Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

XXV Congreso SADEMI

18-20 Junio de 2009 - Córdoba

AYUNTAMIENTO DE CORDOBA

CÓRDOBA 2016
Ciudad Europea de la Cultura

Organizado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

" Declarado de interés científico-sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía"

Libro de Comunicaciones y Pósters

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

Enfermería (E)

E-01 CONTINUACIÓN DE CUIDADOS AL USUARIO HOSPITALIZADO EN CASO DE SINIESTRO O CALAMIDAD..... 49
E-03 EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGIMEN TERAPEUTICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.....50
E-04 "NO ABANDONAR": EL NECESARIO NUEVO PRINCIPIO DE LA BIOÉTICA PARA LOS CUIDADOS DEL S. XXI..... 51
E-05 ÁREAS DE DEPENDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO "MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: USO DE INHALADORES".....52
E-10 VIVENCIANDO EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN EL ANCIANO.....53

Edad Avanzada y Pluripatológicos (EA)

EA-01 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS RECLUTADA EN 36 HOSPITALES DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND..... 54
EA-05 FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND..... 55
EA-11 PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA.....57

Metabolismo y Lípidos (ML)

ML-05 INFLUENCIA DEL TIPO DE GRASA DE LA DIETA SOBRE LA EXPRESIÓN POSTPRANDIAL DE GENES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO.....58
ML-08 EL CONSUMO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA REDUCE EL ESTRÉS OXIDATIVO CELULAR FRENTE AL CONSUMO DE UNA DIETA RICA EN N-3 O RICA EN GRASAS SATURADAS.....59

Patología Cardiorespiratoria (PC)

PC-04 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS BASALES DE LOS PRIMEROS 943 PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (REHAP).....60
PC-05 MORTALIDAD ASOCIADA A LA HIPONATREMIA EN LA INSUFICIENCIACARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA.....61
PC-07 IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA.....62
PC-08 EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE NOVO CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA..... 63

Enfermedades Sistémicas/ Enfermedad Tromboembólica (ST)

ST-15 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON CONTRACEPCIÓN HORMONAL. HALLAZGOS DEL RIETE..... 64

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 NEUMONÍA POR VARICELA EN EL ADULTO.....66
A-02 REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA ANTIGRIPAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA..... 67
A-03 PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN DOS ÁREAS GEOGRÁFICAS CON DISTINTA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO..... 68
A-04 MEJORA EN EL MANEJO DE LA BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS, UNA TAREA PENDIENTE..... 69
A-05 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO.....70
A-06 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS AISLAMIENTOS REALIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL EN EL ÚLTIMO AÑO: ¿EN QUÉ DEBEMOS MEJORAR?.....70
A-07 UTILIDAD DE LA PCR A TIEMPO REAL PARA EL GEN MT LSU R-RNA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN MUESTRAS DE LAVADO OROFARÍNGEO.....72
A-08 TRANSMISIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII.....72
A-09 IMPORTANCIA ACTUAL DE LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL ÁREA HOSPITALARIA DEL SUR DE SEVILLA.....73
A-10 ESTUDIO DESCRIPTIVO: TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS.....75
A-11 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR LEISHMANIASIS EN UN HOSPITAL GENERAL.....76
A-12 FIBROSIS HEPÁTICA MEDIDA POR ELASTOMETRIA TRANSITORIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC.....77
A-13 ENDOCARDITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: ANÁLISIS DE 163 EPISODIOS....78
A-14 CONOCIMIENTO DE LOS FACULTATIVOS DE MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH (PPENO)..... 79
A-15 BACTERIEMIAS COMUNITARIAS, RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS SANITARIOS Y NOSOCOMIALES EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL.....80
A-16 PERFIL DEL PACIENTE CON NEUMONÍA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO.....81
A-17 VULNERABILIDAD DE LA PRIMERA BARRERA FRENTE A LA INFECCIÓN.....82
A-18 NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA.....83

Enfermería (E)

E-02 EL ALUMNO EN PRÁCTICAS: OTRA REALIDAD Y RELACIÓN E. U. E. Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA....84
E-06 IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO ENFERMERO EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET).... 85
E-07 ENFERMERÍA EN LA MUERTE DIGNA....86
E-08 PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.... 86
E-09 VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA....87
E-11 PACIENTES DEPENDIENTES VALORADOS POR LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN EL HOSPITAL REINA SOFIA....88
E-12 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROGRAMA COMPARTE)....89
E-13 INFLUENCIA POSITIVA DE LA MÚSICA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA....90
E-14 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR PRINCIPAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN....91
E-15 ULTIMAS VOLUNTADES: CONOCIMIENTO Y ACTUACION DE LAS ENFERMERAS....91
E-16 ROL DE ENFERMERIA EN LA ACREDITACION DE UNA UNIDAD DE GESTION CLINICA....92
E-17 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DUELO....93
E-18 USO DEL SISTEMA DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA Y LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS....93

Edad Avanzada y Pluripatológicos (EA)

EA-02 ¿ENTENDEMOS LO MISMO POR PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN DIFERENTES REGIONES DE ESPAÑA?....94
EA-03 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES RECLUTADOS PARA EL PROYECTO PROFUND.... 95
EA-04 OBESIDAD E HIPOALBUMINEMIA: ¿COEXISTEN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE NUESTROS HOSPITALES?.... 96
EA-06 DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS?....97
EA-07 CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES.... 98
EA-08 PRECISIÓN DEL INDICE DE CHARLSON EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: DATOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PROFUND....99
EA-09 FACTORES ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS....100
EA-10 PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DELIRIUM EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.... 101
EA-12 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA CON NEOPLASIAS....102

EA-13 PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA **103**
EA-14 ¿SOMOS CAPACES DE PREDECIR QUÉ PACIENTES INGRESADOS PRESENTARÁN DELIRIO?.....**104**
EA-15 UNA TRANSICIÓN MÁS SEGURA: DESDE EL HOSPITAL A LA COMUNIDAD: LAS RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS.....**105**
EA-16 PERFIL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE 105 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL ÁREA SANITARIA PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE CAMAS (SEVILLA).....**106**
EA-17 REGISTRO DE VARIABLES DE PACIENTES VALORADOS POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....**107**
EA-18 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIAR EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....**109**

Gestión Clínica (G)

G-01 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL. DIFERENCIAS ENTRE DISTINTAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....**110**
G-02 LA MEDICINA PERIOPERATORIA COMO PARADIGMA DE SINTONÍA DE ESFUERZOS EN COMPETENCIAS DIFERENCIADAS..... **111**
G-03 ORDENAMIENTO DOCUMENTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....**112**
G-04 EL PAPEL DEL INTERNISTA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO FALLECIDOS.....**113**
G-05 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA PROVINCIA DE JAÉN.....**114**
G-06 CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....**115**
G-07 EXPERIENCIA DE LA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.....**116**
G-08 EVALUACIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE GASTROSCOPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DEL ALJARAFE EN SEVILLA. **116**
G-09 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA UTILIZADAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA HOSPITALIARIAS DE ANDALUCIA.....**118**
G-10 ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERÍODO DE 2007-2009..... **118**
G-11 HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES EXTRANJEROS EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL DE UNA PROVINCIA CON ALTAS TASAS DE INMIGRACIÓN.....**119**
G-12 RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA INTEGRAL COMPARTIDA PARA PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. MORTALIDAD Y MORBILIDAD..... **120**
G-13 RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA INTEGRAL COMPARTIDA PARA PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. REINGRESOS HOSPITALARIOS.....**121**
G-14 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE VALORACIÓN FUNCIONAL BÁSICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE NEURORREHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....**122**

G-15 ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ¿SABEMOS QUÉ MEDICACIÓN RECIBEN NUESTROS PACIENTES?.....123
G-16 CREACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA.....125
G-17 MECÁNICA DE FLUJOS APLICADA A LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....126
G-18 ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS INFORMES DE EXITUS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....127

G-19 ANTECEDENTES DELICADOS EN PACIENTES DIFÍCILES: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ANTECEDENTES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....128
G-20 EL DESAFIO DE LA NOCHE CONTRA LA VERSATILIDAD DEL INTERNISTA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?.....129
G-21 UTILIZACIÓN DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA.....130

Metabolismo y Lípidos (ML)

ML-01 EL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO ¿QUÉ HACEMOS CON ÉL?.....130
ML-02 EFECTO DE LOS POLIFENOLES DEL ACEITE DE OLIVA VIRGEN EN LA EXPRESIÓN GÉNICA DE CÉLULAS MONOCUCLEARES EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO.....131
ML-03 EFECTO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA EN COENZIMA Q10 SOBRE LAS MICROPARTÍCULAS ENDOTELIALES.....132
ML-04 MONITORIZACION DE LA EXCRECION DE SODIO COMO PARAMETRO DE ADECUACION NUTICIONAL.....133
ML-06 LA CALIDAD Y LA CANTIDAD DE LA GRASA DE LA DIETA MODIFICA LA FUNCIÓN REGULADORA DEL ENDOTELIO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO.....133
ML-07 ENFERMEDAD DE GRAVES EN UN HOSPITAL COMARCAL.....134
ML-09 VALOR PRETEST DEL CONTROL GLUCÉMICO Y PEFIL LIPÍDICO SOBRE PACIENTES CON ICC Y/O CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....135
ML-10 ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE DIABETES ENTRE LOS PACIENTE NO CRÍTICOS HOSPITALIZADOS.....136
ML-11 INFLUENCIA DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE NO CRÍTICO HOSPITALIZADO.....137
ML-12 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA CALIDAD DEL MANEJO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS NO CRÍTICOS HOSPITALIZADOS.....138
ML-13 EL CONSUMO DE DIETAS CON DIFERENTES TIPOS DE GRASAS INFLUYE EN LOS NIVELES POSTPRANDIALES Y EN EL TAMAÑO DE LAS LIPOPROTEÍNAS RICAS EN TRIGLICÉRIDOS.....139
ML-14 EFECTO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA EN COENZIMA Q10 SOBRE LA EXPRESIÓN DE GENES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA.....140

Patología Cardiorespiratoria (PC)

PC-01 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ANCIANOS. ¿DEBEMOS USAR TERAPIA BETABLOQUEANTE?....141
PC-02 ESTUDIO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA....142
PC-03 ANALIZAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DADOS DE ALTA TRAS UN EPISODIO DE DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA....143
PC-06 HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL GRUPO V (MISCELÁNEA) DE LA CLASIFICACIÓN DE VENECIA....144
PC-09 HIPERTENSIÓN SECUNDARIA AL SÍNDROME DE LA APNEA DEL SUEÑO: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA...145
PC-10 FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC EN UN HOSPITAL COMARCAL....146

PC-11 UTILIDAD DE LA PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA....147
PC-12 LA INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO RETO TERAPÉUTICO: ¿SOMOS CAPACES DE CUMPLIR LAS GUÍAS?....148
PC-13 PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA ATENDIDA POR MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA EN UN HOSPITAL GENERAL....149
PC-14 PATOLOGÍA RESPIRATORIA ATENDIDA POR MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL GENERAL....151
PC-15 ¿CUÁL ES PERFIL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA?....152
PC-16 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: MEDICINA INTERNA VS CARDIOLOGÍA ¿TRATAMOS LO MISMO?....152
PC-17 FALSAS PARADAS CADIORRESPIRATORIAS HOSPITALARIAS....153
PC-18 DISNEA BRUSCA QUE MOTIVA INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA....154
PC-19 MESOTELIOMA MALIGNO SIN EXPOSICIÓN AL ASBESTO Y CON RESPUESTA INICIAL A CORTICOIDES....155
PC-20 NUEVOS FACTORES PREDICTORES DE LA GRAVEDAD DEL SAOS....156

HTA y Riesgo Cardiovascular (RV)

RV-01 PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUÉMICO....156
RV-02 ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR....157
RV-03 ¿INFLUYE LA DURACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN EL PRONÓSTICO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ACVA?....158
RV-04 POSIBLE VALOR PRONÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS CON CÁNCER DE MAMA ESTUDIO PILOTO....159
RV-05 EFECTO HIPOTENSOR DEL EJERCICIO FÍSICO INTENSO A NIVEL COMPETITIVO...160

RV-06 PRESIÓN ARTERIAL, OBESIDAD Y EJERCICIO EN ESPAÑOLES ADOLESCENTES: ESTUDIO ESCCOLA....161
RV-07 GROSOR ÍNTIMA-MEDIA COMO PARÁMETRO DE ESTUDIO EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES....162
RV-08 EFECTO CRÓNICO DEL ACEITE DE OLIVA SOBRE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO CITOLIVA 2008....164
RV-09 ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR EVENTO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA....164
RV-10 ALISKIREN EN UNA COHORTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR....165
RV-11 PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA....167

Enfermedades Sistémicas/ Enfermedad Tromboembólica (ST)

ST-01 SERIE DE 4 CASOS DE ESCLERODERMIA Y SUS MANIFESTACIONES VISCERALES EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL....168
ST-02 VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS PRIMARIAS....168
ST-03 TRES CASOS DE URTICARIA-VASCULITIS TRATADAS CON RITUXIMAB....170
ST-04 SÍNDROME SAPHO: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS....171
ST-05 SERIE DE 8 CASOS DE MIOPATÍAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL....172
ST-06 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB....173
ST-07 ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON PORFIRIAS? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE....173
ST-08 TERAPIA ANTITNF COMO TRATAMIENTO DE UVEÍTIS AUTOINMUNE. DATOS PRELIMINARES....175
ST-09 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBRO SUPERIOR EN EL ÁMBITO LABORAL....175
ST-10 PROFILAXIS CON HEPARINA EN LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE PROSTAGLANDINAS Y ANÁLOGOS....176
ST-11 AGENESIA VENA CAVA INFERIOR Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA....177
ST-12 FILTROS DE VENA CAVA OPCIONALES EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE....178
ST-13 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO: HALLAZGOS DEL REGISTRO RIETE....179
ST-14 RIESGO DE SANGRADO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA....180

Varios (V)

V-01 RIESGO DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.....**181**

V-02 SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MOTIVO DE INGRESO. MANEJO Y DIAGNÓSTICO FINAL.....**182**

V-03 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN POBLACION ADULTA DE UN ÁREA RURAL DE ANDALUCIA.....**183**

V-04 INTOXICACIÓN POR SETAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE OCHO CASOS EN EL SUROESTE DE ESPAÑA.....**184**

V-05 UTILIDAD DE ESCALA FRAX EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PRELIMINAR.....**185**

V-06 DISTRIBUCIÓN E INFLUENCIA SOBRE LA SOBRECARGA FÉRRICA DE LAS MUTACIONES CYS 282 TYR E HIS 63 ASP DEL GEN HFE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PORFIRIA CUTÁNEA TARDA ESPORÁDICA.....**186**

V-07 EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN EL ÁREA SANITARIA MACARENA.....**187**

V-08 HEPATITIS ISQUEMICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 CASOS.....**188**

V-09 ETIOPATOGENIA DE LAS ANEMIAS OBJETIVADAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....**189**

V-10 SEVERIDAD DE LAS ANEMIAS POR PÉRDIDAS HEMÁTICAS EN PACIENTES ANTIAGREGADOS O ANTICOAGULADOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA.....**190**

V-11 LA PINZA DEL CANGREJO SOBRE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA TUMORAL DIAGNÓSTICADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....**191**

V-12 PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL.....**192**

V-13 PREVALENCIA DE TUMORES MALIGNOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....**194**

XXV Congreso SADEMI

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Enfermería (E)

E-01 CONTINUACIÓN DE CUIDADOS AL USUARIO HOSPITALIZADO EN CASO DE SINIESTRO O CALAMIDAD

J. Pino Ruiz[1], M. Toril Redondo[2], F. Serrano Prieto[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, [2]Servicio de Medicina Interna, Profesora Colaboradora de Ciencias de la Salud [3]Servicio de Psiquiatría, Catedrática E. U. E. de la Universidad de Córdoba. Hospital Provincial.Córdoba

OBJETIVOS

¿Cómo actuar en caso de emergencia? ¿Está nuestra Unidad preparada para mantener a nuestros usuarios en unas condiciones óptimas? ¿Está el personal que trabaja en la Unidad capacitado para actuar en caso de emergencia o calamidad? A) Combatir el siniestro en su fase inicial. B) Organizar la evacuación de las usuarios de la Unidad, visitas y demás personas que se encuentren en la 8ª planta C) Prestar unos cuidados mínimos al usuario hospitalizado D) Formación e Información de los profesionales de la 8ª planta. E) Medios externos e internos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Constitución Española dispone que los poderes públicos, mantendrán un régimen público de SEGURIDAD para todos los ciudadanos. Asimismo, estos poderes públicos, fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesional y velarán por la seguridad e higiene en el trabajo. Pretendemos un estudio exhaustivo del establecimiento y de su entorno. La 8ª planta del Hospital Provincial, se encuentra en la penúltima planta del edificio central. Tiene una superficie de 1200 metros aproximadamente. Datos del entorno. Accesos. Inventario de medios. Plan de autoprotección de la 8ª planta. Estructura del edificio. Vías de evacuación. Comunicaciones. Instalaciones de alarma. Extintores y bies. Alumbrado de emergencia. Manual de emergencia; objetivos fundamentales una vez producido la emergencia. Centro de comunicaciones. Personas que participan en la emergencia y que constituyen la brigada de emergencias. Tipos de emergencias. Instrucciones de evacuación. Instalaciones propias del servicio. Alumbrado de emergencia y de señalización. Detectores de humos. Medios humanos. Plan de actuación en caso de incendio. Compartimentación de la planta 8ª. Evacuación. Actualización de las medidas de emergencia. Formación del personal de la 8ª.

RESULTADOS

Evaluación de riesgos medios de protección instalación eléctrica distribución de plantas sectorización. Información y formación de médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, administrativos, etc. Cultura prevencionista.

DISCUSIÓN

Estudio exhaustivo de deficiencias. Las plantas de hospitalización tienen insuficientes señales de emergencia y de información. Insuficientes extintores. ASCENSORES; Seis ascensores (5 en vestíbulo y 1 en offic) y que son un problema potencial las 24 horas del día. Carencia de megafonía Grupos eléctricos autónomos en la Unidad Carencia de bombonas de O2 en la Unidad. Insuficiente número de grúas en la Unidad (hay 1 para las dos alas de la 8ª) Carencia de una cultura prevencionista.

CONCLUSIONES

Se pretende realizar un documento VIVO que evalúe las posibles situaciones de emergencia o de riesgo, poniendo los medios técnicos y humanos precisos para atajar la propia emergencia

que se produjera, determinando las acciones a seguir por los equipos de emergencia y finalmente establecer los plazos y carencias de esos medios materiales y humanos. Existe una necesidad seria de formación e información, dirigida a un mejor conocimiento de posibles riesgos en nuestra planta de trabajo, y en general, en todo el Hospital Universitario, para PREVENIR y EVITAR, de manera adaptada a las peculiaridades del centro y de nuestra Unidad, y también porqué no decir, a las características de las personas ingresadas y su grado de movilidad y de salud. Es preciso inculcar una cultura prevencionista (que no existe): prevenir los acontecimientos que pudieran suponer un riesgo para nuestros usuarios y para nosotros mismos.

E-03 EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGIMEN TERAPEUTICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Díaz Benavente, R. García Guerrero, C. Ridruejo Delgado, S. Martin Matute,
E. Valero Aliaga, A. Díaz Cira, A. Valderas García, P. Paredes Pérez
UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL Conocer y analizar el grado de cumplimiento del Régimen Terapéutico de los pacientes con pluripatologías. OBJETIVOS ESPECIFICOS Valorar si los pacientes están suficientemente motivados para cuidarse de sí mismos. Evaluar si los pacientes siguen el régimen terapéutico prescrito Evaluar si poseen conocimientos y habilidades suficientes sobre las indicaciones Detectar la correlación entre el diagnóstico: “Manejo Ineficaz del Régimen terapéutico” (MIRT) activo y grado de cumplimiento

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y METODO Estudio descriptivo transversal Población: (105 sujetos) pacientes ingresados en la Unidad de Atención Médica Integral del H. U. Virgen del Rocío. Criterios de exclusión: pacientes con déficits cognitivos y/ó sensoriales. Para la recogida de información se han utilizado: A) Cuestionario autodiseñado donde se han incluidos las siguientes variables: datos sociodemográficos; -hábitos tóxicos - DdE “manejo ineficaz del régimen terapéutico; - diagnóstico médico;- ingresos-reingresos en el último año. B) Test de Morisky-Green: Consta de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. C) Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire): Cuestionario validado para la población española10 que consta de 6 preguntas En SPSS 16.00 se realizó un análisis descriptivo de todas las variables frecuencias absolutas y porcentajes. Las correlación entre variables se midió mediante el test de la Chi cuadrado (÷2), considerándose con significación estadística un valor de $p<0,05$.

RESULTADOS

La población de estudio presenta las siguientes características: 56% hombre y 44% mujeres, 49% con estudios primarios, con una edad media de 70 años, 65% son jubilados que viven con el cónyuge en el 43% de los casos, el 20% tiene más de un ingreso en el último año, 20% con Diagnóstico de ingreso de ICC y 58% con Diagnóstico Nanda MIRT activo. Acerca del cumplimiento del régimen terapéutico: 39% se olvidan de las dosis y de los horarios, a pesar de que el 69% usan un sistema para acordarse. El 21% dejan de tomarlas por encontrarse mejor y el 38% lo dejan por que le sientan mal, en la última semana 46% dejo de tomar alguna dosis, y el 27% sustituyen los fármacos prescritos por otros que le recomiendan parientes y amigos. 38% Tienen dificultades para seguir las

dietas y 27% para hacer los ejercicios recomendados. Aunque el 83% saben para que toman las medicinas, 58% les gustaría recibir más información sobre contraindicaciones 31% y sobre efectos secundarios 29%. Las mayores dificultades señaladas para seguir el régimen terapéutico son: 18% que las medicinas son muchas, 13% que las medicinas no les curan y el 22% creen que les perjudican. Ninguna de las variable personales como sexo, edad o estado civil influyeron de forma significativa en el grado de cumplimiento. No hemos encontrado ninguna relación significativamente estadística entre el MIRT con el resto de variables estudiadas.

DISCUSIÓN

El abandono del tratamiento, expresado por enfermería como "manejo ineficaz del régimen terapéutico", es un factor con gran presencia en el ingreso del paciente, sería interesante poder estudiar con mayor profundidad el origen del problema. Muchos pacientes, no comprenden totalmente, ni parcialmente a veces, la naturaleza y la seriedad de su enfermedad, ni tampoco entienden la necesidad de seguir indefinidamente una medicación. La mayoría de los enfermos crónicos poseen una escasa conciencia de estar enfermos, lo que les lleva a rechazar el tratamiento farmacológico ó a seguir las prescripciones de forma irregular, lo que justifica que en los reingresos, sea mayor el abandono del tratamiento.

CONCLUSIONES

Por desgracia, con elevada frecuencia, en el hospital nos limitamos a centrar nuestro interés en controlar la sintomatología y retornar al paciente a la comunidad lo más pronto posible, sin entretenernos en llevar a cabo explicaciones ó instrucciones que puedan mejorar la adherencia al tratamiento.

E-04 "NO ABANDONAR": EL NECESARIO NUEVO PRINCIPIO DE LA BIOÉTICA PARA LOS CUIDADOS DEL S. XXI

M. Godoy Chiclana[1], R. Exposito Godoy[1], M. Guzmán Almagro[1], M. Marqués Hernández[1], M. Armenteros Lechuga[1], F. Molina Molina[1], J. Jover Casas[2], B. Castillo Dorado[3]

[1]UGC. Servicio de Medicina Interna, [2]Direccion Médica, [3]Direccion de Enfermería. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

Impulsar la personalización de la atención, asignación enfermera/paciente responsable de la valoración del paciente y del seguimiento de su Plan de Cuidados. Garantizar la continuidad de cuidados a pacientes vulnerables y frágiles, con alto índice de dependencia de cuidados. Fomentar el uso de la metodología enfermera, la utilización de taxonomías estandarizadas para favorecer la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y asegurar unos cuidados de calidad. Formular la posibilidad de un nuevo principio Bioético basado en la atenuación de la asimetría y en la confianza: No Abandonar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajamos como Unidad de Gestión Clínica de un complejo hospitalario del grupo I (> 600 camas) y lo hacemos en tres centros; El 25% de todos los enfermos y el 75% de los ingresados sufren al menos 4 condiciones médicas crónicas. Tienen una edad media de 69 años (38-97), con una mediana de 72 años (población netamente anciana); hay un leve predominio de varones (53%). Fueron seleccionados pacientes pluripatológicos -según criterio SAS- ingresados en un servicio público de Medicina Interna, unidad de agudos, de ámbito provincial. Son pacientes crónicos de larga evolución, que acumulan mayor evidencia en cuanto a una prevención plausible, todos relacionados en gran medida con el cuidado enfermero. Se efectuó el seguimiento desde 2007 a

diciembre de 2008. Empleamos los datos incluidos en los registros de cuidados, en documentación CMBD y de los GRD del case mix de la UGC de MI. Los métodos estadísticos son descriptivos, y aunque las muestras no son aleatorias –no pueden serlo dado que se trata de un estudio evaluativo de base real sobre datos clínicos interanuales-, hicimos un contraste de X2 con ajuste para tamaños muestrales bajos. El diseño corresponde a una investigación cuantitativa de base clínica.

RESULTADOS

Fueron evaluadas 1560 historias, y computamos los siguientes ítems 1. Hoja de Valoración inicial. 2. Hoja de Evolución de Cuidados. 3. Planes de Cuidados Individualizados (PCI). 4. Informe de Enfermería al Alta. nº total de Registro Registro PCI Informes Informes AÑOS pacientes Valoración Evolución de Enfermería

Alta Médica asistidos Inicial De Cuidados Al Alta 2007 1927 1915 1927 85,72% 1526 1768 2008 1789 1789 1789 99,87% 1497 1469

DISCUSIÓN

El perfil de esta cohorte es un perfil de elevado riesgo y vulnerabilidad. Mediante la Valoración Inicial, Seguimiento del PCI, Registro de Evolución de Cuidados e Informe de Continuidad de Cuidados sabemos que a pesar del seguimiento personal e individualizado no pretendemos sanar al enfermo pluripatológico, pero podemos "forzar" un OBJETIVO clave: Como equipo de salud somos capaces de mejorar su calidad de vida y ayudarles a retener la escasa autonomía que aún les queda; paliar sus síntomas, y reestablecer la funcionalidad. Podemos Promocionar educación sobre cuidados que es potenciar también el protagonismo enfermero, el trabajo multidisciplinar y la asistencia comunitaria... Pero sobre todo, hacer de cada paciente el protagonista clave, único e irrepetible.

CONCLUSIONES

La atención al enfermo "pluripatológico, vulnerable y frágil" precisa de soluciones INTEGRALES, INNOVADORAS, DIFERENTES... SOLUCIONES, basadas en gestión de recursos humanos y materiales, que garanticen valoración, evaluación y seguimiento, planificación de cuidados y alta domiciliaria, así como la garantía de una razonable continuidad asistencial. Que se inspiren, en suma, en una aproximación, compasiva, técnica naturalmente, pero esencialmente humana... Hacer lo adecuado, hacerlo bien, respetar las preferencias, considerar el derecho de la comunidad, y No Abandonar a quienes han confiado en nosotros.

E-05 ÁREAS DE DEPENDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO "MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: USO DE INHALADORES"

P. Durán García, M. Aguilar Villalba, J. Polonio Bellido, J. Alfaya Tierno
U. G. C. Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Determinar, en personas de edad avanzada, qué áreas de dependencia están afectadas en el diagnóstico enfermero "manejo inefectivo del régimen terapéutico: uso de inhaladores".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, del 22 de enero al 22 de marzo de 2009, en la Unidad de Medicina Interna del H. U. Reina Sofía de Córdoba. Muestreo consecutivo de 19 pacientes con patología respiratoria, puntuación en el mini examen cognoscitivo de Lobo mayor o igual a 24 y utilización en la unidad de inhalador de polvo seco accuhaler, turbuhaler o handihaler. Variables dependientes: áreas de dependencia (conocimiento, fuerza física y psíquica y voluntad) y variables independientes: sexo, edad, tipo de dispositivo, utilización del dispositivo en el domicilio o no y ayuda del cuidador principal. Instrumento de recogida de datos: mini examen cognoscitivo de Lobo y cuestionario sobre áreas

de dependencia. Se determinó la afectación del área de conocimiento y fuerza física mediante demostración práctica por parte del paciente; el área de fuerza psíquica mediante preguntas sobre relación del inhalador con la enfermedad, y el área de voluntad mediante el test Morinsky-Green. El análisis de datos fue descriptivo, calculando porcentajes para las variables cualitativas y media para la variable cuantitativa.

RESULTADOS

Número total de pacientes contactados: 30. De ellos, 2 se negaron a participar, 9 no superaron el examen cognoscitivo y 19 sí lo superaron. De los que superaron este test, 5 utilizaban dos dispositivos; por lo que el número total de observaciones fue de 24. Utilización de los dispositivos: 8 valoraciones fueron en relación a dispositivos utilizados por primera vez y las 16 valoraciones restantes fueron en relación a los ya utilizados en el domicilio. El tipo accuhaler se observó en 5 ocasiones (21%), el tipo turbuhaler en 9 (38%) y el tipo handihaler en 10 (41%). Edad media: 79 años. Sexo: 84% hombres y 16% mujeres. De los pacientes valorados, 2 realizaron la técnica con ayuda del cuidador principal. La afectación de las áreas de dependencia fue la siguiente: a) Conocimiento: afectada en el 91,60% (22 casos). b) Voluntad: en el 16,66% (4 casos). c) Fuerza física: en el 4,14% (1 caso). d) Fuerza psíquica: en el 4,16% (1 caso). e) Ninguna área afectada: en el 4,16% (1 caso). En el área de conocimiento, los pasos en los que con más frecuencia se cometieron errores fueron el sacar el aire del pecho de forma lenta y profunda hasta el tope antes de la inhalación (90,90%) y mantener la respiración 10 segundos después de la inhalación (59,90%); en el área de la voluntad, los puntos alterados del test Morinsky-Green fueron ”¿Olvidó alguna vez tomar la medicación?” y ”cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?”; en el área de fuerza física, el paciente no aspiraba de forma profunda y rápida; y en la de la fuerza psíquica, no sabe por qué su médico le ha prescrito el inhalador ni sabe para qué lo utiliza.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que el 91,60% de los usuarios de inhalador no lo utilizan correctamente y que sólo en un caso, no hubo afectación de ninguna área de dependencia. El área de dependencia más afectada, es el área de conocimiento. Los pasos en esta área en los que se cometen más errores, están relacionados con la participación activa e intransferible del paciente para realizar dichos pasos. Es importante destacar que los errores más frecuentes cometidos por los pacientes, según estudios consultados, son también similares a los cometidos por el personal sanitario. En cuanto al resto de las áreas, la siguiente que destaca es la voluntad, aunque nuestros resultados de no cumplimiento son inferiores a los de la bibliografía consultada (no sé valoró de forma anónima).

CONCLUSIONES

Las áreas de dependencia con mayor grado de afectación son la de conocimiento y la de voluntad; por lo que es indispensable que el paciente tenga capacidad cognitiva para poder entender el tratamiento y utilizar correctamente el dispositivo. Se propone que se intensifique la educación sanitaria, incluyendo reevaluación y reforzamiento; comunicación entre atención primaria y especializada; y un adiestramiento adecuado del personal sanitario en el uso del inhalador.

E-10 VIVENCIANDO EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN EL ANCIANO

M. Coronado Carvajal, A. Urbano Muñoz, M. Alpuentes Perabad, J. Armada Higienes, T. Martin Fernández

Unidad de Medicina Interna. 9ª Izquierda. Hospital Provincial. Córdoba

OBJETIVOS

El interés por el estudio de la vivencia del sentimiento de soledad en el anciano nace a raíz de la

convivencia con personas mayores ingresadas en una Unidad de Medicina Interna de un Hospital a quienes se les presta cuidados por algún tipo de deterioro de su estado de salud y otro motivo fue que, el profesional de Enfermería en su empeño de dar atención integral al enfermo quiere corroborar este fenómeno y actuar en consecuencia. El objetivo de la investigación fue comprender las vivencias del anciano, sus formas de afrontar el fenómeno de la soledad, la percepción que ellos tienen de las causas que generan este sentimiento, sus experiencias de vida, sus posibles redes de apoyo para poder así proporcionar un cuidado de calidad cuando se identifica a un anciano que está o se siente sólo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar este estudio se utilizó metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico que nos permitió obtener conocimientos sobre el fenómeno de la soledad en el anciano, consiguiéndose esto a través del análisis de entrevistas interactivas no estructuradas a ancianos ingresados en nuestra unidad que participaron voluntariamente y a los cuales se les dio confidencialidad en el manejo de la información y de su identidad.

RESULTADOS

Del análisis de los datos se obtienen temas importantes que nos sirven como punto de partida para interactuar con el anciano y mejorar su calidad de vida como: Describiendo sentimientos de soledad, Detectando momentos más intensos (noche y enfermedad), Percibiendo el apoyo familiar, Expresando sensación de abandono

CONCLUSIONES

La aplicación de la investigación cualitativa en el ámbito de la Enfermería nos abre nuevos horizontes para tener una visión objetiva y real de la ética del cuidado de calidad desde la cercanía del relato de la experiencia vivida y nos permite trabajar con situaciones tan cotidianas y a la vez tan importantes como la soledad en el anciano.

Edad Avanzada y Pluripatológicos (EA)

EA-01 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS RECLUTADA EN 36 HOSPITALES DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND

M. Bernabeu Wittel, B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, A. Fernández Moyano, M. Ollero Baturone, C. San Román Terán, M. Guil García e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y asistenciales de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y de dispersión) de características demográficas, clínicas, funcionales, mentales, y sociofamiliares de los PPP incluidos con el paquete SPSS 16.0.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 1632 PPP (75% al alta hospitalaria, 17.5% en el seguimiento en consultas y 7.2% desde Hospitalización Domiciliaria), el 53% eran varones y tenían una edad media de 77.9±9.8 años. El 93% residían en su domicilio y sólo el 6.5% estaban institucionalizados. Sólo

el 4.8% permanecían en activo. Requerían de un cuidador un 52% (teniéndolo un 72% de los que lo precisaban). La media de categorías de inclusión (Cat) fue 2.7±0.8 (el 49.5% presentaba 3 o más Cat). Las categorías de inclusión más frecuentes fueron las enfermedades cardiológicas (77.5%), seguidas de las pulmonares (45.6%), las enfermedades neurológicas (38.2%), las nefrológicas/autoinmunes (32.2%), las neoplasias/anemias crónicas (25.6%), la arteriopatía periférica/diabetes con neuropatía (25.2%), las enfermedades osteoarticulares degenerativas (16.6%), y finalmente las hepatopatías (6.9%). La media de otras comorbilidades por paciente fue de 4.5±2.7, siendo las más frecuentes la HTA (71.7%), las arritmias (36.9%), dislipemia (29%), DM sin repercusión visceral (29.3%), el síndrome depresivo (11%), la HBP (10.4%), y la osteoporosis (7%). 188 PPP (11.5%) presentaban una neoplasia activa concomitante (el 37.2 % de ellos en fase metastásica). La mediana del I. de Charlson y del I. de Charlson ajustado por edad fue 4 (rango intercuartil [RIC]=2) y 6.3 (RIC=2.4), respectivamente. En cuanto a la clase funcional el 47.6% de los PPP con ICC presentaba disnea >2 de la NYHA, y el 52.4% de los PPP con EPOC, disnea >2 de la MRC. El 18.6% tenían oxígeno domiciliario, el 12% había presentado delirium en el último ingreso y el 19% más de una caída en año previo. El número de fármacos prescritos de forma crónica era de 8±3. La media de ingresos en el año y 3 meses previos fue 1.9±1.2 y 1±0.9, respectivamente. La puntuación del Barthel Basal 69±31 y en el momento de la inclusión 58±34. El porcentaje de PPP con deterioro funcional (puntuación en E. Barthel <60) fue de 31.5% y 44% de forma basal y en la inclusión respectivamente. La puntuación media en la E. Peiffer 2.94±3.2 (el 43% presentaba 3 ó más errores).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

CONCLUSIONES

Los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron una notable carga de complejidad clínica (por número de categorías de inclusión y otras comorbilidades asociadas), de vulnerabilidad (por número de hospitalizaciones, caídas, prevalencia de delirium y deterioro cognitivo), y de dependencia-discapacidad (por la elevada prevalencia de pérdida de actividades básicas). Por todo ello, para su correcto manejo probablemente requieran de un abordaje específico y diferente de otras poblaciones que contemple todas estas áreas.

EA-05 FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA. PROYECTO PROFUND

M. Ollero Baturone, V. Rodríguez Martínez, C. Luque Amado, M. Romero Jiménez, M. Maiz Jiménez, M. Rincón Gómez, M. Cassani Garza e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Conocer el estado funcional para el desarrollo de actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria y las variables asociadas a su deterioro de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a PPP de 36 hospitales entre Feb-2007 y Jun-2008. Análisis descriptivo del estado funcional mediante el índice de Barthel (IB) y el de Lawton-Brody (LB), e inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas

al deterioro funcional (definido por un IB<60 puntos para ABVD y por un LB<8 en mujeres/<5 en hombres para las AIVD), con el paquete SPSS 16.0. Dintel de significación: p<.05

RESULTADOS

Se incluyeron 1632 PPP (53% varones con edad 77.9±9.8 años). La puntuación media del IB Basal fue 69±31 y en el momento de la inclusión 58±34 (el 31.5% y 44% presentaban deterioro funcional basal y en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayores niveles de dependencia basales fueron subir-bajar escaleras (algún nivel de dependencia en 66% de los PPP), seguida del baño (52.5%), deambular (51%), vestirse (50.8%), trasladarse cama-silla (46.2%), uso del retrete (37.6%), micción (36.5%), deposiciones (28.5%), arreglarse (26%), y por último la alimentación (25%). Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro funcional basal para las ABVD fueron las enfermedades osteoarticulares degenerativas (p<.0001; OR=3.8[2.5-5.6]), las neurológicas p<.0001; OR=2.2[1.5-3]), la necesidad de oxígeno domiciliario (p<.0001; OR=2.1[1.5-3.1]), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer (p<.0001; OR=1.17[1.11-1.24]), una mayor comorbilidad por el Charlson (p<.0001; OR=1.2[1.11-1.29]), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón (p<.0001; OR=1.1[1.05-1.16]), el sexo femenino (p<.01; OR=1.5[1.08-2.04]), y las edades más avanzadas (p<.01; OR=1.02[1.005-1.04]). La puntuación media del LB Basal y en la inclusión fue 2 (rango intercuartil [RIC]=4) en mujeres/3 (RIC=5) en hombres (87% de mujeres/64.5% de hombres presentaban deterioro funcional basal y 91%/70.5% en la inclusión, respectivamente). Las dimensiones con mayores niveles de dependencia basal fueron hacer compras (algún nivel de dependencia en 75% de los PPP), preparación de la comida (73.5%), cuidado de la casa (70%), responsabilidad con respecto a la medicación (50%), manejo de asuntos económicos (45%), uso de medios de transporte (40.4%), uso del teléfono (21.3%), y lavado de ropa (18.3%). Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro funcional basal para las AIVD fueron el sexo femenino (p<.0001; OR=5.8[3.9-8.6]), las edades más avanzadas (p<.0001; OR=1.04[1.02-1.05]), el riesgo sociofamiliar por el I. Gijón (p<.0001; OR=1.2[1.11-1.26]), el número de errores en el cuestionario Pfeiffer (p=.001; OR=1.14[1.06-1.2]), una mayor comorbilidad por el Charlson (p<.005; OR=1.13[1.04-1.2]), las enfermedades osteoarticulares degenerativas (p=.008; OR=2.9[1.3-6.5]), la necesidad de oxígeno domiciliario (p=.0001; OR=1.73[1.1-2.7]), y haberse caído en más de una ocasión en los 12 meses previos (p=.016; OR=1.9[1.13-3.2])

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

La tercera parte de los PPP incluidos presentaron deterioro funcional para las ABVD y más de las dos terceras partes para las AIVD, respectivamente. Las actividades más afectadas fueron las motrices, seguidas de las vegetativas para ABVD y las relacionadas con el autoabastecimiento y cuidado de la casa para AIVD. El deterioro de ambas se relacionó con edades mayores, el sexo femenino, las enfermedades osteoarticulares, la carga de comorbilidad, la fragilidad social y el deterioro cognitivo

EA-11 PERFIL DE LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA

M. Romero Jiménez, F. Martos, M. Nieto Martín, A. Ruiz Cantero, F. Díez, M. Aguayo Canela, J. Ortiz Minuesa e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar el perfil de la persona cuidadora de pacientes pluripatológicos de España incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del perfil de la persona cuidadora los PPP en España. Análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas a la presencia o no cuidador con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05.

RESULTADOS

Del total de PPP incluidos 850 (el 51.9%) requerían cuidador (los requisitos definitorios de necesidad de cuidador fueron un Barthel <60 [presente en el 31.5%/44% de los PPP basalmente/en inclusión] y/ó un Pfeiffer >5 errores [presente en el 21.6% de los PPP]). Globalmente contaban con una persona cuidadora 1186 PPP (un 72.4%), siendo mujeres en el 80.9% de los casos, con una edad media de 57.6±15 años (edad mayoritaria entre los 41 y 50 años (n = 287)). El grado de relación con el PPP más frecuente fue hija en un 43.2% (n=455), seguido esposa en el 40% (n =421), profesional contratado en el 9.1% (n =96), y por último familiar de segundo grado en el 7.7% (n=81). En el caso de los PPP que sí requerían cuidador, el 93,3% (n =793) lo tenían y sólo un 6.2% (n =53) no disponían del mismo; la edad media fue muy similar a la global de las cuidadoras (57.1±15.2), con mayoría de sexo femenino en el 78% (n =670)); asimismo la relación con el PPP fue de hija en el 41,5% (n =353), esposa en el 37% (n=314), personal contratado en un 13.5% (n=115) y por último otro parentesco en el 8% (n =68). El 93,3% (n=1528) de los PPP vivía en su domicilio y sólo un 6.5% (n=107) lo hacía en residencias asistidas; los PPP que vivían en su domicilio (n= 1523) estaban atendidos sólo en un 6.4% (n=98) por personal contratado, sin embargo los que lo hacían en una residencia asistida (n=107) este porcentaje subía hasta 47.7% (n= 51). Las variables asociadas de forma independiente con disponer de cuidador fueron las enfermedades cardiológicas (p=.045, OR=1.7[1.012-2.8]), renales (p=.02, OR=1.6[1.07-2.4]), hepáticas (p=.007, OR=2.6[1.3-5.15]) y neurológicas crónicas (p<.0001, OR=2.5[1.6-4]) y la presencia de hipoalbuminemia (p=.009, OR=1.6[1.13-2.35]). Las asociadas independientemente a la ausencia del mismo fueron el no requerirlo (p<.0001, OR=6.3[3.6-10.8]), una mayor independencia para las instrumentales (p<.0001, OR=1.32[1.2-1.45]), y un mayor riesgo sociofamiliar por la escala de Gijón (p=.008, OR=1.09[1.02-1.15]).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

CONCLUSIONES

Algo más de la mitad de los PPP requerían cuidador, disponiendo en su gran mayoría de una persona próxima, habitualmente una mujer. Suelen ser las esposas y/o hijas las que asumen este rol. En muy baja proporción los PPP viven en residencias asistidas y/o son atendidos por personal cualificado contratado en su propio domicilio.

Metabolismo y Lípidos (ML)

ML-05 INFLUENCIA DEL TIPO DE GRASA DE LA DIETA SOBRE LA EXPRESIÓN POSTPRANDIAL DE GENES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

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

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

OBJETIVOS

El Síndrome Metabólico consiste en una serie de alteraciones metabólicas que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2. Dichos desórdenes se relacionan con una respuesta inflamatoria crónica que se caracteriza por la activación de diversas rutas de señalización que inducen distintos marcadores inflamatorios. Sabemos que los ácidos grasos y otros componentes de la dieta modulan la expresión de genes involucrados en la respuesta inflamatoria. El objetivo del presente estudio fue estudiar el efecto del tipo de grasa de la dieta sobre la expresión de distintos genes involucrados en la respuesta inflamatoria, en pacientes que presentan síndrome metabólico.

MATERIAL Y MÉTODOS

75 pacientes del estudio del Lipgene fueron aleatorizados para recibir uno de los cuatro periodos de intervención dietética, de 12 semanas de duración de los que consta el estudio: 1. Dieta rica en grasa saturada (SAFA) (38% energía); 2. Dieta rica en grasa monoinsaturada (MUFA) (38% energía); 3. Dieta pobre en grasa (28% energía) y rica en hidratos de carbono (HC); 4. Dieta pobre en grasa (28% energía) y rica en HC, suplementada con 1 g/d de poliinsaturados n-3. Al finalizar cada periodo de intervención dietética y tras 12 horas de ayuno, a los pacientes se les sometió a un estudio de lipemia postprandial con la misma cantidad y composición grasa del periodo de dieta que finalizaba. Se realizaron extracciones de sangre a las 0, 2 y 4 horas de la sobrecarga grasa. Por PCR a tiempo real se determinó la expresión de los genes IKB-alfa; y p65 (ambos subunidades del factor nuclear KB (NFKB)), MIF (factor inhibidor de migración de macrófagos), MMP9 (metaloproteasa 9), TNF-alfa; (factor de necrosis tumoral alfa), MCP-1 (proteína quimiotáctica de monocitos) e IL-6 (interleuquina 6).

RESULTADOS

A lo largo del periodo postprandial la expresión del gen IKB-alfa; aumentó significativamente tras el consumo de una dieta rica en MUFA ($p<0,05$) en comparación con las demás dietas administradas. Además, los pacientes presentaron un aumento en la expresión de dicho gen tras 12 semanas de intervención con la dieta pobre en grasa suplementada con n-3 ($p<0.05$). Cuando analizamos el gen TNF- alfa; detectamos un aumento significativo en el postprandio tras el consumo de una dieta rica en SAFA ($p<0.05$). La expresión del gen MMP9 aumentó después del periodo de intervención con la dieta rica en SAFA cuando lo comparamos con el consumo de la dieta MUFA ($p<0.05$). En el resto de los genes analizados no se observaron diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El efecto antiinflamatorio del consumo de una dieta rica en MUFA podría estar modulado por un aumento en la expresión del gen IKB-alfa, el cual inhibe al mediador de la inflamación NF-KB, impidiendo así su translocación al núcleo celular y, por tanto, evitando el inicio de la respuesta inflamatoria.

ML-08 EL CONSUMO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA REDUCE EL ESTRÉS OXIDATIVO CELULAR FRENTE AL CONSUMO DE UNA DIETA RICA EN N-3 O RICA EN GRASAS SATURADAS

J. Alcalá Díaz, C. Muñoz López, A. Ortiz Morales, D. Rosado Álvarez, A. Jiménez Morales, J. Criado García, F. Pérez Jiménez, J. López Miranda

Unidad de lípidos y arteriosclerosis. CIBER. CIBEROBN. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Estudiar el efecto postprandial de tres dietas con diferente composición de grasa sobre el estrés oxidativo celular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Veinte hombres sanos recibieron tres dietas con diferente composición grasa durante 4 semanas, en un diseño randomizado y cruzado. La composición de las mismas fue: Rica ácidos grasos saturados (SAFA) (15% proteína, 47% hidratos de carbono (HC), 38% grasa (22% SAFA, 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFA), 12% ácidos grasos monoinsaturados (MUFA)); rica en MUFA (15% proteína, 47% HC, 38% grasa (<10% SAFA, 4% PUFA, 24% MUFA)); rica en HC y PUFA n-3 (15% proteína, 55% HC, <30% grasa (<10% SAFA, 8% PUFA, 12% MUFA)). Al final de cada periodo de intervención dietética se realizó un estudio de lipemia postprandial con el mismo tipo y composición de grasa del periodo de dieta que finaliza. Se tomaron muestras de plasma a las 0, 2 y 4 h tras la sobrecarga grasa. Se determinaron las actividades enzimáticas superóxido dismutasa (SOD), glutatión peroxidasa (GPx), glutatión reductasa (GRd) y glutatión transferasa (GST) además de los niveles plasmáticos de glutatión reducido (GSH), glutatión oxidado (GSSG) y el ratio entre ambos (GSH/GSSG).

RESULTADOS

Las actividades enzimáticas GST y SOD disminuyeron significativamente tras el consumo de una dieta rica en aceite de oliva en comparación con la dieta SAFA ($p<0,05$). Se observó un aumento en los niveles de GSH, un descenso de GSSG además de mayor ratio GSH/GSSG tras la ingesta de la dieta rica en aceite de oliva cuando se comparó con los niveles obtenidos tras el consumo de las demás dietas ($p<0,05$). No se obtuvieron resultados significativos en las actividades GPx y GRd.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran el efecto beneficioso del consumo de una dieta rica en MUFA comparada con una dieta SAFA y una dieta rica en HC y PUFA n-3.

CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren que la ingesta de una dieta MUFA podría aumentar la acción de los sistemas antioxidantes y reducir los procesos de oxidación celular, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Patología Cardiorespiratoria (PC)

PC-04 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS BASALES DE LOS PRIMEROS 943 PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (REHAP)

R. Garrido Rasco[1], F. García Hernández[1], A. Román Broto[2], I. Blanco Vich[3], P. Escribano Subías[4], J. Gaudó Navarro[5], E. Sala Llinás[6], P. Morales Marín[7] y Grupo REHAP

[1]*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

[2]*Servicio de Neumología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona*

[3]*Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona*

[4]*Servicio de Cardiología. Hospital 12 de Octubre. Madrid*

[5]*Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

[6]*Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Son Dureta. Palma de Mallorca (Illes Balears)*

[7]*Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia*

OBJETIVOS

El Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP) recoge pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) controlados en centros de nuestro país y aporta información demográfica, epidemiológica, clínica y de tratamiento sobre la misma. Se describen las características basales y epidemiológicas en los primeros 943 pacientes incluidos en el REHAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre un total de 943 pacientes registrados en el REHAP por 31 centros españoles participantes, 726 fueron incluidos entre Julio de 2007 y julio de 2008. Los criterios de inclusión fueron: pertenencia al grupo I o IV de la clasificación de hipertensión pulmonar y que ésta fuera demostrada por criterios hemodinámicos. Los pacientes serán seguidos durante un mínimo de 3 años.

RESULTADOS

Del total de 943 pacientes incluidos en el registro, el 83.7% pertenecen al grupo I y 16.3% al grupo IV. La incidencia calculada entre julio-07 y julio-08 es de 3,98 casos por millón de habitantes/año y la prevalencia es de 18 pacientes por millón de habitantes. La mayoría de los pacientes son mujeres (70%) y la edad media en el momento del diagnóstico fue de 49.5±17.7 años. La distribución por diagnóstico fue: HAP idiopática 33%, asociada a enfermedades sistémicas 16.6%, cardiopatías congénitas 15.3%, hipertensión portopulmonar 5.9%, infección por el VIH 6.4%, asociada al consumo de aceite tóxico 3.2% y asociada al consumo de anorexígenos 0.4%. En el momento del diagnóstico el 3.8% de los pacientes se encontraba en clase funcional I, el 30.1% en clase II, el 57.1% en clase III y el 9% en clase IV. La clase funcional de los casos prevalentes fue de 2.8% en clase I, 27.9% en clase II, 59.8% en clase III y 8.9% en clase IV. La distancia recorrida en la prueba de caminar seis minutos fue de 434±101m en los pacientes en clase I-II, de 341±109m en los pacientes en clase III y 240±102m en los pacientes en clase IV. El 75% de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento, un 7% con bloqueantes de canales de calcio, un 25% con prostanoides, un 30% con inhibidores de la fosfodiesterasa-5 y un 38% con antagonistas de receptores de la endotelina.

CONCLUSIONES

Los pacientes incluidos en el REHAP son predominantemente mujeres, con una edad media similar a la de otros registros. La incidencia y la prevalencia halladas son comparables a otros registros de nuestro entorno. En los pacientes del grupo I, la mitad son formas de HAP idiopática. Se observa una relación entre la capacidad de esfuerzo y la clase funcional. La mayoría de los pacientes recibe tratamiento, con predominio de antagonistas de receptores de la endotelina.

PC-05 MORTALIDAD ASOCIADA A LA HIPONATREMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA

I. Vázquez García, F. Carrasco Sánchez, I. Páez Rubio, E. Ortiz López, E. Pujol de la Llave
UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Estudiar el valor pronóstico de la hiponatremia como predictor de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada (ICFSP) hospitalizados por agudización clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con ICFSP hospitalizados de forma consecutiva por empeoramiento clínico en el Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Los criterios para definir ICFSP fueron acordes con las directrices de la European Society of Cardiology (ESC). Se consideró función sistólica preservada como una FEVI > 45% medida por el Método de Simpson. La hiponatremia se define por un sodio plasmático < 132 mEq/L medido al ingreso. Las determinaciones analíticas se realizaron de rutina en el laboratorio centralizado. La función renal fue estimada mediante la ecuación MDRD-4 y se definió insuficiencia renal (IR) con un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m2. El evento a alcanzar fue mortalidad total al año. Para el contraste de hipótesis se utiliza una T-student o una U Mann-Whitney para las variables cuantitativas y el estadístico Chi Cuadrado con tablas de contingencia para las proporciones. Se calcula riesgo relativo (RR) mediante una regresión de COX. El análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 186 pacientes con un seguimiento de 12 meses desde el ingreso índice. La edad media fue de 73,3 años (DS 8,8) con un 59,1% de mujeres. La mortalidad fue del 34,9% (65 pacientes). Este grupo presentó una mayor frecuencia de anemia (p = 0,028), IR (p = 0,002), hiponatremia (p = 0,006) y peor clase funcional de la NYHA (p = 0,019). No se demostró diferencias entre los grupos para los factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia y DM), el género ni las variables que indican comorbilidad como la EPOC, Fibrilación Auricular, arteriopatía periférica y obesidad (IMC > 30 Kg/m2). La edad media fue mayor en el grupo con evento fatal (78,66 vs 73,56 años; p < 0,0005). Tanto los niveles de creatinina sérica (p < 0,0001) como la estimación de FG mediante la ecuación MDRD (p < 0,0001) demostraron diferencias entre los dos grupos. La mediana del NT-proBNP alcanzó 3606 pg/L siendo mayor en el grupo de fallecidos (p = 0,009). Se evaluó el índice de comorbilidad de Charlson (p < 0,0001) y de dependencia de Barthel (p = 0,022), demostrándose diferencias. En el análisis multivariante por Regresión de Cox la hiponatremia se asoció a la mortalidad con RR ajustado 1,81 (IC95% 1,10-2,96; p = 0,018) al final del periodo de seguimiento. Otras variables predictoras fueron el índice de comorbilidad de Charlson (RR 1,49 IC95% 1,19-1,86; p = 0,001), NT-proBNP por encima de ma mediana (RR 1,69 IC95% 1,01-2,82; p = 0,045), FG por MDRD (RR 0,99 IC 0,98-0,99; p = 0,034). Otras variables incluidas en el modelo que tienen significación en el estudio univariante, como la edad, índice de Barthel, clase funcional de la NYHA, anemia e IR (MDRD < 60 ml/Kg/min) no demostraron significación estadística en el estudio multivariante. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meir demostró un aumento de la mortalidad del grupo con hiponatremia 49,2% frente al 28,3% (Log rank 0,005).

DISCUSIÓN

La hiponatremia al igual que en la IC con disfunción sistólica es un predictor de mortalidad al año en pacientes con ICFSP. Llama la atención que la medida de la función renal mediante la ecuación MDRD mantiene la significación estadística, mientras que cuando se maneja como dicotómica (IR)

pierde su asociación. Esto, nos habla de la imprecisión y variabilidad de esta medida. Como ya se ha apuntado en otros trabajos el abordaje global de los pacientes con ICFSP es necesario e indiscutible como demuestra la asociación de un índice de comorbilidad elevado a la mortalidad total. La asociación de la hiponatremia y el descenso del FG en la mortalidad relaciona también a la ICFSP con el síndrome cardio-renal. Los niveles elevados de NT-proBNP mantienen su potencial pronóstico en la ICFSP.

CONCLUSIONES

La hiponatremia es un predictor independiente de la mortalidad total en pacientes con ICFSP que ingresan por empeoramiento clínico.

PC-07 IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA

E. Ortiz López, F. Carrasco Sánchez, I. Vázquez García, I. Páez Rubio, E. Pujol de la Llave
UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

Identificar el papel pronóstico de la hipertensión pulmonar (HP) en pacientes con insuficiencia cardiaca y función sistólica preservada (ICFSP). Aunque la HP es una conocida complicación en la IC, su importancia pronóstica no está bien establecida y mucho menos en los pacientes con ICFSP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con ICFSP (FEVI > 45% por la regla de Simpson) hospitalizados por empeoramiento clínico en el Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Los criterios para definir ICFSP fueron acordes con las directrices de la European Society of Cardiology (ESC). A todos los pacientes se les practicó una ecocardiografía para estimar la presión sistólica pulmonar (PSP). Se definió HP como una PSP mayor de 35 mm Hg, estimada del gradiente de regurgitación tricuspídea y añadiendo la presión auricular (10 mm Hg). La función renal fue estimada mediante la ecuación MDRD-4 y se definió insuficiencia renal (IR) con un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m2. El seguimiento clínico fue de 12 meses. Para el contraste de hipótesis se utiliza una T-student o una U Mann-Whitney para las variables cuantitativas y el estadístico Chi Cuadrado con tablas de contingencia para las proporciones. Se calcula riesgo relativo (RR) mediante una regresión de COX a los 6 y 12 meses de seguimiento. El análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Un total de 218 pacientes alcanzaron los 6 meses de seguimiento, aunque solamente 186 completaron el año. Un total de 56 pacientes tenían HP al inicio (prevalencia 25,68% CI95% 0,19-0,31). La edad media fue de 75,7 años (DS 7,81), siendo un 34% mayor de 80 años. La mortalidad fue del 23,3% (51 pacientes) a los 6 meses, de los que 20 pacientes (37,7%) pertenecían al grupo con HP y 31 pacientes (19,1%) al grupo superviviente y del 34,9% (65 pacientes) al año, de los que 24 (46,2%) fueron del grupo con HP y 41 (30,6%) al grupo superviviente. No encontramos diferencias en la características basales de la población de ambos grupos. La HP se asoció a la mortalidad total a los 6 meses con un RR 2,15 (CI95% 1,21-3,82; p = 0.0009), de forma independiente a la edad, la función renal y la presencia de EPOC. Otros factores predictores fueron la edad por grupos de 10 años (RR 2,14 IC95% 1,37-3,34; p = 0,001), FA (RR 2,27 IC 95% 1,18-4,39; p = 0,014), IR (RR 2,04 CI95% 1,14-3,65; p = 0,016) e hiponatremia (RR 1,79 CI95% 1,01-3,15; p =0,043). Los resultados del estudio multivariante al año demostraron una asociación de la HP con un RR 1,78 (IC 95% 1,07-2,97; p = 0,025) de forma independiente a la edad (p < 0,0005), FG por MDRD (p = 0,004),

hiponatremia (p = 0,007), NT-proBNP (ns), NYHA (ns), IR (ns), anemia (ns) e índice de Charlson (ns). El estudio de supervivencia de Kaplan-Meir demostró un aumento de la supervivencia en el grupo libre de HP (Log Rank < 0,006) a los 6 meses y (Log Rank 0,022) al año de seguimiento.

DISCUSIÓN

La HP es una situación frecuente en la ICFSP con una prevalencia del 25,6% en pacientes hospitalizados. Además, se asocia de forma independiente a la mortalidad a corto y medio plazo. Esta asociación es independiente de la presencia de EPOC. Aunque esta tendencia se mantiene al año, parece que la HP se asocia de forma más evidente a la mortalidad precoz. Así pues, la HP podría ser una diana terapéutica en el difícil manejo de la ICFSP. Aunque la edad mantiene su poder predictivo de mal pronóstico cuando se agrupa por décadas pierde la significación estadística al año. Un aspecto interesante de comentar es la elevada mortalidad de la cohorte de pacientes con ICFSP tras hospitalización por empeoramiento clínico, es decir, similar pronóstico a la disfunción sistólica.

CONCLUSIONES

La HP es una condición frecuente asociada a la mortalidad a corto y medio plazo en pacientes con ICFSP hospitalizados por agudización de síntomas. Esta relación es independiente de la presencia de EPOC.

PC-08 EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE NOVO CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA

M. Villena Ruiz[1], R. Quirós López[1], M. Martín Escalante[1], G. Rosas Cervantes[2], S. Domingo González[1], L. Hidalgo Rojas[1], D. Urdiales Castillo[1], J. García Alegría[1]

[1]Área de Medicina. Unidad de Medicina Interna, [2]Área de Cardiología. Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar la evolución de la función ventricular izquierda, las variables relacionadas con su cambio y los resultados asistenciales a largo plazo (mortalidad y reingresos) tras el diagnóstico inicial de insuficiencia cardiaca sistólica (ICS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo. Población: pacientes con primer ingreso por IC entre Enero 1997 y Diciembre 2001 en un hospital general de 350 camas. Se incluyeron pacientes con FEVI inicial <50%, realizándose una segunda determinación de la misma entre el tercer y cuarto año tras el alta. Se hicieron dos categorías de pacientes: aquellos que mejoraban la FEVI (grupo A), considerándose un aumento de la misma en un 10% o más, y el grupo en el que no cambiaba la FEVI, mejoraba menos de un 10% o permanecía igual (grupo B). El periodo de seguimiento se prolongó un máximo de 10 años tras el alta (promedio 53,8 meses (IC 95%: 48.6--58.9)). Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, cambio en la FEVI, tratamiento, mortalidad y reingresos por causa cardiovascular.

RESULTADOS

Durante el periodo de seguimiento ingresaron por ICS 168 pacientes, de los que se excluyeron 45 pacientes por no tener determinación posterior de la FEVI (19 pacientes) o por fallecer en los tres primeros años de seguimiento (26 pacientes). Finalmente se incluyeron 123 pacientes, de lo cuales 69(56.1%) presentaron mejoría de la FEVI (grupo A). Estos pacientes eran significativamente más jóvenes (Grupo A: 61.03 vs Grupo B: 66,31 años, p<0.05). En el grupo B fue mas prevalente la diabetes mellitus (46,3% vs 29%), cardiopatía isquémica (40,7% vs 20,3%) y la insuficiencia renal (48,1% vs 26,1%) aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística. No

encontramos deferencias en cuánto a la causas de la descompensación de la IC. Referente a las variables analíticas, la insuficiencia renal al ingreso medida mediante aclaramiento de creatinina (<60 ml/min), fue más frecuente en el grupo B (79.6% vs 62.3%, p= 0.04). El uso de diuréticos de asa e IECAS fue superior al 90% en ambos grupos. Los b-bloqueantes fueron prescritos en el grupo A en el 69,6% y en el grupo B en el 81,5%, p>0,05. La antiagregación se indicó en mayor medida en el grupo B (81.5% vs 50.7%, p= 0.01), al igual que los parches de NTG (68.5% vs 34.8%, p=0.001). No hubo diferencias en la mortalidad entre grupos a los diez años (Grupo B: 66,7% vs Grupo A: 53,8%, p>0.05), aunque sí se objetivó mayor tasa de reingresos en el grupo B (3.13 vs 1.84, p<0.05). En el análisis multivariante ajustado por edad y género, sólo los niveles de aclaramiento de creatinina tuvieron relación con la recuperación de FEVI (HR 0.97 (0.95—0.99), p= 0,002).

DISCUSIÓN

Los datos disponibles en la literatura acerca de la evolución de la FEVI a largo plazo tras el diagnóstico de la ICS son muy escasos. El presente estudio no sólo describe su patrón evolutivo en el tiempo, sino que muestra una mayor comorbilidad en los pacientes que no mejoran la FEVI y demuestra su relación con un mayor número de reingresos por causa cardiovascular.

CONCLUSIONES

1. La edad y la mayor comorbilidad se asocian a una menor probabilidad de mejoría de la FEVI tras el diagnóstico de ICS. 2. La función renal determinada por aclaramiento de creatinina es un factor predictor de la mejoría de la FEVI. 3. Los reingresos por causa cardiovascular tras el diagnóstico de ICS son más frecuentes en los pacientes que no mejoran la FEVI.

Enfermedades Sistémicas/ Enfermedad Tromboembólica (ST)

ST-15 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES CON CONTRACEPCIÓN HORMONAL. HALLAZGOS DEL RIETE

M. González Padilla[1], A. Blanco Molina[1], F. Martín Martos[1], J. Ogea García[1], M. Guil García[2], L. López Jiménez[1], P. Gallego Puerto[3] y Grupo RIETE

[1]*Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

[2]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

OBJETIVOS

La exposición a los estrógenos es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) en las mujeres en edad fértil, aunque existe poca información sobre las particularidades de esta enfermedad en las mujeres que usan contracepción hormonal. El objetivo en este estudio es analizar las características clínicas, los factores de riesgo asociados y la evolución con el tratamiento de las pacientes con ETEV relacionada con el uso de anticonceptivos hormonales.

MATERIAL Y MÉTODOS

RIETE es un registro internacional en el que se incluyen pacientes con ETEV objetivamente confirmada. Se analizaron las características de todas las pacientes < 50 años consumidoras y no consumidoras de anticonceptivos incluidas en RIETE hasta Diciembre de 2007.

RESULTADOS

De las 1667 mujeres incluidas, 593 (36%) usaban anticonceptivos hormonales. El 70% de las mujeres < 25 años (270) pertenecían a este grupo. De las 951 mujeres que no tenían ningún factor de riesgo adicional para ETEV (cirugía reciente, inmovilidad o cáncer), en el 48% (457) sólo se halló el uso de anticonceptivos como único factor de riesgo. Entre las 593 mujeres consumidoras

de anticonceptivos, el 16% (92) tenían sobrepeso, y el 15% (89) obesidad. Otros factores de riesgo asociados al uso de contracepción hormonal, fueron la inmovilidad durante al menos los 4 días anteriores al episodio de ETEV en el 15% de los casos y la cirugía previa en el 7.4%. El motivo más frecuente para la inmovilización fue traumatismo del miembro inferior que no requería cirugía. El tipo más común de cirugía fue la ortopédica menor. Sólo el 25 % de las pacientes que tomaban anticonceptivos con inmovilización y el 48% de las sometidas a cirugía recibieron tromboprofilaxis. El porcentaje de pacientes con estudio de trombofilia positivo fue similar entre consumidoras y no consumidoras de anticonceptivos.

DISCUSIÓN

Identificar a las mujeres que toman anticonceptivos y que presentan un mayor riesgo de ETEV es difícil. En un alto porcentaje de las pacientes con ETEV y uso de anticonceptivos no se detectó ningún factor de riesgo clínico adicional.

CONCLUSIONES

El uso de anticonceptivos es el factor de riesgo de ETEV más importante en mujeres en edad fértil, sobre todo en las menores de 25 años. Se debe de valorar la tromboprofilaxis durante los períodos de inmovilización y tras cirugía en estas pacientes.

PÓSTERS

Enfermedades Infecciosas (A)

A-01 NEUMONÍA POR VARICELA EN EL ADULTO

C. Manzano Badía[1], M. González Gallego[2], R. Creagh Cerquera[1], S. Quattrino[1], M. Prada Peña[3], E. Pujol de la Llave[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna,* [3]*Servicio de Documentación Clínica. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva*

[2]*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva*

OBJETIVOS

La neumonía por varicela en el adulto es un cuadro clínico potencialmente grave y poco frecuente. Con el objetivo de conocer mejor sus aspectos clínico-epidemiológicos hemos desarrollado el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizo en el CMBD (Conjunto Mínimo de Base de Datos) los casos con el código CIE-9 052.1 correspondiente a neumonía varicelosa en el periodo comprendido entre el año 2002 y 2007. Se analizaron las altas hospitalarias de este periodo y se recogieron en un protocolo múltiples variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

RESULTADOS

De un total de 129.617 ingresos se identificaron 11 casos de neumonía varicelosa (0.84 casos/10.000 ingresos) 6 eran hombre y 5 mujeres, con una media de edad de 32 años (rango 24-41). La vía de adquisición más frecuente fue por contacto con niños con varicela, en 7 casos, 1 caso laboral y en 3 no se identificó el caso índice. Como posibles factores predisponentes 9 tuvieron historia de tabaquismo, 3 de ADVI y 1 paciente era gestante Todos los enfermos tuvieron fiebre, lesiones características de varicela y tos; siendo las mas precoces en su aparición la fiebre y las lesiones cutáneas, que surgieron antes que la infección respiratoria. La disnea apareció en el 63,6% y el dolor pleurítico del 54%, siendo la auscultación respiratoria patológica sólo en el 63,6% de los casos. Todos mostraron en la radiografía infiltrado intersticial bilateral y micronodular patológico, así como ausencia de derrame pleural. Solo en 2 casos el cociente pO2/FiO2 se encontró por debajo de 250. Plaquetopenia se detecto en el 63,6%, hiponatremia en el 54%, elevaciones significativas de la LDH en los 5 casos en los que fue recogida y transaminas elevadas de forma discreta, en 4 de los 7 pacientes en los que el dato estaba recogido. Los hemocultivos, serologías de neumonía atípica y antigenurias en orina fueron negativos en todos los casos que se solicitaron. La mediana en días de la mejoría clínica fue de 6,45 días, y la del patrón radiológico de 16 días. Todos los casos realizaron tratamiento inicial con oxigenoterapia y aciclovir i v 5-10 mg/kg/ 6 -8h, sustituyéndolo por medicación oral el 72,7%, (aciclovir 4/8, valaciclovir 2/8 y famciclovir 2/8) hasta completar un ciclo de 7-10 días. Los esteroides solo se utilizaron como tratamiento coadyuvante en 1 caso. En ningún caso se necesito VMNI ni ingreso en UCI. La gestante evolucionó sin complicaciones, con parto a término.

CONCLUSIONES

La neumonía por varicela en el adulto inmunocompetente tiene una evolución favorable y es muy infrecuente. Es recomendable realizar radiografía de tórax a los adultos con lesiones cutáneas, a pesar de no tener clínica respiratoria ante la disociación clínico radiológico existente.

A-02 REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA ANTIGRIPAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Pardo Cabello, I. Ródenas Iruela, C. Gracián Alcaide
Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Rafael de Granada. Granada

OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de reacciones adversas tras la administración de vacuna antigripal en la población ingresada en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de media/larga estancia y describir las características de dichas reacciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal realizado sobre una muestra de 25 pacientes ingresados en el Hospital San Rafael de Granada vacunados contra la gripe (cepas A/Brisbane/59/2007, A/Brisbane/10/2007 y B/Florida/4/2006) en octubre de 2008. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), antecedentes personales (HTA, DM-2, cardiopatía isquémica o hipertensiva, ICC, isquemia arterial crónica, demencia/deterioro cognitivo, insuficiencia renal crónica, EPOC y FA), diagnóstico principal de ingreso, temperatura y auscultación cardiorrespiratoria en momento de vacunación y posibles reacciones adversas (eritema local, fiebre, erupción cutánea, descompensación cardiorrespiratoria, reacciones de hipersensibilidad/alergia) aparecidas dentro de los 5 días postvacunación.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados, 18 hombres y 7 mujeres, presentaban una edad de 74.2 ± 10.95 años. En relación a los antecedentes personales, el 64% de ellos presentaban HTA; el 24% DM-2; el 20% fibrilación auricular; el 20% EPOC; el 16% ICC; el 16% cardiopatía hipertensiva; el 16% demencia o deterioro cognitivo; el 12% insuficiencia renal crónica; el 8% cardiopatía isquémica e isquemia arterial crónica. Los principales diagnósticos al ingreso fueron neurológico (ACV) en el 64% de los casos; traumatológico (fractura cadera) en el 16%; social y oncológico/paliativo en el 8%. En relación a la auscultación respiratoria, en el 84% de los pacientes era normal y en el 16% patológica (8% con roncus y/o sibilantes y 8% crepitantes). La temperatura de los pacientes en el momento de la vacunación fue de 36.1 ± 0.55ºC. El 88% de ellos no presentó ninguna reacción adversa postvacunal mientras que el 12% sí la presentó. Las reacciones adversas detectadas fueron fiebre en dos pacientes (8%) y erupción cutánea en torso en un caso (4%).

DISCUSIÓN

Existen numerosos estudios que avalan la seguridad de la vacuna antigripal en pacientes sanos, tanto jóvenes como adultos. Sin embargo, los estudios realizados en pacientes mayores pluripatológicos, como los incluidos en el presente trabajo, son más escasos. Nuestros resultados, fiebre en 8% de los pacientes, coinciden con los expuestos en la ficha técnica de la vacuna (entre el 1-10% de los pacientes) aunque se detectó un caso de erupción cutánea (4%) que fue mayor de lo esperado (<1% según ficha). No se detectó ninguna de las otras reacciones postvacunales en la muestra seleccionada.

CONCLUSIONES

La vacuna antigripal administrada en una muestra de pacientes mayores pluripatológicos no se asoció a un mayor riesgo de aparición de reacciones adversas que los descritos en la ficha técnica.

A-03 PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN DOS ÁREAS GEOGRÁFICAS CON DISTINTA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO

V. Pérez Vázquez, G. García Dominguez, O. Mera Gallardo, F. Molina Ruano, J. López Sáez

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

OBJETIVOS

Medir comparativamente la prevalencia de la infección por Helicobacter pylori en dos zonas geográficas: montaña versus litoral de la provincia de Cádiz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio transversal y comparativo de la prevalencia de anticuerpos IgG frente a HP. Marco del estudio: Población normal, residentes en las dos áreas geográficas; con mortalidad por cáncer de estómago 20/100.000 habitantes en la zona de la montaña y en la costa 10/100.000. Población estudiada: Sujetos sanos, mayores de 18 años, de ambos sexos. Se estudiaron 179 individuos en la zona montañosa y 154 en la zona del litoral. Técnica de muestreo: Muestreo al azar, estratificado por sexo, edad y área geográficas. Técnica de determinación: Mediante kit comercial usando técnica de ELISA para la determinación de anticuerpos frente al HP.

RESULTADOS

Fueron positivos el 43.3% (x=337.7 UI/L) y negativos el 56.7% (x=17.93 UI/L). El cut-off point fue de 51.28 UI/L, con una Se=83.99% y una Sp=99.11%. No hubo diferencias entre ambos sexos. Resultados por edades: Para el rango de 18-40 años, fueron positivos el 36.1%, de 41-60 años, lo fueron el 47.6% y para mayores de 60 años el 46.1%, en todos ellos con una significación estadística de $p<0.05$). Resultados por áreas geográficas: Globalmente, considerados fueron positivos el 30% de los individuos de la zona litoral y el 54.7 5 de los individuos de la montaña ($p<0.05$). Por sexos y área geográfica, positivos: a. Para hombres: En el litoral fueron 28.5% y en la montaña 50% ($p<0.01$). b. Para mujeres: En el litoral fueron positivas 31.5% y en la montaña 59% ($p<0.001$). Por edades y área geográfica, positivos: a. De 18-40 años: Litoral 30.7% y en la montaña 41.07%; b. De 41-60 años: En el litoral 35.29% y en la montaña 58.92%; c. Mayores de 60 años: En el litoral 24% y en la montaña 62.68%.

DISCUSIÓN

Estos resultados confirman la asociación de cáncer gástrico e infección por Helicobacter pylori (HP), en concreto, en la población estudiada. Actualmente, a pesar de que esta bacteria está considerada como un carcinógeno y que el cáncer gástrico es el segundo tumor más frecuente como causa de muerte a nivel mundial, todavía no está aceptado por la comunidad científica el cribado de la población para tratar a las personas infectadas. Sin embargo, hay estudios controlados que sugieren que en las poblaciones con elevado riesgo de desarrollar un cáncer gástrico la erradicación del HP consigue reducir significativamente este riesgo. Además, una conferencia de consenso auspiciada por la Sociedad Asia-Pacífico de Gastroenterología en el año 2007, concluyó que el cribado de la población general y el tratamiento antibiótico de la población infectada se debería recomendar a las autoridades sanitarias. En nuestra opinión, teniendo en cuenta que el cáncer gástrico es una causa de muerte a nivel mundial mayor que el colorrectal, la erradicación del HP estaría muy justificada. No obstante, es el momento de debatir en nuestro país entre las autoridades, los médicos y los epidemiólogos la necesidad o no de recomendar el cribado del HP sólo en las poblaciones de riesgo.

CONCLUSIONES

La residencia en la zona montañosa de la provincia de Cádiz, implica un mayor riesgo ecológico de padecer la infección por HP, coincidiendo con una doble probabilidad de fallecer por cáncer de estómago que si reside en el litoral de la misma provincia.

A-04 MEJORA EN EL MANEJO DE LA BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS, UNA TAREA PENDIENTE

L. López Cortés[1], J. Gálvez Acebal[1], M. Del Toro[1], A. Domínguez[1], M. Ríos[1], M. De Cueto[2], M. Muniain[1], J. Rodríguez Baño[1]

[1]Sección de Enfermedades Infecciosas, [2]Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Valorar el nivel de cumplimiento de diferentes criterios de calidad en el manejo de la BSA en un hospital de 3er nivel durante un periodo de un año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes con BSA en el HU Virgen Macarena; se incluyen aquí los casos incluidos hasta el momento (Mayo 2008 a Abril de 2009). Se recogieron datos demográficos, patologías de base, gravedad, origen de la bacteriemia, datos del manejo clínico y pronóstico. Se realiza consultoría activa en los casos de BSA por un infectólogo. Se analizó la frecuencia de cumplimiento de los siguientes criterios de calidad en el manejo de los pacientes: realización de hemocultivo de control a las 48-96 horas tras el inicio del tratamiento antimicrobiano, retirada precoz del catéter (<72 horas) cuando es el origen de la bacteriemia, la no utilización de vancomicina cuando es posible administrar betalactámicos, determinación de niveles plasmáticos de vancomicina, realización de ecocardiografía en casos de bacteriemia complicada y la duración del tratamiento (> 10 días en no complicadas, y > 28 días en el caso de bacteriemias complicadas).

RESULTADOS

Hasta el momento se han incluido 61 pacientes, 40 (66%) hombres, con una mediana de edad de 65 años (rango: 14-90 años). En 33 de los casos (54%) la adquisición fue nosocomial, 12 (20%) estuvieron en relación con cuidados sanitarios, y 16 (26%) fueron estrictamente comunitarios. Nueve casos (15%) fueron causados por SARM (3 con origen comunitario). El 26% de los casos tenía diagnosticada alguna cardiopatía predisponerte al ingreso, siendo la más frecuente la esclerosis mitro aórtica (10 casos, 16%). Todos los pacientes presentaban algún tipo de comorbilidad. Mortalidad cruda global: 24 (36%) pacientes [SASM: 18/52 (35%), SARM: 4/9 (44%)]. El origen más frecuente de la bacteriemia fue el catéter vascular [19/61 (31%)], seguido de la piel y partes blandas [11/61 (18%)], 11 de ellos (18%) relacionados con algún acto quirúrgico. Los criterios de calidad en el manejo se analizaron en 58 pacientes (3 fallecieron en las primeras 48 horas). Se realizó hemocultivo de control a las 48-96 horas en 31/50 (62%), ya que 7 de los pacientes fallecieron en menos de 96 horas, y en el restante se decidió limitación del esfuerzo terapéutico. Entre los 19 casos (31%) en los que se determinó que el catéter era el foco de la bacteriemia, se procedió a su retirada precoz en 15 (79%); en 2 pacientes con catéteres centrales, se decidió tomar una actitud conservadora ante su buena evolución. Veintitrés casos (38% del total) tuvieron algún criterio de bacteriemia complicada, realizándose ecocardiografía en 17 (74%). Entre las bacteriemias no complicadas, en 21 de 27 supervivientes (78%) se realizó tratamiento antimicrobiano durante 14 días ó más, y entre las complicadas, en 14 de los supervivientes (14/17, 82%) se realizó durante 28 días o más, teniendo en cuenta el tratamiento domiciliario. Se mantuvo el tratamiento con vancomicina en 4 (8%) de los 51 casos supervivientes causados por SAMS por distintos motivos. Se realizó determinación de niveles de vancomicina a 4 de los 7 (57%) pacientes que realizaron tratamiento con dicho fármaco durante más de 3 días. No encontramos diferencias en la adherencia a los criterios de calidad mencionados respecto al tipo de adquisición, susceptibilidad a meticilina o gravedad. Dicha adherencia fue mayor en relación a los cuatro indicadores en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES

Aunque pretendemos aumentar el número de casos para obtener conclusiones sólidas, los datos expuestos indican que, a pesar de realizar tarea de consultoría activa en el manejo de la BSA, es posible mejorar muchos de los aspectos del manejo, para lo cual próximamente realizaremos un programa de intervención activa. Ello además, nos servirá para valorar la eficacia de dicha intervención.

A-05 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO

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

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

OBJETIVOS

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), al igual que ocurre con otras enfermedades del tejido conectivo, tienen una mayor susceptibilidad a infecciones. En la actualidad la infección sigue siendo de las causas más frecuentes de mortalidad en el LES. El objetivo de este estudio es analizar los eventos infecciosos graves (que dieron lugar a hospitalización) observados en una cohorte de pacientes con LES.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 705 pacientes con LES seguidos en una unidad especializada en enfermedades autoinmunes sistémicas, dentro de un Servicio de Medicina Interna, desde enero de 1980 hasta enero de 2008.

RESULTADOS

La frecuencia de complicaciones infecciosas graves fue del 38,6%. La etiología fue bacteriana en el 54,4%, vírica en el 30,4% y oportunista en el 15,2%. La mortalidad por infección fue del 27,7%.

DISCUSIÓN

La frecuencia de complicaciones infecciosas fue superponible a la de otras series, tanto españolas como extranjeras. La localización urinaria fue la más frecuente. La etiología tuberculosa representó un alto porcentaje de infecciones oportunistas. La infección supuso la causa de muerte en el 27,7% de la serie, dentro del rango publicado en la literatura (14-44%) y destacó la infección respiratoria (sobre todo tuberculosa) y la sepsis por criptococo.

CONCLUSIONES

La frecuencia de complicaciones infecciosas graves en nuestra serie fue del 38,6%, dentro del rango publicado en la literatura. La localización de infección más frecuente fue la urinaria (27,2%). La prevalencia de infecciones oportunistas fue alta (15,2%) y correspondió en un elevado porcentaje a la etiología tuberculosa. La infección continúa siendo una causa importante de mortalidad en el LES.

A-06 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS AISLAMIENTOS REALIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL EN EL ÚLTIMO AÑO: ¿EN QUÉ DEBEMOS MEJORAR?

J. García Mata[1], C. Morales Mateos[2], V. Sánchez[3], E. Fernández Molle[4], M. Goyanes[5], A. Clavo[6],

[1]Medicina Interna, [2]enfermería, [3]enfermería, [4]Medicina Interna, [5]Microbiología, [6], [4]Director Médico. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz)

OBJETIVOS

Definir las características de los pacientes que han estado en aislamiento infeccioso en el Hospital Juan Grande en el último año, su procedencia, el patrón microbiológico y el tratamiento prescrito, detectando las posibles áreas de mejora para el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los aislamientos realizados en nuestro hospital, mediante el análisis de la historia clínica informatizada (programa informático Acticx), del 1 de enero 2008 al 31 de diciembre 2008

RESULTADOS

Se recogieron 41 aislamientos en 36 pacientes, realizándose en el 100% de los casos aislamientos de contacto. La edad media fue de 81 años, y de ellos 17 fueron mujeres y 19 hombres. Con una distribución homogénea en todas las unidades de medicina interna de nuestro hospital En un 41% los pacientes residían en el domicilio familiar (en un 30% de estos pacientes se recogía en la historia clínica un ingreso previo), un 25 % procedían de un centro geriátrico y un 34 % de los casos eran pacientes derivados de otro hospital. En 32 pacientes se aísla MARSA, en 9 acinetobacter baumanii y en 2 ambos gérmenes. Los exudados de las úlceras por presión y la orina fueron la localización más frecuente. Respecto a la antibioterapia, amoxicilina clavulánico, cotrimoxazol y vancomicina son los más usados, destacando que 14% de los pacientes tuvieron más de 6 antibióticos durante su ingreso, un 38% entre 3 y 6 antibióticos y un 48% menos de tres. Los factores de riesgo más relacionados fueron la existencia de úlceras por presión, desnutrición, diabetes mellitus, así como la presencia de sonda urinaria y vía periférica. Respecto al patrón de resistencia no se objetiva diferencias entre las diferentes procedencias, salvo los derivados de la unidad de cuidados intensivos de nuestro Hospital de referencia de primer nivel.

DISCUSIÓN

El control y manejo de las infecciones hospitalarias constituye un problema fundamental en la seguridad de nuestros pacientes. Las infecciones adquiridas en los hospitales incrementan la morbilidad, la mortalidad y la estancia hospitalaria; asimismo, causan un enorme impacto en los costos Destacamos en nuestro estudio la homogeneidad de aislamientos en todas nuestras unidades con el aumento de carga de trabajo que ello supone, existe una alta tasa de aislamientos de gérmenes multirresistentes provenientes de centros gerontológicos y otros hospitales Nuestra tasa de aislamientos ha sido de 41 aislamientos de 2434 ingresos, siendo el Estafilococo resistente a metilicina el germen multirresistente más frecuente encontrado Destacamos la elevada edad media de nuestros pacientes, así como su pluripatología hechos que están en relación con la presencia de gérmenes multirresistentes. Cabe destacar como ya se ha objetivado en diferentes estudios la relación entre la resistencia antimicrobiana y los resultados clínicos (morbilidad y mortalidad) con mayor uso de antibióticos, mayor coste sanitario y aumento de estancia media

CONCLUSIONES

En nuestro estudio detectamos como la mayoría de los aislamientos realizados por la presencia de gérmenes multirresistentes son exportados de otros centros, con un patrón de resistencia similar salvo en un centro. Estos pacientes presentan mayor complejidad. El estudio nos obliga a establecer unas áreas de mejoras en nuestro hospital encaminadas a identificar en el momento del ingreso a aquellos pacientes que han estado en aislamiento en un proceso previo, disminuir el periodo de diagnostico, optimizar el tratamiento, influir sobre los factores de riesgo extrínseco, establecer canales de comunicación con los centros gerontológicos, asesorar sobre el tratamiento de UPP, realizar revisión sistemática de medidas de cumplimento de aislamiento y adhesión a lavado de manos.

A-07 UTILIDAD DE LA PCR A TIEMPO REAL PARA EL GEN MT LSU R-RNA EN LA IDENTIFICACIÓN DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN MUESTRAS DE LAVADO OROFARÍNGEO

E. Campano[1], V. Friaza[1], I. Martín-Garrido[2], N. Respaldiza[1], R. Morilla[1], Y. De Armas[3], S. Gutiérrez-Rivero[2], C. De la Horra[1]

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

[3]Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri. La Habana, Cuba

OBJETIVOS

El diagnóstico de la infección por P. jirovecii se basa en la identificación del microorganismo en muestras de esputo o lavado broncoalveolar usando tinciones específicas o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Recientemente se ha demostrado la utilidad de las muestras de lavados orofaríngeo (LOF), usando PCR anidada para el gen mt LSU rRNA en la detección de la infección/colonización por P. jirovecii. La PCR a tiempo real (PCR-TR) para el gen MSG de P. jirovecii es un nuevo método que ha demostrado ser más rápido, sensible y específico que la PCR convencional para detectar este microorganismo. Sin embargo, la eficacia de este método para el gen mt LSU rRNA de Pneumocystis aún no ha sido evaluada, siendo éste el objetivo de nuestro estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron un total de 100 muestras de LOF que incluían 23 muestras positivas en las que P. jirovecii había sido identificado por PCR anidada para el gen mt LSU rRNA al menos dos veces y a partir de extracciones de ADN independientes y 69 muestras negativas. Además, tres muestras procedentes de pacientes con infección por P. jirovecii se utilizaron para evaluar la sensibilidad de la técnica mediante diluciones sucesivas. Para la PCR anidada se usaron los cebadores externos pAZ102-E y –H y los internos pAZ102-X e –Y, mientras que para la PCR-TR sólo se usaron los internos.

RESULTADOS

El análisis de las sucesivas diluciones de las tres muestras de LOF obtenidas a partir de pacientes infectados por Pneumocystis demostró que la PCR-TR identificaba hasta una dilución de 1:200 frente a la PCR anidada que sólo detectaba hasta una dilución de 1:125. Por otra parte, las 23 muestras de LOF positivas por PCR Anidada también lo fueron por PCR-TR. De las 69 muestras negativas por PCR anidada, 5 fueron positivas por PCR-TR. La concordancia de resultados fue del 100% respecto a las muestras positivas y del 92.7% respecto de las muestras negativas.

CONCLUSIONES

La PCR-TRl para el gen mt LSU rRNA de P. jirovecii es un método más sensible que la PCR anidada en la identificación de este microorganismo en muestras de LOF. Esta técnica podría ser útil para facilitar, a nivel asistencial, el diagnóstico de la infección por Pneumocystis, pero se necesitan más estudios clínicos para su validación.

A-08 TRANSMISIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LA COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII

R. Terán[1], C. De la Horra[2], V. Friaza[2], I. Martín-Garrido[1], N. Respaldiza[2], M. Montes-Cano[3], J. Varela[2], F. Medrano[2]

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

OBJETIVOS

Estudios en modelos animales y evidencias epidemiológicas indirectas en el hombre apoyan la hipótesis de la adquisición activa de la infección por Pneumocystis (Pc) por vía aérea durante la edad adulta, por lo que cabría plantearse la transmisión nosocomial del patógeno. El OBJETIVO de este estudio fue determinar la prevalencia de colonización por Pc en pacientes hospitalizados y en los profesionales sanitarios (PS) que les atienden

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal (2005-06) en el que se incluyeron secuencialmente 130 pacientes ingresados en un hospital terciario de diferentes áreas de riesgo para infección por Pc: (i) alto riesgo (Oncohematología Infantil, VIH infantil, VIH de adultos y Neumología, n=57), y (ii) riesgo indeterminado (dos Unidades de Medicina Interna y Gine-Obstetricia, n= 73). Simultáneamente en cada Unidad se evaluaron 145 PS en estrecho contacto con los pacientes. Se realizó una encuesta clínico-epidemiológica y se obtuvieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF). El diagnóstico de colonización se realizó identificando fragmentos de la región mtLSUrRNA de Pc en LOF usando nested-PCR (cebadores pAZ102-E/–H y pAZ102-X/–Y). La caracterización genotípica se realizó en dos regiones: (i) locus mtLSUrRNA mediante secuenciación directa; (ii) región DHPS mediante RFLP, capaz de detectar variantes con mutaciones asociadas a resistencia a sulfamidas

RESULTADOS

La presencia de ADN de Pc se detectó en el 30% de los pacientes y el 27,6% de los PS. Ninguno de los sujetos colonizados presentaba neumonía por Pc. En los pacientes la prevalencia osciló entre el 27,2-40% en áreas de alto riesgo y el 17,6%-33,3% en zonas de riesgo indeterminado. Entre los PS la prevalencia en las diferentes áreas osciló entre 18,2% y 53,8%. Todos los PS colonizados estaban asintomáticos y ninguno estaba inmunodeprimido La distribución de genotipos entre pacientes y PS fue similar: (i) Genotipo mtLSUrRNA tipo 1 en 11/30 pacientes y 15/31 PS; (ii) Genotipo DHPS con variantes asociadas a resistencia a sulfamidas en 3/30 pacientes y 2/30 PS. En aire ambiente hospitalario se detectó ADN del patógeno (2/8 muestras).

CONCLUSIONES

Se ha demostrado por primera vez una elevada prevalencia de colonización por Pneumocystis en pacientes hospitalizados y profesionales sanitarios en todas las áreas evaluadas. Este hallazgo junto a la concordancia de genotipos en ambos grupos, y a la detección en aire ambiente hospitalario del patógeno apoyan fuertemente la hipótesis de una transmisión nosocomial, incluyendo la de cepas con resistencia a sulfamidas. Financiación: ERA-NET Pneumocystis-PathoGenoMics y FIS-europeo 03/1743.

A-09 IMPORTANCIA ACTUAL DE LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL ÁREA HOSPITALARIA DEL SUR DE SEVILLA

J. Santos Morano[1], P. Sáez Rosas[1], J. De la Cueva Rubio[1], L. Martín Rodríguez[1], A. Mateos Gómez[2], F. Duarte Sánchez[2], J. Corzo Delgado[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, [3]Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Describir las características de los aislamientos de microorganismos multirresistentes en el área hospitalaria del sur de la provincia de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes con al menos un aislamiento de

un microorganismo multirresistente [Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM), Enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE), Acinetobacter baumannii multirresistente (Acinetobacter), Clostridium difficile (Clostridium) y otros minoritarios como Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenemas] recogidos en el área hospitalaria de Valme mediante un programa de control y medidas de aislamiento similares entre el 1 de Octubre de 2007 y el 31 de Diciembre de 2008. Los aislamientos se clasificaron según su origen en: nosocomial (paciente ingresado en un hospital o centro sociosanitario tras las primeras 48 horas), relacionado con la atención sanitaria (no nosocomial, pero con antecedentes de ingreso hospitalario, atención domiciliaria especializada, diálisis, tratamiento en hospital de día, intervención quirúrgica o algún procedimiento invasivo durante el último año) y comunitaria (ninguno de los supuestos anteriores).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 311 pacientes con una mediana (Q1-Q3) de edad de 74 (63-81) años y de los que el 51% eran varones. Se aislaron 377 microorganismos. SARM y BLEE fueron los más frecuentemente aislados seguidos de Clostridium y Acinetobacter [153 (43%), 141 (40%), 35 (10%) y 25 (7%)]. La adquisición fue en 188 (50%) casos nosocomial, 154 (41%) casos relacionados con la atención sanitaria y en 35 (9%) casos comunitario. 68 (18%) de los aislamientos fueron considerados colonizaciones. Las localizaciones más frecuentes fueron el tracto urinario (30%) y partes blandas (29%). 24 (44%) de los 54 fallecimientos se relacionaron con la infección. La distribución de los microorganismos a lo largo del tiempo se muestra en la tabla 1.

DISCUSIÓN

La frecuencia creciente de la infección/colonización de bacterias multirresistentes es actualmente uno de los principales problemas sanitarios. A pesar que en estos últimos años han aparecido nuevas pautas de vigilancia epidemiológica, aun no conocemos la verdadera dimensión de este problema.

CONCLUSIONES

SARM y BLEE fueron los gérmenes más frecuentes en nuestra área, con variaciones importantes en el tiempo analizado. Necesitamos un seguimiento más prolongado para establecer la situación epidemiológica real de nuestra área e interpretar las oscilaciones en la frecuencia de aparición de estos patógenos. La mortalidad de los pacientes con aislamiento de bacterias multirresistentes es elevada.

Tabla 1: Distribución de los microorganismos en el tiempo (A-09)

Microorganismos	Oct-Dic 07	Enero-Marzo 08	Abril-Junio 08	Julio-Sep 08	Oct-Dic 08
SARM	18	25	52	35	23
BLEE	17	24	31	49	20
Clostrid.	4	8	7	5	11
Acineto.	7	11	2	4	1
Otros	3	9	3	7	7

A-10 ESTUDIO DESCRIPTIVO: TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS

M. Rico Lucena, A. Montilla Burgos, R. Dominguez Álvarez, B. Gutiérrez Gutiérrez, J. Guerrero, M. Aguayo, A. Dominguez, J. Rodríguez Baño
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Estudiar las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados de tuberculosis que presentan resistencia a algún fármaco antituberculoso, así como factores predisponentes para adquirir la infección, su localización, tipo de resistencias y estado de la enfermedad al finalizar el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de los pacientes se han recogido de la base de datos de una consulta monográfica de tuberculosis desde enero de 1990 hasta diciembre del 2008. Se han analizado descriptivamente características epidemiológicas tales como edad, sexo, país de origen, consumo de tóxicos, enfermedades asociadas, sí es nuevo diagnóstico o recidiva, tratamiento, tiempo de tratamiento y situación final.

RESULTADOS

De un total de 459 pacientes, 18(4%) presentaban resistencia a uno o varios fármacos antituberculosos. Todos eran hombres con edad media de 48 años, 3(17%) eran inmigrantes (Perú, Senegal y Ucrania) 4 (22%) eran adictos a drogas, 2 con metadona y 6 (33%) etílicos, 3 (17%) eran indigentes y 2 (11%) tenían antecedentes de ingreso en prisión, 8 (50%) habían presentado tuberculosis previa. Siete (39%) presentaban infección VIH asociada. La resistencia a fármacos fue: 5 a isoniacida, 5 a estreptomicina, 3 a rifampicina, 2 a isoniacida+estreptomicina, 1 a isoniacida + rifampicina, 1 a isoniacida+rifampicina +estreptomicina, 1 a isoniacida + rifampicina + piracinamida +etambutol. La localización de la infección fue: 14 (78%) pulmonar, 3 (17%) diseminada y 1 (6%) ósea. El patrón de la radiografía de tórax presentaba la siguiente distribución: 33% cavitación, 27% diseminación bronquial, 22% infiltrados en lóbulos superiores, 11% patrón intersticial y 6% derrame pleural. Cuando se cuantificó la cantidad de bacilos en las muestras de pacientes con tuberculosis pulmonar, el 50% tenían abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes. En el momento de este análisis estadístico, la situación de los pacientes respecto al estado de la infección tuberculosa era: 28% han realizado tratamiento completo y se han curado, 11% han abandonado el tratamiento, 11% han fallecido por complicaciones relacionadas con la infección y 17% por otras causas, 6% está en tratamiento y 28% no han acudido a revisión ni ha sido posible contactar con ellos.

CONCLUSIONES

Hubo resistencias en 4% de los pacientes, 40% asociaban infección VIH y 17% eran inmigrantes. Las resistencias más frecuentes fueron a isoniacida y estreptomicina. Se detectaron multirresistencias (MDR-TB) en 4 casos y observamos un caso de tuberculosis extremadamente resistente (XDR-TB). La respuesta al tratamiento fue favorable en un tercio de ellos pero hubo un alto porcentaje de pérdidas o abandono.

A-11 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR LEISHMANIASIS EN UN HOSPITAL GENERAL

G. Gómiz Rodríguez[1], R. Rodríguez Castaño[2], M. Martínez Cortés[1], V. Rodríguez Martínez[1], G. Parra García[1], P. Sánchez López[1], F. Díez García[1], A. Collado Romacho[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria de distribución mundial causada por un grupo heterogéneo de protozoos del género Leishmania. Nuestro medio se comporta como una zona endémica, en la que esta infección ha adquirido una especial relevancia en relación con la infección por el VIH. El objetivo de este trabajo ha sido conocer las características epidemiológicas y las manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados de leishmaniasis ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General desde enero de 2000 a diciembre de 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes en cuyo informe de alta se recogía como diagnóstico principal el de leishmaniasis.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio fueron dados de alta del Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital un total de 8710 pacientes, de los que 10 (0.11%) lo fueron con el diagnóstico de leishmaniasis. Dos pacientes eran mujeres (20%) con una edad media de 42 años y 8 (80%) hombres con una edad media de 48 años. El 50 % eran inmigrantes (2- 40% sudamericanos, 2-40% Centroeuropa, 1-20% Europa del Este), 2 eran autóctonos (40%) y 1 (10%) refería viaje internacional con destino Méjico. De todos ellos, 7 (70%) eran VIH+. De los pacientes con infección VIH, el 85% tenían menos de 200 CD4 y presentaban al menos, una enfermedad definitoria de SIDA en el momento del diagnóstico (tuberculosis pulmonar 3 casos, tuberculosis diseminada 2 casos, neumonía bacteriana de repetición 2 casos, neumonía por P. jirovecii 1 caso, encefalopatía asociada al VIH 2 casos, toxoplasmosis cerebral 1 caso y candidiasis esofágica 1 caso). De ellos solo 5 pacientes (71%) realizaban tratamiento antirretroviral. En solo 1 caso (15%) el diagnóstico de infección VIH y leishmaniasis fue simultáneo. Las manifestaciones clínicas en pacientes VIH fueron: pancitopenia-hepatoesplenomegalia-fiebre en 6 casos 85% (uno de ellos además tuvo expresión cutánea), y en un solo caso (15%) la manifestación clínica fue pancitopenia. Entre los pacientes sin infección por VIH, las manifestaciones clínicas diferían poco: 1 caso debutó como pancitopenia y esplenomegalia, en otro se manifestó como síndrome febril y por último un paciente presentaba leishmaniasis cutánea. El diagnóstico fue serológico en 4 pacientes, aspirado de médula ósea en 2, serológico y aspirado médula ósea en un paciente y 2 fueron diagnosticados con visualización directa del parásito en úlcera cutánea. El tratamiento se realizó con anfotericina B liposomal en todos los casos, salvo antimoniato de meglumina en el caso de leishmaniasis cutánea, presentando 2 de los pacientes nuevo ingreso por recidiva de la infección.

CONCLUSIONES

La mayoría de casos de leishmaniasis visceral diagnosticados en nuestro servicio lo ha sido en pacientes con infección VIH con inmunodepresión severa. Las manifestaciones clínicas objetivadas han sido las clásicas de la enfermedad y el diagnóstico ha sido serológico en la mayor parte de las ocasiones

A-12 FIBROSIS HEPÁTICA MEDIDA POR ELASTOMETRIA TRANSITORIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC

G. Gómiz Rodríguez, C. Gálvez Contreras, G. Parra García, V. Rodríguez Martínez, M. Martínez Cortés, P. Sánchez López, A. Collado Romacho, F. Díez García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

La infección por VHC se ha convertido en la principal causa de morbimortalidad en pacientes infectados por VIH en nuestro entorno. La técnica de elastometría transitoria, muestra una sensibilidad y un valor predictivo positivo elevados para el diagnóstico de fibrosis moderada-grave en pacientes coinfectados VIH/VHC. El objetivo de nuestro estudio es conocer el grado de fibrosis hepática medida por dicha técnica, así como las características epidemiológicas de los pacientes coinfectados en seguimiento regular en una consulta específica de enfermedades infecciosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo de una cohorte de pacientes coinfectados, en seguimiento en la consulta de enfermedades infecciosas de un hospital general, desde enero a abril de 2009, en el que se han recogido diferentes variables epidemiológicas, datos de laboratorio y resultado de fibrosis, medida por los test APRI Y FORNS y por elastometría transitoria (FibroScan). El análisis descriptivo se ha realizado con la aplicación SPSS v.15.0

RESULTADOS

Se han recogido y analizado datos de 121 pacientes coinfectados VIH/VHC con los siguientes resultados. El 77% varones y el 23 % mujeres, edad media de 43+ 12 años. Las categorías de transmisión de la infección VIH (y por extensión la del VHC) fueron: ADVP: 78,8%, heterosexual: 15,3%, homosexual: 1,7% y otras: 4,2%. En el momento del análisis recibía TARGA el 89,7 %, el 71,4% de los cuales presentaba una carga viral indetectable y un número de linfocitos CD4 medio de 479+250. Por categorías inmunológicas el 42 % de pacientes se encontraba en categoría 1, el 37,5 % en 2 y el 19,6% en 3. El consumo de alcohol excesivo fue negativo en el 50% de casos, activo en el 8,3% y pasado en el 33,1%. La evolución media de ambas infecciones fue de 14,15 años en el VHC y 14,28 años en el VIH. Las manifestaciones más frecuentemente asociadas a la hepatopatía VHC/VIH fueron: hepatomegalia (13,4 %), esplenomegalia (9%), hipertensión portal (7,1%), ascitis (4,5%) y varices esofágicas (3,6%). Los valores medios de GOT fueron de 47,8+32 UI/L y de GPT 56,9+36 UI/L. La distribución por genotipos del VHC fue: genotipo 1: 59%, genotipo 2: 1.2%, genotipo 3: 18,1%, genotipo 4: 20,5% y genotipo 1 y 4: 1,2%. El 39% de los pacientes recibieron tratamiento frente al VHC con resultados de: curación: 25%; fracaso del tratamiento: 65% y tratamiento no finalizado: 9,1%. De los pacientes curados el 57% eran genotipo 3 y el 16 % genotipo 1. La biopsia hepática se realizó en el 23% de pacientes, con grados de fibrosis de: F0: 1,9%; F1: 6,5%; F2 3,7%; F3 8,3% y F4 2,8%. El resultado global de fibrosis medido por FibroScan fue de 12,7+7 Kpa, con la siguiente estratificación: no presentaban fibrosis (< 7Kpa): 47,5%; fibrosis moderada (entre 7-9,4 Kpa): 13,3%; fibrosis avanzada (entre 9,4-12 Kpa): 13,3%; fibrosis grave (>12 Kpa): 24,2% y estudio indeterminado: 1,7%. Al realizar las medidas de fibrosis por test diseñados para su evaluación se obtuvo un APRI medio de 0,91, en el 76,9 % casos indeterminado y un resultado de fibrosis moderada-grave (APRI > 1,5) en 12,4 % Al aplicar el FORNS se clasifican el 19% pacientes con fibrosis moderada-grave, el resto precisaría una biopsia hepática para confirmar los resultados. El FibroScan en los pacientes tratados objetivó signos de fibrosis grave en el 49% de casos sin respuesta al tratamiento y en el 27,3% de los pacientes curados.

CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos y clínicos de esta cohorte de pacientes coinfectados se asemejan a los

publicados en otras series: mayor frecuencia en ADVP, buen control inmunovirológico, genotipo 1 más prevalente y mejor respuesta al tratamiento en genotipo 3. La elastometría transitoria es una técnica no agresiva que permite obtener una información relevante sobre el nivel de fibrosis hepática, vigilar su evolución y evitar biopsias hepáticas en muchos casos. Según esta técnica, aproximadamente la mitad de los pacientes coinfectados presentan fibrosis hepática ausente/leve, que sin embargo es grave en el 24% de los mismos. Los pacientes tratados y curados muestran un grado de fibrosis significativamente inferior al de los pacientes tratados con fracaso; estos tienen un grado de fibrosis avanzado en la mitad de los casos.

A-13 ENDOCARDITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: ANÁLISIS DE 163 EPISODIOS

Y. Villalobos[1], F. Martínez Marcos[1], A. Plata Ciézar[2], J. Reguera Iglesias[2], J. De la Torre Lima[3], J. Ruiz Morales[4], J. Gálvez Acebal[5], A. De Alarcón González[6]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva*
[2]*Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*
[3]*Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)*
[4]*Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga*
[5]*Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla*
[6]*Servicio de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla*

OBJETIVOS

Analizar en profundidad la endocarditis infecciosa izquierda (EII) producida por Staphylococcus aureus, haciendo hincapié en las características que la distinguen de la EII producida por el resto de microorganismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de la base de datos de pacientes con EII del Grupo para el Estudio de las Infecciones Cardiovasculares de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (GEICV-SAEI).

RESULTADOS

De 877 episodios de EII recogidos desde enero de 1984 hasta diciembre de 2007, S. aureus fue el causante de 163 (18,6%), siendo el segundo patógeno en orden de frecuencia tras los estreptococos del grupo viridans (21,3%). El porcentaje de episodios de EII por S. aureus con respecto al total fue aumentando a lo largo de los años: 9,6% (1984-1989), 21,4% (1990-1999), y 21,6% (2000-2007). De los 163 episodios, 14 (8,5%) fueron causados por S. aureus meticilín-resistentes (0% en 1984-1989, 1,6% en 1990-1999, y 13,4% en 2000-2007). La mortalidad durante el ingreso de la EII por S. aureus fue del 49,7% (28,6% en 1984-1989, 55,7% en 1990-1999, y 43,3% en 2000-2007). Comparada con la EII producida por otros microorganismos, la EII por S. aureus se produjo más frecuentemente en pacientes sin valvulopatía previa (47,1% vs 28%, P<0,001), en pacientes con antecedentes de manipulación vascular (20,3% vs 9,1%, P<0,001) o foco infeccioso cutáneo (7,2% vs 1,6%, P=0,001), en pacientes ADVP (23,2% vs 2,4%, P<0,001), afectó más frecuentemente a la válvula mitral (63% vs 50,5%, P=0,008) y menos a la aórtica (40,6% vs 60,2%, P <0,001), tuvo una menor duración de los síntomas previos al diagnóstico (1,3 semanas vs 5,8 semanas, P<0,001), produjo más manifestaciones osteoarticulares (18,8% vs 12,4%, P=0,04), más manifestaciones cutáneas o vasculares periféricas (54,3% vs 18,5%, P<0,001), más fenómenos inmunológicos (38,4% vs 18,5%, P<0,001), más manifestaciones neurológicas (50,7% vs 21,6%, P>0,001) y más embolismos (60,9% vs 34,7%, P<0,001). De igual modo fueron superiores los porcentajes de fallo ventricular izquierdo severo (23,9% vs 16,4%, P=0,03), desarrollo de insuficiencia renal (39,4% vs 24,2%, P<0,001), shock séptico (26,1% vs 8,9%, P<0,001) y mortalidad durante el ingreso (49,7%

vs 24,4%, P<0,001). No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes sometidos a cirugía valvular (31,2% vs 39,3%, P=0,07).

CONCLUSIONES

1. S. aureus ocupa el segundo lugar en la lista de agentes etiológicos productores de EII en Andalucía. 2. La incidencia de EII por S. aureus está aumentando progresivamente, al igual que la incidencia de EII por S. aureus meticilín-resistente. 3. La tasa de complicaciones y de mortalidad son muy superiores en la EII por S. aureus.

A-14 CONOCIMIENTO DE LOS FACULTATIVOS DE MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH (PPENO)

M. Martínez Cortes, C. Gálvez Contreras, G. Gómiz Rodríguez, G. Parra García, V. Rodríguez Martínez, P. Sánchez López, A. Collado Romacho, F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Las guías y protocolos de actuación en el caso de exposición ocupacional de riesgo están estandarizadas y son conocidas por el personal sanitario, sin embargo las recomendaciones sobre la PPENO son más recientes y peor conocidas. El objetivo al realizar este estudio es conocer la difusión de las guías y recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional entre el personal facultativo que tendría que atender a estos pacientes en los servicios de Urgencias y Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional, para el que se realizó una encuesta a personal facultativo, adjunto o residente, que lleva a cabo su labor asistencial en el Servicio de Urgencias o realiza guardias de Medicina Interna. El cuestionario incluía 15 preguntas que recogían si el profesional había atendido en los últimos meses algún caso de accidente no ocupacional con exposición de riesgo al VIH, si conocía algún protocolo de profilaxis postexposición, el período ventana hasta la indicación de la profilaxis, la valoración del riesgo de contagio y la indicación y valoración del riesgo/beneficio de la PPENO en diferentes supuestos. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

De los 75 facultativos encuestados, 44 accedieron a cumplimentar el cuestionario; 19 de ellos eran residentes, 15 adjuntos de Urgencias y 10 adjuntos que realizaban guardias de Medicina Interna. Un 51.2% conocían algún protocolo postexposición no ocupacional y el 18.6% habían atendido algún caso de accidente no ocupacional en los últimos seis meses. Atribuimos el gran número de encuestas no cumplimentadas al desconocimiento de dichos protocolos. El 47.7% de los encuestados conocía el límite establecido para administrar la profilaxis tras la exposición. Se objetivó una gran variabilidad en la estratificación del riesgo y en la prescripción de tratamiento profiláctico en varios supuestos clínicos: En una situación de accidente parenteral no ocupacional de riesgo sustancial el 59.5% lo valoró como tal, un 33% como riesgo bajo y un 7% como riesgo mínimo. En un supuesto de exposición parenteral de riesgo bajo se consideró sustancial por un 40.5%, bajo por un 47.6% y mínimo por el 11.9%. En un supuesto sin indicación de profilaxis, un 20.9% la consideraría indicada, un 46.5% no y el resto lo valoraría con el paciente. En un supuesto con indicación justificada el 76.7% la indicarían y el 23.3% restante lo valoraría con el paciente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en función del servicio o la categoría profesional.

DISCUSIÓN

Las demandas de tratamiento profiláctico para prevenir la infección por VIH tras una relación sexual de riesgo o situaciones con riesgo de contagio por vía parenteral no ocupacional se han multiplicado en España por tres en los últimos años, por lo que el Sistema Sanitario debe estar preparado para afrontar esta situación. Nuestro estudio pone de manifiesto que un porcentaje elevado de facultativos desconoce la actuación ante una situación potencial de infección no ocupacional al VIH, a pesar de que un 18,6% ha atendido algún caso de accidente no ocupacional en los últimos seis meses. También destaca la falta de unanimidad al valorar diferentes tipos de exposición.

CONCLUSIONES

El conocimiento entre los profesionales sanitarios encuestados de las guías de actuación, de la estratificación del riesgo y las indicaciones de tratamiento antirretroviral ante situaciones de exposición no ocupacional al VIH es escaso. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de actuaciones y programas formativos y de difusión de los protocolos de actuación.

A-15 BACTERIEMIAS COMUNITARIAS, RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS SANITARIOS Y NOSOCOMIALES EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL

P. Retamar[1], J. Rodríguez Baño[2], M. Portillo[2], M. De Cueto[3], M. Rey[1], J. Reveriego[1], M. Aguayo[1]

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

[2]Unidad de Enfermedades Infecciosas, [3]Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Estudiar las características de las bacteriemias en función de su adquisición en los servicios médicos de un hospital andaluz de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de la cohorte de adultos con bacteriemias en el servicio de observación de patologías médicas y demás servicios médicos en un hospital de tercer nivel desde octubre de 2006 a septiembre de 2007. La adquisición se clasificó en COM (comunitaria), NOS (nosocomial) y RCS (relacionada con los cuidados sanitarios) siguiendo los criterios del CDC para las COM y NOS. Las COM se subclasificaron en RCS si cumplían alguno de los siguientes (en caso contrario, se consideraron COM): tratamiento IV domiciliario u hospitalización domiciliaria especializada en los 30 días previos; hemodiálisis o quimioterapia IV en los 30 días previos; ingreso en centro de agudos durante más de 48 horas en los 90 días previos o residente en residencia o centro de crónicos (Friedman et al, Ann Intern Med 2002). Se recogieron variables demográficas, clínicas y microbiológicas. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de Chi cuadrado y Fisher, y las cuantitativas mediante el test de Student; considerándose significativas las diferencias con valores de $p<0,05$.

RESULTADOS

Se recogieron 370 episodios de los cuales 104 eran COM, 101 RCS y 165 NOS. Las bacteriemias COM se asociaron con mayor frecuencia que las NOS a origen urinario (31,4% vs 15,2%; p=0,001), tratamiento empírico adecuado (91,9% vs 82,2%; p=0,02), E. coli (42,9% vs 26,7%; p=0,006) y S. pneumoniae (15,2% vs 1,8%); p<0,001). Las COM se asociaron con menor frecuencia que las NOS a insuficiencia renal (IR) (4,8% vs 15,8%; p=0,006), neoplasia sólida (7,7% vs 24,8%; p<0,001) y hematológica (1,9% vs 12,7%; p<0,001), inmunosupresión (9,6% vs 37,2%; p<0,001), ser portador de catéter venoso (0% vs 93,5%; p<0,001) y sondaje urinario (5,7% vs 26,1%; p<0,001), nutrición

parenteral (0% vs 9,1%; p=0,001), endoscopia (0% vs 16%; p<0,001), cirugía previa (1% vs 18%; p=0,002), antibióticos (AB) previos (19% vs 57%; p<0,001), origen asociado a catéter (0% vs 24%; p<0,001), a infección de piel y partes blandas (0% vs 4,2%;p=0,03) y ser producida por Staphylococcus coagulasa negativo (ECN)(1% vs 7,3%; p=0,01), Cándida spp (0% vs 3,6%; p=0,04) o Pseudomonas aeruginosa (0% vs 4,2; p=0,03). Las RCS se asociaron con mayor frecuencia que las COM a neoplasias sólidas (24,8% vs 7,7%; p=0,001) y hematológicas (9% vs 2%; p=0,02), inmunosupresión (30,7% vs 9,6%; p<0,001), enfermedad inflamatoria intestinal (22,8% vs 9,6%; p=0,01), ser portador de catéter venoso (27,7% vs 0%; p<0,001) y permanente (17,8% vs 0%; p<0,001), AB previos (53,5% vs 19%; p<0,001), origen asociado a catéter (20,2% vs 0%; p<0,001), a infección de piel y partes blandas (3,8% vs 0; 0,05), ser producidas por Cándida (5% vs 0; p=0,03), ECN (9,6% vs 1%; p<0,004) o P. aeruginosa (4% vs 0; p=0,03). Y las RCS se asociaron respecto a las NOS a mayor frecuencia de IR (27,7% vs 15,8; p=0,01), ser producidas por S. pneumoniae (10,6 vs 2%; p=0,004); y a menor frecuencia de sondaje urinario (14% vs 26%; p=0,03), catéter venoso (27,7% vs 93,9%; p<0,001) y endoscopia (3% vs 10; p=0,02). El tratamiento empírico fue más adecuado en las RCS y COM que en NOS (89,6% vs 81,2%; p=0,02) y la incidencia de S. aureus resistente a meticilina fue inferior (1% vs 3,3%, p=0,03).

CONCLUSIONES

En los servicios médicos de nuestro medio las bacteriemias RCS presentan características mixtas entre las COM y las NOS. Esta categoría debería ser considerada por los clínicos a la hora de plantear un tratamiento empírico adecuado.

A-16 PERFIL DEL PACIENTE CON NEUMONÍA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO

M. Loring Caffarena, L. Montero Rivas, C. Ramos Cantos, P. Medina Delgado, M. Martínez Delgado, M. Guil García, J. Pérez Díaz, C. San Román Terán

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

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas, clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes ingresados con el diagnóstico de neumonía en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de la Axarquía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los Informes de Altas (IA) de los pacientes diagnosticados de Neumonía durante el periodo comprendido entre los meses de Enero a Marzo de los años 2007 y 2008. Se han analizado datos sociodemográficos, hábitos tóxicos, comorbilidades, tratamiento previo, pruebas complementarias y tratamiento al alta.

RESULTADOS

Se revisaron 143 IA. La edad media era de 70,59 (18-94), mujeres eran 58 (40,6%) y hombres 85 (59,4%), con una mortalidad total de 12,6%. Dentro de las patologías asociadas más relevantes se describen HTA en 71 casos (49,7%), EPOC en 48 casos (33,6%), diabetes mellitus en 45 (31,7%), hiperlipemia en 22 (15,4%), e insuficiencia cardiaca congestiva en 22 casos (15,4%). Con respecto al tratamiento previo broncodilatador, 33 casos (27,5%) usaban beta 2 de corta duración, 29 (24,2%) beta 2 de larga duración, corticoides inhalados 21 (17,7%) y oxigenoterapia domiciliaria 11(9%), y antibioterapia previa al ingreso 13 (10,7%). Los fármacos más usados son los inhibidores de la bomba de protones 43 (35%), IECA/ARAII 42 (35%), diuréticos 33 (27,5%), antidiabéticos orales/insulina 29 (23,8%). El síntoma de presentación más frecuente es la disnea 64,8%, un 46,5% no presentaban fiebre y no había aumento de tos y/o cambios en la expectoración en un 43,7%. En cuanto a datos

analíticos, la hemoglobina media fue 11,94 gr/dl (6-18), creatinina media de 1,13 mg/dl (0,30-4,70). En 17 casos (20,7%) se recogieron datos espirométricos. En relación a datos gasométricos, al ingreso la pO2 estaba recogida en 95 (79,2%), la pCO2 en 94 (78,3%), con una saturación de oxígeno media de 90,04% (DE±5,57); siendo menos frecuente recoger datos gasométricos al alta. Se describe condensación neumónica radiológica en 139(98,6%), y derrame pleural en 32 (23%). Los IA reflejaban hemocultivos sólo 27 (30,7%), antigenuria (neumococo, legionela) 27 (31%), serología micoplasma 20 (22,5%), cultivo de esputo 15(16,7%). Se describe control radiográfico previo al alta 48 casos (35%). Queda especificado el antibiótico usado durante el ingreso en 83 casos (60,1%), siendo los más frecuentemente usados Claritromicina 34 (40,5%), Ceftriaxona 30 (35,7%), Levofloxacino 29 (34,5%), Amoxicilina-Clavulánico 18 (21,4%). La estancia media era de 10,52 días (DE±6,77). Al alta domiciliaria tienen prescrita antibioterapia 83 pacientes (58,5%), siendo en este caso los más frecuentemente usados Claritromicina 20 (14,1%), Levofloxacino 28 (19,6%). Se prescriben Corticoides orales 54 (37,8%), Beta 2 de corta 44 (31%), Beta 2 de larga coincide con Corticoides inhalados 47 (33,1%) y oxigenoterapia 19 (13,4%). Se reflejan por escrito consejos higiénico-dietéticos 76 (53,5%).

CONCLUSIONES

Llama la atención la falta de alusión a las pruebas microbiológicas, sean negativas o positivas, en los IA. Pensamos que todos los pacientes deben tener incluidos en sus IA el antibiótico con el que han sido tratados durante el proceso neumónico. Dada la importancia de los consejos higiénico-dietéticos creemos que deberían ser personalizados y claros y aún es escaso el porcentaje de IA que los incluyen. El antibiótico más usado durante el ingreso fue el mismo que el más usado al alta.

A-17 VULNERABILIDAD DE LA PRIMERA BARRERA FRENTE A LA INFECCIÓN

F. Jódar Morente[1], M. Clements[2], G. Gutiérrez Lara[1], V. Navarro Pérez[1], M. Manjón Rodríguez[1], M. Almenara Escribano[1], R. Yeste[1], F. Molina Molina[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Dentro de la variedad de atenciones requeridas a los facultativos especialistas de área de medicina interna, el tratamiento de la infección, sobretodo las de difícil manejo, ha generado una creciente especialización. Dentro de ese campo, el manejo de la infección cutánea ocupa una plaza importante. Identificar los signos más frecuentes, los gérmenes más prevalentes y describir las pautas antibióticas empleadas será una herramienta valiosa a la hora de enfrentarse a dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los informes de alta de 47 casos de infección cutánea como motivo de ingreso durante el año 2009 en una sección de medicina interna. Estadística descriptiva. Software de procesamiento de datos SPSS 13.0.

RESULTADOS

Edad: inferior a 70 años 35,4%, entre 70 y 75 años 29,5%, 17,7% mayores de 75 años, un 17,6% de edad indeterminada en informe de alta. Una media de 63,5 años con una desviación típica de 16,919 Un 76,5% fueron mujeres. Por localización un 88.2% estuvieron localizados en miembros inferiores, un 6% en miembros superiores y un 11,8% en tórax y abdomen. Como signos clínicos de alarma, se describieron: fiebre en 53% de los casos, dolor en un 82,4% de los casos, alteraciones cutáneas (herida, pus, vesículas) en un 47,1% de los casos, eritema en un 94,1%, aumento de

diámetro en un 70,6%, y Homans en un 11,8% de los casos. La VSG tuvo una media de 32,29%, con un 34,01 de desviación típica. La PCR tuvo un valor medio de 59,01, con una desviación típica de 91,01. Ni los valores de leucocitosis ni de dímero de fueron representativos. Se realizó cultivo de secreciones y/o sanguíneo en un 23,5% de los casos, y un doppler en el 35,6% de los casos. En cuanto a la antibioterapia, un 29,4% de los pacientes se les administró cloxacilina, el 17,6% recibió amoxicilina-clavulánico, el 17.6% recibió levofloxacino, y un 6% otros antibióticos. Un 29,4% se indicó vancomicina intravenosa durante su ingreso y fue alta domiciliaria sin antibioterapia. En cuanto a los aislamientos, un 70,6% de los casos no tuvo asilamiento microbiológico. Un 6% se atribuyó a staphilococcus meticilin resistente, otro 6% a meticilin sensible y un 17,6 % a otros gérmenes (infecciones polimicrobianas, epidermidis, colis, etc.)

CONCLUSIONES

-Un alto número de pacientes ingresados con el diagnóstico de infección cutánea fueron mujeres. - La zonas afectadas con mayor frecuencia fueron los miembros inferiores. - El dolor y el eritema son los síntomas más frecuente, aunque inespecíficos, en nuestra serie de casos. - LA cloxacilina es el antibiótico más empleado en su tratamiento, aunque se emplearon también con frecuencia amoxicilina y levofloxacino. - Existe una baja tasa de aislamientos microbiológicos, lo que hace necesario revisar las pautas de actuación en este aspecto a fin de identificar de manera correcta los patógenos más frecuentes en esta patología y su evolución de resistencias, crucial en su manejo.

A-18 NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA

S. Quattrino[1], A. Mora Jurado[2], A. Cruz Broche[3]

[1]*Medicina Interna. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva*

[2]*Medicina familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega,* [3]*Medicina Preventiva. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva*

OBJETIVOS

Analizar los factores predisponentes, los síntomas más frecuentes y los patrones analíticos y radiológicos de los pacientes que han adquirido neumonía nosocomial por Legionella pneumophila en nuestro medio hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el cual evaluamos todos los casos diagnosticados de neumonía nosocomial por Legionella pneumophila desde 2002 hasta 2008. La información se extrajo de las historias clínicas de los pacientes a través de la realización de un protocolo donde se recogieron una serie de variables. Se realiza un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica y de las variables cualitativas mediante proporciones.

RESULTADOS

Se han revisado seis historias clínicas de pacientes en los que se ha confirmado el diagnóstico de neumonía nosocomial por L. pneumophila serogrupo 1 (casos declarados). Tres varones y tres mujeres, con una edad media de 73,6 años (rango 62 -83). En cinco casos, el motivo de ingreso fue una reagudización de su EPOC, asociado en el 60% de los casos a insuficiencia cardíaca. En un solo caso, el ingreso hospitalario fue motivado únicamente por insuficiencia cardiaca descompensada. Los posibles factores predisponentes encontrados fueron: tratamiento previo con corticoides sistémicos (100%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (83%), tratamiento previo con antibióticos (83%), tabaquismo (50%), enolismo crónico (33%), diabetes mellitus (33%), VMNI (33%), neoplasia (16%); además de la larga estancia hospitalaria (83%). La presentación de los primeros síntomas fue a los 14,3 + 5,2 días desde la fecha de ingreso. Los síntomas más frecuentes

fueron fiebre (100%), tos (66%), disnea (50%) y dolor de tipo pleurítico (33%). En el 16% de los casos, se asoció también a síntomas gastrointestinales (diarrea y dolor abdominal). En un caso se confirmo la fuente de contagio (agua). Todos los pacientes presentaron antigenuria negativa para Legionella al ingreso, que posteriormente se positivizó. En el cultivo de esputo se aisló L. pneumophila en el 33% de los casos; en dos casos se aisló también Staphylococcus Aureus. El patrón radiológico mostró afectación bilateral en el 33% de los casos y afectación unilobar en el resto de los casos, asociándose a derrame pleural en uno de ellos (16%). Se objetivó hiponatremia (83%). En ningún caso se detectó fracaso renal ni hipertransaminasemia. El 66% de los pacientes presentó insuficiencia respiratoria global. El tratamiento utilizado fue levofloxacino en monoterapia (16%), o asociado con imipenem (50%) o ceftriaxona (16%). En un caso, la asociación antibiótica fue de claritromicina e imipenem. En el 50% de los casos el paciente falleció durante el ingreso, en el 33% tuvieron una resolución favorable de la neumonía con curación y en un caso el paciente falleció debido a complicaciones de su patología de base.

CONCLUSIONES

La neumonía por Legionella pneumophila es una patología grave, con una mortalidad muy elevada. Son muy importantes las medidas de prevención y de control, así como el comienzo precoz del tratamiento antibiótico adecuado. La declaración es obligatoria y debe ser tempestiva, para activar un sistema de control y de desinfección ambiental en el área hospitalaria.

Enfermería (E)

E-02 EL ALUMNO EN PRÁCTICAS: OTRA REALIDAD Y RELACIÓN E. U. E. Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

M. Toril Redondo[1], J. Pino Ruiz[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. Profesora colaboradora de Ciencias, [2]Servicio de Medicina Interna. Profesor asociado de Ciencias de la Salud. Hospital Provincial. Córdoba

OBJETIVOS

Dado el momento actual de la formación académica de la Diplomatura y futuro Grado de Enfermería, pretendemos hacer hincapié en el principio de aprendizaje teórico-práctico, sus carencias, recursos y la participación multidisciplinar, que hacen del periodo de formación todo un compendio de complejidad creciente. Necesidad de revisión del programa de prácticas clínicas. Fijación de metas de aprendizaje. Tutorías. Son precisas unas prácticas clínicas dinámicas y una planificación más acorde con Bolonia. Cada día se presentan situaciones que permiten al alumno/a reflexionar sobre la viabilidad y efectividad de sus propias intervenciones y se hace preciso potenciar las propias prácticas clínicas para preparar mejor al futuro profesional enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Constitución de grupos de trabajo más acorde con la realidad en las Unidades. Distribución de Líneas de trabajo. Análisis de competencias. Análisis de Instrumentos de Evaluación. Análisis de Políticas y Directrices. Otra relación es precisa; EUE, Profesores Asociados, Colaboradores, y profesionales de las Unidades.

RESULTADOS

El propósito es conseguir un sistema de mejora del proceso pedagógico de las prácticas que desarrollan en el Hospital Provincial los alumnos/as de Enfermería. La dinámica de trabajo del grupo de alumnos/as en prácticas persigue el análisis de la realidad actual del periodo de docencia práctica a través de la búsqueda de puntos débiles y fuertes susceptibles de mejora de la calidad y en la que participan docentes y profesionales (voluntarios en su mayoría) y que contribuyen a elevar la

calidad de las prácticas. EN LA 8ª PLANTA DE MEDICINA INTERNA; enseñar, demostrar, corregir, controlar y evaluar la ejecución de actos profesionales, suministrar información complementaria o referencial, dirigir, analizar críticamente las realizaciones, responder a las demandas/necesidades de los estudiantes, sugerir y ayudar al alumno/a en prácticas en las diferentes fases del proceso de acción práctica.

DISCUSIÓN

¿Se hace necesario otro planteamiento de las prácticas? ¿Qué nos puede aportar el nuevo Grado en la titulación?. Asistencia obligatoria. Fijación de calendario y de horarios personalizados. La acción práctica exige enseñar a planificar, aplicar y transferir los conocimientos adquiridos segmentadamente en otros temas de la misma asignatura o en otras asignaturas a un proyecto práctico. La transferibilidad del conocimiento es una habilidad a adquirir y no inherente a la propia adquisición del mismo. Número de alumnos óptimo en la 8ª planta de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Diseñar y aplicar cuidados, participando el alumno, utilizando la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) de forma integral, teniendo en cuenta las características y/o peculiaridades que acompañan a la persona en su proceso de salud. Capacidad/competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos y en la que participe el alumno/a de forma activa. La naturaleza propia del cuidado, hace que al futuro profesional se le ofrezca un conjunto de actividades desarrolladas, sistematizadas y reales, que hagan que el alumno/a tome contacto con la realidad profesional de la que en un futuro, más o menos inmediato, formará parte. La realidad de las prácticas de los alumnos/as de la E. U. E., en nuestra Unidad de Medicina Interna es francamente mejorable; por su insuficiencia en tiempo, formación escasa, normas de los servicios no claras, problemas de adaptación de los alumnos/as, falta de motivación en los profesionales y propios alumnos/as, y falta de una sintonía más intensa entre los profesores de la E. U. E. y los profesores colaboradores y profesionales de las Unidades. El número de alumnos óptimo estaría en torno a 4 en toda la planta 8ª (ala izquierda y derecha), pues el rendimiento del grupo no se incrementa y sí genera conductas parasitarias (el que no trabaja, se aprovecha del esfuerzo de los demás).

E-06 IMPLANTACIÓN DE UN REGISTRO ENFERMERO EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)

M. Sánchez Espejo[1], A. Benedit Gómez[1], E. Gómez García[1], M. Ávila García[1], I. Romero Fuster[1], A. Benedit Membrill[2]

[1]*Unidad Clínica Medicina Nuclear. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

[2]*Área Quirúrgica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

OBJETIVOS

Objetivo.- Presentar la implantación de un registro de cuidados enfermeros en pacientes sometidos a una PET.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ha sido elaborado por el personal de enfermería de la unidad después de un año de experiencia en este tipo de exploraciones, tras detectar que era necesario un documento donde quedara registrado todos los requerimientos terapéuticos y administración de fármacos necesario en este tipo de exploración. El documento fue elaborado acorde con las normas básicas para la realización de registros de enfermería. Tiene formato A-4 a doble cara y en el se distinguen las siguientes secciones: 1. Datos personales del paciente y enfermero responsable. 2. Aquí se incluyen los apartados de

valoración inicial, intervenciones, etiquetas diagnósticas y resultados. 3. Datos antropométricos y posibles alergias. Administración de fármacos y sueroterapia. 4. Requerimientos terapéuticos y monitorización de constantes. Con un apartado exclusivo para diabéticos. 5. Observaciones/ comentarios e intervenciones en educación sanitaria.

RESULTADOS

Este registro es de implantación reciente en nuestra unidad. Se ha implantado de forma progresiva, en la actualidad se rellena en el 80 % de los procedimientos. Esta en fase de evaluación siendo susceptible de alguna modificación hasta que sea presentado a la comisión de registros de nuestro hospital.

CONCLUSIONES

Estamos seguros que este registro será un instrumento válido para la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería durante la realización de una PET y una herramienta útil en la continuidad de dichos cuidados.

E-07 ENFERMERÍA EN LA MUERTE DIGNA

F. Martínez Pérez, D. Carmona Heredia, F. García Martin, M. García Muñoz
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Objetivos de enfermería en la muerte digna: - aliviar el dolor y otros síntomas -aliviar el sufrimiento. -informar al paciente, respetando el derecho a no ser informado. -fomentar la autonomía del paciente. -apoyar a la familia tratando de evitar el duelo patológico

MATERIAL Y MÉTODOS

Las actuaciones de enfermería en la muerte digna irán dirigidas a: Paciente: -confidencialidad de sus datos. -participar activamente en la toma de decisiones -recibir cuidados paliativos de alta calidad. Familia: - son un elemento clave. -intervienen en el cuidado -son el mayor apoyo del paciente y del personal sanitario.

E-08 PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

E. Moyano Sánchez, S. López Moyano, A. González Bravo, I. Ruiz Sánchez, A. Naranjo Jiménez, R. Romero Lozano, M. Lozano Montilla, M. Madrid Fernández
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Describir el perfil del cuidador principal y el índice de esfuerzo de los/as cuidadores/as.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio: Descriptivo. - Población: los cuidadores principales de pacientes dependientes ingresados en nuestra unidad de Medicina Interna. - Muestra: los cuidadores que frecuenten la Unidad en el periodo comprendido entre el 15 de Enero al 15 de Abril del 2009 Criterios de inclusión: • Estar más de 12h sin tener relevo en el cuidado. • Que vaya a requerir cuidados al alta. Criterios de exclusión: • No querer participar en el estudio. • Ingresos inferiores a 72h de estancia. • Cuidadores contratados por la familia. Variables del estudio: - Datos de identificación y sociodemográficos del cuidador sexo, edad, nivel cultural (sin estudios, primarios, graduado escolar, formación profesional, estudios superiores), residencia habitual (provincia, pueblo, aldea, ciudad, extranjero residente, visitante), ocupación (trabaja, ama de casa, parado, jubilado, estudia), relación de parentesco

(padre, hijo, hermano, abuelo, amigo, otros). - Índice de Esfuerzo del Cuidador o Nivel mínimo < 4 o Nivel moderado de 4 a 6 o Nivel elevado > 7 Instrumento de recogida de datos: Entrevista semiestructurada con dos cuestionarios, uno sobre datos de afiliación (elaboración propia) y el Cuestionario de índice de esfuerzo del cuidador de Moral et al (2003), Anexos 1 y 2. Análisis de los datos: Estadísticos descriptivos por porcentaje.

RESULTADOS

De los datos extraídos podemos describir el perfil del cuidador principal que frecuenta nuestra unidad como mujer en un 80,48%, en un intervalo de edad entre 60 y 70 años en un 48,78%. Con relación al nivel cultural un 36,58 % tienen estudios primarios. La residencia habitual es la ciudad en un 63,41%. La ocupación habitual es la de ama de casa (63,41%); sin descartar el 17,07 que son jubilados. La relación de parentesco más destacada es la de la mujer, 36,58%; seguida de la de los hijos en un 29,26%. Sobre el nivel de esfuerzo del cuidador encontramos un llamativo nivel elevado en un 78,04% de las personas entrevistadas.

CONCLUSIONES

Dadas las características que identifican el perfil del cuidador que frecuenta nuestra unidad y el alto nivel de esfuerzo que presentan, entendemos que se deben instaurar estrategias para reconducir o paliar dicho esfuerzo. Realizar la detección y atención precoz desde el debut (preferentemente) del cansancio de cuidadoras/es de personas dependientes en el hospital busca mejorar la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares a lo largo del tiempo. Bibliografía: López Alonso et al (2004). Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Moral Seffano MS et al (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Atención primaria; 32 (2): 77-85.

E-09 VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA

M. García Gómez, M. Ramírez García, D. Hermoso Hermoso
Unidad de Trabajo Social. Hospital Provincial. Córdoba

OBJETIVOS

-Valorar el grado de riesgo social de los pacientes ingresados a cargo del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial. - Conocer los factores sociales determinantes en la población que precisa ingreso en el servicio de Medicina Interna que puedan influir en el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo con pacientes mayores de 65 años, ingresados a cargo de Medicina Interna durante tres meses, junio, julio y agosto de 2008. A estos pacientes se les ha aplicado la escala de Riesgo Social: Escala de Valoración Sociofamiliar (escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. Entrevista semiestructurada a cada uno de los pacientes mayores de 65 años y a la familia.

RESULTADOS

Han sido valorados 65 casos, 37 hombres y 28 mujeres. La edad media es de 80,4 años para los hombres y 81,3 años para las mujeres. Han superado el punto de corte (igual o superior a 16) 23 de los valorados. Situación familiar: 1- Vive con familia sin dependencia físico/psíquica: 9 2- Vive con cónyuge de edad similar: 10 3- Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia: 16 4- Vive sólo y tiene hijos próximos: 6 5 Vive sólo y carece de hijos o viven alejados: 24 Situación económica: 1- Más de 1.5 veces el salario mínimo: 7 2- Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive: 10 3- Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva: 41 4- LISMI - FAS- PNC: 6 5- Sin ingresos o inferiores al apartado anterior: 1 Vivienda:

1- Adecuada a necesidades: 1 2- Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa: 53 3- Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado: 5 4- Ausencia de ascensor, teléfono: 3 5- Vivienda inadecuada (chabolas, ruinas,..): 3 Relaciones sociales: 1- Relaciones sociales: 4 2- Relación social solo con familia y vecinos: 22 3- Relación social solo con familia o vecinos: 21 4- No sale del domicilio, recibe visitas: 17 5- No sale y no recibe visitas: 1 Apoyo red social: 1- Con apoyo familiar y vecinal: 19 2- Voluntariado social, ayuda domiciliaria: 13 3- No tiene apoyo: 7 4- Pendiente del ingreso en residencia geriátrica: 25 5- Tiene cuidados permanentes: 1 Puntuación media: 13,66

DISCUSIÓN

Datos a destacar de los resultados obtenidos: - Situación familiar: El 36,92 % de los pacientes estudiados vive solo y carece de hijos o éstos viven alejados. - Situación económica: El 73,85 € dispone de una renta mensual inferior al SMI y solo el 10,77 € obtiene ingresos superiores al 1,5 el salario mínimo. - Vivienda: El porcentaje de personas del estudio con barreras arquitectónicas en la vivienda, bien de acceso, bien de confort, o de equipamiento, asciende a 81,54 €. Solo en el 1,54 % las condiciones de la vivienda son adecuadas a sus necesidades actuales. - Relaciones sociales: El 32,84 % se relaciona solo con vecinos y familia, y el 32,31 % o solo con vecinos o solo con familia. El 26,15 % no sale de su domicilio, aunque si recibe alguna visita. - Apoyo red social: El 10,77 % no cuenta con ningún apoyo. El 38,46 % se encuentran pendientes de ingreso en una residencia geriátrica, y solo el 29,23 % cuenta con apoyo familiar y vecinal. Del total de pacientes estudiados, se consideran en riesgo social el 35,38 %.

CONCLUSIONES

1- Estamos ante una población envejecida, siendo el 60 % de los pacientes mayores de 80 años. 2- Casi la mitad (46,15 %) viven solos, siendo mayor el porcentaje de los que tiene hijos alejados que los que los tienen cercanos. 3- Grupo de población con renta económica precaria, insuficiente para soportar el coste de recursos sociales privados. 4- Un alto porcentaje presenta barreras arquitectónicas en la vivienda, dificultando la vuelta al domicilio tras el alta hospitalaria. 5-Población con relaciones sociales empobrecidas, centradas mayoritariamente en familia y vecinos. Un porcentaje alto (26,15 %) no sale del domicilio. 6- Menos del 30 % cuenta con apoyo de familiares y vecinos., y cerca del 40 % se encuentra a la espera de plaza en centro geriátrico, contando durante la espera con apoyo de familia, o privado. 7- Más del 10 % no cuentan con ningún apoyo, siendo preciso su ingreso en un centro geriátrico adecuado a sus circunstancias desde que se produce el alta hospitalaria. Constituye este grupo los de mayor riesgo social durante la hospitalización.

E-11 PACIENTES DEPENDIENTES VALORADOS POR LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN EL HOSPITAL REINA SOFIA

E. Martínez Repiso, E. López Jiménez, G. Cubillo Arjona, C. Fernández Sánchez, L. Cabrera Palomo

Enfermera gestora de casos. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Objetivos: describir la población anciana atendida por las enfermeras gestoras de casos (EGC) del Hospital Universitario Reina Sofía. Conocer los cambios en su nivel de dependencia tras el ingreso hospitalario, el tipo de cuidadora y si presenta problemas sociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología: se trata de un estudio descriptivo transversal de las personas mayores de 65 años que viven en su entorno familiar e ingresan en el hospital provincial entre junio y agosto de 2008 por alguno de los siguientes procesos: pluripatológico, acva, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardiaca, fractura de cadera y demencia. Se determinó su nivel de dependencia previo al ingreso y al alta hospitalaria mediante el índice de Barthel.

RESULTADOS

Resultado: se han estudiado 133 pacientes, observándose una mayor proporción de mujeres (57,9%). El promedio de edad fue 82,98. Un 83,5% viven acompañados. El índice de Barthel previo al ingreso confirmó que más de un 60% presentaban dependencia severa o total. Tras el alta, este porcentaje aumentó hasta un 90% y aún así el 88% volvió a su domicilio familiar. Un 80,5% están atendidos por cuidadoras informales. En un 61% de los casos intervino la trabajadora social para información de redes de apoyo social.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes que ingresan en medicina interna son personas mayores en situación de dependencia que conforman un segmento especialmente vulnerable de la población que se caracteriza por: tener una edad avanzada, problemas de salud complejos, incapacidades funcionales para su cuidado personal y el mantenimiento del entorno y una red de apoyo social poco desarrollada.

CONCLUSIONES

Conclusiones: las personas que ingresan en el servicio de medicina interna por procesos agudos y por reagudizaciones de sus problemas crónicos en personas ancianas incrementan notablemente su nivel de dependencia. No obstante, la preparación de la cuidadora principal que realiza la EGC durante el ingreso, propicia, que tras el alta hospitalaria, la mayoría de enfermos vuelvan a sus domicilios familiares, en donde son atendidos en su mayor parte por cuidadoras informales.

E-12 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN COMPARTIDA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PROGRAMA COMPARTE)

I. Lancharro Tavero[1], S. Ramos Sánchez[1], C. Hurtado Pedrosa[1], I. Turanza Pérez[1], A. Fernández Moyano[2], I. Vallejo Maroto[2]

[1]Unidad de Enfermería. Hospitalización Medicina Interna, [2]Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

1.-Evaluar el grado de implantación de la actividad enfermera, en el programa de atención compartida entre atención primaria y atención hospitalaria para pacientes con enfermedades crónicas (PROGRAMA COMPARTE)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre los dos primeros meses (Abril y Mayo) de implantación del PROGRAMA COMPARTE, en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. El PROGRAMA COMPARTE ha desarrollado la línea estratégica de atención específica a la población con enfermedades crónicas. Para ello, este programa es un modelo de atención longitudinal compartido entre distintos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Hospitalaria, distintos profesionales de la salud (Médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), y distintas especialidades médicas. Este programa, está orientado a la continuidad asistencial y a la seguridad clínica a través de una homogeneización de procedimientos y uso adecuado de los recursos. Tiene su operativización principal en la implementación de unos cuidados continuos en el manejo de las enfermedades crónicas y el desarrollo dirigido de unas actividades concretas entre los distintos niveles, profesionales y usuarios. De este modo, facilitará que si un paciente crónico ingresa en el hospital sea identificado y se le apliquen todas las actuaciones médicas, de enfermería y trabajo social que el plan ha desarrollado en base a la mejor evidencia científica disponible. Una vez que

el paciente es dado de alta, se seguirá un protocolo de coordinación con atención primaria y con la Empresa Pública de Emergencia Sanitaria (EPES) que permitirá que continúe el desarrollo de las actividades contempladas en el programa en el domicilio. Inicialmente los pacientes incluidos en este programa asistencial son aquellos con Pluripatología, Insuficiencia cardicaca o EPOC avanzada y los pacientes frágiles. Las variables analizadas que van a definir el grado de implantación han sido: 1-% de pacientes incluidos en el Programa Comparte a los que se les ha realizado una valoración general (según Modelo de Virginia Henderson). 2-% de pacientes incluidos en el Programa Comparte a los que se les ha aplicado un Plan de Cuidados de Enfermería directo (Insuficiencia Cardiaca, Pluripatológico o Epoc). 3-% de pacientes incluidos en el Programa Comparte a los que se les ha realizado un Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería (ICCAE). 4-% de pacientes incluidos en el Programa Comparte a los que al alta ha habido transferencia telefónica con enfermería de Atención Primaria. 5-% de pacientes incluidos en el Programa Comparte a los que al alta ha habido envío telemático del Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería.

RESULTADOS

En el 85 % de los pacientes incluidos en el programa comparte, se realizó informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería, que estuvieron disponibles vía digital en tiempo real en el 100 % de los casos para enfermería de atención Primaria. En el 99 % de los pacientes dados de alta, se realizó una transferencia telefónica adecuada entre Enfermera de Hospital y Enfermera gestora de casos de Atención Primaria. El resto de parámetros evaluados se completará en Mayo y estará disponible para ser presentado.

CONCLUSIONES

1.-Existe una alta implantacion en los indicadores de actividad enfermera del Programa Comparte analizados al momento (transferencia al alta).

E-13 INFLUENCIA POSITIVA DE LA MÚSICA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

M. Fernández Corrales, M. Garrido Fernández, P. Tirado Mesa, M. Cope García, M. Ledesma Molina, M. Moreno Sánchez

Servicio de Medicina Interna, 3ª C. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Reducir el grado de ansiedad y ayudar a pacientes hospitalizados para que se relajen para mejorar su estado de ánimo

MATERIAL Y MÉTODOS

Material: Equipos de música individuales. Métodos: En pacientes que demuestran tener síntomas de ansiedad ponerle música para relajarlos

RESULTADOS

Se ha comprobado que los pacientes responden positivamente a las audiciones musicales reduciendo su estado de ansiedad

DISCUSIÓN

Existe relación entre la disminución de la ansiedad del paciente y la aplicación de la música cuando el paciente está estresado

E-14 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR PRINCIPAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

P. Tirado Mesa, M. Ledesma Molina, M. Garrido Fernández, M. Fernández Corrales, R. López Campos, A. Rebollo Gutiérrez
Servicio de Medicina Interna 3ª C. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS
Establecer un plan de mejora de la atención al cuidador principal en nuestra unidad.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se utilizó como material un documento de recomendaciones normalizado junto con todos los recursos humanos disponibles en el servicio. El método utilizado fue a través de la identificación y valoración del cuidador, revisión y análisis de las recomendaciones y planes de mejora de la atención a las personas cuidadoras publicados en el servicio andaluz de salud.
RESULTADOS
Un plan de mejora de la atención al cuidador principal.
CONCLUSIONES
Con este plan de mejora conseguimos optimizar la atención al cuidador principal en nuestra unidad.

E-15 ULTIMAS VOLUNTADES: CONOCIMIENTO Y ACTUACION DE LAS ENFERMERAS

M. Garrido Fernández, M. Fernández Corrales, R. López Campos, P. Tirado Mesa, M. Moreno Sánchez, M. Cope García, M. Ledesma Molina
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS
Las voluntades anticipadas significan un paso más, en el deseo de involucrar a la persona en la toma de decisiones, sobre el tipo y nivel de cuidados. Ante la posibilidad de perder la capacidad para decidir, las voluntades anticipadas son un instrumento muy útil, para que la persona exprese previamente sus deseos, si llega el momento en el que no se pueda manifestar. Una de las obligaciones profesionales de la Enfermería, es satisfacer las necesidades básicas de las personas y su familia, aplicando la ética del cuidado. Creemos que, en este sentido, las enfermeras que atienden a los pacientes pluripatológicos y de edad avanzada de Medicina Interna, deben conocer a fondo lo legislado en relación con el documento de instrucciones previas y la situación de desarrollo del mismo en su centro de trabajo. El objetivo de nuestro estudio es conocer la situación actual del grado de conocimiento e integración en la práctica de dicho documento, por parte de Enfermería.
MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio transversal, donde se incluyó a todo el personal de Enfermería (18) de la Unidad de Alta Resolución (UAR) de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía. Se realizó una encuesta validada dividida en tres grupos sobre: 1) Conocimientos del documento. 2) Procedimiento para efectuarlo en el centro de trabajo. 3) Integración en la práctica de los cuidados del enfermo. Se consideró óptimo el responder de forma afirmativa a una cifra mayor o igual al 66.6% de las cuestiones de cada grupo e insuficiente a una cifra menor o igual al 66.6%
RESULTADOS
De las 18 enfermeras de la Unidad, realizaron la encuesta 17(94,44 %) y se obtuvieron los siguientes resultados: Del grupo 1) sobre conocimiento se obtuvo una respuesta óptima del 52,94 %. Del grupo 2) sobre procedimiento se obtuvo una respuesta óptima del 17,65 %. Del grupo 3) sobre integración en la práctica se obtuvo una respuesta óptima del 5,88 %.

CONCLUSIONES

Se obtuvieron resultados óptimos en cuanto a conocimiento del documento, pero insuficiente en cuanto a los procedimientos e integración en la práctica diaria. Creemos importante la realización de sesiones de difusión de dicho documento para poder integrarlo en nuestra práctica.

E-16 ROL DE ENFERMERIA EN LA ACREDITACION DE UNA UNIDAD DE GESTION CLINICA

J. Parra Perea, M. Mendoza Porcuna, E. Barambio Ruiz, A. Prieto Martos, A. Rodríguez Mangas, F. Segura Maestre

U. G. C. Cirugía de Tórax y Trasplante de Pulmón. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Dar a conocer los resultados obtenidos en la acreditación externa de nuestra Unidad de Gestión Clínica (U. G. C.)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado el Programa de Acreditación de U. G. C. que está estructurado en cinco bloques: I) El Ciudadano como Centro del Sistema Sanitario; II) Organización de la actividad centrada en el paciente; III) Profesionales; IV) Estructura y V) Resultados. Estos bloques constan de 112 estándares que se dividen en tres grupos. - Grupo I: Aquellos que contemplan los derechos consolidados y los aspectos ligados a la seguridad, continuidad y satisfacción de los ciudadanos y elementos prioritarios de SSPA. Dentro del mismo existe un apartado de estándares que tienen consideración de Obligatorios. - Grupo II: Los asociados al mayor desarrollo de la Organización. - Grupo III: Los que llevan a la U. G. C. a constituirse en referente para el resto del sistema.

RESULTADOS

De los 112 estándares que han sido evaluados, la Unidad ha cumplido el 90,8 % del Grupo I, incluido el 100% de los obligatorios, el 59 % de los del Grupo II y el 28 % del Grupo III. El grado de cumplimiento de los estándares adjudicados a enfermería ha sido del 91,6 %, que se desglosa en 100% de los obligatorios conseguidos y sólo un estándar no obligatorio no se ha alcanzado (Tabla de Resultados).

DISCUSIÓN

El proceso de Acreditación de las U. G. C. determina de qué manera la atención que se presta a los ciudadanos, en materia de salud, se ajusta a los patrones de referencia establecidos en el modelo de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Con los resultados obtenidos hemos conseguido la Acreditación Avanzada, quedando pendiente el cumplimiento de un 9,2 % de los estándares del grupo I para alcanzar la Acreditación Optima. En relación con la labor de enfermería de nuestra Unidad, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha considerado como elementos de calidad destacada, que sirven como ejemplo a otras unidades, la realización de estudios de opinión de los usuarios mediante grupos focales y la aportación de un documento informativo de ayuda al alta hospitalaria en pacientes sometidos a cirugía de tórax.

CONCLUSIONES

-La Acreditación significa un reconocimiento de que se cumplen los requisitos necesarios para prestar una asistencia de calidad y que se ha emprendido una línea de mejora continua. - Nuestra Unidad ha conseguido la Acreditación Avanzada. - El grado de cumplimiento de los estándares encomendados a enfermería ha sido del 91,6 %.

Resultados (E-16)

	No cumplen	%	Cumplen	%	Cumplen Enferm.	%
GRUPO I	6/65	9,2	59/65	90,8	11/12	91,6
Grupo I Obligatorios	0/35	0	35/35	100	4/4	100
Grupo I No Obligatorios	6/30	20	24/30	80	7/8	87,5
GRUPO II	12/29	41,4	17/29	58,6		
GRUPO III	13/18	72,2	5/18	27,8		
Totales	31/112	27,7	81/112	72,3		

E-17 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DUELO

M. Cope García, M. Rodríguez Fernández, M. Garrido Fernández, M. Fernández Cortés, P. Tirado Mesa, M. Ledesma Molina, M. Muñoz Reyes, A. Calero Serrano
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS
Definición. Fases.
MATERIAL Y MÉTODOS
Tipos de actuación. Pautas de actuación.
CONCLUSIONES
Competencias de la enfermera.

E-18 USO DEL SISTEMA DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA Y LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS

E. Villalba Montoro, J. Lozano Sanchez, C. Blanco Acevedo
Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS
Determinar la incidencia de asociación entre la aparición de enfermedad tromboembólica con el uso de sistema de compresión neumática (SCN) asociado al uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes intervenidos de procedimientos neuroquirúrgicos. Determinar la distribución del sexo en la aparición de enfermedad tromboembólica.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se realiza un estudio retrospectivo de corte transversal en 100 pacientes, los cuales se le prescribió el uso de SCN en miembros inferiores asociado al uso profiláctico de HBPM, basados en factores riesgo de padecer enfermedad tromboembólica. Se estudiaron los pacientes con procesos expansivos cerebrales (Gliomas, Menigiomas, etc.) y patología medular, con tiempo quirúrgico prolongado. Se colocó a dichos pacientes el SCN al momento del acto quirúrgico y se mantuvo durante 48-72 horas con un máximo de 21 días, y una media de 7 días.
RESULTADOS
Se evidencio un 2% de enfermedad tromboembólica, distribuida equitativamente en ambos sexos. En el sexo masculino se trató de un TVP en el postoperatorio tardío, mientras que el sexo femenino se trató de un TEP en el postoperatorio inmediato, no hubo mortalidad. Los pacientes que requirieron mayor tiempo de (SCN) fueron los intervenidos de Meningiomas, predominando el sexo femenino.

CONCLUSIONES

El uso de SCN es una herramienta útil aplicada a pacientes con factores de riesgos importantes de padecer enfermedad tromboembólica, para disminuir su incidencia y contribuir a la recuperación optima en pacientes neuroquirúrgicos que por frecuencia por si mismos son complejos en su manejo terapéutico.

Edad Avanzada y Pluripatológicos (EA)

EA-02 ¿ENTENDEMOS LO MISMO POR PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN DIFERENTES REGIONES DE ESPAÑA?

B. Barón Franco, M. Bernabeu Wittel, C. Ramos Cantos, A. Fernández Moyano, M. Ollero Baturone, J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zalvide e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar posibles diferencias en las características clínico-asistenciales de pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND desde diferentes regiones

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Comparación de las características demográficas, clínicas y asistenciales de los PPP incluidos en las diferentes Autonomías. Se utilizaron los test de Chi2, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05

RESULTADOS

De los 1632 PPP incluidos, un 58.5% (n=955) lo hicieron hospitales de Andalucía+Canarias (zona SUR (S)), seguida de C. Valenciana+Murcia (ESTE(E)) (18.9% (n=309)), Castilla-León+Cantabria (NOROESTE(NO)) (12.8% (n=209)), Cataluña+ Baleares+Aragón (NORESTE(NE)) (7.2% (n=118)), y Madrid+Castilla-La Mancha (CENTRO(C)) (2.5% (n=41)). Las diferencias máximas de edad se encontraron entre los PPP del S (75.7±9 años) y los del NE (79±9, p<.0001) y E (78.6±9, p<.0001); mientras que el porcentaje de sexos fue similar (diferencia máxima entre NO y E con 55% y 48% de varones respectivamente (p=.27)). La diferencia más acusada en el nº categorías de inclusión se produjo en los PPP de S (2.7±.8) con respecto a los de NO (2.5±.7; p=.006). Las cardiopatías crónicas fueron más prevalentes en los PPP de S (79.5%) con respecto al E (72.5%, p.01; OR=1.4[1.1-2]) y NO (72.7%, p.03 OR=1.45[1.03-2]); las neumopatías crónicas tuvieron una prevalencia similar (entre el 43.7%-52.5%, p.49), así como las enfermedades neurológicas (entre el 33.3%-40.7%, p.15), y el porcentaje de PPP con neoplasia activa (entre el 13-22%, p=.29). La carga de comorbilidad por el índice de Charlson fue superior en los PPP de S (4.01±2 y NO (4.18±1.8 con respecto a E (3.59±1.9; p=.004 y.012, respectivamente). No hubo diferencias significativas en la clase funcional NYHA (en clase III entre el 30%-48%, y en clase IV entre el 1.2%-4.8%, p=.09) ni MRC (en clase III entre el 30%-48%, y en clase IV entre el 1.2%-4.8%, p=.09), ni tampoco en el nº de fármacos de prescripción crónica (entre 7.6±3) y 8.6±4), p.3). El porcentaje de PPP con >1caída en al año previo fue superior en S (22.4%) respecto al E (14.6%; p=.003; OR=1.7[1.2-2.4]) y NO (11%; p<.0001; OR=2.3[1.5-3.7]). Desde la perspectiva funcional los PPP con mayor deterioro fueron los incluidos en el área E (medianas de I. de Barthel=65[RIC=55]) y de L-Brody=2[RIC=3]), con diferencias significativas respecto al resto de áreas (medianas de I. de Barthel=80-85[RIC=35-45])

y de L-Brody=3-4.5[RIC=4-6]). A pesar de que el porcentaje de PPP que desarrolló delirium en el último ingreso fue superior en S (16%) y E (15%) con respecto al resto de las áreas (entre 4.8-5.5%; p<.0001), el deterioro cognitivo basal encontrado fue similar (diferencia máxima de errores en la escala de Pfeiffer fue entre C (1.5, RIC=4) y NE (2, RIC=5), p.08). La situación sociofamiliar (diferencia de puntos máxima en escala Gijón entre C (10.9±) y NE (10.2±), p.19), y el perfil de la cuidadora principal (mujeres en el 80-89% de los casos, p=.136; con edades medias de 56-59 años, p=.33) fueron similares en todas las áreas

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

Existen ciertas diferencias en el perfil de los PPP incluidos desde diferentes áreas en el estudio PROFUND, predominando la fragilidad clínica inducida por la carga de categorías en áreas del SUR y CENTRO, y la inducida por la carga etaria en áreas del ESTE, NOROESTE y NORESTE. El perfil de la cuidadora principal y la situación sociofamiliar de los PPP incluidos fue similar

EA-03 PERFIL DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES RECLUTADOS PARA EL PROYECTO PROFUND

C. Ramos Cantos, B. Barón Franco, M. Bernabeu Wittel, M. Ollero Baturone, J. Galindo Ocaña, A. Escalera Zalvide, L. Moreno Gaviño e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Caracterizar el perfil de prescripción farmacológica de pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Descripción del nº de fármacos, de la prevalencia de polifarmacia (prescripción crónica de 5 ó más fármacos), tipo de fármacos según cuestionario con 13 familias preseleccionadas y asociaciones de fármacos con significación clínica; realización de análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados a la polifarmacia con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05.

RESULTADOS

Los PPP incluidos tenían prescritos 8±3 fármacos (prevalencia de polifarmacia=85.6%; un 21% tomaba 10 ó más fármacos), siendo los más frecuentes los diuréticos (prescritos en 70% de los PPP), IECA/ARAII (65.5%), antiagregantes (50%), hipolipemiantes (33%), betabloqueantes (BB) (33%), antocoagulantes orales (ACO) (28%), antidiabéticos orales (27%), insulina (25%), benzodiacepinas (BZD) (22%), antidepresivos (12.7%), AINE (10%), neurolépticos (NL) (9%), y esteroides (5%). En asociaciones, el 8% tenía prescrito AINE+diuréticos, el 6.5% AINE+IECA/ARA2, y el 3% AINE+ACO; el 6% BZD+antidepresivos, el 3.4% BZD+NL y el 1% BDZ+NL+antidepresivos. Sólo el 28% de los PPP con insuficiencia cardíaca (n=942) tenían prescritos IECA/ARAII+BB+diuréticos y el 48% combinaciones de dos de las familias previas. Por el contrario el 83% de los pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus y/o arteriopatía periférica (n=968) tenía prescrita antiagregación

(477, un 49.3% con un fármaco y 75, un 8% con dos), hipocoagulación (191, un 20%), ó ambas (63, un 6.5%). En el análisis multivariante los factores asociados a la polifarmacia fueron las categorías de enfermedades cardiológicas (p=.004; OR=2.2[1.3-3.7]) y insuficiencia renal crónica/autoinmunes (p=.01; OR=2.4[1.2-4.6]), la puntuación en el índice de Charlson (p=.008; OR=1.2[1.05-1.4]), el deterioro de las actividades instrumentales en la inclusión (p=.03; OR=1.1[1.01-1.3]), el número de ingresos en los 12 meses previos (p=.003; OR=1.4[1.1-1.8]) y el IMC (p=.01; OR=1.06[1.01-1.1]).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

Una amplia mayoría de los PPP estudiados cumplía criterios de polifarmacia. Las asociaciones con significación clínica más llamativas fueron el uso concomitante de AINE en contextos de contraindicación relativa, la frecuente asociación de psicofármacos, el uso subóptimo de combinaciones sinérgicas para la insuficiencia cardíaca, y el uso según estándares de antiagregación-anticoagulación. Los factores asociados independientemente a la polifarmacia fueron algunas enfermedades (cardiopatías y insuficiencia renal/autoinmunes), la carga de comorbilidad-inestabilidad de la pluripatología y el deterioro de las instrumentales

EA-04 OBESIDAD E HIPOALBUMINEMIA: ¿COEXISTEN EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICOS DE NUESTROS HOSPITALES?

A. Fernández Moyano, L. Moreno Gaviño, V. Rodríguez Martínez, C. Luque Amado, M. Romero Jiménez, M. Maiz Jiménez, M. Rincón Gómez e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar las características nutricionales de los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo de valores de IMC, y variables analíticas básicas (porcentajes, valores centrales y de dispersión), y inferencial uni- y multivariante (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados al sobrepeso-obesidad (IMC>24.9), bajo peso (IMC<18.5), hipoalbuminemia (<3.5g/dL), y la doble malnutrición (definida por la concomitancia de sobrepeso-obesidad+hipoalbuminemia) con el paquete SPSS 16.0. El dintel de significación estadística se estableció para p<.05

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 1632 PPP (53% varones con edad media de 77.9±9.8 años). El IMC mediano fue 27.24 (rango intercuartil [RIC]=7); por categorías de la OMS el 2.2% presentaba bajo peso, el 27.3% peso normal y el restante 70.5% obesidad en diferentes grados (el 37.7% grado 1, el 27.4% grado 2 y el 5.4% grado 3). El sobrepeso-obesidad se asoció con el sexo masculino (p<.0001, OR=1.76[1.34-2.31]), la hipertensión (p<.0001, OR=1.85[1.36-2.5]), la diabetes (p=.009, OR=1.45[1.1-1.91]), el número de fármacos prescritos (p=.013, OR=1.06[1.01-1.1]), y negativamente con la presencia de neoplasia activa (p<.002, OR=0.62[0.46-0.83]), delirium en el último ingreso (p<.04, OR=0.65[0.43-0.97]), antecedentes de ulcus péptico (p<.048, OR=0.6[0.4-0.99]), el deterioro cognitivo por el I. Pfeiffer (p<.015, OR=0.95[0.9-0.99]), y un mayor nº de ingresos en los últimos 12

meses (p<.01, OR=0.9[0.83-0.97]). La albuminemia plasmática mediana fue 3.3 (RIC=.9); el 60%, 13.2%, y 0.3% presentaba valores menores de 3.5, 2.7, y 1.8g/dL, respectivamente. Se asociaron positivamente con la hipoalbuminemia la hepatopatía p=.011, OR=1.95[1.16-3.2]), las neoplasias activas (p<.0001, OR=1.8[1.3-2.4]), la necesidad de oxígeno domiciliario (p=.01, OR=1.55[1.1-2.2]), el delirium en el último ingreso (p=.008, OR=1.85[1.2-2.2]), haber presentado más de una caída en el último año (p=.03, OR=1.4[1.02-2.02]), y un mayor deterioro funcional para las ABVD en la inclusión (p<.0001, OR=1.025[1.012-1.02]), y negativamente con el número de fármacos prescritos (p<.044, OR=0.95[0.91-0.99]). Un total de 468 PPP (28.7%) presentaba doble malnutrición. Las variables asociadas a la presencia concomitante de obesidad e hipoalbuminemia fueron el sexo masculino (p=.005,OR=1.4[1.1-1.8]), las neoplasias activas (p=.009, OR=1.44[1.1-1.9]), la necesidad de oxigeno domiciliario (p=.001, OR=1.7[1.25-2.3]), y haber presentado más de una caída en el año previo (p=.005, OR=1.5[1.1-2])

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

Más de las dos terceras partes de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaban diversos grados de obesidad; por el contrario más del 60% tenía hipoalbuminemia, estando ambas situaciones presentes concomitantemente en algo más de la cuarta parte de los mismos. Si bien el efecto deletéreo de la obesidad y la hipoalbuminemia son de sobra conocidos, el impacto en la salud de la concomitancia de ambos factores se desconoce, a pesar de la frecuencia con la que la hemos detectado

EA-06 DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: ¿ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE PENSAMOS?

J. Galindo Ocaña, F. Martínez, N. Ramírez Duque, P. Giner, T. Martínez, M. Godoy, M. Cassani Garza e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Valorar el grado de deterioro cognitivo basal y los factores asociados al mismo en los pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo del estado cognitivo basal mediante la escala de Pfeiffer (EP), excluyéndose aquéllos pacientes con delirium en el momento de la inclusión. Análisis inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al deterioro cognitivo (definido por una puntuación en la EP con 3 ó más errores [4 ó más si no recibió educación primaria y 2 ó más si recibió estudios superiores]), con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una p<.05

RESULTADOS

Se incluyeron para el análisis un total de 1434 PPP (198 fueron excluidos por delirium). El número de errores mediano de la EP basal fue 2 (rango intercuartil [RIC]=5). El 39% de los PPP presentaba deterioro cognitivo (28% leve-moderado (de 3 a 7 errores), y el 11% severo (8 ó mas errores)). Las

preguntas con mayor porcentaje de respuestas erróneas fueron las referentes al cálculo matemático simple (54%), a referencias del entorno social recientes (31-37%), a la orientación temporal (28-40%), a referencias personales-demográficas (17.5-34.5%), y a la orientación espacial (17.6%). Sólo el 57.5% de los 561 PPP con deterioro cognitivo presentaron la categoría de enfermedades neurológicas crónicas, y tan sólo el 33% la demencia establecida. Las variables asociadas de forma independiente con el deterioro cognitivo fueron la mayor edad (p<.0001; OR=1.035[1.018-1.052]), el sexo masculino (p<.0001; OR=1.9[1.4-2.5]), las enfermedades neurológicas crónicas como categoría de inclusión (p<.0001; OR=2.7[2-3.6]), un IMC bajo (p=0.015; OR=1.03[1.006-1.051]). El uso de neurolépticos (p=.013; OR=1.9[1.15-3.3]), el deterioro funcional para las actividades instrumentales (p<.0001; OR=1.18[1.05-1.26]), y el riesgo sociofamiliar (p<.0001; OR=1.09[1.04-1.14]).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

CONCLUSIONES

En torno al 40% de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron deterioro cognitivo, siendo éste severo en algo más de la décima parte de ellos. La prevalencia con la que se detectó éste en pacientes que no presentaban la categoría de enfermedades neurológicas crónicas sugiere un infradiagnóstico del mismo y hace recomendable incluir la valoración mental cognitiva sistemáticamente a todos los pacientes pluripatológicos.

EA-07 CARACTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN DIFERENTES HOSPITALES ESPAÑOLES

A. Escalera Zalvide, F. Martínez, N. Ramírez Duque, P. Giner, T. Martínez, M. Godoy, M. Cassani Garza e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar las características sociofamiliares y los factores asociados al riesgo sociofamiliar en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Se excluyeron los PPP que vivían ya en residencias asistidas (n=107, un 6.5%). Descripción de la situación sociofamiliar mediante la escala de Gijón (EG) global y de cada una de sus 5 dimensiones (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social). Análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de los factores asociados a la presencia de riesgo/problemática social (puntuación en la EG≥10) con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05

RESULTADOS

La puntuación mediana en la EG de los PPP incluidos fue 10 (rango intercuartil [RIC]=5). Por estratos de riesgo social se situaron en riesgo bajo (<10 puntos) el 42%, en riesgo intermedio (10-16 puntos) el 53% y con problemática social establecida el 5%. La mayoría convivía con familiar(es) sin dependencia (29%) y/o con cónyuge de similar edad (26%), y el resto con familiares con dependencia (27%), ó solos (18%). Económicamente el 66% recibía entre la pensión mínima

contributiva y 1.5 veces el salario mínimo, el 18% recibía ingresos inferiores a la pensión mínima ó nada, y el 16% más de 1.5 el salario mínimo. La vivienda fue considerada adecuada en el 62.5% y con barreras arquitectónicas, humedades/mala higiene, ausencia de ascensor/teléfono, ó sin el mínimo equipamiento en el restante 37.5%. Las relaciones sociales las mantenían el 73% de los PPP, mientras que los restantes no salían de su domicilio. Finalmente el 78% no precisaba apoyo de la red social ó bien lo recibía adecuadamente, mientras que el 22% restante no. Las variables asociadas de forma independiente a la situación de riesgo social-problema social (10 ó más puntos) fueron el sexo masculino (p<.001; OR=1.8[1.3-2.5]), tener más errores cognitivos en la escala de Pfeiffer (p=.006; OR=1.1[1.02-1.16]), una dependencia funcional basal para las básicas medido por el I. Barthel (p=.018; OR=0.991[0.98-0.998]), y el tener un cuidador que no fuera familiar de primer grado (p<.0001; OR=3.7[1.8-7.5])

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

La mayoría de los PPP incluidos presentaba riesgo ó problemática social establecida. Las dimensiones más afectadas fueron la situación económica y familiar seguidas de la vivienda. El perfil del PPP con riesgo social correspondió a un varón con deterioro cognitivo y funcional que recibía el apoyo de cuidados de un familiar lejano ó una persona contratada

EA-08 PRECISIÓN DEL INDICE DE CHARLSON EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: DATOS PRELIMINARES DEL PROYECTO PROFUND

L. Moreno Gaviño, F. Martínez, N. Ramírez Duque, P. Giner, T. Martínez, M. Godoy, M. Montero Pérez-Barquero e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar el grado de precisión del índice de Charlson-Deyo (IC) para la predicción de mortalidad a los 12 meses en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de cohortes en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Recogida de datos epidemiológicos, clínicos y asistenciales en la inclusión; y seguimiento durante 12 meses ó hasta el fallecimiento. Análisis interino tras finalización del seguimiento de 824 PPP, del grado de calibración (curvas de calibración y bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow) y discriminación (curvas COR y cálculo del área bajo la curva) del IC sin ajustar por edad y ajustado por edad (ICAE) en la predicción de la mortalidad a los 12 meses, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05

RESULTADOS

La mortalidad global de la cohorte a los doce meses se situó en el 37.4% (308 PPP), y la mediana del IC y ICAE en 4 (rango intercuartil [RIC]=2) y 6.3 (RIC=2.4), respectivamente. La mortalidad observada para el primer cuartil de riesgo del IC fue 0% (pronosticada=12%), para el segundo cuartil del IC y ICAE fue el 27.6% y el 0%, respectivamente (pronosticada=26%), para el tercer cuartil del IC y ICAE fue el 35.1% y el 20.6%, respectivamente (pronosticada=52%), y para el último cuartil del IC y ICAE fue el 49.2% y el 41.7%, respectivamente (pronosticada=85%). La bondad del ajuste del

modelo fue buena para el IC estratificado por cuartiles de riesgo (Chi2=1.018, gl=2, p=.601), el IC bruto (Chi2=0.518, gl=5, p=.991), no calculable para el ICAE estratificado por cuartiles de riesgo y buena para el ICAE bruto (Chi2=5.617, gl=8, p=.691). En el análisis del poder discriminativo el área bajo la curva del IC y ICAE fue 0.608 (IC95%=0.557-0.622, p<.0001) y 0.638 (IC95%=0.583-0.667, p<.0001), respectivamente

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

La mortalidad global de la cohorte de PPP a los 12 meses fue elevada (más de la tercera parte). El índice de Charlson-Deyo sin ajustar y ajustado por edad obtuvo una buena calibración y un moderado poder discriminativo, cuando se aplicó a pacientes pluripatológicos

EA-09 FACTORES ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN UNA MUESTRA MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

V. Rodríguez Martínez, M. Montero Pérez-Barquero, F. Martos, M. Nieto Martín, A. Ruiz Cantero, F. Díez, M. Aguayo Canela e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia y factores asociados a haber presentado caídas en los 12 meses previos, en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis de la prevalencia de haber presentado más de una caída en los 12 meses previos a la inclusión y descripción del perfil clínico de los PPP que presentaron caídas. Análisis inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas a la presencia de más una caída en los 12 meses previos con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con p<.05

RESULTADOS

El 19% de los PPP incluidos (n=308) presentó más de una caída en los 12 meses previos. Los pacientes con caídas fueron mujeres en el 55% de los casos, con 78±8 años, una mediana de 3 (rango intercuartil [RIC]=1) categorías de inclusión más otras 3 (RIC=2) comorbilidades, y de 8 (RIC=5) fármacos prescritos. Un 30% de ellos había presentado delirium en el ingreso previo y un 70% requería de persona cuidadora (el 83% de ellos tenía persona cuidadora). Funcionalmente el I. Barthel basal fue 60 (RIC=50) y el L-Brody 2 (RIC=2), la mediana de errores en la escala de Pfeiffer 3 (RIC=6), y la puntuación en la escala de Gijón 11 (RIC=5). Las variables asociadas de forma independiente las caídas en los 12 meses previos fueron la categoría D (hepatopatía crónica) (p<.03; OR=1.9[1.06-3.3]), la categoría H (enfermedades osteoarticulares limitantes) (p=.008; OR=1.7[1.15-2.5]), la presencia de delirium en el último ingreso (p<.0001; OR=4[2.6-5.8]), una mayor dependencia funcional basal para las instrumentales medidas por el índice de L-B (p<.0001; OR=0.87[0.81-0.94]), el numero de ingresos en los 12 meses previos(p=.006; OR=1.1[1.02-1.16]), y la toma de antidepresivos(p<.0001; OR=2.1[1.4-3.1]), y como factor protector la toma de

betabloqueantes (p<.015; OR=0.65[0.45-0.92])

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

Una quinta parte de los PPP presentó más de una caída en los 12 meses previos a la inclusión. El perfil de estos pacientes correspondió a los de mayores edades, con elevada complejidad clínica (mediana de al menos 6 enfermedades crónicas), deterioro funcional y riesgo de claudicación social. Las variables asociadas independientemente a las caídas fueron algunas enfermedades (hepatopatías y osteoartropatías limitantes), el delirium y el número de ingresos previos, el deterioro funcional para instrumentales y la toma de antidepresivos

EA-10 PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DELIRIUM EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

C. Luque Amado, M. Montero Pérez-Barquero, F. Martos, M. Nieto Martín, A. Ruiz Cantero, F. Díez, M. Aguayo Canela e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de delirium durante el último ingreso hospitalario y los factores asociados al mismo en una población de pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis de la prevalencia de delirium (según la definición del Confussion Assessment Method) en el último ingreso, e inferencial uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las variables asociadas al mismo, con el paquete SPSS 16.0, considerando como dintel de significación estadística una p<.05

RESULTADOS

Se incluyeron 1632 PPP (53% varones con edad 77.9±9.8 años, el 75% se incluyó al alta hospitalaria, el 17.5% en consultas y el 7.2% desde Hospitalización Domiciliaria). La prevalencia de delirium en el último ingreso se situó en el 11% (n=198, 54% mujeres con edad media de 79±9 años, una media de categorías de inclusión=2.8±0.8, y de otras comorbilidades=2.9±1.8, un I. Barthel basal de 47.5±35 puntos, y un peso de comorbilidad asociada por el índice de Charlson de 4±2 puntos, con diagnóstico previo de demencia en el 50% de los casos). Las variables asociadas de forma independiente con el delirium fueron el sexo femenino (p=.038, OR=1.6 [1.025-2.48]), la mayor dependencia para las actividades instrumentales por el I. de Lawton-Brody (p=.041, OR=1.16 [1.34-2.48]), el diagnóstico previo de demencia (p=.017, OR=1.95 [1.12-3.4]), una mayor carga de comorbilidad por el I. Charlson (p=.028, OR=1.11 [1.011-1.22]), un índice de masa corporal menor (p=.037, OR=1.04 [1.002-1.08]), y la presencia de hipoalbuminemia (p=.025, OR=1.7 [1.07-2.8]).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

CONCLUSIONES

Una décima parte de los pacientes pluripatológicos incluidos presentaron delirium en el último

ingreso, lo cual es un indicador de la fragilidad de esta población. Las variables asociadas al mismo fueron el sexo femenino, la carga de comorbilidad y el diagnóstico previo de demencia, el deterioro funcional basal, y la malnutrición (bajo índice de masa corporal e hipoalbuminemia).

EA-12 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA CON NEOPLASIAS

M. Maiz Jiménez, J. Ortiz Minuesa, M. Bernabeu Wittel, B. Barón Franco, C. Ramos Cantos, A. Fernández Moyano, J. Galindo Ocaña e investigadores del Proyecto PROFUND
Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar las características diferenciales de los pacientes pluripatológicos con neoplasias (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de los PPP con neoplasias, e inferencial bivariado (Chi2, T de Student, ANOVA y post-hoc de Tukey y T3-Dunett, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney) y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de las posibles diferencias con la población de PPP reclutada sin neoplasias, con el paquete SPSS 16.0, considerándose el dintel de significación estadística con $p<.05$

RESULTADOS

Un total de 188 (11.5%) PPP presentaban algún tipo de neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa. El 67% eran varones con edad de 76±9 años, con una media de categorías de inclusión y otras comorbilidades de 2.7±0.8 y 2.67±1.8, respectivamente. El tipo histológico más frecuente fue el de adenocarcinoma 43.6% (n =82), seguido del carcinoma epidermoide con un 25.5% (n = 48), los hematológicos con un 6.5%, y hepatocarcinoma con un 2.7%. El órgano de origen más frecuentemente afectado fue la próstata 22.3% (n=42), seguida del pulmón 13.3% (n= 25), colon-recto 12.8 % (n = 24), hematológicos 8% (15), vejiga urinaria 7.56% (n=14) y mama 6.9% (n =13). En lo que se refiere al estadio en el que se encontraba la enfermedad neoplásicas, objetivamos un 60.1% (n= 113) en fase local y un 35.6% (n= 67) en fase metastásica. En el análisis multivariante quedaron como variables independientes asociadas a la población de PPP con neoplasias un mayor número de categorías de inclusión (p=.044, OR=2.6[1.02-6.6]), un mayor número de comorbilidades (p<.0001, OR=2.6[1.76-3.7]), un mayor deterioro cognitivo por la escala de Pfeiffer (p=.039, OR=1.25[1.011-1.55]), y una menor frecuencia de padecimientos cardiológicos (p=.001, OR=0.034[0.005-0.25]), insuficiencia renal crónica (p=.001, OR=0.55[0.011-0.28]), y arteriopatía periférica/diabetes con repercusión visceral (p=.001, OR=0.051[0.009-0.3]). No se encontraron diferencias en cuanto a la situación funcional, sociofamiliar, carga de ingresos hospitalarios, nº de fármacos prescritos, edad ni sexo.

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España.

CONCLUSIONES

La prevalencia de neoplasias en la muestra de PPP estudiada fue del 11.5% (un tercio de ellos en fase metastásica), siendo la histología y la localización primaria más frecuentes el adenocarcinoma

y la próstata, respectivamente. A pesar de las diferencias encontradas, los PPP con neoplasias constituyen una población homogénea y similar al resto de PPP en cuanto al deterioro funcional, situación sociofamiliar y necesidades asistenciales de hospitalización.

EA-13 PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE ESPAÑA

M. Rincón Gómez, J. Ortiz Minuesa, A. Escalera Zalvide, L. Moreno Gaviño, V. Rodríguez Martínez, C. Luque Amado, M. Romero Jiménez e investigadores del Proyecto PROFUND

Proyecto PROFUND. Grupo de Estudio de Pacientes Pluripatológicos y de Edad Avanzada de la SEMI

OBJETIVOS

Analizar el perfil de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares más prevalentes en pacientes pluripatológicos (PPP) incluidos en el estudio PROFUND

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que incluyeron a 1632 PPP (según la definición vigente desde 2007) de 36 hospitales españoles pertenecientes a 11 Autonomías, entre Febrero 2007 y Junio 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y medidas de dispersión) del perfil de riesgo cardiovascular (prevalencia de HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo), enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebrovascular), otras condiciones clínicas relacionadas, y el abordaje terapéutico de estos subgrupos, en pacientes PPP en España.

RESULTADOS

Los factores de riesgo vascular más frecuentes de la población de PPP incluida (53% varones, edad media 77.9±9.8 años) fueron la HTA (presente en el 71.8% (n=1171)), seguida de la obesidad en distintos grados (en el 70.5%), la diabetes (en el 45.6% (sin repercusión visceral en 29% y con repercusión visceral en el 16.6%)), las dislipemias (en el 28.9%), y el tabaquismo (6.1%). Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes fueron las cardiológicas, presentes en el 77.5% (insuficiencia cardiaca (IC) en el 57.7% (n=942), cardiopatía isquémica en el 40.5% (n=661), y ambas en el 21% (n=339)), seguidas de la enfermedad cerebrovascular, presente en un 25.8% (n=421), y la arteriopatía periférica sintomática (grado II ó más de la Fontaine), presente en un 13.1% (n=214). Otras condiciones frecuentemente relacionadas con el riesgo/enfermedad vascular fueron la fibrilación auricular crónica (en el 35.2%, asociada a enfermedades cardiológicas en el 29.4%, y aislada en el 5.8%), la insuficiencia renal crónica (en el 31%), el hipotiroidismo (en el 6.3%), el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (en el 5%) y la enfermedad tromboembólica (en el 3.6%). Un 47.6% de los PPP con IC presentaba disnea ≥3 de la NYHA, el 22% requería oxigeno en domicilio, el 8% presentaba diferentes grados de hipertensión pulmonar, el 5.5% portaban marcapasos, y el 4.2% prótesis valvulares. El valor de la HbA1c fue 7.20%±1.67%, de la creatinina 1.34±0.9mg/dL y el de la PCR ultrasensible 5.95 (rango intercuartil 19) mg/dL. El 7.1% de los 1171 PPP con HTA no recibían tratamiento antihipertensivo, el 24.1% recibía un fármaco y el 68.8% dos ó mas (mediana de hipotensores 2 [RIC=2] por paciente). Un 16% de los 740 PPP diabéticos no recibía antidiabéticos, un 35% antidiabéticos orales (27.7% uno y 7.3% dos ó mas), un 31.7% insulina y un 17.3 % recibía ambos; además un 72.7%/41% de ellos recibía IECA-ARAII/ hipolipemiantes, respectivamente. El 63% de los 472 PPP con dislipemia recibían hipolipemientes y el resto no. Sólo el 28% de los 942 PPP con insuficiencia cardíaca tenían prescritos IECA/ARAII+ betabloqueantes+diuréticos. Por el contrario el 83% de los pacientes con cardiopatía isquémica y/o

ictus y/o arteriopatía periférica tenía prescrita antiagregación (un 49.3% con un fármaco y un 8% con dos), hipocoagulación (20%), ó ambas (un 6.5%).

DISCUSIÓN

Estos resultados del Proyecto PROFUND se van a enviar para su posible presentación simultánea en los congresos de otras sociedades autonómicas de Medicina Interna de España

CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares así como sus factores de riesgo en general y las cardiológicas en particular se constituyen en las categorías y comorbilidades con mayor protagonismo en la población de PPP multicéntrica reclutada. Sin embargo se han detectado datos de tratamiento subóptimo según guías en la mayoría de las condiciones evaluadas. El probable impacto positivo en resultados en salud al intensificar las estrategias para el control del riesgo vascular y enfermedades cardiovasculares debe ser evaluado específicamente en esta población

EA-14 ¿SOMOS CAPACES DE PREDECIR QUÉ PACIENTES INGRESADOS PRESENTARÁN DELIRIO?

L. Martín Rodríguez[1], J. De la Cueva Rubio[1], M. Sánchez Galeote[2], L. Hermosín Álvarez[2], M. Martín Ponce[1], A. De Miguel Albarreal[1], C. Dominguez Sánchez[3], E. Aniano García[3]

[1]*Servicio de Medicina Interna,* [3]*D. Enfermería U. Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

[2]*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

OBJETIVOS

Estudiar la capacidad de una escala de riesgo de delirium para predecir aquellos pacientes que lo desarrollarán durante su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población diana: todos los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna del H. U. Valme desde marzo de 2009. A todos los pacientes se les aplican 2 escalas diferentes, una de predicción de riesgo de delirium y otra para confirmación del diagnóstico. La escala de predicción incluye 4 variables: edad mayor de 80 años, déficit visual, déficit auditivo y deterioro cognitivo preexistente. Esta escala la pasa el personal de enfermería de la Unidad. La escala de confirmación utilizada es la Confussion Asessment Method (CAM) validada al español y es pasada por el personal médico de la unidad al ingreso y si cambia el estado mental del paciente.

RESULTADOS

La muestra total fue de 135 pacientes, de los cuales 6 desarrollaron delirium (ver tabla 1). La escala tiene una sensibilidad del 100%, una especificidad del 28%, un valor predictivo positivo del 14% y un valor predictivo negativo del 100%. En el estudio descriptivo se observa que los pacientes con delirium eran más mayores, tenían mayor pluripatología y estaban tratados con un número mayor de fármacos (ver tabla 2).

DISCUSIÓN

La capacidad predictiva de la escala es limitada, a expensas de su baja especificidad, aunque su elevado valor predictivo negativo permite diferenciar una población de bajo riesgo, para centrar los esfuerzos preventivos en el grupo de mayor riesgo. Creemos que algunos factores fisiopatológicos no incluidos en ella pudieran incrementar su capacidad de predicción, lo cual precisa ser reevaluado. El disponer de la escala permite adelantarse al tratamiento y manejo del delirium, con lo que se evitarían complicaciones y el delirium en sí mismo. Esta posibilidad deberá evaluarse prospectivamente.

CONCLUSIONES

La escala de predicción de delirium tiene una buena capacidad de identificar los pacientes ingresados en riesgo de delirium. La utilización de dicha escala permite adelantar decisiones clínicas para manejo de los pacientes con riesgo de delirium.

Resultados (EA-14)

	Riesgo alto	Riesgo bajo	
Delirium	6	0	6
No delirium	36	93	129
	42	93	135

Descripción (EA-14)

	No Delirium	Delirium
Edad media (años)	70	79
Sexo (% varón)	52	33
Nº fármacos	7'4	10'3
Charlson	2'04	3'33
Criterios PP (%)	48	100

EA-15 UNA TRANSICIÓN MÁS SEGURA: DESDE EL HOSPITAL A LA COMUNIDAD: LAS RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS

N. Marín Gámez, H. Kessel Sardiñas, B. Cervantes Bonet, I. López Montoya, E. Ramos, L. Marina, G. Ramos Bosquet, R. López Zorrilla

UGCs-MI-Neurocirug-COT-Rhb-Vascular. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

El ingreso hospitalario es una excelente oportunidad para mejorar la gestión de altas de un subgrupo creciente, mayoritario y complejo de enfermos pluripatológicos que acumula reingresos y mortalidad, e invita a diseñar y proveer una asistencia diferenciada que garanticen coordinación y continuidad, dado que la cuarta parte de estos pacientes atendidos por medicina tienen más de 4 enfermedades crónicas, consumen ¾ partes de los recursos y se enfrentan al último cuarto de su vida

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajamos como UGC en un Hospital grupo II. Atendemos 119 pacientes hospitalizados/día, en 3 líneas funcionales (medicina interna general 80, 32 en perioperatoria y 7 en infecciones). El día a día se asume como estrategia multidisciplinar en la línea perioperatoria que da servicio a Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Vascular mayor y Neurocirugía, con dos sesiones semanales compartidas con Dues, Trab social y rehabilitación-Fisioterapia. De este mix, casi el 75% asocian > 4 condiciones médicas crónicas y según datos propios publicados en 2008 sabemos que consumen 13 asistencias médicas/año, 9 citas ambulatorias, 4 ingresos/año, y más de 7 fármacos/día. Son pacientes frágiles, con un índice de Barthel medio < 60 y un frecuente menoscabo en la valoración cognitiva y de las funciones mentales superiores (punto de corte Pfeifer>4) que los hace dependientes y los sitúa en riesgo de sufrir úlceras tipo UPP. La edad media en perioperatoria, 64 años (22-101), mediana de 71; varones (52%). El período interanual: Marzo 08-09. El diseño corresponde a una investigación evaluativa sobre una cohorte clínica con objetivo centrado en caracterizar la cohorte, detectar áreas de mejora y proponer intervenciones innovadoras que mejoren la salud.

RESULTADOS

Incluimos 1227 pacientes con unas variables de tendencia central para la edad algo más elevadas: media 69,77 años y mediana 72; y un rango más breve (39-98), -población anciana una vez excluido el subgrupo de politraumatizados en accidente, sensiblemente más joven). En ellos se hicieron converger además de las actuaciones médicas 597 intervenciones por DUE-enlace; 521 por trabajo social; 540 por RHB. En cuanto a las condiciones médicas: Fallos respiratorio, cardíaco; hiperglucemia con o sin Diabetes -con grado variable de enfermedad vascular- Delirio, Infección nosocomial (ITU y neumonía más que "del sitio quirúrgico") y alteración de medio interno, están presentes en el 70%, y los 3 primeros diagnósticos representan la tríada más común –con diferencia. Tipos y grados de deterioro cognitivo establecido concurrían en el 25%. Se incluyeron en Ley de Dependencia 29 expedientes y se cerraron 4. Puntos débiles: 1. la necesidad de un seguimiento más estrecho; 2. la comunicación mejorable con pacientes e inter-sanitarios, bidireccional, hospital y comunidad, salvo enfermería y trab social 3. la coordinación-continuidad y 4. la alineación de objetivos e incentivos –apenas se recompensa el esfuerzo multidisciplinar que consume tiempo y energías enfocado a pacientes vulnerables.

DISCUSIÓN

El perfil de la cohorte es de "alta complejidad". Estos pacientes deberían ser "de alta prioridad", y recibir un tratamiento diferenciado dentro del PAI que en Andalucía se denomina pluripatológicos. Áreas de mejora propuestas: 1) racionalizar y conciliar la intensa polifarmacia, mejorar la alianza terapéutica y la calidad de prescripción. 2) acordar un seguimiento tempestivo del "día de después" que evite la fragmentación estéril y agotadora. 3) garantizar que la información del curso hospitalario sea compartida en tiempo real al alta por comunitaria. 4) reducir estancias, reingresos y consultas que no aporten valor añadido y, naturalmente, ofrecer ayuda a los pacientes y familiares para evitar complicaciones costosas y debilitantes

CONCLUSIONES

El hospitalista estuvo "alguna vez" orientado hacia "la enfermedad aguda". Ahora se impone un cambio de diseño, una reingeniería que logre dar respuesta a una cohorte poblacional creciente: los enfermos crónicos de alta prioridad, con relaciones complejas, difíciles, a menudo imposibles...

EA-16 PERFIL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE 105 PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL ÁREA SANITARIA PERTENECIENTE AL CENTRO DE SALUD DE CAMAS (SEVILLA).

L. De la Higuera Vila[1], P. Bohórquez Colombo[2], D. Mendoza Giraldo[1], C. Hernández Quiles[1], L. Moreno Gaviño[1], D. Nieto Martín[1], M. Ollero Baturone[1], M. Bernabeu Wittel[1]

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

OBJETIVOS

Análisis descriptivo del perfil cardiovascular en una cohorte de pacientes pluripatológicos (PPP) de Atención Primaria pertenecientes al área sanitaria del Centro de Salud de Camas, Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron 105 PPP (siguiendo la definición vigente desde 2007) pertenecientes al Centro de Salud de Camas (Sevilla), durante el año 2008. Análisis descriptivo (porcentajes, valores centrales y medidas de dispersión) del perfil de riesgo cardiovascular (prevalencia de HTA, diabetes, dislipemia, obesidad y perímetro abdominal), otras condiciones clínicas relacionadas y el abordaje terapéutico de la diabetes de estos subgrupos, en pacientes PPP de éste área sanitaria de la provincia de Sevilla.

RESULTADOS

Del total de 105 PPP incluidos en el estudio 56 eran varones (53,3%) y 48 mujeres (46,7%), el 13,29% de la muestra era menor de 65 años, el 53,76 tenían entre 65 y 80 y el 32,95 % eran mayores de 80 años. La prevalencia de categorías definitorias de PP fueron: A 76.2%, B 18.1%, C 26.7%, D 2.7%, E 37.1%, F 33.1%, G 17,2%, H 26.2%. Según la clasificación de HTA del JNC VII, el 30,05% presentan TA normal, el 23,1% Pre-hipertensión, el 24,23% HTA estadio 1 y el 22,5% HTA estadio 2. El 41,9% de la muestra eran diabéticos que no cumplían las condiciones de la categoría F definitorias de PP. El 19 % de la muestra presentaba DM con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática y en el 5,7% coexistían las dos patologías que pertenecen a la categoría F, (arteriopatía periférica y DM con repercusión en órgano diana). La Hba1c.se encontraba por debajo de 7% en el 37.5% de los diabéticos, entre 7-8% en el 42,2% y en el 19% estaba por encima del 8%. Un 64,4 % de los diabéticos tomaban algún tipo de antidiabético oral y un 8,5 % tomaban más de uno. Hasta el 58,3% no estaban insulinizados mientras el 40,7% estaban en tratamiento con algún tipo de insulina, de los cuales 51,9% tomaban además un antidiabético oral y el 3,7 % más de uno. El colesterol total se encontraba por encima de 200 en el 30 % de la muestra mientras que tenían cifras de colesterol normal el 70%. Cuando analizamos las cifras de CLDL observamos como el 54% lo tenían menos de 100 mg/dl mientras que el 46 % lo presentaban por encima de 100mg/dl. El 22,4 % de la muestra presentaba un IMC entre 18 y 25, el 32,75% presentaba sobrepeso (IMC entre 25 y 30), el 21,26% obesidad (IMC entre 30 y 35) y el 18,3% eran obesos mórbidos. El 58 % de los hombres presentaban perímetro abdominal (PA) menor 105, mientras que el 42% lo tenían por encima de 105. En el caso de las mujeres el 7,6% de la muestra presentaba un PA normal, mientras que el 92,3% lo tenían por encima de 85cm.

DISCUSIÓN

Las categorías diagnósticas de pluripatología relacionadas con el riesgo cardiovascular y las enfermedades cardiológicas, representan el mayor peso dentro de la muestra de PP estudiada. Más de la mitad de los PP son diabéticos, hipertensos o tienen al menos sobrepeso, estando claramente elevado el perímetro abdominal en las mujeres, manteniéndose en cambio en niveles aceptables el valor de HbA1c y el colesterol LDL.

CONCLUSIONES

Las categorías diagnósticas de pluripatología relacionadas con el riesgo vascular suponen las de mayor peso diagnóstico dentro de la muestra de PP estudiada, siendo necesario evaluar el probable impacto positivo en resultados en salud el intensificar las estrategias para el control del riesgo vascular y enfermedades cardiovasculares de estos sujetos.

EA-17 REGISTRO DE VARIABLES DE PACIENTES VALORADOS POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Domínguez Álvarez[1], F. Martínez Peñalver[1], A. Valiente Méndez[2], J. Reveriego Blanes[2], J. Boceta Osuna[2], J. Royo Aguado[2], M. Aguayo Canela[2]

[1]Servicio de Medicina Interna B, [2]Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico del paciente consultado al ESCP hospitalario a lo largo de un año de seguimiento, su destino al alta y su impacto sobre los pacientes atendidos por el equipo domiciliario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de la actividad clínica del ESCP-H desde el 01/03/08 al 28/02/09. Se creó una ficha de valoración de pacientes y una base para analizar los datos en SPSS 15.0,

recogiendo servicio remitente, edad, sexo, diagnóstico, estadio de la enfermedad, grado de conocimiento de la misma, síntomas detectados, estrategia terapéutica, sedación si procede y destino al alta. Las valoraciones se realizan a petición del médico responsable del paciente.

RESULTADOS

Analizamos 315 pacientes con criterios de inclusión en CP. El 96% fueron pacientes oncológicos, con una edad media de 63,87 años; el 41% eran mujeres y el 59% varones. El 71,4% se encontraban en situación terminal, el 24,4% avanzada no terminal y el 1,6% en situación de cronicidad. Procedían de Oncología 41,8%, Medicina Interna 26,8%, otras especialidades médicas 14,1%, y especialidades quirúrgicas 6,8%. El 4,9% estaban ya en Proceso de CP y el 95,1% fueron casos nuevos. La media de tiempo de seguimiento fue de 6,16 días y generaron un total de 922 visitas. El 29,1% recibieron una única visita, y 50,3% requirieron un Plan de Atención Compartida con los profesionales remitentes. La distribución por tipo de tumores fue de: 37,1% gastrointestinal, 22,5% broncopulmonar, 10,2% genitourinario, 8,6% ginecológico, 7% mama, 13,3% otros tipos. La media para el índice de Karnofsky fue de 40,39. En el momento de la valoración los síntomas que presentaban eran: náuseas 70,5%, disnea 53,7%, dolor 35,9%, estreñimiento 27%, delirium 23,5%, insomnio 20,3%. También se recogió el grado de información que tenía el paciente respecto a su diagnóstico y pronóstico. El 17,1% no conocían nada, el 13,7% tenían un grado de conocimiento dudoso, el 18,7% conocían la enfermedad maligna pero no el pronóstico, el 5,4% conocían su diagnóstico y además se planteaban la posibilidad de fallecimiento, y el 16,8% conocían de totalmente su diagnóstico y su pronóstico vital. En el resto de pacientes variable no recogida por deterioro cognitivo. Al alta, se remitieron a Atención Primaria los 23 pacientes de baja complejidad, 125 a los ESCP-D y se trasladaron 39 pacientes a otros centros. Finalmente 110 pacientes (34,9%) fallecieron bajo la asistencia compartida del ESCP-H y del servicio remitente. De los fallecidos, 75,8% precisaron sedación paliativa según protocolo del centro, que corresponden con un 7,03% del total de los fallecidos en el Hospital en el mismo periodo.

DISCUSIÓN

El aumento gradual de consultas de otros servicios podría relacionarse con la accesibilidad, rapidez de respuesta, resolución de problemas en equipo, y agilización de las altas, junto con actividades de formación básica en cuidados paliativos en los distintos servicios. La coordinación con Oncología confiere un valor añadido a este servicio, que simultanea tratamiento específico y paliativo en un modelo que convendría extender. La coordinación con la UCP concertada facilitó la derivación de pacientes, con la ventaja de haber sido valorados desde un recurso avanzado de CP.

CONCLUSIONES

La implantación del ESCP-H ha supuesto la captación de 294 nuevos pacientes de CP desde su incorporación. Fallecieron durante su ingreso recibiendo CP el 34,9%, y el resto se derivaron a recursos de CP, aumentando la derivación a ESCP-D en 125 pacientes anuales. El perfil clínico del paciente consultado al equipo es: paciente de 60 años oncológico en fase terminal, incapacitado, con primario broncopulmonar o gastrointestinal fundamentalmente, y con deficiente control sintomático. El 35% fallecen en el hospital precisando en su mayoría sedación paliativa. La ubicación de las UCP en hospitales de segundo nivel es eficiente, pero conviene mantener y promover el enfoque de CP en los grandes hospitales.

EA-18 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIAR EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

D. Mendoza Giraldo[1], L. De la Higuera Vila[1], P. Bohórquez Colombo[2], C. Hernández Quiles[1], M. Nieto Martín[1], M. Bernabeu Wittel[1], M. Ollero Baturone[1]

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

OBJETIVOS

Analizar la capacidad funcional, el grado de autonomía y los factores de riesgo sociofamiliar de una cohorte de pacientes pluripatológicos (PPP) de un centro de Atención Primaria de la provincia de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en el que se incluyeron un total de 105 pacientes pluripatológicos (según la definición vigente desde 2007) pertenecientes al área de salud de Camas (Sevilla) entre marzo y agosto de 2008. Se realizó un análisis descriptivo de la capacidad funcional, mediante las escalas de Barthel, Lawton- Brody y Pfeiffer y de los factores de riesgo sociofamiliar mediante la escala de Gijón. Las variables dicotómicas se describieron mediante el número total y el porcentaje, y las continuas, mediante la media, la mediana, el máximo y el mínimo y la desviación estándar, analizándose los resultados con el paquete informático SPSS 15.0.

RESULTADOS

De los 105 PPP analizados fueron varones el 53,3% y mujeres el 46,7%. Se analizó el grado de dependencia, definido éste como una puntuación en la escala de Barthel inferior a 60 y/o una escala de Pfeiffer con resultado superior a 5 errores. En base a ello fue determinada la necesidad o no de cuidador y fueron analizadas las características del mismo. El 54,3 % de los pacientes PPP no requería cuidador mientras que el 45,7% sí lo requería. Un 18,3% presentaba dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 0-20), un 18,3% dependencia severa (21-60), un 25% dependencia moderada (61-90), un 10,6% dependencia leve (90-95) y el 27,9% Independencia (95-100). En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, el 42,2% presentaba dependencia total (escala Lawton- Brody de 0-1), el 14,7% presentaba dependencia severa (2-3), el 10,8% dependencia moderada (4-5), el 13,7% dependencia ligera (6-7) y el 18,6% independencia. En cuanto a la escala de Pfeiffer, un 41,6% presentaba un número de errores mayor de 5, mientras que un 58,4% presentó 5 o menos errores. Del total de los pacientes analizados un 61,3% disponía de cuidador, siendo éste en un 70% de los casos mujer. En cuanto a la relación que mantenía con el paciente, un 45,2% era cónyuge, un 42,3% hijo, un 3,8% familiar de segundo grado, un 1,9% vecino o amigo y un 6,7% personal contratado. Por otro lado se analizó el riesgo social mediante la escala de valoración sociofamiliar de Gijón detectándose que el 95% de la muestra no presentaba riesgo social (puntuación menor a 16), mientras que sólo un 5% presentaba riesgo sociofamiliar. En la esfera familiar, un 56,3% convivía con familiares o cónyuge sin dependencia, y el resto con convivientes con dependencia o solos. Económicamente el 46,7% recibía entre el salario mínimo y la pensión no contributiva, un 44,3% por encima del salario mínimo y el 9% por debajo de la pensión no contributiva o sin ingreso alguno. La vivienda se consideró adecuada en el 65,9% de los casos, mientras que el 34,1% presentaba barreras arquitectónicas, humedades, mala higiene o se encontraba carente del equipamiento adecuado. En cuanto a las relaciones sociales, un 86,8% de los pacientes salía a la calle manteniendo relaciones con amigos, vecinos o familiares y un 12,6% no salía a la calle. El 85,6% tenía apoyo familiar, vecinal, de voluntariado o a domicilio de algún tipo.

CONCLUSIONES

Los pacientes pluripatológicos en el ámbito de la asistencia sanitaria primaria presentan bajo riesgo

sociofamiliar, la mayoría conserva las relaciones sociales y dispone de apoyo de la red social, pero el 45,7% presenta dependencia de un cuidador en mayor o menor grado siendo el perfil del cuidador el de una mujer, esposa o hija del paciente.

Gestión Clínica (G)

G-01 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL. DIFERENCIAS ENTRE DISTINTAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

T. Cano Rodríguez, J. Blanco Hidalgo, C. Luque Rivera, J. Méndez Moreno, E. Jiménez Sequera, R. Arregui Pérez, M. Martínez Checa, M. Cámara Carmona

UCAMI. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO: Conocer la Calidad de Vida Profesional percibida por lo/as profesionales sanitarios de unidades con distintas características organizativas y estructurales. OBJETIVOS SECUNDARIOS: - Caracterizar el perfil de los profesionales -Conocer la relación entre el "Apoyo Directivo", la "Motivación Intrínseca y la "Demanda de Trabajo" con la Calidad de Vida Global percibida. -Conocer sí existe correlación entre la calidad de vida profesional y características de sociolaborales

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal correlacional. Ámbito de estudio: unidades de Cirugía, Medicina Interna, y 3 Unidades de especialidades: Oncología, Nefrología y Hematología de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. La población del estudio constituida está por 141 profesionales sanitarios de estas unidades. Como variable dependiente tomamos "calidad de vida global percibida" y como variables independientes cuantitativas el resto de las respuestas. Para la recogida de datos el instrumento utilizado ha sido el cuestionario anónimo, autoadministrado CVP-35 (Calidad de Vida Profesional global percibida) validado por varios autores en diversos estudios previos. Consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen como ayuda, las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10). Además incluimos una parrilla para recoger las variables sociodemográficas y laborales. ANÁLISIS DE DATOS Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS: mediante el paquete estadístico SPSS-16.00. Realizamos un estudio descriptivo de las variables cuantitativas obteniendo la Media, Desviación típica e Intervalo de Confianza (IC al 95%) y obteniendo porcentajes en variables cualitativas. Para la comparación de las medias utilizamos el test de Student y la prueba de correlación de Pearson para determinar las posibles correlación entre la variable CVP y el resto de variables

RESULTADOS

Perfil de los profesionales: 17% hombres y 83% mujeres. 60% enfermeras, 22% Auxiliares y 7% facultativos, pertenecientes 31% a U. de Medicina Interna, 30,5% a U. de Cirugía y 38,3% a U de especialidades. 54% fijos y 81% con turno rotatorio. Resultados de las puntuaciones obtenidos en los ítems del CVP-·35: -Nada satisfecho en: Conflictos con compañeros y posibilidades de promoción y apoyo de la empresa. - ALGO satisfecho en: satisfacción con el sueldo; posibilidades de promoción; reconocimiento; apoyo de los jefes; y claridad en el desempeño. -BASTANTE en: satisfacción, variedad e importancia del trabajo; apoyo familiar; y motivación intrínseca.- MUCHO en: apoyo de los compañeros; capacitación profesional;; consecuencias negativas y cantidad de trabajo En relación con las dimensiones valoradas la media más alta se encuentra en la "motivación intrínseca" con 7,82, la "demanda de trabajo" con una media de 5,71 siendo la dimensión con la

media más baja el "apoyo directivo" con 4,90. No se encuentran diferencias significativas entre la calidad de vida global y el sexo, la categoría profesional y el lugar de trabajo. En la comparación de medias (ANOVA) solo hay diferencias significativas entre situación laboral y conflictos con los compañero, claridad en las funciones y consecuencias negativas para la salud. La prueba de correlación de Pearson nos muestra que existe relación entre el "apoyo directivo" y la CVP percibida y entre la "motivación intrínseca" y la CVP, no existiendo relación significativa entre la "demanda de trabajo" y la CVP.

CONCLUSIONES

La mejora del rendimiento parece una exigencia incuestionable en la actualidad y, para cada uno de nosotros, depende de nuestro perfil profesional y de nuestra satisfacción y motivación Por ello estos resultados podrían ser un punto de partida para investigaciones más amplias que nos permitirá elaborar e implantar medidas encaminadas a apoyar a los profesionales para aumentar su percepción de calidad de vida en el trabajo, actuando principalmente en aquellas variables y dimensiones peor valoradas en el estudio.

G-02 LA MEDICINA PERIOPERATORIA COMO PARADIGMA DE SINTONÍA DE ESFUERZOS EN COMPETENCIAS DIFERENCIADAS

N. Marín Gámez, B. Cervantes Bonet, R. Ramos Sánchez, A. Ocaña, J. Masegosa, H. Fornieles Pérez, E. Ibáñez, T. Arqueros Amat

UCGs MI-Neurocirugía-RHB-Criticos. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Evaluación comparativa sobre el GRD 483 (supervivientes post intensivos con soporte ventilatorio > 96 hrs, traqueostomizados, con nutrición enteral y disfunción multiorgánica persistente), tal vez el más complejo para el mix de un servicio de medicina interna, para el estándar andaluz, los servicios de medicina isogrupo y el programa perioperatorio de Almería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Métodos. Los pacientes postcríticos supervivientes tras largo soporte ventilatorio e intensivo pueden ser casos en que el internista actúe como finalista. Este subgrupo acumula "peso", sufrimiento, comorbilidad, y complicaciones; exige tiempo y consume muchos recursos, tanto en cuidados como en tratamiento. Explotación del CMBD –case-mix- de los SSII de Andalucía 2009, web SAS y datos publicados para Almería sobre GRD 483 y las variables: "nº altas", "Estancia Media" (EM), "mediana", "peso" y otras variables asociadas con impacto clínico neto.

RESULTADOS

Nº casos: Andalucía 1051; Servs Medicina Interna -isogrupo- 37; medicina perioperatoria local: 50 para la serie (y 12 casos /año). EM: Andalucía 61,18; Servs Medicina Interna 93,92; perioperatoria 60.8. Mediana: Andalucía 47; Servs Medicina Interna 74; perioperatoria 43. La menor estancia media, y el mayor peso relativo (>10 veces el peso medio de un servicio médico) son descriptores de gestión que "contienen" lo siguiente: estos pacientes soportan 2,6 actos de cirugía mayor, y 2,3 infecciones nosocomiales; 18% de mortalidad, 34% de discapacidad/dependencia y 48% de supervivencia con buena calidad de vida ajustada para salud.

DISCUSIÓN

El programa "medicina perioperatoria" asumiendo GRDs "clásicamente quirúrgicos": 1. logra un sensible reducción de estancias y variables asociadas, tanto en el ámbito andaluz como respecto a los servicios médicos comparables. 2. aporta "valor" en complejidad, y atrae potencial financiación a la institución. 3. ofrece servicio diferenciado a pacientes quirúrgicos complejos de alto riesgo

La diferencia observada entre variables claves y servicios estriba, al menos, en: 1. el volumen de casos. 2. la variación por azar. 3. la variación interfacultativos, y, razonablemente, la sistemática o protocolo deliberado de atención del propio programa de medicina perioperatoria almeriense.

CONCLUSIONES

Pensamos que existen "sensibles" áreas de mejora: a) política de antibióticos, b) estrategia "manos seguras" y, sobre todo, c) una aproximación netamente profesional, pero Humana, en situaciones que individual, familiar y socialmente pueden definirse como catastróficas

G-03 ORDENAMIENTO DOCUMENTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Sánchez Rivas[1], B. Herrera Hueso[1], M. Bernabeu Wittel[1], L. Presa Cuesta[2], T. Desongles Corrales[2], P. Zamorano Imbernón[2], A. León Justel[2] y C. de Documentación Clínica y Sistemas de Información[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Comisión Central de Garantía de Calidad. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El ordenamiento de los documentos de las historias clínicas constituye un importante criterio de calidad, pues mejora y facilita la revisión de los datos clínicos y agiliza la asistencia. Sin embargo es un aspecto poco estudiado y revisado. El objetivo ha sido analizar el grado de ordenamiento documental de las historias de papel de un hospital de tercer nivel del sur de España y detectar posibles áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal por lotes aleatorios de historias que hubieran generado episodios en 2008, estratificando por consultas-hospitalización, servicios (un total de 41), y centros (un total de 9). La unidad de análisis se consideró el episodio, auditándose todos los de la historia hasta un máximo de 4. Se codificaron como correcta-incorrectamente ordenados el total de tipos de documentos que contenía cada episodio (0 a 28), según las normas de ordenamiento de documentación clínica internas del hospital (vigentes desde 2001). Se consideró un ordenamiento excelente cuando el nº de correctos fue >95% del total, adecuado entre 80-95%, y deficiente si<80%. Se analizaron diferencias por tipo de episodio y por centro mediante test de U Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con el paquete SPSS 16.0, estableciéndose como dintel de significación p<.05.

RESULTADOS

Se evaluaron 240 episodios (70% de hospitalización y el resto de consultas), de 106 historias, siendo la mediana de evaluados por unidad y centro 4 (rango intercuartil, RIC=7), y 18 (RIC=29) respectivamente. La mediana de episodios por historia fue 3 (rango intercuartil (RIC)=2), y de documentos por episodio 7 (RIC=6). La mediana de documentos correctamente colocados se situó en 1 (RIC=3), e incorrectamente en 5 (RIC=7); el porcentaje de documentos correctamente colocados en cada episodio fue del 18% (RIC=49). Tan sólo un 13% de los episodios cumplió el estándar del >80% de los documentos correctamente ordenados, y un 11.5% criterios de excelencia (>95%). La hoja de curso clínico, las gráficas, la hoja de tratamiento, la hoja de admisión, las analíticas, la evolución de enfermería y la de anamnesis-exploración supusieron más del 50% del total de documentos incorrectamente ordenados. La mediana de documentos en los episodios de Hospitalización fue superior a los de consultas (9 [RIC=6] versus 4 [RIC=5], p<.0001), pero no encontramos diferencias en el ordenamiento (documentos correctamente ordenados 17% (RIC=40%) en los episodios de hospitalización y 25% (RIC=80) en los de consultas (p=.341). Tampoco se encontraron diferencias

significativas en el análisis por centros. Las anotaciones cualitativas de los auditores más frecuentes fueron: existen numerosas hojas sueltas fuera de los episodios, en una misma carpeta se han unido dos ó más episodios, hay documentos propios de la Unidad que no encajan en ninguno de los 28 tipos de documentos vigentes, hay episodios en los que toda la documentación está suelta.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos son concordantes con la percepción de la mayoría de los profesionales sanitarios con respecto al ordenamiento documental en las historias clínicas. Entendemos que la posible explicación subyace tanto en una ordenación deficiente durante y tras el cierre de los respectivos episodios asistenciales, como en el uso inapropiado y desordenamiento de que son objeto las historias cuando se utilizan con fines docentes y de investigación.

CONCLUSIONES

Menos de la quinta parte de los documentos están correctamente ordenados en las historias de nuestro centro, y los estándares de adecuación/excelencia se cumplieron sólo en 13%/11.5% de los episodios. Seis de los 28 tipos de documentos tuvieron un peso de más del 50% en el ordenamiento incorrecto. Estos datos junto con las anotaciones cualitativas de los auditores deben hacernos reflexionar sobre optimizar las estrategias de ordenamiento documental en la futura historia digital.

G-04 EL PAPEL DEL INTERNISTA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO FALLECIDOS

R. Yeste Martin, F. Báñez Sánchez, G. Duro Ruiz, F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez, E. Gálvez Gálvez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Se trata de conocer el perfil de los pacientes que fueron éxitus, atendidos por patología médica en un hospital quirúrgico de tercer nivel donde la presencia de Medicina Interna consta de dos facultativos que realizan su función mediante hojas de consulta (HDC) de otros Servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el periodo de tiempo que comprende desde el 1 de Junio de 2006 hasta el 31 de Diciembre de 2008 se recogieron datos de las historias clínicas de pacientes (P) atendidos por Medicina Interna a través de HDC y que fueron éxitus en un hospital Quirúrgico que consta de los Servicios de Traumatología (50% de las camas), Neurocirugía (12% de las camas), ORL (12% de las camas), Cirugía Maxilofacial (1% de las camas) y Psiquiatría (25% de las camas)). Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), especialidad a la que pertenecían, patología por la que estaban ingresados, días transcurridos desde el ingreso hasta la realización de la HDC, días de seguimiento por Medicina Interna hasta el éxitus y patología que precisó la HDC.

RESULTADOS

De los 1321 P atendidos durante dicho periodo, se recogieron los datos de los 1108 P en los que constaba en el registro realizado por medicina interna la evolución final de los mismos. 37 P (3.34%) fueron éxitus, de los cuales 17 eran varones y otros 20 mujeres con una edad media de 80±9 y 81±7 años respectivamente. La media de días desde el ingreso hasta la HDC fue de 8,8 días siendo el máximo de 36 días y el mínimo el día del ingreso, la mediana fue de 6 días. Los días de seguimiento hasta el éxitus fueron 7.3, siendo el máximo de 41 y el mínimo fue éxitus en el mismo día en 5 P, la mediana fue de 5 días. En cuanto a la procedencia de las HDC el 81% (30P) fueron de Traumatología, el 13,5% (5P) de Neurocirugía, el 2,7% de Cirugía Máxilo-facial (1P) y el 2,7% de Otorrinolaringología (1P). No hubo éxitus en los demás Servicios. Las patologías mas

frecuentes que motivaron el ingreso fueron fractura de cadera con el 62,1% (23 P), hemorragia cerebral 8,1% (3P), fractura de fémur 5,4% (2P) y el resto 9 P (24,3%), fueron variadas: metástasis óseas, TCE, politraumatizado, fractura de húmero, estenosis subglótica, fractura malar, hidrocefalia normotensiva, lumbalgia e infección de herida quirúrgica, con un 2,7% cada uno. Las patologías que principalmente motivaron las HDC fueron la insuficiencia cardio-respiratoria e infección respiratoria 27% (10P), deterioro del estado general 32,4% (12P), patología digestiva 10,8% (4P), fiebre 10,8% (4P) y otras causas variadas en el 18,9% (7P).

DISCUSIÓN

Del estudio se desprende la gran actividad que realiza el Servicio de Medicina Interna en este tipo de hospitales donde la mayoría de los P sobre los que se le consulta hay que seguirlos a diario y donde algunos acaban siendo éxitus. La mayoría de los pacientes que fallecen son de edad avanzada y pertenecen al Servicio de Traumatología destacando la fractura de cadera como la principal causa de ingreso que lleva a la muerte; como causa final del éxitus destaca un grupo importante que fallece por deterioro general donde la mayor parte podría atribuirse a insuficiencia cardio-respiratoria no pudiendo precisar este juicio clínico. Destaca como muy frecuente la patología infecciosa de diversa causa pero principalmente la respiratoria.

CONCLUSIONES

-Traumatología es el Servicio donde se produce la tasa mas alta de éxitus - En la mayoría de los casos la causa que motivó el ingreso del paciente fue la fractura de cadera. - La patología infecciosa y el deterioro general fueron las causas principales que desencadenaron la fatal evolución.

G-05 ANÁLISIS DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN DE LA PROVINCIA DE JAÉN

B. Cortés Rodríguez[1], F. Rosa Jiménez[2], A. Lozano Rodríguez-Mancheño[1], C. Duro López[3], J. Gutiérrez Cuadra[4], F. Oña Antolín[5], F. Hoyo Rodríguez[6], C. Granados García[7]

[1]Servicio de Medicina Interna, [3]Servicio de Urgencias, [7]Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución de Segura de la Sierra (Jaén)

[2]Servicio de Medicina Interna, [4]Gestoría del Usuario, [5]Coordinador de Enfermería, [6]Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete (Jaén)

OBJETIVOS

Analizar la cumplimentación de los formularios de CI (FCI) realizados en los Hospitales de Alta Resolución de Alcaudete (HARA) y Sierra de Segura (HARSS), en sus vertientes diagnóstica y quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió, mediante revisión de las historias clínicas, una muestra aleatorizada de los FCI cumplimentados para actuaciones quirúrgicas (cirugías mayor ambulatoria, cirugía menor ambulatoria y cirugía urgente) y pruebas diagnósticas incluidas en nuestra cartera de servicios que precisan de un FCI (TAC con contraste intravenoso, enema opaco, urografía intravenosa, PAAF tiroidea, fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva-alta y baja- y ergometría) realizadas en el año 2008 en ambos hospitales. Se analizaron 2 grupos de parámetros: los específicos del FCI (existencia e identificación de la técnica) y los relativos a la identificación (identificación del paciente o su representante y su firma, identificación del facultativo y su firma).

RESULTADOS

En el año 2008 se realizaron 2566 actuaciones que precisaban de un FCI: 1079 quirúrgicas y 1487 diagnósticas. Se analizaron 669 actuaciones: 337 procedimientos diagnósticos (50.4 %) y 332

actuaciones quirúrgicas (49.6 %). En el 97.3 % de los casos (651) se localizó el FCI en la historia clínica, siendo significativamente más frecuente su ausencia en las pruebas diagnósticas (5 % vs. 0.3 %, test de la Chi2, p = 0.001). En todos los casos, el FCI especificaba la técnica a realizar. De los 651 CI analizados, el 37,8 % (246) tenía incompleto alguno de los cuatro campos identificativos, siendo más frecuente en las pruebas diagnósticas que en las actuaciones quirúrgicas (49.1% vs. 26.9%, test de la Chi2, p = 0.001). Faltaba la identificación del médico en 214 (32.9%), la firma del médico en 185 (28.4%), la identificación del paciente en 65 (10%) y la firma del paciente en 23 (3.5%). Entre los que falta algún dato, es más frecuente la ausencia de la identificación del facultativo (69.1 %) que del paciente (8.5 %) o de ambos (22.4%). Se detectaron distintos tipos de errores: uso de distintos FCI para una misma técnica, ausencia de epígrafe para la firma del facultativo y del paciente, firma del médico solicitante de la prueba diagnóstica pero no del que realiza la misma y ausencia de una localización específica del FCI en la historia clínica del paciente.

CONCLUSIONES

1) Se destaca el elevado cumplimiento de la obligación de obtener un FCI en las circunstancias marcadas por la ley. 2) La heterogeneidad en la localización del FCI puede dificultar su localización o provocar su extravío. 3) En las pruebas diagnósticas se detectan más fallos en la cumplimentación del FCI que en las quirúrgicas. 4) Destacamos la utilidad de las autoauditorías para detectar áreas de mejora que ayuden a optimizar la calidad de los mismos.

G-06 CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Escolano Fernández, M. González Benítez, M. Godoy Guerrero, M. Maiz Jiménez, G. Jarava Rol, M. Grana Costa, A. Pérez Rivera, A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Analizar los errores de prescripción en el tratamiento médico indicado en la historia clínica del paciente

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna el día de la recogida de datos. Se excluyen a los pacientes ingresados en otras plantas de hospitalización que estén asignados a nuestro cargo. Se recoge el tratamiento prescrito por el médico responsable en la historia clínica del paciente que incluye: medidas generales (dieta, reposo/deambulación/ sedestación, constantes, oxigenoterapia), sueroterapia (tipo, cantidad), medicación (nº de fármacos, dosis, vía de administración, frecuencia al día) y los días transcurridos desde la última indicación de tratamiento completo.

RESULTADOS

Fueron incluidos 47 pacientes. En relación a las medidas generales, se encontraron 3 pacientes (6.4%) que no tenían indicado el tipo de dieta ni el control de constantes y en 17 (36.2%) la de oxigenoterapia. En 23 pacientes (48.9%) no estaba indicado si deberían permanecer en reposo, podían iniciar la sedestación o deambulación. En relación con la sueroterapia, sólo existe un paciente en el que no estaba especificado el tipo de sueroterapia a administrar. En relación con la medicación, se encontraron errores en 33 pacientes (70.2%) en el que la vía de administración y la dosis en al menos uno de los fármacos prescritos es dudosa. La media de días transcurridos desde la última indicación de tratamiento completo fue de 4.74 (máximo 23) y la del número de fármacos prescritos es de 9.11. La letra es ilegible en el 21.3% de los casos

DISCUSIÓN

Se ha encontrado un bajo porcentaje de errores de prescripción de dietas, control de constantes y sueroterapia. Los puntos débiles de la prescripción son la indicación de reposo o no del paciente, oxigenoterapia y la dosis y vía de administración dudosa en alguno de los fármacos prescritos

CONCLUSIONES

No especificar la dosis y vía de administración de fármacos puede conducir a errores en la administración de éstos por parte de enfermería

G-07 EXPERIENCIA DE LA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

N. Ramírez Duque, C. Hernández Quiles, D. Mendoza Giraldo, L. De la Higuera Vila, M. Ollero Baturone, L. Rivero, S. Gutiérrez Rivero, J. Cuello Contreras

Unidad Clínica de atención Medica Integral. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar los motivos de consulta mas frecuentes realizados al servicio de Medicina Interna desde un Servicio de Psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes consultados a Medicina Interna desde el Servicio de Psiquiatría durante un año (Marzo de 2008 a Marzo de 2009). Se ha realizado un análisis descriptivo de los motivos de consulta más frecuentes, así como de las características de los pacientes.

RESULTADOS

De un total de 684 pacientes ingresados en Psiquiatría durante el periodo de estudio se consultaron un total de 34 (4,6%). La edad media fue de 46,8±12,4 años y el 61,8 % ellos eran varones. Los diagnósticos psiquiátricos mas frecuentes fueron: esquizofrenia en el 58,8%, 23,5% depresión y en un 16,6% neurosis. El 79,4% de ellos habían necesitado al menos un ingreso previo en Psiquiatría y un 42,2% presentaban al menos una enfermedad crónica y un 23.5% habían requerido al menos un ingreso previo en un área médica. Los motivos de consulta mas frecuentes fueron: 1) Enfermedad nosocomial en 18 casos (52,9%): infecciones (61,1%), sobredosificación de sedantes (22%) y otras causas (16 %), 2) Despistaje de organicidad: 6 casos (17,6%), confirmándose tan solo uno, 3) Seguimiento de patología crónica: 5 casos (14,7%) y 4) Agravamiento de patología crónica: 5 casos (14,7%). El seguimiento medio fue de 7,7± 4,9 días y en el 100% de los casos se produjo curación o mejoría. Tan solo fue preciso el traslado de un paciente por enfermedad grave (unidad de Cuidados Intensivos).

CONCLUSIONES

La Medicina Interna se consolida como un importante apoyo al servicio de Psiquiatría tanto en la resolución de problemas derivados de la hospitalización como en el seguimiento de patologías crónicas que pueden presentar estos pacientes. Estudios de prevalencia serán necesarios para establecer estrategias de intervención en este sentido.

G-08 EVALUACIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE GASTROSCOPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA SANITARIA DEL ALJARAFE EN SEVILLA

C. Conde Guzmán[1], J. Fernández Rivera[1], F. García Fernández[2], A. Mata Martín[1], R. Fernández Ojeda[1], A. Fernández Moyano[1]

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

OBJETIVOS

Análisis descriptivo del procedimiento para solicitud de gastroscopia desde atención primaria llevado a cabo entre los centros de salud del Área del Aljarafe y el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, implantado durante el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboró un procedimiento para la realización de gastroscopias solicitadas desde primaria. La indicación se estableció por el médico de atención primaria en base a la presencia de las siguientes situaciones: a) dispepsia con persistencia de los síntomas tras 8 semanas de tratamiento antisecretor y/o con procinéticos y/o b) dispepsia con síntomas de alarma (disfagia, dispepsia de reciente aparición en paciente mayor de 45 años, pérdida de peso, anemia o evidencia de sangrado digestivo). La información sobre el procedimiento, instrucciones para la preparación de la prueba y la cumplimentación del consentimiento informado se llevaron a cabo en un mismo acto en la consulta de primaria. Se generó en el hospital una agenda específica denominada "Endoscopia oral. Proceso dispepsia" y los resultados de la prueba se enviaron por correo interno al médico solicitante. El Servicio de Digestivo valoró la indicación de revisión por Cirugía, Digestivo o Medicina Interna en todos los casos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 84 pacientes, 7 pacientes no acudieron a la cita y fueron excluidos. La distribución de solicitudes por centro de salud fue heterogénea con mayor tasa de derivación por 1000 TAES de 0,875 y menor de 0,147. Los datos demográficos, motivo de solicitud y tiempo de demora se muestran en la tabla 1. Los resultados de las endoscopias realizadas y el número de casos fueron los siguientes: normal(16), hernia de hiato sin signos de RGE (32), hernia de hiato con signos de RGE (17), signos de RGE (3), gastritis crónica antral (9), gastritis erosiva (6), pólipo gástrico (5), atrofia duodenal (2), esófago de Barret (1), LAMG (1), pólipo duodenal (1) y atrofia gástrica (1). Se tomaron biopsias en 17 casos con los siguientes hallazgos: normal (3), gastritis crónica atrófica (3), presencia de H. pilory (2), pólipo hiperplásico (2), metaplasia enteroide (2), gastritis erosiva sin H. pilory(2), gastritis crónica superficial (2), tumor carcinoide(1), duodenitis (1) y edema inespecífico (1). Se citaron en consultas de Digestivo 6 pacientes tras la realización de la prueba.

DISCUSIÓN

La elaboración del proceso dispepsia y solicitud de gastroscopia desde primaria se justifica por la alta incidencia de este problema en la población general y el consumo de recursos que puede suponer su abordaje inicial. Conllevan la necesidad de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales dado que según la gravedad de la dispepsia y las enfermedades que la originan, los pacientes pueden ser tratados y seguidos en su evolución tanto por atención primaria como especializada. Hemos evaluado los resultados de la implantación del proceso dispepsia en nuestro medio en su primer año. Las solicitudes desde atención primaria cumplieron en su totalidad los criterios de indicación de gastroscopia. Un 92% de pacientes continuaron seguimiento en atención primaria con necesidad de valoración especializada de solo un 8% de los pacientes. Por tanto, el proceso se muestra eficaz en la mejora de utilización de recursos en una patología tan prevalente como la dispepsia.

Total casos 77 (G-08)

Hombres/mujeres	27/50
Edad media	44 años ±16,37
Dispepsia refractaria/con síntomas de alarma	59/18
Tiempo demora	24 días ± 17,97
Derivación primaria/digestivo	71/6

G-09 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA UTILIZADAS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA HOSPITALIARIAS DE ANDALUCIA

I. Martín Garrido[1], L. Rivero[1], R. Terán[1], S. Gutiérrez Rivero[1], A. Navarro[2], S. Vidal[3], J. Varela[4], F. Medrano[4]

[1]Servicio de Medicina Interna, [4]CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

[2]Servicio de Medicina Interna, [3]Servicio de Documentación Clínica. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

Las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, con el objetivo de ayudar a los profesionales y a los pacientes a decidir la intervención sanitaria más adecuada según las mejores evidencias científicas disponibles en cada momento. El OBJETIVO principal de nuestro estudio fue la evaluación de la calidad de las GPC utilizadas en las unidades de gestión clínica (UGC) de Atención Especializada en Andalucía. Como objetivos secundarios analizamos los factores que se asocian a la utilización de GPC de mayor calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se identificaron todas las GPC incluidas en los acuerdos de gestión de 2005 de UGC de Atención Especializada del Servicio Andaluza de Salud. Dos evaluadores aplicaron de forma individual e independiente el instrumento AGREE a cada una de las GPC.

RESULTADOS

Un total de 95 GPC de 87 UGC fueron recuperadas para su evaluación según la herramienta AGREE. La puntuación más alta encontrada en cuanto a los diferentes objetivos de las guías fue de un 70.4 % en alcance y propósito y 61,3% en cuanto a la claridad y la presentación. La evaluación global de las guías fue la siguiente: 24,7% muy recomendables para su uso en la práctica, el 27,4% se recomienda su con algunas modificaciones y el 37,9% no se recomiendan como aptas para su uso en la práctica clínica diaria.

CONCLUSIONES

La calidad general de las directrices utilizadas en el Sistema de Salud de Andalucía es relativamente alta. Las GPC de alta calidad pueden ser poderosos instrumentos de educación médica continua para llevar los conocimientos basados en la evidencia a la práctica clínica diaria. Financiado por la Consejería de Salud de Andalucía (Ref. 218/05).

G-10 ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL EN EL PERÍODO DE 2007-2009

A. Muñoz Claros, M. Godoy Guerrero, M. Á. Barón Ramos, M. Grana Costa, G. Jarava Rol, A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes fallecidos durante el ingreso en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los informes de exitus de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna desde el 1 de enero 2007 al 31 de diciembre de 2008. Se recogen los

datos clínico-epidemiológicos, comorbilidad, índices de Charlson y McCabe, motivo principal de fallecimiento, si ocurrió en fin de semana o festivo, mes y estación del fallecimiento, días de estancia media, si hubo ingresos previos en el último año, si era o no esperado al ingreso.

RESULTADOS

Durante los 24 meses analizados hubo un total de 2881 ingresos y 290 exitus (10.37%). Ciento treinta y uno (43.8%) eran mujeres. La edad media fue de 76 ± 10.6 años. Los datos de comorbilidad fueron: HTA (57.2%), DM (30.4%), EPOC (24.1%), Cardiopatía isquémica (19.7%), ICC (35.1%), FA (30.1%), Ictus (11%) y neoplasias (27.2%). De las neoplasias 64 eran sólidas y 7 hematológicas. El índice de Charlson al ingreso era un mediana de 2. El índice de McCabe rápidamente fatal (33.4%), últimamente fatal (47.5%). Un 35.9% tuvieron un ingreso previo en el último año con una media para el posterior ingreso de 96.7 días. La estancia media fue de 10.06 días, falleciendo un 18.7% en las primeras 48 horas desde el ingreso. Un 2% estuvieron en el servicio de cuidados intensivos durante el ingreso hospitalario. El 33.4% de los exitus ocurrieron en fin de semana o festivo. El mes de mayor mortalidad absoluta fue enero (13.7%), siendo el invierno la estación de mayor mortalidad (38.5%). Las principales causas de muerte fueron: Respiratorias (25.1%), Neoplasias y complicaciones (23.8%), Cardiológicas (15.72%), Neurológicas (11.37%), Sepsis (9.36%), Digestivas (8.36%).

CONCLUSIONES

- Los fallecidos en Medicina Interna son principalmente pacientes de edad avanzada y comorbilidad asociada La etiología respiratoria es la principal causa de muerte. - Las neoplasias y sus complicaciones son causa importante de exitus en nuestro servicio. - Una quinta parte de los pacientes fallecen en las primeras 48 horas Casi un tercio de fallecimiento ingresaron en fin de semana o festivo - Nuestros resultados se asemejan a otros datos publicados

G-11 HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES EXTRANJEROS EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL DE UNA PROVINCIA CON ALTAS TASAS DE INMIGRACIÓN

G. Parra García, F. Díez García, V. Rodríguez Martínez, G. Gómez Rodríguez, P. Martínez Cortés, P. Sánchez López, A. Lazo Torres, C. Gálvez Contreras

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

El envejecimiento de la población y la inmigración son las dos variables que están condicionando en mayor medida el aumento del gasto sanitario en nuestro país. Sin embargo los estudios sobre el impacto de este último factor son escasos hasta la actualidad por lo que parece imprescindible conocer su magnitud y sus demandas asistenciales. Objetivos: Estudiar las principales características epidemiológicas y clínicas de los pacientes de origen extranjero hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital general de una provincia con altas tasa de inmigración (Almería) Se consideró que el paciente era inmigrante (I) cuando procedía de un país con renta inferior a la española (incluyendo los países como Rumania ya incorporados a la UE) y que se había trasladado al nuestro por motivos socioeconómicos. El resto de pacientes no nativos procedía de países con mayor renta (E).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los ingresos del servicio de Medicina Interna del año 2.007 cuyo país de origen era distinto de España. Se revisaron en todos los casos el informe de alta y los diagnósticos del CMBDA. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

En el año 2.007 ingresaron en los Servicios Médicos del Complejo hospitalario Torrecárdenas 542

pacientes extranjeros (5,3% de los 10.849 altas médicas de ese año), de los cuales ingresaron en el Servicio de Medicina Interna 93 pacientes (3,91% de los 2.376 ingresos del Servicio en 2.007). De ellos, 71 (76%) se consideraron I y 22 (24%) E. La edad del grupo I fue ES inferior que la del grupo E (40+17/67+17 años; p<0,001), predominando en ambos grupos los varones (62% en I / 68% en E), sin diferencias ES. Las zonas de procedencia de los pacientes fueron: Unión Europea: 37 (23,5%), África Subsahariana: 23 (17,5%), Latinoamérica: 16 (20%), Magreb: 12 (30%), Este de Europa (no UE): 4: (7,5%) y Subcontinente Indio: 1 (0,5%). Los países de origen más frecuentes entre los I fueron: Rumanía: 13 (14%%), Marruecos: 11 (12%), Ecuador: 8 (8,6%), y Guinea Ecuatorial 7: (7,5%%). El país de origen más frecuente entre los E fue el Reino Unido: 13 (14%). Las enfermedades infecciosas fueron el motivo más frecuentes de ingreso en el grupo de I: 34 casos (48%); entre éstas destacan: infecciones respiratorias (10 casos, 14%), complicaciones de la infección VIH/SIDA (7 casos, 9,8%), tuberculosis (7 casos, 9,8%) y parasitosis (5 casos, 7%). Entre las enfermedades no infecciosas (34 casos, 52%) los motivos de ingreso más frecuentes fueron: complicaciones relacionadas con intoxicaciones (alcohol, drogas) (6 casos, 8,4%), insuficiencia cardiaca (5 casos, 7%), traumatismos (5 casos, 7%) y anemia (4 casos, 5,6%). En el grupo E las enfermedades infecciosas también fueron el grupo más frecuente (10 casos, 45%); la mayoría de origen respiratorio (6 casos, 27%); sólo dos pacientes tuvieron complicaciones relacionadas con la enfermedad VIH/SIDA. Entre las enfermedades no infecciosas (12 casos, 55%) predominaron las neoplasias: 7 casos (32%). La Estancia Media (por GRD) del total de extranjeros (15,4+20), del grupo de I (15,9+21) y de los E (14,1+15) fue significativamente más prolongada que la de los pacientes autóctonos (11,1+9). La mortalidad durante el ingreso los pacientes extranjeros fue baja: un paciente del grupo I y un paciente del grupo E.

CONCLUSIONES

Las hospitalizaciones de pacientes extranjeros en el servicio de Medicina Interna de una provincia con altas tasas de inmigración son aún raras en la actualidad. Los pacientes que proceden de países con renta baja son en su mayoría varones jóvenes que ingresan especialmente por enfermedades infecciosas: infecciones respiratorias, infección VIH/SIDA, tuberculosis y parasitosis. Los pacientes procedentes de países con renta alta son de edad más avanzada y en ellos predominan infecciones y neoplasias, de perfil similar al de los pacientes autóctonos. Los ingresos de ambos grupos de paciente son más prolongados quizá por su mayor complejidad y menor hábito/conocimiento/manejo de estos problemas por los internistas. Sin embargo, la mortalidad no está aumentada.

G-12 RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA INTEGRAL COMPARTIDA PARA PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. MORTALIDAD Y MORBILIDAD

A. Fernández Moyano[1], F. Baquero Garcés[2], C. Palmero Palmero[1], B. García Benítez[2], R. Aparicio Santos[1], R. Fernández Ojeda[1], J. Prieto Lucena[3], V. Ruiz Romero[4]

[1]Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina, [2]Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, [3]Servicio de Rehabilitación, [4]Servicio de Calidad. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Evaluar resultados en salud (Mortalidad y morbilidad) de los pacientes con fractura de cadera tras la aplicación de un programa de asistencia integral compartida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo antes y después de la aplicación del programa, que se inicia en Julio del 2006. Se valoran todos los pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico al alta de

fractura de cadera (CIE.9 820.0 y 829.9), ingresados entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del 2006, comparándolos con los ingresados tras el inicio del programa, entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del 2007. El programa consiste básicamente en una asistencia multidisciplinar entre profesionales de Traumatología, Medicina Interna, Medicina de Familia, Enfermería, Rehabilitación y Trabajo Social, donde se han homogenizado los procedimientos mediante la elaboración de vías clínicas, asignado responsabilidades y realizado los cambios organizativos necesarios para aplicarlas. Las áreas específicas desarrolladas en la vías clínicas incluían desde el tipo de anestesia, hasta el manejo de las principales entidades clínicas específicas en estos pacientes (manejo de la antiagregación o anticoagulación, del delirium, de la profilaxis antibiótica, profilaxis de enfermedad tromboembólica, anemia, sondaje uretral, movilización, sedestación y carga). Las variables principales analizadas fueron: mortalidad durante el episodio, causa fundamental de ésta y mortalidad al año; estancia total (prequirúrgica y posquirúrgica), complicaciones durante el ingreso: delirium, insuficiencia cardiaca descompensada, síndrome coronario agudo, arritmia significativa, hipertensión arterial no controlada, EPOC descompensado, neumonía, enfermedad tromboembólica, diabetes descompensada, insuficiencia renal, infección del tracto urinario (ITU) y ulceras por presión; numero de reingresos (en los primeros 12 meses tras el alta) y sus causas.

RESULTADOS

Durante el primer semestre del 2006 y del 2007, fueron atendidos 100 y 86 pacientes respectivamente. La estancia total disminuyó de 7,5 días de mediana a 6, siendo esto debido a la estancia prequirúrgica (2 dias vs 1 día, p<0,05); sin cambios en la postquirúrgica. Durante el periodo de actuación, la amplia mayoría se intervino antes de las 72 horas (67,4 vs 90,0 %, p<0,05). Durante la fase de actuación, hasta el 96,6 % de los pacientes fueron atendidos regularmente en hospitalización por medicina interna, mientras que solo el 45 % lo fue durante la fase previa (p<0,05). La complicaciones médicas identificadas durante la hospitalización por cada 100 pacientes fueron superiores en el periodo de actuación (3.2 vs 7.9, p<0,05), siendo las entidades mas frecuentes el delirium (4 vs 17; p <0,05), la insuficiencia renal 3 vs 7; p< 0,05, la arritmia sintomática (1 vs 4; p<0,05) 7 la DM-2 descompensada que requiera ajuste tratamiento (4 vs 6; p= ns). 6 pacientes (6 %) murieron durante el episodio de ingreso hospitalario en la fase previa, frente a 2 pacientes (2,3 %), (p<0,05 %) en el periodo de actuación. Las causas de esta mortalidad fueron Insuficiencia cardiaca (n =2), Neumonía por aspiración (n = 2), shock hemorrágico, AVC de tronco, Tromboembolismo pulmonar y sepsis biliar. 32 pacientes (32,2 %) intervenidos en el primer periodo fallecieron al año, frente a 18 pacientes (21,2%) del segundo periodo (p: ns).

CONCLUSIONES

1.-La aplicación de un programa de asistencia integral compartida para pacientes con fractura de cadera, está asociada a menor mortalidad intraepisodio y al año, a menor estancia media preoperatoria y a mayor identificación de eventos clínicos. 2.-No se ha conseguido reducir la estancia media postoperatoria

G-13 RESULTADOS EN SALUD DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA INTEGRAL COMPARTIDA PARA PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. REINGRESOS HOSPITALARIOS

R. Fernández Ojeda, R. Aparicio Santos, C. Palmero Palmero, J. Fernández Rivera, R. Espinosa Calleja, M. Álvarez Alcina, A. Mata Guerrero, A. Fernández Moyano

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

OBJETIVOS

Evaluar resultados en salud (Reingresos Hospitalarios) de los pacientes con fractura de cadera tras la aplicación de un programa de asistencia integral compartida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo antes y después de la aplicación del programa, que se inicia en Julio del 2006. Se valoran todos los pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico al alta de fractura de cadera (CIE.9 820.0 y 829.9), ingresados entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del 2006, comparándolos con los ingresados tras el inicio del programa, entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del 2007. El programa consiste básicamente en una asistencia multidisciplinar entre profesionales de Traumatología, Medicina Interna, Medicina de Familia, Enfermería, Rehabilitación y Trabajo Social, donde se han homogenizado los procedimientos mediante la elaboración de vías clínicas, asignado responsabilidades y realizado los cambios organizativos necesarios para aplicarlas. Las áreas específicas desarrolladas en la vías clínicas incluían desde el tipo de anestesia, hasta el manejo de las principales entidades clínicas específicas en estos pacientes (manejo de la antiagregación o anticoagulación, del delirium, de la profilaxis antibiótica, profilaxis de enfermedad tromboembólica, anemia, sondaje uretral, movilización, sedestación y carga). Este nuevo programa se desarrolla sobre un modelo ya establecido de continuidad asistencial con Atención primaria. Las variables principales analizadas fueron numero de reingresos (en los primeros 12 meses tras el alta) y sus causas.

RESULTADOS

De los pacientes dados de alta en el primer periodo, reingresaron en los siguientes 12 meses 43 (43%), frente a los 22 (25,6%) del segundo ($p<0,05$). Además, el numero de reingresos por paciente en el año fue mayor en el grupo basal que en el grupo de intervención (1,44 vs 1,40; $p < 0,05$). En cuanto a las causas de reingreso, en el primer grupo, hubo 22 reingresos asociados con la intervención, ya sean por problemas quirúrgicos (7 casos; 19,4%) o problemas médicos (15; 30,61%); frente a los 10 reingresos del segundo periodo, 5 (31,2%) de ellos quirúrgicos asociados a la intervención y 5 (31,2%) a descompensacion de enfermedad de base y ninguno a problema medico nuevo. 11 episodios de reingreso en el primer periodo y 5 en el segundo no fueron atribuibles o asociados directamente con la intervención.

CONCLUSIONES

1.-La aplicación de un programa de asistencia integral compartida para pacientes con fractura de cadera está asociada a menor número de reingresos al año.

G-14 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE VALORACIÓN FUNCIONAL BÁSICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE NEURORREHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Chaves Peláez[1], N. Muñoz Roca[1], P. Gallardo Jiménez[1], M. Ayala Gutiérrez[1], A. Benítez Guerrero[2], I. Chavarría Vargas[2], M. Tirado Reyes[1], R. Gómez Huelgas[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Rehabilitación. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

OBJETIVOS

Conocer la distribución y las características sociodemográficas, clínicas y de dependencia funcional a partir de una serie de casos de pacientes ingresados en una planta de neurorrehabilitación durante el periodo de un año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional realizado con una muestra de individuos según los datos obtenidos de los informes de alta de los pacientes ingresados consecutivamente a cargo de la unidad de neurorrehabilitación del Hospital Universitario de Málaga. El reclutamiento se realizó entre enero y diciembre del 2007, obteniéndose un tamaño muestral de 125 sujetos legibles.

RESULTADOS

Se estudiaron 125 sujetos, de ellos el 53.1% eran varones, la edad media fue de de 55 años (16-86). Procedían de los servicios de neurología y neurocirugía, 36% y 34.4% respectivamente, consultas de rehabilitación 7.2%, UCI 6.4%, traumatología 4% y medicina interna 3.2%. Los días de estancia acumulada media desde estos servicios fue de 34.1 días (0-179). La estancia media en la planta de rehabilitación fue de 41.9 días (1-263). En cuanto a la patología que motiva el ingreso el accidente cerebrovascular representa el 37.6%, siendo isquémico (26%), hemorrágico (10.4%) y embolígeno 0.8%), traumatismo cráneo encefálico (20%), tumores cerebrales (7.2%), administración de toxina botulínica (4.8%), polineuropatía (3.2%), hemorragia subaracnoidea (3.2%). En cuanto a patología previa al evento que produjo el ingreso: cardiopatía isquémica (8%), cardiopatía hipertensiva (2.4%), embolígena (2.4%), proceso oncológico (7.2%), accidente cerebrovascular (6.4%), EPOC (6.4%), enfermedad autoinmune (3.2%) enfermedad arterial periférica (1.6%); esto supone un índice de comorbilidad de Charlson (bajo en un 14.4% y alto en un 8%). Un total de 69.6% de la serie presentaba algún factor de riesgo cardiovascular; hipertensión (42,7%), fumador (23.4%), diabetes (18.5%), dislipemia (17.7%). En cuanto a los procesos intercurrentes sucedidos en el servicio de procedencia: sepsis (4.8%), neumonías en UCI (10%), neumonía en otros servicios (8%,) infecciones del tracto urinario (12%), infecciones de menor relevancia en otros órganos y sistemas (12%), escaras por presión (5.6%), trombosis venosa profunda (5.6%), tromboembolismo pulmonar (0.8%). Se realizó traqueostomía (28.8%), gastrostomía (0.8%) y ambas técnicas (1.6%). El total de infecciones intercurrentes ocurridas en estos pacientes en neurorrehabilitación fueron el 32.1%, de ellas, infecciones urinarias (17.6%), varias infecciones urinarias con distinto germen (1.6%), infecciones del tracto respiratorio (4%), la infección combinada respiratoria y urinaria en el mismo paciente (4%), colonización por germen multirresistente que requirió aislamiento (12%), trombosis venosa profunda (3.2%), escaras por presión (0%), éxitus (1.6%). La ganancia en la dependencia funcional medida por el índice de Barthel (0-100), fue de hasta 40 en un 60% de los pacientes, un 12.9% no experimentó ningún cambio.

CONCLUSIONES

1. El accidente cerebrovascular es la patología que ocasiona mayor número de ingresos en este servicio. 2. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes es alta, siendo la hipertensión arterial y la diabetes las más notables. 3. Las infecciones se presentan en un porcentaje considerable, correspondiendo a la infección del tracto urinario seguido del respiratorio como las más habituales; las trombosis venosas de miembros inferiores también poseen su relevancia. 4. El índice de Barthel mejoró en un 87.1% de los pacientes. 5. Se considera precisa la intervención conjunta en estos servicios de alta complejidad casuística de un equipo multidisciplinar en el que incluya su participación un consultor internista.

G-15 ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ¿SABEMOS QUÉ MEDICACIÓN RECIBEN NUESTROS PACIENTES?

M. González Benítez, B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, M. Godoy Guerrero, A. Pérez Rivera, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, A. Ruiz Cantero

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

OBJETIVOS

Evaluar las discordancias entre el tratamiento médico indicado en la historia clínica del paciente y el tratamiento recogido por enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en dos cortes transversales (18/08/2008 y 16/04/2009), incluyendo los pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna en dichas fechas. Fueron excluidos los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna en otras plantas de hospitalización. Fueron registrados el tratamiento prescrito por el médico responsable en la historia clínica del paciente y el tratamiento recogido en la gráfica de enfermería, comparándose posteriormente las discordancias en medidas generales (dieta, reposo, constantes, oxigenoterapia), sueroterapia y medicación (dosis, vía de administración, administración de fármaco no indicado y no administración de fármaco indicado). Se analizó además el número de fármacos indicado en el tratamiento médico y los días transcurridos desde la última indicación de tratamiento completo. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante medias +/- desviación estándar (mediana y rango intercuartílico si la distribución es asimétrica) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Fueron incluidos 86 pacientes. En las medidas generales, se encontraron discordancias en el tipo de dieta indicada en 16 casos (18.6%), en el control de constantes en 25 (30.5%), en la indicación de oxigenoterapia en 15 (17.4%) y en la indicación de reposo en 7 (8.1%). En relación con la sueroterapia, se encontraron diferencias en 24 tratamientos (27.9%). Con respecto a la medicación, se encontraron discordancias en 54 casos (63.5%), distribuidas de la siguiente forma: dosis, 24 casos (28%); vía de administración, 8 casos (9.3%); administración de fármaco no indicado, 41 casos (31.4%); no administración de fármaco indicado, 36 casos (41.9%). La mediana de fármacos indicados por paciente fue de 8,5 (6.75, 11). La mediana de días transcurridos desde la última indicación de tratamiento completo fue de 4 (2,7).

DISCUSIÓN

No se encontró ningún error de transcripción de tratamiento con repercusión clínica para el paciente. A pesar de ello, el porcentaje de errores hallado es preocupante. Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios previos sobre errores de medicación donde la mayoría de los errores se producen en la transcripción del tratamiento. En este caso, gran parte de las discordancias de tratamiento identificadas son explicables por órdenes médicas verbales, no recogidas posteriormente por escrito en la historia clínica del paciente. También pueden favorecer estos errores otros factores como que el pase de sala no se realice de forma conjunta con el personal de enfermería, que no exista un equipo fijo de médico-enfermer@, que la gráfica de enfermería y el tratamiento médico se guarden en carpetas diferentes, así como pérdidas de tratamiento, interrupciones/distracciones en el trabajo y mala calidad de la copia del tratamiento que se entrega a enfermería.

CONCLUSIONES

La transcripción del tratamiento es un paso en el que se pueden producir un elevado número de errores y en el que intervienen múltiples factores. Los errores de transcripción del tratamiento implican que pueda existir un alto porcentaje de casos en los que el médico responsable desconoce toda la medicación que reciben sus pacientes. La implantación de sistemas de prescripción electrónica resulta imprescindible para eliminar definitivamente este tipo de errores.

G-16 CREACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UGC DE MEDICINA INTERNA

B. Barón Franco[1], T. Martínez García[1], N. Susierra Barca[1], E. Molano Tejada[1], J. Rodríguez Sánchez[1], J. Cerezo Espinosa de los Monteros[2], J. García Moreno[1], E. Pujol de la Llave
[1]*Servicio de Medicina Interna,* [2]*Dirección Gerencia. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva*

OBJETIVOS

1) Describir la creación de un mapa de riesgos de un servicio de Medicina Interna, dentro del Plan de Seguridad del paciente. 2) Medir la Percepción global de seguridad del servicio por el personal que trabaja en él.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para registrar los eventos de seguridad (ES) más frecuentes, diseñamos un doble sistema de registro. Por un lado creamos un documento de Notificación prospectiva de ES, y por otro realizamos una Encuesta de ES a personal de la UGC, que incluía FEA, MIR, Supervisores, Enfermeros, Auxiliares clínicos y Administrativas. Con los datos registrados elaboramos un listado con los ES más relevantes en base a su frecuencia de presentación (desde excepcional a muy frecuente) y consecuencias (desde menor a catastrófico). Todo esto se realizó en una misma UGC de Medicina Interna, que abarca plantas de hospitalización en un hospital de agudos (HA) y otro de crónicos (HC).

RESULTADOS

La puntuación genérica global de percepción de Seguridad en el servicio fue de 5,8 en el Hospital General y de 7,4 en el Hospital de Crónicos. En los seis meses de registro obtuvimos 21 notificaciones de ES (90% en HC), que consistieron en 76% caídas, 14% errores en la medicación, 5% flebitis y 5% broncoaspiración. En cuanto a la encuesta registramos 59 profesionales: 15 Facultativos (FEA y MIR), 2 Supervisoras, 32 Enfermeras y Auxiliares y 2 Administrativas. Una vez ponderados por frecuencia y consecuencias, los primeros diez ES fueron: Flebitis, Infecciones nosocomiales, Caídas, Extravío de peticiones, Mala comunicación entre profesionales, Historias clínicas incompletas o extraviadas, Errores en la medicación, Arrancamiento de sondas, Úlceras por presión y Mala organización del trabajo. Con los cuatro ES primeros se realizó un Mapa de Riesgos que incluía el personal para llevarlo a cabo, las acciones a realizar y un plan de trabajo.

DISCUSIÓN

A nuestro parecer la creación de un Mapa de Riesgos en una UGC requiere la intervención de los diferentes integrantes de equipo humano que componen una UGC. Es difícil cambiar el modo de trabajo de un equipo, en especial lo que se refiere a notificación de eventos de seguridad, fallos, etc., y se necesita tiempo para modificar la mentalidad de ocultar ES por miedo a medidas represivas y/o litigios.

CONCLUSIONES

1. La percepción de seguridad del personal fue mayor en el HC. 2. El número de notificación prospectiva de ESes bajo, y probablemente precise de una estrategia para favorecer su aumento. 3. Las flebitis, las infecciones nosocomiales, las caídas y el extravío de peticiones fueron los ES de mayor relevancia. 4. La implantación de un Mapa de Riesgos puede ser de ayuda para mejorar la Seguridad en una UGC.

G-17 MECÁNICA DE FLUJOS APLICADA A LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

F. Jódar Morente[1], G. Gutiérrez Lara[1], M. Clements Dominguez[2], V. Navarro Pérez[1], A. Rodríguez[1], M. Almenara Escribano[1], M. Manjón[1], F. Molina Molina[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

Conocer las pautas de prescripción de fármacos de un servicio de M. Interna así como las variaciones/evolución que sufren en el tiempo tanto para adecuarse a los requerimientos del sistema sanitario como para satisfacer las necesidades de los usuarios de dicho sistema, como parte integral de la mejora de calidad en las prestaciones ofrecida a dichos usuarios y del aprovechamiento de los recursos destinados a su cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Datos de prescripción del servicio en tres años solicitados al servicio de Documentación y Estadística del Hospital. Estadística descriptiva sobre esos datos mediante software informático estadístico.

RESULTADOS

Calidad Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Principio act <40% >60% 63.40% >65% 64.33% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Recetas/consulta <1 >1 >1 4.01 Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Envases nt <0,5% 1.61 <1.5% 1.4 <1% 0.90% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 VINE <10% <10% 7,45% <10% 6,45% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Omeprazol/ Ibp 90% >85% 78.89% >90% 77.63% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Ibuprofeno/aine 75% >65% 80,41% >70% 57,69% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Simvastatina/statina >60% >50% 32.2% >60% 44,89% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 AAS/antiagregante >90% >98% 96.64% >98% 95.78% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Metformina/ADO >80% 84.42% 49,15% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 Fluoxetina/ISRS >80% 75% >43% 69.83% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 IECA/ICC >43% 53,08% Obj 2004 Res 2004 Obj 2005 Res 2005 Obj 2006 Res 2006 TAR coste 4737,50 2852,86

DISCUSIÓN

. Implicar al clínico en el manejo de los recursos mediante el aprovechamiento estructurado de los mismos se hace necesario en estos tiempos. Uno de los elementos de mayor importancia de cara a dicha gestión es el gasto farmacéutico que debe adecuarse, por un lado, a la creciente demanda y necesidad poblacional y, por otro, a los recursos limitados de los que disponemos.

CONCLUSIONES

-Se ha reducido el coste de los tratamientos antirretrovirales prescritos - Se ha aumentado el número de recetas por consulta, probablemente por un aumento de la edad y pluripatología de los pacientes que a ella acuden, descrito en otras revisiones. - Ha mejorado la prescripción por principio activo, los fármacos vine y los envases nt, de acuerdo con las recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud - En cuanto a la prescripción de AINES, estatinas y antidiabéticos orales, a pesar de que los resultados se encuentran cercanos a los objetivos marcados requerirán un esfuerzo mayor a fin de adecuarlos a lo que los recursos del sistema nos pueden ofrecer. - Estos datos, no obstante, deberían de analizarse en el contexto de la comunidad para conocer cuanto de diferencia, si es que la hubiera, existe entre este servicio y otros que atienden pacientes/patologías similares.

G-18 ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS INFORMES DE EXITUS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Jódar Morente, G. Gutiérrez Lara, M. Almenara, M. Manjón, R. Yeste, V. Navarro Pérez, A. Rodríguez, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La muerte, entendida como fin de la vida o tránsito hacia otra, y reflejada por los sanitarios en el informe final o de epicrisis, puede tener unas amplias repercusiones sociales, económicas e incluso judiciales y sin embargo existe, en general, la impresión de que es un concepto del que no se habla abiertamente o con comodidad. Sin embargo, la tendencia actual a considerarlo cada vez más como el último ejercicio de una vida digna hace que debamos prestarle la atención que merece. En este estudio describimos las causas y los antecedentes de una cohorte de pacientes fallecidos en el servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 72 pacientes fallecidos en 2006 durante su ingreso en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, mediante el registro de epicrisis llevado a cabo por los facultativos de dicho servicio. Estadística descriptiva.

RESULTADOS

Causas de muerte: Ictus hombres 6 (8,3%), mujeres 5 (7%) total 11 (15,3%) Cardiopatía isquémica: hombres 4 (5,6%), mujeres 3 (4,2%) total 7 (9,7%) Insuficiencia cardíaca descompensada: hombres 11 (15,3%), mujeres 10 (13,9%) total 21 (29,2%) Infección respiratoria: hombres 20(27,8%), mujer 14 (19,5%) total 34 (47,2%) Insuficiencia respiratoria: hombre 27 (37,5%), mujer 17 (23,6%) total 44 (61,1%) Derrame pleural: hombre 3 (4,2%), mujer 3 (4,2%) total 6 (8,3%) Fracaso multiorgánico: hombre 8 (11,1%), mujer 11 (15,3%) total 19 (26,4%) Enfermedad tumoral: hombre 10 (13,9%), mujeres 4 (5.6%) total 14 (19.5%) Insuficiencia renal aguda: hombre 16 (22,2%), mujer 11 (15,3%) total 27 (37,5%) Rabdomiolisis: hombre 2 (2,8%), mujer 2 (2,8%) total 4 (5,6%) Deshidratación: hombre 12 (16,7%), mujer 7 (9,7%) total 19 (26,4%) Desnutrición: hombre 6 (8,3%), mujer 4 (5,6%) total 10 (13, 9%) Anemia hombre 5 (6,9%), mujer 6 (8,3%) total 11 (15,3%) Hemorragia digestiva: hombre 3 (4,2%), mujer 2 (2,8%) total 5 (6,9%) Delirium: hombre 9 (12,5%), mujer 16 (22,2%), total 25 (34,7%) Alteración medio interno: hombre 10 (13,9%), mujer 12 (16,7%), total 22 (30,6%) Tromboembolismo hombre 2 (2,8%), mujer 4(5,6%), total 6 (8,3%) Sepsis: hombre 5 (6,9%), mujer 7 (9,7%) total 12 (16,7%) Diabetes descompensada: hombre 12 (16,7%), mujer 13 (Hipertensión arterial: hombre 13 (18,1%), mujeres 16 (22,2%), total 29 (40,3%) Obstrucción intestinal: hombre 1 (1,4%), mujer 2 (2,8%), total 3 (4,2%) Otras: hombre 3 (4,2%), mujer 8 (11,1%), total 21 (29,2%)

CONCLUSIONES

Conclusiones: - Es apreciable la alta edad de los pacientes que fallecen en el hospital - Exceptuando patología respiratoria(tanto infecciones como insuficiencia) y el delirium agudo no hay diferencias significativas en las causas de mortalidad entre ambos sexos, así como en los antecedentes - Las causas de mortalidad más frecuentes siguen siendo las respiratorias tanto en hombres como en mujeres. - Es de reseñar el número de pacientes: 36, que fallecieron en los 3 primeros días de ingreso, lo que parece demostrar que cada vez más las muertes previstas/previsibles tienen tendencia a ocurrir en el hospital, revelando, probablemente, un cambio en la mentalidad de la sociedad que hasta hace un tiempo prefería que la muerte ocurriera en el domicilio.

G-19 ANTECEDENTES DELICADOS EN PACIENTES DIFÍCILES: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ANTECEDENTES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Jódar Morente, G. Gutiérrez Lara, V. Navarro Pérez, M. Manjón, M. Almenara, A. Rodríguez, M. Muñoz, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

El acto del ingreso, bien por causa de descompensación de patología crónica, por evento agudo o por estudio de un incidente, representa un momento crítico para nuestros pacientes. Identificar no sólo aquellos individuos que se encuentran en mayor riesgo por la gravedad de su proceso, sino aquellos procesos que añadidos al evento original dificultan la correcta progresión hacia el resultado previsto se convierte en una actitud vital a la hora de seleccionar los pacientes que requerirán de un mayor número de recursos y esfuerzo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 72 pacientes fallecidos durante un semestre en 2008 durante su ingreso en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, mediante el registro de epicrisis llevado a cabo por los facultativos de dicho servicio. Estadística descriptiva.

RESULTADOS

Resultados: Edad media: General: 71 años (mínimo 47, máximo 101), media 79,17; desviación típica 10,428. Varones total 37, mediana 78, desviación típica 10,361, mínimo 49, máximo 101 Mujeres: total 35 mediana 81,50, desviación típica 10,390, mínimo 47, máximo 97. Días de ingreso: Media 7,32, desviación típica 7,683. Mínimo 1, máximo 35. Fallecidos en los 3 primeros días: 36 Antecedentes: Total: hombres media: 3, 27 mujeres: media 3 Diabetes: hombres 21 (33,9%), mujer 16, (25,8%), total 37 (59,7%) Hipertensión arterial: hombres 15 (21,1%), mujer 16, (22,5%), total 31, (43,6%) Insuficiencia cardíaca: hombres 11 (15,3%), mujer 12, (16,7%), total 23 (31,9%) Bronquitis: hombres 11 (15,3%), mujer 5 (6,9%) total 16 (22,5%) Demencia: hombres 11 (15,3%), mujeres 9 (12,5%) total 20 (32,5%) Cardiopatía isquémica: hombre 8 (11,1%), mujeres 6 (8,3%) total 14 (19,5%) Arritmia, hombre 13 (18,1%), mujer 8 (11,1%) total 21 (33,9%) Insuficiencia renal: hombre 5 (6,9%), mujer 4 (5,6%) total 9 (12,5%) Alteraciones estructurales cardíacas: hombre 5 (6,9%), mujer 4 (5,6%) total 9 (12,5%) Crisis comiciales: hombres 3 (4,2%), mujeres 2 (2,8%) total 5 (6,9%) Ictus hombres 8 (11,1%), mujeres 10 (13,9%) total 18 (25%) Alteraciones tiroideas hombres 0, mujeres 2 (2,8%) total 2 (2,8%) Insuficiencia respiratoria: hombre 10 (13,9%), mujer 10 (13,9%) total 20 (32,5%)

CONCLUSIONES

Conclusiones: - Es apreciable la alta edad de los pacientes que fallecen en el hospital - Es de reseñar el número de pacientes: 36, que fallecieron en los 3 primeros días de ingreso, lo que parece demostrar que cada vez más las muertes previstas/previsibles tienen tendencia a ocurrir en el hospital, revelando, probablemente, un cambio en la mentalidad de la sociedad que hasta hace un tiempo prefería que la muerte ocurriera en el domicilio. - La presencia de patología respiratoria previa es uno de los factores más prevalentes - Los factores de riesgo vascular y la alteración del metabolismo hidrocarbonado se presenta como otro elemento añadido a tener en cuenta. - No parecen existir diferencias entre sexos en cuanto a los antecedentes de riesgo.

G-20 EL DESAFIO DE LA NOCHE CONTRA LA VERSATILIDAD DEL INTERNISTA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

F. Jódar Morente, G. Gutiérrez Lara, M. Manjón Rodríguez, M. Almenara, V. Navarro Pérez, A. Rodríguez, R. Yeste, F. Molina Molina
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La atención hospitalaria urgente requiere cada vez un mayor número de recursos y personal. Las características de la población ingresada en un hospital, cada vez más anciana, con mayor número de patologías y con mayor complejidad, requiere de los facultativos el dominio de una amplia gama de habilidades para poder hacer frente con éxito a dichas demandas, sobretodo en el horario nocturno, donde los recursos, el personal y la energía se encuentran cada vez más disminuidos. Identificar las habilidades requeridas para conseguir una correcta atención se hace necesario para optimizar dicha respuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las llamadas registradas por el equipo de atención continuada y de jornada complementaria durante una semana en formulario estándar diseñado por el equipo investigador. Software informático de procesamiento de datos.

RESULTADOS

Número de pacientes: 76. Porcentaje de hombres: 47.4%, mujeres 28,9%, no identificado: 23,7% Edad: Inferior a 60 años: 29%, mayores de 80:24% entre 60 y 80 el resto.47% Motivo de consulta: Agitación: 10.5%, analítica urgente solicitada 28.,9%, disnea 2.6 %, dolor 15.8%, solicitud familiar 7.9%, déficit neurológico 2.6%, alteraciones de la glucemia basal 2.6%, hematemesis 5.3%, presíncope 2.6%, sangrado en heces de cualquier etiología 5.3%, hoja de consulta por parte de otro facultativo de otra área de atención urgente 2.6%, prurito 2.6%, dolor torácico 2.6%, sin motivo especificado en el momento de la llamada 2.6%.

DISCUSIÓN

Gran parte de la atención urgente de un hospital corre a cargo del equipo de guardia de área médica. En nuestra centro, además, estos equipos están compuestos, generalmente, por facultativos de diversas especialidades médicas que realizan esta función. La creciente superespecialización de los distintos facultativos hace que la presencia del internista sea aún más valiosa en las horas nocturnas, donde con recursos limitados se debe hacer frente a un amplio abanico de posibilidades. Llama la atención, empero, el alto número de pruebas complementarias que deben ser valoradas por facultativos distintos al responsable del paciente.

CONCLUSIONES

- Existe una amplia variedad de patologías de diferentes campos que reclaman la atención de dichos equipos. La patología digestiva; tanto alta como baja; con el consiguiente riesgo para la vida del paciente por sus características de urgencia y de peligro vital, es uno de los factores a tener en cuenta ya que su atención y cuidados serán requeridos de manera frecuente. - Una gran proporción de las llamadas asumen problemática relacionada más con los familiares que con la modificación de la situación clínica y/o actitud terapéutica del paciente. - Los controles analíticos acaparan otro motivo de llamadas urgentes, en los que cabría cuestionarse la necesidad de las mismas en función la toma de decisiones respecto a estas, evento que deberá ser estudiado en posteriores trabajos.

G-21 UTILIZACIÓN DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

P. Alaminos García[1], M. Menduiña Guillén[2], E. Cruz Bustos[1], R. De la Chica Ruiz-Ruano[1], J. Cantero Hinojosa[2], M. García Jerez[2], F. Miras Parra[3], F. Pérez Blanco[3]

[1]Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
[2]Servicio de Medicina Interna, [3]Departamento de Medicina Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes con voluntades vitales anticipadas previamente expresadas en la población de enfermos hospitalizados que sufren una parada cardiorrespiratoria. Evaluar el grado de cumplimiento de éstas por parte del personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo durante 19 meses (del 15 Febrero del 2007 al 15 de Septiembre del 2008) según estilo Utstein. Se recogieron todas las activaciones del equipo de emergencias por PCR en el hospital medicoquirúrgico Virgen de Las Nieves de Granada, excepto las paradas sucedidas en quirófanos y en reanimación. En todas las actuaciones se consultó al personal responsable y revisó la historia clínica para determinar la existencia de voluntades previas

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se atendieron 209 avisos de PCR de los cuales 13 fueron por falsas PCR. En ninguno de los pacientes atendidos se conocía la existencia de voluntades vitales anticipadas por parte del paciente, ni aparecía reseña alguna en la historia clínica. Por ello no pudo evaluarse la adhesión a las instrucciones previas por los sanitarios.

DISCUSIÓN

El registro de voluntades vitales anticipadas se puso en funcionamiento en Andalucía en el año 2004. Su propósito es permitir decidir a los pacientes sobre qué tratamientos y cuidados desearían recibir en caso de no poder expresarse. La parada cardiorrespiratoria (PCR) en el hospital es una situación vital y emergente que está directamente afectada por la voluntad previa expresada del enfermo. En la actualidad se desconoce el grado de implantación de este registro en la población hospitalizada y su aplicabilidad en la práctica en el ámbito de la resucitación cardiopulmonar. Este trabajo nos permite conocer cual es el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de estas últimas voluntades vitales, de los pacientes que atienden.

CONCLUSIONES

El grado de empleo del registro de voluntades anticipadas en nuestra población ha sido nulo. En añadidura se ha detectado la ausencia en nuestro centro de una forma estandarizada para reseñar y comunicar la existencia de disposiciones previas, ya sea del propio paciente, o derivadas del equipo médico responsable.

Metabolismo y Lípidos (ML)

ML-01 EL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO ¿QUÉ HACEMOS CON ÉL?

M. Adarraga Cansino, F. Gavilán Guirao, M. Velasco Malagón, L. Martínez Luque, J. Zambrana García
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)

OBJETIVOS

Conocer el manejo de esta patología en nuestra área y valorar la actitud a seguir para homogenizar que hacer ante esta patología

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis descriptivo Recogiendo todos los casos atendidos en consulta externa de medicina interna del Hospital de Montilla desde enero 2007 hasta enero 2009. Analizamos si se solicitaban Anticuerpos antitiroideos (AC antitiroideos), si se iniciaba, tratamiento y la razón del mismo y el valor de la TSH al inicio y al final del estudio.

RESULTADOS

Incluimos 45 casos de ellos 86% mujeres 14% varones con una edad media de 51años (17-85 años). LA TSH inicial fue de 9.2□U/ml con rango que iba desde 4.8□U/ml hasta 25□U/ml. EL 65% de los pacientes presentaba TSH al inicio menor de 10□U/ml. Se solicitaron anticuerpos antitiroideos en 69% de los casos siendo positivos en 51% El tratamiento se inició en 33%(15 pacientes) de ellos por TSH mayor de 10 □U/ml. en 13 pacientes. En el resto deseo de gestación y alopecia fueron criterios para tratar. No se encontraron diferencias significativas en la relación tener AC positivos e inicio de tratamiento ni con los valores de la TSH final. De los pacientes no tratados en 73.3% el hipotiroidismo fue transitorio con TSH final menor de 10□U/ml Tan solo 1 caso progreso a hipotiroidismo franco con TSH al año mayor de 20□U/ml. Ni la edad ni el sexo ni la positividad de los AC antitiroideos se relacionaron con los niveles de TSH iniciales ni con la progresión del hipotiroidismo.

DISCUSIÓN

EL hipotiroidismo subclínico es una entidad de prevalencia elevada (8-10 % en mujeres y 2.8-4.4% en varones). Se habla de hipotiroidismo subclínico cuando los niveles de TSH están elevados pero la T4L se mantiene en rango normal. Existe controversia en el momento de tratar a los pacientes. Hemos encontrado una distribución por géneros y edad similar a la descrita en la literatura así como una positividad de los Ac antitiroideos también en un porcentaje adecuado En los casos en los que no se solicitaron AC antitiroideos el motivo era presentar una TSH inferiores a 6. En nuestro trabajo el desarrollo de hipotiroidismo franco fue mínimo. No encontramos relacion de la edad, el sexo ni la positividad de los AC antitiroideos y los valores de TSh inicial ni la progresión del hipotiroidismo quizás en relacion a tamaño muestral.

CONCLUSIONES

La evolución al año a hipotiroidismo franco del hipotiroidismo subclínico es escasa por lo que parece más sensato si no hay criterios para iniciar tratamiento repetir la analítica para valorar progresión a hipotiroidismo pasado 8 semanas de la primera determinación.

ML-02 EFECTO DE LOS POLIFENOLES DEL ACEITE DE OLIVA VIRGEN EN LA EXPRESIÓN GÉNICA DE CÉLULAS MONOCUCLEARES EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

M. Moreno Conde, J. García Quintana, A. García Ríos, P. Pérez Martínez, F. Martín Martos, J. Delgado Lista, F. Pérez Jiménez, J. López Miranda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Identificar genes que cambian su expresión en respuesta al consumo de aceite de oliva virgen rico en polifenoles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siete pacientes (3 hombres y 4 mujeres) con síndrome metabólico recibieron, usando un diseño aleatorio cruzado, 2 tipos de aceite de oliva que difieren en el contenido en polifenoles (396 ppm, 70 ppm). El aceite se administró en forma de desayuno 2 días diferentes separados por 1 semana. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica a las 4 horas tras la administración de cada aceite. El análisis de la expresión génica se llevó a cabo comparando la expresión génica de

cada sujeto cuando consumió cada aceite mediante microarrays de 2 colores (Agilent), realizando 4 replicas y un diseño de intercambio de tintes. El análisis de datos se realizó mediante los paquetes informáticos LIMMA y MARRAY.

RESULTADOS

La expresión de 27 genes fue reprimida cuando se consumió aceite de oliva rico virgen en polifenoles. Los genes reprimidos por los polifenoles están relacionados con la inflamación (IL1B, COX-2, JUN, FOSB, CXCL1), estrés oxidativo (SOD2) y la proliferación celular (EGR1, EGR2, TRIB1).

CONCLUSIONES

Los polifenoles del aceite de oliva virgen modulan la expresión de genes involucrados en la inflamación. Este efecto explicaría la reducción del riesgo cardiovascular del consumo de aceite de oliva virgen en pacientes con síndrome metabólico.

ML-03 EFECTO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA EN COENZIMA Q10 SOBRE LAS MICROPARTÍCULAS ENDOTELIALES

C. Muñoz López, J. Alcalá Díaz, N. Delgado, A. Ortiz, B. García, J. Criado, J. López Miranda, F. Pérez Jiménez

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

OBJETIVOS

Las micropartículas endoteliales (MPE), recientemente descritas como marcador del daño endotelial, pueden ser consideradas como un factor de riesgo proaterogénico y contribuir a la patogénesis de enfermedades cardiovasculares modulando el balance daño/reparación. Nuestro objetivo será analizar si la dieta Mediterránea suplementada en coenzima Q10 influye en los niveles de MPE y de células progenitoras endoteliales (EPCs).

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología: 20 hombres y mujeres con edad superior a 65 años siguieron tres periodos de intervención dietética, de forma randomizada-cruzada de ocho semanas de duración: A. Dieta mediterránea rica en aceite de oliva suplementada con CoQ (200 mg/día) (MED+ Q). B. Dieta mediterránea rica en aceite de oliva no suplementada con CoQ (placebo) (MED). C. Dieta rica en grasa saturada (SAFA). Se determinaron niveles plasmáticos de micropartículas circulantes totales (MPEt), micropartículas endoteliales activadas (MPEa) y las células progenitoras endoteliales (EPCs). Así como, también, se analizó el grado de apoptosis tras la ingesta de cada una de las dietas estudiadas.

RESULTADOS

Resultados: Los niveles de micropartículas endoteliales y el grado de apoptosis fueron significativamente menores tras la ingesta de las dietas MED y MED+Q en comparación con la dieta SAFA. Además, los niveles de EPCs fueron mayores tras la ingesta de la dieta MED y MED+Q versus la dieta SAFA.

CONCLUSIONES

Conclusiones: Los resultados indican el efecto beneficioso del consumo de una dieta Mediterránea rica en aceite de oliva, comparada con una dieta rica en grasa saturada. Este estudio sugiriere que la dieta Mediterránea suplementada o no con coenzima Q10 podría mejorar la capacidad regenerativa del endotelio.

ML-04 MONITORIZACION DE LA EXCRECION DE SODIO COMO PARAMETRO DE ADECUACION NUTICIONAL

Z. Jiménez Ramírez[1], J. Martínez González[1], V. Bonaiuto[1], M. Chaves[1], M. Ayala[1], M. Carrillo De Albornoz[2], R. Gómez Huelgas[1], P. Aranda Lara[3]

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

[2]*Medicina del Deporte. Escuela de Medicina Deportiva. Málaga*

OBJETIVOS

En este trabajo se trata de valorar la adherencia al tratamiento hiposódico que se prescribe de rutina en nuestra unidad de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL: Se seleccionaron a 35 pacientes en seguimiento en nuestra consulta de RV-HTA, a los cuales ya se había visitado previamente y se les había facilitado por escrito la dieta hiposódica que debían seguir (en concreto dieta DASH). Descripción de la muestra: 1 paciente perdido. 58,6% de sexo femenino. Edad: 53,4 DS:12,1; Duración de la HTA 12,1 DS 9,1; perímetro abd: 106,9 ds 25; peso 79 DS 11,4. MÉTODOS: Se realizó en una visita de revisión analítica básica de seguimiento según recomendaciones de la SEH-SEC-2007, además se calculó la excreción de sodio por g de creatinina en orina, la excreción de potasio por g de creatinina en orina, y la relación potasio (por g de creatinina) en orina/ sodio (por g de creatinina) en orina. Se consideró una excreción menor de 50 mg/gr como correcta. Una excreción menor de 100 mg/gr como ingesta moderada/alta de sal. y una excreción mayor a 100 mg/gr como una ingesta salina alta.

RESULTADOS

Tratamiento: Numero de fármacos (P. activos): 2,1 DS. 1,2; 37% tomaba tiazidas y 29,5% diuréticos de asa. Bioquimica: creat: 1,1 DS: 0,5; Na sérico: 141 DS 3,3; (sólo un paciente tenía natremia por debajo de 135); K sérico 4,4 DS 0,67 (2 pacientes tenían potasemia por debajo de 3,5). Excreción de Sodio: 1 solo paciente (2,5%) tuvo excreción por debajo de 50 mq/gr. 16 pacientes (45,7%) mostraban una excreción mayor a 100 mq/gr. El resto de los pacientes (10; 25.7%) presentaban cifras entre 50 y 100 mq/gr. Sodio en orina 113,6 mq (DS 65,58). Potasio en orina 42,62 mq (DS 17,43). Índice en orina de potasio/sodio: 0,44 (DS 0.24).

CONCLUSIONES

Sólo un paciente de la muestra tenía una ingesta de sodio dentro de las recomendaciones del Informe de la SEH-SEC 2007, y sólo en un paciente se consiguió invertir el índice K/Na en orina. Nuestros pacientes no se adhieren a la dieta hiponatrémica según especificaciones DASH. Esto debe hacernos reflexionar sobre la dieta antes de seguir aumentando el tratamiento farmacológico.

ML-06 LA CALIDAD Y LA CANTIDAD DE LA GRASA DE LA DIETA MODIFICA LA FUNCIÓN REGULADORA DEL ENDOTELIO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

D. Rosado Álvarez[1], P. Pérez Martínez[1], C. Cruz Teno[1], M. Moreno Conde[1], F. Fuentes[1], C. Marín[1], F. Pérez Jiménez[1], H. M. Roche[2]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Unidad de lípidos y arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

[2]*Nutrigenomics Research Group, UCD Conway Institute. School of Public Health Population Science, University College Dublin, Befield, Dublin 4, Ireland.*

OBJETIVOS

La función reguladora del endotelio está alterada en los pacientes con SMet. Esta disfunción

endotelial juega un papel central en el desarrollo de aterosclerosis. La grasa de la dieta puede afectar tanto al endotelio como a los factores relacionados con la pared arterial. El objetivo de este estudio es analizar si la calidad y cantidad de la grasa de la dieta modifica la función vasomotora dependiente del endotelio y los niveles plasmáticos de las moléculas de adhesión en pacientes con síndrome metabólico (SMet) durante el período postprandial.

MATERIAL Y MÉTODOS

75 pacientes fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes cuatro dietas isocalóricas con distinta composición cuantitativa y cualitativa en la grasa ingerida: rica en SFA (HSFA); rica en MUFA (HMUFA) y dos dietas bajas en grasas y ricas en carbohidratos complejos (LFHCC), suplementadas bien con 1.24 gr/día de ácidos grasos de cadena larga n-3 PUFA (LC n-3 PUFA) o bien con placebo durante 12 semanas cada una. Tras finalizar el periodo de intervención se determinaron el flujo asociado a la vasodilatación de la arteria braquial, los niveles plasmáticos postprandiales totales de nitritos, óxido nítrico sintasa (NO), molécula soluble de adhesión intercelular tipo 1 (sICAM-1), molécula soluble de adhesión vascular tipo 1 (sVCAM-1) y selectina-P.

RESULTADOS

Tras la intervención, el consumo de la dieta HMUFA indujo una mayor vasodilatación dependiente del endotelio ($p<0.05$) comparado con los pacientes que consumieron una de las otras tres dietas. Consistentemente, la respuesta postprandial de la NO sintasa se incrementó significativamente durante la dieta HMUFA comparada con la HSFA y con la LFHCC (placebo). Los niveles plasmáticos postprandiales de SICAM-1 fueron menores durante la dieta HMUFA que tras la ingesta de las dietas HSFA y LC n-3 PUFA.

CONCLUSIONES

Nuestros datos indican que la dieta HMUFA mejora la función endotelial postprandial y disminuye las concentraciones plasmáticas postprandiales de sICAM-1 en pacientes con SMet. Estos hallazgos sugieren que el estado postprandial es importante para el entender los posibles efectos cardioprotectores atribuidos a la dieta Mediterránea, particularmente en sujetos con SMet.

ML-07 ENFERMEDAD DE GRAVES EN UN HOSPITAL COMARCAL

P. Medina Delgado[1], C. Ramos Cantos[1], M. Martínez Delgado[1], L. Montero Rivas[1], M. Loring Caffarena[1], M. Guil García[1], F. Navajas Luque[2], C. San Román Terán[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Graves seguidos en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo transversal de los pacientes con TSI (Thyroid-Stimulating Immunoglobulins) positivos en el período comprendido entre enero y diciembre de 2008 en seguimiento en la consulta externa. Analizamos datos epidemiológicos, factores de riesgo, datos clínicos y tratamiento.

RESULTADOS

Durante el año 2008 se realizaron en nuestro laboratorio 481 determinaciones de TSI, siendo positivas 97 (20.16%) que correspondían a 70 pacientes, de los cuales 57 eran seguidos en la consulta externa de medicina interna de nuestro hospital. La edad media fue de 41.35 años (17-86), mujeres 45 (78.9%), hombres 12 (21.1%). Procedían de atención primaria 45 pacientes (83.3%). En 9 (15.8%) existían antecedentes familiares de patología tiroidea. Sólo en 1 paciente figuraba

otra enfermedad autoinmune asociada (celiaquía). Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de peso (57.1%), temblor (30.4%), irritabilidad (30.4%), e intolerancia al calor (28.6%). Entre los signos físicos objetivados destacaban, en orden de frecuencia, bocio (50%), temblor (19.6%), y oftalmopatía (14.3%). La fibrilación auricular estaba presente en 3 pacientes (5.4%). En cuanto a datos analíticos, el valor medio de TSI fue 11.5 U/ml, los niveles de T4 libre oscilaron entre 0.25 y 9 ng/dL con una media 3.17, y los de T3 libre entre 1.4 y 21.4 ng/dL con un valor medio de 5.34. En 27 pacientes (62.8%) se halló positividad anti-TPO. Se realizó ecografía tiroidea a 46 pacientes, detectando bocio en 71.7% de éstos. Asimismo se realizó gammagrafía a 33 pacientes, detectando hipercaptación difusa en el 93.9% de éstos. De nuestros pacientes 53 (92.9%) recibieron tratamiento antitiroideo, 14 (25.6%) recibieron yodo 131 y 2 (3.7%) fueron intervenidos quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

El perfil de los pacientes seguidos en nuestro servicio no difiere de lo descrito en la literatura, tanto en características epidemiológicas como clínicas. En nuestra comarca la mayoría de los pacientes son diagnosticados en atención primaria y posteriormente derivados a la consulta externa del servicio de medicina interna. La prevalencia de bocio fue elevada, así como la oftalmopatía. En el diagnóstico cabría cuestionarse una indicación optimizada de la gammagrafía tiroidea. En nuestra serie el tratamiento antitiroideo fue la opción terapéutica inicial como en otros estudios, la opción de tratamiento quirúrgico fue minoritaria.

ML-09 VALOR PRETEST DEL CONTROL GLUCÉMICO Y PEFIL LIPÍDICO SOBRE PACIENTES CON ICC Y/O CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

I. Ballesteros Chaves, J. García Moreno

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

OBJETIVOS

El impacto pronóstico de la presencia de hiperglucemia en los síndromes coronarios agudos es bien conocido desde hace años. Menor evidencia existe en este sentido en pacientes con IC crónica y aguda. El prestar mayor atención al nivel de glucemia en pacientes con IC, SCA, tanto en la fase aguda de hospitalización como en la fase crónica en sujetos de alto riesgo cardiovascular mejora el pronóstico. Conociendo la necesidad del abordaje estricto de los FRCV en la patología cardiaca (SCA, IC) nos proponemos conocer como en los pacientes que ingresan por dicha patología aguda a fin de saber si un buen o mal control determina el pronóstico- morbilidad (ingresos por reagudización) de estos pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio prospectivo de pacientes ingresados por SCA, y/o insuficiencia cardiaca, en M. Interna en el período entre Noviembre 2008 y Enero 2009, ambos inclusive. El procedimiento se basa en la revisión de los niveles al ingreso de HbA1c y perfil lipídico Los criterios de inclusión son: pacientes que ingresan por SCA (con /sin elevación ST) o IC reagudizada y diagnóstico conocido de DM y/o dislipemia. Los parámetros clínicos analizados son edad, sexo, perfil lipídico y HbA1c.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio un total de 88 pacientes de los cuales el 45.45% (n=40) son diagnosticados de ICC descompensada-reagudizada y el 54.45% (n=48) de síndrome coronario agudo. Dentro del grupo de ICC 30% son hombres y el 70% mujeres. -Edades medias de 67 +/- 10 años en los hombres y 75.85 +/- 11 años en mujeres. -LDLc media de 75.33 +/- 38.5 mg/dl (57.77- 113.8) en hombres y 86.57 +/- 19.5 mg/dl (67.07 – 106.07) en las mujeres. -Colesterol total medio 148 +/- 50 mg/dl (98 – 198) en hombres y en mujeres 176.5 +/- 63.74 mg/dl (112.76 – 239.24) -TG 106 +/-

30 mg/dl (70 – 136) en hombres y en mujeres 126.71 +/- 22.43mg/dl (104.28 – 149.14). -Hb1Ac media de 8.86 +/- 1.3% (7. 56 - 10.16) en los hombres y del 7.27 +/- 1.7% (5.57 – 8.97) en las mujeres. Dentro de los diagnosticados de SCA: 58.33% son hombres y 41.66% son mujeres.-Con edad media de 67+/- 6 años en hombres y 62.8 +/- 9.5 años en mujeres. -LDL c media de 97 +/- 15 mg/dl (82 – 112)en hombres y 77.6 +/- 23 mg/dl (54.6 – 100.6) en mujeres -Colesterol total 142.57 +/- 61.27 (91.3 – 203.84)en hombres y en mujeres 143.66 +/- 34 mg/dl (109.66 – 177.66) -TG 145.5 +/- 53.5 mg/dl (92 – 198) en hombres y 155.33 +/-70 mg/dl (85.33 – 225.33)en mujeres -Hb1Ac media en hombres de 6.5+/1.4% (5.1 – 7.9), y en mujeres de 7.8 +/- 1.2 % (6.6 – 9.0)

DISCUSIÓN

Con este estudio se pretende demostrar cómo, en un corte de pacientes con riesgos cardiovasculares, como son la dislipemia y la Diabetes Mellitus tipo 2, existen alteraciones séricas tanto en la HbA1c como en los de LDLc, previos a sufrir un evento de ICC o SCA. En nuestro caso dentro del grupo de ICC las mujeres tienen peor control dislipémico y mejor control de glucemia respecto a los hombres aunque a mayor edad. En el SCA son los varones quienes tienen valores mejor control glucémico y peor control lipídico y con media del edad similares. Pese a los numerosas evidencias de la importancia del control de la dislipemia en las enfermedades cardiovasculares nuestros pacientes están muy por encima de los niveles admitidos en las últimas guías. Vemos como alteraciones en los niveles séricos de LDLc y mantenimiento de glucemias alteradas pueden ser valores predictivos positivos ante episodios de ICC y SCA. Los pacientes con DM supone tener un riesgo muy incrementado de padecer insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIONES

Ateniéndonos a los resultados de los estudios epidemiológicos convendría utilizar un abordaje multifactorial e intensivo de los FRCV con el fin de garantizar un pronóstico más favorable en la evolución de las enfermedades cardiovasculares. Estos datos soportan las evidencias teóricas de las intervenciones para reducir controlar los FRCV (nivel de colesterol y el nivel de glucosa) con objeto de reducir riesgo de hospitalización y sugieren la necesidad de estudios dirigidos a estudiar este punto.

ML-10 ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE DIABETES ENTRE LOS PACIENTE NO CRÍTICOS HOSPITALIZADOS

V. Buonajuto[1], N. Macias[1], M. López Carmona[1], A. Hidalgo[2], M. García Ordóñez[3], L. Montero[4], R. Tirado[5], R. Gómez Huelgas[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*

[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga*

[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)*

[4]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

[5]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en los pacientes no críticos ingresados en los hospitales participantes. Conocer las diferencias clínicas y demográficas de los pacientes diabéticos de dichos centros

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes no críticos hospitalizados en los centros participantes en un mismo día. Se definió como paciente diabético al que o bien tenia este antecedente registrado en su historia clínica, o aquel que durante el ingreso presentó de manera reiterada unas glucemias por encima de 126mg / dl.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 1230, de los cuales 290 fueron diabéticos, alcanzándose una prevalencia de DM en del 23,6%. La edad media de los pacientes fue de 60,5 ± 18,5 años, En su mayoría se trataba de pacientes con DM tipo 2 (84,8%), pero hasta un 12,8% de la muestra presentó hiperglucemia asociada al ingreso sin que estuviera diagnosticado previamente de DM. Tan solo un 21,7% de las muestra alcanzaron el límite de control establecido. Los datos de los diferentes hospitales se resumen en la tabla 1 HOSPITAL Complejo Hospitalario Carlos Haya H Cínico Virgen de la Victoria H Comarcal de Antequera H Comarcal de Vélez H Comarcal Infanta Margarita N 469 437 121 117 86 Sexo V % 55 57 44 50 45 Edad media 67 ± 12 69 ± 12 73 ± 12 68 ± 14 74 ± 7 Px DM 115 (24%) 80 (18%) 35 (29%) 34 (29%) 26 (30%) Ingreso relacionado con DM(1) % 39 48 40 70 46 Estancia media de px DM 14 15 11 9 5 Comorbilidad* 4,3 3,5 3,2 3,2 3,7 HTA en px DM% 65 76 63 71 77 Dislipemia en px DM 32 34 26 44 23 % de DM tipo 2 80 86 89 91 88 % de DM no conocida % ^ 17 12 6 6 11 Insulinización prev. al ingreso % 43 35 29 41 39 X de glucemias (mg/dl) 173 ± 62 174 ± 58 183 ± 49 173 ± 59 169±52 % de px con buen control(<126mg/dl) 20 24 12 36 13

CONCLUSIONES

La edad media de los pacientes es mas elevada en los H. comarcales, lo que se corresponde con una mayor prevalencia e DM que ronda el 20% en estos centros. Se trata en todos los casos de pacientes con elevada comorbilidad y un importante consumo de recursos con una media de estancia en el momento del estudio en torno a 10 dias. El grado de control de los pacientes dista mucho de ser el adecuado, situándose la media de todos los centros en el 21,7%.

ML-11 INFLUENCIA DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE NO CRÍTICO HOSPITALIZADO

C. García Fernández[1], M. López Carmona[1], B. Sobrino[1], A. Hidalgo[2], A. Ruiz Serrato[3], M. Loring[4], R. Tirado[5], R. Gómez Huelgas[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*

[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga*

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

[4]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*

[5]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)*

OBJETIVOS

Conocer si la elección de la pauta de tratamiento en los pacientes no críticos ingresados influye en el control glucémico de los mismos

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico observacional de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes no críticos hospitalizados en los centros participantes dentro un mismo día. Se definió como paciente diabético al que o bien tenia este antecedente registrado en su historia clínica, o aquel que durante el ingreso presentó de manera reiterada unas glucemias por encima de 126mg / dl. Se estableció el límite de buen control en una glucemia media preprandial de las últimas 72 horas inferior a 126 mg/dl). Las pautas de insulina de los pacientes se resumieron en 5 tipos diferentes: sin insulina, Sliding scale(ss) con I. rápida, en tratamiento sólo con insulina basal (NPH, levemir o glargina), pauta de insulina basal + ss y pauta de I. basal + dosis fijas preprandiales de I. rápida + ss.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 1230pacientes ingresados en 5 centros, de los cuales 290 fueron diabéticos, alcanzándose una prevalencia de DM en del 23,6%. La edad media de los pacientes fue de 60,5 ±

18,5 años, En su mayoría se trataba de pacientes con DM tipo 2 (84,8%), pero hasta un 12,8% de la muestra presentó hiperglucemia asociada al ingreso sin que estuviera diagnosticado previamente de DM. Tan solo un 21,7% de las muestra alcanzaron el límite de control establecido. Los resultados se resumen en la siguiente tabla: Sin insulina Sliding scale (ss) Sólo I. basal Basal + ss Basal + D. Fijas + ss Nº de pacientes 42 137 8 68 35 Media bmt /72h (mg/dl) 137 169 191 188 202 Media edad (años) 72 71 67 70 67 Días de ingreso 12 11 9 14 16 Comorbilidad 3,3 3,9 3,9 3,8 3,7 Sexo V % 59 52 37 57 63 S médico % 52 63 50 76 48 DM tipo 2 % 88 80 87 87 94 Dieta absoluta (%) 9,5 13 0 6 6 Tto con esteroides (%) 17 26 25 26 23 Paciente con buen control glucémico (%) 43 22 12,5 17 11,4 Px > 65 años 76 76 75 69 57 Patología relacionada DM(%) 45 40 62 54 48 Insulinizados previamente 3 29 100 60 60

DISCUSIÓN

En términos generales cuanto más complicada es la pauta elegida peor es el control glucémico. Se excluye el grupo que solo se trató con insulina basal por el escaso tamaño muestral Existe un paralelismo entre el mal control glucémico y días de estancia, sin que se pueda atribuir esta hecho a otras circunstancias como la diferencia de edad o comorbilidad. En cuanto a la influencia de la dieta del paciente existe un porcentaje más elevado de pacientes en ayunas entre los controlados con sliding scale que podría justificar en parte su mejor control. Sin poder establecer el control domiciliario de manera objetiva ya que sólo en el 16% de los pacientes se tenia el dato de la HbA1c en los grupos con pautas más complejas se concentra un mayor porcentaje de individuos previamente insulinizados y ingresados por patologías relacionadas con la DM lo que podría sugerir que tenían peor control domiciliario antes del ingreso.

CONCLUSIONES

Parece que la complejidad de la pauta de insulina elegida influye en el control adecuado del paciente de manera negativa. Serian necesarios estudios para evaluar si es la dificultad de implantación de estas escalas así como su incorrecta aplicación lo que justificaría estos resultados.

ML-12 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA CALIDAD DEL MANEJO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS NO CRÍTICOS HOSPITALIZADOS

M. López Carmona[1], B. Sobrino[1], C. García Fernández[1], A. Hidalgo[2], M. García Ordóñez[3], P. Medina[4], R. Tirado[5], R. Gómez Huelgas[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*
[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga*
[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga)*
[4]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)*
[5]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) en los pacientes no críticos ingresados en nuestros centros y conocer la adecuación en el manejo del paciente diabético en base a una serie de indicadores de calidad predefinidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes no críticos hospitalizados en los centros participantes dentro un mismo día. Se definió como paciente diabético al que o bien tenia este antecedente registrado en su historia clínica, o aquel que durante el ingreso presentó de manera reiterada unas glucemias por encima de 126mg / dl. Se definieron los siguientes indicadores de calidad: Adecuación de la dieta, Manejo de antidiabéticos orales (ADO) durante el

ingreso, Uso de pautas con insulina basal (NPH, glargina o detemir), Grado de control glucémico (considerándose éste adecuado cuando la glucemia media preprandial de las últimas 72 horas era inferior a 126 mg/dl), Determinación de Hemoglobina glicada, Hipoglucemias (definida esta como glucemia capilar preprandial <70 mg/dl), solicitud de interconsultas a los servicios de Medicina Interna (MI) y Endocrinología.(END)

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 1230, de los cuales 290 fueron diabéticos, alcanzándose una prevalencia de DM en del 23,6%. La edad media de los pacientes fue de 60,5 ± 18,5 años, En su mayoría se trataba de pacientes con DM tipo 2 (84,8%), pero hasta un 12,8% de la muestra presentó hiperglucemia asociada al ingreso sin que estuviera diagnosticado previamente de DM. La HbA1c se determinó durante el ingreso sólo en 46 pacientes (15,9%). El seguimiento del paciente fue realizado en la mayoría de las ocasiones por el especialista correspondiente realizando un total de 37 interconsultas, (12,8%). El 51% de los DM tomaba ADOS en su domicilio y de estos el 13,% los mantiene durante el ingreso. En el 85% de los pacientes la dieta era adecuada y otro 5% estaba en dieta absoluta. La pauta más extendida para el manejo de la diabetes en planta fue la sliding scale, siendo la única pauta de tratamiento en el 47,2%. En el resto se empleaban análogos lentos o insulina basal, aunque solo en el 12,1% de los paciente se empleó una pauta de Basal + dosis fijas de insulina rápida en las comida + pauta correctora. Tan solo un 21,7% de las muestra alcanzaron el limite de control establecido. Se registraron un total de 25,(9,2%) episodios de hipoglucemia, 12 de ellos severos por debajo de 50 mg/ dl de glucosa en sangre.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la DM entre los pacientes hospitalizados es elevada, 23,6% con un porcentaje de hiperglucemia sin antecedentes de DM del 12,8 %. El control glucémico dista mucho de ser el adecuado con más del 78% de los pacientes por encima del límite de buen control. Creemos que es necesario sensibilizar y formar en el manejo del paciente diabético hospitalizado.

ML-13 EL CONSUMO DE DIETAS CON DIFERENTES TIPOS DE GRASAS INFLUYE EN LOS NIVELES POSTPRANDIALES Y EN EL TAMAÑO DE LAS LIPOPROTEÍNAS RICAS EN TRIGLICÉRIDOS

F. Gómez Delgado, D. Rosado Álvarez, J. Sánchez Gil, J. García Quintana, A. García Ríos, F. López Segura, F. Fuentes Jiménez, F. Pérez-Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Evidencias previas, sugieren que las grasas en la dieta pueden influir en la composición y el tamaño de las lipoproteínas ricas en triglicéridos, aunque se ha demostrado por métodos indirectos que obligaban a una interpretación cautelosa de los resultados. Nuestro objetivo es evaluar en una intervención sobre sujetos sanos, la influencia de 3 modelos de dieta con diferentes tipos de grasas, evaluándose el tamaño y los niveles de partículas ricas en triglicéridos en el postprandio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los voluntarios siguieron tres dietas diferentes durante cuatro semanas de duración cada uno, según un diseño aleatorio cruzado; los 3 modelos son: la dieta occidental: 15% de proteínas, 47% hidratos de carbono (HC), 38% de grasas (22% de ácidos grasos saturados (SFA)); la dieta mediterránea: 15% de proteínas, 47% hidratos de carbono, 38% de grasas (24% de ácidos grasos monoinsaturados (MUFA)); dieta rica en glúcidos: 15% de proteínas, 55% hidratos de carbono, <30% de materia grasa (8% de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI)). Después de 12 horas de

ayuno, los individuos consumieron un desayuno con una composición grasa similar a la que se consume en cada una de las dietas: Mantequilla: 35% SFA; aceite de oliva: 36% MUFA. Nueces: 16% PUFA, 4% ácido α-linolénico. El tamaño y los niveles de lipoproteínas fueron medidos con la espectroscopia de resonancia magnética nuclear en diferentes tiempos

RESULTADOS

El aceite de oliva redujo el número total de lipoproteínas en comparación con el resto de las comidas (p= 0,002). Además, durante este período el aceite de oliva aumentó el tamaño de las partículas en comparación con la dieta de nueces(p=0,001).

CONCLUSIONES

Nuestros datos mostraron que el aceite de oliva favorece la formación de lipoproteínas de mayor tamaño así como unos menores niveles totales en comparación con mantequilla y nuez. Estos nuevos resultados nos permiten comprender en parte los mecanismos de formación de las lipoproteínas a nivel postprandial, y podría dar explicación al menor riesgo cardiovascular en los países mediterráneos.

ML-14 EFECTO DE UNA DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA EN COENZIMA Q10 SOBRE LA EXPRESIÓN DE GENES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA

Á. Gómez Garduño, B. García Olid, V. Lorenzo Carrasco, N. Delgado, F. Martín, F. López Segura, A. Jiménez, J. López Miranda

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

OBJETIVOS

El coenzima Q10 (CoQ) además de su papel como transportador de electrones mitocondrial muestra una función antioxidante. Las enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad se asocian a un estado protrombótico y proinflamatorio, asociado a un aumento del estrés oxidativo que origina cambios en la expresión de diferentes genes involucrados en su patogenia. Objetivos: Estudiar los cambios producidos en la expresión de los genes p65 (subunidad activadora del NF-□B), I□B□(inhibidor del factor de transcripción NF-□B) MCP-1 (proteína quimioatrayente de monocitos), TNF□(factor de necrosis tumoral), MMP-9 (metaloproteasa de membrana), MIF (factor de migración de los macrófagos) y IL6 (interleuquina 6), tras la ingesta a largo plazo de dietas con diferente composición en grasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

20 hombres y mujeres con edad superior a 65 años siguieron cuatro periodos de intervención dietética, de forma aleatorizada-cruzada de ocho semanas de duración: A. Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva suplementada en CoQ (200mg/día), (38% grasa (24% MUFA, 10% SFA y 4% PUFA). B. Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva no suplementada en CoQ (placebo) (38% grasa (24% MUFA, 10% SFA y 4% PUFA). C. Dieta rica en grasa saturada (38% Grasa (12% MUFA, 22% SFA, 4% PUFA). Tras la intervención dietética se obtuvieron células mononucleares de sangre periférica y se realizaron estudios de expresión génica mediante qRT-PCR en tiempo real.

RESULTADOS

Los niveles de ARNm del gen p65 mostraron un descenso significativo tras la ingesta de la dieta mediterránea sin suplementar en CoQ cuando se comparó con la dieta rica en grasa saturada (p=0,004). No se obtuvieron resultados significativos en los niveles de expresión del resto de los genes en las dietas estudiadas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran el efecto antiinflamatorio del consumo de una dieta mediterránea

al disminuir los niveles de expresión del factor de transcripción NF-□B (subunidad p65). Varios mediadores del proceso inflamatorio dependen de este factor transcripcional, por lo que este descenso en su expresión podría evitar el inicio de la respuesta inflamatoria y ejercer un efecto preventivo en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.

Patología Cardiorespiratoria (PC)

PC-01 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES ANCIANOS. ¿DEBEMOS USAR TERAPIA BETABLOQUEANTE?

L. Muñoz Jiménez[1], L. Valiente de Santis[2], C. Urbano Carrillo[1], A. Esteban Luque[1], R. Peñafiel Burkhart[1], J. Cano Nieto[1], J. Pérez Ruiz[1], M. De Mora Martín[1]

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

OBJETIVOS

Entre los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), los pacientes ancianos constituyen una población en la que aún existen ciertas reticencias para el uso de betabloqueantes (BB); si bien, las últimas publicaciones al respecto apoyan el uso de estos fármacos en pacientes seleccionados. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el uso de BB en una Consulta Externa de Cardiología (CE) en pacientes ancianos, identificar las razones para su no prescripción y analizar la repercusión de su uso sobre la mortalidad y el número de reingresos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio transversal, descriptivo sobre una muestra de 100 pacientes consecutivos, de edad igual o superior a 75 años, que eran seguidos en CE con juicio clínico de IC. Analizamos la muestra en dos grupos según recibieran o no tratamiento betabloqueante a criterio de su Cardiólogo y comparamos las características de cada uno de ellos. Posteriormente sobre esta misma muestra diseñamos un estudio prospectivo, durante un periodo de dos años. En cada grupo se analizó la mortalidad y el número de ingresos en este período.

RESULTADOS

La edad media fue de 78,9 ±3,58 años, sin diferencias significativas entre los grupos como tampoco la había en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, grado funcional (33% en NYHA III en ambos grupos), ni fracción de eyección (48,65% ± 16,57. vs 42,46% ± 16,97) en el grupo sin BB). No encontramos diferencias en la etiología de IC: isquémica (57,5% vs 41,1%); valvular (15,6% vs 32,7%), hipertensiva (40,1% vs 37,2%). Tampoco existen diferencias significativas entre los tratamientos concomitantes administrados. El carvedilol es el betabloqueante más usado (76%), seguido del bisoprolol (17%). La dosis media utilizada es 28,2 mg/día en el caso del carvedilol, y 6,5 mg/día en el caso del bisoprolol. Se prescribió BB en el 41,7%, sin embargo, sólo tenían verdadera contraindicación 28,9% de los pacientes, de los cuales, un 65,5% fue por patología respiratoria, 17% por intolerancia,13% por hipotensión y 3,4% por arteriopatía periférica severa. El análisis multivariante mostró que el número de ingresos/consultas en urgencias por descompensación fue del 22,2% en grupo de BB frente al 77,8% ($p<0.05$). La mortalidad en el grupo de los pacientes con BB fue del 41,7% frente al 55,9% del grupo que no los recibía ($p=0,42$). Las tasas de muerte por causa cardiovascular fue del 30% en BB y 35,7% en los que no tomaban BB ($p=0,76$). El evento combinado de muerte, muerte CV y reingreso se produjo en el 50% en grupo BB vs 68,6% en no BB ($p=0,18$).

DISCUSIÓN

Las recomendaciones de tratamiento de los pacientes con IC y disfunción sistólica están claramente establecidas. En las últimas dos décadas se ha conocido el resultado de ensayos clínicos con

fármacos como son los betabloqueantes, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas del receptor de la angiotensina y de la aldosterona que han llegado a reducir, en términos relativos, en un 35% la mortalidad por IC. En general, todos los pacientes con IC crónica y estable, independientemente de su etiología, con disfunción sistólica y en clase funcional II-IV de la NYHA, deberían recibir tratamiento con ß-bloqueantes a menos que exista contraindicación, sin ser la edad un factor limitante para su uso.

CONCLUSIONES

Las tasas de mortalidad total y cardiovascular de los pacientes ancianos con diagnostico de insuficiencia cardiaca son elevadas. El uso de Betabloqueantes se asocia a menor número de ingresos y, en menor medida, a una menor mortalidad de causa cardiovascular, independientemente del grado funcional, la fracción de eyección o la etiología de la insuficiencia cardíaca. Aunque en dos tercios de los pacientes mayores de 75 años no había contraindicación para recibir betabloqueantes, la prescripción de los mismos sólo se realizó en menos de la mitad de éstos. Tras el análisis de la muestra, no encontramos justificación clínica para la infrautilización de estos fármacos.

PC-02 ESTUDIO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA

R. Puentes Torres, A. Calero Espino, J. Ampuero Ampuero, M. Carracedo Melero, A. Jurado Porcel, M. Martín Moreno, R. Martínez Fernández, M. Montero Pérez-Barquero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Estudiar los indicadores de calidad en insuficiencia cardiaca a través del examen de los informes clínicos de alta de enfermos hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 148 pacientes dados de alta durante el año 2008, codificados con el diagnóstico principal de Insuficiencia cardiaca. Se revisaron una muestra aleatoria simple de entre aquellos que el servicio de documentación había seleccionado, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 2008 y el 31 de Diciembre de 2008. Se recogieron diferentes parámetros propuestos como indicadores de calidad en insuficiencia cardiaca a nivel internacional (JCC, AHA/ACC, proyecto ACOVE) y se compararon los resultados con los obtenidos en nuestro servicio en el año 2005.

RESULTADOS

Se examinaron 100 informes en los que figuraba la insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal al alta, entre los cuales hubo 13 exitus, por lo que el estudio se realizó sobre 87 informes, el 7,2% del total de 1209 informes de alta de nuestra Unidad en el periodo de estudio. Con respecto a la edad media no hubo diferencias en los periodos de estudio (79,27 ± 8,1 vs 80,0 ± 7,7, $p > 0,05$) ni en el porcentaje de mujeres (56,0% vs 65,5%, $p > 0,05$).

DISCUSIÓN

La monitorización de indicadores de calidad en insuficiencia cardiaca y los estudios de intervención educacional sobre dichos parámetros para reducir el número de reingresos, han demostrado su eficacia. En nuestro grupo de enfermos, los porcentajes de realización de ecocardiograma, continúa siendo bajo y similar al del año 2005. Desconocemos si ello se debe a que el internista responsable no la solicita o a dificultades de acceso a dicha prueba. El porcentaje de indicación de monitorización del peso y seguimiento al alta han mejorado significativamente respecto al estudio previo. La prescripción de beta-bloqueantes e IECA ó ARA II, también ha mejorado de forma significativa respecto al estudio previo. La indicación de anticoagulación fue similar al porcentaje del año 2005.

CONCLUSIONES

La mayoría de los indicadores de calidad de la IC estudiados han experimentado una mejoría en el estudio actual respecto del análisis del año 2005.

Comparación de los datos en las dos años del estudio (PC-02)

Variables	2005	2008	Valor de P
Ecocardiograma	15,7 %	19,5 %	N. S.
Monitorización del peso	0,6 %	10,3 %	< 0,001
Consejo dietético	86,7 %	80,5%	N. S
IECA o ARA II	71,1 %	100,0 %	< 0,01
Beta-Bloqueantes	31,9 %	44,8 %	0,03
Anticoagulación en FA	62,4 %	53,6 %	N. S.
Seguimiento al alta	34,3 %	97,7 %	< 0,01

PC-03 ANALIZAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DADOS DE ALTA TRAS UN EPISODIO DE DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Adarraga Cansino[1], M. Benticuaga Martínez[2], A. Fernández Moyano[2], A. Muñoz Morente[3], A. Ramos Guerrero[4], R. Tirado Miranda[5], M. Montero Pérez-Barquero e investigadores del I Curso SADEMI[6]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)*
[2]*Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios de Sevilla. Sevilla*
[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*
[4]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla*
[5]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)*
[6]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

OBJETIVOS

Analizar la calidad de vida en pacientes con la Insuficiencia cardiaca y su relación con variables socio-demográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

De los pacientes ingresados por una descompensación de IC, entre octubre y diciembre de 2007, un total de 52, fueron incluidos en el estudio. La recogida de datos fue mediante hoja de protocolo, entrevista e historia clínica. Al mes del alta hospitalaria se administró el test de calidad de vida Euroqol-5D (EQ-5D). El EQ-5D, es un test genérico que permite estimar el estado de salud percibido por los a través de una escala visual analógica y el cálculo de un índice de utilidad. Está validado en nuestro país y se ha demostrado de utilidad en diferentes enfermedades. Se aplicó un diseño transversal. Se realizó un test de comparación de medias o un Anova de una vía y un test de correlación de Spearman mediante el programa SPSS 12.0E.

RESULTADOS

Edad 78,6 ± 6,9 años, 63,5 % mujeres. Clase funcional de la NYHA II 44,2 %, III 44,2 % y IV 11,5%. Diabetes 32,7 %; EPOC 34,6 %; demencia 23,1 %; fibrilación auricular 42,3 %. PAS 140 ± 24,7; Hb 12,1 ± 2,1; Aclaramiento de creatinina (CCr) 49,9 ± 20,1; Índice de Barthel 78,1 ± 24,8. Tratamiento al alta: IECA 67,3 %; ARA II 15,4 % y BB 75%. Índice de Utilidad de EQ-5d 0,799 ± 0,34. Escala visual analógica EQ-5d 57,20 ± 10,5. Se obtuvo correlación significativa entre el índice de Utilidad del EQ-5d y el índice de Barthel (r 0,717, p < 0,01).

DISCUSIÓN

El test genérico de calidad de vida EQ-5d ha demostrado su utilidad para valorar la percepción de salud en diferentes enfermedades. Tiene la ventaja de su simplicidad y rapidez en su administración. En nuestro estudio se ha encontrado correlación directa entre el índice de utilidad de dicho test y el índice de Barthel. Los pacientes con demencia tienen medias del índice de utilidad significativamente inferiores a los que no la tienen. Se aprecia unas medias del valor de la escala visual analógica mayores (mejor estado de salud percibida) para pacientes con EPOC y fibrilación auricular lo que sería contrario a lo esperado por lo que dado que el tamaño muestral es pequeño debería de ser confirmado en posteriores estudios.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado relación directa entre peor calidad de vida medida el índice de Utilidad del EQ-5d y el grado de dependencia medida por el índice de Barthel.

Variables relacionadas con el índice de Utilidad del EQ-5d (PC-03)

Variables	Si	No	Nivel de p
Demencia	-0,48 ± 0,82	0,51 ± 0,27	< 0,01
Tratamiento con Betabloqueantes	0,31 ± 0,35	0,54 ± 0,26	0,036

Variables relacionadas con la Escala Visual Analógica (PC-03)

Variables	Si	No	Nivel de p
Fibrilación auricular	61,8 ± 7,5	53,3 ± 11,3	0,045
EPOC	63,3 ± 5,0	53,5 ± 11,3	0,023

PC-06 HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL GRUPO V (MISCELÁNEA) DE LA CLASIFICACIÓN DE VENECIA

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

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

OBJETIVOS

En la clasificación de hipertensión pulmonar (HP) de Venecia 2003, dentro del grupo V (Miscelánea), se incluyen procesos que pueden desarrollar hipertensión arterial pulmonar (HAP) y que no son encuadrables en el resto de los grupos (I a IV), sin que por ello se consideren menos importantes. En la reciente clasificación de Dana Point (pendiente de publicación) este grupo ha sufrido algunas modificaciones y pasa a denominarse “Hipertensión pulmonar de mecanismo desconocido o multifactorial”. Describimos 6 casos de HAP encuadrables en el grupo V y comentamos, basados en nuestra experiencia, el subgrupo de pacientes con patología tiroidea asociada a HAP de muy difícil acomodo en las distintas clasificaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diagnóstico de HAP se hizo en todos los casos según el protocolo establecido en nuestra Unidad (datos clínicos, analíticos, radiográficos, ecocardiográficos, espirométricos...) con confirmación en todos los casos mediante cateterismo cardíaco derecho.

RESULTADOS

CASO 1. Sarcoidosis. Mujer diagnosticada de esclerosis sistémica y,10 años después, de sarcoidosis (deterioro de la función respiratoria y biopsia de adenopatías mediastínicas). Posteriormente presenta rápido empeoramiento de la disnea y, mediante cateterismo derecho, se objetiva PAPm 50 mmHg. La paciente mejoró con tratamiento con bosentán y pasó a clase funcional II en la que permanece 14 meses después. CASO 2. Amiloidosis AL. Varón diagnosticado de amiloidosis AL con una clínica sugestiva con importante afectación cutánea y cuya biopsia fue diagnóstica. Refería disnea progresiva (grado III-IV) y, en el cateterismo derecho, se comprobó una PAPm de 35 mmHg. Se inició tratamiento con melfalán y prednisona sin éxito. La necropsia puso de manifiesto, en el pulmón, un infiltrado amiloide exclusivamente vascular. CASO 3: Enfermedad de Von Recklinghausen con HAP y respuesta inicialmente favorable al tratamiento vasodilatador (epoprostenol) y posteriormente con distintas asociaciones de vasodilatadores. CASO 4: HAP en paciente con síndrome poliglandular autoinmune (SPA) con tiroiditis inmunitaria, DM tipo I, anticuerpos antiislotes pancreáticos, antitiroideos, antisuprarrenales, antiovario, antigliadina, antiendomisio y antifactor intrínseco. CASO 5: HAP en paciente con SPA con hipotiroidismo y anemia megaloblástica con positividad para anticuerpos anticélulas parietales gástricas, antisuprarrenales, antiislotes pancreáticos y antiovario. CASO 6: Paciente con disnea rápidamente progresiva y con diagnóstico de HAP pulmonar mediante cateterismo. El resto del estudio fue negativo. La necropsia puso de manifiesto una microangiopatía trombótica tumoral de origen metastásico.-Aunque la HAP asociada a tiroidopatías se ha pretendido que constituya un subgrupo aislado, en nuestra experiencia observamos alteraciones de esta naturaleza en aproximadamente la mitad de los pacientes del grupo I y V (Castillo Palma et. al. Disfunción tiroidea en pacientes con hipertensión arterial pulmonar. Estudio de una cohorte. Med Clin 2009; en prensa).

DISCUSIÓN

La característica fundamental de este grupo de HP radica en que incluye enfermedades que no pueden encuadrarse en ninguno de los otros grupos o, bien, enfermedades con características de varios grupos a la vez. Las implicaciones de ello no son sólo semánticas, sino también de manejo clínico y terapéutico, dirigido sobre todo a la etiología. El enfoque del internista, dentro de grupos multidisciplinarios, es de especial valor en el estudio de estos pacientes.

PC-09 HIPERTENSIÓN SECUNDARIA AL SÍNDROME DE LA APNEA DEL SUEÑO: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA

C. García Fernández[1], P. Gallardo Jiménez[1], M. Chaves Peláez[1], M. Ayala Gutiérrez[1], M. Carrillo de Albornoz[2], J. Martínez González[1], Z. Jiménez Ramírez[1], R. Gómez-Huelgas[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*

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

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: El síndrome de apnea del sueño (SAOS) es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para ateroesclerosis generalizada, destacando la obesidad. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente al tratamiento farmacológico, así como con una serie de entidades nosológicas que derivan en una disminución de la esperanza de vida. En nuestra experiencia clínica, hemos observado que, la HTA secundaria a SAOS responde mal al tratamiento con CPAP/BIPAP. OBJETIVO: Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 25 pacientes con hipertensión secundaria a

SAOS, los cuales presentaban todos un patrón MAPA non-dipper o Raiser, y su respuesta a la administración nocturna de Doxazosina de liberación retardada.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos 25 casos (20 varones) constatados de HTA secundaria a SAOS procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: HTA con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al diagnóstico de HTA, tenían un índice Apnea/hipopnea mayor a 10. En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria.

RESULTADOS

RESULTADOS: Los pacientes presentan una edad media de 49,5 ±7,2 (rango: 31-66) años, y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 12 años. En el momento de acudir a la consulta el 60% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 2.98 ± 1,26 fármacos. Así mismo se determinaron las variable antropométricas básicas, con 80% obesidad y 20% de sobrepeso (IMC 33,7±4,07). El 85% eran sedentarios, el 52% diabéticos, 76% tenían hipercolesterolemia, el 52% fumadores, solo 1 cumplía criterios de enolismo, ninguno tenia daño de órgano renal o cerebral, pero 2 pacientes tenían cardiopatía isquémica. Las TAS iniciales fueron 154,28± 23,07 mmHg y TAD 89±10,91 mmHg al inicio del seguimiento. Inicialmente 5 pacientes mantenían cifras por debajo de 140/80. En seguimiento 3 meses después de tratamiento las cifras tensionales fueron: TAS 145,8± 17,1; y La TAD 89 ± 15. 15 pacientes mantenían cifras de TA por debajo de 140/80 (P<0,001).

DISCUSIÓN

Aunque no se consiguió obtener unas cifras normotensas en todos los pacientes, una cifra del 60% de control de TA es superior a lo que se espera encontrar en la población general con HTA esencial.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: La HTA secundaria a síndrome de la apnea el sueño es difícil de controlar con tres fármacos. El efecto de doxazosina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

PC-10 FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Zambrana García, F. Gavilán Guirao, D. Adarraga Cansino, M. Velasco Malagón, L. Martínez Luque

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

OBJETIVOS

Conocer qué factores clínicos y de consumo de recursos asistenciales pueden predecir la mortalidad de pacientes ingresados por EPOC en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo que incluye una cohorte de pacientes ingresados por EPOC reagudizado desde octubre de 2004 a junio de 2005 y con seguimiento de 4 años (junio 2005-abril 2009). Se recogen variables clínicas y epidemiológicas, así como consumo de recursos sanitarios (días de estancias hospitalarias, número de consultas a urgencias, número de asistencia en consultas externas y episodios de hospitalización durante los 4 años siguientes al ingreso). Para la descripción de los resultados utilizamos la media aritmética (desviación estándar) para las variables cuantitativas y proporciones en el caso de las variables cualitativas. Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba t de Student, chi cuadrado y análisis de regresión lineal, recurriendo para el ello el programa estadístico SPSS v.12.

RESULTADOS

Incluimos a 40 pacientes ingresados por EPOC reagudizado. Dos de ellos fallecieron durante el ingreso, por lo que el número de pacientes seguidos ha sido de 38. El 95% eran varones, siendo la edad media de 73 años (DE: 12, rango 41-95). La estancia media fue de 4,8 días (DE: 2,4, rango 1-10 d) y el número de diagnósticos al alta de 5,1 días (DE: 2,3, rango 2-10). En cuanto a la severidad del EPOC (valorando VEMS), 11% fue leve, 19% moderado y 70% grave. La media de p02 al ingreso fue de 51 mmHg (8) y de pC02 de 51 (14). Durante el seguimiento, la media de episodios a consultas externas durante los 5 años fue de 3,2 veces (0,9) y de 5,6 (8) consultas a urgencias. Un 70% de los pacientes ingresaron por una nueva reagudización a lo largo de los 4 años de seguimiento. El porcentaje de exitus al año, a los 2 años, 3 y 4 del episodio de ingreso fue de 13%, 19%, 34% y 45%, respectivamente. El tiempo medio hasta el exitus fue de 23,6 (14) meses. De los factores analizados, sólo la gravedad de la obstrucción (VEMS) en las fechas cercanas al ingreso fue el factor predictor de exitus (0% en EPOC leve, 6% EPOC moderado y 94% en EPOC grave, chi cuadrado=9, p<0,05), no observándose diferencias en cuanto a edad, sexo, p02 o pC02 al ingreso, número de diagnósticos al alta o aspectos como consumo de recursos asistenciales (estancia media durante la hospitalización, consultas a urgencias o a consultas externas).

DISCUSIÓN

Las limitaciones que puede presentar el presente estudio son por un lado un número limitado de pacientes procedentes de un único Centro y el carácter retrospectivo de éste. En todo caso, los resultados son verosímiles con lo esperado.

CONCLUSIONES

La mortalidad de los ingresos por EPOC a largo plazo es elevada, situándose en torno al 45% a los 4 años. Nuestro estudio evidencia, además, que la severidad de la obstrucción y no otros factores clínicos o de prestación asistencial en el momento del ingreso, predice a largo plazo la supervivencia de éstos pacientes.

PC-11 UTILIDAD DE LA PROTEINA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA

I. Páez Rubio, F. Carrasco Sánchez, E. Ortiz López, I. Vázquez García, E. Pujol de la Llave
UGC Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva

OBJETIVOS

El papel de los marcadores inflamatorios en la insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada (ICFSP) no está bien establecido. Recientemente se ha relacionado la proteína-C reactiva (PCR) de alta sensibilidad con el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares. El objetivo del presente estudio fue identificar el poder pronóstico de la PCR de alta sensibilidad en pacientes con ICFSP y valorar si aporta alguna mejora sobre la PCR estándar en esta situación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional de pacientes con ICFSP hospitalizados por agudización clínica en la UGC del Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Los criterios para definir ICFSP fueron acordes con las directrices de la European Society of Cardiology (ESC). Se consideró función preservada una FEVI > 45% por el Método de Simpson. La determinación de ambas proteínas se realizó al ingreso hospitalario mediante la técnica de Tina-Quant (test inmunológico de aglutinación intensificado por partículas de látex) de Roche. La función renal se evaluó mediante la ecuación de MDRD-4 y se definió insuficiencia renal (IR) como un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m2.

El seguimiento fue de un año y el evento a alcanzar fue una variable compuesta de mortalidad total y reingreso hospitalario por la misma causa. Para el estudio univariante se utilizaron la t-student, una U-Mann. Whitney o una Chi cuadrado según corresponda. Para el estudio multivariante una regresión de COX de riesgos proporcionales. El análisis de supervivencia por Kaplan-Meir. Para comparar los niveles plasmáticos de la PCR de alta sensibilidad y estándar una T-Student de muestras apareadas.

RESULTADOS

Un total de 186 pacientes alcanzaron el año de seguimiento. La comparación de los niveles séricos de PCR estándar 4,47 (DS 6,45) y PCR alta sensibilidad 5,01 (7,28) no mostraron diferencias (p = 0,118). Tras completar el seguimiento hasta 119 pacientes (64%) alcanzaron el evento primario compuesto y de estos fallecieron 65 pacientes (34,9%). Sin embargo, las comparación de los niveles séricos de PCR estándar entre estos dos grupos no presentaron diferencias significativas, y del mismo modo ocurrió para la PCR de alta sensibilidad. Cuando solamente consideramos la mortalidad al año encontramos diferencias con los pacientes que sobrevivieron (para la PCR estándar una p = 0,004 y para la PCR de alta sensibilidad una p = 0,017). Ni la mediana ni otro punto de corte fue asociado con pronóstico desfavorable. En el estudio multivariante la introducción en el modelo de la PCR de alta sensibilidad como variable cuantitativa pierde la significación estadística. Las variables asociadas fueron la hiponatremia (p = 0,018), índice de Charlson (p = 0,001), NT-proBNP > mediana (p = 0,045) y MDRD (p = 0,034). El estadístico del estudio de supervivencia de Kaplan-Meier para la PCR de alta sensibilidad tampoco demostró diferencias (Log Rank 0,199).

DISCUSIÓN

Aunque la PCR de alta sensibilidad se ha relacionado de forma precisa en la evolución desfavorable de los procesos cardiovasculares, no estaba claro si podría ser útil en pacientes con insuficiencia cardiaca evolucionada. En nuestra cohorte la PCR de alta sensibilidad no ha demostrado ninguna utilidad con respecto a la predicción de muerte y rehospitalización por insuficiencia cardiaca. Además, la PCR de alta sensibilidad no aporta ninguna mejora sobre la forma estándar, demostrándose que las determinaciones son además extremadamente similares. Probablemente este hecho pueda ser explicado por la cantidad de situaciones que pueden condicionar la elevación de reactantes de fase aguda durante la hospitalización de nuestros pacientes. Aunque estos hallazgos parecían evidentes no estaban estudiados. En esta línea, el papel de la PCR ultrasensible debería de focalizarse en pacientes “teóricamente” sanos.

CONCLUSIONES

La PCR de alta sensibilidad no juega ningún papel en la valoración pronóstica de los pacientes hospitalizados por ICFSP por agudización de síntomas y esta no aporta ninguna mejora sobre la PCR estándar.

PC-12 LA INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO RETO TERAPÉUTICO: ¿SOMOS CAPACES DE CUMPLIR LAS GUÍAS?

F. Jódar Morente, G. Gutiérrez Lara, V. Navarro Pérez, M. Muñoz, C. Porras, M. Manjón, M. Almenara, A. Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca como patología de alta prevalencia y su tendencia a constituirse en una enfermedad crónica en nuestro medio la convierte en un reto cotidiano para el internista. El correcto empleo del arsenal terapéutico a nuestra disposición, así como la adecuación de la prescripción a

las distintas guías y la inclusión de las novedades farmacológicas cuando exista indicación son un factor determinante tanto en la calidad de vida como el pronóstico de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte de pacientes ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca de cualquier etiología y estadio, durante un período de 6 meses. Estadística descriptiva. Software spss 13.0 para Windows xp.

RESULTADOS

Número de total de pacientes: 124 54% mujeres, 46% hombres Prescripción al alta: Ieca: 58% Betabloqueante: 20.6% Antiagregante: 22.2% Anticoagulante 38% Nitritos: 13% Diuréticos: 80% Digoxina: 17%% Ara II: 18% Calcioantagonistas: 11.1% Bosentán: 0% No hay diferencias significativas en cuanto a la prescripción por sexos. Diferencia entre empleo de betabloqueantes en EPOC (P:0.053) En fibrilación auricular asociada, diferencias en la prescripción de digoxina (p:0.01), anticoagulación (p=0.00) y beta bloqueantes (p:0.05) No existen diferencias estadísticamente significativas de antiagregación entre pacientes con cardiopatía isquémica y sin ella. (p:0.128). Empleo de beta bloqueantes en cardiopatía isquémica significativamente inferior a los sin ella (p: 0.08). Hay un empleo significativo de nitritos (p= 0.000) en estos pacientes.

DISCUSIÓN

Los diuréticos, tratamiento clásico, siguen siendo la especialidad farmacológica de mayor uso en nuestro medio como terapia de mantenimiento al alta. Pese a las distintas guías, el empleo de IECA/ARA II, aunque al alza, sigue sin ser tan alto como debiera. Destaca el bajo empleo de Betabloqueantes, uno de los pilares del tratamiento moderno de la insuficiencia cardíaca, sobretodo por su incidencia en la supervivencia de estos pacientes. Las características propias de los pacientes a nuestro cargo con sus múltiples patologías asociadas y las posibles y atrogenias y efectos secundarios hacen que los clínicos limiten su prescripción en función de factores difícilmente cuantificables ya que, por ejemplo, muchos de nuestros pacientes presentan patologías de carácter respiratorio que pueden limitar su uso. Este hecho es aún más relevante en la cardiopatía isquémica asociada a insuficiencia cardíaca, donde resulta significativa su escasa aplicación. Pese a no ser uno de los objetivos de este estudio, y por tanto no aportar datos totalmente concluyentes en este aspecto, sí resulta una señal de alarma que deberá ser explorada en posteriores revisiones.

CONCLUSIONES

-Los diuréticos son el fármaco más empleado en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca de cualquier etiología en nuestro medio. - El empleo de IECA, ARA II y Betabloqueantes sigue siendo inferior al recomendado en las diferentes guías terapéuticas. - El bosentan, al no estar indicado en pacientes con hipertensión arterial pulmonar secundaria, se emplea de manera acorde a lo esperado. - Los B-bloqueantes han desplazado a la digoxina en el control de la frecuencia en pacientes con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. - En pacientes con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca resulta significativo el escaso empleo de B-bloqueantes en nuestro servicio, tendencia que habrá que confirmar en posteriores estudios.

PC-13 PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA ATENDIDA POR MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA EN UN HOSPITAL GENERAL

F. Díez García[1], V. Rodríguez Martínez[1], J. Hernández Hernández[2], G. Gómez Rodríguez[1], P. Martínez Cortés[1], G. Parra García[1], P. Sánchez Alonso[1], A. Collado Romacho[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Documentación Clínica. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Los ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio son frecuentes en nuestros hospitales en razón de su elevada prevalencia en la población adulta. Estos pacientes ingresan habitualmente en Unidades de Medicina Interna (MI) o Cardiología (C) en función de las respectivas carteras de servicios, tipo de hospital u otros factores. Las variaciones del manejo de estos pacientes entre ambas Unidades es frecuente motivo de polémica. Objetivos: Estudiar los ingresos por patología del aparato circulatorio en las Unidades de Medicina Interna y de Cardiología de un hospital general (grupo 2) de Andalucía. Conocer las posibles diferencias en la casuística y en la eficiencia entre ambas Unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los GRDs generados en las Unidades de Medicina Interna y de Cardiología durante el año 2.008. Se analizaron en ambos Servicios los GRDs correspondientes a la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) 5: "Enfermedades y Trastornos del Aparato Circulatorio" que incluyeron un total de 1.766 altas. En este CDM se incluyeron a 1.344 altas de Cardiología y a 492 altas de Medicina Interna, que representan respectivamente el 97,11% de las altas de la Unidad de Cardiología (76% del total de altas cardiológicas del hospital) y el 22,3% de las altas de Medicina Interna (24% del total de altas cardiológicas del hospital). Se estudiaron comparativamente los GRS Médicos que generaron ambas Unidades. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

La Estancia Media por GRDs (EM) de la Unidad de Cardiología fue de 5,64 días con un Índice de Utilización de Estancias respecto al estándar del SAS (IUE) de 0,64 y un Índice Casuístico (Complejidad) de 2,08. De los 1.344 GRDs generados en esta Unidad, 666 (48%) fueron GRDs Quirúrgicos/asociados a un procedimiento cardiológico (cateterismo, implantación de marcapasos, desfibrilador…) con una EM de 4,59 días. Los GRDs Médicos fueron un total de 684 (49%) con una EM de 6,67 días, un IUE respecto al estándar SAS de 0,95 y un IC de 1,25. Las 492 altas cardiológicas de la Unidad de Medicina Interna generaron en su inmensa mayoría (99,6%) GRS Médicos, con una EM de 9,55 días, un IUE respecto al estándar SAS de 0,98 y un IC de 2,34. Los principales síndromes que condicionaron el ingreso y a los que se asociaron los GRDs Médicos en ambas Unidades fueron: Cardiopatía isquémica aguda: 473 casos (93% en C y 7% en MI); Insuficiencia cardiaca (ICC): 451 casos (22% en C y 78% en MI); arritmias: 90 casos (72% en C y 28% en MI); síncopes: 36 casos (61% en C y 39% en MI); cardiopatías congénitas: 12 casos (67% en C y 33% e MI); patología vascular periférica: 11 casos (9% en C y 91% en MI) HTA: 10 casos (30% en C y 70% en MI); endocarditis: 4 (25% en C y 75% en MI) y otros agrupados: 67 casos (67% en C y 33% en MI). Los 451 casos de ICC se distribuyeron en dos GRDs; el GRD 544 (Peso: 3,49, alta complejidad): 215 casos (47,7%) y el GRD 127 (Peso 1,5; menor complejidad): 236 casos (52,3%). En la Unidad de Cardiología se codificaron 16 casos con el GRD 542 (EM de 15,06 días) y 82 casos con el GRD 127 (EM: 6,85 días). En Medicina Interna de codificaron 199 casos con el GRD 542 (EM de 9,87 días) y154 casos con el GRD 127 (EM: 8,97 días).

CONCLUSIONES

El Servicio de Medicina Interna atendió al 42% de todas las altas del CDM 5 (Enfermedades del Aparato Circulatorio) no asociadas a un procedimiento cardiológico (cateterismo, marcapasos…). La patología isquémica aguda ingresa en su práctica totalidad en Cardiología; sin embargo el 78% de los pacientes con insuficiencia cardiaca lo hacen en Medicina Interna. La eficiencia en el manejo de los pacientes en ambas Unidades es similar e inferior a la del estándar del SAS (IUE<1); sin embargo la complejidad de los pacientes cardiológicos de Medicina Interna (IC:2,34) es muy superior a la de los ingresados en cardiología (IC: 1,25).

PC-14 PATOLOGÍA RESPIRATORIA ATENDIDA POR MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL GENERAL

F. Díez García[1], V. Rodríguez Rodríguez[1], J. Hernández Hernández[2], G. Gómez Rodríguez[1], P. Martínez Cortés[1], G. Parra García[1], P. Sánchez López[1], C. Gálvez Contreras[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Documentación Clínica. Hospital Torrecárdenas. Almería

OBJETIVOS

Las enfermedades del aparato respiratorio figuran entre las causas más frecuentes de ingreso en nuestros hospitales en razón de su elevada prevalencia en la población adulta. Estos pacientes ingresan en Unidades de Medicina Interna (MI) o Neumología (N) en función de las respectivas carteras de servicios, tipo de hospital u otros factores. Las variaciones del manejo de estos pacientes en ambas Unidades es motivo frecuente de polémica. Objetivos: Estudiar los ingresos por patología del aparato respiratorio en las Unidades de Medicina Interna y de Neumología de un hospital general (grupo 2) de Andalucía. Conocer las posibles diferencias en la casuística y en la eficiencia entre ambas Unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los GRDs generados en las Unidades de Medicina Interna y de Neumología durante el año 2.008. Se analizaron en ambas Unidades los GRDs correspondientes a la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) 4: "Enfermedades y Trastornos del Aparato Respiratorio" que incluyeron un total de 1.657 altas. En este CDM se incluyeron a 888 altas de Neumología y a 769 altas de Medicina Interna, que representan respectivamente el 80% de las altas de Neumología (53,6% del total de altas por enfermedades respiratorias del hospital) y el 25% de las altas de Medicina Interna (46,4% del total de altas por enfermedades respiratorias del hospital). Se estudiaron comparativamente los GRDs que generaron ambas Unidades. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

La Estancia Media de las 888 altas de la Unidad de Neumología GRDs incluidas en la CDM 4 (Enfermedades respiratorias) generaron una EM de 11,48 días, un IUE (respecto al estándar SAS) de 1,15 y un IC de 1,685. Las 769 altas con GRDs respiratorios de la Unidad de Medicina Interna generaron una EM de 11,77 días (NS), un IUE respecto al estándar SAS de 1,03 ($p=0,05$) y un IC de 2,275 ($p<0,01$). Los principales síndromes que condicionaron el ingreso, a los que se asociaron los GRDs de ambas Unidades fueron: Infecciones respiratorias (con/sin neumonía) con complicaciones mayores (GRDs; 540, 541, 588, 589): 759 casos (46%), (43% en N y 57% en MI); neumonía simple con complicaciones: 172 casos (10,4%), (60% en N y 40% en MI); infecciones respiratorias no neumónicas con complicaciones: 171 casos (10,3%), (65% en N y 45% en MI); EPOC reagudizada: 171 casos (10,3%), (64% en N y 36% en MI); otras infecciones respiratorias: 55 casos (3,3%), (24% en N y 76% en MI); neoplasias de pulmón: 49 casos (3%), (73% en N y 37% e MI); TEP: 24 casos (1,45%), (62% en N y 38% en MI); tuberculosis: 21 casos (95% en N y 5% en MI); derrame pleural (no ICC): 21 casos (1,3%), (61% en C y 39% en MI); neuropatías intersticiales: 18 casos (1%), (78% en N y 32% en MI) y otros agrupados: 180 casos (10,9%) (60% en N y 40% en MI). Los resultados de los GRDs de mayor complejidad fueron diferentes en ambas Unidades. En Neumología se codificaron 330 GRDs de gran complejidad (43% del total), con una EM de 13,10 días y un IUE de 1,17. En MI se codificaron 429 GRDs de gran complejidad (57% del total) con una EM de 12,12 días ($p<0,05$) y un IUE de 1,05 ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

La Unidad de Medicina Interna atiende casi la mitad (46,4%) de todas las altas del CDM 4 (Enfermedades y Trastornos del Aparato Respiratorio) del hospital. Las Unidades de MI y de

Neumología comparten muchos de sus GRDs en distinto grado, aunque los GRDs generados desde Medicina Interna son de mayor complejidad (IC en MI: 2,27; IC en Neumo: 1,68). La eficiencia en el manejo de la patología respiratoria de ambas Unidades, medida por el IUE, favorece a Medicina Interna en la producción del total de GRDs respiratorios y especialmente en aquellos GRDS de mayor complejidad.

PC-15 ¿CUÁL ES PERFIL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MEDICINA INTERNA?

C. Muñoz Alarcón[1], F. Jódar Morente[1], V. Navarro Pérez[1], C. Porras Arboledas[1], G. Gutiérrez Lara[1], D. Almenara Escribano[1], J. Martínez[1], A. Fajardo Pineda[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

Describir el perfil de los pacientes con IC y valorar la presencia de factores precipitantes de la misma, en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Tamaño muestral n = 126. Durante un período de 6 meses, recogiendo datos de historias clínicas de pacientes (P) con diagnóstico de IC atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén. Se tomaron datos demográficos (edad, sexo), patología de base asociada (Diabetes Mellitus [DM], HTA, EPOC, Cardiopatía Isquémica [CI] y Fibrilación Auricular [FA]) y factores precipitantes de la enfermedad (Infección respiratoria, Insuficiencia renal [IR], Insuficiencia respiratoria [IResp.] y otros procesos como anemia, transgresión terapéutica…).

RESULTADOS

De los 126 pacientes revisados, 62 eran varones (49,2%) y 64 mujeres (50,7%), con una media de edad de 79 ± 8 años. La distribución de patología asociada fue: DM 54 P (42,8%), HTA 92 P (73 %), EPOC 30 P (23,8%), CI 24 P (19%) y FA 66 P (52,4%). Entre los factores precipitantes se encuentran: Infección respiratoria (28 P), IR (2 P), IResp. (16 P) y otras causas (18 P).

CONCLUSIONES

-El perfil de los pacientes ingresados en M. Interna con IC es de pluripatológicos. - La patología de base más prevalente en los pacientes con IC que ingresan en Medicina Interna es la HTA. - La principal causa de comorbilidad en estos pacientes son las infecciones respiratorias.

PC-16 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: MEDICINA INTERNA VS CARDIOLOGÍA ¿TRATAMOS LO MISMO?

C. Muñoz Alarcón[1], F. Jódar Morente[1], V. Navarro Pérez[1], C. Porras Arboledas[1], D. Manjón Rodríguez[1], D. Almenara Escribano[1], G. Gutiérrez Lara[1], A. Fajardo Pineda[2]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén

OBJETIVOS

Con este estudio pretendemos conocer y comparar el perfil de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel, con diagnóstico de ICC según el Servicio (M. Interna / Cardiología) que se haga cargo de ellos al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Tamaño muestral n = 215. Durante un período de 6 meses (entre octubre 2008 y marzo de 2009) recogiendo datos de historias clínicas de pacientes (P) con ICC atendidos en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología en el Complejo Hospitalario de Jaén. Se adquirieron datos demográficos (edad, sexo) y comorbilidad de los pacientes ingresados, destacando las siguientes patologías de base: Diabetes Mellitus (DM), HTA, EPOC, Cardiopatía Isquémica (CI) y Fibrilación Auricular (FA).

RESULTADOS

De los 215 pacientes revisados, 126 (50,7 % mujeres y 49,3% hombres) pertenecían al S. de M. Interna y 89 (41,5% hombres y 58,5% mujeres) al Servicio de Cardiología. La media de edad en Medicina Interna fue de 79 ± 8 años y en Cardiología fue de 72 ± 13,7 años. Las patologías asociadas a los pacientes del Servicio de M. Interna se distribuyen de la siguiente forma: DM 42,8% (54 P), HTA 73 % (92 P), EPOC 23,8% (30 P), CI 19% (24 P) y F. A. 52,4% (66 P). En el Servicio de Cardiología se distribuyeron: DM 39,3% (35 P), HTA 50,5% (45 P), EPOC 14,6% (13 P) CI 35,9% (32 P) y F. A. 56,2% (50 P).

DISCUSIÓN

La ICC acapara un importante volumen de pacientes ingresados en ambos Servicios (M. Interna/ Cardiología) observándose, al menos en nuestro Hospital, un perfil diferente entre ellos, existiendo significación estadística en cuanto a la patología de base: Mayor número de pacientes con CI + ICC en el Servicio de Cardiología (p = 0,007) y mayor número de pacientes con HTA + ICC en el Servicio de M. Interna (p = 0,001). No obstante, aunque para el resto de patologías no se desprendan resultados estadísticamente significativos, existe un mayor volumen de pacientes pluripatológicos (DM, EPOC, HTA y FA) en el subgrupo de M. Interna. Destaca también que la media de edad de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna es superior a la del Servicio de Cardiología.

CONCLUSIONES

-Distribución desigual en cuanto al volumen de pacientes como característica de los mismos entre los dos Servicios estudiados (Medicina Interna /Cardiología). - Desde el punto de vista epidemiológico, tendencia a ingresar en uno u otro Servicio en función de la patología de base de los pacientes. - El Servicio de Cardiología recibe pacientes con menos patología concomitante, resultando la CI la más prevalente. - El Servicio de Medicina Interna acoge pacientes más pluripatológicos y de mayor edad.

PC-17 FALSAS PARADAS CADIORRESPIRATORIAS HOSPITALARIAS

P. Alaminos García[1], M. Menduiña Guillen[2], E. Cruz Bustos[1], R. De La Chica Ruiz-Ruano[1], J. Cantero Hinojosa[2], F. Gómez Jiménez[3], F. Miras Parra[3], F. Pérez Blanco[3]

[1]Unidad de Cuidados Criticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

[2]Servicio de Medicina Interna, [3]Departamento de Medicina Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

El estilo Utstein es el formato universalmente aceptado para comunicar los resultados de los intentos de resucitación. Dentro de éste una de los campos pocas veces recogido son las falsas paradas. Las falsas paradas corresponden a activaciones de los equipos de reanimación hospitalarios por pacientes que finalmente no requirieron soporte vital. El objetivo planteado fue la evaluar la trascendencia de estas mediante la cuantificación de las falsas paradas acontecidas y un posterior seguimiento de la supervivencia hasta el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseño un registro intrahospitalario prospectivo según estilo Utstein de todas las paradas cardiorrespiratorias (PCR) ocurridas en el hospital medicoquirúrgico del HUVN (Hospital Universitario Virgen de Las Nieves) a lo largo de un periodo de 8 meses (de Junio de 2008 a Enero de 2009). Se recogieron los datos de filiación, demográficos, testigo, localización, origen del cuadro causante de la activación del equipo de resucitación, destino del enfermo y supervivencia hasta el alta hospitalaria. Se excluyeron las acontecidas en quirófanos y unidad de reanimación.

RESULTADOS

Se recogieron en total 77 enfermos que precisaron ser atendidos por el equipo de resucitación. De éstos solo 7 pacientes (9%) fueron identificados como falsas paradas. La mediana de edad fue de 64 años (rango 36-90 años) y 5 eran varones. Todos los casos excepto en uno la localización fue en planta de hospitalización. Ninguno de ellos fue trasladado a la unidad de medicina intensiva. En el seguimiento posterior se detectó el fallecimiento de 4 de los enfermos. Los exitus de ocurrieron en la primeras 24 horas posteriores (2 casos), a los 5 y 7 días.

CONCLUSIONES

En nuestro centro solo un 9% de las activaciones del equipo de RCP hospitalaria correspondieron a falsas paradas. Estos pacientes presentaron en el seguimiento posterior una alta mortalidad hospitalaria (57%).

PC-18 DISNEA BRUSCA QUE MOTIVA INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

F. Jódar Morente, G. Gutiérrez Lara, V. Navarro Pérez, A. Rodríguez, M. Manjón Rodríguez, M. Almenara Escribano, M. Porras, F. Molina Molina

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La dificultad respiratoria de cualquier etiología, y generalmente en pacientes mayores con múltiples procesos asociados ocupa gran parte de la atención hospitalaria. Los servicios de medicina interna, con su atención integral al paciente, son uno de los referentes en su cuidado. Conocer las características de la población a la que se va a prestar atención es preciso para ofrecer las respuestas adecuadas a dicha demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra aleatoria de 56 pacientes con diagnóstico de ingreso de insuficiencia respiratoria aguda de cualquier etiología ingresados en una planta de medicina interna durante un año. Estadística descriptiva. Software informático SPSS 13.0.

RESULTADOS

Insuficiencia respiratoria aguda: Edad media 82,38 años, desv. Típica 6.244, (69-94) Días de ingreso: 6.60, desv. Típica de 7.714 64 pacientes: 59,4% hombres, 40,7 % mujeres Días de ingreso: 1 días (28%), 2 días 16 %, 3 días 12%, 5 días 8%, máximo 29 días, entre 1 y 3 días (56%) Mes ingreso: enero 12.5 %, septiembre 20,8%, diciembre 20,8%, resto 4,3-8.2% Diabetes: 64% no, diabetes tipo 1 4-0%, tipo 2 32% Hta: 53.8% Insuficiencia cardíaca 37% Insuf respiratoria previa: 22.2% EPOC: 14.8% Demencia: 33.3% Cardiopatía isquémica: 33.3% Arritmia: 33.3% Insuf renal: 18.5% Alteraciones estructurales cardíacas 18,5% Crisis comiciales: 0% Ictus previo: 25,9% Alteraciones tiroideas: 0% Ictus a posteriori: 14,8% IAM 11.1% IC Congestiva: 33.3% Infección respiratoria: 44.4% Insuf respiratoria: 55,6% Derrame pleural 4% Fracaso multiorgánico: 37% Cáncer: 11.1 % Rabdomiolisis: 11.1% Deshidratación: 40,7% Desnutrición 7.4% Anemia: 18.5 % Hemorragia

digestiva: 7.4% Delirium 33.3% Alt medio interno: 51.9% TEP 4% Sepsis: 30% Obstrucción intestinal: 8% Otros: 10%

CONCLUSIONES

-Los pacientes con insuficiencia respiratoria ingresados en un servicio de medicina interna suelen tener una alta edad media - Se detectó un pico asistencial, como era previsible, en los meses de invierno. Resulta curioso reseñar que el fin del verano (y el cambio a climas más moderados) originó también un repunte en la demanda asistencial. - La alteración del metabolismo hidrocarbonado es frecuente en estos pacientes, hecho que dificulta el empleo de esteroides en su manejo. - Hay una alta prevalencia de patología cardíaca de cualquier etiología, generalmente sumada entre sí. - De todos los pacientes con ingreso con diagnóstico de insuficiencia respiratoria en el momento de su ingreso, algo más de la mitad mantuvieron dicho diagnóstico al alta, lo que resulta un rasgo de difícil explicación que habrá que observar con detenimiento.

PC-19 MESOTELIOMA MALIGNO SIN EXPOSICIÓN AL ASBESTO Y CON RESPUESTA INICIAL A CORTICOIDES

A. Ortiz Morales, B. García Olid, I. Dominguez Fernández, R. Molero Cabrilla, M. Blanco Molina, R. Fernández Puebla

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Describir dos pacientes con mesotelioma, sin exposición al asbesto y con repuesta inicial a corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de dos pacientes ingresados en nuestro servicio.

RESULTADOS

Caso 1. Varón de 48 años de edad que ingresó por dolor abdominal y ascitis. Se realizó laparoscopia, con el diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea, tratándose con ceftriaxona y quedando asintomático en los dos años siguientes. Reapareció la ascitis, reingresando para realizar laparotomía exploradora, obteniéndose el diagnóstico de peritonitis aguda fibrinosa e iniciando tratamiento corticoideo con respuesta clínica y analítica. Tras un año, y debido al empeoramiento progresivo, se realizó una peritonectomía, con el diagnóstico de mesotelioma maligno epitelioide. Posteriormente se produjo pérdida de seguimiento del paciente, que falleció tras un año. Caso 2. Mujer de 48 años de edad que ingresó por disnea y dolor torácico, con derrame pleuropericárdico y taponamiento cardiaco. Se diagnosticó de pleuropericarditis aguda idiopática, realizando ventana pericárdica y permaneciendo asintomática durante dos años. Consultó por disnea, constatándose derrame pleural en radiografía de tórax y tras toracocentesis, se diagnosticó de pleuropericarditis recidivante, iniciando tratamiento corticoideo con respuesta clínica y radiológica. A partir del cuarto mes, reapareció la disnea, visualizándose en TAC engrosamiento nodular pleural, realizándose toracoscopia y obteniéndose el diagnóstico de mesotelioma maligno epiteliode. Actualmente en tratamiento con cisplatino y pemetrexed.

CONCLUSIONES

En presencia de ascitis o derrame pleural en un paciente con el diagnóstico de peritonitis o pleuritis recidivante con repuesta inicial a tratamiento corticoideo y posterior reaparición de la sintomatología, debemos considerar el mesotelioma maligno como posible causa, incluso sin exposición previa al asbesto.

PC-20 NUEVOS FACTORES PREDICTORES DE LA GRAVEDAD DEL SAOS

E. Sánchez Ruiz-Granados, P. Sáez Rosas, A. Navarro Puerto, A. Grilo Reina, C. Almeida
Servicio de Medicina interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

OBJETIVOS

La prevalencia de SAOS en hipertensos es unas cinco veces mayor que en la población general (5%), siendo el riesgo cardiovascular de estos pacientes más elevado. Actualmente el estudio polisomnográfico es la prueba diagnóstica del SAOS según el RDI (índice de Apnea Hipopnea) que tenga el paciente. Se considera SAOS si el RDI>5. Además el RDI es un buen predictor de la gravedad, considerándose grave cuando el RDI>40. Hasta el momento otros factores relacionados con el SAOS no han demostrado ser buenos predictores de la gravedad en estos pacientes. Conocer la existencia de factores que puedan ayudarnos al diagnóstico precoz de la enfermedad de SAOS así como a predecir su gravedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte de 335 pacientes, siendo los criterios de inclusión: pacientes hipertensos con enfermedad de SAOS, que acuden a las consultas de hipertensión, desde Enero de 2001 hasta Diciembre 2008. Consideramos como variable resultado el RDI estimado por polisomnografía, midiendo además otras variables como tabaquismo, dislipemia, obesidad, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, peso, edad, sexo, IMC, test de Epworth, perímetro del cuello en la primera visita. Las variables cuantitativas se resumieron con medias y desviaciones típicas o, en caso de distribuciones muy asimétricas, con medianas y percentiles (P25 y P75), mientras que las variables cualitativas se expresaron con frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizó un modelo de regresión.

RESULTADOS

El 63% de la muestra son hombres y el 37% mujeres, con una edad media de 61 años. De todas las variables medidas, el test de Epworth y el perímetro del cuello fueron las únicas que mostraron significación estadística, al relacionarla con el RDI. ($p<0.05$)

CONCLUSIONES

El test de Epworth y el perímetro del cuello pueden ser considerados buenos estimadores de la gravedad del SAOS en paciente hipertensos. Esto tiene interés en la clínica diaria debido que a mayor índice de apnea hipopnea el paciente tendrá mayor riesgo cardiovascular y su riesgo de padecer eventos cardiovasculares será también mayor.

HTA y Riesgo Cardiovascular (RV)

RV-01 PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE ICTUS ISQUÉMICO

L. Mérida Rodrigo, A. Aguilar López, J. De la Torre Lima, R. Quirós López, F. Poveda Gómez, D. Urdiales Castillo, A. Del Arco Jiménez, J. García Alegría
Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (1). Marbella (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar los resultados asistenciales a largo plazo (mortalidad, reingresos y complicaciones) de los pacientes con un primer episodio de ictus isquémico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados con primer episodio de accidente cerebrovascular agudo isquémico (ACV), en un servicio de Medicina Interna de un hospital general 350 camas. Periodo inclusión: 01/01/1997 al 31/12/2002. Periodo de seguimiento:

entre 5-10 años (promedio= 66 meses). Variables del estudio: demográficas, clínicas, tipo de ictus; aterotrombótico (AT) o cardioembólico (CE), terapéuticas y resultados asistenciales (mortalidad, reingresos, complicaciones y situación funcional). Análisis del registro de mortalidad del índice nacional de defunciones. Criterios de exclusión: extranjeros, episodio previo o ictus hemorrágicos

RESULTADOS

Población total 415 casos: H: 249 (60%), M: 166 (40%); edad media: 68,37 años (± 11,84 DS). Tipo de ictus: aterotrombótico: 305 (73.5%) y cardioembólico 110 (26.5%). Prevalencia de factores de factores de riesgo al ingreso: HTA (54,1%), DM (30,8%), hiperlipemia (19,7%), enfermedad cardiovascular previa (17,1%), EPOC (6,7%), insuficiencia renal (2,7%), tabaquismo (21,7%) y fibrilación auricular previa (12%). Localización anatómica: ACMI (44,2%), ACMD (40,1%) y vertebrobasilar (11,1 %). Las complicaciones en el ingreso totales fueron 99, infección urinaria 31, neumonía 36, enfermedad tromboembólica 2, transformación hemorrágica 9 y otras en 45. La estancia media fue de 8,73 días (±8, DS) y la mortalidad intrahospitalaria del 12% (AT 52.08% (n= 25); CE 47.92% (n=23)). Se detectó insuficiencia renal tipo II en el 22% y III 24,8%, y FA en un 26,5%. Se realizó ecocardiograma al 44,4% mostrando alteraciones un 69,4%. La mortalidad total al final del seguimiento fue del 44,6% (aterotrombótico: 42.5 %, cardioembólico 57.5 %), de los cuales el 27,4% fue por el ictus inicial, un 1,7% por IAM, un 14,9% por un nuevo ictus, 10,3 % por cuadro infeccioso, 14,7% por neoplasia, 1% por insuficiencia cardiaca descompensada y 26,5% por otras causas. Reingresaron en el seguimiento 185 pacientes, en un 25,9% por otro ictus y un 13,5 por otro evento cardiovascular. Al final del seguimiento, la situación funcional fue mejor en 44,5% e igual en el 21,6% y el seguimiento medio de los pacientes fue de 66 meses (28-104, DS).

CONCLUSIONES

En este estudio se describen los resultados a largo plazo de una cohorte completa de pacientes tras el primer episodio de ictus. La comorbilidad al ingreso en cuanto a factores de riesgo cardiovasculares fue elevada, especialmente la HTA y DM. La mortalidad a largo plazo es muy alta, especialmente en el ictus CE. Los pacientes que sobreviven tienen una mejoría funcional notable. La tasa de recurrencia por otro ictus fue del 25.4% siendo el aterotrombótico el más recurrente.

RV-02 ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Fernández Cisnal[1], M. Montero Pérez Barquero[1], B. Cortés Rodríguez[2], A. Lozano Rodríguez[2], L. Núñez Martínez[1], J. Ampuero Ampuero[1]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

[2]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén)*

OBJETIVOS

Evaluar la variabilidad de la presión arterial medida por monitorización ambulatoria de presión arterial [MAPA] y su relación con factores y marcadores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal seleccionando de forma secuencial 132 pacientes con indicación clínica para MAPA de 24 horas. Se registraron: motivo de la MAPA, edad, sexo, talla y peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal [IMC], antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, lesión de órgano diana, dislipemia, diabetes mellitus [DM], diagnostico de HTA previo a la realización de la MAPA [según los criterios de la OMS]. A cada paciente se le realizo una MAPA de 24 horas de duración mediante el sistema Space Labs ® Mod. 90207 [USA]. El calculo de RCV global de cada paciente se realizo utilizando las tablas de la Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión

Arterial. Se calculó la variabilidad (VTA] como la desviación típica de la presión arterial sistólica [PAS] y diastólica [PAD] de 24 horas, en periodo de actividad y en periodo de descanso. Se realizó análisis descriptivo y bivariante mediante la t de Student o Chi—cuadrado según las variables fueran cuanti o cualitativas, y un análisis multivariante mediante el paquete estadístico SPSS 10.0E.

RESULTADOS

Nuestra muestra consta de 76 mujeres (57,6%] y 56 hombres [42,4%], con una edad media de 57,95 anos y un IMC medio de 30,16. Cumplían criterios de HTA un 86,4%, de éstos un 53% presentaban un patrón circadiano alterado [Non-dipper o riser], de obesidad abdominal un 56,8%, DM un 15,9%, dislipemia un 50,8%, un 16,7% eran fumadores activos y un 38,6% cumplían criterios de síndrome metabólico. Tenían un riesgo cardiovascular elevado o muy elevado un 38,6%. La variabilidad de la PAS en periodo de actividad fue alta [punto de corte 12,14] en un 52,3%. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la VTA y la edad, diagnostico de HTA, y RCV elevado o muy elevado. En el análisis multivariante ésta relacion desapareció, no existiendo significación estadística entre la VTA y ninguna de las variables estudiadas.

DISCUSIÓN

Valores elevados de VTA se han relacionado en diferentes estudios con mayor riesgo cardiovascular, sin embargo ésta VTA, está directamente relacionada con otros factores de riesgo como la HTA y la edad con lo que no parece un factor de riesgo útil en la practica clínica dada su dificultad de medida. Así mismo el reducido tamaño muestral de este estudio quizás ha impedido la detección de relaciones estadísticamente significativas y seria interesante la realización de un estudio prospectivo con un mayor tamaño muestral.

CONCLUSIONES

La variabilidad de la presión arterial en el estudio univariante se ha relacionado con la edad y con el riesgo cardiovascular elevado o muy elevado aunque estos resultados no se han sustentado al realizar el estudio multivariante. Por lo que sería interesante comprobar el estudio con una muestra más amplia.

RV-03 ¿INFLUYE LA DURACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO EN EL PRONÓSTICO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ACVA?

F. Gavilán Guirao[1], M. Adarraga Cansino[1], R. López Luque[2], M. Velasco Malagón[1], L. Martínez Luque[1], M. Caraballo Núñez[3], J. Zambrana García[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Rehabilitación, [3]Enfermería. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba)

OBJETIVOS

1-Determinar la existencia de mejoría funcional a los 6 meses de los pacientes ingresados por ACVA en el Hospital de Montilla. 2-Establecer si la duración de la estancia hospitalaria se correlaciona con la existencia de mejoría funcional

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se recogieron los casos de ACV ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital desde el 1-1-2007 al 31-10-2008. En cada paciente se determinó la edad; el sexo; etiología del proceso; tiempo de hospitalización; complicaciones hospitalarias; índice de Barthel (antes del ingreso, al ingreso, al alta y a los 6 meses) y mejoría funcional, considerando que existía mejoría funcional si la diferencia entre el índice de Barthel a los 6 meses y al ingreso era mayor o igual a 10 puntos. Todos los pacientes fueron valorados a las 48 horas por la Unidad de Rehabilitación, iniciando tratamiento precoz si reunían condiciones para ello. La búsqueda de los

casos se realizó a través del programa informático AURORA y el tratamiento estadístico de los datos mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron 85 pacientes siendo varones el 61,2%. La edad osciló entre los 48 y 97años con una media de 76,7 y una moda 76años. EL 94% de los casos fueron ictus isquémicos, 3,5% hemorrágicos y 2,4% isquémicos con transformación hemorrágica. La estancia hospitalaria osciló entre 1-37 días con una media de 5,12 y una moda de 3 días. Durante el ingreso hospitalario desarrollaron infección respiratoria 10 pacientes (11,8%), infección urinaria 3 (3,5%) y fallecieron 10 (5,9%). A los 6 meses del alta, el 76,6% de los pacientes presentaron mejoría funcional, 19,5% no mejoraron y fallecieron el 3,9%. El estudio de correlación entre la estancia hospitalaria y mejoría funcional no fue significativo (p: 0,148).

DISCUSIÓN

En España, la incidencia del ACVA oscila entre 150-323 casos/100000 habitantes. Afecta negativamente a la integridad funcional y calidad de vida de los pacientes, en su mayoría ancianos pluripatológicos. El objetivo fundamental tras sufrir un ACVA es mejorar las funciones afectas para lograr la menor dependencia posible, hecho que está influenciado por numerosos factores. Los buenos resultados obtenidos en nuestro estudio son, en parte, debidos a la actuación integrada y multidisciplinar de enfermería, urgencias, rehabilitación, servicio de radiología e internistas que permitió la instauración precoz del tratamiento oportuno, la detección rápida de complicaciones y el inicio inmediato del tratamiento rehabilitador. No existió correlación entre mejoría funcional y tiempo de hospitalización. Sin embargo, la actuación integrada de todos los profesionales favoreció la brevedad observada en la estancia hospitalaria que a su vez, determinó que las complicaciones debidas a la hospitalización fueran escasas, influyendo esto último positivamente en la recuperación funcional de los pacientes.

CONCLUSIONES

1-La mayor parte de los pacientes ingresados por ACVA en el Hospital de Montilla experimentan algún grado de mejoría funcional a los 6 meses del alta hospitalaria. 2-No existe relación entre mejoría funcional y tiempo de hospitalización. 3-La valoración integral del paciente y el trabajo en equipo favorecen la recuperación y disminuyen las complicaciones.

RV-04 POSIBLE VALOR PRONÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS CON CÁNCER DE MAMA ESTUDIO PILOTO

G. García Dominguez, O. Mera Gallardo, V. Pérez Vázquez, F. Molina Ruano, A. García de Lomas, J. López Sáez

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

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo fue determinar la presión arterial (PA) en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama en remisión clínica completa de larga duración.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio piloto de casos y controles, en el cual medimos la PA de 83 mujeres postmenopáusicas, con cáncer de histológicamente confirmado, en remisión clínica completa (RCC) de larga duración (>5 años), para compararla con la de 70 mujeres postmenopáusicas normales de la misma edad usadas como controles. Es un muestreo consecutivo, de enfermas con cáncer de mama que están siendo controladas en seguimiento clínico en el Hospital Universitario de Puerto Real, de Cádiz. Se ha calculado el índice de masa corporal (IMC) y la superficie corporal. La PA fue medida siguiendo

las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Se calculó la correlación mediante el test de Pearson, entre el IMC y la PA en ambos grupos y entre el intervalo libre de enfermedad y la PAS y PAD. Se compararon las medianas, aplicando el test de la U de Mann-Withney, de las PAS y PAD, se calcularon los intervalos de confianza de las medias.

RESULTADOS

La media de la PAS en las 83 enfermas de cáncer en RCC fue de 163 mm Hg con unos intervalos de confianza (IC) para una fiabilidad del 95% de 145-161 y en 70 controles normales fue de 134 mm Hg (129-139). La diferencia entra ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p<0.001$). La media de la PAD en las enfermas de cáncer de mama fue de 98 mm Hg (94-104) y en los controles normales fueron des 78 mm Hg (74-82). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p<0.001$). La media del IMC de las 83 enfermas de cáncer de mama fue de 31 (IC 29-32) y en las 70 mujeres normales fue de 29 (27-30), aplicando el test de la U de Mann-Withney la diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.05$). La media de la superficie corporal fue igual (1.67 metros cuadrados) en las enfermas con cáncer de mama y en los controles normales. La correlación entre los valores de la presión sanguínea sistólica y diastólica y el IMC de las enfermas con cáncer de mama y también en las mujeres normales no fue estadísticamente significativa ($p>0.05$). El intervalo libre de enfermedad tuvo una media de 7.4 años (DE=2.1) y no hubo correlación significativa entre el intervalo libre de enfermedad de cada caso y los valores de su presión sistólica o diastólica. Existen antecedentes claros de HTA desde el momento de la mastectomía en 20 casos (24%); las cuales fueron tratados de su HTA. En estos casos los valores de la presión arterial se han elevado. En los restantes casos fue imposible demostrar este antecedente en su historia clínica anterior al desarrollo tumoral.

DISCUSIÓN

Del presente estudio se deduce que hay una HTA asociada con el cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas en remisión clínica completa de larga duración. La HTA, es tanto sistólica como diastólica y no se correlaciona con el sobrepeso de las enfermas. La asociación de la HTA con las RCC prolongadas, de algún modo implica un buen pronóstico del cáncer de mama, con independencia de cual esa el mecanismo por el cuál actúa como protectora esta hipertensión arterial. Se puede concluir afirmando que hay una fuerte asociación entre la RRC del cáncer en mujeres postmenopáusicas y la HTA absoluta o relativa; bien sea por la ventaja que supone tener mejor pronóstico los casos de cáncer con HTA previa o si la HTA adquirida en el curso evolutivo de la enfermedad forma parte de la reacción orgánica contra el cáncer, sería en este caso una especie de factor de “malignant cell dormancy”.

CONCLUSIONES

La HTA independientemente del BMI y de la duración del intervalo libre de enfermedad, está asociado con una mayor duración de la RCC en las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama y consecuentemente con un mejor pronóstico de su enfermedad cancerosa.

RV-05 EFECTO HIPOTENSOR DEL EJERCICIO FÍSICO INTENSO A NIVEL COMPETITIVO

J. Martínez González[1], M. Carrillo de Albornoz[2], O. Alvero Cruz[2], J. García Romero[2], M. Ayala Gutiérrez[1], M. Chaves Peláez[1], Z. Jiménez Ramírez[1], P. Aranda Lara[3]

[1]*Servicio De Medicina Interna,* [3]*Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*

[2]*Escuela De Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga*

OBJETIVOS

OBJETIVOS La falta de adherencia a la medidas higiénico-dietéticas propias de la HTA y al propio tratamiento farmacológico. Y, por otro lado, la preconización de una cultura de actividad física en la población obliga a valorar detalladamente el efecto hipotensor de una actividad física importante incluidas unas condiciones de ejercicio extremo/competición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza una muestra de 31 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-Tórax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA y ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los paciente se les realizó un ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico. Se plantea un tratamiento escalonado con los siguientes pasos: 0-medidas higiénico dietéticas; 1- Inhibidores del eje RAA; 2- calcio antagonistas no dihidropiridinicos; 3-Alfabloqueantes; 4-Calcio antagonistas Diidropiridinicos, 5 Diuréticos tiazídicos; 6-Betabloqueantes

RESULTADOS

Se detectaron 6 casos con HTA secundaria (en su mayoría renovasculares). 16 pacientes (50%), pudieron ser controlados con medidas higiénico-dietéticas, o añadiendo pequeñas cantidades de enalapril (en 5 pacientes se dio 5-10 mg de enalapril) en periodos no competitivos.. 9 pacientes pudieron ser controlados con dosis medias o altas de ARA-II (160-320 mg de valsartan). 4 pacientes precisaron tratamiento combinado con calcio antagonistas. En dos casos se precisa el uso de tiazidas, pero solo en periodos no competitivos. Se establecieron comparaciones con una muestra control pareada por edad y sexo donde solo se encontraron 4 paciente con HTA secundaria, y solo 3 de los 31 se controlaban sin tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

Mas del 50% de los pacientes que realizaban una actividad deportiva intensa conseguían controlarse con medidas higiénico-dietéticas (sin medicación), porcentaje significativamente superior a la muestra control. La muestra control presentaba mayores niveles de lípidos y mayor incidencia de obesidad/sobrepeso; no habiendo diferencias significativas en el resto de los parámetros. En los pacientes con HTA secundaria no se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento.. No mostraron mayor consumo de oxígeno en la ergometría,. No precisaron una mayor dosis, ni un mayor número de fármacos los pacientes con HTA secundaria. Los cuatro casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica de su HTA secundaria

CONCLUSIONES

El ejercicio físico intensivo, propio del deportista de competición, produce una acción hipotensora significativa. El deportista de competición precisa menos medicación que la población general. Un tratamiento basado en medidas higiénico-dietéticas e inhibidores del eje RAA consigue controlar a la gran mayoría de los deportistas de competición.

RV-06 PRESIÓN ARTERIAL, OBESIDAD Y EJERCICIO EN ESPAÑOLES ADOLESCENTES: ESTUDIO ESCCOLA

V. Bonaiuto[1], M. Carrillo de Albornoz[2], J. Martínez González[1], J. Alvero Cruz[2], M. Ayala[1], M. Chaves Peláez[1], Z. Jiménez Ramírez[1], P. Aranda Lara[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Escuela de Medicina de la Educación Física y Deporte, [3]Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

OBJETIVOS

La cifras elevadas de presión arterial (PA), obesidad y sedentarismo en la infancia y adolescencia es un factor de riesgo precoz para las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y se ha asociado positivamente con varias variables morfológicas. En España no se conocen estudios en adolescentes que relacionen de manera específica la PA con variables de composición corporal y ejercicio. PROPÓSITO: En estudio previo exploramos la relación entre la PA y las medidas antropométricas (AM) en adolescentes en España. Encontrando una relación significativa con obesidad y otros datos antropométricos. Por lo que nos parece interesante analizar los hábitos alimentarios para determinar el posible origen primario.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Ciento cincuenta adolescentes sanos participaron en este estudio (edad 14,8 ± 1,9 años, estatura 164 ± 9,5 cm, peso 60,3 ± 14,2 kg y el IMC 22 ± 3,8 kg.m-2). AM fueron tomadas utilizando el protocolo de la International Society for Advancement in Kinanthropometry (ISAK). S Se calcularon el Porcentaje de masa grasa (%FM) por antropometría utilizando la ecuación de Slaughter. IMC, índice cintura cadera (WHR), ratio Subscapular: Triceps (STR) y la masa libre de grasa (FFM). BP se midió bajo condiciones estandarizadas. Se calculó el Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables. La significación estadística fue establecida para una p <0,05. Se Utilizó la encuesta alimentaría del estudio SUN (Univ. Navarra). El grado de actividad física se evaluó con una encuesta validada.

RESULTADOS

RESULTADOS: Los varones presentan mayores valores promedios para el peso, talla, circunferencia de cintura, PA sistólica (SPB) (p <0,001) y la PA diastólica (PAD) (p <0,005),que la mujeres. Hipertensión o TA normal-alta: (28 sujetos 18,67%; 26 sistólica y 2 diastólica, 24 varones /4 mujeres). Las féminas presentan mayor grosor en los pliegues del tríceps y medio de Muslo (p <0,001) y la pantorrilla (p <0,005). Se encontraron correlaciones débiles, pero significativas entre PAS y algunas medidas antropométricas: peso (r = 0,41 y r = 0,37, p <0,001), Perímetro de cintura (r = 0,364 r = 0,45, p <0,001), pliegues grasos supracrestal (r = 0,36; 0,379, p <0,001) y abdominal (r = 0,38, 0,39, p <0,001), IMC (r = 0,41 p <0,001; 0,29 p <0,05),% Masa grasa (r = 0,34; 0,304 p <0,05) en chicos y chicas respectivamente. No se encontró una asociación significativa de la presión arterial sistólica ni diastólica con Consumo de grasas totales, grasa monoinsaturadas, poli-insaturadas, saturadas. Ni con el consumo de sal, comida “basura”, mayonesa, ketchup, ni lácteos. Tampoco con la ingesta de hidratos e carbono ni con el consumo calórico Total. Solo se encontró una correlación importante y significativa entre la TA y el nivel de ejercicio valorado con gasto calórico total

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: La PAS en los adolescentes, se relaciona con ciertas medidas antropométricas. La TA en adolescentes no se relaciona con los hábitos alimentarios. Los hábitos de ejercicio físico de este grupo de adolescentes son el determinante esencial de su antropometría y cifras de TA.

RV-07 GROSOR ÍNTIMA-MEDIA COMO PARÁMETRO DE ESTUDIO EN PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES

R. Dominguez Álvarez[1], M. Rico Corral[1], F. Martínez Peñalver[1], A. De la Cuesta Díaz[2], I. Pérez Camacho[3], R. Pérez Cano[1]

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

OBJETIVOS

La medición del grosor íntima-media (GIM) carotídeo en personas mayores de 45 años puede aportar información adicional a la tradicional valoración de factores de riesgo cardiovascular. En los últimos años se han publicado estudios que demuestran que los pacientes con enfermedad cardiovascular documentada tienen incrementado el grosor de la pared arterial, pero no disponemos de datos que relacionen el GIM carotídeo y la evolución de la arteriopatía periférica de miembros inferiores. Los objetivos del presente estudio son: 1) Determinar el GIM carotídeo en una cohorte de pacientes diagnosticados de enfermedad arterial periférica. 2) Estudiar la correlación del GIM carotídeo con otros factores de riesgo cardiovascular y marcadores de progresión de la arterioesclerosis. 3) Seguimiento para determinar el posible valor predictivo del GIM en la aparición de eventos cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron datos de una cohorte de 371 pacientes diagnosticados de enfermedad arterial periférica que realizaron al menos dos visitas entre Octubre de 2007 y Febrero de 2009. El tiempo medio de seguimiento por paciente fue de 8 meses. Se seleccionaron en total 91 pacientes. El diagnóstico de arteriopatía periférica se estableció en base al cumplimiento de uno de los siguientes criterios: a)Índice tobillo-brazo < 0.9, en presencia o no de claudicación intermitente. b)Datos de afectación vascular en eco-doppler arterial, arteriografía digital o convencional. c)Antecedente de intervencionismo para revascularización de miembros inferiores. Se realizaron en ambas visitas determinaciones analíticas de Colesterol total y fracciones, Triglicéridos, Apolipoproteínas A-I y B-100, Lipoproteína(a), Fibrinógeno, Proteína C reactiva (PCR) ultrasensible, Homocisteina y Hemoglobina glicosilada. Asimismo, en cada visita se realizó la medición del GIM carotídeo bilateral utilizando el sistema Micromaxx (Sonosite), con sonda HFL 38, de 6-13 Megaherzios.

RESULTADOS

La edad media fue de 71.55 años. El 74.72% de los pacientes eran de sexo masculino. 73 pacientes (80.2%) tenían diabetes mellitus. 58 pacientes (63.7%) estaban diagnosticados de hipertensión arterial. 54 pacientes (59.3%) eran dislipémicos. Se registró hábito de fumar en 65 casos (71.4%). Además, 20 pacientes (21.9%) habían tenido un accidente vascular cerebral previo, 10 (10.9%) habían sufrido un infarto de miocardio, 6 (6.6%) habían precisado intervencionismo coronario y 13 (14.2%) en miembros inferiores. Se registraron modificaciones significativas a lo largo del seguimiento en los siguientes parámetros: Descenso del colesterol total en 13.81 mgr/dl (p=0.014). Descenso del colesterol de baja densidad (c-LDL) en 15.08 mgr/dl (p=0.001). Incremento de PCR ultrasensible en 4.99 mgr/l (p=0.0461). La medición del GIM carotídeo se realizó a 38 pacientes. Se encontraron incrementos significativos en las mediciones a nivel de bulbo, con una diferencia de 0.33 mm en el derecho (p=0.036) y de 0.28 mm en el izquierdo (p=0.023).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio aporta datos preliminares de una cohorte de pacientes de alto riesgo cardiovascular, con afección documentada de al menos un lecho vascular. No siendo extenso el periodo de seguimiento inicial, se han obtenido datos que sugieren progresión de la enfermedad arterioesclerótica, tanto a nivel bioquímico (incremento de PCR ultrasensible) como a nivel morfológico (incremento del GIM carotídeo), a pesar de una mejoría en el control de uno de los factores esenciales de riesgo (colesterol total y su fracción LDL). Cabe esperar una mayor significación en los datos de GIM carotídeo a medida que se incrementen el número de pacientes incluidos y el tiempo de seguimiento. La continuación del estudio aportará cifras valorables relativas a la incidencia de eventos cardiovasculares.

CONCLUSIONES

El GIM carotídeo puede ser marcador de progresión de arterioesclerosis, independientemente de

otros factores de riesgo. Son necesarios estudios de seguimiento para determinar si una terapia preventiva más agresiva basada en los resultados del GIM incide favorablemente en el pronóstico de estos pacientes.

RV-08 EFECTO CRÓNICO DEL ACEITE DE OLIVA SOBRE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO CITOLIVA 2008

S. García Morillo, L. Gómez, L. Beltrán, A. Vallejo, R. Moreno, P. Stiefel, E. Pamiés, J. Villar
Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Evaluar el efecto del consumo diario de aceite de oliva rico en compuestos fenólicos, sobre la hiperemia reactiva post-isquemia (función endotelial) en mujeres hipertensas

MATERIAL Y MÉTODOS

Un grupo de mujeres con antecedente de hipertensión durante el embarazo y que actualmente forman la cohorte del estudio "CITOLIVA" por presentar un cuadro de hipertensión moderada-alta, consumaron dos dietas típicas mediterráneas de 8 semanas de duración cada una. En una de ellas (A), consumían un aceite de oliva con alto contenido en compuestos fenólico (200 ppm); mientras que en la otra (B) consumieron el mismo aceite pero sin compuestos fenólicos (0 ppm). La asignación de las participantes a ambas dietas fue aleatoria y en diseño cruzado. Antes y después de cada intervención se les midió su Tensión Arterial (TA), analizó su perfil lipídico y se les realizó un estudio de la respuesta hiperémica post-isquemia mediante flujimetría en condiciones de ayuno (láser doppler, perimed®, Suecia)

RESULTADOS

Observamos un incremento significativo de la respuesta hiperémica post-isquemia ($p<0.05$), tras la dieta A en relación a su homologa, cuyo aceite de oliva carecía de compuestos fenólicos (B). Por otra parte observamos un mejor perfil lipídico y TA tras el consumo de ambas dietas, aunque dicha tendencia no es significativa. No obstante, dichos resultados constituyen un análisis preliminar obtenido del estudio CITOLIVA, aún en desarrollo.

CONCLUSIONES

Una dieta con alto contenido en compuestos fenólicos procedentes del aceite de oliva, podría mejorar la vasodilatación dependiente del endotelio y como consecuencia la función endotelial, en poblaciones de mujeres con hipertensión esencial.

RV-09 ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR EVENTO CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Pérez Rivera, M. Godoy Guerrero, C. Luque Amado, M. González Benítez, A. Muñoz Claros, M. Maíz Jiménez, M. Barón Ramos, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar el tratamiento al alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna por eventos cardiovasculares y comprobar si se ajustan a las guías clínicas vigentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo analizando todos los informes de alta con diagnóstico principal de cardiopatía isquémica o evento cerebrovascular entre los meses de enero a diciembre de 2008

en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

RESULTADOS

Han sido analizados 225 informes, de éstos 109 (48%) correspondía a cardiopatía isquémica y 116 (52%) a enfermedad cerebrovascular. Del total de pacientes, 146 (65%) eran hombres y 79 (35%) mujeres. La edad media fue 71,45 años. Entre ellos 154 pacientes eran hipertensos, 83 pacientes diabéticos y 91 dislipémicos. Recibieron antiagregación 177 (78%) pacientes: AAS 90 (50%), clopidogrel 28 (16%) y doble antiagregación 59 (33%). El tratamiento con estatinas se indicó en 161 (71%) de los pacientes: sinvastatina 90 (56%), atorvastatina 59 (36%) y pravastatina 11 (7%). Los fibratos tan sólo se indicaron en 4 (2%) pacientes. De los hipertensos, 126 (81%) tomaban IECAS: enalapril 111 (88%), ramipril 13 (10%), captopril 1 (1%). ARAII 32 pacientes (20%): losartan 18 (56%), valsartan 8 (25%), candesartán 3 (9%). Calcio antagonistas 25 (16%) pacientes: amlodipino 20 (80%), nifedipino 2 (8%), diltiazem 2 (8%), nimodipino 1 (4%). Diuréticos 60 (39%) de los pacientes: furosemida 33 (55%), torasemida 18 (30%), tiazida 3 (5%) y espironolactona 2 (3%) y una mezcla de ellos en 4 (6%) pacientes. Beta-bloqueantes en 106 (68%) pacientes: carvedilol 66 (62%), seguido de bisoprolol 20 (19%) y atenolol 20 (19%). Entre los pacientes diabéticos 18 (21%) tomaban metformina, 9 (11%) glicazida, 5 (6%) glibenclamida, 5 (6%) repaglinida y 8 (10%) combinación de varios. 29 pacientes recibieron insulina siendo la NPH la indicada en un 55% de los pacientes. Las medidas higiénico-dietéticas fueron recomendadas en 159 (70%) de los pacientes.

DISCUSIÓN

A pesar de que en la mayoría de los casos se cumplen las recomendaciones de las principales guías clínicas, las medidas higiénico-dietéticas no fueron indicadas en casi un tercio de los informes. Señalar que el 100% de los pacientes no antiagregados se encontraban en tratamiento con anticoagulantes orales por otras indicaciones. Sin embargo no se recogió el motivo de la no indicación de betabloqueantes o de estatinas.

CONCLUSIONES

La antiagregación es la medida más ampliamente recomendada en nuestro hospital. Debemos mejorar en cuanto a la indicación de medidas higiénico-dietéticas. Sería recomendable añadir en el informe de alta el motivo de la no indicación de una estatina y betabloqueantes en una cuarta parte de los pacientes, a pesar de tratarse de eventos isquémicos agudos.

RV-10 ALISKIREN EN UNA COHORTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR

Z. Jiménez Ramírez[1], J. Martínez González[1], V. Buonaiuto[1], M. Chaves[1], M. Ayala[1], M. Carrillo De Albornoz[2], R. Gómez Huelgas[1], P. Aranda Lara[3]

[1]Servicio de Medicina Interna, [3]Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga
[2]Medicina del Deporte. Escuela de Medicina Deportiva. Málaga

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: La HTA renovascular es una forma de HTA secundaria, potencialmente tratable y que se da especialmente en personas mayores de 50 años con factores de riesgo para arterioesclerosis generalizada. Está relacionada con la insuficiencia renal, la proteinuria, la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente; derivando en una disminución de la calidad y esperanza de vida. OBJETIVOS: Evaluar las variables que pueden influir en la evolución, pronóstico y tratamiento de una cohorte de 63 pacientes con hipertensión renovascular, así como su descripción clínica. Valorar la respuesta a los nuevos inhibidores de la renina (aliskiren).

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 63 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica

de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilaeral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales. Se trató con aliskiren a los pacientes resistentes al tto.

RESULTADOS

Los pacientes con HTA renovascular, presentan una edad media de 57.8 años (rango: 17-84 años), con predominio del sexo femenino (62% mujeres) y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 10.7 años. En el momento de acudir a la consulta el 52.4% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 2.7 fármacos. Entre las variables analíticas recogidas destaca: glucosa 115.5; ± 46.6, creatinina 1,19 ± 0,5, natremia 140.8 ± 2,7, kaliemia 4,4 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), sodio urinario 104,9 ± 47.9, potasio urinario 33.9 ± 18.9. En cuanto al perfil lipídico: colesterol total 206.9 ± 35, LDL 131.8 ± 31.5, HDL 52.3 ± 22.6, triglicéridos 143.14 ± 80.1. La aldosterona plasmática media fue de 364.9 ± 277.8, con una ARP 16.7 ± 35. Se detectó una microalbuminuria media de 59 ± 124.6 (50% de los pacientes >30 mg/gr). Así mismo se determinaron las variable antropométricas básicas, encontrando destacando un IMC medio de 30,5 ± 5.2 kg/m2, perímetro abdominal 104 ± 12 cm, con una TAS 159± 26 mmHg y TAD 88±14 mmHg al inicio del seguimiento. Entre los factores y marcadores de riesgo cabe destacar un 79.4% de pacientes con antecedentes familiares de HTA, sedentarismo en 73% (considerando como tal una actividad física inferior a caminar 150 minutos semanales), obesidad en el 50.8% (según criterios de IMC), DM en el 25.4%, dislipemia en el 60.3% y tabaquismo 36.5%. El 82% de las mujeres eran postmenopáusicas. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 39.7, enfermedad cardíaca en el 28.6% y enfermedad cerebro-vascular en el 20.6%. La HTA renovascular fue bilateral en 11 pacientes. En 4 pacientes aparecía doble sistema pielocalicial, y en 5 casos aparecían arterias polares. Se consiguió un control de la TA el 65.1%. El 74.6% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), el 39.7% con tiazidas, el 27% con diuréticos del asa y el 27% con inhibidores de la aldosterona. En el 4.8% fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia. A 6 de los pacientes resistentes a tratamiento se les aplicó aliskiren, sin presentar ninguno reacciones adversas importantes (no hiperpotasemia), consiguiéndose controlar a 3 (50%).

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y k normales. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA. En el 65.1% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA. Disponemos de un nuevo arsenal terapéutico, los inhibidores de la renina, con buena respuesta en los pacientes resistentes a tratamiento. Sólo se corrigió por angioplastia al 5 %.

RV-11 PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Maíz Jiménez, A. Pérez Rivera, M. González Benítez, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, G. Jarava Rol, G. Uribarri Sánchez, A. Ruiz Cantero
Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)

OBJETIVOS

Analizar el perfil de los pacientes que ingresan por eventos cardiovasculares en nuestro servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los informes de alta de pacientes ingresados por eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular) entre enero y diciembre de 2008 en el servicio de Medicina Interna del hospital de la Serranía (Ronda). Se realizó un estudio descriptivo, resumiéndose las variables cuantitativas en medias ± DE y las cualitativas en frecuencias y porcentajes y realizándose comparación de las variables cualitativas (Chi-cuadrado) y cuantitativas (t de Student). Variables recogidas: edad, sexo, motivo de ingreso, FRCV (según la guía ESH/ESC2007), perfil lipídico, cifras de ácido úrico, hemoglobina glicosilada y creatinina.

RESULTADOS

Ingresaron un total de 225 pacientes, de los cuales 146 (65%) fueron hombres y 79 (35.1%) fueron mujeres. Con una edad media de 71.44 años (±12,81), sin diferencias significativas en cuanto al sexo. La distribución de los FRCV fue: HTA 68%, DM 34%, Dislipemia 40%, Historia de tabaquismo 34%, edad (V>55, M>65) 84%, no se recogió el antecedente familiar de ECV en ningún informe. En cuanto al número de factores de riesgo, la media fue de 2,78 (±1,18), 5 pacientes(2%) no presentaban ningún FRCV, 27 pacientes(12%) 1 FRCV, 68 pacientes (30%) 2 FRCV, el mismo porcentaje presentaban 3 FRCV, 42 pacientes (19%) 4 FRCV, 14 pacientes (6%) presentaban 5 FRCV y 1 paciente (0.4%) presentaba 6 FRCV. En cuanto al perfil lipídico los valores medios fueron: LDL 107mg/dL (±37,57), Triglicéridos 144mg/dL (±96,54). También encontramos niveles de HbA1c 7% (±1,89), Ácido Úrico 5.8 mg/Dl(±1,74), Creatinina 1.06 mg/dL (±0,41). En cuanto a la distribución de los factores de riesgo según el motivo de ingreso: (ver tabla 1)

DISCUSIÓN

Encontramos que el perfil de paciente que ingresa por un evento cardiovascular es varón, mayor de 65 años e hipertenso. A pesar de ello no hubo diferencias significativas al comparar los factores de riesgo con el motivo de ingreso. No incluimos la obesidad ya que las medidas antropométricas sólo se recogieron en un 7% de los informes. A pesar de ello, el 78% tenían entre 2-4 FRCV. Llama la atención el buen control lipídico y glucémico de los pacientes al ingreso, así como niveles de creatinina en el límite superior de la normalidad en la mayoría de ellos (85%).

CONCLUSIONES

-Los FRCV que aparecen con más frecuencia en los enfermos que ingresan por ECV en nuestro medio son la edad y la HTA. - La mayoría de los pacientes presentaba buen control lipídico y glucémico. - Sería necesario recoger las medidas antropométricas en los informes de alta.

Tabla 1: Distribución de factores de riesgo según las distintas patologías (RV-11)

	Edad	Tabaquismo	HTA	DM	Dislipemia
ACV n=116	98 (85%)	36(31%)	81(70%)	42(36%)	45(38,8%)
CI n=108	88(82%)	41(40%)	72(66%)	40(37%)	46(42%)
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Enfermedades Sistémicas/ Enfermedad Tromboembólica (ST)

ST-01 SERIE DE 4 CASOS DE ESCLERODERMIA Y SUS MANIFESTACIONES VISCERALES EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

S. Hueso Monge[1], F. Sánchez-Barranco Vallejo[2], F. Iglesias Santa-Polonia[2], A. Tejero Delgado[2], E. Laherran Rodríguez[2], H. Bouchoutrouch[3], N. De la Torre Ferrrera[4], L. Gómez Morales[5]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

[2]*Servicio de Medicina Interna,* [3]*Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia*

[4]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos*

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

OBJETIVOS

Revisar las manifestaciones clínicas más significativas en la Esclerodermia, así como el pronóstico y tratamiento de sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan los casos diagnosticados de esclerodermia en el último año en una unidad de Medicina Interna de un hospital de 2º nivel, recogiéndose los datos clínicos e inmunológicos de los pacientes, así como la evolución posterior y el tratamiento implantado.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 4 pacientes, diagnosticándose de 2 pacientes de Esclerosis sistémica con afectación visceral, un paciente Esclerosis sistémica “sine esclerodermia”, y un paciente de Esclerosis sistémica limitada.

DISCUSIÓN

La esclerodermia se trata de una enfermedad caracterizada por la afección difusa de piel y de órganos internos, de naturaleza autoinmune y predominan cambios en la microcirculación y tendencia a la fibrosis colágena. Se trata de una enfermedad poco frecuente, con unos 20 pacientes nuevos / año / millón habitantes. Se considera una enfermedad autoinmune, ya que, además de las características clínicas, comparte con estas enfermedades factores relacionados con trastornos en el sistema inmunitario y cierta predisposición genética al asociarse con mayor frecuencia determinados antígenos del HLA. Sin embargo, la etiología es desconocida. Entre sus manifestaciones clínicas podemos encontrar afectación vascular, cutánea, osteomuscular, gastrointestinal, hepática, pulmonar, cardíaco, renal. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos, inmunológicos y vasculares, y en base a ellos se clasifica en Esclerodermia localizada, sistémica. En cuanto al tratamiento, se indica antifibróticos, vasodilatadores, inmunosupresores e inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES

La esclerodermia es una enfermedad infrecuente en la población con un pronóstico a medio largo plazo infausto, pese a los nuevos tratamientos, por lo que consideramos fundamental el conocimiento por parte del Servicio de Medicina Interna de sus signos guías para un diagnóstico precoz y tratamiento.

ST-02 VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS PRIMARIAS

E. Chinchilla Palomares, R. Garrido Rasco, R. Gonzáles León, C. González Pulido, P. Montero Benavides, F. García Hernández, M. Castillo Palma, J. Sánchez Román

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

OBJETIVOS

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por debilidad muscular e infiltrados inflamatorios en el músculo, con tres variantes principales: la dermatomiositis (DM), la polimiositis (PM) y la miositis con cuerpos de inclusión (MCI). El manejo clínico puede estar dificultado por una falta de respuesta adecuada a los glucocorticoides (GCC) y a los fármacos inmunosupresores (IS). Actualmente, los denominados "tratamientos biológicos" están en pleno desarrollo. Se han comunicado experiencias favorables con rituximab (RTX) en pequeñas series de pacientes. Evaluamos la eficacia y la seguridad de RTX en un grupo de pacientes con MII resistentes a GCC e IS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo abierto no controlado de la eficacia de RTX en pacientes con MII resistentes a tratamientos convencionales, controlados por una unidad especializada de un hospital de tercer nivel. Hasta el 31 de Diciembre de 2008 se trató a 17 pacientes. El esquema de tratamiento consistió en la administración de 4 infusiones de 375 mg/m² de RTX los días 0, 7, 14 y 21, asociadas a ciclofosfamida (CF) por vía intravenosa (i.v.; 750 mg los días 2 y 16) y GCC (deflazacort; 60 mg/día durante 1-2 meses, y posterior ajuste según la evolución). Se evaluó de forma protocolizada la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento en situación basal y antes de la administración de cada dosis de RTX y, posteriormente 1, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento.

RESULTADOS

Quince pacientes eran mujeres (88,2 %); edad media de 51,7 años (23 – 78). DM en 8 casos, PM en 6, síndrome de superposición PM-ES en 2 (uno de ellos tenía además una púrpura trombocitopénica idiopática) y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) en 1. Cinco pacientes tenían anticuerpos anti-Jo1. El tiempo medio de evolución era 4,8 años (1–14). La indicación de tratamiento con RTX se estableció por miopatía en 14 ciclos, miopatía y lesiones cutáneas en 4, lesiones cutáneas aisladas en 2, e insuficiencia respiratoria aislada en 1. El número total de ciclos fue 21 (el tratamiento se repitió en 4 pacientes, con respuesta favorable al primer ciclo y recurrencia de la actividad clínica: 2 DM y 2 PM, una de ellas con superposición PM-ES). Se cumplimentó la evaluación 1, 6 y 12 meses después del tratamiento en el 95'2, 85'7 y 47'6% de ciclos, respectivamente. Se alcanzó remisión total o parcial a 1, 6 y 12 meses tras el tratamiento en 60, 94'4 y 60% respectivamente de los ciclos de tratamiento, Hubo recaída en 4 ciclos (4 pacientes; mediana hasta la recaída de 11 meses). Como efectos adversos se observó una meningitis por Corynebacterium en un paciente que recibió 2 ciclos y una hipertensión intracraneana en otro, con buena evolución, 4 meses después del tratamiento.

DISCUSIÓN

En consonancia con comunicaciones similares (aunque de series cortas o casos aislados) de pacientes con polimiositis o dermatomiositis tratados con RTX por fracaso terapéutico, consideramos que RTX se perfila como una buena alternativa terapéutica en pacientes con estas características. El porcentaje de respuesta, considerando que se trata de pacientes con resistencia previa a otros tratamientos y, hasta ahora, sin otras alternativas ha sido considerablemente alto con un número de complicaciones muy aceptable.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia RTX es eficaz en pacientes con MII resistente a otras opciones de tratamiento. El perfil de seguridad fue favorable.

ST-03 TRES CASOS DE URTICARIA-VASCULITIS TRATADAS CON RITUXIMAB

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

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

OBJETIVOS

La urticaria vasculitis (UV) es una enfermedad crónica poco frecuente, caracterizada por brotes recurrentes de lesiones urticariales con histopatología de vasculitis leucocitoclástica. Su manejo clínico puede estar dificultado por una falta de respuesta a los tratamientos habituales y su curso es especialmente grave en los casos con afectación broncopulmonar. Describimos tres pacientes con UV resistente a glucocorticoides (GC) tratadas con rituximab (RTX) y ciclofosfamida (CF).

MATERIAL Y MÉTODOS

El esquema de tratamiento consistió en la administración de 4 infusiones de 375 mg/m² de RTX los días 0, 7, 14 y 21, asociadas a ciclofosfamida (CF) por vía intravenosa (i.v.; 750 mg los días 2 y 16) y GC (deflazacort; 60 mg/día durante 1-2 meses, y posterior ajuste según la evolución). Se evalúa de forma protocolizada la evolución clínica y la tolerancia al tratamiento en situación basal y antes de la administración de cada dosis de RTX y, posteriormente 1, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento.

RESULTADOS

Caso 1: Mujer de 49 años con lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado en 2005, con presencia de máculo-papulas eritemato-edematosas en región lumbar y flanco izquierdo. Realizó tratamiento con glucocorticoides (GC) y metotrexato (MTX) sin respuesta. En la biopsia se observan lesiones de urticaria-vasculitis con depósito granular de C3 en unión dermoepidérmica. Recibió tratamiento con RTX y CF y se observó leve mejoría de las lesiones tras un mes de finalizado el tratamiento. Caso 2: Mujer de 45 años con urticaria hipocomplementémica con lesiones generalizadas, clínica inflamatoria poliarticular y episodios muy constantes de broncospasmo en seguimiento desde 1997. La biopsia cutánea realizada fue informada como vaculitis leucocitoclástica. Realizó tratamiento con GC y MTX sin remisión del cuadro. Posteriormente se trató con RTX y CF, con mejoría parcial de las lesiones urticariales (menos episodios y menos intensos), estabilización de la sintomatología respiratoria y desaparición de la articular tras 12 meses de finalizado el tratamiento. Caso 3: Mujer de 22 años diagnosticada de enfermedad mixta del tejido conectivo en 2004. Se constataron lesiones eritematosas en párpados y mejillas, pequeñas úlceras digitales y livedo reticularis. Durante este tiempo mantuvo episodios de urticaria persistente y angioedema. La biopsia se informó como urticaria-vasculitis. Se realizó tratamiento con RTX y CF ante la persistencia de lesiones cutáneas que no respondían a los tratamientos empleados (GC y MTX). La respuesta fue excelente, desapareciendo las lesiones tras un mes de finalizado el tratamiento.

DISCUSIÓN

El desafío del manejo clínico de los pacientes con urticaria-vasculitis resistentes a tratamiento habitual a menudo resulta frustrante. Diferentes autores han descrito casos aislados de pacientes con urticaria vasculitis con buena respuesta a tratamiento con RTX. En nuestro caso, hemos tratado a 3 pacientes, con leve mejoría en 2 de ellos y con mejoría excelente en 1, a corto plazo.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, RTX es eficaz a corto plazo, aunque en grado muy variable, en pacientes con urticaria-vasculitis. Queda pendiente evaluar su eficacia a medio y largo plazo.

ST-04 SÍNDROME SAPHO: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

C. González Pulido, R. Garrido Rasco, R. González León, E. Chinchilla Palomares, M. Castillo Palma, F. García Hernández, C. Ocaña Medina, J. Sánchez Román
Servicio de Medicina Interna. Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El síndrome SAPHO (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis) es una entidad de incidencia real desconocida e infradiagnosticada. Para su detección se requiere un alto índice de sospecha. Su tratamiento es, con frecuencia, ineficaz y suele precisarse un abordaje terapéutico complejo. Exponemos nuestra experiencia en el abordaje de tres casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de SAPHO en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes.

RESULTADOS

Caso 1: Varón, 53 años, 25 años de evolución. Afectación cutánea extensa tanto típica (acné, pustulosis palmo-plantar) como atípica (lesiones ampollosas, úlceras orogenitales) con afectación articular limitante en metacarpofalángicas (MCFs), metatarsofalángicas (MTFs) y rodillas; gammagrafía ósea con hipercaptación en las zonas citadas así como en articulaciones condro-esternales. El tipaje HLA B27 fue negativo. Debido a la refractariedad del cuadro frente a distintas opciones terapéuticas tales como glucocorticoides (GC), metotrexato (MTX) o ciclosporina (CyA) se intentó terapia biológica, inicialmente con infliximab, sin respuesta y, a continuación, con adalimumab, con lo que presentó finalmente buena respuesta a terapéutica empírica a esta última. Caso2: Varón, 54 años, con clínica de dolor articular en tórax, sacroilíacas y codos desde la juventud, con reciente aparición de lesiones pustulosas en palmas y plantas y episodio de iritis autolimitado. Destaca positividad para HLA B27 e hipercaptación gammagráfica en articulaciones esternoclaviculares y acromioclavicular izquierda. Buena respuesta clínica a primer escalón terapéutico con doxiciclina (DXC), (MTX) e hidroxicloroquina. Caso3: Mujer, 29 años. Fenómeno de Raynaud limitado a manos como antecedente personal. Lesiones pustulosas en manos y pies más acné en cara y cuello de un año de evolución. Seguidamente, clínica de dolor en tórax, hombros y caderas. HLA B27 negativo. Hipercaptación gammagráfica intensa en manubrio esternal objetivada también mediante RMN. Mejoría cutánea parcial tras tratamiento con DXC + salazopirina + AINES. Tras añadir MTX mejora la clínica osteoarticular y pustulosis palmo-plantar.

DISCUSIÓN

El síndrome SAPHO se manifiesta de forma muy heterogénea, con afectación osteoarticular, cutánea e incluso sistémica que puede llegar a ser grave. Su diagnóstico se dificulta por la baja incidencia, y con ello, escaso conocimiento acerca de este proceso sumado al mimetismo de su clínica que puede llevar a diagnósticos incorrectos. Teorías recientes promueven el papel de la infección por P. Acnes como desencadenante del proceso autoinmune que conlleva a la infiltración de PMN y sobreproducción de TNFalfa, responsables del cuadro de afectación osteoarticular y cutánea. La presencia de HLAB27, poco frecuente, parece estar en relación con mayor afectación de esqueleto axial, la elevación de IL-8 con afectación de predominio esternal y la de IL-18 con clínica pélvica. El tratamiento clásico ha consistido en GC+ MTX+ AINES asociado a DXC (erradicación de la infección). En casos resistentes se ha optado por inmunoglobulinas, CyA y bifosfonatos de última generación (inhibición de reabsorción ósea+ propiedades antiinflamatorias). Como novedad destaca el papel de los antiTNF, opción terapéutica adecuada en casos refractarios. En resumen, el abordaje terapéutico debe ser individualizado en cada caso, concretamente, en uno de nuestros casos, la respuesta fue radicalmente distinta para fármacos anti-TNF diferentes.

ST-05 SERIE DE 8 CASOS DE MIOPATÍAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

L. Gómez Morales[1], F. Sánchez-Barranco Vallejo[2], F. Iglesias Santa-Polonia[2], N. De la Torre Ferrera[3], S. Hueso Monge[4], E. Laherran Rodríguez[2], A. Tejero Delgado[2], C. Ferrer Perales[2]

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

[2]*Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia*

[3]Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Burgos. Burgos

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

OBJETIVOS

Revisar las características clínicas de este grupo de enfermedad para así dar una serie de pautas basadas en un conocimiento actualizado que permitan al clínico individualizar el algoritmo de diagnóstico molecular en base a los rasgos clínicos, electrofisiológicos, enzimáticos, anatomopatológicos y/o moleculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan los casos diagnosticados/revisados de miopatías en una unidad de Medicina Interna de un hospital de 2º nivel en el periodo de un año, recogiéndose los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes. En total se estudiaron 8 pacientes, con edades comprendidas entre los 23 años y 71 años, sin patologías previas conocidas que justificaran la sintomatología que presentaban en el momento del diagnóstico.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 8 pacientes, cuya sintomatología clínica inicial era debilidad muscular en diferentes grados de afectación y elevación de CPK en una analítica rutinaria; y cuyo diagnóstico final ha sido considerado relevante para este supuesto de protocolo diagnóstico: 2 pacientes están diagnosticados de miopatías con base genética conocida (distrofia miotónica de Steinert y Distrofia óculo-faríngea); 2 de ellos de miositis por cuerpos de inclusión con diagnóstico anatomopatológico; 1 miopatía mitocondrial, cuya sintomatología clínica posterior ha sido una epilepsia fármacorresistente; 2 casos de miopatías metabólica, sin base genética aún aclarada y un caso fugaz de miopatía con elevación enzimática y estudio neurofisiológico compatible resuelto tras embarazo.

DISCUSIÓN

El descubrimiento de las causas genéticas de las miopatías nos ha revelado las grandes limitaciones de las clasificaciones previas que disponíamos, las cuales se basaban exclusivamente en los rasgos clínicos, y ha dado lugar a clasificaciones en las que las bases moleculares juegan un importante papel. El diagnóstico molecular persigue como fin el establecimiento pronóstico, así como poder elaborar un consejo genético y servir como punto de inicio de nuevas investigaciones sobre la fisiopatología de estos procesos. Aún así, la clínica debe de ser quien nos oriente en el proceso diagnóstico, dada la gran cantidad de genes que se encuentran implicados. En el algoritmo diagnóstico se debe recoger la edad de comienzo y evolución, antecedentes familiares, etnicidad y patrón de herencia, estudio de enzimas musculares, estudio neurofisiológico, estudios de imagen (TAC/RMN), estudios bioquímicos y metabólicos así como biopsia muscular. Como último escalón diagnóstico, hay que incluir el estudio molecular.

CONCLUSIONES

Las miopatías representan un grupo de enfermedades que se encuentran infradiagnosticadas en la población general, por lo que se hace imprescindible un conocimiento de las mismas por parte del internista para si diagnóstico. Con el desarrollo de la Biología Molecular y los estudios anatomopatológicos cada vez más sofisticados se está pudiendo llegar a diagnósticos precisos, entregar pronósticos y realizar orientación genética adecuada; en la medida de lo posible deberíamos contar con estos recursos.

ST-06 COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

I. Martín-Garrido[1], R. Terán[1], G. Wissmann[2], R. Morilla[3], V. Friaza[3], E. Calderón[3], J. Varela[3], C. De la Horra[3]

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

[2]Unidade de Infectología. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil)

OBJETIVOS

Infliximab es un anticuerpo monoclonal frente al factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) indicado para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) cuando la actividad de la enfermedad no se controla con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FARNE). Sin embargo, el uso de este anticuerpo se ha asociado a la aparición de infecciones oportunistas, entre ellas, la neumonía por Pneumocystis (PcP) presenta una incidencia de 0,4% en pacientes con AR tratados con infliximab. El OBJETIVO del presente estudio fue evaluar la presencia de colonización por P. jirovecii en pacientes con AR en tratamiento con infliximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio 31 pacientes con AR tratados con infliximab de forma consecutiva en el servicio de reumatología. Se recogieron muestras de lavado orofaríngeos (LOF)de estos pacientes para la detección de DNA de P. jirovecii mediante la digestión con protreinasa K a 56ºC usando QIAamp DNA Mini Kit (Qiagen, Hilden, Germany). La identificación de la colonización por P. jirovecii se llevó a cabo mediante el análisis en los LOF del gen que codifica la subunidad larga mitocondrial rRNA (mtLSU-rRNA), con los primeros pAZ102-X y pAZ102-Y con PCR en tiempo real usando LightCycler 1.5 (Roche Molecular Biochemicals, Mannheim, Alemania).

RESULTADOS

P. jirovecii fue detectado mediante PCR en tiempo real en el LOF de 11 (35,4%) de los 31 pacientes con AR, en ausencia de síntomas respiratorios o signos radiológicos sugerentes de PcP.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que existe una alta prevalencia de colonización por P. jirovecii en pacientes con AR tratados con infliximab. Debido a que los pacientes colonizados pueden tener un riesgo mayor de desarrollar una PcP, el uso de técnicas moleculares para la detección de este patógeno en muestras de LOF puede ser útil para detectar aquellos pacientes que estén en riesgo. Estos podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho y terapias preventivas como la quimioprofilaxis.

ST-07 ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON PORFIRIAS? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE

L. Gómez, L. Beltrán, A. Vallejo, S. García Morillo, O. Muñiz, E. Pamiés, P. Stiefel, J. Villar

Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

Las porfirias son un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas, ocasionadas por deficiencia en las enzimas que intervienen en la biosíntesis del HEMO. Existen muchas clasificaciones distintas para este grupo de enfermedades, en general se dividen en agudas (síntomas neurológicos) y crónicas (síntomas hepato-cutáneos). El objetivo de este estudio es analizar las características de una cohorte de pacientes con esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe una cohorte de pacientes con el diagnóstico de Porfiria, en sus diferentes variantes, estudiados en el servicio de Medicina Interna del hospital Virgen del Rocío desde enero de 2004 hasta Diciembre de 2008. El diagnostico de porfiria se realizó en base a la existencia de síntomas clínicos clásicos y fue confirmado con el perfil de porfirinas y precursores (ALA y PBG) en orina de 24 horas, en sangre y en heces, cuando fue necesario. En los casos de PAI también se realizo determinación de la actividad de la PBG-deaminasa y en caso de afectación cutánea (porfirias mixtas y porfiria cutánea tarda) se confirmaron con biopsia cutánea. Se recogieron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio como la edad, el sexo, las porfirinas y precursores en orina, los síntomas predominantes, el numero de brotes, los tratamientos realizados, el consumo de alcohol o estrógenos, etc.

RESULTADOS

Se estudiaron 45 pacientes con el diagnóstico de porfiria, con una edad media de 47 años, con una proporción de hombre y mujeres 28/17 (62,2%/37,8%). La proporción de los distintos tipos de porfirias fueron: porfiria aguda intermitente (PAI) 22,2%, porfiria variegata (PV) 13,3%, coproporfiria hereditaria (CPH) 8,9%, y porfiria cutánea tarda (PCT) 55,6%. En cuanto a la distribución por sexo de las 17 mujeres 9 de ellas eran PAI, 2 fueron PV, 4 CPH, y 2 PCT. Del total de 28 hombres, 23 de ellos fueron PCT, solo 1 caso con PAI, y los 3 restantes PV. Dentro de la actividad propia de la enfermedad, durante el último año, los síntomas más frecuentes fueron de carácter cutáneo (hasta el 14% del total) fundamentalmente en la PCT, CPH, PV, en segundo lugar la sintomatología digestiva (10%), y por último neurológica (7%). Centrándonos en las porfirias agudas y mixtas se plantearon los siguientes resultados: más de la mitad de los pacientes, no presentaron ningún brote en el último año, tan solo un paciente con PAI tenía un brote de actividad mensual y dos pacientes presentaron algún brote en el último año. Todos los pacientes con PAI, PV y CPH con brote agudo de enfermedad fueron tratados con hematina, sin efectos colaterales, salvo los derivados de la administración por vía periférica (irritación, flebitis, etc.) en dos casos. En cuanto a las porfirias crónicas la edad media fue de 59 años. De los 24 pacientes con PCT, 12 pacientes (50%) presentaba alguno de los polimorfismos del gen HFE. Todos los casos de PCT asociados a VHC, eran genotipo I, que tras tratamiento normalizaron la carga viral y la actividad cutánea y biológica. Del total de las PCT, 4 recibieron tratamiento con hidroxicloroquina durante el último año, y otros cuatro con sangrías, también durante el mismo periodo. Todos los pacientes finalizaron el tratamiento antiviral durante seis meses sin interrupciones, con los efectos adversos habituales. Y en el caso de la hidroxicloroquina, no se observó en ninguna paciente toxicidad digestiva ni ocular con fondo de ojo y lámpara de hendidura anual)). Hubo en la serie, 3 exitus en el grupo de PCT, 1 por enfermedad renal crónica y dos más por tumores, un Hepatocarcinoma y otro por un Carcinoma de pulmón.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes con alteraciones del metabolismo de las porfirinas, cada tipo de porfiria se relacionaba con un perfil clínico: las PAI se asociaban al sexo femenino, edad temprana de aparición y baja actividad de la enfermedad. En cuanto a las crónicas, predomina el sexo varón, las lesiones cutáneas y la asociación al consumo de alcohol e infección por el VHC. Respecto al tratamiento medico, tanto la hematina como el tratamiento con interferón-ribavirina e hidroxicloroquina son seguros, y esto últimos pueden ser una alternativa a las sangrías para los pacientes con PCT.

ST-08 TERAPIA ANTITNF COMO TRATAMIENTO DE UVEÍTIS AUTOINMUNE. DATOS PRELIMINARES

L. Valiente De Santis[1], I. Portales Fernández[1], D. Narankiewicz[1], I. Márquez Gómez[1], M. Del Río Pardo[2], N. Macías Vega[1], M. Camps García[1], E. De Ramón Garrido[1]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

OBJETIVOS

Evaluación inicial de la eficacia y seguridad del tratamiento con antiTNF en pacientes con uveítis idiopáticas y asociadas a enfermedades autoinmunes (EA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes con uveítis autoinmune, recurrente o corticorresistente, seguidas en una unidad multidisciplinaria (Oftalmología, Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas) de uveítis de un centro de tercer nivel desde abril de 2007 hasta abril de 2009. Los pacientes fueron evaluados según un protocolo de valoración en el que se establece la autonomía del clínico responsable para la solicitud de pruebas complementarias. Sólo se consideró como obligatoria la realización de una radiografía de tórax e intradermorreacción de Mantoux para descartar tuberculosis latente y evaluación de infección por virus de la hepatitis B.

RESULTADOS

Se revisan 17 pacientes con una edad media de 42 años, de los que 9 (53%) eran mujeres. 7 pacientes presentaban formas idiopáticas de uveítis (41%), en 6 casos (35,3%) eran secundarias a EA (3 pacientes con sd de Behçet y 3 con Vogt-Koyanagi-Harada), y 4 (23,5%) síndromes oculares primarios (una retinopatía en perdigonada, una pars planitis y dos coroiditis multifocal con panuveítis). Todos los casos habían recibido corticoterapia previa, y 3 de ellos habían sido tratados con ciclosporina. 8 de estos pacientes iniciaron en este tiempo terapia biológica con antiTNF por indicación del oftalmólogo. Como resultado principal de valoración de la eficacia, la dosis de prednisona se redujo desde el inicio con el tratamiento con antiTNF (48,6 mg/día vs 0 mg/día). Ningún paciente tratado con antiTNF presentó brotes graves de actividad de la uveítis ni hubo efectos adversos de interés.

CONCLUSIONES

El tratamiento con antiTNF es una buena alternativa en el manejo de los pacientes con uveítis autoinmune corticorresistente o de aquellos que presentan recidivas al reducir la dosis de glucocorticoides, sin que esto conlleve importantes efectos adversos.

ST-09 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBRO SUPERIOR EN EL ÁMBITO LABORAL

L. Madrigal Cortés, E. Gutiérrez Naranjo, F. Romero Candau
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínica Fremap Prevención y Rehabilitación. Sevilla

OBJETIVOS

Determinar las características de los pacientes diagnosticados de trombosis venosa de miembro superior en un centro hospitalario perteneciente a una Mutua de accidentes de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda de miembro superior en el servicio de medicina interna de un Hospital perteneciente a una Mutua de accidentes de trabajo durante el periodo 2006-2008.

RESULTADOS

En el período de estudio se diagnosticaron cinco pacientes. Las edades de nuestros pacientes estaban comprendidas entre los 26 y los 50 años, tres hombres y dos mujeres. El diagnóstico se realizó en todos los casos mediante ecografía doppler y sólo en uno se realizó la confirmación mediante venografía. Tras consulta con cirugía vascular se realizó tratamiento conservador con anticoagulación oral durante 3 meses en todos los casos menos en uno que se prolongó hasta los 6 meses. El estudio de trombofilia fue positivo en dos pacientes, diagnosticándose una mutación heterocigota para la protrombina 20210, y una mutación C677T del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa junto con hiperhomocisteinemia. La evolución clínica fue favorable en la mayoría de los pacientes, presentando uno de ellos un síndrome postrombótico, que le ha impedido la reincorporación laboral, que sí ha sido posible en el resto de los casos.

DISCUSIÓN

La trombosis venosa a nivel de las venas axilar y subclavia corresponde al 2-4% de todos los casos de trombosis venosa profunda, siendo en la mayoría de los casos secundarias a la presencia de catéteres venosos centrales, estados de hipercoagulabilidad y tumores. El síndrome de Pager-Schroetter es una trombosis venosa profunda en esta localización que habitualmente aparece en personas jóvenes y puede tener una relación laboral. El diagnóstico se realiza tras la sospecha clínica, mediante estudio eco-doppler, no obstante el patrón oro sigue siendo la venografía. No hay un tratamiento universalmente aceptado y los objetivos principales son evitar la insuficiencia venosa crónica y proteger del tromboembolismo pulmonar. En el análisis de nuestros pacientes todos presentaron la trombosis en el brazo dominante, todos tenían historia de movimientos traumáticos repetitivos con relación laboral, en ninguno se pudo demostrar compromiso anatómico y en dos de los cinco se diagnosticó una trombofilia, una mayor incidencia de lo habitual, lógicamente no valorable por lo corto de la serie. La incidencia de síndrome postrombótico fue mucho más baja que la recogida en la literatura y no hubo asociación con TEP en ningún caso.

CONCLUSIONES

El síndrome de Pager-Schroetter es una entidad que aparece en pacientes jóvenes, relacionado con esfuerzo físico y puede tener relación laboral por lo que es necesario que el clínico tenga un alto índice de sospecha para evitar el retraso diagnóstico y sus posibles complicaciones y/o secuelas.

ST-10 PROFILAXIS CON HEPARINA EN LA ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE PROSTAGLANDINAS Y ANÁLOGOS

M. Martínez López, D. Sánchez Cano, M. De Torres Villagrá, S. Leyva Espadafor, C. Suárez-Bustamante Ontalba, C. Juárez Pelegrina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Descripción de la incidencia de flebitis tras la profilaxis con heparina en la administración parenteral de prostaglandinas (PG) y análogos (iloprost, alprostadilo) en un Hospital de Día de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se administraron PG o análogos por vía parenteral en un total de 262 tratamientos, con una edad media de los pacientes de 55,94 años, en 241 de los cuales se realizó profilaxis con heparina durante el periodo comprendido entre Octubre 2006 y Diciembre 2008 Los diagnósticos de los pacientes fueron: fenómeno de Raynaud (40%), esclerodermia (18%), vasculitis livenoide (18%), lupus eritematoso sistémico (12%), síndrome de Sjögren (6%) y eritrocianosis (6%).

RESULTADOS

En un total de 20 tratamientos apareció flebitis con la administración parenteral de PG o análogos, en19 de los cuales no se había realizado profilaxis con heparina (90,5% del total sin profilaxis). De los tratamientos en los que sí se realizó profilaxis, sólo en 1 (0,4%) apareció flebitis. En la distribución por sexos, el 75% de los enfermos que desarrollaron flebitis fueron varones, y el 25% mujeres. Uno de los tratamientos sin profilaxis tuvo que ser suspendido por flebitis de repetición, mientras que en otro en el que se comenzó la profilaxis en la sesión 15ª tras 2 episodios de flebitis, ésta no volvió a desarrollarse. Los efectos secundarios observados fueron: cefalea, escalofríos y fiebre, atribuibles a la administración de PG o análogo.

DISCUSIÓN

La alta tasa de flebitis observada con la administración parenteral de PG y análogos (casi del 100%) en nuestro Hospital de Día nos llevó a la búsqueda de alguna herramienta para prevenir su desarrollo. Basándonos en el empleo de la heparina en el tratamiento de la flebitis, nos planteamos la posibilidad de que su empleo previo a la administración de PG y análogos pudiese prevenir su aparición, con una clara reducción de la misma como demuestran los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

La administración de heparina simultánea al empleo de PG y análogos por vía parenteral parece reducir la incidencia de flebitis, si bien sería necesario un estudio aleatorizado a doble ciego para comprobar su verdadera eficacia.

ST-11 AGENESIA VENA CAVA INFERIOR Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

B. García Olid[1], E. Sánchez García[1], I. Domínguez Fernández[1], P. Seguí[2], R. Fernández de la Puebla[1], J. Criado García[1], M. González Padilla[1], F. Martín Martos[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, [2]Servicio de Radiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

Las malformaciones de la vena cava inferior son defectos muy poco frecuentes que pueden dificultar el drenaje venoso y favorecer el desarrollo de una trombosis venosa profunda. La agenesia de la vena cava inferior tiene una incidencia 0,0005-1% en la población general, y recientes estudios parecen confirmar su papel como predisponente para el desarrollo de TVP en personas jóvenes. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas y la evolución de los enfermos diagnosticados de agenesia de cava inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos los casos de 3 pacientes (dos hombres y una mujer) de entre 36 y 44 años de edad, con distintas formas de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), en los que se evidenció una agenesia de la vena cava inferior por pruebas de imagen. Todos ellos fueron atendidos en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital entre los años 2000 y 2008.

RESULTADOS

Un caso debutó como tromboembolismo pulmonar, y los otros dos como trombosis venosa proximal de un miembro inferior. La paciente mujer estaba recibiendo tratamiento hormonal con testosterona desde hacía 15 meses por un proceso de transición sexual. En el resto de los pacientes no se identificaron factores precipitantes. En cuanto a su evolución, en uno de los pacientes recurrió la trombosis tras la suspensión del tratamiento anticoagulante, mientras que los otros dos siguieron con dicho tratamiento de forma indefinida sin presentar recidivas. El síndrome postflebítico ha aparecido en 2 de los tres pacientes.

DISCUSIÓN

Las malformaciones de la vena cava inferior son una causa infrecuente de tromboembolismo venoso, pero que hay que considerar ante pacientes jóvenes sin causa desencadenante aparente. En estos enfermos, el riesgo de desarrollo de síndrome postflebítico es muy alto, así como el de la recidiva de la trombosis, asociado a la propia malformación anatómica.

CONCLUSIONES

La agenesia de la vena cava inferior representa un factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa, y ha de sospecharse en casos de enfermedad tromboembólica idiopática en personas jóvenes. Según nuestra experiencia, hay que considerar la anticoagulación de forma indefinida ante el riesgo de recidivas.

ST-12 FILTROS DE VENA CAVA OPCIONALES EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

F. Martín Martos[1], M. González Padilla[1], L. Zurera[2], M. Sánchez-García[1], B. García Olid[1], I. Domínguez Fernández[1], A. Ortiz Morales[1], Á. Blanco-Molina[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, [2]Servicio de Radiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

OBJETIVOS

El filtro de cava retirable es una alternativa terapéutica cuando la anticoagulación está contraindicada en los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). El manejo de estos dispositivos aún no está estandarizado en las recomendaciones actuales. El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia de los filtros de cava opcionales y la introducción progresiva del tratamiento anticoagulante con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en enfermos con una contraindicación temporal de la anticoagulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 10 pacientes diagnosticados por métodos objetivos de ETEV. En cinco casos no se pudo iniciar el tratamiento anticoagulante o tuvo que retirarse por presentar una hemorragia activa (hematoma cerebeloso, hematuria, 2 hematoquecias, hemartros tras prótesis articular) con una edad media de 60,8 ± 9,25 años. En los otros cinco enfermos se suspendió la terapia para ser sometidos a una cirugía mayor (peritonectomía, metastasectomía hepática, carcinoma de ciego y 2 meningiomas), con edad media de 48,8 ± 7,72 años. Los tipos de filtros fueron Günther tulip (8 casos) y Optease de Cordis (2 casos).

RESULTADOS

La retirada del filtro se intentó entre los días 7 y 14 de su colocación, y se realizó con éxito en 7 casos. En los tres restantes no pudo ser retirado por presentar trombo atrapado en el filtro o trombo flotante en la cava inferior (2 casos). El tratamiento con HBPM se introdujo tras la colocación del filtro, y la velocidad de incremento de las dosis estuvo en relación con la causa de la contraindicación y con el riesgo hemorrágico individual. En el momento del intento de la retirada del filtro, nueve pacientes recibían dosis plenas de HBPM y sólo uno era tratado con dosis intermedias (50% de la dosis terapéutica). No hubo complicaciones hemorrágicas en ninguno de los casos.

DISCUSIÓN

La colocación de un filtro de vena cava opcional en paciente que presentan una contraindicación temporal para la anticoagulación permite ganar días de plazo para alejarnos del evento hemorrágico o quirúrgico, y poder introducir de forma progresiva la HBPM hasta alcanzar dosis intermedias o plenas, dependiendo del riesgo de sangrado individual.

CONCLUSIONES

El uso de filtros de cava opcionales y la introducción progresiva del tratamiento con HBPM puede ser una buena alternativa para los enfermos con ETV y una contraindicación temporal de la anticoagulación.

ST-13 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO: HALLAZGOS DEL REGISTRO RIETE

F. Martín Martos[1], Á. Blanco Molina[1], M. Sánchez García[1], J. Ogea García[1], J. Martín Villasclaras[2], R. Tirado Mirada[3], M. Gutiérrez Tous[4] y Grupo RIETE

[1]*Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba*

[2]*Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga*

[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)*

[4]*Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla*

OBJETIVOS

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) es infrecuente durante la gestación, pero constituye la primera causa de muerte en el embarazo y puerperio. Su historia natural, prevención y tratamiento en este periodo son poco conocidas. El RIETE es un registro de pacientes recogidos de forma consecutiva con ETEV sintomática y confirmada. El objetivo de este análisis es comparar las características clínicas de la ETEV relacionada con el embarazo y puerperio con la de las no gestantes para el mismo rango de edad incluidas en el RIETE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron analizadas 11630 pacientes incluidas en el RIETE, de las cuales 848 (7,3%) eran mujeres menores de 47 años. De ellas, 72 (8,5%) eran gestantes y 64 (7,5%) eran puérperas.

RESULTADOS

Las gestantes presentaron menor tromboembolismo pulmonar sintomático (11%) que las que no lo eran (39%). La ETEV se desarrolló durante el primer trimestre en 29 (40%) de las gestantes, en el segundo en 13 y en el tercero en 30. El estudio de trombofilia fue positivo sobre todo en el subgrupo de mujeres que desarrollaban TEP en el primer trimestre (p=0,037). La mayoría de las pacientes de los tres grupos fueron tratadas inicialmente con heparina de bajo peso molecular (HBPM). Como terapia a largo plazo, el 75% de las gestantes recibieron HBPM hasta el parto. La evolución fue más favorable en el grupo de ETEV relacionado con el embarazo que en las mujeres no gestantes. No hubo muertes maternas ni se observaron recurrencias trombóticas o episodios hemorrágicos antes del parto. Sin embargo, en el postparto una paciente (1,4%) desarrolló una recurrencia trombótica y otras 4 un episodio de sangrado mayor (5,6%).

DISCUSIÓN

La aparición de la ETEV durante el primer trimestre en el 40% de las gestantes, sugiere que la tromboprofilaxis en los casos en los que se indicara en la gestación, debería iniciarse precozmente. Las heparinas de bajo peso molecular son eficaces y seguras en el tratamiento de la ETEV durante el embarazo. La ETEV relacionada con el embarazo y el puerperio tiene una evolución favorable, en parte debido a que se trata de mujeres jóvenes con escasa comorbilidad.

CONCLUSIONES

La ETEV es un importante problema de salud en la gestación y el puerperio, que ha de ser precozmente identificado para poder instaurar el tratamiento anticoagulante, que es muy eficaz en la prevención de las recurrencias.

ST-14 RIESGO DE SANGRADO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Moreno Higueras, M. García Morales, C. Tomás Jiménez, P. Giner Escobar, S. Moya Roldán, F. Anguita Santos, D. Sánchez Rico, C. Fernández Roldán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes con anticoagulación oral (ACO) que ingresan en un servicio de Medicina Interna y valorar el riesgo de sangrado en relación con el nivel de anticoagulación y antecedentes de hemorragia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna durante el periodo de enero a marzo 2.009. Los datos recogidos fueron edad, sexo, causa de la ACO, cumplimentación adecuada, tiempo transcurrido y complicaciones hemorrágicas desde el inicio del tratamiento, comorbilidad (HTA no controlada, neoplasia, enfermedad diverticular, coagulopatía, alcoholismo, ulcus gastroduodenal, hepatopatía y alteraciones de la marcha), INR y plaquetas cuantificados en las primeras 24 h del ingreso, y medicación concomitante. Se consideró hemorragia como complicación desde el inicio de la ACO cuando figuraba como diagnóstico entre los antecedentes personales de los pacientes. Se calculó el riesgo de sangrado mediante la escala “Outpatient Bleeding Risk Index” (OBRI). Se utilizó el programa SPSS 15.0 para el análisis estadístico. Los resultados se consideraron significativos con un valor $p< 0.05$.

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 58 pacientes (56.9% mujeres y 43.1% hombres) con edad media de 76 ± 7 años. La ACO se inició en los últimos 6 meses en el 1.7% de los casos, entre 6 y 12 meses en el 13.8%, entre 1 y 5 años en el 50% y hacía más de 5 años en el 32.8%. La causa de inicio más frecuente de ACO fue la fibrilación auricular (58.6%). El 75.9% referían realizar una cumplimentación adecuada del tratamiento. Presentaron complicaciones hemorrágicas un 29.3% desde el inicio de ACO hasta el momento de la inclusión en el estudio. A su llegada al servicio de Urgencias, un 77.6% de los pacientes tenía el INR fuera de rango y el 48.3% lo eran por elevación del mismo. De acuerdo a los criterios de OBRI el 5.2% presentaban un riesgo bajo de sangrado, el 51.7% moderado y el 43.1% alto. Respecto a comorbilidad asociada la patología más prevalente fue la HTA mal controlada (46.6%) seguida de alteraciones de la marcha (36.2%) y enfermedad diverticular (8.6%). En el análisis univariado ninguna de las variables se han asociado con un aumento del riesgo de sangrado a excepción de la existencia de enfermedad diverticular ($p=0,026$). En el análisis multivariado se sigue manteniendo la significación estadística de la existencia de divertículos ($p=0,011$).

DISCUSIÓN

En los últimos años ha aumentado de manera considerable el número de pacientes que reciben terapia anticoagulante por diversas indicaciones. Al igual que en otros trabajos, nuestros pacientes eran de edad media avanzada y con mayor frecuencia mujeres. Tenían una prevalencia elevada de comorbilidad, sobre todo HTA, y la causa más frecuente de inicio de ACO fue la fibrilación auricular. La principal complicación de la ACO son las hemorragias. En nuestro estudio destaca un alto porcentaje de pacientes con un índice de riesgo de sangrado elevado (43.1%) sin que éste se correlacione con la presencia de complicaciones hemorrágicas, a pesar de la larga duración del tratamiento en más del 80% de la muestra. La única variable que muestra significación estadística en relación con el riesgo de sangrado es la enfermedad diverticular, en consonancia con los resultados hallados en otros estudios donde el tracto digestivo es la localización más frecuente de hemorragia. Tampoco hemos encontrado asociación entre INR elevado fuera de rango y complicaciones hemorrágicas, en

contraposición con los hallazgos descritos por otros autores que sí han encontrado dicha relación cuando el INR > 6. Posiblemente esto sea debido al pequeño tamaño de la muestra.

CONCLUSIONES

Los pacientes anticoagulados que ingresan en Medicina Interna presentan un alto riesgo de sangrado. Sin embargo, éste no se correlaciona con la aparición de complicaciones hemorrágicas desde el inicio de la ACO, encontrándose significación estadística tan sólo en la enfermedad diverticular.

Varios (V)

V-01 RIESGO DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

R. Terán [1], M. Atienza [2], I. Martín Garrido [1], D. Redondo [3], V. Cabello [3], P. Pereira [3], J. Varela [4], M. Gentil [3]
[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Oncología Médica, [3]Servicio de Nefrología, [4]Servicio de Medicina Interna - CIBER Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

El trasplante renal (TxR) es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con enfermedad renal en estadio terminal. Este tratamiento conlleva un riesgo de padecer cáncer 4-5 veces más elevado que el de la población general de la misma edad y sexo. El OBJETIVO de este estudio fue conocer la incidencia del cáncer colorrectal (CCR) en la población trasplantada renal de un hospital terciario y compararla con la de la población general. El objetivo secundario fue considerar si estaría indicado el cribaje para este tipo de neoplasia en la población trasplantada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en la base de datos del CMBD del hospital en el período comprendido entre 1997-2007 combinando los diagnósticos de “cáncer colorrectal” y “trasplante renal”. Una vez identificados los casos se revisaron las historias clínicas de los pacientes para recoger la información necesaria para el estudio.

RESULTADOS

Entre los pacientes con TxR (1007-2007) se diagnosticaron siete casos de CCR (2 mujeres/5 hombres). En cuanto a la edad de presentación del CCR en 6 casos (85.7%) fue por encima de los 55 años y en uno (14.3%) por debajo de esta edad. El tumor se localizó en el recto en 3 casos (42.8%) y en el colon en 4 (57.2%). La incidencia de CCR en este periodo fue de 498.8/100.000 pacientes-año para los mayores de 55 años y de 55.5/100.000 pacientes-año para los de entre 45 y 54 años. Tres de los 7 pacientes(42.8%) fallecieron durante el periodo de estudio. Las características de la población están recogidas en la tabla 1 y 2.

DISCUSIÓN

El CCR es la 2ª causa de muerte por cáncer en Andalucía con unas tasas brutas de incidencia de 39/100.000 en hombres y de 32/100.000 en mujeres siendo más frecuente en la población de edad avanzada. Aunque el cribado de CCR en la población general no es una práctica habitual debería realizarse a todos los individuos sin factores de riesgo a partir de los 50 años de edad. La prueba de detección de sangre oculta en heces (SOH) como método de screening se justifica por la evidencia disponible y por ser un procedimiento coste-efectivo y accesible. Aunque existen pocos datos acerca de la efectividad del cribado en los TxR hay estudios que sugieren que la detección de SOH anual seguida de colonoscopia en el caso de que ésta sea positiva, puede ser coste-efectiva con una reducción de la mortalidad del 45%.

CONCLUSIONES

Estos resultados permiten estimar que la incidencia de CCR en la población con TxR es 5-6 veces

mayor a la de la población general con una distribución similar a esta. Con estos datos podríamos considerar que el cribado mediante la detección de SOH anual estaría indicado para la población trasplantada de riñón por encima de los 45 años. No podemos afirmar que el cribaje deba ser aplicado en menores de 45 años puesto que no hemos observado un mayor riesgo de padecer CCR en estos pacientes.

Tabla 1: TIEMPO DIÁLISIS-TxR (V-01)

< 6 meses	14.3% (1/7)
6 meses-1 año	0 %
1 año-2 años	14.3 % (1/7)
>2 años	71.4% (5/7)

Tabla 2:TIEMPO TxR-CCR (V-01)

< 5 años	28.6% (2/7)
5 años-10 años	28.6% (2/7)
>10 años	42.8% (3/7)

V-02 SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MOTIVO DE INGRESO. MANEJO Y DIAGNÓSTICO FINAL

L. Valiente de Santis, I. Márquez Gómez, I. Portales Fernández, D. Narankiewicz, F. Salgado Ordóñez, A. Villalobos Sánchez, J. Martínez González, R. Gómez Huelgas
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

OBJETIVOS

Conocer la magnitud del síndrome constitucional como diagnóstico de ingreso en un servicio de Medicina Interna, así como el manejo, diagnóstico final y pronóstico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de la practica clínica. Se seleccionaron todos los pacientes con diagnostico de ingreso “síndrome constitucional”, “síndrome consuntivo” o “pérdida de peso injustificada”, durante 2008. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de neoplasia activa al ingreso.

RESULTADOS

Se estudian 69 pacientes ingresados con dichos diagnósticos en 2008. Supusieron el 4,5% de los ingresos en un Servicio de Medicina Interna. La estancia media fue de 16,3±10,5 (r=2-49)días. El 69,6% de los casos fueron varones. La edad media fue de 68,4±12,7 (r=29-86 años. Entre los antecedentes personales destaca que el 53,4%(36) eran hipertensos y el 41,8% (28) diabéticos tipo 2. El 49,3% presentaba antecedentes de tabaquismo y 20,3% consumo habitual de alcohol. La clínica al ingreso consistió en pérdida injustificada de peso,91%,astenia 81,5% y anorexia,69,7% seguido de otros síntomas menos frecuentes como dolor abdominal 13% diarrea 13,1%,náuseas y vómitos 11,6%, disnea 10,1% y dolor óseo 7,2%. La exploración física al ingreso fue patológica en el 72,7% siendo la caquexia el hallazgo más frecuente 28,9%(11) seguida de la hepatomegalia 21,1%(8). El 49,3% (34) presentó pérdida de masa corporal de al menos el 5% en los últimos 6-12 meses, el 42% (29) pérdida de peso no cuantificada y el 8,7% (6) no referían pérdida de peso. En cuanto al estado nutricional, sólo hallamos niveles de Proteínas totales inferiores a 6g/dl en el 34,4%(23),sin

embargo los niveles de Albúmina fueron inferiores a 3,5g/dl en el 88,3%(53). En cuanto a otros datos analíticos destacar que hasta en 40 casos las cifras de Hemoglobina fueron inferiores a 12g/dl, Colesterol menor de 200mg/dl en 50 casos, en 46 Triglicéridos inferiores a 150mg/dl, la Transferrina se determinó en 9 casos siendo en 4 inferior a 200ug/ dl. En 38 el Hierro sérico fue inferior a 60mcg/ dl y en 3 el Calcio corregido fue mayor de 10,5mg/dl. El valor medio de Hemoglobina glicada fue de 6,9±1,6%. La □2microglobulina fue el marcador tumoral detectado patológico con más frecuencia. En cuanto a otras pruebas complementarias destaca la radiografía simple de tórax patológica en el 29,1%,el TAC toraco-abdominal con resultados relevantes hasta el 69%. Otras pruebas como la gastroscopia y colonoscopia fueron diagnósticas en un 16 y 27% respectivamente. El diagnóstico final fue de Neoplasia en 31,9% (22) y en 49,3%(34) fue alguna enfermedad médica. En un 18,8%(13) el diagnóstico no tuvo significación. Entre las neoplasias predominan las de aparato digestivo (11), seguidas de pulmón (5), hematológicas (3) y próstata (2). En cuanto a patologías médicas el diagnóstico más frecuente fue Anemia multifactorial (5) seguida de trastornos endocrinológico s(6),Insuficiencia cardíaca (5),caquexia-SIDA (4),EPOC(3),hepatopatías crónicas(3) Insuficiencia Renal crónica (2) Pluripatológicos (2)Síndrome constitucional sin filiación(3). La mortalidad durante el ingreso fue del 17,3%(9),la causa de muerte más frecuente fue la sepsis.

DISCUSIÓN

El síndrome constitucional es un diagnóstico clínico de sospecha. A menudo se asocia a enfermedad neoplásica pero también a numerosas enfermedades crónicas. Conlleva morbi-mortalidad no despreciable debido al estado de inmunosupresión que implica la pérdida de peso. Según distintas series, un 20-25% queda sin diagnóstico concluyente o se descarta la existencia del síndrome en sentido estricto.

CONCLUSIONES

El síndrome constitucional es un motivo frecuente de ingreso en Medicina Interna que en un porcentaje bajo no se sustenta tras el estudio del paciente. Distintos indicadores analíticos pueden ser útiles para el diagnóstico de certeza, siendo la albúmina el más orientativo aparentemente. A pesar del apoyo de las numerosas pruebas complementarias, un porcentaje no despreciable queda sin diagnóstico y es preciso el seguimiento en el tiempo.

V-03 PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN POBLACION ADULTA DE UN ÁREA RURAL DE ANDALUCIA

B. Herrera[1], R. Morilla[2], I. Martín-Garrido[1], L. Rivero[1], R. Terán[1], S. Gutiérrez-Rivero[1], F. Medrano[2], E. Calderón[2]

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

OBJETIVOS

Aunque es conocida la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) terminal en España, se desconoce la frecuencia de ERC leve y moderada en la población general. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de ERC leve y moderada en población adulta en un área rural de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio transversal de base poblacional. Emplazamiento: El Coronil, municipio de la provincia de Sevilla, actividad principal agrícola, con estabilidad demográfica y 5.045 habitantes. Criterios de inclusión: sujetos mayores de 18 años que según la Base de Datos del Usuario del Servicio Andaluz de Salud es de 4006 personas. El tamaño muestral estimado (nivel de confianza 95%, error muestral

5%, prevalencia esperada 10%) fue de 134 habitantes, obtenido con arranque aleatorio y muestreo sistemático y estratificada por edad y sexo. Los sujetos se citaron mediante carta con recordatorio telefónico. Se solicitó consentimiento informado por escrito. Variables: Los datos de las diferentes variables se obtuvieron a partir de una valoración clínico-epidemiológica (edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial o diabetes mellitus, peso, talla), analítica (creatinina plasmática) o ambas (aclaramiento de creatinina (ACr) calculado con la ecuación abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease).

RESULTADOS

Tasa de participación: 90,16%. Prevalencia: 1) Función renal (FR): Normal (ACr >= 90 ml/min/1,73m2): 52,03%. <65 años (a): 65,56%; >=65 a: 15,15%. ERC Leve (ACr 60-89): 30,08%. <65 a: 17,78%; >=65 a: 60%. ERC Moderada (ACr 30-59): 5,69%. <65 a: 2,17%; >=65 a: 15,15%. ERC Severa (ACr <30): 0,81%. >=65 a: 3,03% 2) Hipertensión arterial (HTA): 27,64%; < 65 a: 16,66%; >= 65 a: 57,57% (40% h, 72,22% m) 3) Diabetes Mellitus (DM): 9,76% población. < 65 años: 6,66%, >= 65 a: 18,18% 4) En sujetos con FR normal, la frecuencia de HTA y DM fue de 21,88% (80% en >= 65 a), con ERC leve 54,05% (71,43% en >= 65 a), y en ERC moderada 66,67%. El ACr medio en sujetos con HTA fue inferior al observado en aquellos sin HTA (84,56 ± 22,43 vs. 96,96 ± 84,53, p = 0,004).

CONCLUSIONES

En nuestro medio se observa una prevalencia de ERC inferior a la comunicada en la literatura, principalmente en población de más de 65 años. La detección precoz en Atención Primaria es necesaria para mejorar el pronóstico de la ERC a través de intervenciones específicas, minimizar el riesgo de nefrotoxicidad medicamentosa y optimizar la dosificación de aquellos fármacos cuya biodisponibilidad se afecta por la función renal.

V-04 INTOXICACIÓN POR SETAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE OCHO CASOS EN EL SUROESTE DE ESPAÑA

L. De la Higuera Vila[1], B. Barón Franco[2], M. Bernabeu Wittel[1], R. Cano Monchul[3], D. Mendoza Giraldo[1], T. Martínez García[2], C. Hernández Quiles[1], S. Benito Conejero[2]

[1]*Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

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

[3]*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)*

OBJETIVOS

La intoxicación por setas constituye una causa infrecuente de fallo hepático fulminante (FHF), pero datos recientes apuntan un aumento en su incidencia. En el Suroeste de España existe gran tradición de consumo de setas silvestres, pudiendo confundirse especies comestibles con setas potencialmente letales. Por otra parte, a pesar de ser una enfermedad de declaración obligatoria son pocos los casos que se comunican, por tanto la incidencia real, las especies de setas más frecuentemente implicadas, así como sus formas clínicas más frecuentes se desconocen. Nuestro objetivo fue describir los casos registrados de intoxicaciones graves por amatoxinas en Andalucía Occidental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los casos de intoxicaciones por setas hospitalizados en tres hospitales de Andalucía Occidental entre los años 2002-2008. Análisis descriptivo del tipo de seta ingerida, antecedentes personales, síntomas, parámetros analíticos (creatinina, urea, alaninaminotransferasa [ALT], bilirrubina, tiempo de protrombina) tratamiento administrado, complicaciones y mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron ocho casos (cinco mujeres, edad de 35 (15-51 años)). Cuatro de los casos eran miembros de una misma familia, y el resto, casos esporádicos sin relación. Todas fueron por consumo doméstico y por error en la recogida (personas no expertas). Todos comenzaron como una gastroenteritis aguda, que se iniciaba entre ocho y doce horas después del consumo de las setas. A su llegada al hospital en el 87% existía elevación de ALT y en el 25% elevación de la creatinina. El cuadro gastrointestinal se resolvió progresivamente, recuperando la mayoría estabilidad clínica, lo que contrastaba con un empeoramiento progresivo analítico (elevación de ALT y deterioro de función renal), produciéndose hepatitis grave en tres (uno de ellos desarrolló un FHF), e insuficiencia renal aguda en dos (uno de ellos requirió depuración extrarrenal). Dos pacientes no precisaron tratamiento específico, únicamente sueroterapia y monitorización. Se utilizó en el tratamiento penicilina G sódica y silibilina en 4 casos, lavado gástrico con sulfato de magnesio y carbón activado en 3 casos, N-acetilcisteina en 3 casos y hemoperfusión con carbón activado en 1 caso. La evolución fue favorable en todos los casos salvo en uno que falleció por FHF. Cuatro de ellos requirieron estancia en UCI situándose la media de estancia hospitalaria en 6,75 días (2-16 días). Las setas identificadas fueron L. brunneoincarnata en 4 casos, A. verna en tres y A. phalloides en uno. La identificación se realizó mediante análisis del espécimen del material cocinado en el brote familiar por L. brunneoincarnata, mediante el análisis del aspirado gástrico en un caso de A. verna, y mediante identificación visual de las setas por un experto en los 3 restantes.

DISCUSIÓN

La clave del diagnóstico y por tanto de un precoz y correcto tratamiento radica en identificar el antecedente (que suelen referir todos los pacientes), y la presentación clínica característica bifásica, sin restar importancia a un cuadro gastrointestinal en resolución que puede enmascarar daño hepático y renal grave, incluso mortal horas después.

CONCLUSIONES

El envenenamiento por setas es una causa infrecuente de FHF. Sin embargo, la tradición de consumo en nuestro medio, nos obliga a estar alerte e incorporar esta entidad al diagnóstico diferencial de síndromes concordantes en pacientes con antecedente de ingesta de setas.

V-05 UTILIDAD DE ESCALA FRAX EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO PRELIMINAR

F. Anguita Santos[1], R. Gálvez López[1], J. Martínez Ávila[1], D. Vinuesa García[1], M. García Morales[1], N. Ortego Centeno[2], P. Giner Escobar[1], J. Cantero Hinojosa[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Unidad de Enfermedades Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

OBJETIVOS

La escala FRAX se ha demostrado útil para la detección del riesgo de fracturas osteoporóticas en diversos pacientes. Pretendemos estudiar su aplicabilidad en enfermos ingresados en Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian 63 pacientes ingresados por diversos motivos en una unidad de Medicina Interna en el plazo de 2 meses. En cada caso se calcula el índice FRAX que comprende el riesgo a 10 años de sufrir una fractura mayor osteoporótica (FRAXmax) y una fractura de cadera (FRAXhip). Como variables asociadas a la puntuación de estos índices se estudiaron: género y edad, patología asociada (HTA, DM, IC, EPOC, FAC, ACV, IRC) e índices antropométricos (IMC). Asimismo se

estudiaron antecedentes tales como tabaquismo activo, consumo diario de más de tres unidades de alcohol, uso de corticosteroides y presencia de fracturas osteoporóticas previas. Análisis estadístico: descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas y media y desviación típica para cuantitativas. Estudio inferencial mediante T de Student para muestras independientes o su equivalente de Welch. Correlación bivariada y análisis de coeficientes de regresión. Nivel de significación inferior a 0.05

RESULTADOS

La puntuación global del FRAX en nuestra muestra fue de 8.87 ± 7.2 % para fracturas osteoporóticas mayores y de 4.80 ± 4.88 % para fractura de cadera. Covariables asociadas estadísticamente a una mayor puntuación en estos índices fueron: género (mayor riesgo en mujeres p=0.004), a mayor edad (r 0.36 p=0.003 para FRAXmax y r=0.37 p=0.002 para FRAXhip), e inversamente con el IMC (r=-0.32 p=0.001 para FRAXmax y r=-0.36 p=0.004 para FRAXhip)

DISCUSIÓN

La herramienta FRAX ha sido desarrollada por la OMS a partir del estudio de grupos poblacionales integrados con factores clínicos de riesgo. En nuestra muestra y debido a la avanzada edad media de nuestros pacientes así como un alto grado de presencia de pluripatología el riesgo estimado por esta herramienta diagnóstica es alto, a pesar de contar con un tamaño muestral pequeño por lo que creemos útil su aplicación en las salas de Medicina Interna como complemento a la densitometría ósea. Cabe destacar la imposibilidad de realizar el cuestionario FRAX a algunos de nuestros pacientes por la presencia de patología concomitante como es la demencia.

CONCLUSIONES

Aún a pequeño tamaño muestral es evidente la utilidad de esta escala de riesgo en los pacientes de Medicina Interna, siendo las variables antropométricas las principalmente asociadas a mayor riesgo de fractura.

V-06 DISTRIBUCIÓN E INFLUENCIA SOBRE LA SOBRECARGA FÉRRICA DE LAS MUTACIONES CYS 282 TYR E HIS 63 ASP DEL GEN HFE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PORFIRIA CUTÁNEA TARDA ESPORÁDICA

L. Gómez, L. Beltrán, A. Vallejo, O. Muñiz, E. Pamiés, P. Stifel, M. Miranda, S. García Morillo
Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS

La porfiria cutánea tarda (PCT) es el trastorno mas frecuente del metabolismo de las porfirinas por una disminución de la actividad enzimática a nivel hepático de la uroporfobirinógeno decarboxilasa. Esta bien documentada la importancia de la sobrecarga férrica en la patogenia de este trastorno, de forma que es uno de los factores precipitantes, junto a otros, para el desarrollo de las manifestaciones clínicas de la PCT. Diferentes estudios poblacionales, han puesto de manifiesto una relación entre las mutaciones del gen de la hemocromatosis (HFE) y PCT; como éstas podrían determinar en el status del metabolismo férrico observado en pacientes con PCT, objetivo de este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo analizando las historias clínicas de una cohorte de pacientes con porfiria cutánea tarda (PCT) atendidos en el servicio de Medicina Interna de los hospitales universitarios Virgen del Rocío desde enero de 2004 hasta Diciembre de 2008. El diagnostico de PCT se realizó en base a la existencia de síntomas clínicos clásicos y fue confirmado con biopsia cutánea y/o determinación del perfil de porfirinas típico en orina de 24 horas. Además se determinaron los siguientes parámetros clínicos y de laboratorio: edad, sexo, porfirinas en orina,

índice de saturación de transferrina, ferritina, alanino transferasa (GPT), aspartico transferasa (GOT), gammaglutariltranspeptidasa (GGT), consumo de alcohol, estrógenos, serología para virus de la Hepatitis C (VHC) y mutaciones C282Y, H63D y S65C del gen de la hemocromatosis hereditaria (HFE). Por último, se realizó un estudio genético mediante PCR-Arms, buscando mutaciones en los exones 2 y 4 del gen de la HFE, como posible determinante genético de sobrecarga hepática de hierro.

RESULTADOS

Se estudiaron 24 pacientes con Porfiria cutánea tarda esporádica con una edad media de 58 años, con una proporción de hombres y mujeres 21/3 (87,5/12,5%), que presentaban como factor precipitante principal: alcohol: 16 pacientes (66%), VHC: 5 pacientes (20%), ACO: 2 pacientes (8%) y radiación UVA: 2 pacientes (8%). El perfil hepático, férrico y los niveles de uroporfirina-I en orina de 24 horas se exponen en la tabla 1. En nuestra cohorte, los pacientes con PCT presentaban una sobrecarga férrica asociada medida por el índice de saturación y los niveles plasmáticos de ferritina (tabla 1). De los 24 pacientes con PCT, 12 pacientes (50%) presentaba alguno de los polimorfismos del gen HFE. 7 pacientes presentaban la mutación H63D en heterocigosis (29,1%) y 2 en homocigosis (8,3%). Además, había 1 paciente doblemente heterocigótico (Cys282Tyr/His63Asp) (4,1%) y 2 enfermos presentaban la mutación C282T en heterocigosis (8,3%). Ninguno de los pacientes presentaba la mutación S65C. No hubo relación entre la mutación C282T con el factor precipitante pero si encontramos una tendencia de asociación de la presencia de la mutación H63D con la infección por VHC (todos genotipos 1) (chi cuadrado: 4,915, p=0.08). Ninguna de las dos mutaciones influyó en un mayor grado de sobrecarga férrica medido por el índice de saturación, ferritina, nivel de hemoglobina o enzimas hepáticas.

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte de pacientes con PCT esporádica, los factores precipitantes mas relevantes son el consumo de alcohol y la infección por el virus C de la hepatitis, con una importante sobrecarga férrica asociada. La frecuencia alelica de la mutación H63D del gen HFE fue elevada (37,4%) y hubo una tendencia a asociarse con la infección por VHC. Ninguna de las mutaciones del gen HFE se asoció a dicha sobrecarga férrica.

V-07 EPIDEMIOLOGÍA DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN EL ÁREA SANITARIA MACARENA

M. Rey Rodríguez[1], M. Montoya García[2], M. Vázquez Gámez[2], M. Giner García[2], R. Moruno García[2], M. Miranda García[2], R. Pérez Cano[2]

[1]Servicio de Medicina Interna "A", [2]Unidad de Metabolismo Óseo. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Introducción: La fractura de cadera continúa siendo la más devastadora en los pacientes con osteoporosis, debido a su alta incidencia, mortalidad, consumo de recursos económicos y asistenciales y fundamentalmente, por ser una patología muy invalidante. Los estudios epidemiológicos son básicos para el análisis coste-beneficio y la toma de decisiones terapéuticas farmacológicas dependiendo de las diferentes políticas sanitarias. Objetivos: Se realiza un estudio descriptivo para determinar la incidencia de fractura de cadera osteoporótica (FX-C) y sus características epidemiológicas, en pacientes mayores de 50 años en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes y Método. Se estudian las FX-C incidentes que ocurrieron en el área durante el periodo comprendido entre Agosto 2006 y Enero 2007. Se recogieron datos de edad, índice de masa

corporal (IMC), sexo, lugar de residencia, tipo de fractura e intervención quirúrgica, estancia media hospitalaria, coste del proceso durante la hospitalización y mortalidad. Para el cálculo de tasas de FX-C se utilizaron los datos del INE-2006 y la población de acogida de nuestra área según el Servicio Andaluz de Salud. Los resultados han sido analizados con SPSS versión 15.0.1.

RESULTADOS

La tasa de fractura global ha sido de 68 x 105 h/año y de 217.3 x 105 h/año en mayores de 50 años, con una relación ajustada por población de riesgo de 3.5 (♀:♂). La edad media ha sido comparable entre mujeres y hombres 81±7.7 y 78±10.1 años, así como el IMC: 26.8±5.5 y 24.6±3.3 k/m2, respectivamente. Las fracturas han ocurrido 2.4 veces más en el medio rural. Las fracturas extracapsulares han sido más frecuentes que las intracapsulares (p=0.0006). La intervención quirúrgica predominante fue la osteosíntesis. La estancia media fue de 13.6 días y la tasa de mortalidad intrahospitalaria de 10.8%, siendo dos veces superior en el hombre (17%) que en la mujer (9%). El coste económico anual intrahospitalario de todas las FX-C en nuestra área ha sido 2.592.409´28 €.

CONCLUSIONES

Las Fx-C tienden a ser más frecuentes en el medio rural. La estancia media hospitalaria ha diminuida ostensiblemente, al compararla con estudios anteriores, sin embargo la mortalidad sigue en ascenso y el coste económico intrahospitalario es considerable.

V-08 HEPATITIS ISQUEMICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 CASOS

M. Menduiña Guillen[1], P. Alaminos García[2], J. Cantero Hinojosa[1], E. Cruz Bustos[2], R. De La Chica Ruiz-Ruano[2], M. Valenzuela Barranco[3], F. Miras Parra[3], F. Gómez Jiménez[3]

[1]*Servicio de Medicina Interna,* [3]*Departamento de Medicina Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

[2]*Cuidados Críticos y Urgencias. Sección UCI. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas, las causas predisponentes, el perfil analítico y el contexto clínico en el que se produce la rara Hepatitis isquémica o hipóxica, así como los criterios diagnósticos en 5 casos conocidos en nuestro servicio en los últimos 2 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 5 casos de Hepatitis isquémica o Hipóxica recogidos en el Sº de Medicina Interna del H. U. S Cecilio en los últimos 2 años. En todos los casos el paciente presentó Ictericia o subictericia y en todos se realizó ecografía Abdominal que descartó causa obstructiva o lesiones ocupantes de espacio y fueron negativos: marcadores virales de Hepatitis A, B y C fueron, niveles de Fe, Ceruloplasmina, Alfa antitripsina, AC Antimúsculo Liso, antimitocondriales y antiLKM. Normalización de los valores analíticos antes de las 2 semanas del evento. 1.-Mujer de 76 años, FA e ICC que por Intoxicación Digitálica, sufre una TV. Bidireccional, que ocasiona hipotensión, bajo gasto, necrosis hepática e Insuficiencia renal aguda (IRA), que revierte tras tto con Ac Antidigoxina. 2.- Paciente varón de 74 años Miocardiopatía dilatada; tras Bloqueo A-V completo sufre hipotensión y tras esta Hepatitis e IRA, que remiten tras colocación de marcapasos. 3.- Mujer de 70 años con doble lesión mitral pendiente de recambio valvular y FA. Episodio de FA rápida y edema agudo de pulmón con hipotensión, hipertransaminasemia, IRA, Hipoprotrombinemia. Precisó control de FC y vasoactivos. 4.- Mujer de 46 años con Sd Bronquiectasico y Cor Pulmonale. Sufre durante su ingreso episodio de TPSV, con IC izda e Hipotensión tras la cual se produce I. Hepática y citolisis, que revierten al recuperar el ritmo sinusal. 5.-Paciente de 27 años con AP de Sd de Wiliams con estenosis

supravalvular aórtica intervenida y disfunción ventricular izda severa, que sufre shock cardiogénico con Hipotensión refractaria e IRA tras episodio de Flutter auricular rápido 2/1.

RESULTADOS

Se describen los 5 casos con los valores analíticos de cada uno al ingreso y a los 9 días (Ver tabla)

CONCLUSIONES

Tres de nuestros 5 pacientes son mayores de 70 edad, lo que refuerza la predisposición de las personas mayores a esta entidad clínica, así como el predisponente de un factor cardiogénico en el 77%, cuales son arritmias graves, IAM, taponamiemto cardíaco ect. En 4 se produjo hipotensión sistémica de más de 16 minutos de duración con PAS<75. En todos existe PaO2 baja. El perfil Bioquímico es bastante característico y está definido por una elevación importante de las transaminasas y la LDH como marcador de sufrimiento hipóxico, que ocurre dentro de los tres primeros días después del episodio isquémico y que se resuelve de una a dos semanas más tarde. La FA y la GGT se elevan poco o se mantienen en rango normal. Suele existir al igual que en nuestros pacientes hipoprotrombinemia, a pesar de estar suspendido durante varios días el tratamiento anticoagulante. El deterioro de la función renal en grado variable es atribuido al compromiso hemodinámica.

Valores analíticos a ingreso y los 9 días (V-08)

Casos	BR Total	F. Alc	GOT	LDH	Pa O2	Creat	INR
Caso 1	5.7/1.1	440/144	2805/59	7535/568	42/60	3.1/1.2	8.7/1.8
Caso 2	11.5/0.7	277/240	1659/46	9640/380	50/64	1.8/0.7	5.9/1
Caso 3	8.94/1.6	370/240	3942/74	10640/620	36/59	2.3/0.8	6.9/1.2
Caso 4	4.2/0.7	210/143	2148/46	5135/240	48/66	1.65/0.8	6.96/0.9
Caso 5	6.29/0.9	160/152	1960/72	5149/ 132	48/56	1.92/0.9	5.2/1.5

V-09 ETIOPATOGENIA DE LAS ANEMIAS OBJETIVADAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez Sánchez, V. Navarro Pérez, F. Jódar Morente, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez, M. Muñoz Alarcón, R. Yeste Martín, F. Molina Molina

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

OBJETIVOS

La anemia es una patología frecuente en los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna, tanto como diagnostico principal que motiva el ingreso del paciente, como por hallazgo incidental en pacientes ingresados por otra patología. La etiología de estas anemias en los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna es variada, pretendiendo con este estudio resaltar aquellas que aparecen con mayor frecuencia, y de las que tendremos que hacer un primer despistaje, solicitando la realización de las pruebas complementarias adecuadas, que nos darán una mayor rentabilidad diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se ha incluido a aquellos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna entre Marzo de 2008 y Marzo de 2009, que presentan anemia entre los diagnósticos reflejados al alta, tanto si ha sido ésta el motivo del ingreso hospitalario como si se ha objetivado durante su ingreso por otra causa. Se ha establecido la presencia de anemia cuando las cifras de Hemoglobina han sido inferiores a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. La muestra está constituida por 106 pacientes, de los cuales 49 son hombres (46'2%) y 57 son mujeres

(63'8%), siendo la edad media de los pacientes incluidos en la muestra de 72'97 (+/- 15'29 años). Se recogieron datos demográficos de los mismos así como cifras de Hb y Hcto que presentaban en el momento de su ingreso, si habían requerido transfusión hemática durante el ingreso, y cuál es la etiopatogenia de la anemia que presenta cada paciente.

RESULTADOS

La causa más frecuente de anemia de los pacientes incluidos en el estudio fue la pérdida digestiva, que aparecía en el 45'3% de los pacientes, seguida por la anemia de los trastornos crónicos (13'2 %), y la ferropenia de causa no filiada (13'2%). Otras causas de anemia que se encontraron en estos pacientes, pero de forma menos frecuente son: pérdidas ginecológicas (3'8%), anemia carencial (10'4%), anemia por enfermedades hematológicas (7'5%), y anemias por sangrado debido a un exceso de tratamiento anticoagulante, con un INR por encima del rango terapéutico recomendado (2'8%). Respecto a la distribución por sexos las frecuencias de las diferentes etiologías de anemia es similar en ambos, a excepción de los casos de anemia asociada a trastornos crónicos, que es más frecuente en la mujer que en el hombre (78'6% y 21'4% respectivamente, dentro dicha etiología), y de la anemia carencial que es más frecuente en el hombre que en la mujer (73'3% y 26'7%, respectivamente en relación a esta etiología).

DISCUSIÓN

En este estudio descriptivo observamos las etiologías que motivan la mayor parte de las anemias que padecen los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, pudiendo discriminar aquellas que predominan sobre las demás. Así, y dada la edad media avanzada propia de los pacientes ingresados en Medicina Interna, vemos como las pérdidas digestivas, las anemias carenciales y la ferropenia son las causas más frecuentes de anemia con las que nos tenemos que enfrentar en nuestra actividad asistencial diaria.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la anemia es un proceso frecuente en nuestros pacientes, siendo las causas más frecuentes de la misma las pérdidas digestivas, la anemia carencial y la ferropenia. Atendiendo a estos datos, el médico internista, ante un paciente con anemia, deberá realizar una anamnesis dirigida a descartar en primer lugar datos sugerentes de anemia producida por dichas causas preponderantes, y podrá rentabilizar las pruebas diagnósticas a realizar, solicitando en primer lugar aquellas que descarten las enfermedades descritas como más frecuentemente productoras de anemia en nuestros pacientes, habitualmente ancianos.

V-10 SEVERIDAD DE LAS ANEMIAS POR PÉRDIDAS HEMÁTICAS EN PACIENTES ANTIAGREGADOS O ANTICOAGULADOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez Sánchez, F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, M. Manjón Rodríguez, M. Almenara Escribano, R. Yeste Martín, M. Martín Muñoz, F. Molina Molina

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

OBJETIVOS

La pluripatología es una característica frecuente en los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna, siendo frecuente que nuestros pacientes reciban tratamiento habitual con fármacos antiagregantes o anticoagulantes. En este estudio se pretende valorar si los pacientes ingresados en Medicina Interna y que presentan anemia por pérdidas hemáticas (sea esta anemia el motivo principal de ingreso, un hallazgo incidental en éste, o aparezca durante el mismo), presentan anemias más o menos severas dependiendo de que estén recibiendo de forma crónica tratamiento antiagregante, anticoagulante o ninguno de los dos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se ha incluido a aquellos pacientes ingresados en el servicio de medicina interna entre Marzo de 2008 y Marzo de 2009, que presentan anemia secundaria a pérdidas hemáticas entre los diagnósticos reflejados al alta. Se ha establecido la presencia de anemia cuando las cifras de Hemoglobina han sido inferiores a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. La muestra está constituida por 55 pacientes, de los cuales 26 son hombres (47'3%) y 29 son mujeres (52'7%), siendo la edad media de los pacientes incluidos en la muestra de 74'10 (+/- 14'89 años). Los pacientes incluidos en el estudio son clasificados en tres grupos: I) Sin tratamiento antiagregante ni anticoagulante (24 pacientes; 43'6% de la muestra); II) tratados con antiagregantes plaquetarios (16; 29'1%); III) tratados con anticoagulantes (15; 27'3%). Se recogieron datos demográficos de los mismos (edad, sexo), así como cifras de Hb y Hcto que presentaban en el momento de su ingreso, si habían requerido transfusión hemática durante el mismo, y cuál es la causa de la pérdida sanguínea que presentan. Para el análisis de los datos obtenidos se emplea el programa informático SPSS.

RESULTADOS

Los pacientes incluidos en el grupo I presentaban una media de Hb=7'74g/dl y de Hcto=24'09%, habiendo requerido transfusión hemática el 66'7%. En el grupo II las medias de Hb y Htco fueron respectivamente de 8'17 g/dl y 26'00%, requiriendo transfusión el 62'5% de los pacientes. En el grupo II la media de Hb=7'94 g/dl, la de Hcto=24'05%, y requirieron transfusión el 80'0% de los pacientes. Se realizan pruebas t de comparación de medias de Hb y Hcto entre los tres grupos de estudio descritos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Respecto a la proporción de pacientes transfundidos en cada grupo se evidencia una cifra más elevada en el grupo III (pacientes anticoagulados), pero al someter los datos a pruebas z de comparación de proporciones no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

DISCUSIÓN

En pacientes con anemia provocada por pérdidas hemáticas, sería esperable que éstas fueran más profusas en aquellos que siguen tratamiento habitual con fármacos anticoagulantes o antiagregantes, debido a otras comorbilidades, frente a los que no reciben dichos fármacos, pues en principio los sangrados serían de mayor intensidad y más prolongados en el tiempo en los primeros que en los segundos. Sin embargo en el estudio que hemos realizado a este respecto no encontramos diferencias significativas que apoyen esta idea.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a la severidad de la anemia secundaria a pérdidas hemáticas en pacientes anticoagulados o antiagregados frente a los que no lo están. A pesar de ello, sí que se observan mayores tasas de requerimientos transfusionales en los pacientes anticoagulados, quizás porque, a pesar de no haber encontrado diferencias en las cifras de Hb y Hcto en el momento del ingreso respecto al resto de pacientes, el sangrado en pacientes anticoagulados se prolonga durante más tiempo, llegando éstos con más frecuencia a alcanzar cifras de Hb que se sitúan en rango transfusional.

V-11 LA PINZA DEL CANGREJO SOBRE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA TUMORAL DIAGNÓSTICADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Jódar Morente[1], G. Gutiérrez Lara[1], M. Clements Dominguez[2], M. Manjón[1], M. Almenara[1], A. Rodríguez[1], M. Muñoz[1], M. Porras[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

OBJETIVOS

La patología tumoral como reto diagnóstico se ha constituido, desde hace años, en uno de los pilares de la atención requerida a los internistas en su faceta de clínicos con actuación en múltiples patologías. La alta prevalencia e incidencia de la misma, su tendencia a la cronicidad y la importancia de un diagnóstico precoz de cara al pronóstico hacen que debamos tener un alto nivel de vigilancia y sospecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra aleatoria de 50 pacientes diagnosticados de patología tumoral con identificación anatomopatológica positiva en un servicio de medicina interna durante un año. Estadística descriptiva. Software informático SPSS 13.0.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos: EDAD mínimo 57, máximo 92, media 74,75, con una desviación típica de 8,880; sexo 53,3 % mujeres. Síntomas que motivaron la consulta médica: astenia 23,3%, dolor 60%, deterioro general 17%, anorexia 23,4%, perdida de peso 23.4%, sangrado 16,7%, alteraciones de hábito intestinal 16,7%, disnea 26,7%. En la exploración, no se detectaron adenopatías. Sí visceromegalias (hepato/esplenomegalia) en un 27%. Los pacientes que no ingresaron por sangrado/astenia tuvieron una hemoglobina entre 10-11 gr/dl. Otros valores analíticos a reseñar son: PCR mínimo 3, máximo 176, media 56,50, desviación típica 49,226; VSG mínimo 10, máximo 116, media 56,82, desv. típ 25,928; CEA mínimo 32, máximo 1874, media 374,57, desviación típica 668,049; CA19.9 mínimo 43, máximo 12000, media 3937,20, desviación típica de 5581,421; CA125 mínimo 44, máximo 1645, media 682,88, desviación típica 694,556; CA15.3 mínimo 53, máximo 329, media 125,71, desviación típica 98,708; BHCG mínimo 82, máximo 4795, media 2438,50, desviación típica 3332,594; BETA2 mínimo 2738, máximo 3688, media 3174,67, desviación típica 479,618. Pruebas diagnósticas: rx tórax/abdomen 100% de los pacientes, hallazgos patológicos en 46,7% de los casos; TAC a un 97% de los pacientes, hallazgos patológicos en un 86,2% de los casos practicados. Eco abdominal a un 26,7% con un 10% de hallazgos patológicos. Mamografía a un 7% de los pacientes, todas patológicas. Broncoscopias a un 3,3% todas patológicas. Endoscopia (alta o baja) a un 73,3% de los pacientes, con un 23,3% de hallazgos patológicos. Localización del tumor primario: Gastrointestinal y recto: 26.7%, hepatobiliar 10%, pancreático 3%, pulmonar 16,7%, sanguíneo 6,7%, genitourinario y renal 20%, mama 13% e indiferenciado 13%. Localización de las metástasis: hepáticas 26,7%, pancreáticas 3%, pulmonares 27%, genitourinario y renal 6,7%, cerebral 6,7%, óseas 16,7%.

CONCLUSIONES

-El dolor es el síntoma más frecuente por el que se consulta, seguido de disnea, astenia y pérdida de peso. - La radiología convencional, pese a ser realizada de rutina en todos los pacientes, sólo permitió un diagnóstico de sospecha en menos de la mitad. La ecografía tampoco tuvo una alta rentabilidad. - Las nuevas técnicas de imagen, como el TAC, son determinantes en la fiabilidad del screening, y deben ser usados juiciosamente y en función de la clínica del paciente. Posiblemente el alto rendimiento de la broncoscopia se deba a la utilización correcta de dicha prueba de imagen. - La patología gastrointestinal se constituyó como el primario más frecuentemente detectado por nuestro servicio - La patología metastásica más frecuente fueron las hepática y pulmonar.

V-12 PERCEPCIÓN Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO AL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

C. López Robles[1], R. Montoya Juárez[2], R. Gálvez López[1], J. Schmidt Río-Valle[2]

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

[2]*Departamento de Enfermería-EUCS. Universidad de Granada*

OBJETIVOS

Introducción: En España, el diagnóstico de cáncer no siempre es trasmitido al paciente terminal. La legislación española ampara tanto el hecho de comunicar como el de no hacerlo. Las familias españolas según la bibliografía consultada son opuestas al conocimiento del diagnóstico por parte del paciente. Estos y otros motivos pueden influir en la actitud del personal sanitario con respecto a la comunicación. Objetivos: Describir la actitud de los médicos internos residentes (MIR) del Hospital Universitario San Cecilio acerca de la comunicación del diagnóstico a pacientes con enfermedad terminal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboró un cuestionario ad hoc que se envió a los MIR a través de correo electrónico. Las preguntas iban dirigidas a conocer por un lado la percepción de los residentes sobre la comunicación del diagnóstico a pacientes terminales en su entorno, y, por otro, su opinión al respecto. Los resultados se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 50 cuestionarios. Un 45% de los MIR encuestados creen que en su entorno no se comunica el diagnóstico nunca o casi nunca. Según la experiencia de los residentes, la familia, en la mayoría de los casos o en todos los casos, es la primera en recibir esta información (72%). El 68% de los residentes encuestados creía que había que comunicarle el diagnóstico al paciente en la mayoría de los casos. Un 52% de los sujetos afirmó que debería ser el paciente al que se le comunicara el diagnóstico en la mayoría de los casos. Un amplio porcentaje de los residentes encuestados (60%) cree que en la mayoría de los casos, el paciente conoce el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad aunque no se le haya comunicado expresamente. Respecto a los motivos por los cuáles NO comunicarían el diagnóstico más de un 45% considera que el paciente tiene derecho a NO conocer su situación y un 41,7% cree que podría ser perjudicial para él conocerla. El motivo principal por el cual los residentes encuestados comunicarían el diagnóstico a un enfermo terminal es porque consideran que tiene derecho a ello (85,7%) Por otra parte si tuvieran una enfermedad terminal un 66% de los médicos residentes contestaron que desearían conocer los detalles de su enfermedad, mientras que si el afectado fuera un familiar el 58% le comunicaría el diagnóstico en casi todos los casos.

DISCUSIÓN

Según los datos de nuestro estudio se observa un conflicto entre lo que los médicos residentes encuestados perciben en su práctica clínica respecto a la comunicación con el paciente terminal, y lo que ellos mismos opinan acerca de ello. La mayoría de los médicos de nuestra muestra, están a favor de comunicar el diagnóstico y de hacerlo directamente al paciente, mientras que perciben que no se comunica lo suficiente al paciente, y que casi siempre se habla previamente con los familiares. Esta actitud abierta hacia la comunicación con los enfermos terminales la reflejan también en las preguntas acerca de su vida personal, decantándose hacia la comunicación del diagnóstico si tuvieran un familiar enfermo de gravedad o si se encontraran ellos mismos en esta situación. Con respecto a las causas, destacan las alusiones al derecho que ostenta el paciente tanto de ser informado como de no serlo. No hemos encontrado en la bibliografía consultada referencias que aludan a estos motivos.

CONCLUSIONES

Sería necesario seguir profundizando en la actitud del médico hacia la comunicación con el enfermo terminal así como la influencia que tienen variables como la edad, la experiencia laboral y la experiencia personal en la comunicación del diagnóstico.

V-13 PREVALENCIA DE TUMORES MALIGNOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

M. Aguayo Canela, F. Guerrero Igea, B. Gutiérrez Gutiérrez, V. Morales Caballero de León, A. Prados Gallardo, C. Peñas Espinar, J. Sojo Dorado, F. Olmo Montes
Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia y localización de los tumores malignos detectados en una Consulta de Medicina Interna durante los últimos tres años (2006-2007-2008).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes que acudieron en primera visita a la Consulta número 2 durante los años 2006-2007 y 2008. Revisión de historial clínico individual anotando los casos de tumores malignos y su localización. Estadística descriptiva.

RESULTADOS

Durante los tres años se estudiaron 1568 pacientes nuevos. Se detectaron 50 casos de tumores malignos (3.2 %). En la tabla se detallan las localizaciones de los mismos.

DISCUSIÓN

Destaca la alta prevalencia del cáncer de colon.

CONCLUSIONES

La prevalencia de tumores malignos en la consulta es del 3.2 %, con un importante predominio del cáncer de colon.

Localización de los tumores (V-13)

TUMOR	NÚMERO	%
Colon	17	34 %
Próstata	7	14 %
Indeterminado	5	10 %
Ovario	5	10 %
Páncreas	4	8 %
Pulmón	4	8 %
Gástrico	3	6 %
Útero	1	2 %
Vejiga	1	2 %
Vías biliares	1	2 %
Laringe	1	2 %
Renal	1	2 %

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

GRUPO
MENARINI
www.menarini.es

S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

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