

en 16 pacientes (30,18% del total de enfermos) se detectó algún tipo de manifestación ocular. El 75% eran varones y la edad media de presentación fue de 54 años, con un tiempo de medio desde diagnóstico de AhTTR hasta desarrollo de primer síntoma ocular de 5 años, en todos los casos ya bajo trasplante hepático. El síntoma más frecuentemente reportado fue disminución agudeza visual en el 56,25% de pacientes. Se detectó la presencia de depósitos vítreos y glaucoma en 37,5% y 43,75% de los casos, respectivamente. Otros síntomas y signos reportados fueron: hiperemia conjuntival, desprendimiento de retina, miodesopsias, síndrome seco y cataratas. Del total de pacientes, 3 pacientes (18,75%) precisaron al menos una intervención quirúrgica por depósitos vítreos (vitrectomía) y 4 por glaucoma (25%). Hasta un 57,14% del total de enfermos intervenidos necesitaron 2 o más procedimientos quirúrgicos.

**CONCLUSIONES:** Existen escasas publicaciones de series de pacientes con manifestaciones oculares dentro de la AhTTR, salvo principalmente la citada en la referencia de Beirao et al, serie portuguesa correspondiente al foco endémico más importante a nivel mundial. Como se recoge en ésta, nuestra serie refleja la presencia de depósitos vítreos y glaucoma como las más relevantes. El trasplante hepático, tratamiento estándar de la enfermedad hasta fechas recientes, no frena la progresión de la enfermedad a nivel ocular. No disponemos de datos clínicos a nivel ocular con el empleo de los nuevos tratamientos. Se impone una detección precoz de síntomas para evitar complicaciones mayores que conduzcan a ceguera permanente. Cabe destacar que en muchos casos se trata de pacientes en edad laboral, lo que implica importantes problemas familiares y socioeconómicos.

La AhTTR, amiloidosis sistémica con clínica cardinal polineuropática, puede presentar complicaciones oculares hasta casi en un tercio de los casos, especialmente depósitos vítreos y glaucoma, que en ocasiones requieren de intervención quirúrgica. El tratamiento estándar con trasplante hepático no previene su desarrollo. Por término medio se presenta a los 5 años del diagnóstico de la enfermedad, aspecto a tener en cuenta en el seguimiento de los pacientes. La temprana edad de presentación en muchos casos condiciona una limitación grave añadida a la polineuropatía con importantes implicaciones emocionales y laborales.

## OTROS

### O-01 - ANÁLISIS DE PACIENTES INGRESADOS POR FRACASO RENAL AGUDO EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA CON DIAGNÓSTICO POSTERIOR DE MIELOMA MÚLTIPLE

A. Sánchez Ramos<sup>1</sup>, I. Valera Cortes<sup>2</sup>, A. Duarte Martínez<sup>2</sup>, M. Martín Velázquez<sup>2</sup>, P. García Frías<sup>2</sup>, M. Jimenez Villodres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

<sup>2</sup>Nefrología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

- Reyes M, Valera A, Frutos M y cols. Supervivencia de pacientes con mieloma tratados con diálisis. Nefrología. Vol XXIII. Numero 2, 2003.
- García-Sanz R, Mateos MV, San Miguel JF. Mieloma múltiple. Med Clin (Barc) 2007; 129(3): 104-15.

**OBJETIVOS:** El MM es una neoplasia hematológica con proliferación anormal de Ig y sus cadenas en sangre, se estima que la frecuencia de la enfermedad es de 4.3 casos por cada cien mil personas por año. Se presenta sobre todo en mayores de 65 años de edad. Con mayor incidencia entre varones de raza negra, en poblaciones antiguas de África, Eurasia y América. Se desconoce la etiología pero es muy posible que estén involucrados factores genéticos y medioambientales. La IR es una complicación grave y frecuente, presente en un 20-40% de los casos en el momento del diagnóstico, y es un factor de mal pronóstico, se

debe al depósito del exceso de la producción monoclonal de CL; produce la obstrucción tubular, lo que se conoce como riñón de mieloma. Se ha identificado factores precipitantes: hipercalcemia, hiperuricemia, deshidratación, hipotensión, infecciones y nefrotóxicos.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Hemos recogidos todos los pacientes ingresados en el servicio de Nefrología del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, por fracaso renal agudo con diagnóstico posterior de MM. Los datos han sido recogidos desde el año 1992 hasta el 2016, con un total de 32 pacientes, podemos observar una clara predominancia por años.

**RESULTADOS:** En 1992 fue ingresado por ésta causa 1 paciente, en 1994 y 95 2 pacientes en cada año, en 1996 1 paciente, a diferencia de 1997 un total de 7, en el año 1998 0, 1999, 2001, 2006 1 paciente cada año, 2007 2, 2008 4, 2009, 2010, 1 cada año, 2012 3, 2013 2, 2016 3. La edad media era de 68 años con IC de +/- 9 años, 63% varones. La creatinina media a su llegada fue de 6.32 mg/dl, con DT 2.7 mg/dl. 89% presentaban anemia severa a su llegada, con Hb de 9.4mg/dl con DT 1.88. El Ca a su llegada, estaba aumentado en su mayoría, con una media de 10.15mmol/L +/- 2.4. El ácido úrico medio era de 9.3 mg/dL +/- 3.7. Las proteínas séricas media de 7.8 mg/dL con DT de 2.23 mg/dL llegando en algunos casos a 14mg/dL. 22 tenían medidos en suero la presencia de Ig, 20 de ellos, presentaban picos monoclonales, predominante de Ig G (15), después de Ig A (5), y ninguno de Ig M. El mayor pico fue de IgG con 6850, con Lambda en suero de 2190 y Kappa en suero de 28.5 (0 libres) con IgM 21 IgA18,9. El resto de pacientes, fueron diagnosticados posterior al año 1997, cuando, en nuestro hospital, no se realizaban mediciones de Ig séricas, por lo que encontramos pico de Ig en orina, con predominancia de cadenas ligeras Kappa de, algunos de ellos, 5-6 gr en orina.

**CONCLUSIONES:** De los 32 pacientes recogidos, 5 fueron los que se realizaron diagnóstico AP con biopsia compatible con riñón de mieloma, en el resto no hizo falta biopsia para el diagnóstico. La media de días de estancia de ingreso hospitalario fueron 15,39 días con una DT de 7,58 días, con un máximo de días de ingreso 33 y un mínimo de 4. La creatinina al alta estaba de media en 3.21 DT 1.7, a los 3 meses 2.25, a los 6-12-36-48 meses de seguimiento con creatinina estable.

De los 32 pacientes con FRA y MM solo 7 fueron hemodializados, 3 continuaron diálisis hasta el final de sus días y 3 exitus. En total han fallecido 14 de ellos, la mayoría posterior a los 3 años del diagnóstico y 4 cuatro de ellos asociando tratamiento con AINEs y uno de ellos con hemodiálisis a los 7 años del ingreso. Consta reseñar en importancia, el intervalo de tiempo entre ingreso de éstos pacientes por FRA y su diagnóstico definitivo de MM. 14 de ellos fue en las primeras 24 h, siendo el diagnóstico más tardío de 7 días; en este caso tuvo ingreso primario en Servicio de Hematología con biopsia renal asociada (AP: Riñón de mieloma), por lo que podemos concluir que el 80% de los ingresos se diagnosticaron en las primeras 72 h de su llegada.

### O-02 - DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI EN PACIENTES CON DISPEPSIA

M. Pérez Tristancho<sup>1</sup>, E. Mansilla Rodríguez<sup>2</sup>, C. Díaz<sup>2</sup>, S. Bermejo<sup>2</sup>, E. Bonet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

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

<sup>3</sup>Análisis clínico. Costa de la Luz. Huelva.

- Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, Castro-Fernández M, Cuadrado-Lavín A, Elizalde JI, Gene E, Gomollón F, Lanás Á, Martín de Argila C, Mearin F, Montoro M, Pérez-Aisa Á, Pérez-Trallero E, McNicholl AG. IV Spanish Consensus Conference on Helicobacter pylori infection treatment. Gastroenterol Hepatol 2016; 39: 697-721.
- Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, Fischbach L, Gisbert JP, Hunt RH, Jones NL, Render C, Leontiadis GI, Moayyedi P, Mars-hall JK. The Toronto Consensus for the Treatment of

Helicobacter pylori Infection in Adults. Gastroenterology 2016; 151: 51-69.

- Graham DY, Laine L. The Toronto Helicobacter pylori Consensus in Context. Gastroenterology 2016; 151: 9-12.

**OBJETIVOS:** La infección por Helicobacter Pylori afecta aproximadamente al 50% de la población española. Entre un 10 y un 15% de los pacientes que reciben tratamiento erradicador no responden. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de H. Pylori en las consultas externas de Medicina Interna en pacientes con dispepsia a través del test del aliento con urea-C13 (TAU-KIT®) que es un método seguro, no agresivo e inocuo para detectar la infección.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se revisaron retrospectivamente 276 enfermos sometidos a test del aliento con urea-13C (TAU-KIT®) solicitado desde nuestra consulta de Medicina Interna entre Enero y Diciembre de 2017. Se registraron varias variables: edad, sexo, el tratamiento erradicador utilizado, recidiva y cumplimiento del tratamiento.

**RESULTADOS:** Se han realizado 303 test del aliento en 276 pacientes, el 66,6% son mujeres y el 33,4% hombres con una edad media de 41,1 años (mínimo 14 años y máximo 71 años) han salido positivos 55 test del aliento (18,15%) en 45 pacientes. En el 35,56% se ha erradicado la infección, no se ha erradicado en 8 pacientes (17,78%) y en el 46,67% (21 pacientes) se desconoce si se ha erradicado la infección por H. Pylori al no disponer de test del aliento de control al mes de finalizar tratamiento erradicador. En el 22% de los pacientes se realizó tratamiento de primera línea con una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) durante 14 días. En el 48% se realizó tratamiento con OCA (Omeprazol, Claritromicina y amoxicilina) durante 10 días. En un 10% se realizó tratamiento con pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol). En un 12% se realizó tratamiento con pauta cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto) y en un 8% se ha realizado una pauta cuádruple con doxiciclina (IBP, bismuto, doxiciclina y metronidazol).

#### CONCLUSIONES:

- En la práctica clínica es esencial un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz ya que es causante de varias enfermedades como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico.
- El TAU-KIT posee una excelente exactitud tanto para el diagnóstico inicial de la infección por H. pylori como para la confirmación de su erradicación después del tratamiento.
- Es importante que el tratamiento sea el adecuado y concienciar al enfermo de la necesidad de realizar el tratamiento de la forma pautada en cuanto a dosificación, horario y días de tratamiento para evitar recidiva ya que en nuestro medio un 64,5% de los pacientes no se ha erradicado o se desconoce su erradicación.

#### O-03 - CLÍNICA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LAS PANCREATITIS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, S. Cortiñas Jurado<sup>1</sup>, R. Franco Ferraz<sup>1</sup>, A. Matas Cobos<sup>1</sup>, R. Martín-Vivaldi Jiménez<sup>1</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla.

- Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Severe acute pancreatitis. JAMA 2004; 291: 2865.
- Banks PA. Acute pancreatitis: Diagnosis. In: Pancreatitis, Lankisch PG, Banks PA (Eds), Springer-Verlag, New York 1998. p.75.
- Banks PA, Freeman ML, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006; 101: 2379.
- Lankisch PG, Schirren CA, Kunze E. Undetected fatal acute pancreatitis: why is the disease so frequently overlooked? Am J Gastroenterol 1991; 86: 322.
- Lankisch PG, Müller CH, Niederstadt H, Brand A. Painless acute pancreatitis subsequent to anticholinesterase insecticide (parathion) intoxication. Am J Gastroenterol 1990; 85: 872.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con la pancreatitis en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, analizando sus características demográficas junto con las causas clínicas y sintomatológicas que llevaron al paciente a la unidad de urgencias.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes con pancreatitis ingresados en medicina interna desde enero de 2014 a diciembre del 2016. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 138 pacientes ingresados. De los cuales un 58% eran mujeres. La media de edad fue de 54,99±20,79 años (15 – 90). La estancia media fue de 11,38±8,24 días. Un 8,8% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos, un 8% fallecieron durante el ingreso y un 21% no tenían seguridad social. Un 44,2% era de etnia caucásica, un 54,3% bereber y un 1,4% eran judíos. En cuanto a la etiología un 58,7% era de origen biliar; 18,8% desconocida; 10,1% alcohólica; 4,3% por hipercolesterolemia y 2,9% por cáncer de páncreas entre las más destacadas. Con respecto a la sintomatología que presentaron los pacientes a la llegada al servicio de medicina interna tenemos que el síntoma más común fue el dolor abdominal, que estuvo presente en un 97,8% de los pacientes, seguido de vómitos en el 62,3%, distensión abdominal 15,2%, fiebre 5,1%, ictericia 15,2%, diarrea 5,1% y disnea 0,7%. El 66,7% de los pacientes presentó más de un síntoma, 3 síntomas el 28,3%, siendo únicamente el 5,1% de los pacientes los que presentaron más de 4 síntomas.

**CONCLUSIONES:** La Pancreatitis Aguda se define como la reacción inflamatoria aguda del páncreas, que asienta sobre una glándula anteriormente sana y provoca su auto digestión. Su incidencia oscila entre la cuarta y sexta década de la vida. La evolución de la enfermedad depende de la extensión de la necrosis pancreática y extrapancreática, del estado físico del enfermo, y del tratamiento intensivo y precoz, cursa con complicaciones locales y sistémicas que condicionan marcada morbilidad, existiendo controversia en puntos importantes del manejo médico y quirúrgico. Las formas de presentación de las pancreatitis son muy variados, habitualmente presentado dolor abdominal, náuseas con vómitos y algún grado de ictericia, pudiendo presentar otro tipo de sintomatología.

Nuestros pacientes con pancreatitis aguda a la llegada al servicio de urgencias suelen presentar dolor abdominal (casi el 100%) y vómitos, pudiendo presentar también ictericia, fiebre y distensión abdominal.

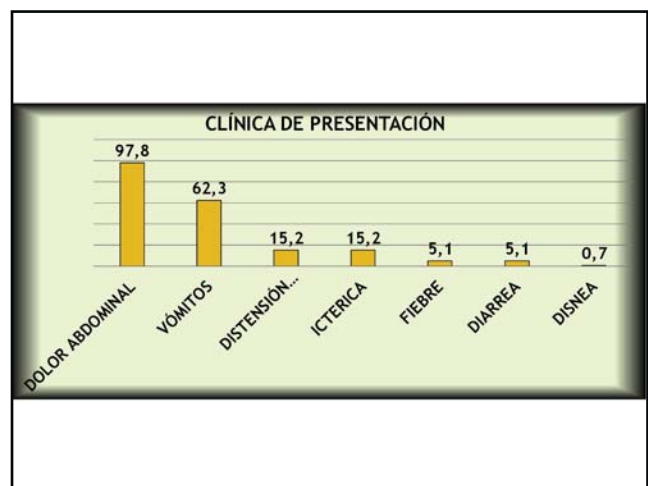


Figura 1.

#### O-04 - GRAVEDAD DE LAS PANCREATITIS EN MENORES DE 55 AÑOS

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, S. Cortiñas Jurado<sup>1</sup>, C. Olmo Azuaga<sup>1</sup>, A. Matas Cobos<sup>1</sup>, R. Martín-Vivaldi Jimenez<sup>1</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla.

- Fagenholz PJ, Castillo CF, Harris NS et al. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988-2003. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 491.
- Windsor JA. Search for prognostic markers for acute pancreatitis. *Lancet* 2000; 355: 1924
- Robert JH, Frossard JL, Mermillod B et al. Early prediction of acute pancreatitis: prospective study comparing computed tomography scans, Ranson, Glasgow, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II scores, and various serum markers. *World J Surg* 2002; 26: 612.
- Chauhan S, Forsmark CE. The difficulty in predicting outcome in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 443.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con la pancreatitis aguda en menores de 55 años en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital para analizar la gravedad de las mismas.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes con pancreatitis aguda en menores de 50 años ingresados en medicina interna desde enero de 2014 a diciembre del 2016. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales y el grado de Balthazar que presentaron en el TAC. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 72 pacientes ingresados. De los cuales un 50% eran mujeres. La media de edad fue de 38,39±13,33 años (15 – 55). La estancia media fue de 12,14±8,7 días. Un 9,7% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos, un 5,6% fallecieron durante el ingreso y un 25% no tenían seguridad social. Un 36,1% era de etnia caucásica y un 63,9% bereber. Con respecto a los antecedentes personales un 11,1% referían HTA; 15,3% DM; 19,4% dislipemia y un 19,4% eran obesos como los más destacables. En cuanto a la etiología un 52,8% era de origen biliar; 16,7% desconocida; 18,1% alcohólica; 6,9% por hipercolesterolemia y 2,8% por tóxicos/fármacos.

En cuanto a la gravedad según el grado de Balthazar: grado A 18,1%; grado B 11,1%; grado C 34,7%; grado D 11,1%; grado E 2,8%; en el 22,2% no se llegó a realizar el TAC abdominal.

Analíticamente destacan: PCR 6,8±8,4 mg/Dl, calcio 8,88±1,02, LDH 275±202, leucocitos 11,904,85±4788,83, amilasa 1082,01±1180,56.

**CONCLUSIONES:** La Pancreatitis Aguda se define como la reacción inflamatoria aguda del páncreas, que asienta sobre una glándula anteriormente sana y provoca su auto digestión. Su incidencia oscila entre la cuarta y sexta década de la vida, y su mortalidad entre un 30-50% en las de gravedad extrema. La evolución de la enfermedad depende de la extensión de la necrosis pancreática y extrapancreática, del estado físico del enfermo, y del tratamiento intensivo y precoz, cursa con complicaciones locales y sistémicas que condicionan marcada morbimortalidad, existiendo controversia en puntos importantes del manejo médico y quirúrgico.

Aproximadamente el 50% de nuestros pacientes presentaron datos radiológicos de pancreatitis moderada-

severa; aun así la mortalidad observada en este grupo de edad fue ligeramente inferior a la publicada en otras series.

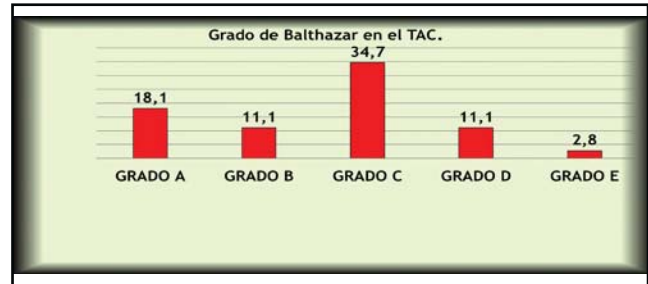


Figura 1.

#### O-05 - CONOCIMIENTO DE LOS MIR DE MEDICINA INTERNA SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE HIGIENE DE MANOS DEL OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

A. Benavente Fernández<sup>1</sup>, J. Constan Rodríguez<sup>1</sup>, J. Pezregina Rivas<sup>1</sup>, T. López Plana<sup>1</sup>, M. Trigo Rodríguez<sup>1</sup>, N. Faro Mínguez<sup>1</sup>, M. Tornero Divieso<sup>1</sup>, J. Garrido Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

- Sopena Galindo N. Higiene de manos para una atención más segura. *Med Clin.* 2012; 138: 663-5. Atte, ABF.

**OBJETIVOS:** Analizar los conocimientos de los MIR de Medicina Interna de nuestro centro, sobre recomendaciones de higiene de manos del observatorio para la seguridad del paciente e identificar áreas de mejora y necesidades formativas para potenciar la misma. Fomentar la higiene de manos como cultura en seguridad del paciente en la práctica asistencial. Contribuir y promover la investigación en seguridad del paciente.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio transversal, mediante auto-cumplimentación del cuestionario de conocimientos sobre higiene de manos para personal sanitario, del Observatorio para la seguridad del paciente. Los participantes son los MIR de Medicina Interna de nuestro centro y el periodo de estudio, del 01/04/2018 al 20/04/2018. No se realizó previamente ninguna actividad formativa dirigida específica.

**RESULTADOS:** 10 MIR completaron el cuestionario (77%). El 50% refiere haber recibido educación formal y el 100% utilizar preparados de base alcohólica (preguntas 11 y 12). Tasa respuestas correctas: Pregunta 13: 100%, 14: 50%, 15.1: 100%, 15.2: 20%, 15.3: 10%, 15.4: 100%, 16.1: 30%, 16.2: 100%, 16.3: 100%, 16.4: 40%, 17.1: 90%, 17.2: 50%, 17.3: 10%, 17.4: 60%, 18: 50%, 19.1: 80%, 19.2: 80%, 19.3: 60%, 19.4: 80%, 19.5: 70%, 19.6: 70%, 20.1: 90%, 20.2: 100%, 20.3: 100%, 20.4: 70%. En global, el conocimiento correcto de las recomendaciones, es del 68.4%. El conocimiento de las recomendaciones se incrementa entre MIR 1 y MIR 5 en un 11.33%. Las preguntas 1 a 10 son de filiación.

**CONCLUSIONES:** En conjunto, nuestros MIR tienen un conocimiento medio/alto sobre las recomendaciones de higiene de manos del observatorio para la seguridad del paciente.

Se identifican como áreas de mejora formativa en la higiene de manos, las preguntas 14, 15.2, 15.3, 16.1, 16.4, 17.2, 17.3 y 18.

Este trabajo fomenta, contribuye y promueve la cultura, práctica clínica e Investigación, en seguridad del paciente.

**Mejora de la higiene de manos** Observatorio para la Seguridad del Paciente

**Formación recibida**

11. ¿Ha recibido educación "formal" sobre higiene de manos en los últimos tres años?

Sí  
 No

12. ¿Utiliza preparados de base alcohólica para la higiene de manos de forma habitual?

Sí  
 No

13. ¿Cuál de las siguientes es la vía principal para la transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos en una institución sanitaria?  
Seleccione una de las siguientes opciones

Las manos de los trabajadores sanitarios cuando no están limpias  
 El aire que circula en el hospital  
 La exposición del paciente a superficies colonizadas (camas, sillas, mesas, suelo...)  
 El uso compartido entre pacientes de objetos no invasivos (Estetoscopios, manguitos de presión, etc)

14. ¿Cuál es la fuente de infección más frecuente para los microorganismos responsables de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria?  
Seleccione una de las siguientes opciones

El sistema de agua del hospital  
 El aire hospitalario  
 Los microorganismos que colonizan al paciente  
 El medio hospitalario (superficies)

Figura 1.

**Procedimiento**

15. ¿En cuál de las siguientes ocasiones la higiene de manos previene la transmisión de microorganismos al paciente?

	Sí	No
Antes de tocar al paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmediatamente después de la exposición a fluidos corporales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de la exposición al entorno del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmediatamente antes de realizar un procedimiento aséptico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. ¿En cuál de las siguientes ocasiones la higiene de manos previene la transmisión de microorganismos al personal sanitario?

	Sí	No
Antes de tocar al paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmediatamente después de la exposición a fluidos corporales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de la exposición al entorno del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmediatamente antes de realizar un procedimiento aséptico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Indique si las siguientes afirmaciones sobre la higiene de manos con preparados de base alcohólica o lavado con agua y jabón son verdaderas o falsas.

	Verdadero	Falso
La fricción con preparados de base alcohólica es más rápida para la higiene de manos que el lavado con agua y jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fricción con solución alcohólica reseca las manos más intensamente que el lavado de manos convencional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La fricción con solución alcohólica desinfecta más y mejor que el lavado de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El lavado de manos y la fricción con solución alcohólica se deben realizar secuencialmente (primero lavado y posteriormente fricción)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la fricción con un preparado de base alcohólica elimine la mayor parte de los microorganismos de sus manos?  
Seleccione una de las siguientes opciones

20 segundos  
 3 segundos  
 1 minuto  
 10 segundos

Figura 2.

**Mejora de la higiene de manos** Observatorio para la Seguridad del Paciente

19. ¿Qué tipo de higiene de manos está indicada en las siguientes situaciones?

	Fricción	Lavado	Ninguna
Antes de la palpación del abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de poner una inyección	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de vaciar una cuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de retirar unos guantes de exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de hacer la cama del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Después de exposición visible a sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ¿Cuál de las siguientes situaciones debe evitarse, por su asociación con un aumento de la probabilidad de colonización de las manos con microorganismos patógenos?

	Sí	No
Llevar joyería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piel lesionada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uñas artificiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso frecuente de crema de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 3.

**O-06 - ESTUDIO BIDIRECCIONAL SOBRE INTERCONSULTAS ENTRE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA**

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, J. Sevilla Blanco<sup>1</sup>, D. Cañadas Pruaño<sup>2</sup>, O. Zoleto Camacho<sup>1</sup>, V. Naranjo Velasco<sup>1</sup>, M. Santos Peña<sup>1</sup>, A. Michán Doña<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Cardiología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

- García Lázaro M, Lucena Merino MM, Montero Pérez-Barquero M, Sánchez Guijo P. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsultas. An Med Interna (Madrid), 20 (2003), pp. 510-514.
- Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant. Arch Intern Med., 167 (2007), pp. 271-275.

**OBJETIVOS:** Conocer y analizar las características de las interconsultas (IC) entre los servicios de Medicina Interna y Cardiología del Hospital General de Jerez de la Frontera durante el año 2017.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo que recoge las IC tanto emitidas como recibidas entre los servicios de Medicina Interna y Cardiología durante el año 2017. Incluimos todas las IC excepto aquellas solicitadas para valoración ecocardiográfica.

**RESULTADOS:** Se recibieron 20 IC por parte de Cardiología, 11 de los pacientes eran mujeres y 9 varones, con una edad media de 77,2 años y una mediana de 79 (rango intercuartílico de 54-89). El mes en el que más interconsultas se recibieron fue junio (4). Los motivos principales de las IC fueron fiebre (6), disnea multifactorial (6) y deterioro de conciencia (4), síndrome constitucional o detección de LOES de manera incidental (2), entre otras. 8 de los 20 pacientes pasaron a cargo de Medicina Interna durante la hospitalización.

Se emitieron 68 IC por parte de Medicina Interna, 37 de los pacientes eran mujeres y 31 varones, con una edad media de 76 años y una mediana de 79 (16-95). El mes en el que más interconsultas se realizaron fue marzo (11). Los motivos principales de las IC fueron en el contexto de



cardiopatía isquémica (25), arritmias (22), valvulopatías (9), síncope de probable origen cardiogénico (5), patología pericárdica (5), entre otros.

**CONCLUSIONES:** La interconsulta médica en pacientes hospitalizados es un acontecimiento cada vez más habitual y relevante en la práctica médica diaria. Conocer y analizar las características de las interconsultas (IC) es un aspecto en ocasiones infravalorado y que puede ayudar a comprender las necesidades de los diferentes servicios implicados.

En concreto, en el servicio de Medicina Interna es habitual encontrar pacientes pluripatológicos con antecedentes cardiológicos relevantes, que justifican el elevado número de eventos isquémicos y de descompensación de sus arritmias de base ante un evento agudo que lo provoque. El abordaje y actitud de valvulopatías tanto de reciente diagnóstico como de larga data requieren valoración conjunta en muchas ocasiones para consensuar el plan terapéutico entre profesionales y aportar mayor seguridad al paciente sobre los riesgos y beneficios que pueden suponer, así como su pronóstico.

Respecto a los pacientes ingresados en el servicio de Cardiología, el síndrome febril es una de las causas más frecuentes de IC en la mayoría de servicios tanto médicos como quirúrgicos. La disnea de causa multifactorial es en ocasiones de compleja valoración y requiere un abordaje multidisciplinar en la mayoría de ocasiones para lograr una evolución favorable.

La fiebre y la disnea multifactorial son dos causas frecuentes de IC que en muchas ocasiones, especialmente en la segunda, requieren de asistencia compartida, como así se refleja. La incidencia de cardiopatía isquémica y patología del ritmo y la frecuencia es habitual en los pacientes ingresados en Medicina Interna, siendo en ocasiones de abordaje complejo por la fragilidad y pluripatología de los mismos.

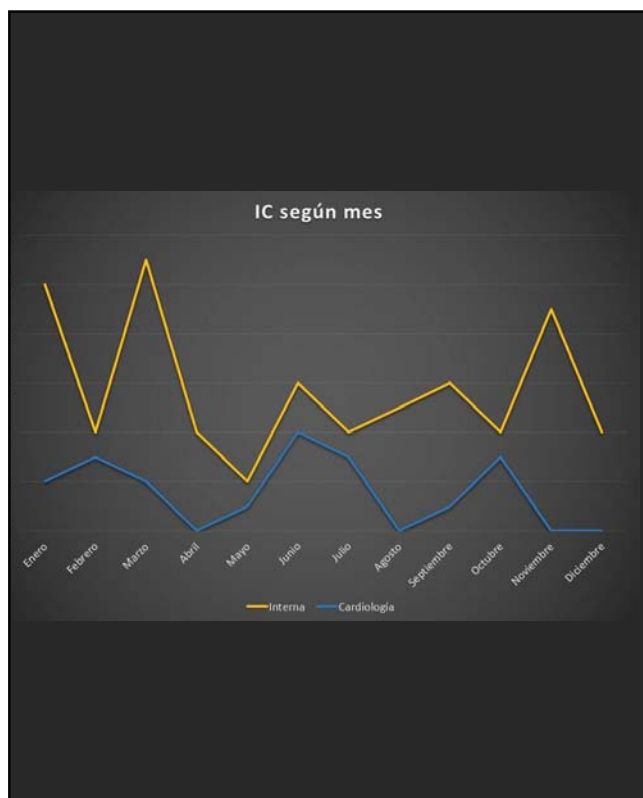


Figura 1.



Figura 2.

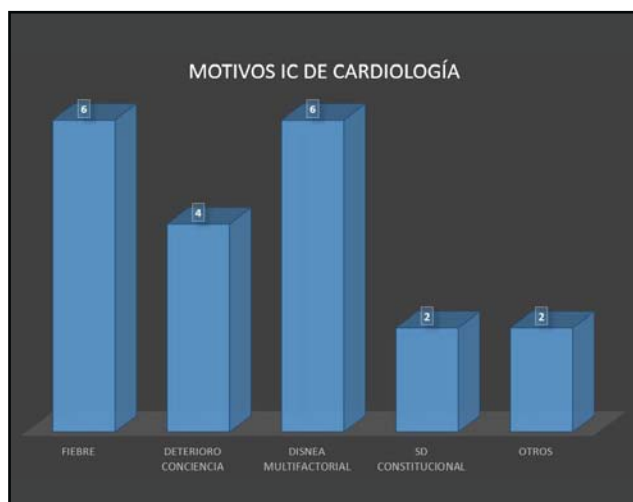


Figura 3.

#### O-07 - ESTUDIO SOBRE INTERCONSULTAS DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO A MEDICINA INTERNA

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, J. Sevilla Blanco<sup>1</sup>, O. Zoleto Camacho<sup>1</sup>, V. Naranjo Velasco<sup>1</sup>, M. Santos Peña<sup>1</sup>, A. Michán Doña<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

- Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García País MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. Rev Clin Esp., 204 (2004), pp. 345-350.
- Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergéz L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid), 24 (2007), pp. 520-524.

**OBJETIVOS:** Conocer y analizar las características de las interconsultas (IC) realizadas por parte del servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo hacia Medicina Interna del Hospital General de Jerez de la Frontera durante el año 2017.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo que recoge las interconsultas (IC) del año 2017 realizadas por parte del servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo al servicio de Medicina Interna.

**RESULTADOS:** Se recibieron 58 IC, 56% de los pacientes eran hombres, con una edad media de 71,3 años, una mediana de 76 y

rango intercuartílico de 34 a 94 años. Respecto a la prioridad, 33 de las IC se catalogan como "urgente", 1 como "muy preferente", 10 como "preferente" y 12 como "normal" (en 2 de ellas no se especificó). De las mismas, 10 de ellas fueron sucesivas, siendo 4 de ellas sobre un mismo paciente. El mes que más interconsultas se realizaron fue octubre (9) seguido de diciembre (8). El día de la semana en el que se recibieron más IC fueron los viernes (14) seguido del lunes (13).

Los motivos principales de IC fueron por descompensación de insuficiencia cardíaca (15), infección respiratoria (14), sepsis de cualquier tipo (11), alteraciones del ritmo y la frecuencia cardíaca (10), anemia (6), hipertensión arterial con mal control (4), deterioro de conciencia (3), alteraciones hidroelectrolíticas, fundamentalmente hiponatremia (3), entre otras.

En cuanto a la patología de base por la que ingresan, los motivos más frecuentes eran en relación a obstrucción intestinal de causa no oncológica (14), patología de la vía biliar (12), neoplasias para intervención quirúrgica (resección, anastomosis, etc.) (10), patología diverticular (5), pie diabético (2), entre otros. Trece de los pacientes pasaron a cargo de Medicina Interna, y en 16 de los pacientes al alta no trasladados a nuestra Unidad no se reflejaron en el juicio clínico o evolución las decisiones tomadas o juicios emitidos por parte del interconsultado.

**CONCLUSIONES:** A diario se produce un importante número de IC entre servicios quirúrgicos y médicos, presentándose retos como la edad, comorbilidad y, en definitiva, complejidad de los pacientes hospitalizados. La prioridad de la IC es un hecho en ocasiones difícilmente valorable de forma objetiva, sobre todo en un entorno en el cual cada vez se busca más la satisfacción del paciente a través de la premura y la calidad respecto a las decisiones tomadas. Las complicaciones que suelen desarrollar los pacientes durante el período de hospitalización por las que somos interconsultados son diversas pero a la vez se engloban en varios grupos, pudiendo prestar más atención a los cuadros más habituales y conocer además el tipo de patología que motiva su ingreso.

La importancia del internista en la interconsultoría es cada vez mayor y refleja una importante carga de trabajo en su quehacer diario. En nuestro estudio comprobamos una importante prevalencia de patología infecciosa, además de dificultad para el control de la insuficiencia cardíaca y procesos arritmogénicos de base de los pacientes ingresados en un servicio quirúrgico. Con estos datos podemos formarnos para atender con mayor calidad este tipo de IC, y así lograr una mayor satisfacción por parte de los profesionales implicados en la asistencia compartida que se verá reflejada en última instancia, y lo más importante, sobre el paciente.

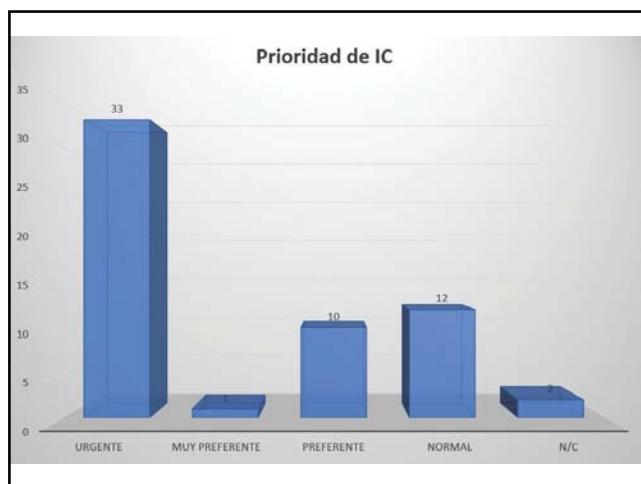


Figura 1.



Figura 2.

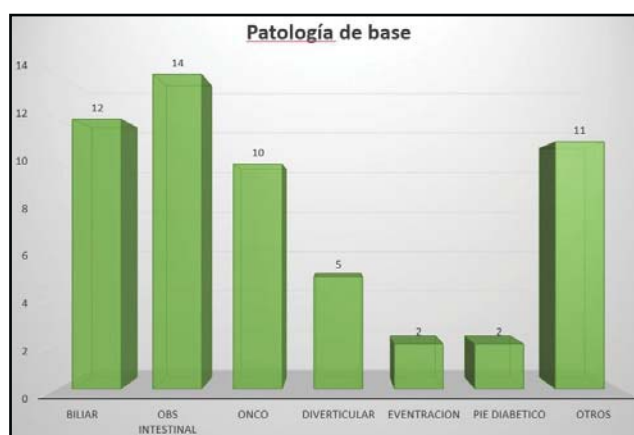


Figura 3.

#### O-09 - EVALUACIÓN DEL USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

J. Lanseros Tenllado<sup>1</sup>, R. Gámez Mancera<sup>2</sup>, R. García Serrano<sup>1</sup>, C. Jiménez de Juan<sup>1</sup>, P. Díaz Jiménez<sup>2</sup>, J. Ternero Vega<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla.

- García Caballos M, Ramos Díaz F, Solana Moreno M, Santos García A. Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía abdominal en atención primaria. Centro de Salud La Chana, Granada, España. Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de la ecografía clínica a pie de cama en la detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA) en pacientes de riesgo hospitalizados en áreas de Medicina Interna. Como objetivos específicos, estudiar la prevalencia de AAA, la prevalencia de dilatación subaneurismática y los factores de riesgo asociados.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional unicéntrico en el que se incluyeron pacientes hospitalizados en Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío, entre el 15/12/2016 y 30/03/2017. Los criterios de inclusión fueron: edad > 65 años y la presencia de algún FRCV. El tamaño muestral, teniendo en cuenta la prevalencia de esta patología, ha sido de 129 pacientes. Se realizó un análisis bivariado de los factores de riesgo asociados a AAA y de aquellos asociados a una mala ventana ecográfica, estableciendo como dintel de significación estadística una  $p < 0,05$

**RESULTADOS:** Se incluyeron 129 pacientes. La edad media fue  $77,8 \pm 7$  años y el 62% fueron varones. El diagnóstico principal de ingreso fue el de Insuficiencia cardiaca congestiva (34,8%). Los FRCV y comorbilidades más frecuentes fueron sedentarismo (72%), HTA (79%), y cardiopatía (69,8%). La prevalencia encontrada fue de un 10,1% de AAA y un 13,2% de dilatación subaneurismática. El 77,3% de los aneurismas fueron infrarrenales. El 24% de las mujeres y el 35,8% de los hombres presentaron algún tipo de dilatación. La dilatación, el 76,5% suprarrenales. En un 29,5% de los pacientes no se pudo llevar a cabo la medición de la aorta abdominal debido a mala visualización ecográfica (principal obstáculo la obesidad). Los factores de riesgo de presentar AAA con significación estadística en nuestra muestra han sido el IAM previo (0.036) y la presencia de ERC (0.02).

**CONCLUSIONES:** Como hallazgo principal del estudio, encontramos una prevalencia elevada de cualquier tipo de dilatación aneurismática, más de la esperada según lo publicado previamente. Teniendo en cuenta que en el 29,5% de los casos no fue posible la medición, en el resto encontramos un 33% de algún tipo de alteración. Llama la atención que en nuestra muestra, a diferencia de lo descrito en la literatura, la diferencia de prevalencia entre hombres (35,8%) y mujeres (24,3%) no es tan marcada ni presenta diferencias estadísticamente significativas. La principal limitación del estudio ha sido la imposibilidad de realización, por mala ventana ecográfica, de la prueba (29,5%). Se podría decir que el principal factor relacionado ha sido la obesidad (En el 100% de pacientes con  $IMC > 4$ , no se pudo llevar a cabo).

Como conclusión, dada la alta prevalencia encontrada en nuestro estudio, se podría decir que el cribado mediante ecografía supone una posibilidad futura para implementarse como método de prevención y seguimiento de esta patología.

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PREVALENCIA AAA	P	CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PREVALENCIA AAA	P
SEXO VARÓN	33,8% vs 24,3%	0,245	VALVULOPATIA	31,8% vs 31%	0,96
HTA	32,4% vs 26,3%	0,611	FA	26,8% vs 36,9%	0,431
HABITO TABAQUICO	34% vs 27,9%	0,53	ARTERIOPATIA PERIFERICA	38,3% vs 29,9%	0,536
BEBEDOR	31,3% vs 28,2%	0,88	ACV	16,7% vs 32,1%	0,429
SEDENTARIO	28,8% vs 34,8%	0,52	ARTERIOSCLEROSIS	36,7% vs 32,3%	0,429
DIABETES MELLITUS	29% vs 36,7%	0,101	ERC	31,8% vs 20,3%	0,02
DISLIPEMIA	28,9% vs 32,7%	0,395	PRC ELEVADA	38,6% vs 28,4%	0,140
CARDIOPATIA	31,7% vs 29,4%	0,842	IMC > 30	21,3% vs 34,3%	0,101
ANGENA ESTABLE	34,2% vs 32,3%	0,317	ERC	33,3% vs 30,7%	0,82
ANGENA INESTABLE	41,7% vs 29,3%	0,396			
IAM	60% vs 27,9%	0,036			
IC	32,2% vs 30%	0,821			

\*Prevalencia de AAA según los factores de riesgo estudiados

Tabla 1.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

### PP-01 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMORBILIDADES Y ETIOLOGÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, A. Matas Cobos<sup>1</sup>, R. Martín-Vivaldi Jiménez<sup>1</sup>, B. Jucha Taybi<sup>1</sup>, S. Cortiñas Jurado<sup>1</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla.

- Vege SS, DiMugno MJ, Forsmark CE et al. Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. *Gastroenterology* 2018; 154: 1103.
- Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revisión of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62: 102.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con la pancreatitis en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, analizando sus características demográficas atendiendo a sexo, edad, comorbilidades y factores de riesgo principalmente.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes con pancreatitis ingresados en medicina interna desde enero de 2014 a diciembre del 2016. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que

presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 138 pacientes ingresados. De los cuales un 58% eran mujeres. La media de edad fue de  $54,99 \pm 20,79$  años (15–90). La estancia media fue de  $11,38 \pm 8,24$  días. Un 8,8% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos, un 8% fallecieron durante el ingreso y un 21% no tenían seguridad social. Un 44,2% era de etnia caucásica, un 54,3% bereber y un 1,4% eran judíos. Como principales fármacos que tomaban los pacientes encontramos los IECAs (16,7%), antiagregantes (15,2%), betabloqueantes (13,8%), fármacos dislipémicos (15,9%) y antidiabético oral (12,3%).

Con respecto a los antecedentes personales un 37,7% referían HTA; 5,1% ICC; 5,1% cardiopatía isquémica previa; 21,7% DM; 26,1% dislipemia; un 8% neoplasia (activa o no) y un 26,8% eran obesos.

En cuanto a la etiología un 58,7% era de origen biliar; 18,8% desconocida; 10,1% alcohólica; 4,3% por hipercolesterolemia y 2,9% por cáncer de páncreas entre las más destacadas.

**CONCLUSIONES:** La Pancreatitis Aguda se define como la reacción inflamatoria aguda del páncreas, que asienta sobre una glándula anteriormente sana y provoca su auto digestión. Su incidencia oscila entre la cuarta y sexta década de la vida, y su mortalidad entre un 30-50% en el caso de pancreatitis grave. La evolución de la enfermedad depende de la extensión de la necrosis pancreática y extrapancreática, del estado físico del enfermo, y del tratamiento intensivo y precoz, cursa con complicaciones locales y sistémicas que condicionan marcada morbimortalidad, existiendo controversia en puntos importantes del manejo médico y quirúrgico.

En nuestro centro y dada nuestra localización geográfica, la edad media de nuestras pancreatitis es menor que en los centros de la península, siendo, de forma global, los pacientes menos comorbidos y teniendo menor mortalidad. La principal etiología es la biliar seguida por la causa criptogénica.

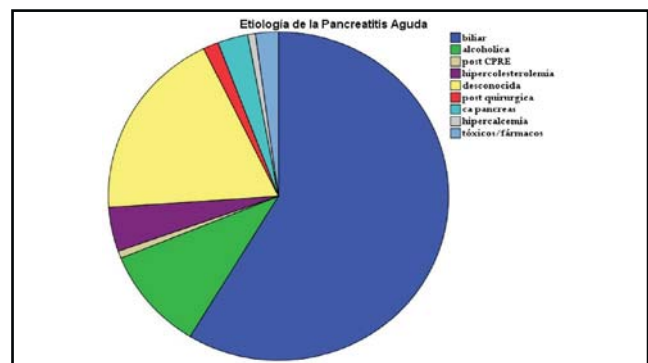


Figura 1.

### PP-02 - VALORACIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL

A. Dil Martínez<sup>1</sup>, C. Rodríguez Fernández<sup>1</sup>, J. Fernández Calzado<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Arbués, ER. *Cuid Salud* / 2017 / 14: 5-24. CDID 703179\_1.

**OBJETIVOS:** Analizar la relación existente entre la situación funcional del paciente y el nivel de sobrecarga que presenta su cuidador. Poner en marcha habilidades que incrementen la seguridad del cuidador.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se analizó una muestra de 20 pacientes frágiles hospitalizados y a sus respectivos cuidadores