

Las características clínico-demográficas y la evolución clínica de los pacientes evaluados se muestran en la tabla 1.

	Total	MI	Neumología	p
Pacientes incluidos [n (%)]	108 (100)	66 (61,111)	42 (38,888)	
Edad (media, desviación estándar)	71,48 (11,654)	74,06 (11,292)	67,45 (11,532)	0,004***
Hombres [n (%)]	88 (81,5)	53 (80,3)	35 (83,3)	0,693*
Estancia [media (desviación estándar)]	6,68 (4,3)	6,21 (4,248)	7,64 (4,31)	0,093***
Charlson [media (desviación estándar)]	4,27 (2,17)	4,76 (2,054)	3,36 (1,885)	0,001***
mMRC [media (desviación estándar)]	3,42 (0,963)	3,69 (0,676)	2,95 (1,203)	0,006****
GOLD				
A-B [n (%)]	22 (28,06)	13 (31,7)	9 (25)	
C-D [n (%)]	55 (71,5)	28 (68,2)	27 (75)	
Promedio (A-D=1-4) [media (desviación estándar)]	3,03 (0,847)	2,98 (0,908)	3,11 (0,785)	0,489***
Criterios de Anthonisen [media (desviación estándar)]	1,97 (0,933)	1,85 (0,939)	2,17 (0,908)	0,084***
Reingreso a los tres meses [n (%)]	28 (27,7)	18 (27,7)	10 (24,4)	0,707*
Mortalidad [n (%)]				
Intrahospitalaria	15 (13,9)	13 (19,7)	2 (4,8)	0,043**
En 3 meses	23 (21,9)	19 (29,2)	4 (10)	0,028**
En un año	29 (27,4)	24 (37,5)	5 (12,5)	0,007**

*Chi cuadrado; **Test de Fisher; ***t de Student; ****U de Mann Whitney.

Tabla 1.

CONCLUSIONES:

- Las características demográficas y situación funcional respiratoria de los pacientes ingresados actualmente por exacerbaciones de EPOC en nuestro medio son similares a las descritas previamente en la literatura.
- Sin embargo, la evolución clínica en nuestro hospital en términos de mortalidad y tasa de reingresos es peor que la observada en estudios previos, hecho que podría estar relacionado, al menos en parte, con la mayor comorbilidad de los pacientes que actualmente ingresan por exacerbaciones de la EPOC.
- Los pacientes hospitalizados en Medicina Interna tienen una mortalidad a corto y largo plazo más elevada que los atendidos en Neumología, probablemente como consecuencia de su mayor edad y peor situación clínica al ingreso.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I-01 - ESTUDIO DE LOS CASOS DE HEPATITIS A DIAGNOSTICADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO PRIVADO

M. Pérez Trisancho¹, E. Mansilla², S. Bermejo², C. Díaz², E. Bonet³

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva.

³Análisis Clínico. Costa de la Luz. Huelva.

- Kemmer NM, Miskovsky EP. Infect Dis Clin North Am. 2000 Sep; 14 (3): 605-15.
- Murphy TV, Denniston MM, Hill HA, McDonald M, Klevens MR, Elam-Evans LD, Nelson NP, Iskander J, Ward JD. Progress Toward Eliminating Hepatitis A Disease in the United States. MMWR Suppl. 2016; 65 (1): 29-41.

OBJETIVOS: La hepatitis A es una de las enfermedades prevenibles por vacunas más frecuentes en el mundo. Se estima que cada año se producen 1,5 millones de casos clínicos, aunque su incidencia es de tres a diez veces superior debido al gran número de casos asintomáticos. En 2017 se han notificado a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 4.338 casos de hepatitis A con fecha de inicio de síntomas entre el 1 de enero y el 31 de Diciembre de 2017. Nuestro objetivo es analizar los pacientes diagnosticados de hepatitis A en nuestro centro.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo donde se recogieron los datos de los pacientes con serología de virus hepatitis A positivo en nuestro centro (Hospital privado de Huelva) desde Enero a Diciembre de 2017. Se analizaron varias variables: edad, sexo, sintomatología, pruebas de imagen y analítica con perfil abdominal.

RESULTADOS: Durante el periodo comprendido entre Enero- Diciembre de 2017 en nuestro centro se ha detectado 7 casos de hepatitis A entre los pacientes ingresados por hipertransaminasemia. Los pacientes presentaban edades comprendidas entre los 20 y 44 años, 5 de ellos eran varones. Todos ellos habían debutado los días previos con signos de malestar, náuseas, molestias abdominales, fiebre en dos de los pacientes y febrícula en el resto. Dos de los pacientes presentaron orinas colúricas y heces blanquecinas. Los análisis mostraron valores de GPT desde 1299 a 4470, GOT desde 459 a 3232, bilirrubinas entre 2,1 y 6,8. Los tiempos de coagulación se encontraban dentro de los valores de normalidad. Los estudios ecográficos mostraron discreta hepatoesplenomegalia. Tras el TAC abdominal, dos de los casos presentaban barro biliar y en un caso la vesícula estaba colapsada. La confirmación diagnóstica se realizó mediante la determinación de anticuerpos Ig M para la hepatitis A.

CONCLUSIONES: Es una enfermedad aguda autolimitada que puede presentar desde formas asintomáticas y sin aumento de las enzimas hepáticas o infección subclínica (asintomática, con aumento de las transaminasas) hasta infección clínica con diferentes grados de afectación hepática. La transmisión es persona a persona por vía orofecal, o bien a través de la contaminación hídrica o alimentaria.

La mayor parte de los casos están ocurriendo en hombres entre 18 y 50 años.

- Los aumentos de casos de hepatitis A hallados en nuestro centro se encuentran en concordancia con los datos nacionales que muestran que podría existir un brote.
- Debe existir una vigilancia de esta enfermedad con el fin de disminuir su incidencia, concienciando sobre las mejoras sanitarias e higiénicas en la población y reforzando la vacunación en los grupos de riesgo.

I-02 - EFICACIA DE LA TERAPIA ERRADICADORA PARA LA INFECCIÓN POR EL HELICOBACTER PYLORI

M. Pérez Trisancho¹, E. Mansilla Rodríguez², S. Bermejo², C. Díaz², E. Bonet³

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.

³Análisis clínico. Costa de la Luz. Huelva.

- Stollman N. Helicobacter pylori infection in the era of antibiotic resistance. Gastroenterol Hepatol 2016; 2: 122-125.
- Ciccaglione AF, Tavani R, Grossi L, Cellini L, Manzoli L, Marzio L. Rifabutin Containing Triple Therapy and Rifabutin with Bismuth Containing Quadruple Therapy for Third-Line Treatment of Helicobacter pylori Infection Helicobacter 2016; 21: 375-381.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar la erradicación de la infección por Helicobacter Pylori en pacientes en estudio por dispepsia en nuestras consultas de medicina interna tras realizar tratamiento erradicador.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con test de ureasa positivo solicitados desde consultas externas de medicina Interna durante el periodo comprendido entre Enero-Diciembre 2017.

RESULTADOS: Se analizaron 45 pacientes con resultado positivo en el test del aliento. Se realizó tratamiento erradicador con triple terapia durante 10 días en el 50% de los pacientes, terapia cuádruple sin bismuto en el 30% y terapia cuádruple con bismuto en un 20% de los casos. Tras realizar tratamiento erradicador se obtuvo un resultado negativo en el test del aliento de control en 16 pacientes, en 8 pacientes persistió la infección y 17 pacientes no volvieron a realizarse un nuevo test del aliento de control (75% abandonaron el tratamiento por efectos secundarios y un 25% no volvieron a consultar). Dentro de los no respondedores, el 75 % eran mujeres y 25 % hombres con una edad media de 40,8 años (rango de 15-66 años). El tratamiento erradicador utilizado en estos pacientes fue en un 75% la terapia cuádruple sin bismuto durante 14 días y en el 25% terapia cuádruple con bismuto 10 días. Tan solo se realizó un tercer test de aliento a un paciente persistiendo la infección, el resto abandonó el tratamiento o no volvió a consultar. En ningún caso se realizó endoscopia oral con toma de cultivo.

CONCLUSIONES: El *Helicobacter pylori* es un bacilo Gram-negativo cuyas propiedades biológicas le han permitido adaptarse al medio ácido del estómago y afecta aproximadamente al 50% de la población española. La bacteria posee una gran capacidad de generar resistencias. Las tasas de erradicación que se alcanzan en esta bacteria con tratamiento antibiótico se aproxima e incluso supera el 90% de los casos. Una vez erradicada la infección debe hacerse una comprobación rutinaria un mes después de concluir el tratamiento. Las tasas de reinfección en adultos son bajas, menos del 1% al año, siendo el cumplimiento del tratamiento un factor esencial para el éxito del mismo. Los agentes más utilizados en la erradicación del *Helicobacter pylori* son: claritromicina, amoxicilina, nitroimidazoles, tetraciclina, sales de bismuto coloidal e inhibidores de la bomba de protones.

- Es necesario realizar triple o cuádruple terapia y un adecuado adherencia del paciente para obtener tasas de erradicación del 80-90%.
- Tras el fracaso de la segunda pauta de erradicación se recomienda la realización de endoscopia oral y toma de muestras de cultivo que en nuestro centro no se llevó a cabo en ningún paciente.
- La tasa de reinfección en nuestro centro es del 5.6% con respecto al 1% descrito en la literatura pudiendo estar en relación con la pauta elegida, puesto que según las guías clínicas la terapia de inicio sería la cuádruple sin bismuto, pauta utilizada en nuestro centro en el 30% de los casos.

I-03 - INFECCIONES CAUSADAS POR ESPECIES DE SCEDOSPORIUM/LOMENTOSPORA: HALLAZGOS CLÍNICOS Y MICROBIOLÓGICOS EN 21 CASOS

L. Aliaga Martínez¹, F. Cobo Martínez², J. Rodríguez Granger², A. Sampedro Martínez², J. Navarro Marí²

¹Departamento Medicina. Hospital San Cecilio. Granada.

²Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

- Asciglu S et al. Clin Infect Dis 2002; 34: 7-14.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y microbiológicas de 21 aislamientos de *Scedosporium/Lomentospora* obtenidos en el laboratorio de microbiología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron 21 casos con infección "probada" o "probable". Se registraron datos de edad, sexo, localización de la infección, especie, factores de riesgo de infección fúngica o enfermedades de base, tiempo hasta el diagnóstico, manifestaciones clínicas, diagnóstico microbiológico, tratamiento y pronóstico. La inoculación en los medios de cultivo se realizó según el tipo de muestra, de acuerdo con protocolos estandarizados. Las muestras con sospecha de infección fúngica fueron sembradas en Sabouraud y Sabouraud con cicloheximida e incubadas a 30°C.

El diagnóstico definitivo se realizó mediante cultivo, apariencia macroscópica, observación microscópica de elementos fúngicos y, en 2 casos mediante métodos moleculares (PCR) y proteómicos (MALDI-TOF). Estos dos casos fueron enviados al CNM para estudio de sensibilidad antifúngica según el método del EUCAST.

RESULTADOS: 16 casos ocurrieron en hombres, media de edad de 57,8 años. Todos los pacientes tuvieron factores de riesgo de infección fúngica, como tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores (18/85.7%), enfermedades pulmonares (7/33,3%), enfermedades malignas hematológicas (6/28.5%) y trasplante de órganos (3/14.2%). La mayoría de los pacientes tuvieron infección pulmonar/pleural (17/80,9%). En cuanto a los síntomas, 12 (57,1%) de ellos tuvieron tos y otros 12 disnea. El intervalo medio hasta el diagnóstico fue de 13,6 días. La especie diagnosticada más frecuentemente fue *S. apiospermum/S. boydii* en 14 pacientes (66,6%), seguido de *L. prolificans* en 7. El diagnóstico se obtuvo de esputo en 12 (57,1%), seguido de líquido pleural y lavada broncoalveolar en 2 casos cada uno. Los antifúngicos más frecuentemente utilizados fueron voriconazol y anfotericina B, aunque la combinación de 2 o más antifúngicos se utilizó solamente en 3 pacientes (14,2%). Diez pacientes (47,6%) curaron, mientras que 6 (28,5%) fallecieron como consecuencia de la infección. Tres pacientes (14,2%) tuvieron infección crónica.

CONCLUSIONES: La incidencia de infecciones por *Scedosporium/Lomentospora* se está incrementando. La totalidad de nuestros pacientes tenía al menos uno de los factores de riesgo, en especial, tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores. Estos datos son similares a otros estudios. Sin embargo, en un estudio, solo el 22% de los pacientes recibieron estos tratamientos. La localización más frecuente es la pleura y/o pulmón, como en otros estudios publicados, por lo que la sintomatología predominante se circunscribe a ese área, aunque en otro estudio la presentación más común fue la infección diseminada. El inicio de los síntomas es, generalmente, agudo. Uno de los principales asuntos a dilucidar es si la presencia de este hongo en muestras clínicas deben ser consideradas como contaminantes o no, pues no existe un criterio diagnóstico estándar. Este microorganismo es un colonizador frecuente del tracto respiratorio, sobre todo en enfermos con fibrosis quística, por lo que la muestra más adecuada para el diagnóstico en esta localización es el lavado broncoalveolar. El tratamiento idóneo no ha sido establecido, pero debido a la alta tasa de resistencias se recomienda tratamiento dual.

Las infecciones por *Scedosporium/Lomentospora* son raras y difíciles de diagnosticar y tratar. Tienen alto índice de mortalidad, sobre todo *L. prolificans*. Existen altas tasas de resistencia a antifúngicos.

I-04 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE INFECCIONES PLEURO-PULMONARES DEBIDAS A STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS

L. Aliaga Martínez¹, F. Cobo Martínez², J. Rodríguez Granger², A. Sampedro Martínez², J. Navarro Marí²

¹Departamento de Medicina. Hospital San Cecilio. Granada.

²Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

- Claridge JE, Attorri S, Musher DM, Hebert J, Dunbar S. *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus*, and *Streptococcus anginosus* ("Streptococcus milleri group") are of different clinical importance and are not equally associated with abscess. Clin Infect Dis 2001; 32: 1511-5. doi: 10.1086/320163.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y microbiológicas de las infecciones pleuro-pulmonares debidas a *Streptococcus intermedius*.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se describen 15 pacientes, 6 descritos con detalle y publicados en la literatura médica, y 9 casos diagnosticados en nuestro laboratorio desde junio de

2015 hasta junio de 2017. El líquido pleural fue procesado siguiendo el protocolo establecido para los líquidos estériles. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante tinción de Gram y cultivo, y la identificación mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF). Todos los aislamientos incluidos lo eran en cultivo puro. Se recogieron datos de edad, sexo, manifestaciones clínicas, tiempo transcurrido al diagnóstico, diagnóstico microbiológico, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico.

RESULTADOS: De los 15 pacientes, 12 (80%) eran varones, siendo la media de edad de 62 años. Doce (80%) tenían factores de riesgo para infección por *S. intermedius*, como alcoholismo (5/35,7%), enfermedad periodontal (3/24,6%), EPOC (3/24,6%) y diabetes mellitus (2/14,2%). Hubo tos en 12 pacientes (80%) y dolor torácico y disnea en 9 (60%). La media del intervalo diagnóstico fue de 34 días. El diagnóstico se obtuvo mediante aspirado de líquido pleural en 13 (86,6%) y de muestras de biopsia/tejido en 2 (14,4%). Los antimicrobianos más frecuentemente utilizados fueron ceftriaxona + levofloxacino. Diez pacientes (66,6%) curaron mediante combinación de tratamiento médico y quirúrgico, y dos pacientes fallecieron como consecuencia de la infección.

CONCLUSIONES: Las infecciones pleuro-pulmonares producidas por *S. intermedius* son poco frecuentes, y se producen en pacientes con enfermedad periodontal, diabetes mellitus, alcoholismo o EPOC. Casi todos los pacientes incluidos en este estudio tenían al menos un factor de riesgo para esta infección. Los principales síntomas de infección fueron tos, disnea y dolor torácico. En los 9 casos en que se estudió la PCR, ésta estaba elevada (> 30 mg/dL). Al analizar las características del líquido pleural, en casi todos los pacientes en los que se analizó, los niveles de proteínas, LDH y leucocitos estaban elevados, así como los niveles de glucosa disminuidos. Estos estreptococos son generalmente sensibles a Beta-lactámicos, aunque algunos aislamientos con sensibilidad intermedia a penicilina han sido publicados. En este estudio el 100% de los aislamientos fue sensible a cefotaxima, levofloxacino, linezolid, vancomicina y daptomicina, mientras que solo un 55% de sensibilidad se obtuvo para eritromicina y clindamicina. El diagnóstico se suele realizar mediante estudio de líquido pleural, y la mayoría de los pacientes tienen un pronóstico favorable.

La incidencia de infección pleuro-pulmonar causada por *S. intermedius* es baja, pero sí ha incrementado en nuestra área de salud. El pronóstico, en general, es bueno y el tratamiento recomendado es el drenaje junto con la terapia antibiótica.

I-05 - BROTE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (KPN-BLEE) EN UN HOSPITAL DE RECIÉN APERTURA

A. Ruiz Sancho¹, D. Vinuesa García¹, A. Peña Monje¹, F. Anguita Santos¹, L. Muñoz Medina¹, M. Yuste², J. Hernández Quero¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital San Cecilio. Granada.

²Servicio de Cuidados Críticos. Hospital San Cecilio. Granada.

- Zarzuela Ramirez M. Protocolo para los Investigación y control de brotes nosocomiales por *Klebsiella Pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Córdoba E, Lespada MI, Gómez N et al. Descripción clínica y epidemiológica de un brote nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC en Buenos Aires, Argentina *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30 (7): 376–379.

OBJETIVOS: Introducción. Kpn-BLEE son patógenos con elevada capacidad de diseminación nosocomial. Los pacientes de UCI son especialmente vulnerables debido a los múltiples procedimientos a los que se someten, la gravedad y la naturaleza inmunosupresora de su patología así como al uso de antibióticos de amplio espectro. La evolución de los microorganismos productores de BLEE es difícil de predecir, pero todo hace pensar que la frecuencia seguirá aumentando 1,2.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de un brote nosocomial por Kpn-BLEE en pacientes hospitalizados en un hospital de reciente inauguración.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de un brote de Kpn-BLEE. Se registraron los aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes de UCI con infección/colonización por Kpn-BLEE (Agosto 2017 a Diciembre 2017). La identificación microbiológica se realizó por MALDI-TOF. Los resultados de sensibilidad se realizaron por MicroScan.

RESULTADOS: Se han identificado 13 aislamiento microbiológicos de Kpn-BLEE en 13 pacientes ingresados en la UCI en el periodo analizado. 8 (62%) eran varones. La edad media 58.8 años, rango 15-75 años. El índice de Charlson medio 3.8, rango 0-7.

Todos los pacientes se encontraban colonizados. El aislamiento microbiológico correspondía a Kl pn. CTX-M-15, en 3(23%) casos se identificó Kl pn. CTX-M-15 + OXA48 todos asociados al mismo clon ST-2856. Los resultados de CMI mediante panel MicroScan mostraron que los aislados eran resistentes a cefuroxima, cefotaxima, ceftazidima, cefepime, gentamicina, tobramicina y cotrimoxazol, coincidiendo con el laboratorio de origen. Los aislados presentaban un fenotipo compatible con un mecanismo de resistencia a fluoroquinolonas mediada por plásmidos (PMFR). Se observó sinergia entre cefotaxima y ácido clavulánico compatible con la producción de BLEE.

7 (54%) pacientes desarrollaron infecciones localizadas y de ellos 4 además sufrieron bacteriemia. Uno de los pacientes falleció.

Las características clínicas se reflejan en la Tabla 1.

Género	Edad	Aislamiento	Patología	I.Charlson	Infección	Bacteriemia	Tratamiento	Exitus
Varón	67	Kl pn. CTX-M-15	Hematoma intraparietomatoso	5	NAVVM/orina	Si	Imipenem	No
Mujer	72	Kl pn. CTX-M-15	Hematoma subdural, TCE	7	NAVVM	Si	Imipenem	No
Mujer	36	Kl pn. CTX-M-15	HSA	1	Oxina	No	Imipenem	No
Varón	55	Kl pn. CTX-M-15	Rotura de aneurisma de aorta	4	Catéter	No	Imipenem	No
Mujer	65	Kl pn. CTX-M-15	Hematoma intraparietomatoso	4	No	No	No	No
Varón	15	Kl pn. CTX-M-15	TCE	0	Oxina	No	Méropenem	No
Varón	75	Kl pn. CTX-M-15	TCE	4	No	No	No	No
Varón	43	Kl pn. CTX-M-15	Ictus múltiples	4	No	No	No	No
Varón	65	Kl pn. CTX-M-15	Ictus masivo	5	NAVVM	Si	Méropenem	Si
Varón	55	Kl pn. CTX-M-15	S. Guillón Barré	4	No	No	Méropenem	No
Mujer	73	Kl pn. CTX-M-15 + OXA48	HSA	3	Oxina	Si	Ceftazidima avivactam	No
Mujer	73	Kl pn. CTX-M-15 + OXA48	TEP Masivo	6	No	No	No	No
Varón	71	Kl pn. CTX-M-15 + OXA48	Hematoma subdural	3	No	No	No	No

Tabla 1.

CONCLUSIONES: Se describe la emergencia de un brote de Kpn-BLEE. La mayoría de los casos de nuestro estudio presentaron comorbilidades y factores de riesgo como ingreso prolongado y administración previa de antimicrobianos. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que evaluaron factores de riesgo para la adquisición de infecciones por Kpn-BLEE2.

Se describe la emergencia de un brote nosocomial de Kpn BLEE CTX-M-15 un hospital de reciente apertura y con un funcionamiento de un año y medio con una mortalidad 7 %.

I-06 - IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE RETIRADA PRECOZ DE SONDA VESICAL

M. Erostarbe Gallardo¹, S. Vergara Lópezv, J. García García¹, J. Mira Escarti¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla.

- Formiga F, Moreno-Gonzalez R, Chivite D, Franco J, Montero A, & Corbella X (2017). High comorbidity, measured by the Charlson Comorbidity Index, associates with higher 1-year mortality risks in elderly patients experiencing a first acute heart failure hospitalization. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0853-1>.

OBJETIVOS: Analizar el impacto de un protocolo de retirada precoz de sonda vesical en la incidencia de infecciones urinarias asociadas a catéter y en la duración del mismo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluye una muestra aleatoria de los pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna durante el año 2016, excluyéndose aquellos ingresos inferiores a 24 horas. Se compara la tasa de incidencia de infecciones asociadas a catéter y los días de uso del mismo entre el grupo de estudio, donde se instaura un protocolo de retirada de sonda y el grupo control, donde se mantiene la práctica habitual.

RESULTADOS: De los 423 pacientes incluidos en el estudio, 137 eran portadores de sonda vesical al ingreso. Eran mayoritariamente mujeres (62%) con una mediana de edad de 85 años. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, presente en el 80% de los casos. No se observaron diferencias entre ambas plantas en relación a las características basales de la población ni con respecto a los factores de riesgo para el desarrollo de infecciones urinarias. La tasa de infección asociada a sonda fue del 78% en el grupo de estudio y de 87% en el grupo control con una $p=0.22$. La media de días de catéter en el grupo de estudio fue de 8 días y de 6 en el grupo control, $p=0.19$.

CONCLUSIONES: El uso de un protocolo de retirada precoz de sonda vesical no tuvo un impacto positivo en la duración ni en las infecciones asociadas a sonda en nuestra población.

I-07 - ESTUDIO RETROSPECTIVO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA BACTERIEMIA POR CAMPYLOBACTER SPP

S. Velasco Fuentes¹, J. Borrego², M. Moreno¹, S. Moya¹, M. Álvarez³, M. Rojo², L. Aliaga¹, P. Giner¹

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

²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

³Servicio de Microbiología. Hospital San Cecilio. Granada.

- Feodoroff B, Lauhio A, Ellström P, Rautelin H. A nationwide study of *Campylobacter jejuni* and *Campylobacter coli* bacteremia in Finland over a 10-year period, 1998-2007, with special reference to clinical characteristics and antimicrobial susceptibility. *Clin Infect Dis* 2011; 53: e99-e103.
- Allos BM. *Campylobacter* infections. En: Goldman L, Schaefer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*, 25ª ed. Vol. 2, Filadelfia: Elsevier, 2016. p. 1953-6.
- Bhattacharya RP, Flores EJ, Azar MM. Case 30-2107: A 65-year old woman with altered mental status, bacteremia and acute liver failure. *N Engl J Med* 2017; 377: 1274-82.
- Skirrow MB, Jones DM, Sutcliffe E, Benjamin J. *Campylobacter* bacteraemia in England and Wales 1981-91. *Epidemiol Infect* 1993; 110: 567-73.
- Pigaru C, Bartolome R, Almirante B, Planes AM, Gavalda J, Pahissa A. Bacteremia due to *Campylobacter* species: clinical findings and antimicrobial susceptibility patterns. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 1414-20.
- Pacanowski J, Lalande V, Lacombe K et al. *Campylobacter* bacteremia: clinical features and factors associated with fatal outcome. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 790-6.
- Fernández-Cruz A, Muñoz P, Mohedano R et al. *Campylobacter* bacteremia: clinical characteristics, incidence, and outcome

over 23 years. *Medicine* 2010; 89: 319-30.

- O'Hara GA, Fitchett JRA, Klein JL. *Campylobacter* bacteremia in London: A 44-year single-center study. *Diag Microbiol Infect Dis* 2017; 89: 67-71.

OBJETIVOS: Las infecciones por *Campylobacter* spp. constituyen la causa más frecuente de gastroenteritis bacteriana en los países occidentales. La incidencia de bacteriemia en estos pacientes se ha estimado en <1%, con una mortalidad atribuida entre un 4-16%.

El objetivo del presente estudio fue analizar las características clínicas y epidemiológicas de la bacteriemia por *Campylobacter* en la provincia de Granada.

PACIENTES Y MÉTODOS: Este estudio incluye todos los pacientes con bacteriemia por este microorganismo en Granada (912.938 habitantes) desde enero de 2005 hasta diciembre 2017. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Granada. Los cultivos de sangre se incubaron durante 5 días en BD BactecTM FX (Becton-Dickinson). La sensibilidad antimicrobiana se determinó mediante E-test, con los puntos de corte establecidos por el EUCAST. Todas las variables (demográficas y clínicas) de los pacientes se recogieron en el momento de la bacteriemia, según un protocolo preestablecido. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa SPSS (versión 22).

RESULTADOS: El estudio comprende 23 episodios de bacteriemia por *Campylobacter* spp. La incidencia fue 2.5 casos/100.000 habitantes; aumentando ésta en los últimos 4 años del estudio (56% vs. 43% de los casos). El 65% fueron varones y la edad media fue 51 ± 21.5 . No hubo episodios nosocomiales de bacteriemia. Precisarons ingreso hospitalario el 61% de los pacientes. Las especies aisladas fueron *C. jejuni* en 13 casos, *C. coli* en 9 casos y *C. fetus* en un paciente. Ningún hemocultivo fue positivo durante las primeras 48 horas de incubación. Se realizó coprocultivo en 11 enfermos y fue positivo en 45% de los casos.

El 77% de los pacientes tuvieron una puntuación igual o superior a 6 en el índice de Charlson. Cuatro pacientes no tuvieron ninguna comorbilidad. En razón de su gravedad, las enfermedades de base se clasificaron como rápidamente fatales en 14% de los enfermos; últimamente fatales en 43% y no fatales en 39% (McCabe).

Los enfermos presentaron fiebre (83%), diarrea (56%), vómitos (48%), y dolor abdominal (43%). Dos pacientes tuvieron sangre en las heces. En el momento de la bacteriemia presentaron una situación clínica estable el 58% de los pacientes, regular un 16% y mala un 25%. Dos pacientes (8,6%) presentaron sepsis, y 5 shock séptico. Dos pacientes fallecieron (muerte atribuida a la bacteriemia en 1 caso). Precisarons ingreso en UCI 5 pacientes.

Los aislados fueron resistentes a quinolonas en el 70%; a macrólidos en el 17%; a clindamicina y carbapenems en el 9%, respectivamente. Todas las cepas fueron sensibles a amoxicilina-clavulánico y aminoglucósidos. El tratamiento se consideró apropiado en solo el 40% de los episodios.

CONCLUSIONES

- La incidencia de bacteriemia por *Campylobacter* mostró una tendencia creciente en los últimos años de nuestro estudio.
- Las cepas aisladas presentaron resistencia alta a quinolonas (70%).
- Con respecto a los datos de la literatura, la prevalencia de comorbilidades fue elevada (en especial de neoplasias hematológicas).
- En cuanto a las características clínicas, destaca la ausencia de síndrome diarreico al menos en la mitad de los casos.

5. La gravedad del cuadro clínico es variable, aunque en líneas generales tuvo un curso favorable.



Figura 1.

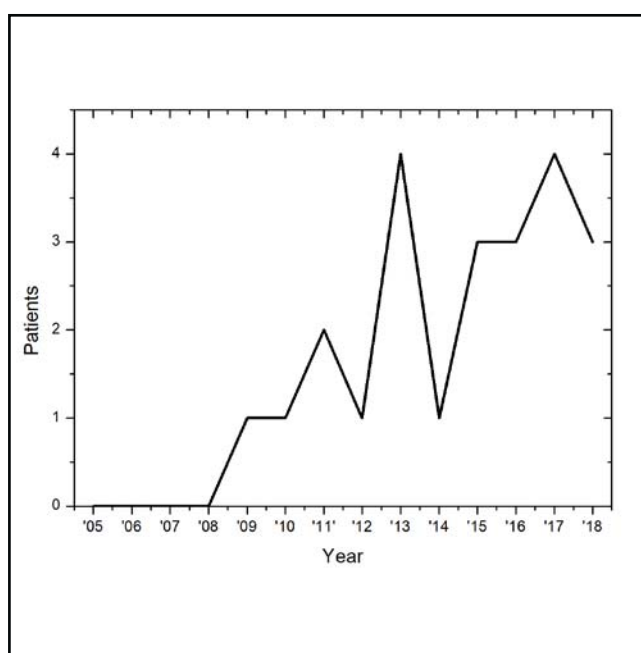


Figura 2.

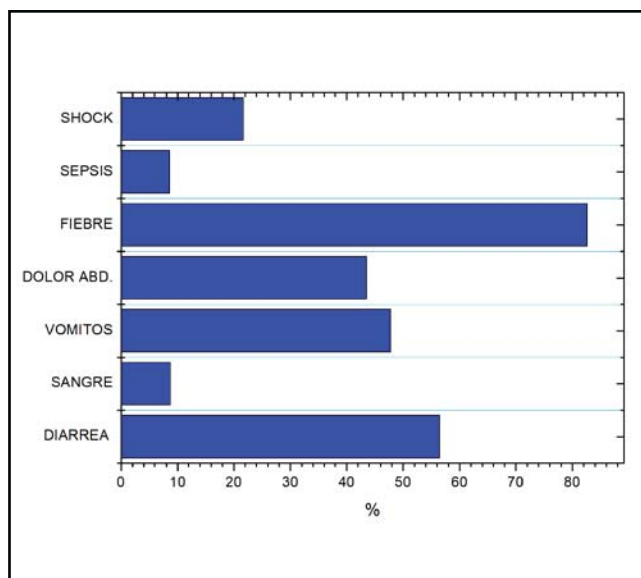


Figura 3.

I-08 - CONFIANZA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA VACUNA ANTIGRIpal

G. Morales Jiménez¹, M. Fernández Díaz¹, A. Parejo Morón¹
¹Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Recomendaciones de vacunación frente a la gripe [consultado el 23 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/Vacunacion_Gripe.htm

OBJETIVOS: El personal sanitario está más expuesto a enfermedades inmunoprevenibles y pueden transmitirlas a las personas vulnerables con las que contactan, por ello las autoridades sanitarias recomiendan la vacunación antigripal del personal sanitario. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de vacunación, los motivos de no hacerlo entre los que no siguieron las recomendaciones y las consecuencias que ello conlleva entre el personal sanitario de un hospital general de más de 500 camas en Granada durante la época de máxima incidencia de gripe en la temporada 2017-2018.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se ha efectuado un estudio descriptivo transversal a través de la realización de un total de 100 encuestas al azar entre personal sanitario de nuestro hospital en marzo de 2018 en las que se recogían los siguientes datos: categoría profesional (médico, enfermería, auxiliares/celador, administrativo), sexo y edad, enfermedad crónica, vacunación de la gripe, proceso gripal, baja laboral por gripe, motivo de no vacunación, recomendación de la vacunación.

Se han comparado todos los datos obtenidos mediante un análisis estadístico con el programa SPSS v20.

RESULTADOS

- Se han recogido todos los casos de gripes nosocomiales (las diagnosticadas tras más de 3 días de ingreso hospitalario) ofrecidos por el Servicio de Medicina Preventiva y Pública entre el 7 de diciembre de 2017 y el 16 de marzo de 2018 de pacientes ingresados en nuestro hospital (coincidiendo con el período de máxima incidencia de gripe en según datos del CNE . Ha habido un total de 65 gripes nosocomiales de un total de 178 gripes diagnosticadas (37.49 % del total de gripes confirmadas)
- Solamente se han vacunado 28 personas de las 100 entrevistadas. Como muestra la figura 1 la mayoría del personal vacunado era médico (60.7%). Sin embargo, tal y como muestra la figura 2, porcentualmente solo el 48.6% del total de médicos entrevistados se había vacunado. El personal sanitario que menos se vacunó fue el de auxiliares/celadores (no vacunándose un 87% del total de entrevistados en esta categoría), a excepción de los dos casos recogidos de administrativos, que tampoco se vacunaron.
- Según la categoría profesional, el 94.3% de los médicos recomendaban la vacunación, por el 79.5% de personal de enfermería y el 68% de los auxiliares y celadores. Los dos administrativos apoyaban la vacunación.
- No se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa en la aparición o ausencia de síntomas gripales entre personal vacunado y no vacunado.
- Pese a que un 72% de los entrevistados no se ha vacunado, el 78.6% de éstos recomiendan la vacunación.
- El motivo principal por el que el personal sanitario no se ha vacunado ha sido la dejadez en un 30.9% de los casos, mientras que el temor a efectos adversos de la vacunación ha conformado un 17.6% y la falta de

confianza un 22.1%. Otras razones para explicar la no vacunación ha sido argumentado por un 29.4% del total de personal no vacunado.

- Un 7.4% del personal que ha presentado síntomas gripales ha precisado baja laboral por este motivo. En ningún caso se ha confirmado gripe mediante técnicas microbiológicas dado que carecían de indicación
- No hay diferencias significativas entre la edad del personal sanitario y la vacunación o no del mismo. Al igual que no hay diferencias significativas entre la presencia o no de enfermedad crónica y la vacunación o no antigripal.

CONCLUSIONES: La prevalencia de vacunación antigripal en la temporada 17/18 ha sido muy baja entre el personal sanitario, siendo el principal motivo la dejadez. Pese a que el personal médico es el que más recomienda la vacunación, menos de la mitad de los médicos entrevistados se han vacunado en este curso. La presencia de enfermedad crónica o la edad no muestra relación con el porcentaje de vacunación entre el personal sanitario.

Se hace necesario incentivar aún más campañas de vacunación de la gripe entre el personal sanitario tal y como recomienda anualmente la OMS.

I-09 - VACUNACIÓN ANTIGRIPE Y SU IMPACTO EN LOS INGRESOS POR GRIPE, DURANTE LA TEMPORADA DE GRIPE 2017/2018, EN EL HOSPITAL DE BAZA

A. Benavente Fernández¹, S. Pérez Moyano¹, C. Valero Ubierna², I. Ibáñez Godoy³, B. Espejo Pérez⁴

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada).

²Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada).

³Pediatría EBAB. Médico Centinela Gripe. Centro de Salud Almanjáy. Granada.

⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Baza. Baza (Granada).

- Ortiz de Lejarazua R, Tamames S. Vacunación antigripal. Efectividad de las vacunas actuales y retos de futuro. *Enf. Infecc Microbiol Clin* 2015; 33: 480-90.

OBJETIVOS: Analizar los casos de adultos ingresados por gripe confirmada mediante PCR, en nuestro centro, en la temporada 2017/2018 y el impacto que tiene la vacunación en la gravedad y mortalidad. Identificar áreas de mejora que permitan, de forma dirigida, potenciar una estrategia preventiva en la próxima temporada de gripe.

PACIENTES Y MÉTODOS: Son motivo de estudio los adultos ingresados en el Hospital de Baza, en la temporada de gripe 2017/2018, desde la semana 40 (2/10/17) hasta la 16 (22/4/18), con PCR + para gripe. Con el programa estadístico R, se realiza un estudio descriptivo y análisis bivariante usando Chi cuadrado.

RESULTADOS: 59 pacientes ingresaron por gripe (A: 36 -61%, B: 22 -37.29% y A+B: 1 -1.69%), con 71.37 años de edad media y predominio en varones (38 casos; 64.41%). 36 pacientes no estaban vacunados (61.02%): 18 < 65 años (16 con criterios de vacunación) y 18 > 65 años, frente a 23 pacientes (38.98%) vacunados: 1 < 65 años y 22 > 65 años. 54 proceden del domicilio (91.52%) y 5 (8.47%) de residencia. Por zonas, Baza presenta 20 casos (incidencia 33.9%: 1.03 casos/1000 hab.), Huéscar 6 (10.17%: 1.25 casos/1000 hab.) y Cúllar 5 (8.47%: 1.66 casos/1000 hab.), el resto se distribuye uniformemente (1 y 3 casos). Ajustado por población, no hay diferencias en la mortalidad por zona o procedencia. 52 casos (88.14%) ingresaron en Medicina Interna, precisando 4 traslado a UCI. 7 casos (11.86%) ingresaron directamente en UCI. Acumulado de ingreso en UCI: 18.64%. La estancia media (EM) global fue 10.22 días: 11.44 en no vacunados y 8.3 en vacunados, resultando indistinta del tipo de gripe (coeficiente de variación A: 10.83, B: 9.18, A+B: 11). El destino al alta fue: domicilio 43 casos (72.88%),

exitus: 12 (20.34%), traslado a otro centro/hospital/residencia: 4. La mortalidad presenta significación estadística en pacientes afectados por gripe A (8/4. p = 0.4712) y no vacunados (10/2. p=0.029). Aunque sin significación, como dato diferencial, la mortalidad es ligeramente superior en el grupo de edad <65 años (7/5).

En pacientes vacunados se observa, con significación estadística, una menor EM (8.30/11.44), tasa de ingreso en UCI (1/10. p=0.02422) y mortalidad (2/10. p=0.029).

CONCLUSIONES: Desde el inicio de la temporada y hasta la semana 16/2018, en Andalucía y España, respectivamente, de las detecciones centinelas notificadas, el 54.5%/59% son B y 45.5%/41% A, registrándose 548/5754 ingresos y 118/941 defunciones: mortalidad 21.53%/16.35%. La incidencia de casos se agrupa entre las semanas 51/2017 y 8/2018, con un pico máximo de incidencia entre las semanas 2 y 3/2018. Tasa de vacunación <40%. En nuestra población de estudio, la curva de incidencia es superponible, observamos una inversión del tipo de gripe: A 61%, 59 ingresos y 12 defunciones: mortalidad 20.34%. La tasa de vacunación es similar. Aunque la muestra no es grande (principal limitación), reproduce el patrón de Andalucía y España y es significativa por la morbimortalidad ocurrida y significación estadística en vacunados y no vacunados. A pesar de esta realidad y las campañas de difusión entre pacientes y sanitarios, la tasa de vacunación es muy baja, desconociendo las causas de la no vacunación.

La gripe ha incidido, de forma estadísticamente significativa, con menor gravedad (menor EM e ingreso en UCI) y menor mortalidad en pacientes vacunados. Hay que reforzar la vacunación en la próxima campaña, en especial en la zona de Baza (por número de casos y población) e investigar las limitaciones para la vacunación.

I-11 - TASA DE CURACIÓN TRAS TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS

J. Fernández Calzado¹, A. Dil Martínez¹, C. Rodríguez Fernández¹, L. Boyarizo Rodríguez¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Rodríguez Valin E, Villarubia Enseñat S, Díaz García O, Martínez Sánchez EV. *Rev Esp Salud Pública* 2015/89(5): 459-470.

OBJETIVOS: Valorar la curación de pacientes diagnosticados de tuberculosis en la unidad de gestión de medicina interna

PACIENTES Y MÉTODOS: Mediante varias auditorías se hace un seguimiento de los casos diagnosticados de tuberculosis durante 2 periodos que comprenden del 1/1/2015 al 31/12/2016 y otro desde 1/1/2017 al 31/12/2017.

Se hace una revisión de historias clínicas para ver si se trata de tuberculosis activa o inactiva. En el caso de que sea activa se valora la localización, tipo y seguimiento.

Se consideró fracaso del tratamiento cuando se produjo pérdida del paciente no justificada, continuaba con tuberculosis activa al finalizar el seguimiento o se producía exitus.

RESULTADOS: En la primera muestra de 44 pacientes se diagnosticaron 25 con tuberculosis activa de los cuales:

- Un 52% corresponde a tuberculosis pulmonar un 24% corresponde a tuberculosis diseminada.
- Un 24% corresponde a tuberculosis extrapulmonar.
- En la segunda muestra de 37 pacientes se diagnosticaron 12 con tuberculosis activa de los cuales:
- Un 42% corresponde a tuberculosis pulmonar un 25% corresponde a tuberculosis diseminada.
- Un 33% corresponde a tuberculosis extrapulmonar.

CONCLUSIONES: La tasa de curación tras el tratamiento es del 100%, ya que se continúa el seguimiento de los pacientes en consulta después del alta hospitalaria.

Es bastante llamativa la alta tasa de tuberculosis diseminada y extrapulmonar.

I-14 - VIRUS INFLUENZA EN NUESTRA ÁREA

M. Aroza Espinar¹, A. Merlán Hermida², E. García Cortacero¹, J. Vizán Caravaca¹, S. López García¹, J. Palomares Rodríguez¹

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Motril (Granada).

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

- León-Gómez I et al. Excess mortality associated with influenza in Spain in winter 2012. *Gac Sanit.* 2015 Jul- Aug; 29 (4): 258-65. Influenza-related mortality in Spain, 1999-2005.
- López-Cuadrado T et al. Influenza-related mortality in Spain, 1999-2005. *Gac Sanit.* 2012 Jul- Aug; 26 (4): 325-9.
- Sistema de Vigilancia de la Gripe en España.

OBJETIVOS: Analizar las características clínicas y la mortalidad, así como los factores que influyen en ella, de los pacientes con diagnóstico de infección por virus Influenza.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se recogen de forma consecutiva todos los pacientes con PCR de gripe positiva en nuestro Hospital. Se analizan datos demográficos, antecedentes personales, complicaciones durante el ingreso, estancia hospitalaria, necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y mortalidad por todas las causas. Se estudia si existe relación entre la mortalidad y alguna de las variables recogidas.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 217 pacientes en los que se solicitó PCR de virus influenza, de los cuales 63 pacientes fueron diagnosticados de infección por virus Influenza, el 56% varones, con una edad media de 66,4 ± 20,2 años. El 92,1% (58) de los pacientes precisaron ingreso hospitalario, tratándose 5 de manera ambulatoria. De las enfermedades respiratorias prevalentes, 9 pacientes (14,3%) eran asmáticos y 16 (25,4%) tenían diagnóstico de EPOC. La enfermedad renal crónica (ERC) se constató también en 9 casos (14,3%) y sólo 6 (9,5%) presentaban antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC). Durante el ingreso, con una estancia media de 8,1 días, la neumonía y la IC fueron las complicaciones añadidas más frecuentes, objetivándose la primera en 24 pacientes (38,1%), de los cuales 5 fueron neumonías nosocomiales; y la IC en 10 (15,9%). Precisaron ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 10 pacientes (15,9%).

Fallecieron un total de 12 pacientes (19%), relacionándose con mayor mortalidad la presencia de ERC (p 0.003) exclusivamente con independencia del resto de variables.

CONCLUSIONES: En España, el Sistema de Vigilancia de la gripe, destaca que entre los pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, el 63% de los casos hospitalizados y confirmados y el 64% de los casos fatales no habían recibido la vacuna gripal de esta temporada. En nuestra área existe un 19% de mortalidad relacionada con la infección por virus influenza y desconocemos la tasa de vacunación en los pacientes de nuestro estudio, por lo que es importante recoger en la historia clínica si los pacientes han recibido la vacuna, para futuros análisis.

En nuestra área, a lo largo de 5 meses, se han solicitado en el ámbito hospitalario 216 PCR de virus influenza, de entre los cuales se han identificado 63 pacientes con infección por este virus. El 92% ha precisado ingreso hospitalario. De los casos ingresados y confirmados por gripe han fallecido el 19%, en nuestro análisis multivariante sólo se ha detectado como valor predictivo de mortalidad la enfermedad renal crónica. No hay diferencias significativas entre géneros y tampoco en las infecciones por gripe A y B.

La epidemia de gripe de este año ha tenido gran prevalencia en general y también en nuestra área, ocasionando una mortalidad del 19% de los pacientes ingresados por este motivo y afectando a una población relativamente joven, aunque con comorbilidades asociadas. Se debe insistir en la vacunación generalizada a todos los pacientes de más de 65 años y a los grupos de riesgo.

INSUFICIENCIA CARDIACA

IC-01 - ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DESDE ENERO DE 2017

M. Mansilla Rodríguez¹, M. Sidahi Serrano¹, M. del Castillo Madrigal¹, J. Ramos Clemente Romero¹, S. de la Rosa Riestra¹, J. Arrabal Díaz¹, J. Fernández Soto¹, M. Pérez Tristáncho¹

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

- Goncalvesova E, Lesny P, Luknar M, Dankova M, Simovicova V, Kovacova M. What are the differences between HFrEF, HFmrEF and HFpEF patients admitted for acute heart failure? *Eur J Heart Fail.* 2017; 19 (1): 45-46.
- Montes Santiago J, Arévalo Lorido JC, Cerqueiro González JM. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca aguda. *Med Clin (Barc).* 2014; 142 (1): 3-8.
- Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of Heart Failure in Spain Over the Last 20 Years. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66 (8): 649-656.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y pronósticas de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y fracción de eyección intermedia que ingresan en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de todos los episodios de Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección del ventrículo izquierdo entre 40-50% registrados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Infanta Elena durante 2017.

Ámbito: Hospital Infanta Elena (Huelva). Hospital Comarcal de 2º nivel que abarca los distritos Huelva-Costa y el Condado-Campiña. Posee 70 camas de Medicina Interna y abarca unos 3000 ingresos al año. Criterios de inclusión: FEVI 40%-50%; New York Heart Association (NYHA) II-III; Ingreso en Medicina Interna en 2017; Ecocardiografía realizada en 2017. Criterios de exclusión: Edad menor de 18 años.

RESULTADOS: Se han recogido en total 33 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el 2017 con una edad de 79 años (mediana), el 57,6% varones y 42,4% mujeres. La mayor parte de los pacientes muestran dependencia, con una mediana en la escala de Barthel de 85 y en la escala de Profund de 3 puntos y se valoró también al ingreso el estado nutricional mediante la escala Conut (mediana 3 puntos). La clase funcional de la muestra con una mediana de 2 se recogió por la NYHA. Con respecto a las comorbilidades, se observa que el 84,8% padecen hipertensión arterial, el 66,7% tienen fibrilación auricular, el 60,6% Dislipemia, el 57,6%.

Diabetes tipo 2, el 39,4% ha sufrido eventos isquémicos, el 39,4% presenta Insuficiencia Renal y otras patologías como Enfermedad vascular (6,1%) y demencia (6,1%). Los pacientes ingresados toman una mediana de 10,64 fármacos al día, entre los que se encuentran los betabloqueantes (90,9%), Furosemida (72,7%), Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (63,3%). El 57,6% recibe tratamiento pleno de para la Insuficiencia cardíaca. El 33,3% toma Ácido acetilsalicílico, Acenocumarol el 36,4% y el 24,24% anticoagulantes orales.