016.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

En las Tablas de las figuras 1 y 2 se expresan los diagnósticos más frecuentes en los mayores de 85 años que constituyen el 21,33% de todos los ingresos en Medicina Interna y su proporción con respecto al resto de los servicios y unidades del SNS. En la Tabla II vemos como la distribución etaria de los ingresos en Medicina Interna convierten a estas unidades en imprescindibles para la aproximación a los grupos de edades más elevada.

CONCLUSIONES

Pensamos que resultados como los descritos, de fácil obtención desde las bases clínico-administrativas proporcionadas oficialmente deberían ser tenidos muy en cuenta a la hora de la planificación y distribución de recursos en el Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losa J. E., Zapatero A., Barba R., Marco J., Plaza S., Canora J.; Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). [Survey of Spanish Society of Internal Medicine on health care provision by internists in the public health system]. *Rev Clin Esp.* 2011 May;211(5):223-32.

Tabla 1

	SNS 2005-13	MI 2005-13	% MI/SNS
0104 Septicemia	43.766	32.992	75,38%
0401-0402 Diabetes mellitus y otras endocrino-metabólicas	61.642	39.090	63,41%
0902-0903-0904 Cardiopatía isquémica	96.280	38.708	40,20%
0907-Insuficiencia cardiaca	259.820	175.101	67,39%
0908-Enfermedades cerebrovasculares	167.640	77.415	46,18%
1002-Neumonía	183.860	126.705	68,91%
1006 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias	108.702	64.905	59,71%
1404 Otras enfermedades del sistema urinario	101.403	68.086	67,14%
Todos	1.023.113	623.002	60,89%

Tabla 2

Distribución por tramos de edad		
	SNS	M Interna
Hasta 65 años	55,86%	25,64%
Mayores de 65 años	44,14%	74,36%
Mayores de 75 años	27,66%	56,56%
Mayores de 85 años	8,63%	22,73%



G-08. UTILIDAD DE LAS UNIDADES DE DIAGNOSTICO RÁPIDO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE NEOPLASIA

E. Jiménez Rodríguez, J. García García, A. Rodríguez Hurtado, J. Mira Escarti
Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes valorados en el área de Urgencias con sospecha de síndrome constitucional y que son posteriormente remitidos a una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) de Medicina Interna.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se incluyeron aquellos pacientes con alta sospecha diagnóstica de cáncer y que se encontraban pendientes de ingreso hospitalario en el área de Urgencias entre Enero y Diciembre de 2015. Los sujetos fueron reevaluados en dicha área de Urgencias por un médico internista y remitidos posteriormente a una UDR. En el momento de la primera valoración, a todos los pacientes se les solicitó las pruebas complementarias que fueron consideradas oportunas para llegar al diagnóstico, con una demora similar a la que tenían los pacientes ingresados.

RESULTADOS

Cuarenta y nueve pacientes fueron incluidos en el estudio. Veintiséis (53%) eran mujeres y la edad mediana (Q1-Q3) fue de 71 (53-80) años. La causa de derivación al área de Urgencias había sido la pérdida de peso, la presencia de adenopatías o anemia en el 39%, 14% o 12%, respectivamente de los casos. La demora mediana (Q1-Q3) de la primera valoración de los pacientes en la UDR tras el alta del área de Urgencias ocurrió a los 2 (1-5) días. El diagnóstico definitivo tuvo una demora de 15 (8-32) días, incluyendo el resultado anatómo-patológico cuando este fue necesario.

En 19 (39%) casos, se descartó la presencia de malignidad y en 3 (6%) se desestimó la realización de pruebas invasivas por limitación del esfuerzo diagnóstico-terapéutico por la edad avanzada o situación general del paciente. Entre los 27 (55%) pacientes estudiados y con diagnóstico final de cáncer, se diagnosticaron 6 linfomas, 6 neoplasias de origen colónico, 5 de origen pulmonar, 3 cánceres de mama, 3 neoplasias de páncreas, uno de ovario y otro de próstata. Hubo dos carcinomas de origen no aclarado. De los pacientes evaluados, 14 (29%) fueron remitidos a Oncología, 5 (10%) a Hematología, 7 (14%) a cuidados paliativos, 12 (24%) para seguimiento por Atención Primaria, 2 (4%) para ser directamente intervenidos quirúrgicamente y un último sujeto fue derivado a Urología.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

La posibilidad de un consultor internista en el área de Urgencias con el apoyo de la UDR posibilita la atención ambulatoria de pacientes con síndrome constitucional. Esta respuesta debe ser muy precoz y debe ser apoyada por las distintas unidades implicadas para que no se produzca una demora en el proceso diagnóstico respecto al paciente que permanece ingresado en el hospital.

Una relación más estrecha entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria evitaría incluso el traslado de estos pacientes complejos al área de Urgencias hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch X., Aibar J., Capell S., Coca A., López-Soto A.. *Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. Med J Aust. 2009 Nov 2;191(9):496-8.*

G-09. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

G. Noguera, M. Blanco, C. Pérez, A. Galán, P. Valdivielso

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Analizar la mortalidad global en una Unidad de Medicina Interna (MI) que presta atención a Cuidados Paliativos (CP).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron las altas del primer semestre del 2015 de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Se registraron la edad, sexo, día de ingreso y de alta, status vital al alta, centro y unidad hospitalaria de alta, estancia bruta y scores de severidad y mortalidad obtenidos mediante la aplicación APR-DRGs (3M Health Information System).

RESULTADOS

Se incluyeron 869 pacientes, de 70 ± 16 años, el 51% mujeres. Fallecieron en total 204 pacientes (23.5%), de los cuales el 55% eran pacientes del programa de Cuidados Paliativos (CP) y los restantes (18.5%) ingresos en Medicina Interna no CP ($p < 0.05$). La mortalidad global no influyó en una menor estancia bruta (13 ± 12 no fallecidos versus 15 ± 23 días los no fallecidos, NS). El 87% de los pacientes que fallecieron y el 61% de los no fallecidos tuvieron un índice de severidad ≥ 3 ($p < 0.05$), mientras que el puntaje de mortalidad ≥ 3 fue para ambos grupos diferente (83% versus 45%, $p < 0.05$). La mortalidad no fue mayor los días de fin de semana.



CONCLUSIONES

Como cabía esperar, la asistencia a pacientes de Cuidados Paliativos elevó de forma notable la mortalidad global de nuestra unidad, representando hasta un tercio de la mortalidad total. En contra de lo esperado por la bibliografía, no hubo mayor mortalidad asociada a los fines de semana.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. Barba, A. Zapatero, J. E. Losa, J. Marco, S. Plaza, C. Rosado, J. Canora. *The impact of weekends on outcome for acute exacerbations of COPD. European Respiratory Journal. 2012; 39: 46-50.*
2. E. Francia, J. Casademont. *Influencia de la edad en los índices probabilísticos de mortalidad al ingreso en salas convencionales de Medicina Interna. Med. Clínica 2012; 139 (5): 197-202.*
3. J. Marco, S. Plaza, J. Canora, R. Barba, J. E. Losa, A. Zapatero. *Analysis of the Mortality of Patients Admitted to Internal Medicine Wards Over the Weekend. American Journal of Medical Quality. 2010; 25(4): 312-318.*

G-10. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD, NOTIFICADAS EN 2015 Y PRIMER TRIMESTRE DE 2016

S. Pérez Moyano, A. Benavente Fernández, A. Martín-Lagos Maldonado
UGC Medicina Interna, Especialidades Médicas y Cuidados Paliativos. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada)

OBJETIVOS

Analizar las Notificaciones de Incidentes de seguridad (NIS), relacionadas con la práctica asistencial de nuestra Unidad, a lo largo del 2015 y primer trimestre de 2016 y evaluar su utilidad, en base a las mejoras que se han establecido gracias a las mismas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analizan las NIS reportadas, por parte de cualquier integrante de la Unidad, a lo largo de 2015 y primer trimestre de 2016, sobre cualquier paciente atendido en la Unidad, independientemente del lugar de asistencia, así como las mejoras implantadas.

RESULTADOS

Se notifican un total de 35 incidentes de seguridad; 13 notificadas por Facultativos, 19 por Enfermería y 3 por personal Auxiliar. Todas han sido notificadas sobre pacientes ingresados en planta de hospitalización, excepto* una realizada en observación, manteniendo, durante el periodo analizado, un total de 1397 ingresos, con lo que las

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

NIS se sitúan en el 2'5% del total de ingresos y 0% del resto de lugares asistenciales; consulta externa, hospital de día y urgencias*.

Las temáticas notificadas, son distintas en función del estamento que la realiza, así, los Facultativos notificaron los siguientes incidentes:

Falta Consentimiento para CCG (1), La cuidadora no coloca bien el parche de NTG (1), Hematoma relevante por HBPM (2), Hematoma postpunción arterial tras CCG (1), Doble administración de medicación; familia y nosotros (1), Arrancamiento tubo torácico en paciente psiquiátrico (1), Identificación equívoca de paciente (1), No se cambia la conexión de oxígeno tras aerosol (1), Identificación equívoca de RAM (2), Infecciones nosocomiales (2); Neumonía nosocomial y Clostridium difficile (tto con IBP y AB).

Enfermería:

Lavado vesical por familiar (1), caída de la cama (1), pérdida de vía periférica por la noche (1), flebitis- extravasaciones (16).

Los auxiliares de enfermería notificaron los siguientes incidentes:

La cuidadora no coloca bien el parche de NTG (1), compresión de pierna por sistema de contención (1), camas elevadas (1).

Medidas adoptadas en respuesta al análisis de causa-raíz de las NIS:

- Chek list en sobre para CCG.
- Formación en manejo de pulsera neumática. Protocolo VHN.
- Protocolo noche (en desarrollo).
- Conciliación del tto. al ingreso, a diario y ajustar ttos a potencial alta.
- Promoción de la salud. Formación de cuidadores. Insulina, inhaladores...parche NTG.
- Camas, altura, sistemas de retención, sondas.
- Protocolo caídas.
- Comunicación con enfermería. Tratamientos 13h.
- Sesión profilaxis HBPM. Indicaciones.
- Sesión indicaciones de gastroprotección con IBP en pacientes hospitalizados.

CONCLUSIONES

1. Las NIS son una estrategia clave para identificar áreas de mejora, aprender de los errores y evitar su recurrencia, contribuyendo a generar un clima y cultura de seguridad asistencial. (No se ha repetido ninguna NIS, sobre las cuales se realizaron acciones de mejora).
2. Tenemos barreras de concienciación, integración y formación, ya que hay escasa notificación, participación y amplia variabilidad interpersonal en la NIS; El carácter anónimo, no punitivo y orientado a la mejora de la seguridad, debiera animar a todos a su implementación.



BIBLIOGRAFÍA

1. *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. MSC.*

G-11. INFORME SOBRE LA VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN UNA COMISIÓN DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. García Ocaña, M. Pérez Quintana, A. Camacho Carrasco, V. Sáñez Montagut, S. Rodríguez Suárez, J. García Morillo

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

OBJETIVOS

La Comisión de Farmacia y Terapéutica de la UCAMI se reúne periódicamente (a demanda) y tiene como funciones la selección de medicamentos en base a criterio de calidad, eficacia, seguridad, coste y necesidad, la elaboración de protocolos de utilización de medicamentos así como establecer medidas que garanticen su cumplimiento, priorizando los medicamentos de alto impacto económico, así como la implantación de un programa de seguimiento de los pacientes usuarios de éstos.

El objetivo es revisar las solicitudes realizadas en los últimos 2 años con la finalidad de estudiar su funcionamiento en base a las patologías más estudiadas, medicamentos más solicitados, indicaciones, grado de aceptación así como la evolución de estas decisiones.

PACIENTES Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los casos evaluados durante las reuniones en base a la información recogida en actas de éstas. Análisis de frecuencias.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 43 casos, de forma individual. De éstos 34 casos (79%) eran medicamentos biológicos y 9 (21%) no. De los medicamentos biológicos se aceptaron 17 (50%) en la primera valoración y 17 (50%) no lo fueron (siendo en todos ellos planteado un tratamiento alternativo). De éstos últimos, 6 (el 35% de los no aceptados) tuvieron que reevaluarse por no cumplir los criterios de respuesta al tratamiento alternativo planteado y finalmente fueron aceptados. De los no biológicos no fueron aceptados 55.5% de los casos. Entre las patologías más frecuentes que motivaron la petición de medicamentos biológicos fueron LES (11), síndromes autoinflamatorios (7), uveítis (5), vasculitis (5) y dermatomiositis, siendo las menos frecuentes la histiocitosis de células no Langerhans, pseudotumor orbitario y pioderma gangrenoso. Entre patologías para las que fueron solicitados los medicamentos no biológicos más destacadas: enfermedad de Fabry, síndrome de Job, síndrome de Lesh-Nyhan, esclerosis tuberosa o esclerodermia limitada.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

Creemos que la existencia de una comisión formada por internistas y farmacéuticos en servicios de medicina interna con una casuística elevada de enfermedades sistémicas autoinmunes y minoritarias, podría mejorar la atención sanitaria de estos pacientes, haciendo hincapié en la individualización de estos tratamientos en base a la evidencia científica disponible y a la experiencia acumulada de los grupos, pudiendo de esta forma generar un cuerpo de evidencia mayor así como trabajar en la mejora del uso razonable de los recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Actas de las reuniones de la Comisión de Farmacia Hospitalaria.*



1. 8. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

1. 8. 1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I-01. UN AÑO DE CANDIDEMIAS EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA

C. Martínez Mateu, P. Hidalgo Pérez, J. Romero León, S. Ferra Murcia, E. Vogt Sánchez, P. Sánchez López, R. Fernández Garzón, M. Gálvez Contreras
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Con este estudio se pretende analizar los casos de candidemia ocurridos durante el año 2015 en nuestro hospital, estudiando las características y factores de riesgo de los pacientes, las especies de *Cándida* implicadas, así como el manejo terapéutico llevado a cabo. La candidemia es una de las infecciones oportunistas más prevalente a nivel nosocomial, con una incidencia que va en aumento en los últimos años y que conlleva una alta morbimortalidad.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de aislamiento de *Cándida* spp en hemocultivos en el Hospital Torrecárdenas de Almería durante el año 2015. Definimos candidemia como la presencia de *Cándida* spp. en sangre.

RESULTADOS

Se aislaron *Cándida* spp. en un total de 18 pacientes. El 61.1% eran varones, y la edad media fue de 70 años (33-89 años). La especie de *Cándida* más frecuente fue *C. Albicans* (33.3%), seguido de cerca por *C. Glabrata* (27.8%), *C. Parapsilosis* (22.2%) y *C. Tropicalis* (16.7%). Entre los factores de riesgo asociados, vemos que un 55.6% había sido intervenido quirúrgicamente las semanas previas, el 44.4% había recibido nutrición parenteral total, un 61.1% era o había sido portador de un catéter venoso central y prácticamente la totalidad (94.4%) habían recibido antibioterapia previa de amplio espectro. El 27.8% estuvieron ingresados en UCI y un 16.7% eran pacientes inmunosuprimidos. Sólo en 4 casos (22.2%) se aisló *Cándida* en otra localización.

El tratamiento más empleado de primera elección fue el Fluconazol, sólo en dos casos se empleó como primer antifúngico la anfotericina B y otros dos casos no se llegaron a tratar. Siguiendo el fungigrama, en el 35.7% se cambió el tratamiento; de los cuales el 83.3% pasó a tratarse con Caspofungina y el 16.7% restante con Micafungina. 8 pacientes procedían de servicios quirúrgicos (44.4%) y en 5 de ellos se consultó con el servicio de Medicina Interna para su manejo y tratamiento. Finalmente, el 55.6%

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

fueron éxitos, de los cuales el 90% ocurrió en los primeros 15 días tras el diagnóstico microbiológico.

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha experimentado en España un aumento en la incidencia de candidemia. Este incremento puede estar debido al mayor empleo de múltiples procedimientos invasivos, el uso de antibioterapia de amplio espectro así como mayor uso de nutrición parenteral; a los tratamientos quimioterápicos cada vez más intensos, que cursan con neutropenias más prolongadas y con mayor grado de mucositis; o al creciente número de pacientes trasplantados, así como a la mayor supervivencia de pacientes graves. En nuestra casuística de 18 pacientes vemos que, aunque la especie mayoritaria sigue siendo *C. Albicans* como en la mayoría de series publicadas, hay un aumento claro en la incidencia de las especies no-albicans. En todos los casos encontramos algún factor de riesgo predisponente, siendo el mayoritario la antibioterapia intensiva seguido del hecho de ser portador de un catéter venoso central. Las candidemias conllevan una alta morbimortalidad, estando descrita una mortalidad atribuible del 30-50%, cifras en concordancia con nuestros resultados (la mortalidad atribuible en nuestro hospital fue de un 50%). El hallazgo de *Cándida* en sangre nunca se debe considerar como un contaminante y tendrá que ser tratada con agentes antifúngicos siempre. El antifúngico más empleado fue el Fluconazol, el cual hubo que cambiar por problemas de resistencia o mala evolución en 6 pacientes y siendo la alternativa más utilizada la Caspofungina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouza E., Muñoz P. *Epidemiology of candidemia in intensive care units. Int J Antimicrob Agents.*2008;32:S87–S91. Kauffman C. *Clinical manifestations and diagnosis of candidemia and invasive candidiasis in adults. En Uptodate.*
2. Puig-Asensio M., Padilla B., Garnacho-Montero J., Zaragoza O., Aguado J. M., Zaragoza R., Montejo M., Muñoz P., Ruiz-Camps I., Cuenca-Estrella M., Almirante B.; CANDIPOP Project; GEIH-GEMICOMED (SEIMC); REIPI. *Epidemiology and predictive factors for early and late mortality in Candida bloodstream infections: a population-based surveillance in Spain. Clin Microbiol Infect.* 2014 Apr;20(4):O245-54.



I-02. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PALUDISMO ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA TROPICAL

E. Baranova¹, J. Cuenca¹, J. Pousibet¹, J. Rodríguez¹, M. Soriano-Pérez², J. Vázquez-Villegas³, R. Pérez- Moyano⁴, J. Salas-Coronas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Medicina Tropical, ⁴Unidad de Hematología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

³Unidad de Medicina Tropical. Distrito Poniente. Almería

OBJETIVOS

análisis de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de paludismo atendidos en consulta de Medicina Tropical del Hospital del Poniente en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2015.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad mediante frotis sanguíneo, test de diagnóstico rápido (inmunocromatografía) o PCR. Se incluyeron tanto pacientes ingresados como tratados de forma ambulatoria, todos ellos atendidos por facultativos de la Unidad de Medicina Tropical. Se consideraron variables sociodemográficas (edad, sexo, país de procedencia, tipo de viajero), clínicas (motivo de consulta, mes en que se realizó el diagnóstico, coinfecciones) y analíticas (especie de Plasmodium, coinfecciones y presencia de hemoglobinopatías). Se consideró que el paciente presentaba una malaria submicroscópica cuando el diagnóstico se realizó exclusivamente por PCR (frotis sanguíneo y test de diagnóstico rápido negativos).

RESULTADOS

Se diagnosticaron en total 175 pacientes de paludismo, de los que 160 fueron hombres (91,4%). El 95% eran de origen subsahariano, principalmente procedentes de Mali (n=79, 45,1%), Senegal (n= 26, 14,9%) y Ghana (n=16, 9,1%). 7 pacientes fueron españoles (4%). La edad media fue de 33 años (rango 15-71). El 64,6% fueron viajeros VFR (Visiting Friends and Relatives). El principal motivo de consulta fue la fiebre (52%), fundamentalmente en los pacientes con malarías diagnosticadas por microscopía. Otros motivos de consulta fueron el dolor abdominal 17,1% (n=30) y la diarrea 2,3% (n=4). En el 90,3% de los casos la especie identificada fue Plasmodium falciparum (n=158), seguida de P.malariae 3,4% (n= 6), P. ovale 2,9% (n= 5) y P.vivax 0,6% (n= 1). 5 pacientes (2,9%) presentaron una parasitación mixta. Los meses con mayor número de casos diagnosticados fueron octubre (n=41) y septiembre (n=33). El diagnóstico se realizó mediante frotis sanguíneo en 126 pacientes (72%). 49 pacientes (28%) fueron diagnosticados de malaria submicroscópica.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

El *Plasmodium falciparum* es la especie que ocasiona la mayor parte de los casos de paludismo importado en nuestro medio. La mayor parte de los pacientes con paludismo microscópico son diagnosticados tras el verano, coincidiendo con el regreso de los inmigrantes que viajaron a sus países al disminuir el trabajo en los invernaderos. Sin embargo, los casos de malaria submicroscópica (frecuente en pacientes semiinmunes) se distribuyen de forma más homogénea durante todos los meses del año.

La malaria es una enfermedad importada frecuente en zonas con alto porcentaje de población extranjera procedente de regiones tropicales. Aunque la fiebre es el síntoma más habitual, debe sospecharse en cualquier persona enferma que ha regresado recientemente de una región endémica. Todos los médicos deben estar familiarizados con la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz J., Rojo-Marcos G., Ramírez-Olivencia G., Salas-Coronas J., Treviño B., Perez Arellano J. L., et al. Diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España: recomendaciones del Grupo de Trabajo de malaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI). *EnfermInfeccMicrobiolClin*. 2015;33:e1-e13.
2. Ramírez-Olivencia G., Rubio J. M., Rivas P, Subirats M., Herrero M. D., Lago M, et al. *Imported submicroscopic malaria in Madrid*. *Malar J*. 2012, 11:324.

I-03. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE BACTERIEMIAS.

ANÁLISIS PRELIMINAR

J. Martínez Colmenero¹, C. Herrero Rodríguez², V. Guillot Suay³, I. Gea Lázaro², L. Martín Hita³, M. Rodríguez Muñoz², C. Roldán Fontana³, M. Omar Mohamed-Balghata²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología y Parasitología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

En las últimas décadas, se ha observado un aumento significativo en la incidencia de bacteriemias y un profundo cambio en la epidemiología, la etiología y las características clínicas de las mismas, destacando un aumento de la mortalidad de predominio en la adquisición nosocomial.

Nuestro objetivo es determinar la incidencia, las características clínico-epidemiológicas, microbiológicas y la adecuación del tratamiento empírico y dirigido de las bacteriemias en nuestro hospital.



PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo de los 6 primeros meses de implantación de un programa de bacteriemias. Se completó un protocolo de recogida de datos donde se analizaron variables clínico-epidemiológicas, microbiológicas y de adecuación del tratamiento antibiótico.

RESULTADOS

Se incluyeron 108 casos de bacteriemias, 68.5% varones y 31.5% mujeres, con una edad media de 65 años. La enfermedad de base fue rápidamente fatal en el 16.7% y últimamente fatal en el 27.8%, fundamentalmente por neoplasias. La mediana del Índice de Charlson fue 6. La insuficiencia renal crónica (36%), diabetes mellitus (34.3%), EPOC (21.30%) y las neoplasias sólidas (27.7%) fueron las patologías de base más frecuentemente asociadas. El 48% de los pacientes eran portadores de sonda urinaria y el 36% de catéter venoso central. El 34.3% de los pacientes habían recibido terapia antibiótica los tres meses anteriores (15.7% quinolonas, 7.4% cefalosporinas y un 13.9% carbapenems) y el 12% en el último mes habían ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. La adquisición fue nosocomial en 45.4%, comunitaria 24.1% y asociada a cuidados sanitarios en 30.6%. El 25.9% de las bacteriemias fueron primarias, el origen de las restantes fueron: 25% urinario, 23.1% catéter y abdominal 11%. Los microorganismos más frecuentes: E.coli (19.4%), S.aureus (17.6%), SCN (16.7%), Enterococos (10.2%), Pseudomona aeruginosa (7.4%), Klebsiella pneumoniae (6.5%) y Candida sp (5.6%). Destacando que el 47.6% de E.coli fueron BLEE y el 35.7% de los S.aureus fueron resistentes a metilicina. Se realizaron 75 asesorías (69.4%) objetivándose en un 40.7% de tratamientos empíricos inapropiados y un 22% de tratamientos dirigidos inapropiados. La mortalidad fue del 16.7% (18 casos) y relacionada con la bacteriemia 6.5% (7 casos), no se realizó estudio de asociación con los microorganismos dado el reducido número de casos de mortalidad.

CONCLUSIONES

Los microorganismos gram positivos tienen un ligero predominio en nuestro centro frente a los gram negativos. Destacamos un alto porcentaje de E.coli BLEE. Debemos centrar nuestra actuación en disminuir la tasa de tratamientos empíricos inapropiados de nuestro hospital para con ello reducir la tasa de mortalidad relacionadas con las bacteriemias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Guías de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). José Miguel Cisneros-Herreros, Javier Cobo-Reinoso, Miguel Pujol-Rojo, Jesús Rodríguez-Baño. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Volumen 25, 2, Febrero 2007, 111-130.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

I-04. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

C. Ruiz Nicolás¹, V. Domínguez Leñero², S. Cortes de Miguel², P. Luzón García³, P. Carrillo Alascio¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, ³Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Conocer la clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de los pacientes con diarrea secundaria a la infección por Clostridium difficile.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con un cultivo positivo para Clostridium difficile en un hospital de tercer nivel entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, clínica, duración de los síntomas, resultados del cultivo, colonoscopia (si/no), tratamiento, recaída, tratamiento recaída y exitus.

RESULTADOS

se incluyeron en el estudio un total de 22 pacientes. De ellos 12 eran hombres (54 %). La edad media fue de 73 años. La diarrea fue el síntoma más frecuente (90%). La duración media de la diarrea fue de 7,6 días, el dato se recogió en el 100 % de los pacientes. El diagnóstico microbiológico se estableció en base a antígeno positivo y toxina negativa en 9 pacientes (41%) y ambos positivos en 13 pacientes (59%). Se realizó colonoscopia en 1 paciente (4%) y no presentó hallazgo compatible con colitis pseudomembranosa. Ningún paciente requirió cirugía. El tratamiento recibido fue metronidazol oral en 3 pacientes (14%), metronidazol intravenoso en 5 pacientes (23%), vancomicina oral en 6 pacientes (27%), metronidazol intravenoso y vancomicina oral en 2 pacientes (8%), metronidazol oral y vancomicina oral en 1 paciente (4%) y no recibieron tratamiento 5 pacientes (23%). 4 pacientes tuvieron recaída (18%), 1 tratado con vancomicina oral que se volvió a tratar con vancomicina oral y enemas de vancomicina, 1 que había recibido metronidazol intravenoso y no se trató la recaída, 1 que había recibido metronidazol intravenoso y vancomicina oral y se trató la recaída con vancomicina oral y posteriormente con fidaxomicina y 1 que recibió metronidazol oral y la recaída se trató con vancomicina oral. 21 (95%) pacientes no tuvieron complicaciones, 1 paciente presentó colitis pseudomembranosa. Sin embargo 5 pacientes sufrieron insuficiencia renal y 1 isquemia intestinal. Solo falleció 1 paciente durante el ingreso y la infección por Clostridium no fue la causa principal del exitus.



CONCLUSIONES

Discusión: la infección por *Clostridium difficile* en nuestro centro, tiene una incidencia similar en ambos sexos. Su síntoma más frecuente es la diarrea y en la mayoría de los casos no se realizó colonoscopia para su diagnóstico. El tratamiento más común fue la vancomicina oral y el metronidazol intravenoso y en el tratamiento de las recaídas, la vancomicina oral fue también el fármaco más usado. Solo un paciente requirió tratamiento con fidaxomicina. Las complicaciones no fueron frecuentes en nuestros pacientes y ningún paciente falleció como consecuencia de la infección por *Clostridium difficile*.

Conclusión: el diagnóstico de la infección por *Clostridium difficile* se basa en la clínica del paciente y resultados microbiológicos.

Aunque se trata de una entidad potencialmente grave su correcto diagnóstico y tratamiento suelen controlar la enfermedad en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Rodríguez-Pardo et al / *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(4):254–263.

I-05. LAS HEPATITIS VIRALES EN INMIGRANTES SUBSAHARIANOS: UN OBJETIVO PRIORITARIO DE SALUD PÚBLICA

J. Cuenca-Gómez, J. Salas-Coronas, A. Lozano-Serrano, M. Soriano-Pérez, J. Vázquez-Villegas, C. Ocaña-Losada, I. Pérez-Camacho, M. Cabezas-Fernández
Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

En España, desde finales de los años 90, se comenzó la vacunación universal frente a la hepatitis B a los recién nacidos que junto con el control sistemático de las donaciones de sangre y el cribado serológico de las gestantes en el tercer trimestre contribuyeron al descenso de la incidencia y la mortalidad por dicha enfermedad, que no obstante, a partir de 2005, sufrió un repunte en probable relación con el aumento de la población inmigrante de zonas con elevada prevalencia y el perfeccionamiento de la notificación de los casos y de las técnicas diagnósticas.

Objetivo: estudiar la prevalencia de los marcadores serológicos de las hepatitis virales más frecuentes en los pacientes inmigrantes atendidos en una consulta especializada.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los marcadores serológicos de infección por VHB, VHC y VHD en inmigrantes africanos atendidos en la Unidad de Medicina Tropical entre octubre de 2004 y junio de 2015.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

Se incluyeron 2.518 pacientes, 87,7% subsaharianos, 88% varones. Un 59,8% de los pacientes subsaharianos se encontraban en situación administrativa irregular. El 78,8% presentó algún marcador para infección por el VHB y en 638 pacientes (25,3%) se diagnosticó una hepatitis B activa (AgHBs +). La infección crónica por VHB fue más frecuente en hombres que en mujeres (26.9% vs 13.9%, $p < 0.001$). En 19 casos se detectaron Ac-VHD (4 con PCR positiva). El genotipado del VHB se realizó en 148 pacientes, siendo el genotipo más frecuente el E ($n=121$; 81,7%), seguido del D ($n=13$; 8,8%), A ($n=12$; 8,1%) y B ($n=2$; 1,4%). En 70 pacientes (11%) fue preciso iniciar tratamiento antiviral frente a la hepatitis B. Sesenta y ocho (2.7%) pacientes presentaron Ac-VHC (26 con carga viral positiva), siendo el genotipo 2 el más frecuente ($n=19$). En 3 pacientes se constató una coinfección por VHB y VHC. En el momento del diagnóstico, 4 pacientes presentaban un hepatocarcinoma y 11 cirrosis hepática.

CONCLUSIONES

El colectivo de inmigrantes subsaharianos, dada su alta prevalencia de hepatitis virales, sobre todo la hepatitis B, debe considerarse objetivo prioritario de intervención de Salud Pública, con programas dirigidos a la vacunación universal y al diagnóstico precoz, que minimicen el impacto sobre la transmisión entre los miembros de las propias comunidades y la población autóctona, así como el futuro desarrollo de complicaciones graves, como la cirrosis hepática y el hepatocarcinoma, responsables de una importante carga de enfermedad que supone años de vida perdidos por discapacidad y muerte prematura y un elevado coste para nuestro sistema sanitario. El ámbito de esta actuación debería ser fundamentalmente Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Association. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.

I-06. BLASTOCYSTIS HOMINIS ¿VERDADERO PATÓGENO O COMENSAL?

C. Ocaña Losada, J. Cuenca Gómez, J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, M. Soriano Pérez, M. Cabeza Barrera, F. Cobo Martínez, M. Cabezas Fernández
Unidad Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)



OBJETIVOS

El *Blastocystis hominis* ha sido considerado durante mucho tiempo un parásito comensal. Últimamente ha aumentado importantemente su prevalencia, llegando a considerarse una parasitosis emergente, motivo por el que se está poniendo en duda la no patogenicidad de este protozoo. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de parasitación por *B. hominis* con y sin coparasitaciones asociadas en una Unidad de Medicina Tropical (UMT).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de *B. hominis* en la UMT, desde octubre de 2004 hasta marzo de 2016, recabando los datos sociales, epidemiológicos, clínicos y analíticos de cada paciente.

RESULTADOS

De los 3.070 pacientes atendidos en la UMT en este periodo, en 570 (18%) se diagnosticó infección por *B. hominis*. 477 sujetos (83.7%) eran hombres, siendo la edad media de 31 años (rango 6-77). El tiempo medio de estancia en España fue de 51.98 meses (rango 0-348). Los países de procedencia más frecuentes fueron: Senegal (27.9%), Mali (18.1%), Guinea Bissau (11.9%) y Marruecos (10.7%). Destacar 18 pacientes (3,2%) españoles y 3 de países de Europa Occidental.

Los pacientes fueron derivados principalmente desde Atención Primaria (AP) 429 (75.3%), Medicina Interna 42 (7.4%) y Digestivo 38 (6.7%); siendo los principales motivos de derivación dolor abdominal 238 (41.8%), derivación por hallazgos al aplicar el protocolo de atención inicial al inmigrante de AP 178 (31.2%), eosinofilia 73 (12.8%), alteraciones hepáticas 66 (11,6%), prurito 27 (4.7%) y diarrea 26 (4.6%). 325 pacientes (57%) presentaron coparasitaciones intestinales, estando entre las más frecuentes: *Entamoeba histolytica/dispar* 144 (25.3%), estrongiloidiasis 99 (17.4%), uncinariasis 66 (11.6%) y esquistosomiasis 48 (8.4%).

En la 1ª consulta se objetivó una media de eosinófilos totales en sangre de 374.6/mm³ (5-3202), IgE 17.11 UI/mL (3.6- 11860.9) y Hb 14,69 mg/dL (4,0-19.4). El estudio de parásitos en heces fue positivo en 511 pacientes (89.6%) en la 1ª tanda, en 203 (35.6%) en la 2ª y en 74 (13%) en la 3ª.

En el análisis de los 245 pacientes (43%) con aislamiento exclusivo de *B. hominis* sin otras coparasitaciones intestinales, entre los motivos principales de derivación estaban: dolor abdominal 89 (36.3%), derivación por protocolo de AP 70 (28.6%), alteraciones hepáticas 38 (15.5%), eosinofilia 23 (9.4%), prurito 18 (7.3%) y diarrea 12 (4.9%). De estos 245, 42 pacientes se trataron con metronidazol por motivos clínicos. 18 se perdieron en el seguimiento. De los 24 restantes, 17 (70,8%) presentaron mejoría clínica tras el tratamiento.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

Clásicamente han existido dudas sobre la patogenicidad de *B. hominis* por la producción de clínica inespecífica, la cual pudiera estar relacionada con la presencia de otras coparasitaciones, y por el aislamiento del patógeno en las heces de individuos asintomáticos. Sin embargo, hay una serie de evidencias a favor de su patogenicidad: el hecho de que a mayor carga parasitaria, mayor frecuencia de sintomatología; la desaparición de la clínica en muchas series de casos tras el tratamiento antiparasitario; o la existencia en estudios *in vitro* de subtipos de *B. hominis* con mayores tasas de patogenicidad. No obstante hacen falta más estudios para aclarar estas controversias.

La parasitación intestinal por *B. hominis* es una de las parasitosis más prevalentes en los pacientes atendidos en la UMT, sobre todo en aquellos procedentes de África Subsahariana. Aunque no podemos demostrar la asociación de la sintomatología con la parasitación por este protozoo, sí que existen datos indirectos de esta asociación. Por ello, pensamos que habría que desarrollar técnicas que nos permitieran conocer la patogenicidad real del *Blastocystis* en cada caso, como por ejemplo identificar las cepas patógenas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonte Galindo L., González Rodríguez Z., Fong González A., Méndez Sutil Y., Moreira Perdomo Y. Evidence and pathogenicity mechanisms of *Blastocystis* spp. *Rev Cubana Med Trop* 2015;67(1):97-113.

I-07. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON PCR+ PARA VIRUS INFLUENZA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE HUELVA DURANTE LOS MESES INVERNALES DEL AÑO 2016

A. González Macía, E. Gutiérrez Jiménez, M. Machado Vílchez, F. Carrasco Sánchez, J. García Moreno, C. Borrachero Garro
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Analizar y describir la incidencia, mortalidad y comorbilidades de los pacientes con resultado positivo para PCR del virus influenza, además de evaluar factores pronósticos asociados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se evaluaron todas las determinaciones de PCR en tiempo real para el virus influenza (RT-PCR) entre los meses de enero, febrero y marzo de 2016. Entre los pacientes con



positividad, se describieron las variables demográficas, clínicas y analíticas mediante el estudio retrospectivo de las historias clínicas. Así mismo, se evaluó la mortalidad y el tiempo de estancia hospitalaria. Por último, se analizaron las variables predictoras asociadas a mal pronóstico. Las variables se definieron por media o mediana dependiendo si es una distribución normal, para las variables cualitativas (número y porcentaje). Para comparar las medias se usó la t de Student y para las proporciones la chi cuadrado.

RESULTADOS

De un total de 114 determinaciones, 40 fueron positivas para el virus de la gripe (35 fueron influenza A H1N1). Se han clasificado a los pacientes en función de su edad (45% fueron mayores de 50 años), sexo (55% mujeres y 45% hombres) y sus comorbilidades (10% eran cardiópatas, 7,50% padecían EPOC y 7,50% Enfermedad Renal Crónica). Se han obtenido unos resultados en base a mortalidad (15%), requerimiento de ingreso en unidad de críticos (12,50%), si recibieron tratamiento con oseltamivir (62,5%) o la media de hospitalización en pacientes que requirieron ingreso (8,48 días).

Respecto a la mortalidad, se ha encontrado asociación con las variables demográficas Enfermedad Renal Crónica ($p=0,054$) y edad > 50 años ($p = 0,073$). Además, destaca asociación de la mortalidad con ingreso en unidad de críticos ($p < 0,001$). Como era esperable, se ha encontrado una asociación inversa entre el tratamiento con oseltamivir y mortalidad ($p = 0,021$).

CONCLUSIONES

La gripe es una enfermedad prevalente en nuestra sociedad, que se asocia a determinadas comorbilidades y que debemos sospechar dado que su tratamiento precoz con oseltamivir disminuye la mortalidad en nuestra muestra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper N. J., Sutton A. J., Abrams K. R., Wailoo A., Turner D., Nicholson K. G. *Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. BMJ. 2003;326(7401):1235.*

I-08. PALUDISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

M. Martínez Soriano, A. Aceituno Caño, A. García Peña, S. Ferra Murcia, B. Hernández Sierra, R. Fernández Garzón, S. Vogt Sánchez, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

OBJETIVOS

Conocer la incidencia, epidemiología, semiología clínica, diagnóstico y tratamiento del paludismo en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, en los últimos cinco años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de paludismo, analizando las características clínico-epidemiológicas y su evolución en los últimos años.

RESULTADOS

- Se analizaron 32 pacientes en los últimos 5 años (2011-2015) con edad media de 35 años; 81% varones y 19% mujeres. Los meses de máxima incidencia fueron Agosto (6), Septiembre (11) y Octubre (4). El país de origen mayoritario fue Mali con un 68% de los casos, Guinea Ecuatorial 6%, Senegal, Ghana y Colombia con un 3%. Sólo un 16% de origen nacional. El país de contagio predominante fue África en un 93% (Mali, 68%) y América en un 7%.
- El motivo de estancia más frecuente en el país de contagio fue VFR (visiting friends and relatives) (85%); seguido de cooperación y turismo (6%) y, el menos frecuente, trabajo (1%).
- La semiología clínica predominante fue fiebre (100%), cefalea (70%), síntomas digestivos (68%), hepatomegalia (25%) y esplenomegalia (19%). En los datos analíticos destaca la trombopenia (93%), siendo la cifra más frecuente entre 20000 y 50000 (53%), PCR elevada (91%), anemia y leucopenia (56%).
- En el diagnóstico morfológico por frotis, predomina el Plasmodium Falciparum (66%), P. Spp (14%), seguido de P. Vivax, doble parasitación o negativo en un 6%.
- El paludismo complicado (>2,5% parasitación) ocurre en el 36% (>10% de parasitación en el 14% de los casos).
- Se realizó inmunocromatografía en el 87% de los pacientes, siendo positiva en el 100%. Diagnóstico por PCR en 3 pacientes.
- Artemisina/piperaquina (Eurartesim) fue el tratamiento mayoritario (88%) vía oral para P. Falciparum. Artemisina/piperaquina+Primaquina fue el tratamiento de elección para P. Vivax y parasitaciones dobles.
- 100% curación.

CONCLUSIONES

- Aumento de la incidencia de malaria importante en los últimos dos años probablemente ligada al aumento de VFR.
- Fiebre, cefalea, trombopenia y anemia sigue siendo la semiología más prevalente.
- Plasmodium falciparum es el más frecuente en el diagnóstico por frotis.



- Hiperparasitemia en el 36% de los casos.
- Artemisina/piperaquina es el tratamiento mayoritario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz J., Rojo-Marcos G., Ramírez-Olivencia G., Salas-Coronas J., Triviño B., Perez Avellano J. L., et al. *Diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Malaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014.*

I-09. VALORACIÓN DE LA ESQUISTOSOMIASIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

J. Rodríguez Rodríguez¹, J. Vázquez Villegas², J. Cuenca Gómez¹,
J. Pousibet Puerto¹, M. Soriano Pérez³, T. Cabezas Fernández⁴,
I. Cabeza Barrera⁴, J. Salas Coronas³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Medicina Tropical. Distrito Poniente,

³Unidad de Medicina Tropical, ⁴Laboratorio de Microbiología. AIG de Biotecnología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

La parasitación por *Schistosoma* tiene diversas fases clínicas con distintas manifestaciones en función de la especie responsable así como del tiempo de evolución de la misma. La mayoría de pacientes subsaharianos procedentes de áreas donde la infección es endémica se encuentran en la fase crónica de la enfermedad con la posibilidad de afectación hepática y/o urinaria a pesar de poder estar asintomáticos. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes subsaharianos valorados en nuestra consulta en relación a la esquistosomiasis.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes subsaharianos atendidos en la Unidad de Medicina Tropical (UMT) entre junio de 2004 y abril de 2016, en los que se había estudiado la posible parasitación por *Schistosoma* (Serología, estudio de parásitos en orina y/o heces, y/o biopsias). Se recogieron además datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

Desde le fecha de inicio del estudio hasta abril 2015 fueron atendidos en la UMT 2115 pacientes subsaharianos en los que se evaluó la posibilidad de esquistosomiasis. El 91.4% eran varones, la edad media fue de 31.09 años y el tiempo medio de estancia

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

en España de 57.94 meses. Los principales países de procedencia fueron Senegal (31.3%), Mali (25.0%) y Guinea Bissau (16.5%). Los motivos de derivación más frecuentes fueron dolor abdominal (30%) y por protocolo de atención al inmigrante (26.4%). El 8.4% (178) presentaba hematuria en sedimento urinario, el 10.4% (221) hipertransaminasemia, la cifra media de eosinófilos fue de 410/ μ L (\pm 556) y la de IgE de 1175 UI/mL (\pm 2534). El parásito se aisló en el 13.19% de los pacientes. El asilamiento directo en orina y en heces se produjo en 159 y 54 casos respectivamente; correspondiendo a *S. haematobium*, 162; *S. mansoni*, 57; y *S. intercalatum*, 4. Además se realizó el diagnóstico directo por biopsia vesical y rectal en 29 y 24 pacientes más. La serología resultó negativa en el 68.9% (1458) de los pacientes, en los que además hubo 90 casos con aislamiento parasitológico de *Schistosoma* en orina, heces o por biopsia (6.2% de falsos negativos).

CONCLUSIONES

Nuestra serie presenta una elevada prevalencia de pacientes con datos de esquistosomiasis (mayor del 30%). La gran mayoría se van a encontrar en la fase crónica de la enfermedad, pudiendo pasar inadvertida, por lo que la realización de un cribado podría minimizar las complicaciones a largo plazo. Éste debe realizarse mediante el estudio de parásitos en orina y heces, y ante la alta sospecha se puede realizar biopsia vesical y/o rectal. La serología no distingue entre infección pasada o reciente y puede permanecer positiva durante mucho tiempo incluso después del tratamiento, además de la existencia de resultados falsos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colley D. G., Bustinduy A. L., Secor W. E., King C. H. *Human schistosomiasis. Lancet* 2014;383: 2253-64.

I-11. INFECCIONES EN PACIENTES CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

M. Martínez Soriano, R. Fernández Garzón, A. Aceituno Caño, A. García Peña, B. Hernández Sierra, S. Ferra Murcia, S. Vogt Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia, el tipo de infección, la enfermedad de base y tratamiento inmunosupresor en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna en los últimos 5 años.

PACIENTES Y MÉTODOS



Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en pacientes con terapia biológica que presenta como motivo de ingreso un proceso infeccioso.

RESULTADOS

- Se analizaron 25 pacientes en los últimos 5 años (2011-2015) con edad media de 60 años; 64% varones y 36% mujeres. El 2011 y 2012 fueron los años de máxima incidencia con un 24% (6).
- La etiología respiratoria fue la más frecuente con un 32%, estratificándose en infección de vías bajas no condensativas (24%) y neumonías (8%). La infección del tracto urinario representó el 12% seguido de sepsis 8% (2 casos: infección de piel y partes blandas y una bacteriemia por *Staphylococcus aureus*).
- Se obtienen en un 48% cultivos microbiológicos positivos, siendo mayoritarios los hemocultivos 33.3% (4), cultivo de esputo y urocultivo 25% (3). Coprocultivo y exudado de infección de piel y partes blandas 8.3% (1).
- Los gérmenes aislados en hemocultivos fueron 50% *Staphylococcus* (*S. epidermidis* y *S. aureus*) y 50% *Streptococcus* (50% *S. Agalactiae* y 50% *S. Anginosus*); en urocultivo el más frecuente por *Escherichia coli* no productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).
- La artritis reumatoide fue la patología de base más frecuente 28% (7), seguida de enfermedades autoinmunes 20% (vasculitis crioglobulinémica monoclonal 2, lupus eritematoso sistémico y síndrome Sjogren 1, púrpura trombocitopénica autoinmune 1, panarteritis nodosa ANCA + 1). Las enfermedades hematológicas representa un 16% seguidas de espondiloartropatías 12%.
- Dentro de los fármacos biológicos utilizados, el infliximab y adalimumab fueron los más utilizados con un 24%, seguido de rituximab (16%) y etanercept (8%). Sin embargo la mayoría de los pacientes 64% estaba además en tratamiento con otras terapias inmunosupresoras, destacando el metrotexate 37.5% y la ciclosporina 31.5%. El 56% recibió terapia corticoidea. Solo 4 % (1) de mortalidad.

CONCLUSIONES

- La incidencia de infecciones en pacientes que reciben fármacos biológicos ha disminuido en los últimos años. Entre las más frecuentes se encuentran la respiratoria, en primer lugar, seguida de las infecciones del tracto urinario.
- La artritis reumatoide es la patología de base más frecuente, seguida de las enfermedades autoinmunes.
- El infliximab y el adalimumab fueron los fármacos biológicos más utilizados.
- Dificultad para relacionar el fármaco utilizado con el tipo de infección.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Reina J., Loza E, Andreu J. L., Balsa A., Batlle E., Cañete J. D., et al. *Consenso Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. Reumatología Clínica* .2011; 7 :284-298.

I-12. CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

M. Ruiz González, J. Gutiérrez Zafra, M. López Sánchez, M. Romero Ferreira, J. Sampetro Villasan
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal San Agustín. Linares (Jaén)

OBJETIVOS

S. maltophilia es un patógeno multirresistente de gran ubicación ambiental y con colonización de dispositivos relacionados con la asistencia médica. En la actualidad la principal preocupación es su papel en la infección nosocomial. Como objetivos del estudio pretendemos identificar las circunstancias clínicas definiendo el perfil de pacientes que pueden presentar la infección por este germen y evaluar factores pronósticos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las infecciones registradas por *S. maltophilia* entre junio de 2015 hasta abril de 2016 en el Hospital San Agustín de Linares. Se evaluaron aquellos pacientes en los que se aisló *S. maltophilia* en una muestra clínica, coincidiendo con síntomas y/o signos de infección. Como variables se recogieron datos demográficos, índice de Charlson, situación de inmunodepresión, uso previo de antimicrobianos en los últimos 2 meses, uso de dispositivos médicos, estancia hospitalaria, tipo de infección, sepsis o shock séptico, mortalidad durante la hospitalización y tratamiento. En el caso de neumonía asociada a ventilación mecánica, se exigió recuento significativo en aspirado bronquial (> 10⁶ UFC).

RESULTADOS

En nuestro estudio se recogen cinco pacientes con criterios clínicos y microbiológicos de infección por *S. maltophilia* durante el periodo seleccionado. La edad media de los pacientes fue 78 años. La neumonía nosocomial fue la infección más frecuente (60%) siempre asociada a ventilación mecánica, se documentó un caso de infección urinaria y otro de infección cutánea no quirúrgica. El 60% había recibido antibioterapia en los 2 meses previos con quinolonas, el 80% de los pacientes presentaba una neoplasia subyacente y en un caso coincidió con el diagnóstico de infección por VIH. La media



del índice de Charlson era de 8.2 siendo la patología concomitante más prevalente la enfermedad respiratoria crónica y la insuficiencia renal. Todos los pacientes estuvieron sometidos a procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria y la estancia media hospitalaria fue muy prolongada (27 días). Más de la mitad de los pacientes fallecieron durante el ingreso (60%) por neumonía asociada a criterios de sepsis o shock séptico. El tratamiento antimicrobiano utilizado en todas las infecciones fue trimetoprima-sulfametoxazol en las dosis adecuadas, en ningún caso se utilizó tratamiento combinado.

Discusión: *Stenotrophomonas maltophilia* es un bacilo gramnegativo con baja virulencia pero con resistencia de forma intrínseca a varios grupos de antimicrobianos y que se comporta como un microorganismo oportunista en pacientes inmunodeprimidos y frágiles. Con frecuencia es difícil establecer diferencias en su papel de colonizador o patógeno y por lo tanto, siempre hay que plantearse su significación clínica. La mayoría de los trabajos publicados ponen de manifiesto la relación de este germen con pacientes con patología oncológica o en unidades de críticos pero cada vez más, lo vemos asociado a las infecciones en relación con la asistencia sanitaria. No hemos analizado los factores atribuidos a la infección y que se han asociado con más frecuencia a la mortalidad, pero en general coincide en que se presentan en pacientes con importante patología de base, índice de Charlson aumentado, procedimientos invasivos y neumonía.

CONCLUSIONES

S. maltophilia causa un amplio espectro de infecciones asociadas a la atención sanitaria en pacientes susceptibles, pero también juega un importante papel como colonizador por lo que es indispensable definir su significación clínica. En nuestro estudio y coincidiendo con la literatura se trata de infecciones de importante severidad y en los que la mortalidad se asocia con la presencia de neumonía y bacteriemia. Para evitar su incidencia insistir en el uso adecuado de antimicrobianos, extender la higiene de manos y evitar la instrumentación o dispositivos médicos o limitarlos al menor tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbott I. J., Peleg A. I. *Stenotrophomonas, Achromobacter, and Nonmelioid Burkholderia Species: Antimicrobial Resistance and Therapeutic Strategies. Semin Respir Crit Care Med* 2015;36:99-110.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

1. 8. 2. HIV

I/H-01. INFECCIÓN POR EL VIH Y GESTACIÓN, EXPERIENCIA EN CONSULTA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Rodríguez Rodríguez¹, A. López Lirola¹, E. Fernández Fuertes¹,
J. Pousibet Puerto¹, J. Fernández Peláez¹, T. Cabezas², I. Pérez Camacho¹,
A. Lozano Serrano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²AIG Biotecnología. Unidad de Microbiología. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

El objetivo de eliminación de la transmisión vertical de la infección por el VIH de la OMS para 2015 no se ha conseguido, a pesar de las medidas que se han adoptado en el mundo occidental para reducir las tasas a menos del 1%. Las gestantes atendidas en nuestra consulta presentan connotaciones especiales como una gran presencia de la inmigración.

Objetivo: Describir las características de las gestantes con infección VIH y de sus hijos valorados en nuestra consulta.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de las gestantes infectadas por el VIH con seguimiento en nuestro hospital entre los años 1997 y 2015. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

De 775 pacientes con infección VIH atendidos en nuestra consulta entre 1997 y 2015, el 30.2% (232) eran mujeres, de las cuales 41 tuvieron 47 gestaciones con hijos vivos. El 76.6% (36) eran inmigrantes con predominio de subsaharianas (26). La adquisición de la infección fue por vía sexual en el 89.4% de los casos. Presentaban diagnóstico de SIDA el 12.8% (6) y la enfermedad definitoria más frecuente fue la tuberculosis (8.5%). El diagnóstico de la infección fue concomitante al de la gestación en 9 casos (19.2%). De las 37 pacientes con infección conocida previamente, 19 (51.3%) estaba recibiendo TAR y 3 lo hacían con EFV. Se realizó cambio de TAR en el 47.6% de los casos y el 19.1% presentaban viremia >1000 a copias al parto.

El parto fue a término/posttérmino en el 78.7% (38) de los casos, por cesárea en 21 (44.7%) de los que 9 fue por causas relacionadas con el VIH. Se administró profilaxis intraparto en 91.5% de los casos y TAR al 68.1% de los recién nacidos. Hubo 3 casos de transmisión vertical (6.4%), en todos hubo rechazo materno al adecuado control durante la gestación.



CONCLUSIONES

Nuestra serie presenta una elevada tasa de transmisión vertical (6.4%), con una elevada proporción de inmigrantes (76.6%) de origen subsahariano la mayoría (55.5%). Con los resultados obtenidos nos planteamos detectar áreas de mejora para eliminar la transmisión vertical en nuestro medio para lo cual sería preciso una cohorte de gestantes con infección VIH más amplia.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Panel de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014 May;32(5):310.e1-310.e33.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

1. 9. ÁREA TEMÁTICA: INSUFICIENCIA CARDÍACA

IC-01. FRACCIÓN DE EYECCIÓN (FEVI) Y NT-PROBNP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): VALIDACIÓN ESTUDIO PREDICE

F. Ruiz Ruiz¹, E. Pereira Díaz¹, P. Rodríguez Torres¹, F. Moreno Verdejo¹, A. Calzada Valle¹, J. Medrano Ortega¹, I. Marín León¹, A. Navarro Puerto²

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

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

La descompensación aguda de IC, tanto de causa sistólica como diastólica, es una de las patologías más prevalentes en los ingresos de Medicina Interna. Para su diagnóstico y pronóstico es fundamental la valoración de la FEVI y de la determinación de los péptidos natriuréticos (en este caso, del NT-proBNP). El objetivo es analizar la FEVI y los niveles de NTproBNP de pacientes ingresados en planta de Medicina Interna por el primer episodio de descompensación de IC.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo de la cohorte de tres hospitales (dos andaluces y un madrileño) en el que se han incluido ya de forma aleatoria 114 pacientes hospitalizados por un primer episodio de IC (según criterios de Framingham) que cumplían los criterios de inclusión del protocolo. Fueron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico y/o ingreso previo por IC. La cohorte forma parte de la validación del estudio PREDICE-GEN. Durante el ingreso se determinaron niveles sanguíneos de NT-proBNP (al ingreso) y ecocardiografía transtorácica. El punto de corte de NT- proBNP para descompensación aguda se estableció en 300 pg/ml y la FEVI en el 40% (GPC ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012). Se diferencia entre hombres y mujeres.

RESULTADOS

La determinación de FEVI se realizó en 107 pacientes (93,9% del total), de ellos 48 eran mujeres y 59 hombres.

En las mujeres a las que se realizó ecocardiografía, la FEVI estaba reducida en el 12,5% (n=6) y conservada en el 87,5% (n=42). En los hombres a los que se realizó ecocardiografía, la FEVI estaba reducida en el 33,9% (n=20) y conservada en el 66,1% (n=39). Respecto a la determinación de NTproBNP, se realizó en 69 pacientes (60,5% del total), de ellos 32 eran mujeres y 37 hombres. En el grupo de mujeres la media de dicha determinación se situó en 4290,5 pg/ml y en los hombres en 4570,8 pg/ml.



CONCLUSIONES

La IC con FEVI conservada es una entidad frecuente, tanto en hombres como en mujeres, y supone la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, algo a tener en cuenta antes de comenzar tratamiento empírico. La IC con FEVI reducida es más frecuente en los hombres en la población estudiada, hecho que se explica por las patologías más prevalentes en este grupo. La media de la determinación de NT-proBNP se encuentra por encima del punto de corte óptimo propuesto, lo que fundamenta su alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de IC, independientemente del género.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cámara A. G., Guerra Vales J. M., Tapia P. M., Esteban E. A., del Pozo S. V., Sandubete E. C. et al. *Predice Group. Role of biological and non-biological factors in congestive heart failure mortality: PREDICE-SCORE: a clinical prediction rule. Cardiol J. 2012;19(6):578-85.*

Tabla 1

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ECOCARDIOGRAFIA (%)	107 (93,9)	59 (95,2)	48 (92,3)
DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO			
IC DIASTÓLICA (%)	81 (75,7)	39 (66,1)	42 (87,5)
IC SISTÓLICA (%)	26 (24,3)	20 (33,9)	6 (12,5)
DESCONOCIDA (%)	7 (6,1)	3 (4,8)	4 (7,7)
LABORATORIO			
NT-PROBNP (n) pg/ml (DE)	(n=69) 4440,8 (5294,3)	(n=37) 4570,8 (5932,3)	(n=32) 4290,5 (4535,6)

IC-02. ELECCIÓN DE TRATAMIENTO TRAS EL INGRESO EN PACIENTES CON DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

F. Ruiz Ruiz, F. Moreno Verdejo, A. Calzada Valle, E. Pereira Díaz,
P. Rodríguez Torres, I. Marín León, E. Calderón Sandubete, J. Medrano Ortega
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La descompensación de la IC, tanto de causa sistólica como diastólica, es una de las patologías más frecuente en los ingresos de Medicina Interna. A pesar de contar con

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

las recomendaciones de numerosas guías de práctica clínica el tratamiento aún sigue siendo un controvertido reto, por la complejidad de los pacientes y el gran número de fármacos prescritos, dadas las comorbilidades. El objetivo es describir y analizar el tratamiento al alta de pacientes ingresados en planta de Medicina Interna por un primer episodio de IC.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo de la cohorte de 3 hospitales de tercer nivel (dos andaluces y uno madrileño) en el que se han incluido ya de forma aleatoria 114 pacientes hospitalizados por un primer episodio de IC (según criterios de Framingham) que cumplieran los criterios de inclusión del protocolo. Fueron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico y/o ingreso previo por IC. La cohorte forma parte de la validación del estudio PREDICE-GEN. Se recogen los datos de tratamiento prescrito al alta hospitalaria, según los informes de alta elaborados por los facultativos. Los fármacos analizados son los recogidos en las recomendaciones de una guía de práctica clínica actual (GPC ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012).

RESULTADOS

Los diuréticos se prescribieron en un 77,7% de los pacientes estudiados (n=87), lo que corresponde al grupo de fármacos más frecuentemente prescritos. Están seguidos por IECA/ARAI (75,9%; n=85), betabloqueantes (53,6%; n=60), antiagregantes (50%; n=57), ACO (42,9%; n=48), estatinas (42,9%; n=48) y ya el resto de fármacos en menor medida.

CONCLUSIONES

El elevado uso de diuréticos al alta se explica por el beneficio de no prolongar la estancia junto con la planificación de una retitulación de la dosis en consultas externas, para valorar la retirada del diurético si la sintomatología de descompensación de IC lo permite junto con una tendencia a ingresar a pacientes muy sintomáticos, siendo el resto manejados en consultas.

Se observa un elevado porcentaje en el uso de IECAs/ARAI y betabloqueantes. Esto indica una adecuada práctica clínica iniciando el uso de dichos fármacos de mantenimiento durante el ingreso para controlar su tolerancia. El uso del resto de fármacos se corresponde con el tratamiento de la pluripatología de los pacientes estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cámara A. G., Guerra Vales J. M., Tapia P. M., Esteban E. A., del Pozo S. V., Sandubete E. C. et al. *Predice Group. Role of biological and non-biological factors in congestive heart failure mortality: PREDICE-SCORE: a clinical prediction rule. Cardiol J. 2012;19(6):578-85.*



Tabla 1

TRATAMIENTO AL ALTA (n = 114)	
Fármaco prescrito	n (%)
IECA / ARA II	31 (51,7%)
Betabloqueantes	60 (53,6%)
Antagonistas aldosterona	16 (14,3%)
Antiagregantes	57 (50%)
Anticoagulantes orales	48 (42,9%)
Digoxina	18 (16,1%)
Diuréticos	87 (77,7%)
Estatinas	48 (42,9%)
Nitratos	8 (7,1%)
Otros	75 (67%)

IC-03. SUPERVIVENCIA Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

F. Flores Álvarez, J. García García, A. Rodríguez Hurtado, J. Mira Escarti
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Describir una población de sujetos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada y estudiar los factores que influyen en la supervivencia de estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que habían ingresado por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, en una Unidad de Medicina Interna de un hospital de agudos de la provincia de Sevilla. Una vez identificada la población de estudio, se realizó un seguimiento de los pacientes hasta la fecha de muerte, la pérdida del seguimiento o hasta el 31 de Octubre de 2015 si los hechos previos no hubieran ocurrido antes.

La variable principal del estudio fue la mortalidad global y la asociada a cardiopatía al final de seguimiento. Las siguientes covariables se incluyeron en el estudio: la edad, sexo, comorbilidad asociada y tratamiento farmacológico en el momento del ingreso. Entre las patologías asociadas se valoró la presencia de anemia, ferropenia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, fibrilación auricular, diabetes e hipertensión arterial. Las medidas terapéuticas incluidas fueron el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

del receptor de la aldosterona tipo II (ARAI), antagonista de la aldosterona, beta-bloqueantes, así como la presencia de antiagregantes y anticoagulantes en el momento del ingreso.

El análisis univariante fue realizado mediante los test de Kaplan-Meier y las curvas se compararon con los test de log Rank. Los factores pronósticos independientes para la mortalidad fueron identificados mediante un modelo de Regresión de Cox. El estudio estadístico fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS

Doscientos treinta y siete pacientes fueron incluidos en el estudio. El 58% eran mujeres y la edad mediana (rango intercuartílico) fue de 79 (73-83) años. Un 51% tenían fibrilación auricular y un 34% un filtrado glomerular <45 mL/min. El 29%, 37% y el 11% estaban utilizando IECAs, ARAII y espironolactona en el momento de la inclusión del estudio, respectivamente.

La mediana de seguimiento fue de 14 (10,4-19,6) meses. La mortalidad global fue del 34%, esto es, 80 de los sujetos incluidos. Dieciocho (23%) fallecieron en el domicilio a lo largo del seguimiento. Sesenta y dos (77%) de estos pacientes fallecidos lo hicieron por causa cardiológica.

La supervivencia estimada al mes, a los tres meses y al año fue del 89%, 85% y 62%, respectivamente. Los factores que predijeron la mortalidad en el estudio univariante fueron la anemia (y no la ferropenia), un filtrado glomerular renal <45 mL/min y el uso de los ARAII como factor protector. Al borde de la significación estadística estuvieron la edad ($p=0,088$) y el uso de las estatinas como factor protector ($p=0,056$).

En cuanto a la mortalidad secundaria a causas cardiológicas, los factores que predijeron la muerte en el análisis multivariante fueron la anemia [OR=1,69 (1,02-2,82), $p=0,043$], la insuficiencia renal [OR=2,95 (1,76-4,96), $p<0,001$] y el no estar utilizando ARAII [OR=0,48 (0,27-0,86), $p=0,013$].

CONCLUSIONES

La anemia, la insuficiencia renal o el no estar utilizando ARAII son factores que pueden afectar a la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Relation of Left Ventricular Ejection Fraction and Clinical Features or Co-morbidities to Outcomes Among Patients Hospitalized for Acute Heart Failure Syndromes.* Katsuya Kajimoto, Naoki Sato, Teruo Takano. *Am J Cardiol* 2015; 115: 334-340.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

IC-04. CONTROL DE ANTICOAGULACIÓN ORAL CON ANTIVITAMINA K EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACIÓN AURICULAR

P. Macías Ávila, J. Lebrón Ramos, E. Crespo González, D. Fernández Bermúdez, V. Augustin Bandera, M. Martín Escalante, R. Quirós López, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar el grado de control de la anticoagulación oral (ACO) con antivitamina K en pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) y Fibrilación Auricular (FA). Describir el número de cambios de tratamiento realizados durante un año de seguimiento a anticoagulación oral directa.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo realizado en un hospital general de 350 camas en el periodo comprendido entre el día 1 de Junio de 2011 al 31 de Mayo de 2012. Se incluyeron pacientes con IC + FA anticoagulados con antivitamina K. Se analizó el tiempo en rango terapéutico (TRT) como el número de determinaciones de INR con valor entre 2 y 3 (inclusive) respecto el número total de determinaciones. El TRT fue analizado en los 6 meses previos y posteriores al ingreso. Se calculó el porcentaje de determinaciones de INR durante el ingreso dentro de rango.

RESULTADOS

Se incluyeron 89 pacientes en el estudio, edad promedio 79.1 años, un 56.2% mujeres. La puntuación CHA2DS2VASC promedio fue de 4.94 y HASBLED 2.46. En los 6 meses previos al ingreso el TRT fue menor del 60% en el 57.9% de los casos. Tras el ingreso el TRT fue menor del 60% en el 63% de los pacientes. Durante el ingreso el INR promedio fue 2.8 (máximo 9.4, mínimo 0.94), mediana 2.35. El 69.2% de los valores de INR durante el ingreso estuvieron fuera de rango. Seleccionados aquellos pacientes con filtrado glomerular superior a 15 ml/min no se registró ningún cambio de tratamiento a anticoagulación oral directa durante el año posterior al ingreso.

CONCLUSIONES

La población de pacientes con IC+FA atendidos en la práctica habitual tiene un elevado riesgo embólico y hemorrágico.

El control de tratamiento anticoagulante con antivitamina K es deficitario previo y tras el ingreso por IC, de modo que 6 de cada 10 pacientes tienen un TRT inadecuado.

En nuestra muestra no se llevó a cabo el cambio de tratamiento a anticoagulación oral directa en ningún caso, lo que pone de manifiesto un importante margen de mejora en el control de la anticoagulación de los pacientes con IC+FA.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson S. Colucci, M. D. *Antithrombotic therapy in patients with heart failure. Uptodate. Sep 2015.*
2. Melgaard L., Gorst-Rasmussen A., Lane D. A., et al. *Assessment of the CHA2DS2-VASc Score in Predicting Ischemic Stroke, Thromboembolism, and Death in Patients With Heart Failure With and Without Atrial Fibrillation. JAMA 2015; 314:1030.*

IC-05. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PREDICE

F. Moreno-Verdejo¹, E. Pereira-Díaz¹, F. Ruiz-Ruiz¹, P. Rodríguez-Torres¹, A. Calzada-Valle¹, E. Calderón-Sandubete², I. Marín-León², F. Medrano-Ortega²
¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla
²Servicio de Medicina Interna. Instituto Biomedicina de Sevilla. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla

OBJETIVOS

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad cuya prevalencia se encuentra en aumento en las últimas décadas, debido al envejecimiento de la población, y al aumento de enfermedades cardiovasculares, por lo que los pacientes ingresados por un primer episodio de IC son de mayor edad, y presentan más comorbilidades.

En este sentido, se desconoce la variabilidad real en las características clínicas y biológicas de los pacientes con IC, dado que la mayoría de los estudios están centrados en poblaciones muy seleccionadas, o estudios epidemiológicos basados en consumos de fármacos, siendo escasos los estudios centrados en un primer episodio de IC en la práctica clínica habitual. El objetivo es describir las características clínicas y comorbilidad de los pacientes hospitalizados por un primer episodio de IC en nuestro país.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo descriptivo, en el que fueron incluidos un total de 114 pacientes, no seleccionados, hospitalizados por un primer episodio de IC en tres hospitales de tercer nivel (Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla); y Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Entre noviembre de 2013 y octubre de 2015.

Se analizaron distintas variables epidemiológicas, y clínico-biológicas, que fueron recogidas al ingreso de la historia clínica completa del paciente mediante un cuaderno de recogida de datos elaborado para el estudio PREDICE.



RESULTADOS

De los 114 pacientes el 54,4% eran hombres, siendo mujeres el 45,6%, con $p < 0,001$. La edad media de los pacientes fue de 73,3 años ($DS \pm 9,59$). El 81,6% de los pacientes eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a las comorbilidades, el 45,6 % de los sujetos presentaban diabetes mellitus (DM); siendo los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) el 11,4 %. La Fibrilación Auricular (FA) estaba presente en el 30,7% de los casos, mientras que las valvulopatías suponían un 14%. La Enfermedad Vascular Periférica, se registró en el 14,9 % de los pacientes. La prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y de Enfermedad Renal Crónica (ERC) fue del 16,7% y del 18,4% respectivamente. Empleando el índice de Charlson (INC), ningún paciente presentó $INC=0$, pero hasta el 89,5% de los pacientes presentó un $INC > 2$.

Ninguna de estas características alcanzó la diferencia significativa respecto al sexo.

CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes de nuestro estudio fue ligeramente inferior a la descrita previamente en la literatura, si bien esto puede deberse a que la mayoría de los estudios no se basan en primer episodio de IC. Los factores de riesgo cardiovascular y la FA fueron las comorbilidades más frecuentes (seguidas de EPOC y ERC). Esto, sumado a la edad, hace que casi el 90% presente $INC > 2$, lo que se asocia con un aumento de mortalidad a los 3 años.

Todo ello condiciona una importante fragilidad general y cardíaca, por lo que es fundamental integrar la IC en un comorbidoma complejo que dificulta el manejo y condiciona un peor pronóstico vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cámara A. G., Guerra Vales J. M., Tapia P. M., Esteban E. A., Del Pozo S. V., Sandubete E. C. et al. *Predice Group. Role of biological and non-biological factors in congestive heart failure mortality: PREDICE-SCORE: a clinical prediction rule. Cardiol J, 2012; 19 (6): 578-85.*

IC-06. REINGRESO Y MORTALIDAD AL AÑO, TRAS EL PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO PREDICE

F. Moreno-Verdejo¹, F. Ruiz-Ruiz¹, P. Rodríguez-Torres¹, A. Calzada¹, E. Pereira-Díaz¹, F. Medrano-Ortega², E. Calderón-Sandubete², I. Marín-León²
¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla
²Servicio de Medicina Interna. Instituto de Biomedicina de Sevilla. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

OBJETIVOS

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad cuya prevalencia se encuentra en aumento en las últimas décadas, debido al envejecimiento de la población, y al aumento de enfermedades cardiovasculares, por lo que los pacientes ingresados por un primer episodio de IC son de mayor edad, y presentan más comorbilidades, lo que se asocia con mayor morbi-mortalidad, y peor pronóstico vital. Si bien el curso de la enfermedad puede ser modificable, y un tratamiento adecuado puede aumentar la supervivencia.

El objetivo es conocer el número de rehospitalizaciones, y mortalidad a los 12 meses del alta hospitalaria por un primer episodio de IC, de la cohorte de validación del estudio PREDICE-GEN (PREdicción Desenlaces Insuficiencia Cardíaca en España).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio prospectivo descriptivo, en el que fueron incluidos un total de 114 pacientes, no seleccionados, hospitalizados por un primer episodio de IC en tres hospitales de tercer nivel (Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla); y Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Entre noviembre de 2013 y octubre de 2015.

Se excluyeron aquellos pacientes con infarto de miocardio en fase aguda, y con diagnóstico previo de IC. Se realizó seguimiento a los 12 meses, mediante búsqueda en la base de datos, o seguimiento telefónico.

RESULTADOS

De los 114 pacientes a los que se realizó seguimiento, precisaron rehospitalización en el primer mes tras el alta el 36%, mientras que otro 37,7 % reingresó en los 12 meses siguientes al alta. En lo que se refiere a la mortalidad a los 12 meses del alta fue del 26,3 %. Todo ello sin que se alcanzaran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

CONCLUSIONES

La mortalidad es ligeramente superior a lo descrito en la literatura. Destaca que la incidencia de rehospitalizaciones es similar entre el primer tras el alta, y los doce meses siguientes.

Se precisan más estudios para conocer el número de reingresos de un mismo paciente. Pero la alta tasa de rehospitalizaciones y el aumento en la mortalidad con respecto a lo descrito previamente, podría encontrarse en relación con el envejecimiento de la población, y el aumento en las comorbilidades, lo que hace que estos pacientes precisen de un enfoque integrador de su patología, en aras de mejorar su supervivencia.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Cámara A. G., Guerra Vales J. M., Tapia P. M., Esteban E. A., Del Pozo V., Sandubete E. C. et al. *Predice Group. Role of biological and non-biological factors in congestive heart failure mortality: PREDICE-SCORE: a clinical prediction rule. Cardiol J. 2012;19(6): 578-85.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

1. 10. ÁREA TEMÁTICA: INFLAMACIÓN Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

IF-01. UVEÍTIS: TRABAJANDO JUNTO AL OFTALMÓLOGO

E. Crespo González¹, C. Romero Gómez¹, C. Macías Ávila¹, J. Aguilar García¹,
R. Cotos Canca¹, A. Chinchurreta Capote², A. Ramos Suárez², J. García Alegría¹
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Costa del
Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Exponer el número de pacientes enviados por el oftalmólogo a la consulta de enfermedades autoinmunes de Medicina Interna. Estudiar características demográficas, etiológicas y de tratamiento de dichos pacientes

PACIENTES Y MÉTODOS

Los datos se recogieron a través del formulario propio de la consulta de enfermedades autoinmunes, por motivo de consulta. De cada paciente, se han obtenido número de historia, fecha de nacimiento, sexo, raza, diagnósticos, participación del internista y tratamiento.

RESULTADOS

Se han derivado 111 pacientes hasta 03/2016. En 2010 y anteriores 4 pacientes, 8 en 2011, 10 en 2012, 19 en 2013, 26 en 2014, 37 en 2015, 7 en tres meses de 2016. La patología más frecuente ha sido la uveítis, en 86 pacientes. Otras enfermedades atendidas han sido: patología de la retina 10 pacientes, 10 pacientes con afectación de nervio óptico, 2 pacientes con patología orbitaria y 5 pacientes por otras. Respecto a la patología inflamatoria, se atendieron 82 uveítis, 3 escleritis y 2 queratitis. Localización anatómica de las uveítis: la más frecuente fue la anterior en 45 pacientes. Intermedia, 4 pacientes. Posterior, en 12 pacientes. Panuveítis, en 21 pacientes.

Etiología de las uveítis (Tabla 1). Con respecto al tratamiento fue exclusivamente ocular en 41 pacientes, esteroides en 14, metotrexate en 10, salazopirina en 9, azatioprina en 3, ciclosporina en 2, AntiTNF(adalimumab) en 7, Tuberculostáticos en 2, tratamiento para toxoplasma 1, aciclovir 1.

CONCLUSIONES

La más frecuente es la uveítis anterior idiopática y las uveítis anteriores recurrentes HLA B27 positivas. Se ha realizado el estudio del paciente en estrecha relación con oftalmología para un abordaje multidisciplinar y tratamiento adecuado y precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eva Jakob, Mirjam S. Reuland, et al. Uveitis Subtypes in a German Interdisciplinary Uveitis Center. *J Rheumatol* 2009;36:127–36.



Tabla 1

IDIOPÁTICAS	OFTALMOLÓGICAS	ENFERMEDAD SISTÉMICA	INFECCIOSA
16 Uveítis anteriores	1 Epiteliopatía placoide posterior multifocal 1 Epitelitis pigmentaria retiniana	9 Uveítis asociada a HLA B27 12 asociada a espondiloartritis	1 Toxoplasmosis ocular
3 intermedias	3 Coroiditis multifocal	1 Artritis reumatoide	2 Tuberculosis ocular
2 posteriores	2 Coriorretinopatía de Birdshot	3 Enfermedad de Behcet	
8 panuveítis	1 Uveítis hipertensiva 1 Uveítis postquirúrgica	2 Sarcoidosis	
	3 Enfermedad de Vogt- Koyanagi-Harada	1 Síndrome TINU	
	1 Iridociclitis heterocrómica de Fuchs	1 Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo	
	1 Enfermedad de Eales	3 Psoriasis	

IF-02. SARCOIDOSIS SISTÉMICA Y CARDIACA. SCREENING, UTILIDAD DEL PET Y LA CARDIO-RM

P. García Ocaña, V. Sáñez Montagut, M. Pérez Quintana, A. Camacho Carrasco, S. Rodríguez Suárez, J. García Morillo
Servicio de Enfermedades Minoritarias-Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Revisión de casos de sarcoidosis sistémica (SS) y cardiaca (SC) diagnosticados en una consulta de Medicina Interna, el screening realizado y las características de los mismos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes enviados a consulta de MI con sospecha de sarcoidosis sistémica (SS), durante los últimos 10 años.

RESULTADOS

Tras revisar 124 casos, se llegó al diagnóstico final de SS en 67 de ellos. Los 57 restantes presentaron otras patologías: tuberculosis (4 casos con afectación pulmonar y 2

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

con afectación diseminada); 4 linfomas y 1 mieloma múltiple; 2 alveolitis alérgicas extrínsecas. Los casos restantes no completaron el estudio por presentar curso benigno y mantenerse asintomáticos. Se llegó al diagnóstico histopatológico mediante biopsia pulmonar, cutánea o hepática, acompañado de clínica sistémica, elevación de reactantes de fase aguda (VSG media $33,5 \pm 26$ mm/h y PCR $16,9 \pm 20$ mg/L) y ECA (valor medio $78,8 \pm 50$ mu/mL). Dentro del screening se realizó también perfil hepático y renal, estudio de función respiratoria, electrocardiograma y examen ocular. Sin embargo, estos 2 últimos no se llevaron a cabo de forma sistemática, encontrándose recogidos 22 ECGs (32,8%) y 48 (71.6%) exámenes oculares. En cuanto a la afectación de órgano diana: 50 pacientes presentaban afectación adenopática (75% del total de pacientes diagnosticados de SS; 47 afectación pulmonar (70%), seguido de la cutánea y tejido celular subcutáneo (eritema nodoso), presente en 21 pacientes (31,3%). Más infrecuente fue la afectación osteo-articular (13 pacientes -19,5%-), hepática (11 pacientes -16,5%-), neurológica (9 pacientes -13%-), ocular (8 pacientes -12%-) y cardíaca (4 pacientes -5,9%-). En cuanto al diagnóstico de sarcoidosis cardíaca: Los 4 pacientes presentaban estudio cardiológico previo al diagnóstico (ECG y ecocardiografía), detectándose, respectivamente, extraístoles ventriculares frecuentes (en 2 de los 4 casos), hipertrofia ventricular izquierda con disfunción diastólica tipo I. Un paciente fue diagnosticado tras un bloqueo AV de alto grado. Los 3 restantes se realizaron cardio-resonancia, en los en la que se comprobó afectación de la unión medio apical típica. En un caso se encontró adelgazamiento del espesor mural (aneurisma apical) y en 2 realce patológico tardío. El diagnóstico de SC se demoró 34 meses de media. Tras el diagnóstico, todos recibieron tratamiento con corticoides (1mg/kg/día, y posterior pauta descendente) y ciclofosfamida (bolos mensuales -6 meses- y bolos trimestrales -6 meses-), con buena evolución, manteniendo en la actualidad función sistólica conservada. En el conjunto de pacientes con SS solo se realizó PET sistémico en 5 pacientes, 4 de ellos por sospecha de SC y uno por afectación de SNC.

CONCLUSIONES

El PET sistémico puede detectar afectación de órgano diana que ha permanecido asintomática (focos ocultos) hasta el diagnóstico, incluida la afectación cardíaca, dirigir biopsias y el diagnóstico diferencial con la patología maligna. En nuestro centro la indicación aprobada es la de descartar malignidad y ante sospecha de SC y neurosarcoidosis.

Ante un paciente con sospecha de SS nunca debemos olvidar el screening de SC mediante ECG y clínica cardinal. Si estos son positivos debemos solicitar holter de FC, valorar cardio-RM y/o PET cardíaco.

En comparación con los casos de sarcoidosis cardíaca aislada, nuestra experiencia



muestra como la SC asociada a SS presenta mejor pronóstico, debido a un retraso diagnóstico menor y al tratamiento sistémico intensivo, como está descrito en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kandolin R., Lehtonen J., Airaksinen J., Vihinen T., Miettinen H., Ylitalo K., et al. *Cardiac sarcoidosis: epidemiology, characteristics, and outcome over 25 years in a nationwide study. Circulation. 17 de febrero de 2015;131(7):624-32.*

IF-03. USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Pousibet-Puerto¹, J. Rodríguez-Rodríguez¹, M. Cruz-Caparrós¹,
F. Rivera-Cívico¹, M. Álvarez-Moreno¹, J. Fernández-Martín²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

OBJETIVOS

Los nuevos conocimientos clínicos y terapéuticos en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) y Enfermedades Reumatológicas (ER) nos han enseñado que tenemos que hacer una valoración integral del paciente y buscar nuevas estrategias terapéuticas, siendo la terapia biológica una clave en el abordaje de estas patologías. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de Fármacos Biológicos utilizados en una consulta de enfermedades Sistémicas de un Hospital Comarcal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes atendidos en una consulta de Medicina Interna dedicada a EAS y ER desde 1997 hasta 2015. Se analizó la eficacia y seguridad de los distintos fármacos biológicos usados en este periodo y se recogieron datos sociales, epidemiológicos, clínicos y analíticos de cada paciente.

RESULTADOS

Se utilizaron un total de 75 tratamientos en 52 pacientes, 28 fueron hombres (53,8%) y 23 mujeres (44,2%). Las principales comorbilidades fueron Diabetes Mellitus 5 (9,6%), Hipertensión arterial 9 (17,3%), Hipertrigliceridemia 3 (5,8%) y Patología tiroidea 3 (5,7%). Los diagnósticos fueron Espondilitis anquilosante 21 (40,4%), Artritis reumatoide 12 (32,1%), Artritis psoriásica 13 (25%), Polimiositis/dermatomiositis 2 (3,8%), Behcet 1 (1,9%), Espondiloartropatía seronegativa 1 (1,9%), Oftalmoplejía inflamatoria idiopática 1 (1,9%) y Uveítis idiopática 1 (1,9%). En la mayoría de los pacientes se utilizó tratamiento inmunomodulador antes de iniciar terapia biológica,

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

excepto 6 (11,5%), con Espondilitis Anquilosante y afectación exclusivamente axial. Los tratamientos utilizados fueron: Etanercept 41 (78,8%) siendo efectivo en 35 pacientes; Adalimumab 22 (42,3%) siendo efectivo en 21 pacientes; Infliximab 8 (15,4%) siendo efectivo en 7 de los pacientes; Rituximab 2 (3,8%) siendo efectivo en 1 paciente; Efalizumab 2 (3,8%) siendo efectivo en 1 paciente y Ustekinumab 1 (1,9%) que fue efectivo. Los efectos secundarios registrados fueron: con Etanercept 11 (21,2%) en forma de manifestaciones cutáneas, oculares e infecciones oportunistas, precisando la suspensión en 7. Adalimumab 4 (7,6%) en forma de infecciones respiratorias de repetición, astenia, pustulosis palmo-plantar y vasculitis ANCA+ precisando la suspensión en los 4 casos. Infliximab 2 (3,8%) en forma de alopecia, gingivitis y bacteriemia por E. Coli, precisando la suspensión en un caso. Rituximab 2 (3,8%) en forma de infecciones respiratorias, precisando la suspensión en 1. No se encontraron efectos secundarios con Efalizumab y Ustekinumab.

CONCLUSIONES

Los fármacos biológicos pertenecen al grupo farmacológico Fármacos modificadores de la enfermedad y son utilizados para manejar la actividad de las enfermedades reumatológicas, provocando una inmunosupresión selectiva. En nuestro estudio Etanercept fue el fármaco más usado seguido de Adalimumab e Infliximab. La mayor efectividad y seguridad se obtuvo con Adalimumab siendo poco valorable por el bajo número de pacientes con el resto. El mayor número de efectos secundarios se observaron con etanercept, donde se obtuvo el mayor número de suspensiones. En todos los casos los efectos secundarios más frecuentes fueron las infecciones, en su mayoría respiratorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Furst D. E., Keystone E. C., Braun J. et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2011. *Ann Rheum Dis* 2012; 71(Suppl 2):i2-45.

IF-04. PIODERMA GANGRENOSO EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE HUELVA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

M. Machado Vilchez, C. Mancilla Reguera, R. Delgado Villa, A. González Macía, J. García Moreno
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

OBJETIVOS

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de pioderma gangrenoso (PG) en el Área Hospitalaria de Huelva. Describir la asociación de las lesiones cutáneas con la presencia o no de otras enfermedades, analizando la relación temporal que existe. Evaluar la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

PACIENTES Y MÉTODOS

Incluimos pacientes con PG que habían requerido ingreso en Medicina Interna entre 2010 y 2015, analizando la Historia Clínica Electrónica de forma retrospectiva mediante el filtro de búsqueda. Realizamos un análisis descriptivo de las variables epidemiológicas (edad, sexo), variables clínicas (diagnóstico previo o posterior de enfermedades que asocien PG) y evaluamos la respuesta al tratamiento instaurado en términos de resolución de las lesiones y reingresos por sus comorbilidades.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 6 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, de los cuales 3 eran varones y 3 mujeres. La media de edad fue de 57 años. De ellos, 2 pacientes no presentaban asociación a ninguna patología concomitante y fueron etiquetados de PG idiopático mediante biopsia de las lesiones observando vasculitis neutrofílica: uno de ellos obtuvo respuesta favorable a corticoides sistémicos (prednisona 1 mg/Kg) y el otro a infliximab (Fig.2) tras fracaso con ciclosporina. 1 paciente con Enfermedad de Crohn y manifestaciones extraintestinales (epiescleritis, artritis y PG) se diagnosticó a los 3 años de haber aparecido PG sin responder a corticoides y sí a azatioprina. 1 paciente con espondilitis anquilosante (Fig.1), sin respuesta a tratamiento antibiótico por sobreinfección de las úlceras respondió tras iniciar ciclosporina a dosis de 3 mg/Kg/día ante la sospecha de PG. Una mujer diagnosticada de lupus, artritis reumatoide y linfoma B difuso de células grandes en 2011, ingresa en 2012 por sobreinfección de úlceras compatibles con pioderma gangrenoso que requirió antibioterapia y tratamiento con prednisona 1 mg/kg. Un paciente con enfermedad renal crónica y DM tipo 2 ingresó por úlceras compatibles con pioderma gangrenoso sobreinfectado que respondió a antibioterapia, sin recibir tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIONES

El PG es una entidad poco frecuente, con una incidencia estimada de entre 3-10 casos por millón de habitantes al año (1). Es una enfermedad que puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente entre la cuarta y sexta década de la vida, siendo las mujeres las mayormente afectadas (2). Se trata de una dermatosis neutrofílica que se presenta como una afectación inflamatoria y ulcerativa de la piel, no infecciosa ni gangrenosa aunque su nombre lo sugiera. Más de la mitad de los pacientes con PG se asocian con una enfermedad sistémica subyacente que puede o no transcurrir

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

en paralelo al curso de las mismas: enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos hematológicos y artritis son los más frecuentes. El diagnóstico de PG puede preceder al de dichas enfermedades (3). Nuestra serie de pacientes responde a lo descrito en la bibliografía, siendo una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico si no se sospecha y con evolución tórpida sin tratamiento correcto y precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruocco E. et al. *Pyoderma gangrenosum: an update review. J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:1008.
2. Binus A. M. et al. *Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients. Br J Dermatol* 2011; 165:1244.
3. Ahronowitz I. et al. *Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. Am J Clin Dermatol* 2012; 13:191.



Fig. 1



Fig. 2



1. 11. ÁREA TEMÁTICA: RIESGO VASCULAR

1. 11. 1. DISLIPEMIAS

RV/D-01. IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SEA EN LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

A. Sánchez Ramos, C. Pérez López, B. Sánchez Mesa, A. Galán Romero, J. Espíldora Hernández, M. Sánchez Chaparro, P. Valdivielso Felices
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Conocer las indicaciones potenciales de los inhibidores de PCSK9 (iPCSK9) en pacientes con Hipercolesterolemia Familiar (HF) respecto de las indicaciones del Ministerio (Min) y de las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha revisado la última visita a nuestra Unidad de Lípidos de aquellos pacientes con diagnóstico por score clínico de HF. Se anotó la edad, sexo, último colesterol de LDL, fármacos hipolipemiantes y dosis a la que estaban prescritos, la coexistencia de cardiopatía isquémica o de diabetes.

RESULTADOS

La muestra está compuesta de 93 pacientes, 52 ± 17 años, 56 (59%) de ellos mujeres, de los cuales tenían los datos al completo 85. Doce (13%) pacientes tuvieron enfermedad coronaria y 7 (8%) padecían diabetes mellitus. Todos se trataron con estatinas en monoterapia o en combinación con ezetimiba (ver tabla). El último colesterol de LDL medio fue 173 ± 58 (rango 70-336) mg/dL y se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos terapéuticos ($p < 0.05$). No hemos considerado la intolerancia parcial o total a EST.

CONCLUSIONES

Discusión: las indicaciones SEA reducen notablemente la prescripción de iPCSK9, al introducir puntos de corte de LDL superiores y, sobre todo, la necesidad de combinar con Ezetimiba. Para las indicaciones del Min la primera causa de no indicación es no haber alcanzado la dosis máxima de EST.

Conclusiones: aproximadamente la mitad de nuestros pacientes HF tiene indicación para iPCSK9, que se reduce a $< 30\%$ si consideramos las indicaciones SEA. La proporción puede ser mayor puesto que algunos de estos pacientes pueden ser

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

intolerantes parcialmente o puedan no alcanzar el objetivo de colesterol de LDL pese a dosis máxima de EST o la adición de EZE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masana L., Ascaso J. F., Civeira F., Pedro-Botet J., Valdivielso P., Guijarro C., Mostaza J., López Miranda J., Pintó X. Consensus document of the Spanish Society of Arteriosclerosis on indications of inhibitors of PCSK9 . Clin Investig Arterioscler. 2016 Mar11.

Tabla 1

	N	Dosis de EST (media ± SD)	Col LDL (mg/dL)	Indicación Min	Indicación SEA
SIMVASTATINA	9	30 ± 10	186 ± 64	4 (44%)	0
ATORVASTATINA	18	26 ± 30	196 ± 66	9 (50%)	0
ROSUVASTATINA	5	18 ± 4	131 ± 44	0	0
SIMVASTATINA+EZETIMIBA	3	40 ± 00	107 ± 35	0	0
ATORVASTATINA + EZETIMIBA	34	69 ± 19	169 ± 52	25 (75%)	20 (58%)
ROSUVASTATINA+ EZETIMIBA	15	19 ± 3	149 ± 31	5 (33%)	4 (27%)
Total	84	49 ± 27	169 ± 56	43 (51%)	24 (28%)



1. 11. 2. HIPERTENSIÓN

RV/H-01. IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

J. Molina Campos, J. Osuna Sánchez, P. Cabrera García, V. Herreo García,
J. Constán Rodríguez, F. Rodríguez Díaz, I. Ubiria Zanotti,
S. Peláez Domínguez
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía.
Vélez-Málaga (Málaga)*

OBJETIVOS

Realizar un estudio de pacientes ingresados a cargo de residentes de cuarto y quinto año en un hospital comarcal para ver la importancia de la hipertensión arterial como comorbilidad en estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes a cargo de residentes de medicina interna de cuarto y quinto año con hipertensión arterial ingresados en nuestro servicio desde Enero a Diciembre 2015. Se llevó a cabo un estudio de todos los factores de riesgo que padecían los pacientes. Se dividió la población en dos grupos atendiendo a si eran hipertensos o no, se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos mediante sus frecuencias y comparando sus medias. Se realizó un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas mediante el test de la Chi Cuadrado y las variables cuantitativas con el test de la U de Mann Whitney.

RESULTADOS

De todos los ingresos realizados (242 pacientes), un 58,6% (142) padecían hipertensión. La edad mediana fue 72 años (60-80), el 50% de los ingresos correspondían a hombres y la estancia mediana fue de 7 días (4-12).

CONCLUSIONES

Discusión: la hipertensión arterial es una de las principales comorbilidades que presentan los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna, suele jugar un papel fundamental a la hora de la evolución clínica de los pacientes, un correcto conocimiento y control de esta comorbilidad tan frecuente hace que los ingresos hospitalarios sean menos prolongados y tengan menos complicaciones en su hospitalización, por ello, hay que prestar especial atención a este tipo de pacientes por la gran cantidad de comorbilidad que lleva asociada la hipertensión arterial.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Conclusión: se ha demostrado que los pacientes hipertensos ingresados son de más difícil manejo, presentando mayor nivel de DM, DLP, enfermedad coronaria, fibrilación auricular, insuficiencia renal, mayor senectud o insuficiencia cardíaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez J. *La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 301-305.*

Tabla 1

COMORBILIDAD	HIPERTENSO	NO HIPERTENSO	SIGNIFICACION ESTADISTICA
EDAD	74(65-82)	66,5(50,5-77)	P<0,001
ESTANCIA	8(5-13)	7(4-10)	P=0,069
MORTALIDAD	5(3,5%)	8(8%)	P=0,110
SCA	35(24,6%)	12(12%)	P=0,010
ICTUS	20(14,1%)	7(7%)	P=0,062
DM	63(44,4%)	13(13%)	P<0,001
DLP	68(47,9%)	10(10%)	P<0,001
I.RENAL	20(14,1%)	4(4%)	P=0,007
ICC	32(22,5%)	6(6%)	P<0,001
EPOC	16(11,3%)	14(14%)	P=0,329
SEXO	49,3% hombres	51% hombres	P=0,390



1. 12. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-01. ANÁLISIS DE INGRESOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Rivas Sánchez, E. Romero Masa, G. Ropero Luis, L. Cobos Palacios, A. López Sampalo, J. Sanz Cánovas, R. Gómez Huelgas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

El presente estudio pretende describir las características epidemiológicas y los aspectos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP) en nuestro Servicio.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal de 35 pacientes escogidos aleatoriamente de un total de 90 con diagnóstico al alta de TEP entre Enero de 2014 y Enero de 2016 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Málaga. Se recogieron variables demográficas y clínicas a partir de los informes de alta y de la Historia de Salud Única. Los datos obtenidos se analizaron mediante el software R versión 3.2.4.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes seleccionados fue 70 (11,4) años, con distribución similar entre sexos (hombres 54%). El 31% presentaba antecedentes de enfermedad tromboembólica (ETV), el 17% de TEP y el 17% de trombosis venosa profunda (TVP). El 6% de los pacientes se había sometido a cirugía mayor en los 3 meses previos. El 51% de los pacientes tenía un proceso neoplásico activo, y el 25% antecedentes de cáncer en los 5 años previos; el tumor maligno más frecuente fue el pulmonar con un 36%, seguido de prostático y pancreático con un 18% cada uno. En lo referente a la patología cardiovascular, el 11% tenía insuficiencia cardíaca y el 11% fibrilación auricular.

En el momento del diagnóstico de TEP el 31% estaba en tratamiento con antiagregantes, el 9% con anticoagulantes de acción directa (NACOs), el 6% con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y el 6% con antagonistas de la vitamina K (AVK). El síntoma de presentación más habitual fue disnea (46%), seguido por dolor torácico (14%), síncope (5%) y hemoptisis (3%). La coexistencia de TVP simultánea se objetivó en un 23% de los pacientes.

Ninguno de los pacientes requirió fibrinolisis. Al alta la mayoría de los pacientes (71%) recibieron tratamiento con HBPM, mientras que un 23% se trató con AVK y un 3% con NACOs. Un paciente murió durante el ingreso.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes ingresados por TEP tenía al menos un factor de riesgo asociado, siendo el más frecuente la presencia de neoplasia activa, lo que justifica su estudio en pacientes sin claros desencadenantes. En el momento de la presentación del TEP un importante número de pacientes estaba en tratamiento activo con antiagregantes y/o anticoagulantes, lo que puede indicar una mala adherencia al tratamiento o una infradosificación.

En cuanto al tratamiento, predomina el esquema de HBPM en la fase aguda y anticoagulantes orales en la fase crónica, aunque la introducción de estos últimos se realiza tras el alta en la mayoría de los casos. La utilización de NACOs todavía no se encuentra muy extendida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kearon C., Akl E. A., Ornelas J., Blaivas A., Jiménez D., Bounameaux H., et al. *Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016 Feb;149(2):315-52.*



1. 13. ÁREA TEMÁTICA: VARIOS

V-01. PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) TIROIDEA ECOGUIADA REALIZADA POR INTERNISTAS. RESULTADOS ASISTENCIALES

L. Mérida Rodrigo¹, J. Lebrón Ramos², A. Muñoz Morente¹,
M. Martín Escalante², J. García Alegría²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Benalmádena (Málaga)

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

En este trabajo presentamos los resultados de una consulta genérica de medicina interna en patología tiroidea, que incluye la realización de exploraciones ecográficas y citológicas obtenidas mediante PAAF ecoguiada realizada por internistas. Se presentan los datos sobre el número total de punciones llevadas a cabo y la concordancia con el diagnóstico histológico, así como la evolución en la experiencia del internista en dicha técnica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo, que abarca desde Enero de 2012 hasta Abril de 2013. Los criterios de inclusión fueron: nódulos con TSH normal o elevada (nódulo frío en gammagrafía en caso de TSH suprimida). Nódulos superiores a 5mm si existe historia de antecedentes de neoplasia tiroidea maligna previa, adenopatías cervicales sospechosas de malignidad, microcalcificaciones (nódulos >1cm) sólido (hipoecoico>1cm, iso o hiperecoico>1.5cm) sólido-quístico 1-1.5cm dependiendo características ecográficas (Ver características ecográficas).

- Variables: características nódulos, resultados PAAF, porcentaje éxito en acto único, resultado anatomía patológica, seguimiento e incidentalomas. Se comprobó mediante tinción panóptico la presencia o no de material necesario para diagnóstico anatomopatológico (según criterios Bethesda).
- Análisis: Se realizó Chi-cuadrado para variables cualitativas y T-student para cuantitativas previa comprobación de la normalidad. Se estimó como estadísticamente significativo $p < 0.05$.
- Ecógrafo sonosite micromax con sonda de 7,5-12 Mhz..

RESULTADOS

Se analizaron un total de 61 nódulos con criterios de PAAF. La edad media de los pacientes fue de 41 años DS (+/- 13 años). El 86% fueron mujeres. Las causas de detección del nódulo fueron: 53% percepción del paciente, 36% incidentalomas, 11%

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

alteración hormonas tiroideas. El tamaño medio de los nódulos fue de 23 mm (DE +/- 9mm). Fueron necesarias un total de 83 PAAF para obtener material. En el 75% de los casos (n=45) fue necesario una sola PAAF para obtener un diagnóstico citológico. El 14% (n=9) precisaron 2 PAAF para obtener un diagnóstico. El 8% (n=5) necesitaron 3 PAAF y el 3% (n=2) necesitaron 5 PAAF. Se realizó en acto único 19 (31%) PAAF, obteniéndose material en 17 casos (89%). Las características de los nódulos fueron: sólidos 55%, Sólido-quístico 33%, microcalcificaciones presentes en el 8%, 4% quísticos. El 46% (n=28) fueron PAAF compatibles con bocio, El 33% (n=20) compatible con proliferación folicular. El 8% (n=5) nódulo coloide. El 7% (n=4) compatible con carcinoma papilar y el 6% (n=3) otros diagnósticos. Los resultados de la pieza quirúrgica fueron: 7 casos carcinoma papilar, 7 casos adenoma folicular, 4 casos carcinoma folicular, 5 casos bocio. Sólo se obtuvo significación estadística en la asociación entre resultado y PAAF en acto único.

CONCLUSIONES

Existe una elevada rentabilidad en la realización de PAAF tiroidea ecoguiada realizada por los internistas. La rentabilidad de la PAAF en acto único es superior al 80%, siendo su asociación estadísticamente significativa. El bocio y la proliferación folicular fueron los diagnósticos citológicos más frecuentes en la PAAF.

El número de incidentalomas es elevado (36%).

Por tanto la PAAF tiroidea ecoguiada es una técnica que incrementa el campo de acción de los internistas y mejora la rentabilidad de su actuación en centros de alta resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tofé-Povedano S., Argüelles-Jimenez I., García-Fernández H., Quevedo-Juanals J., Díaz-Medina S., Serra-Soler S. et al. Incorporación de la ecografía y punción de tiroides a la actividad de endocrinología en una consulta de alta resolución. *Endocrinol Nutr.* 2010;57(2):43-48.

V-02. ¿QUE PATOLOGÍA VEN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL?

J. Molina Campos¹, J. Osuna Sánchez¹, M. Urbaska¹, L. Pérez Belmonte², P. Cabrera García¹, M. Navarrete de Gálvez¹, S. Fernández Sepúlveda¹, S. Peláez Domínguez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

²Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

OBJETIVOS

Describir el motivo de ingreso y la patología de los pacientes ingresados a cargo de los residentes de cuarto y quinto año del hospital Comarcal de la Axarquía a lo largo del año 2015.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal del total de los informes de alta dados por los residentes de medicina interna de cuarto y quinto año desde enero hasta diciembre de 2015 en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Se utilizaron medidas de frecuencia estadística para observar y clasificar cuál era la principal causa de ingreso de los pacientes, agrupándolas según la afectación de los diferentes órganos u aparatos.

RESULTADOS

Se analizaron 242 ingresos, con una edad mediana de 72 años (60-80), un 50% correspondían a mujeres y la estancia mediana fue de 7 días (4-12). El motivo de ingreso estos pacientes según el aparato u órgano afectado fue el siguiente: motivo cardiológico 55 pacientes (22,6%), neumológico 50 (20,6%), digestivo 41 (16,9%), neurológico 32 (13,2%), oncológico 28 (11,5%), causa infecciosa 18 (7,4%), nefrológico 7 (2,9%), hematológico 6 (2,5%), endocrinológico 4 (1,6%) y de causa osteoarticular 2 (0,4%).

CONCLUSIONES

Discusión: la labor asistencial de los especialistas en formación de medicina interna en los Hospitales Comarcales abarca una gran cantidad de patología de diferentes órganos y sistemas con las cuales deben de estar familiarizados para poder llevar a cabo una correcta labor asistencial. En nuestro ámbito laboral tenemos una excelente formación de patología cardíaca, neumológica y digestiva, que son los principales pilares donde se sustenta la base de la fisiopatología de la medicina interna.

Conclusión: en nuestro centro hospitalario la principal patología que manejan los especialista es formación es la cardíaca con un 22,6% de los casos, seguido muy de cerca por la patología neumológica (20,6%) y digestiva (16,9%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez J. *La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 301-305.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

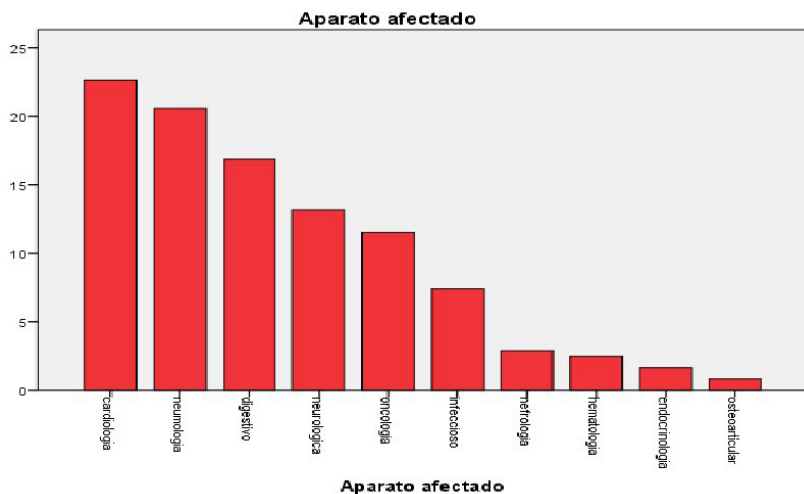


Fig. 1

V-03. ¿EXISTE VARIABILIDAD EN LA FORMACIÓN QUE RECIBEN LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA?

F. Salgado Ordóñez¹, B. Barón Franco², J. Criado García³, J. Trujillo Pérez⁴, M. Romero Jiménez⁵, J. Villar Jiménez⁶, M. Gomiz Rodríguez⁷, I. Melguizo Moya⁸

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

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

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

⁸Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer si existen diferencias en la formación que reciben los residentes que cursan la especialidad de Medicina Interna en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Proponer medidas de mejora.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de los resultados de una encuesta. Con motivo del I Encuentro de tutores SADEMI se envió un cuestionario con la herramienta Google Drive a todos los tutores censados en Andalucía. En dicho formulario se recogían aspectos relacionados con duración y contenido de rotaciones, guardias, recursos docentes, producción científica, etc. Los datos obtenidos se procesaron en una base Excel (Microsoft®). Tras la exposición de los resultados se plantearon una serie de cuestiones matriz a los asistentes para discutir por grupos pequeños compuestos por tutores de hospitales distintas provincias y niveles asistenciales.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta 53 tutores (70,6%) representando todas las provincias y niveles hospitalarios. Hay diferencias ostensibles en la duración de algunas rotaciones con un rango que oscilaba en el caso de E. infecciosas de 1-24 meses, y por rotaciones externas de 1 mes a más de 1 año. Hay rotaciones que no se ofertan en un número considerable de centros (Tabla 1). Existe un rango amplio de variación en el porcentaje de guardias urgencias/específicas de MI 15% al 72%. En habilidades y recursos docentes no se aprecian diferencias ostensibles salvo en las sesiones anatomoclínicas, con un 31% de centros que no disponen de este recurso. Hay disimetría en la producción científica de los residentes según el hospital, así el ratio de tesis doctorales por cada 10 EIR oscila de 0 a 8, y el número de publicaciones de 0 a 6 ya sean nacionales o internacionales.

CONCLUSIONES

1. Existe asimetría en la duración de algunas rotaciones, carga de guardias de urgencias y producción científica entre los residentes de MI formados en hospitales andaluces.
2. Se dibujan distintos perfiles competenciales de los EIR de MI en nuestra comunidad.
3. Hay ofertas formativas en áreas estratégicas de nuestra especialidad que no son accesibles a todos los EIR
4. Debemos crear un grupo de trabajo dentro de la SADEMI para elaborar un documento de recomendaciones que ayuden a los tutores a minimizar las diferencias percibidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in Internal Medicine. A review. *Ann Intern Med* 1998; 129:42-8.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Tabla 1. Porcentaje de Centros que no ofertan Rotaciones en áreas relacionadas con Medicina Interna

U Hosp domiciliaria.	Consultoría S Quirúrgicos	Riesgo Vascular	Cuidados Paliativos	C. Externa Residentes	Enf. autoinmunes
70%	50%	44,1%	27,1%	18%	12,1%

V-04. EXPERIENCIA CON EL USO DE TERLIPRESINA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HEPATORRENAL

C. Ruiz Nicolás¹, V. Domínguez Leñero², E. Prado Mel², M. Ojeda Hinojosa³
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Digestivo.
Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Describir la utilización de terlipresina en el tratamiento del síndrome hepatorenal en un hospital de tercer nivel.

PACIENTES Y MÉTODOS

El síndrome hepatorenal (SHR) se define como: “un síndrome potencialmente reversible que ocurre en pacientes con cirrosis, ascitis e insuficiencia hepática y que se caracteriza por una alteración de la función renal, alteraciones marcadas de la función cardiovascular y activación del sistema nervioso simpático y del eje renina-angiotensina-aldosterona. Una vasoconstricción renal intensa conduce a una reducción del filtrado glomerular. El SHR puede aparecer de forma espontánea o después de un factor precipitante”. Según la severidad y la progresión de la insuficiencia renal existen dos tipos de SHR:

-SHR tipo 1: Insuficiencia renal aguda rápidamente progresiva. Se diagnostica cuando existe un aumento de la creatinina sérica superior al 100% respecto al valor basal, con un valor final superior a 2,5 mg/dL (221 µmol/L).

-SHR tipo 2: Se define como una insuficiencia renal moderada y estable, con un aumento de la creatinina sérica entre 1,5 y 2,5 mg/dL. Típicamente se asocia a ascitis refractaria. Estos pacientes pueden desarrollar un SHR 1, espontáneamente o bien en el contexto de un factor precipitante, habitualmente una infección.

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con SHR que recibieron terlipresina desde enero del 2006 hasta diciembre de 2015.



RESULTADOS

Nueve pacientes recibieron terlipresina en el periodo estudiado, con un total de 10 ciclos administrados. 7 pacientes presentaron SHR tipo 1, 2 SHR tipo 2.

La dosis de terlipresina varió entre 1 y 2 mg cada 4 o 6 horas, con una media de duración de tratamiento de 8,8 días. No se observaron diferencias en la duración según el tipo de SHR. Se administró albúmina concomitantemente con terlipresina en 9 ciclos, con el fin de mejorar la hipovolemia arterial efectiva.

El tratamiento se asoció con reducción de la creatinina sérica. La creatinina inicial media fue de 2,68 mg/dl y se redujo hasta 2,05 mg/dl al final del tratamiento. Dos de los pacientes no respondieron al fármaco.

La supervivencia a los dos meses fue del 55 %. El tratamiento con terlipresina fue, en general, bien tolerado.

CONCLUSIONES

La terlipresina consigue disminuir las cifras de creatinina en pacientes con cirrosis hepática que desarrollan SHR, con baja incidencia de efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *World J. Nephrol* 2015 November 6; 4(5): 511-520.

V-05. ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS RESIDENTES QUE ACABAN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA CON LA FORMACIÓN RECIBIDA? UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

F. Salgado Ordoñez¹, I. Rivera Cabeo¹, A. Martín Pérez⁴, J. Lebrón Ramos², M. Monsalvo Hernando³

¹*Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

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

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)*

³*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

OBJETIVOS

Conocer la opinión de los residentes que acaban la especialidad de Medicina Interna en Andalucía acerca de la formación recibida y analizar sus expectativas laborales.

PACIENTES Y MÉTODOS

Del 1 al 20 abril de 2016 se mantuvo abierto un cuestionario de Google Drive®, donde se recogía ítems acerca de las expectativas cuando eran aspirantes a la hora de escoger la especialidad, grado de satisfacción con las rotaciones realizadas, opinión acerca de la

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

formación recibida en otros hospitales o unidades, aspectos más positivos y negativos. Se mandaron recordatorios semanales por correo electrónico a los residentes (n=229), a los tutores (n=73) y a los socios censados en la base de datos de SADEMI para lograr la máxima difusión. Los datos obtenidos se procesaron en una base Excel (Microsoft®).

RESULTADOS

Contestaron la encuesta un 74,4% de los R5. Había representación de todas las provincias y niveles hospitalarios. El 60% de los nuevos especialistas tienen menos de 30 años y el 57% son mujeres. En el 97% de los casos Medicina Interna (MI) es su primera residencia y en el 85,6% fue la primera opción a escoger en la asignación de plazas. El 97,1% de los que la finalizan volvería a cursar MI como primera opción y recomendarían en el 74,3% de los casos su propio hospital para hacerla. Como aspecto más positivo del período de residencia destacan el poder aprender medicina de forma supervisada y remunerada (91,4%), el trabajo en equipo 45,7% y como aspectos más negativos la precariedad laboral al terminar (82%) y la falta de formación supervisada durante las guardias de urgencias (45%). En la Tabla I se resumen las áreas relacionadas con MI consideran cuya duración ha sido excesiva o deficitaria. El 85% piensa que habría que eliminar alguna de las rotaciones del programa. Más de la mitad de los encuestados piensan que la rotación por AP tal y como está planteada no sirve para nada o muy poco. Solo un 25,7% tiene oferta de empleo al terminar de los cuales menos de la tercera parte (29%) en la sanidad pública. El 24,1% piensan emigrar al extranjero a ejercer si no encuentran empleo.

CONCLUSIONES

1. La formación especializada en Medicina Interna en Andalucía parece cubrir las expectativas de los aspirantes de formación postgrado con un alto grado de satisfacción.
2. Se aprecia variabilidad en la calidad de formación percibida en áreas específicas y rotaciones.
3. Parece necesario replantear la finalidad y desarrollo de la rotación obligatoria por AP.
4. La falta de supervisión en urgencias y la precariedad laboral son los aspectos más negativos reconocidos de manera universal.
5. Paradójicamente y a pesar de formar a especialistas altamente satisfechos con su profesión corremos el riesgo de sufrir una auténtica descapitalización en recursos humanos en Medicina Interna en el Sistema Sanitario Público Andaluz en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujol R, Nogueras A. La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)* 2002;118(14):545-50.



Tabla 1. Opinión acerca de exceso o déficit de formación en áreas relacionadas con MI

	RV	PPP	INFECC	AUTOIN	C EXT
Deficitaria	27,2%	3.3%	16%	53%	33.3%
Excesiva	17,2%	37,9%	3,4%	0%	3.4%

V-09. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE LOS TUTORES DE LAS UGC DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA

F. Salgado Ordoñez¹, F. Medrano Ortega², G. Ojeda Burgos³, R. Quirós López⁴, J. García Moreno⁵, A. Barnosi Marín⁶, S. Alcaraz García⁷, J. Pérez de León Serrano⁸

¹Vocal de Docencia. Sociedad Andaluza de Medicina Interna

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)

⁸Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer el perfil competencial de los encargados de supervisar la formación especializada en Medicina Interna (MI) en nuestra Comunidad Autónoma. Analizar su opinión acerca de su papel como formadores y de los recursos docentes a su alcance.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde diciembre de 2.015 al 1 de marzo de 2.016 se mantuvo abierto un cuestionario de Google Drive. Se mandaron recordatorios semanales por correo electrónico a los tutores censados en la base de datos de la vocalía. Los datos obtenidos se procesaron en una base Excel (Microsoft®).

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

Contestaron la encuesta 53 tutores (70,6%). Había representación de todas las provincias y niveles hospitalarios. El 73,6% de los tutores tienen menos de 50 años y el 51 % no tiene plaza en propiedad. El 55,8% ha leído la tesis doctoral. El 79,2% también tiene implicación con la formación pregrado. Casi un 40% tiene una experiencia acumulada como tutor mayor a un lustro. 2/3 partes de los encuestados dedican más de 3 horas a la semana a la docencia. No reciben ningún de contrapartida el 77,8%. En el resto el tiempo de liberación asistencial semanal es inferior a 2 horas en el 70% de los casos. Un 15% tienen a su cargo un número de residentes mayor de 5 por tutor. Como aspecto más positivo de su labor destacan la motivación por ayudar en la formación (92,5%) y como más negativo la falta de tiempo (81,1%) y la gran carga burocrática (62,3%). Más del 80% ven de poca o nula utilidad las herramientas de PortalEir para organizar las rotaciones o interactuar con los residentes, sin embargo valoran positivamente algunos de los cursos de competencias transversales organizados por este portal para los residentes. Más de la mitad de los tutores de MI de Andalucía (56%) piensan que los cursos específicos para tutores organizados por la Consejería no sirven para nada o para muy poco. Por el contrario las actividades promocionadas por el grupo de formación de la SEMI y la Vocalía de Docencia son mucho mejor valoradas ya que un 64% las consideran útiles o muy útiles. Una mayoría de los participantes estaría interesado en participar en iniciativas como: Escuela de Residentes (59,2%) y la creación de grupos de mejora (53,1%). También hay interés en participar en las estancias formativas (38,8%) y las sesiones clínicas en Red (36,7%).

CONCLUSIONES

1. Los tutores de MI en Andalucía son profesionales jóvenes con alto nivel académico y de implicación con la docencia.
2. La mayoría tienen una situación laboral inestable y no reciben ningún tipo de contrapartida por su labor.
3. La principal motivación es contribuir a la formación de los residentes, por el contrario la falta de tiempo y la sobrecarga burocrática es su principal demanda.
4. Como Sociedad debemos propiciar y mantener iniciativas que motiven a tutores y residentes pues las ofertadas por la Consejería no parecen cubrir las expectativas de estos colectivos e incluso generan mayor sobrecarga burocrática.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. D. Tutosaus, E. Leo Carnerero, C. O'Connor Reina, et al Perfil deseable en los tutores de residentes según los profesionales. *Educación Médica*, 4 (2001), pp. 127-128.



V-11. ANÁLISIS DE LAS HIPOGLUCEMIAS DESDE LA ÓPTICA DE SEGURIDAD CLÍNICA

J. Ternero Vega, A. Navarro Rodríguez, V. Alfaro Lara, J. Vida Blanca,
T. Cano Rodríguez, S. Gutiérrez Rivero, I. Lobo Magas, R. Parra Alcaraz
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Cuantificar y estudiar las hipoglucemias ocurridas en un período de tiempo determinado entre los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, desde la perspectiva de seguridad del paciente. Analizamos los factores etiológicos que intervienen en la producción de hipoglucemias y como consecuencia de dicho análisis, proponemos una serie de medidas correctoras para evitarlas.

PACIENTES Y MÉTODOS

La comisión de seguridad clínica de nuestro servicio, decidió cuantificar y estudiar las hipoglucemias ocurridas entre nuestros pacientes. El diseño del estudio obedeció al siguiente esquema de trabajo. En primer lugar efectuamos un corte de prevalencia de hipoglucemias entre los pacientes ingresados en nuestro servicio durante 15 días consecutivos. Posteriormente, recogiendo las opiniones de los miembros de la comisión y de 2 facultativos expertos en Diabetes, se realizó un estudio exhaustivo de los factores etiológicos que intervienen en su producción a través un análisis causa-raíz. Por último, se propusieron una serie de medidas correctoras para reducir la incidencia y gravedad de las mismas.

RESULTADOS

Durante los 15 días que duró el estudio se analizaron un total 1.513 pacientes, de los que 656 (43,5%) tenían prescrito controles de glucemia capilar (BMT) por turnos, dato que nos informa del porcentaje de pacientes diabéticos ingresados. En este tiempo se detectaron un total de 25 episodios de hipoglucemias (glucemia < 70 mg/dl), que correspondían a casi un 4% de todos los pacientes de este periodo, más de la mitad de las mismas (52%) ocurrieron antes del desayuno. Esta prevalencia tendría una proyección anual de más de 500 casos por lo que es fácil adivinar su importancia epidemiológica, clínica y la repercusión en la salud de nuestros pacientes. Posteriormente, analizamos los factores etiológicos (factores latentes), contemplándose 5 grupos causales que se relacionan con circunstancias favorecedoras. Estos elementos integran factores humanos y condiciones de trabajo del personal sanitario; factores relacionados con las tareas; factores ambientales; factores asociados con el tratamiento y los cuidados, así como factores predisponentes del propio paciente. Todos ellos se registran en un análisis Causa-Raíz. A la vista de este análisis, se estableció una serie de medidas correctoras para disminuir la incidencia: Medidas relacionadas con el paciente

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

como extremar la vigilancia en casos con dificultad para comunicar síntomas de hipoglucemia; así como realización de controles, además de los establecidos, cuando se sospeche hipoglucemia. Medidas vinculadas al tratamiento como la conciliación de la medicación al ingreso o ante cualquier cambio clínico; confirmación del tratamiento en las transiciones del paciente; contemplación de las interacciones farmacológicas y actualización del tratamiento tras la retirada de fármacos hiperglucemiantes. Medidas asociadas con las condiciones de trabajo, como realización de puntos de encuentro de profesionales y establecimiento de un protocolo de control de glucemias en pruebas complementarias que requieran ayuno.

Medias de registro informático como la creación de un distintivo de paciente diabético que fácilmente pueda identificarse como tal a la apertura de la historia clínica digital. Finalmente, medidas relacionadas con factores ambientales como la información a familiares sobre la detección de síntomas de hipoglucemia, favoreciendo el acompañamiento nocturno de los pacientes.

CONCLUSIONES

La hipoglucemia es un evento adverso transcendente y común en pacientes diabéticos ingresados en los servicios de Medicina Interna. El registro de la prevalencia y estudio de las causas etiológicas de las hipoglucemia nos ha proporcionado datos para efectuar un análisis de los factores latentes o fallos en el control glucémico de los pacientes, de los que se derivan una serie de medidas correctoras que proponemos para su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leape L. L., Brennan T. A., Laird N., Lawthers A. G., Localio A. R., Barnes B. A., et al. *The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N England J Med. 1991; 324:377-84.*

V-12. PERFIL COMPETENCIAL DE LOS RESIDENTES QUE ACABAN MEDICINA INTERNA EN ANDALUCÍA

M. Sánchez Montes, F. Salgado Ordoñez, A. Jiménez Recio, R. Pacheco Yepes, J. Sanz Cánovas
Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

OBJETIVOS

Conocer el perfil competencial de los residentes que acaban la residencia de Medicina Interna en nuestra comunidad autónoma. Analizar su opinión acerca de su formación y



de los recursos propiciados por Unidades docentes, Consejería de Salud y la Sociedad Española de Medicina Interna.

PACIENTES Y MÉTODOS

Del 1 al 19 abril de 2.016 se mantuvo abierto un cuestionario de Google Drive®), donde se recogía ítems acerca del nivel de competencias y habilidades adquiridos durante el periodo de formación especializada. Se mandaron recordatorios semanales por correo electrónico a los residentes censados en la base de datos de la vocalía (n=229). Los datos obtenidos se procesaron en una base Excel (Microsoft®).

RESULTADOS

Contestaron 35 (74,4%) de los residentes que finalizaban su formación Había encuestados de todas las provincias y niveles hospitalarios. No hay residentes con tesis finalizadas y solo el 31,2% está cursando programa de doctorado. El 83% tienen un máster o curso de experto. La producción científica se resume en la tabla I. El 48,6% ha colaborado en algún proyecto científico financiado o participado en grupos de trabajo de sociedades científicas. Un 40% ha participado en comisiones hospitalarias. En más del 80% de los casos la asignación de tutor responsable de la rotación se hace por criterios distintos a la idoneidad docente. El grado de supervisión es adecuado o muy adecuado durante las rotaciones en un 58,8%, en las guardias de especialidad en un 44,9% y en urgencias solo en un 25%. Los residentes reconocen no estar lo suficientemente adiestrados al finalizar su formación en las siguientes habilidades: canalización de vías centrales(64%), ecografía clínica (58,1%) biopsias cutáneas (48%), artrocentesis (48%), VMNI (29%). Casi la totalidad opina que el PortalEir no sirve para organizar las rotaciones (89%) ni para interactuar con los tutores (97%) y que los cursos PCCEIR no sirven para nada o para muy poco (74,4%). Un 80% opina que debe cambiarse el sistema de evaluación de los residentes aunque la mitad (51%) no está de acuerdo en realizar una prueba de excelencia a nivel nacional. El 74,3% no puede evaluar a los docentes. El 81% estaría de acuerdo con ofertar las plazas EIR en virtud de la calidad docencia impartida aunque esto supusiera una disminución de las mismas.

CONCLUSIONES

1. La realización de tesis doctoral de los EIR de MI en Andalucía es anecdótica.
2. La producción científica durante el postgrado se centra en comunicaciones a congresos.
3. Se detectan áreas de mejora en la adquisición de determinadas habilidades.
4. Los recursos docentes de la Consejería están muy mal valorados por la totalidad de los EIR de MI por lo que sería necesario reorientarlos.
5. Hay cierto consenso en cambiar la manera de evaluar a los EIR y de aplicar criterios de calidad docente en la asignación de plazas de formación y tutores.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujol R., Nogueras A. La formación de los médicos residentes de Medicina Interna. A propósito de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)* 2002;118(14):545-50.

Tabla 1. Producción científica de los residentes
(en la columna de comunicaciones se emplean rangos diferentes)

	Artículos científicos	Art Nacionales	Art Internacionales	Asistencia a Congresos	Comunicaciones
Ninguno	12 (34,3%)	20 (57%)	28 (80%)	0	2 (6,5%)
1-5	19 (54%)	13 (37%)	6 (17,1%)	11 (35%)	1-10 (32%)
6-10	2 (5,6%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	9 (30%)	11-20 (22,6%)
>10	1 (2,8%)	1 (2,8%)	0	11 (35%)	> 20 (38,7%)

V-13. IMPLICACIÓN DE LAS ADIPONECTINAS TRAS LA PÉRDIDA DE PESO EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES METABÓLICAMENTE SANAS

M. Pacheco Yepes¹, M. Pérez Medina¹, S. Santamaría Fernández¹,
J. Ruiz Navas², M. Bernal López¹, R. Gómez Huelgas¹

¹UGC Medicina Interna, ²UGC Endocrinología. Hospital General. Málaga

OBJETIVOS

Un porcentaje significativo de sujetos obesos, denominados obesos metabólicamente sanos (MHO), no presentan las alteraciones metabólicas características de la obesidad. Existe controversia acerca de si la pérdida de peso corporal aporta beneficios cardiometabólicos y si deberían ser priorizadas intervenciones preventivas en esta población. Nuestro objetivo principal es evaluar si una pérdida de peso significativa ejerce a medio y largo plazo beneficio en las adipoquinas (adiponectina y resistina), péptidos que regulan el metabolismo lipídico y la homeostasis de la glucosa mediante acciones endocrinas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron 115 mujeres con una edad comprendida entre 35-55 años, con un índice de masa corporal (IMC) entre 30-40 Kg/m², y ≤ 1 de los siguientes 4 criterios de síndrome metabólico: TA $\leq 135/85$ mmHg, glucosa basal en ayunas ≤ 100 mg/dl, colesterol-HDL ≥ 50 mg/dl y triglicéridos ≤ 150 mg/dl). Tras una intervención de 2 años



de duración, con dieta mediterránea hipocalórica personalizada y ejercicio físico, las participantes fueron clasificadas en función de su pérdida de peso corporal en tres grupos: Grupo 1; <5%, Grupo 2; ≥ 5 - <10% y Grupo 3; $\geq 10\%$. Se determinaron datos antropométricos y los niveles de adipoquinas, tanto basales como a los dos años de la intervención.

RESULTADOS

La edad media de la población estudiada fue de 44 ± 4 años y el IMC 36.3 ± 4.7 kg/m², sin diferencias significativas entre los tres grupos al inicio del estudio. Tras 2 años de intervención, encontramos un 52% de pérdidas en el seguimiento debido, principalmente, a la falta de adherencia de la misma. De las 60 participantes que terminaron el estudio, 23 participantes tuvieron una pérdida ponderal <5%, 15 perdieron entre ≥ 5 -<10% y 22 perdieron más del 10% de su peso corporal. Cuando analizamos los niveles séricos de las adipoquinas estudiadas en toda la población, observamos un decremento significativo de los valores de la adiponectina (7.4 ± 2.7 vs 7.05 ± 3.7 ng/ml; $p=0.04$), y un aumento significativo de los niveles de resistina (5.3 ± 2.2 vs 8.1 ± 2.9 ng/ml; $p<0.0001$), tras los 2 años de intervención. Sin embargo, cuando analizamos estos valores según los distintos grupos, observamos que sólo en el Grupo 1, la adiponectina disminuyó sus niveles significativamente (7.0 ± 2.1 vs 5.8 ± 2.4 ng/ml; $p=0.003$), en cambio, la resistina aumentó sus niveles en todos los grupos aunque en el Grupo 2, este aumento no fue significativo quizá debido al pequeño tamaño muestral del mismo (Grupo 1: 5.5 ± 2.4 vs 7.9 ± 3.4 ng/ml; $p<0.0001$; Grupo 2: 5.2 ± 2.2 vs 7.5 ± 4.4 ng/ml; $p=0.08$, y Grupo 3: 5.2 ± 1.8 vs 8.8 ± 4.3 ng/ml; $p<0.0001$).

CONCLUSIONES

La continuidad de la dieta y el ejercicio físico en mujeres OMS, no resulta efectiva debido a la pérdida de adherencia a la misma a largo plazo. Los niveles de adipoquinas se ven modificados de forma inversa a lo esperado tras la pérdida de la adiposidad corporal, lo cual suscita interrogantes sobre si realmente existen beneficios metabólicos con la pérdida de peso en sujetos OMS.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Low serum adiponectin levels are predictive of advanced hepatic fibrosis in patients with NAFLD.* Savvidou S. *J Clin Gastroenterology.* 2009; 43:765.
2. *Role of resistin in diet-induced hepatic insulin resistance.* Muse E. D., Obici S., Bhanot S., Monia B. P., McKay R. A., Rajala M. W., Scherer P. E., Rossetti L. *J Clin Invest.* 2004;114(2):232.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

V-14. ADECUACIÓN EN LA INDICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA CRANEAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

D. Fernández Bermúdez, S. Domingo González, R. Quirós López,
J. Lebrón Ramos, M. Uribe Pérez, F. Poveda Gómez, M. Martín Escalante,
J. García Alegría

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

OBJETIVOS

- Analizar la adecuación de las peticiones de RMN craneal solicitadas desde una consulta de Medicina Interna general respecto a las recomendaciones vigentes de la Junta de Andalucía.
- Analizar los perfiles de pacientes en los que se solicita dicha prueba, así como las diferentes indicaciones de la misma.

PACIENTES Y MÉTODOS

- Estudio observacional descriptivo transversal.
- Se seleccionaron de forma aleatoria 80 peticiones de RMN craneal solicitadas en la consulta externa de Medicina Interna de nuestro hospital de un total de 493 estudios realizados, en el período comprendido entre el 1/1/15 y el 15/11/15.
- Se analizaron variables demográficas, tipo de derivación, motivo de solicitud, presencia de TC cráneo previo, así como su adecuación a las recomendaciones de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS

- Edad media (años): 52,16 (rango: 15 – 87).
- Género: 54 (67,5%)
- Origen derivación: atención primaria: 48 (60%), urgencias: 16 (20%), revisiones previas: 10 (12,5%), otro especialista: 6 (7,5%).

Motivo solicitud: síntomas neurológicos (neuralgias, vértigo, parestesias...): 27 (33,8%),
cefalea: 17 (21,3%),

prueba imagen previa patológica: 13 (16,3%), epilepsia: 4 (5%), deterioro cognitivo/
demencia: 8 (10%),

sospecha AIT/ictus: 8 (10%), cirugía craneal previa: 3 (3,8%).

De las peticiones analizadas, 23 (28,8%) tenían un TC craneal previo, siendo en 14 de ellos patológico (60,9%).

Un total de 47 pacientes (58,8%) fueron dados de alta de la consulta tras la realización de la RMN craneal.

El porcentaje de adecuación en la indicación de RMN craneal según las recomendaciones de la Junta de Andalucía en nuestro centro fue del 73,75%.



CONCLUSIONES

- El porcentaje de adecuación de las indicaciones de RMN de cráneo a las recomendaciones de la Junta de Andalucía es alto (73,75%).
- En cuanto a la petición de RMN craneal en las consultas de Medicina Interna de nuestro centro, el perfil de paciente es una mujer adulta (entre los 42 y 62 años de edad), derivada desde atención primaria.
- La indicación más frecuente es la focalidad neurológica (33,8%), seguida de la cefalea (21,3%).
- Como áreas de mejora, destacar las cefaleas (sólo indicación correcta en 4 casos), así como el deterioro cognitivo/demencia, ya que en ambos casos podría ser suficiente, con la realización de un TC de cráneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Recomendaciones para el uso de técnicas de imagen en el diagnóstico. Sistema músculo-esquelético y nervioso. Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía (2004).* <http://www.seram.es/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=334>.

V-15. SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR: EXPERIENCIA DE GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

V. Sáñez Montagut¹, M. Pérez Quintana¹, A. Camacho Carrasco¹, M. Romeo González², C. Batz Colvee², S. Rodríguez Suárez¹, A. Luque Budía², J. García Morillo¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Medicina, ²Unidad de Salud Mental. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El Síndrome de fatiga crónica (SFC) es un proceso patológico que se caracteriza por la aparición de astenia, fatigabilidad y dificultad para la realización de tareas físicas y mentales. Aunque se han propuesto numerosos tratamientos (analgésicos, corticoides, antidepresivos, etc.), actualmente ninguno ha demostrado claramente su utilidad. La actual tendencia es a englobar el tratamiento “por síntomas” con la psicoterapia y, parece que, está dando mejores resultados que los anteriormente propuestos. En un trabajo conjunto con la Unidad de Salud Mental de nuestro hospital, se propuso la realización de un grupo de intervención psicológico para comprobar, de un modo exploratorio, la utilidad del mismo.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

PACIENTES Y MÉTODOS

Se conformó un grupo de 12 pacientes, 11 mujeres y 1 hombre, cuyas edades estaban comprendidas entre los 29 y los 52 años. Se realizaron 12 sesiones de 2 horas de duración cada una. Se trabajó desde un enfoque cognitivo- conductual, usando estrategias centradas en la verbalización del malestar emocional asociado a la enfermedad, la reestructuración cognitiva de las creencias sobre esta y el trabajo sobre “el aquí y el ahora”. La intervención se compuso de diferentes “módulos”, entre los que se incluían: “psicoeducación”, “hábitos de vida saludable”, “terapia cognitivo-conductual”, “mindfulness”, “ejercicio físico gradual” y “tareas para casa”.

RESULTADOS

Todos los pacientes coincidían en la limitación física y psicológica asociada a la fatiga. Además, informaron de un momento vital en el que se desarrollaron los síntomas de manera más o menos súbita, existiendo un antes y un después de la enfermedad. Emergió como elemento común la búsqueda de una etiqueta diagnóstica que explique la disminución en la productividad o rendimiento en la vida cotidiana. Se puso también de manifiesto la predisposición a mantener creencias concordantes con una triada cognitiva rígida, consistentes en la alta autoexigencia en cuanto a lo que deben hacer, y las exigencias al entorno en cuanto al cómo deben responder a sus limitaciones. En cuanto a los factores psicobiográficos, encontramos en sus discursos el relato de historias de pérdidas y duelos no resueltos, previas a la disminución del rendimiento. Se trata de pacientes con alto grado de alexitimia, con dificultades para la identificación y la manifestación de las emociones, especialmente las negativas. Además, destaca un papel importante del cuerpo desde la infancia (enfermedades, abusos, etc.). En las mujeres encontramos una identidad muy marcada por su rol social y los mandatos de género relacionados con las expectativas de altos niveles de autoexigencia, sacrificio y alto rendimiento en las tareas productivas y reproductivas.

CONCLUSIONES

Con los datos actuales, parece que el tratamiento global psicológico y médico supone una importante mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes con SFC. Por ello, creemos que son convenientes más estudios en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbado, F. J., Gómez J., López M., Vázquez J. J. *El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en medicina interna. Anales de Medicina Interna* 2006; 23: 238-244.
2. Buchwald D., Pearlman T., Umali J.; Schmaling K., Katon W. *Functional Status in Patients with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illnesses, and healthy individuals. Experta medicine*, 1996, 101: 364-370.
3. Fernández-Solá J. *Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. Revista Española de Reumatología* 2004; 31: 535-537.



V-16. SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR: INFLUENCIA DE FACTORES PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

V. Sáñez Montagut¹, M. Pérez Quintana¹, P. García Ocaña¹,
M. Romeo González², C. Batz Colvee², S. Rodríguez Suárez¹, A. Luque Budía²,
J. García Morillo¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Medicina, ²Unidad de Salud Mental. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El Síndrome de fatiga crónica (SFC) es un proceso patológico que se caracteriza por la aparición de astenia, fatigabilidad y dificultad para la realización de tareas físicas y mentales. Actualmente desconocemos su etiología y aunque se han propuesto varios estudios sobre la misma, ninguno ha conseguido resultados concluyentes, pero cada vez hay más datos que apoyan un fortísimo componente psicosocial e incluso incluirlo en el Trastorno de Somatización de un malestar psíquico mayor. En este contexto planteamos apoyar con datos psicométricos la alta influencia de factores psicológicos y emocionales en la aparición y mantenimientos de los síntomas que caracterizan y conforman el cuadro nosológico de Síndrome de Fatiga Crónica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Planteamos un estudio descriptivo transversal. En nuestra cohorte de 22 pacientes implementamos un protocolo de evaluación que incluía: cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R), cuestionario genérico de salud Health Survey SF-36, Brief Pain Inventory, adaptando como síntoma interfiriente principal la fatiga (en lugar del dolor), "Listado de síntomas" basado en los criterios de Fukuda, Trail Making Test y subtest "Dígitos" del WAIS. Los datos de los sujetos "sanos" fueron extraídos de la bibliografía disponible.

RESULTADOS

El nivel de funcionamiento global de los pacientes con SFC es inferior al de la población general (SF-36), con mayor interferencia en los aspectos relacionados con la salud física general. Existe un mayor nivel de malestar general cuando se compara con la población general, con mayor carga psicopatológica destacando una puntuación más alta en las dimensiones de "somatización", "obsesión-compulsión" y "depresión". Además, se observa un tipo de respuesta aumentador (cierta tendencia a la magnificación de la sintomatología) (SCL-90-R). En el TMT observamos un tiempo empleado superior en los pacientes con SFC (46,65s y 98,55s en parte A y B respectivamente) lo que orienta hacia un deterioro significativo en atención y concentración. En el subtest "Dígitos" del WAIS las puntuaciones obtenidas se incluyen en el rango normal. Brief Pain Inventory

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

(Bip-sp) para “fatiga”, la media de interferencia es superior a 6, siendo la actividad identificada como más “interferida” el trabajo normal (7,2) y la que menos caminar (6,1); fatiga mínima 4,25; fatiga máxima 7,4 y fatiga media 5,7.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio, dados los resultados, se muestra coherente con la idea de que el SFC puede ser un tipo de somatización de un malestar psíquico mayor, lo que va de acuerdo con la mayoría de estudios recientes sobre esta entidad nosológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbado, F. J., Gómez J., López M., Vázquez J. J. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en medicina interna. *Anales de Medicina Interna* 2006; 23: 238-244.
2. Buchwald D.; Pearlman T.; Umali J.; Schmalig K.; Katon W. *Functional Status in Patients with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illnesses, and healthy individuals. Experta medicine*, 1996, 101: 364-370.
3. Fernández-Solá J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Revista Española de Reumatología* 2004; 31: 535-537.

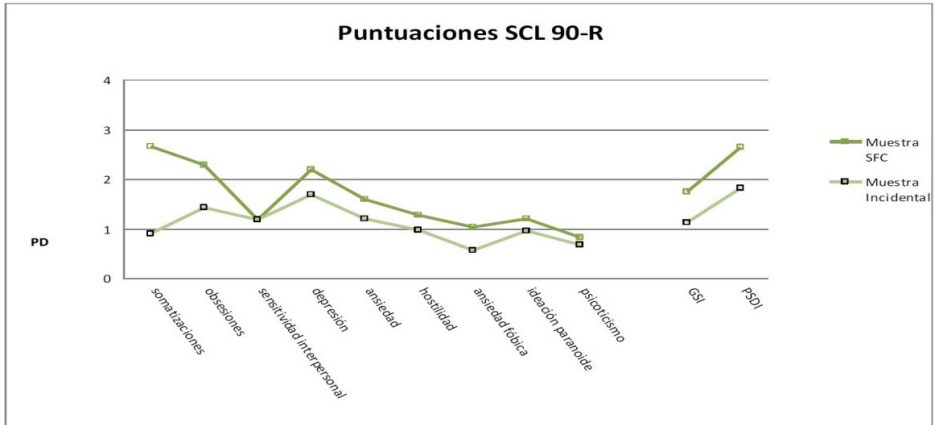


Fig. 1

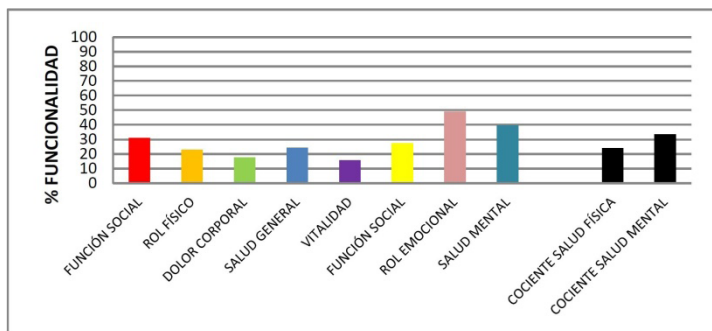


Fig. 2

V-17. TIEMPO DE DEMORA Y COMPLICACIONES POSTCPRE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Amaya González, A. Albarracín Arraigosa, F. Godoy Guerrero,
A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Evaluar el tiempo de demora en la realización de CPRE y las complicaciones más frecuentes en pacientes que han requerido dicho procedimiento desde enero de 2014 a diciembre de 2015.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal sobre el tiempo de demora en la realización de la CPRE, dado que en nuestro hospital no se realiza dicha técnica, realizándose en un hospital concertado y las complicaciones más frecuentes postCPRE de los Servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital La Serranía durante el período 2014-2015.

Las variables que se analizaron fueron: tiempo de demora en la realización de la CPRE, edad, sexo, complicaciones secundarias a la CPRE y Servicio al que pertenecía. Se realizaron cálculos de media y porcentajes.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 84 pacientes de los cuales 35 (41,7%) eran hombres y 49 (58,3%) mujeres. La media de edad fue de 71,98 años. El Servicio de Medicina Interna solicitó un total de 61 (72,6%) de CPRE frente al Servicio de Cirugía con un total de 23 (27,4%). Del total un 90'5% se realizaron en centro no SAS.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

El tiempo de demora en días, en la realización de la CPRE fue de 10,90 y 12,43 días en el Servicio de Medicina Interna y Cirugía respectivamente. Siendo la media de 11,32 días (rango entre 2-30 días); 11,14 días en el año 2014 y 11,61 días en el año 2015.

De los 84 pacientes 22 (26,2%) presentaron alguna complicación, las más frecuentes fueron las siguientes: reacción pancreática 6 (7,2%), pancreatitis aguda 5 (6%), hemorragias 3 (3'6%), cólico biliar 1 (1,2%), HTA 2 (2,4%), sepsis biliar 2 (2,4%), perforación 1 (1,2%) y 2 (2,4%) éxitus. Los éxitus se debieron uno a perforación y otro a pancreatitis grado E.

Se diagnosticaron 11 (13'1%) casos de carcinoma de vía biliar durante la realización de CPRE.

CONCLUSIONES

La CPRE es una prueba de alto valor tanto diagnóstico como terapéutico. Fue más frecuente en mujeres. Edad media avanzada, media de 71,98 años.

El tiempo de demora en la realización de la misma fue de 11,32 días (rango 2-30 días), más de la recomendada en las Guías de Práctica Clínica/literatura. Deben realizarse medidas desde la Administración Sanitaria para evitar dicha demora y por lo tanto, complicaciones derivadas de la Asistencia Sanitaria, a fin de mejorar la seguridad del paciente.

La complicación más frecuente, fue la reacción pancreática, seguida de las pancreatitis y hemorragias. El 90,5% se realizan en Centros concertados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallstone disease. *Diagnosis and management of cholelithiasis, cholecystitis and choledocholithiasis. Internal Clinical Guideline 2014.*

V-18. PERFIL DE LOS ERRORES EN CONCILIACIÓN DETECTADOS EN MEDICINA INTERNA EN DOS MESES DE HOSPITALIZACIÓN. IMPORTANCIA DE LA CONCILIACIÓN AL INGRESO

L. Guillén Zafra, N. Faro Míguez, M. Tornero Divieso, J. García- Fogeda Romero, S. Belda Rustarazo, M. López Plana, M. Higuera Moreno, J. Cantero Hinojosa *Servicio de Medicina Interna y Farmacia Hospitalaria. Hospital San Cecilio. Granada*

OBJETIVOS

Analizar el tipo y la frecuencia de los errores de conciliación en los pacientes que ingresan en Medicina interna.



PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo realizado en un hospital universitario de tercer nivel donde se incluyeron pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina interna en los meses de Febrero y Marzo de 2016. Se revisó el tratamiento domiciliario habitual de éstos y se comparó con la prescripción recogida al ingreso. Estos datos fueron analizados a fin de resolver las discrepancias detectadas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 223 pacientes. La edad media fue de $76,2 \pm 9,1$. El 51,4% fueron hombres. El número medio de medicamentos que tomaban los pacientes al ingreso fue de $8,7 \pm 3,6$. El número de discrepancias no justificadas o errores de conciliación fue de 359. El 53,3% ($n=121$) de los pacientes presentaron al menos un error de conciliación con una media de 2,2 discrepancias/paciente.

El 71,3%(256) de los errores de conciliación fueron la omisión injustificada de un fármaco habitual de un paciente, el 15,9% (57) la prescripción de un medicamento habitual con diferente dosis o pauta, el 9,7% (35) fue por inicio de medicación no justificado y el 3,1% (11) la prescripción de un medicamento diferente.

CONCLUSIONES

Los tipos de error detectados coinciden con lo aportado en la mayoría de los estudios sobre el tema. Los errores de medicación durante la transferencia de niveles asistenciales del paciente constituyen un grave problema de elevada prevalencia. La conciliación de medicación es una estrategia clave en la seguridad del paciente. El proceso de conciliación de la medicación es una estrategia útil y eficaz en materia de seguridad del paciente, capaz de reducir en un alto porcentaje los errores de medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Sánchez O., et al. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta pacientes ancianos polimedcados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Medicina Clínica*, Volume 133, Issue 19, 21 November 2009, Pages 741-744.
2. Allende Bandrés M. A. et al. Conciliación de la medicación: una responsabilidad compartida. *Medicina Clínica*, Volume 145, Issue 7, 5 October 2015, Pages 298-30.
3. Belda-Rustarazo S., Cantero-Hinojosa J., Salmeron-García A., et al. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *Int J Clin Pract*. 2015 Nov;69(11):1268-74.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

V-19. SUSCEPTIBILIDAD A LA CEGUERA POR FALTA DE ATENCIÓN EN MÉDICOS INTERNISTAS

M. Blanco Soto, C. Pérez López, G. Ojeda Burgos, V. Romero Saucedo
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Evaluar la susceptibilidad de un grupo de médicos a la “ceguera por falta de atención”.

PACIENTES Y MÉTODOS

La ceguera por falta de atención es la incapacidad de una persona de notar un estímulo inesperado cuando la persona está realizando otras tareas que demandan atención. En el ámbito clínico la repercusión de este fenómeno puede ser importante evitando que se incluya en el proceso diagnóstico información clínica que puede ser relevante. Uno de los estudios más conocido que demuestran la ceguera por falta de atención es el “Gorila Invisible” (1). En noviembre de 2015, diseñamos un estudio piloto en el que se ofreció la realización de este experimento on-line a 26 médicos participantes de un grupo de trabajo en “Mejora del Diagnóstico Clínico”. La invitación constaba de una breve introducción, una invitación para la visión del experimento a través de internet (2) y un enlace a una encuesta electrónica on-line con preguntas en relación al mismo. El análisis estadístico fue realizado con Spss. v19.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 17 médicos. Los respondedores fueron mayoritariamente médicos internistas (82%); el 65% eran mujeres y el 35% varones. El 59% eran adjuntos y el 41% residentes. Cinco médicos (29%) no superaron el test de atención; el 80% era mujeres y el 60% médicos adjuntos. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Hasta un 30% de los médicos encuestados sufrieron “ceguera por falta de atención” durante el experimento. En medicina la “ceguera por falta de atención” podría tener repercusión clínica, especialmente en las consultas externas, en las que el empleo de sistemas informáticos supone un poderoso reclamo de la atención pudiendo hacer que información clínica relevante del paciente no fuera percibida completamente por el clínico. Ser conocedores de las limitaciones de nuestra atención puede ser útil para establecer estrategias que eviten que la atención se disperse durante la aplicación del método clínico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Chabris, Christopher (2011). *El Gorila Invisible*. Siglo XXI editores. p. 303. ISBN 978-987-629-168-2.
2. *El vídeo del experimento puede consultarse en: <https://www.youtube.com/watch?v=vJG698U2Mvo>.*

V-20. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ACIERTO DIAGNÓSTICO DE TRES HERRAMIENTAS ELECTRÓNICAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

C. Pérez López, V. Romero Saucedo, G. Ojeda Burgos, M. Blanco Soto, I. Antequera Martín-Portugués, B. Sánchez Mesa
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Las herramientas electrónicas de ayuda al diagnóstico se han postulado como potencialmente útiles en la clínica para ampliar el listado de hipótesis diagnósticas ante un supuesto clínico (1,2). El objetivo del presente estudio es conocer las diferencias en el acierto diagnóstico, de tres herramientas electrónicas de ayuda al diagnóstico diferencial.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo piloto realizado en Marzo de 2016 en el que se ha analizado el número de hipótesis diagnósticas y el acierto diagnóstico a partir de cinco casos clínicos cerrados de tres herramientas electrónicas; Symcat®, Isabel Health Care® y Xebra Pro®. En un intento emular aquellas situaciones en los que un médico internista pudiera recurrir al uso de herramientas de apoyo al diagnóstico diferencial, los casos clínicos escogidos fueron casos de diagnóstico difícil; amiloidosis cardíaca como causa de derrame pericárdico e insuficiencia cardíaca, colitis ulcerosa con fístula entero-seminal, rotura de quiste de Baker como causa de edema en miembro inferior, cáncer renal diseminado como causa de síndrome constitucional y leishmaniasis visceral como causa esplenomegalia. Se ha valorado tanto el acierto en el síndrome que padecía el paciente como en la enfermedad causante del mismo. Se ha evaluado el que la hipótesis correcta fuera posicionada en los tres primeros puestos por el sistema electrónico como medida de la capacidad de priorización del mismo. Se ha medido el número de datos clínicos introducido en cada uno de los sistemas así como el tiempo invertido en la introducción de los datos en la herramienta electrónica y en la obtención de un lista de hipótesis diagnósticas. El análisis estadístico se ha realizado con Spss v19.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

El número de hipótesis diagnósticas resultantes ha sido 271 con una media de 18 diagnósticos por caso (DE 12). Los resultados de las diferentes parámetros analizados se resumen en la tabla (1). Las herramientas testadas presentan diferente rendimiento siendo Xebra Pro® e Isabel Health Care@ las que mejores resultados ofrecieron en cuanto acierto diagnóstico y capacidad de priorización. Ambas herramientas fueron las que menos tiempo consumieron para la introducción de los datos y la generación de los listados de hipótesis. Isabel Health Care@ fue la que mayor capacidad mostró para generar hipótesis. Xebra Pro® fue la única herramienta que ofreció una hipótesis correcta en los cinco casos clínicos y la que mejor relación presentó entre hipótesis emitidas e hipótesis correcta, 17,10%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

En su conjunto las herramientas diagnósticas testadas generan una importante cantidad de hipótesis diagnósticas sin embargo sólo el 11% de estas fueron correctas. Xebra Pro® e Isabel Health Care@ fueron las que mejor rendimiento diagnóstico ofrecieron. Usadas de forma conjunta el acierto y la capacidad de priorización de estas herramientas aumentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso-Carrión L., Sánchez-Lora F. J., Hinojosa-López C., Porrás-Vivas J. J., Cuenca-Guerrero A., Abarca-Costalago M. *Precisión del diagnóstico en medicina interna e influencia de un sistema informático en el razonamiento clínico. Educación Médica. Elsevier España, S.L.U; 2015 Dec 15;16(3):184–7.*
2. Semigran H. L., Linder J. A., Gidengil C., Mehrotra A. *Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. BMJ. 2015;351:h3480.*



Tabla 1

	Symcat®	Isabel®	Xebra Pro®	Total
Número de hipótesis diagnósticas, n (%)	31 (11,44)	164 (60,52)	76 (28,04)	271 (100)
Número de hipótesis correctas, n (%)	3 (9,67)	14 (8,53)	13 (17,10)	30 (11)
Número de hipótesis correctas por caso, media (DE)	0,60 (0,89)	2,80 (1,92)	2,60 (1,52)	2 (1,73)
Número de datos introducidos por caso, media (DE)	5 (2,34)	5 (2,55)	5,8 (2,58)	5,27 (2,34)

Tabla 2

	Symcat®	Isabel®	Xebra Pro®	Total
Tiempo invertido por caso (min:seg), media (DE)	3:33 (1:33)	2:15 (1:37)	2:07 (0:56)	2:38 (1:27)
Diagnósticos sindrómicos correctos, n (%)	2 (40)	4 (80)	4 (80)	4 (80)
Diagnóstico etiológico correcto, n (%)	-	2 (40)	3 (60)	4 (80)
Acierto diagnóstico total n (%)	2 (40)	4 (80)	5 (100)	5 (100)
Hipótesis correcta entre las tres primeras, n (%)	1 (20)	3 (60)	3 (60)	5 (100)

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CAPÍTULO 2. COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS EL III ENCUENTRO DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA

2. 1. ÁREA TEMÁTICA: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/ EDAD AVANZADA

EA-11. PACIENTE FRÁGIL POLIMEDICADO

D. Aguilera Ramos, M. Martínez López, L. Ciuro Cerezo, M. Luque Mérida,
S. García Matez, M. Rojas López
*Servicio de Medicina Interna-Infeciosos. Hospital Clínico Universitario Virgen
de la Victoria. Málaga*

OBJETIVOS

Analizar a través de una revisión bibliográfica si el seguimiento de un protocolo en la administración de medicamentos mejora o empeora el estado de salud de los ancianos polimedificados.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron las bases de datos albergadas en repositorios en abierto universitarios como ABACUS de la Universidad Europea y bases de datos específicas dentro del ámbito clínico como Cuiden, Medline.

RESULTADOS

Tras la revisión podríamos decir que todos los profesionales deberíamos establecer unas normas o estrategias comunes a la hora de la administración de los diferentes fármacos prescritos para un mismo paciente.

Entre ellas:

Reciclaje para los profesionales, aparecen nuevas técnicas de administración y todos deberíamos conocerlas para poder explicárselo mejor al paciente,

Mejorar la relación paciente-enfermero/a: enseñarles el uso correcto uso de los medicamentos.

Realizar reuniones interdisciplinarias (médico-farmacéutico-enfermero/a) para establecer un único criterio a la hora de administrar el medicamento.

Responsabilizar al paciente ante un mal uso, después de tener el conocimiento adecuado.

CONCLUSIONES

Revisada la información científica relacionada con este tema, se puede concluir que administrar medicamentos es una de las funciones principales del día a día del enfermero/a y cualquier error supone un riesgo para el paciente, por lo tanto, seguir un protocolo, mejora de forma sensible los resultados ligados a los tratamientos de



ancianos polimedcados. Este hecho que a todas luces pudiera parecer obvio, se enfrenta a la actividad diaria habitual del sector de la enfermería donde en multitud de casos el seguimiento de un protocolo brilla por su ausencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. *Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46:125-30. Medline.
2. Hovstadius B, Hovstadius K, Astrand B, Petersson G. *Increasing polypharmacy: an individual-based study of the Swedish population 2005-2008*. *BMC Clin Pharmacol*. 2010; 2:16.
3. Wong C. Y., Chaudhry S. I., Desai M. M., Desai M. M., Krumholz HM. *Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure*. *Am J Med*. 2011; 124:136-43. Medline.
4. Villafaina Barroso A., Gavilán Moral E., Atanasio Moraga J. A. *Implicaciones y consecuencias de la polimedicación*. En: Gavilán Moral E., Villafaina Barroso A., editors. *Polimedicación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. Barcelona: Reprodisseny; 2011. [Consultado 1 Nov 2011]. Disponible en: www.polimedicado.com.
5. Jyrkkä J., Enlund H., Korhonen M. J., Sulkava R., Hartikainen S. *Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population*. *Drugs Aging*. 2009; 26:1039-48. Medline.
6. Villafaina Barroso A., Gavilán Moral E. *Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿Dos caras de la misma moneda?*. *Pharm Care Esp*. 2011; 13:23-9.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

2. 2. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

ENF-01. SEGURIDAD EN EL PACIENTE: ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL COMARCAL 2010-2015

M. Alonso Cayuela, L. Valentín Morganizo, J. Fuentes Ortega
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Analizar los eventos adversos y la evolución que se ha producido en el servicio de Medicina Interna del Hospital la Inmaculada desde la implantación del sistema de notificación.

Realizar estudio sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo de las notificaciones realizadas por personal de la UGC Medicina Integral y Cuidados en el registro de los eventos adversos del ASNA (<http://10.8.35.81/intranet/segpaciente/registro.asp>) Se compara los eventos adversos acaecidos en el periodo 2010-2015 según tipo y número de eventos.

El registro es de carácter voluntario, gubernamental, confidencial y centrado en cualquier evento adverso. Las notificaciones se realizan de los enfermos de Medicina Interna ingresados en la unidad, no contemplado aquellos enfermos ingresados en otras unidades.

RESULTADOS

El total de eventos adversos registrados desde el año 2010 hasta el 2015 son 194

El año con mayor nº de registro es el 2010 y posteriormente hay un ligero descenso a través del periodo. El eventos adversos más comunicados son las caídas con un 41 % seguidos de las UPP 13% y errores de medicación 12%.

Anualmente y exceptuando el 2010 los tipos de eventos adversos se mantienen con poca variaciones y en la misma proporción.

Desde el 2011 se produce un descenso en la notificación de UPP y errores de medicación.

CONCLUSIONES

El descenso de número de notificaciones puede ser debido a varias causas: poca sensibilización, excesiva carga de trabajo, escasa cultura seguridad del paciente...

La escasa variabilidad en la comunicación puede ser debido a que las características de los enfermos se repiten y siempre es el mismo personal el que suele comunicar los eventos adversos.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

A través de la notificación los eventos adversos que acontecen en la unidad se pueden determinar qué tipo de eventos acontecen y realiza medidas correctoras mejorando la seguridad en la atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)* J. M. Aranz, C. Aibar, J. Vitaller, P. Ruiz - Madrid, MSC, 2005 - 195.64.186.10.

ENF-02. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES FRÁGILES HOSPITALIZADOS

M. Moreno Ramón, M. Díaz Alías, M. Martínez García

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

OBJETIVOS

Describir y analizar los componentes de la valoración integral del adulto mayor en el ámbito sanitario, para mejorar la detección y prevención del declive funcional en el anciano frágil hospitalizado en la UGC de Medicina Interna del AGSNA.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado mediante la administración de un cuestionario de calidad de vida relacionados con la salud. (EQ-5D) para evaluar la calidad de vida en pacientes frágiles, donde el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica de evaluación más general.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene cinco niveles de gravedad (no tengo problemas, problemas leves, moderados, graves o problemas de extrema gravedad/dependencia).

La segunda parte de EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), el uso de esta escala proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

RESULTADOS

Todos los individuos encuestados se encuentran en una edad media de 78.81 años, la mayor parte eran mujeres 57 y varones 41.

De las características de la muestra se observa que el 30% no tiene problemas para caminar, el 15% presenta algún problema leve, el 16% moderado y el 27% grave, siendo un 12% los que no podían caminar.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

De los resultados obtenidos de la escala de valor analógico (EVA) se obtiene una media en cuanto a autopercepción de salud de 51.31.

Una de las relaciones que establecimos fue entre la movilidad y el estado de salud autopercebido en la cual se observó que los pacientes que no tienen problemas para caminar se puntuaron entre 45 a 100. Resaltar dentro de la muestra que los que no pueden caminar, la gran mayoría se han calificado con una autopercepción de la salud de entre 45-55 dentro de la escala.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indicaron que los cambios en la CVRS de los pacientes frágiles captados por EQ-5D en relación a la movilidad y el estado de salud autopercebido establece que a mayores problemas para la movilidad peor autopercepción de salud.

En cuanto a los niveles de ansiedad se constata que al ser una percepción subjetiva del individuo esta variable no concluye determinadamente en su percepción negativa de la salud. Este resultado puede deberse a una confluencia de otros factores relacionados. Concluimos también que entre dolor y autopercepción de la salud es destacable que la mayor parte de los pacientes se autoevaluaron en un valor medio independientemente del nivel de dolor.

Todo esto confirma dado que son autopercepciones del individuo en el momento de la administración del cuestionario, que las relaciones entre las distintas variables dependerán de otros factores como optimización de recursos, adaptación al estado de salud actual y apoyos externos entre otros.... Deduciendo que la valoración del individuo y su estado de salud se ha hecho desde un punto de vista psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Jürschik Giménez, M. Escobar Bravo, C. Nuin Orrio. *Criterios de fragilidad del adulto mayor. Aten Primaria. 2011; 43(4):190-196.*

ENF-03. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS, PARTE DE UN EQUIPO

A. Moreno García, A. Manjón Mariscal, A. Pérez Rodríguez

UGC Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

OBJETIVOS

Analizar el papel de la Enfermería en los Cuidados Paliativos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica limitándonos a las publicaciones en español posteriores a 2007, en las principales bases de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz con los descriptores: "enfermería" "cuidados paliativos" y "muerte digna".



RESULTADOS

La mayoría de autores coinciden en que los cuidados paliativos dan soporte clínico y psicosocial a los pacientes cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

La labor de enfermería es fundamental ya que es la profesión más cercana al paciente, encargada de atender a éste de una manera holística teniendo en cuenta la esfera biopsicosocial. Entre sus objetivos estará proporcionar confort, lograr la máxima calidad de vida y actividad, sin intentar acortar ni alargar la vida innecesariamente, planificando cuidados individualizados y adecuados en cada momento, que garanticen el bienestar del paciente respetando su dignidad. Se considera imprescindible incorporar a la familia que deberá recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo multidisciplinar.

CONCLUSIONES

El reto de los Cuidados Paliativos es el control de los síntomas refractarios de la enfermedad principal y prestar una atención que garantice el respeto a la dignidad humana. Enfermería tiene un papel esencial en el equipo multiprofesional que atiende y prepara al paciente y familia para el final de la vida.

Es necesario definir las competencias enfermeras en cuidados paliativos y desarrollar un modelo de prácticas avanzadas basadas en evidencias científicas, para ello es necesario fomentar líneas de investigación en competencias enfermeras avanzadas en cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waldow, V. R. (2014). *Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238.
2. García, L. M. P., & Diner, K. (2010). *La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería*. *An Med (Mex)*, 55(3), 161-166.
3. Navarro Ferrer, P. M., Pérez Labrada, B. R., & Parada López, N. (2009). *Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud*. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2), 0-0.
4. Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). *Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI*. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 113-128). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

ENF-04. RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA

A. Valero Valero¹, A. López Rosa², A. Cuevas Vilches¹

¹Servicio de Traumatología, ²EGC. Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

- Conseguir que el paciente realice el cuidado del estoma y dispositivo por sí mismo. (autocuidado).
- Intentar que mantenga una buena higiene del estoma así como la integridad de la piel periestomal.
- Prevención de complicaciones.
- Mitigar el temor y la ansiedad que produce el abandonar el medio seguro del hospital.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda de literatura científica en bases de artículos nacionales e internacionales: Pubmed, Medline, Cochrane etc. Para la búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave: cáncer colon rectal, ostomías, bolsa de colostomía... Hemos consultado protocolos, guías clínicas, procedimientos enfermeros y búsquedas manuales en google.

RESULTADOS

Antes del alta al paciente de la planta de cirugía, se debe: Hacer educación sanitaria a la familia y al paciente.

Proporcionar maletín de curas. Compuesto por: bolsas de una pieza, placa y bolsa de dos piezas, medidor, folleto informativo sobre el cuidado del estoma y consejos dietéticos, materiales y teléfonos de contacto ante cualquier duda.

Comentar al paciente que cuando acuda a otro centro hospitalario, informe al personal de que es portador de colostomía, para evitar errores como el forzar para poner un enema o supositorio a través del ano, cuando no procede en dicho caso.

Informarle que los suplementos de hierro, analgésicos narcóticos, anti-psicóticos, antidepressivos, sedantes y anti- parkinsonianos producen estreñimiento.

CONCLUSIONES

Cuando a un paciente se le va a realizar una ostomía, suele haber un gran rechazo. Va a necesitar una adaptación, tanto a nivel físico, psicológico y socio-familiar. Presentan mucha ansiedad, por lo que la información es imprescindible tanto en la pre como en la post cirugía.

En la pre-cirugía debe conocer el porqué de la intervención y los cambios que va a experimentar. En la post- cirugía, antes del alta, debe saber cómo cuidar el estoma,

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

los cambios de bolsa, tipo de alimentación, así como la detección de problemas y complicaciones.

En esta función educativa tenemos una labor muy importante los profesionales sanitarios ya que toda la información que se le dé tanto al paciente como al familiar y/o cuidador, le ayudará a disminuir el nivel de ansiedad y adaptarse mejor a su nueva situación; de esta manera mejorará su calidad de vida y podrá volver a su vida normal lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Arias Álvarez M. E., Durán Ventura M. C., Fernández García M. A., Fuertes Ran C., Ibarzo Monreal A., Mateos Frade L. et al. Descubre una nueva forma de vivir, una ayuda para el cuidado de la persona ostomizada. 2ª ed. Barcelona: Hollister; 2005.*
2. *Coloplast Productos Médicos S.A. Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Madrid: Laboratorios Coloplast; 1997.*

ENF-05. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES EN LAS QUE FALLECEN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez Hurtado, J. García García, I. Fernández Cordón,
M. Jiménez Barbero

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

OBJETIVOS

1. Identificar el perfil y las condiciones en las que fallece el paciente hospitalizado en una Unidad de Medicina Interna de un hospital de agudos.
2. Conocer la opinión de sus familiares sobre los últimos días de vida de estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo donde se recogen características y condiciones en las que fallecieron los pacientes hospitalizados en Medicina Interna durante los meses comprendidos entre Enero y Marzo del 2015.

Se elaboró una base de datos específica donde se recogieron variables demográficas, patología de base, comorbilidad, situación funcional, tratamiento prescrito en los últimos días (incluyendo antibióticos, ventilación mecánica no invasiva y aminas vasoactivas) y si se usó algún tipo de sedación o se realizó limitación del esfuerzo terapéutico en los últimos días.

La opinión de las familias acerca de los últimos días de vida del paciente se recogió a través de entrevista telefónica. Estos datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes. El 55% de los individuos eran varones, con una edad mediana de 80 (85-73). Ochenta y tres (79%) eran pacientes pluripatológicos frente a 22 (21%) en los que su patología principal era la neoplasia. La estancia media fue de 7,9 y 14,9 días respectivamente.

93% de los pacientes presentaron un Índice de Charlson > 2 y el 61% un Índice de Barthel inferior a 60 (dependencia severa) al ingreso. El 84% tenían prescrita algún tipo de analgesia en el día de fallecimiento, el 18,3% sedación en perfusión continua, el 15,4% tenían prescrito ventilación mecánica no invasiva, el 8,6% aminas y 47% antibioterapia.

En el 62% de los individuos la historia recogía limitación del esfuerzo terapéutico. El 8,7% de los pacientes fallecidos eran portadores de heridas por presión grado 4 en el día de la muerte. El 36% de los pacientes fallecieron en habitación individual. Ningún paciente estaba inscrito en el registro de voluntades vitales anticipadas y ninguno de los pacientes fallecidos recogía la etiqueta diagnóstica de “Duelo” o “Riego de Duelo Complicado” en su plan de cuidados.

El 59% de las familias entrevistadas manifestaron estar satisfechas con la información recibida por parte de los profesionales, el 25% creen que su familiar padeció dolor en los últimos días de vida, el 39% opina que padeció sufrimiento en esos días, el 90% piensa que no se alargó la agonía de forma innecesaria y el 100% manifestó que se le permitió el acompañamiento en los últimos días de vida.

CONCLUSIONES

Los pacientes que fallecen en la Unidad de Agudos de Medicina Interna tienen edad media muy avanzada, alto nivel de dependencia y elevada comorbilidad. Existe un porcentaje de individuos en los que se utilizan medidas terapéuticas avanzadas hasta el día del fallecimiento, como antibioterapia, ventilación mecánica invasiva o aminas vasoactivas. Se observa una infrautilización de la sedación paliativa en hospitales de agudos. Todo ello a pesar de las referencias a limitación del esfuerzo terapéutico en un alto porcentaje de individuos.

Llama la atención el no uso del diagnóstico enfermero “Duelo” así como intervenciones dirigidas a tal respecto. Más de la mitad de los pacientes fallecen en habitaciones compartidas. Es necesario seguir trabajando y mejorando la gestión de camas en los últimos días de vida para poder cumplir con uno de los derechos recogidos en la Ley de Muerte Digna (derecho a una habitación individual). Por último es necesario mayor acercamiento de los profesionales a las familias y contar con ellos para la elaboración del plan de cuidados y el abordaje asistencial.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rayego Rodríguez, J. et al. *Mortalidad hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel. An. Med. Interna (Madrid). 2006, vol. 23, n,9, pp. 406-410.*

ENF-06. USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL PARA PREVENIR LA BRONCOASPIRACIÓN EN EL PACIENTE CON DEMENCIA MUY AVANZADA

A. Manjón Mariscal, A. Pérez Rodríguez, A. Moreno García
UGC Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

OBJETIVOS

Determinar la utilidad del uso de la nutrición enteral como medida de soporte nutricional artificial en pacientes con demencia muy avanzada.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en inglés y español en las principales bases de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz con los descriptores en español: “nutrición enteral”, “demencia avanzada”, “broncoaspiración” y en inglés: “enteral nutrition”, “advanced dementia”, “pulmonary aspiration”.

RESULTADOS

El siglo pasado, Finucane et al., a través de una revisión bibliográfica, concluyeron que la nutrición enteral por sonda no evitaba las neumonías por aspiración, no prolongaba la supervivencia del paciente, no demostró mejorar las úlceras por presión, no mejoró el estado funcional del paciente y no supuso mayor confort para el mismo.

Una de las razones más citadas para utilizar la nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada es la prevención de la neumonía por broncoaspiración pero son varios los autores que coinciden en que la alimentación mediante sondas no previene la aspiración en paciente con demencia avanzada, incluso, Kaw y Sekas en un estudio llevado a cabo en pacientes con demencia avanzada, encontraron más episodios de neumonía por aspiración en pacientes alimentados mediante sondas de alimentación que en pacientes sin sondas. Marco et al., mediante un estudio retrospectivo, llegaron a la conclusión de que la SNG y la GEP para la alimentación enteral estaban relacionadas con complicaciones pulmonares, además de que la estancia media, la complejidad diagnóstica y el coste por ingreso fueron más elevados en los pacientes que precisaron dispositivos de nutrición enteral durante el ingreso. En otro estudio de las mismas características, tampoco se encontraron beneficios en la utilización de la GEP cuando la indicación fue trastorno de deglución asociada con demencia. Asimismo, Finucane

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

et al., defienden que el riesgo de aspiración es continuo debido al reflujo del contenido gástrico y a la aspiración de saliva, afirmando que hasta un 50% de los pacientes portadores de SNG para alimentación broncoaspiran. Incluso, sociedades científicas como la ESPEN no recomiendan la nutrición enteral en las personas con demencia severa.

CONCLUSIONES

Los estudios defienden que no existe datos empíricos que evidencien que la alimentación e hidratación mediante sonda, ya sea por SNG o GEP, prevenga aspiraciones, es más, sostienen que la colocación de sondas en estos pacientes puede ser perjudicial y provocarles efectos adversos tales como, tener que permanecer con sujeción mecánica o sedados para evitar el desalojo de la sonda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Finucane T. E., Christmas C., Travis K. *Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence.* JAMA 1999;282:1365-1370.
2. Kaw M., Sekas G. *Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing-home patients.* Dig Dis Sci 1994;39:738-43.
3. Marco, J., Barba, R., Lázaro, M., Matía, P., Plaza, S., Canora, J., & Zapatero, A. *Complicaciones broncopulmonares asociadas a dispositivos de nutrición enteral en los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna.* Revista Clínica Española, 2013; 213(5): 223-228.
4. Atencio, D. P., Pérez, Á. G. B., Regino, W. O., MD. *Gastrostomía endoscópica percutánea en ancianos: indicaciones, seguridad y desenlaces.* Revista Colombiana de Gastroenterología, 2015;30(1):3-10.
5. Finucane T. E., Bynum J. P. *Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia.* Lancet 1996;348:1421-1424.
6. Körner U., Bondolfi A., Bühler E., MacFie J, Meguid M, Messing B, et al. *Ethical and legal aspects of enteral nutrition.* ESPEN guidelines. Clin Nutr 2006;25:196-202.



ENF-07. CUIDAR CUIDÁNDONOS

L. Valentín Morganizo¹, M. Resina Jiménez², M. Crespo Muñoz³

¹Servicio de Medicina Interna 5, ²Servicio de Medicina Interna 6,

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Describir las responsabilidades legales derivadas del desarrollo de Ulceras por presión (UPP) para enfermería Exponer las actuaciones que se deben llevar a cabo para evitar responsabilidades derivadas de una mala práctica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, Embase, Cinahl y Cuiden Plus. Los descriptores utilizados fueron: Pressure Ulcer/*prevention & control; Nursing Staff/*legislation & jurisprudence; Malpractice/*legislation & jurisprudence.

RESULTADOS

Las principales responsabilidades legales encontradas son:

Responsabilidad civil: Se produce cuando el daño viene de la sanidad privada o de un profesional en concreto. Es subjetiva o por culpa (imprudencia, negligencia, impericia o incumplimiento)

Responsabilidad administrativa: Se produce cuando el daño viene de la sanidad pública y objetiva o por resultados

Responsabilidad penal: se produce cuando el daño viene tanto de la sanidad pública como de la privada y se deriva de la infracción del deber de cuidado, resultado lesivo, relación causalidad y previsibilidad del resultado.

Las principales actuaciones que deben realizar los profesionales sanitarios para evitar dichas responsabilidades son:

Lex Artis ad Hoc: que incluye:

Seguimiento de protocolos o directrices generales sobre prevención y tratamiento de UPP, apartándose de los mismos sólo de forma justificada y registrada

Información al paciente que si se da verbalmente se debe reflejar en la historia clínica.

Consentimiento informado

Registro exhaustivo de la valoración del paciente y de la UPP, de los cuidados que se realicen al paciente para prevenir y tratar dicha UPP, de la información ofrecida, recomendando en algunos casos el aportar registros fotográficos.

El Centro Sanitario tiene la obligación de procurar los medios necesarios para la prevención y tratamiento de las UPP.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

CONCLUSIONES

Las UPP se consideran en el 95% de los casos como una complicación evitable y en muchas ocasiones se producen por una falta de medidas preventivas, debido a que en nuestro sistema sanitario la prevención no se considera algo prioritario.

Aunque en España el número de demandas es escaso, los ciudadanos van tomando conciencia de que la UPP es una complicación que no debería haber aparecido y por la que deben ser compensados legalmente y ya han aparecido sentencias condenatorias. Por tanto las enfermeras debemos asegurarnos que actuamos de la mejor manera posible, no sólo para proteger al paciente, sino para protegernos legalmente a nosotras mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *British Journal of nursing*, 2006 Vol 15, No 22.
2. Vázquez del Rey Villanueva R. *La Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria*. Boletín del Ilre. Colegio de Abogados de Madrid nº 24. Enero, 2003. Rodríguez López P. *Consentimiento informado y estado de necesidad terapéutica*. Actualidad del Derecho Sanitario nº 90. Enero, 2003.
3. Soldevilla J. J.; Navarro S.; Rosell C.; Sarabia R.; Valls G. *Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales*. GNEAUPP. Ed. SPA Grupo Drugfarma. 2004.
4. *Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas*. Documentos Técnicos GNEAUPP. www.gneaupp.org. 2006.

ENF-08. LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON LA DISNEA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

A. Manjón Mariscal, A. Pérez Rodríguez, A. Moreno García
UGC Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz)

OBJETIVOS

Determinar la influencia de la ansiedad en las crisis de disnea sufridas por los pacientes con EPOC.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos en español y en inglés publicados, en los últimos diez años, en las principales bases de datos de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz utilizando los siguientes descriptores: "ansiedad", "disnea", "EPOC", "anxiety", "dyspnoea" y "COPD".



RESULTADOS

Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en los pacientes con EPOC, Borges-Santos et al., defienden que los pacientes con EPOC que padecen síntomas de depresión refieren más disnea; la ansiedad y la depresión están asociadas a un mal control clínico de la enfermedad. En un estudio cualitativo el que se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, se concluyó que la mayoría de los pacientes habían experimentado ansiedad asociada a la EPOC. Los pacientes refirieron experimentar ansiedad ante la muerte, incluidos el miedo a la asfixia y el miedo a morir. Un estudio llevado a cabo en pacientes con EPOC hospitalizados determinó que los pacientes con trastornos mentales, tipo ansiedad o depresión, ingresan en el hospital de forma más temprana por reagudización debido a una percepción de la disnea más temprana e intensa.

La ansiedad y la depresión están asociadas a la disnea, la fatiga y el sueño alterado, todos los cuales también se producen en la EPOC. Comprender el papel de la ansiedad y las reacciones depresivas puede reducir estos síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En un ensayo llevado a cabo para reducir la ansiedad en estos pacientes, se determinó que las técnicas de relajación disminuyen la ansiedad, disnea y dificultad respiratoria severa. Existen numerosas técnicas no tradicionales, como la acupuntura, la autorrelajación, la meditación o el yoga, que han demostrado ser efectivas en el alivio del grado de ansiedad y, por lo tanto, en el de disnea. Asimismo, se ha demostrado que educar a los pacientes sobre la correcta utilización de la oxigenoterapia, los inhaladores, las necesidades nutricionales y la administración de sus energías disminuye el grado de ansiedad y depresión habituales en los pacientes con EPOC, con la consiguiente mejoría de la disnea y de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los síntomas de ansiedad, tan comunes en pacientes con EPOC, pueden contribuir a aumentar las crisis de disnea y, por tanto, a favorecer la reagudización más tempranamente que en pacientes que no padecen ansiedad. La educación sanitaria y las técnicas de relajación se han demostrado eficaces en la reducción de la ansiedad en pacientes con EPOC. Es por ello, que la enfermería puede jugar un importante papel ayudando al paciente a reducir las crisis de disnea mediante la educación y la aplicación de técnicas de reducción de la ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Borges-Santos, E., Wada, J. T., da Silva, C. M., Silva, R. A., Stelmach, R., Carvalho, C. R., & Lunardi, A. C. Anxiety and depression are related to dyspnea and clinical control but not with thoracoabdominal mechanics in patients with COPD. Respiratory physiology & neurobiology, 2015;210:1-6.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

2. Strang, S., Ekberg-Jansson, A., & Henoch, I. *Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. Palliative and Supportive Care, 2014;12(06):465-472.*
3. Regvat, J., Žmitek, A., Vegnuti, M., Košnik, M., & Šuškovič, S. *Anxiety and depression during hospital treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Journal of International Medical Research, 2011;39(3):1028-1038.*
4. Hill, K., Geist, R., Goldstein, R. S., & Lacasse, Y. *Anxiety and depression in end-stage COPD. European Respiratory Journal, 2008;31(3):667-677.*
5. Gift, A. G., Moore, T., & Soeken, K. *Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. Nursing Research, 1992;41(4):242-246.*

ENF-09. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA Y REINGRESOS HOSPITALARIOS

C. Cano Jiménez, J. García Alonso, I. García Peche, A. Dil Martínez, M. Maqueda Martínez, T. Muñoz Haro, V. Robles Cuadrado, V. Torres Pérez
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La Insuficiencia Cardiaca (ICC) es la principal causa de hospitalización en las unidades de Medicina Interna de nuestro hospital, ya sea como diagnóstico principal o secundario (725 episodios en el año 2015). La tasa de reingresos (30 días) en el 2014 era del 10%; se nos plantea como objetivo para 2015 reducir dicha tasa de reingresos; y al mismo tiempo se nos solicita la valoración de los siguientes criterios de resultados NOC 1813 conocimiento: régimen terapéutico y 1808 conocimiento: medicación. Con esta comunicación intentamos:

- Determinar el porcentaje de pacientes diagnosticados de ICC con valoración de criterios NOC en 2015
- Determinar la tasa de reingresos por ICC en 2015
- Diseñar una intervención educativa de aplicación durante el ingreso del paciente
- Valorar el posible impacto de dicha intervención educativa en la tasa de reingresos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisan los planes de cuidados disponibles en la Estación de Cuidados DIRAYA y se incluye en todos el DE "Conocimientos Deficientes" con los 2 criterios NOC mencionados. Se realiza valoración focalizada de la necesidad "Seguridad", para determinar el nivel de conocimientos del paciente y/o cuidador. Se consensuan las recomendaciones al alta para estos pacientes relativas al régimen terapéutico (dieta, ejercicio, medicación, síntomas



de alarma). Se ponen en marcha estas medidas a partir del mes de abril de 2015.

En diciembre, se realiza un auditoria de 72 registros enfermeros sobre 725 episodios de hospitalización obtenidos de la base de datos DIRAYA con el criterio de búsqueda “que el juicio clínico comenzara por Insuficiencia Cardiaca”. De este listado, se han excluido para la selección de los registros enfermeros a auditar los siguientes episodios de hospitalización:

1. Los que han cursado en unidades de enfermería distintas a la 5A, 5C y/o 5D en el HTO.
2. Los que se han producido antes del 1 de abril de 2015.
3. Los que han sido “exitus”.

RESULTADOS

Los resultados han sido los siguientes: N= 72 episodios

Criterio NOC 1813 conocimiento: régimen terapéutico Episodios 59 (81, 9%)

Criterio NOC 1808 conocimiento: medicación Episodios 28 (38,8%)

NOC 1813 + NOC 1808 Episodios 28 (38,8%)

Tasa de reingresos 2015 = 7,86%

De los datos obtenidos se desprende que el 82% de los pacientes ingresados durante el año 2015 en los unidades de hospitalización de la UGC Medicina Integral (5A, 5C, 5D, 2ª planta Cruz Roja y 3ª planta de Cruz Roja) y diagnosticados de insuficiencia cardiaca, han tenido valoración de al menos uno de los 2 criterios NOC solicitados en el objetivo. Y que en al año 2015 se ha producido un descenso del 22% en la tasa de reingresos por insuficiencia cardíaca en nuestra unidad.

CONCLUSIONES

Consideramos que una intervención educativa que aclare aspectos clave sobre el régimen terapéutico a seguir en domicilio (alimentación/dieta, actividad/ejercicio, efectos de la medicación, síntomas de alarma, control de síntomas, dónde buscar asistencia, cuándo no se puede demorar la asistencia) puede incidir favorablemente en el cumplimiento terapéutico de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca, mejorando la adhesión al tratamiento y disminuyendo la tasa de reingresos en las unidades de hospitalización convencional.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Guía de Insuficiencia Cardiaca*. Fisterra.
2. *Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardiaca*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

ENF-10. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA POR ENFERMERÍA

M. Rubio Sánchez, S. Fernández Viudez, C. Cano Fernández
*Servicio de Medicina Interna y Especialidades. Hospital Comarcal la
Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)*

OBJETIVOS

Objetivo general: profundizar en los conocimientos más actualizados y con mayor evidencia científica sobre los métodos de detección, cuidados y manejo de la DOF.

Objetivos específicos: servir como base científica para la elaboración consensuada de un Procedimiento Enfermero. Disminuir el riesgo aspirativo con una adecuada identificación y manejo. Fomentar una detección precoz del riesgo aspirativo.

PACIENTES Y MÉTODOS

La Disfagia Orofaringea Funcional (DOF) afecta sobre todo a pacientes con enfermedades Neurodegenerativas, Cerebrovasculares y ancianos frágiles. En 2015 hubo 2710 ingresos a cargo de M.I y Especialidades en nuestro hospital, 133 tuvieron como diagnóstico Neumonitis por Aspiración. De estos, 63 como diagnóstico al ingreso y 71 durante el ingreso.

Realizamos acotamiento del tema y Revisión Bibliográfica utilizando la BV-SSPA y buscadores con alto rigor científico como Google académico, Unidialnet y sciencedirect. Salvo excepciones hemos revisado los artículos publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS

La Detección Precoz es trascendental, jugando enfermería un papel importante. La evaluación clínica de la DOF se realiza mediante una Anamnesis dirigida, Factores de Riesgo (afecciones neurológicas y cognitivas, disminución nivel consciencia, Agitación, fármacos sedantes, cuello hiperextendido, edad avanzada), Signos/síntomas (tos, carraspeo, babeo, lentitud deglutoria, higiene oral pobre, resto de alimentos en boca...) y Test Clínicos. De estos el más fiable y utilizado es el MECV-V. Permite detectar la DOF e identificar el volumen y textura adecuada al paciente. Evalúa alteraciones en la Eficacia (Sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo) y en la Seguridad (tos, cambios de voz y desaturación de O₂). Utiliza 3 volúmenes de jeringas de 5, 10 y 20 ml y 3 viscosidades (néctar, líquido y pudding). Se empieza por el bolo más seguro (5 ml néctar) y si no hay alteraciones en la seguridad se va incrementando progresivamente el volumen y pasando de viscosidad néctar a líquida y después pudding. Existe una versión adaptada (MECV-V-G) para pacientes con Demencia grave dada la apraxia deglutoria y escasa colaboración de estos, y que utiliza sólo dos volúmenes y sustituye la jeringa por dos tamaños de cuchara (cuchara café de 3-5 ml y cuchara grande de 5-10 ml).



Respecto al Manejo en la DOF la bibliografía resalta la importancia de insistir en las Medidas Generales (paciente sentado 90º o cama incorporada como mínimo 45º, buen nivel de consciencia, no agitado, la persona que alimenta debe estar a la altura de los ojos del paciente para evitar hiperextensión, ambiente tranquilo, conocimientos adecuados de los cuidadores, no usar jeringas para alimentar, el uso de pajitas es controvertido,) y adaptación dietéticas (texturas homogéneas , espesante de líquidos).

CONCLUSIONES

La DOF es un síntoma infradiagnosticado y subestimado no solo por profesionales sino también por cuidadores/familiares, y que aparte de afectar a la calidad de vida del paciente tiene unas consecuencias muy graves acarreado un aumento de la morbimortalidad, ingresos y estancias hospitalarias. Es de suma importancia la concienciación de los profesionales de una detección precoz y un correcto manejo. De igual manera, la participación de familia/cuidadores es trascendental por lo que tendremos que asegurarnos de proporcionarles un adecuado asesoramiento y educación.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Detección de disfagia en mayores institucionalizados. Ferrero López, María Isabel García Gollarte, José Fermín; Botella Trelis, José Jorge; Juan Vidal, Oscar. Revista Española de Geriatria y gerontología, 07/2012, Volumen 47, Número 4, pag 143-147.*
2. *Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. L. J. Silveira Guijarro, V. Domingo García, N. Montero Fernández, C. M.ª Osuna del Pozo, L. Álvarez Nebreda y J. A. Serra-Rexach. Nutr Hosp. 2011;26(3):501-510.*

ENF-11. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

M. Andújar Paz, C. Bossini García, I. Caparros Ortiz, M. Mateos España, M. Ortega Mendoza, M. Rodríguez García, R. Ucles Juárez, M. Vicente del Pino
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una cuestión primordial para los Sistemas de Salud en numerosos países. No existe un rango permitido de caídas en las instituciones sanitarias, pero es un problema real que requiere intervención para minimizarlo. En el año 2014 la UGC Medicina Interna (83 camas), notificó 23 caídas, que suponen el 51% del total de las producidas en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas; en el año 2015 la notificación de caídas en Medicina Interna supuso el 80% (21/39) del total.

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

Nos proponemos:

- Revisar la implementación del Procedimiento para la prevención de caídas”, de uso en el CHT desde 2011.
- Analizar los factores de riesgo que determinan la aparición de una caída en nuestra unidad.
- Valorar la adecuación de las medidas de prevención desarrolladas hasta la fecha.
- Implantar en la unidad aspectos de mejora detectados del análisis de las caídas notificadas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Primer cuatrimestre de 2016: se realiza una sesión formativa en la UGC dirigida a todos los profesionales de enfermería para dar a conocer el “Procedimiento para la prevención de caídas”. Se insiste en la necesidad de monitorizar todas las caídas: registro y notificación de las mismas, análisis de las causas que las desencadenan e incorporación de los medios necesarios para evitarlas. Cuando se produce una caída la enfermera responsable del paciente cumplimenta la “Hoja de registro de caídas” e informa a la supervisora y/o coordinadora de cuidados; registra en la historia de salud del paciente y en el Informe de Continuidad de cuidados el evento adverso; la coordinadora de cuidados notifica la caída a la Unidad de Calidad remitiendo dicha hoja de registro para el análisis posterior de los datos. La implementación del procedimiento supone 1.- la identificación de pacientes de riesgo, mediante la aplicación a todos los pacientes ingresados en las tres unidades de hospitalización de la escala J. H. Downton y 2.- la planificación y puesta en marcha de intervenciones preventivas multifactoriales.

RESULTADOS

Segundo cuatrimestre de 2016: iniciamos implementación del procedimiento y analizamos los factores de riesgo presentes en las caídas producidas hasta la fecha. El nivel de dependencia es el factor de riesgo más destacado: el 58% de las caídas se produjeron en aquellos pacientes que precisaban suplencia parcial para sus autocuidados.

De todas las dependencias hospitalarias, el 81 % de las caídas se produjeron en la habitación del paciente. El 90% de las caídas acontecieron con el paciente deambulando, al ir al servicio y de madrugada (turno de noche). No tenían historial de caídas previas. El 100% de los pacientes estaban acompañados de un familiar y la caída se produjo en las primeras 72 horas de estancia en la unidad. Realizamos análisis de las intervenciones preventivas realizadas hasta la fecha: la gran mayoría son intervenciones para mejorar la seguridad del entorno (actúan sobre factores extrínsecos).



CONCLUSIONES

Visto lo anterior, nuestro perfil de paciente con riesgo de caídas es una persona con movilidad limitada y/o dificultad para el control de esfínteres y/o alteración del estado mental y sin historial de caídas previo al ingreso actual (puntuación >3 en la escala JHD). Se decide la inclusión en los Planes de Cuidados Estandarizados de mayor uso en la unidad del diagnóstico enfermero "00155. Riesgo de caídas. Resultado Esperado (NOC 1909). Conducta de prevención. Intervención (NIC 6490). Prevención de caídas" para su aplicación en los pacientes de alto riesgo.

Se decide incidir en las intervenciones para mejorar la seguridad personal del paciente con la elaboración de un díptico informativo específico para la prevención de caídas, que será entregado en el momento del ingreso al paciente y/o su cuidador con riesgo alto. Se decide reevaluar el riesgo del paciente para presentar caídas en el ingreso y a las 48 horas del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Procedimiento para la prevención de caídas del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. 2011.*

ENF-12. CONTINUIDAD DE CUIDADOS INTERNIVELES: EXPECTATIVAS DE LAS CUIDADORAS

E. Arcos Arcos, J. Fernández Calzado, C. Fernández Megías, F. Gómez Fernández, S. González Gris, Y. Martín Cruz, I. Ruiz Martínez, M. Lázaro Ruiz
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Explorar la percepción de las cuidadoras informales en relación con la continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para pacientes con necesidad de cuidados complejos en domicilio.

Conocer el grado de satisfacción de los cuidadores informales con la preparación proporcionada por el personal de asistencia hospitalaria para atender en su domicilio a la persona objeto del cuidado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Las expectativas de la cuidadoras se exploran mediante la realización de un Grupo Focal, técnica de investigación cualitativa que permite analizar en profundidad la información proporcionada por las mismas. Se exploran mediante preguntas abiertas las siguientes categorías:

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

- Comunicación: calidad de la información/ educación recibida: “¿la información recibida al alta la considera adecuada?”.
- Coordinación: grado de coordinación asistencial ínter niveles: “¿cómo fue la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Especializada (AE)?”.
- Accesibilidad al SSPA: “¿pueden contactar fácilmente con Atención Primaria y/o Especializada?”.
- Continuidad asistencial: “¿encontraron diferencias entre lo recomendado para los cuidados por AE y AP?”.
- Competencia profesional: “¿recibieron visita a domicilio de las enfermeras de AP?”.

RESULTADOS

Tenemos un grupo de cuidadoras que en todos los casos han sentido miedo en el momento del primer alta a domicilio; que reclaman formación específica para afrontar los cuidados en el domicilio; que desean tener en casa todos los recursos necesarios para garantizar el cuidado de su familiar; que reclaman medidas de confort y descanso durante su estancia hospitalaria; que están descontentas con el seguimiento médico de sus familiares desde Atención Primaria; que conocen sus derechos como cuidadoras del SSPA.

Y que valoran positivamente la coordinación entre la enfermería de ambos niveles asistenciales, así como el seguimiento que realiza Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Se detectan las siguientes áreas de mejora. Comunicación/información:

Es necesario incidir en la planificación del alta, con la implicación de todos los actores. Debemos facilitar la participación de las cuidadoras en el cuidado del paciente a pie de cama. Valoramos la posibilidad de realizar sesiones formativas dirigidas a cuidadores domiciliarios (manejo de síntomas, cobertura de necesidades básicas, etc.). No descartamos la creación de una escuela de cuidadoras y/o grupos de autoayuda.

Coordinación, Continuidad y Accesibilidad:

Mejora de la transferencia de información interniveles. Existencia de un único profesional referente de cuidados, identificable y localizable con teléfono corporativo. Las sesiones formativas, los grupos de autoayuda y la escuela de cuidadoras se pueden organizar de forma conjunta con Atención Primaria. Prolongar el apoyo emocional profesional del cuidador en el tiempo. Aumentar las medidas de descanso y confort de las cuidadoras durante su estancia hospitalaria: implementación del Programa de Voluntariado “A tu lado”.

BIBLIOGRAFÍA

1. *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica.* M. M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

ENF-13. TASA DE CONTAMINACIÓN Y EFICIENCIA DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAÍDOS EN NUESTRA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA INFECCIOSOS

S. García Matez, L. Ciuro Cerezo, M. Martínez López, D. Aguilera Ramos, M. Luque Mérida, M. Rojas López

Servicio de Medicina Interna-Infecciosos. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

Determinar la tasa de falsos positivos y la eficiencia de los hemocultivos extraídos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo desarrollado en nuestra unidad de 33 camas desde diciembre-2012 a

Marzo-2015. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les solicitó extracción de hemocultivos. Se recogieron variables de resultados de la extracción de la muestra y se calcularon las tasas de incidencia de falsos positivos y eficiencia. Ha sido considerada eficiencia de hemocultivos como “número de hemocultivos extraídos / número de bacteriemias verdaderas”.

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

RESULTADOS

Se han obtenido 596 hemocultivos, de los cuales 67 (11%) fueron positivos y 37 falsos positivos (6%). En el análisis de la eficiencia obtuvimos una tasa de 9 hemocultivos por episodio de bacteriemia verdadera.

CONCLUSIONES

La tasa de falsos positivos es superior a la recomendada por la literatura y nuestra tasa de eficiencia ha empeorado con respecto a estudios previos realizados en la unidad. Lo que implica la necesidad de reforzar las recomendaciones para la extracción de este tipo de muestras y el desarrollo de una guía de decisión clínica para mejorar la rentabilidad en la extracción de hemocultivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Blood Cultures. Review date: 01-05-2003. [Consultado en www.joannabriggs.com el 27/06/2005].*
2. *L. Barth Reller, Daniel J. Sexton. Technique of obtaining blood cultures for the detection of bacteremia In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2005.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

2. 3. ÁREA TEMÁTICA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I-10. EFICACIA DEL USO DE BIOCONECTORES EN CATÉTERES MIDLINE EN UNA UNIDAD DE INFECCIOSOS

M. Martínez López, L. Ciuro Cerezo, D. Aguilera Ramos, M. Luque Mérida, S. García Matez, M. Rojas López

Servicio de Medicina Interna-Infeciosos. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

OBJETIVOS

- Implantación y pilotaje en nuestra unidad de infecciosos.
- Seguimiento y valoración de los dispositivos implantados.
- Conocer si hay variación en la tasa de bacteriemia relacionada con el catéter Midline, con el uso de bioconectores.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se elabora una encuesta de valoración para entregar en nuestro servicio al mes de la implantación.

El proceso se hace mediante la medición de resultados, obtenidos tras la realización y entrega de una encuesta de opinión, a través de un cuestionario individual con preguntas cerradas, alternando preguntas con opción de respuesta Si/No y numéricas, para obtener una idea global de cómo está funcionando el Tríptico.

Estos se llevarán a cabo:

A Aquellas enfermeras eventuales de nueva incorporación, que hayan llevado a cabo el rotativo formativo por nuestro servicio.

A la Supervisora de enfermería de nuestro servicio por el que hayan rotado las enfermeras eventuales, como representante de toda la plantilla fija del servicio.

Es un cuestionario que consta de preguntas, con un apartado de “sugerencias”. Este cuestionario es único.

RESULTADOS

En nuestro servicio se utilizan los bioconectores el 100%, accesible y en cantidad suficiente 93,8%, se lavan las manos antes del manejo 69%, se lavan con solución alcohólica el 88%, el 73,6% limpian el bioconector antes de su uso con clorhexidina. Se consideran capacitados y conocedores del uso y manejo de los bioconectores el 96,7%. El manejo del bioconector resultó dificultoso a un 13% de los encuestados mientras que el 87% restante no encontró ninguna dificultad. Según los encuestados la posibilidad de sufrir un accidente biológico en la extracción endovenosa utilizando el bioconector, sería de un 2%.



CONCLUSIONES

La introducción de material de bioseguridad en nuestro servicio ha supuesto un logro importante para mejorar la seguridad de los profesionales y de los pacientes. Mediante el uso de material de bioseguridad se han reducido los riesgos de inoculaciones accidentales. En los casos de algunos profesionales que se mantiene o aumenta la incidencia, se comprueba que fueron causados en actuaciones que no se relacionan con el material introducido. Después del proceso de aprendizaje del protocolo de conexión y desconexión con el dispositivo, el 83% del equipo de enfermería que lo utilizó (21 enfermeros/as) refirió un alto grado de satisfacción en la utilización de los mismos, destacando como ventaja la disminución de los tiempos de conexión y desconexión.

La ventaja principal de estos sistemas es el sistema mecánico y microbiológicamente cerrado que no permite que las luces de las ramas del catéter queden en contacto con el aire.

No obstante, desde la práctica clínica habitual en nuestra unidad, debemos considerar el manejo de cualquier tipo de dispositivo como secundario en la prevención de bacteriemias relacionadas con los Midline. Es el manejo correcto del catéter, haciendo especial énfasis en la asepsia durante su manipulación, la principal y mejor herramienta para evitar las bacteriemias. Así, se ha demostrado bibliográficamente que son las medidas universales de asepsia realizadas por un personal entrenado y bien preparado las que logran una tasa de eventos muy baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Grady N. P., Alexander M., Burns L. A., Dellinger E. P., Garland J., Heard S. O., Lipsett P. A., Masur H., Mermel L. A., Pearson M. L., Raad I. I., Randolph A., Rupp M. E., Saint S, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.*

III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía

2. 4. ÁREA TEMÁTICA: VARIOS

V-10. RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA MANTENER LOS HUESOS SANOS

A. Valero Valero¹, A. López Rosa², A. Cuevas Vilches¹

¹Servicio de Traumatología, ²EGC. Hospital Comarcal la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

OBJETIVOS

Ofrecer al paciente y su entorno social recomendaciones saludables para ampliar la información acerca de la enfermedad.

Elaborar un plan de cuidados personalizado a personas de riesgo para mejorar las condiciones funcionales del aparato locomotor y evitar caídas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha realizado (Pubmed, Bireme, Medline) consulta de protocolos, guías clínicas, procedimientos una búsqueda de literatura científica en bases de artículos nacionales e internacionales enfermeros y búsquedas manuales en google. Hemos revisado los últimos estudios científicos realizados sobre este tema así como las recomendaciones que se les da a los pacientes en nuestro hospital de trabajo.

CONCLUSIONES

La educación sanitaria es un campo muy importante en el trabajo que desarrollamos los profesionales de enfermería, dado las particularidades de la osteoporosis, la prevención, sobre todo en personas con factores de riesgo, debe considerarse el primer objetivo para combatirla. La mejora de los hábitos de salud en la vida cotidiana y una buena alimentación van a ser claves en la disminución de las consecuencias de los cambios que experimenta el cuerpo debido a la edad. Por ello, el primer paso es dar una información adecuada a los ciudadanos de todas las edades. Los profesionales de enfermería tenemos aquí un papel fundamental, con estas recomendaciones elaborar planes personalizados.

Debemos vigilar especialmente la adolescencia y juventud, insistiendo en el consumo de alimentos con el suficiente calcio, realizar ejercicio físico y evitar hábitos como el alcohol o tabaco. También el control del peso es una medida vital en el alivio de la presión sobre los huesos encargados de la sustentación del organismo.

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewiecki E. M. *In the clinic. Osteoporosis. Ann Intern Med.* 2011 Jul 5;155(1):ITC1-1-15;quiz ITC1-16.
2. National Osteoporosis Foundation. *Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis.* Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010. Available at: my.nof.org/bone-soruce/education/clinicians-guide-to-the-prevention-and-treatment-of-osteoporosis. Accessed 5/17/2014.
3. Carbonell A., Mínguez M., Panadero G., Bernabé P. *Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. Reumatol Clin.* 2008;4: 228-31.
4. Keen R. *Osteoporosis: strategies for prevention and management. Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21:109-22.

XXXII Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

III Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

2, 3 y 4 de Junio 2016
Parador de Mojácar
Almería



Libro de Comunicaciones

S&H Medical Science Congress

C/Espronceda 27, Entreplanta. 28003, Madrid

Tfno:91 535 71 83/ Fax: 91 181 7616

Email: comunicaciones@shmedical.es / sh@shmedical.es

© Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-608-9104-8



Fademi
Fundación Andaluza de **Medicina Interna**



S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda, 27, Entrepantaa. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 181 76 16
E-mail: congresos@shmedical.es
Página Web: www.shmedical.es