

ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

Fundada en 1911

SUPLEMENTO 804
DOI:10.15568/am.2018.804.sp01

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

XXXIV Congreso Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

V Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

S U P L E M E N T O

Editada por:



Comité editorial

Editores

Miguel Ángel Martín Piedra
Facultad de Medicina de Granada

Antonio Cárdenas Cruz
Complejo Hospitalario de Granada. España

Editores adjuntos

Miguel González Andrades
Harvard Medical School, Boston, MA. EEUU

Miguel Ángel Arrabal Polo
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Juan Jiménez Jaimez
Complejo Hospitalario de Granada. España

Comité científico y asesor

Manuel Díaz-Rubio
*Real Academia Nacional de Medicina
Madrid, España*

Jorge Alvar Ezquerro
*OMS
Ginebra, Suiza*

Manuel L. Martí
*Pte. Academia Nacional de Medicina
Buenos Aires, Argentina*

Pasquale Quattrone
*Istituto Nazionale dei Tumori
Milán, Italia*

Comité de redacción

Luis Javier Aróstegui Plaza
M. Nieves Gallardo Collado
Antonio Raya López
Montse López Ferres

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

© 2018. Actualidad Médica

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Comité rector

Dr. Juan Antonio Repetto López
*Presidente del Consejo Andaluz
del Colegios de Médicos*

Prof. Antonio Campos Muñoz
*Presidente de la Real Academia
de Medicina y Cirugía de Andalucía
Oriental*

Dr. José Antonio Girón González
*Presidente de la Real Academia
de Medicina de Cádiz*

Dr. Jesús Castiñeiras Fernández
*Presidente de la Real Academia
de Medicina de Sevilla*

M^a Elsa Gómez de Ferraris
*Universidad Nacional de Córdoba,
Argentina*

Antonio Rendas
*Universidade Nova de Lisboa
Portugal*

Andrés Castell
*Universidad Nacional Autónoma de
México. México DF, México*

Duarte Nuno Vieira
*Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal*

Diseño y maquetación

ARP Producciones

Alice Warley
*King's College
Londres, Reino Unido*

Sebastián San Martín
*Universidad de Valparaíso
Valparaíso, Chile*

Antonio Alcaraz Asensio
*Hospital Clinic
Barcelona, España*

Imprenta

Gráficas Alhambra

Revista editada por:



JUNTA DIRECTIVA DE LA SADEMI

Presidente SADEMI

Dr. Enrique Calderón Sandubete

Vicepresidenta 1ª

Dra. Mª Dolores Martín Escalante

Tesorero

Dr. Raimundo Tirado Miranda

Secretario

Dr. Antonio García Ríos

Vicepresidente 2 (Andalucía Occidental)

Dr. Jose L. Bianchi Llave

Presidente Fundación SADEMI

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Vocal Almería

Dr. Pedro Luís Carrillo Alascio

Vocal Cádiz

Dr. Ismael Tinoco Racero

Vocal Córdoba

Dr. Rafael Martínez Fernández

Vocal Sevilla

Dr. Francisco Javier Medrano Ortega

Vocal Granada

Dr. José Luis Callejas Rubio

Vocal Huelva

Dr. Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero

Vocal Málaga

Dr. Francisco Miralles Linares

Vocal Jaén

Dra. Begoña Cortés Rodríguez

Vocal MIR

Dr. Fidel Moreno Verdejo

Vocal Docencia

Dr. Alberto Romero Alonso

COMITÉ ORGANIZADOR XXXIV CONGRESO SADEMI

Presidente

Dr. Norberto Ortego Centeno

Vicepresidente

Dra. María Dolores Martín Escalante

Secretaria

Dra. Pilar Giner Escobar

Tesorero

Dr. José Luis Callejas Rubio

Vocales

Dra. Manuela Moreno Higuera

Dr. Ángel Ceballos Torres

Dr. Pedro Luis Carrillo Alascio

Dr. Francisco Pérez Jiménez

Dr. Francisco Javier Gómez Jiménez

Dr. Raimundo Tirado Miranda

Dr. Ismael Aomar Millán

COMITÉ CIENTÍFICO XXXIV CONGRESO SADEMI

Presidente

Dr. Enrique Calderón Sandubete

Vocales

Dr. Luis Mérida Rodrigo

Dr. Carlos Mª de San Román y de Terán

Dr. Luciano López Jiménez

Dr. José Antonio Mira Escarti

Dr. José Mario Sabio

Dra. Susana Moya Roldán

Dra. Begoña Cortés Rodríguez

Dr. Raimundo Tirado Miranda

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Dr. José Luis Callejas Rubio

Dr. Alberto Romero Alonso

COMITÉ ORGANIZADOR VI ENCUENTRO ENFERMERÍA

Presidenta

Dª Margarita de Torres

Vicepresidente

D. Alejo Ortegón Gallego

Vocales

Dª Mª Luz Flores Antigüedad

Dª Carolina Asenjo Martín

Dª Blanco López Martínez

Dª Dolores González González

EVALUADORES DE LAS COMUNICACIONES DEL XXXIV CONGRESO DE LA SADEMI

Dr. Enrique Calderón Sandubete

Dr. José Luis Callejas Rubio

Dra. Begoña Cortés Rodríguez

Dr. Luis Mérida Rodrigo

Dr. José Antonio Mira Escarti

Dra. Susana Moya Roldán

Dr. Alberto Romero Alonso

Dr. Alberto Ruiz Cantero

Dr. Carlos San Román y de Terán

Dr. Raimundo Tirado Miranda

COMUNICACIONES ORALES

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

- 10** DP-02 - DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS DEL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES PALIATIVOS (ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS) EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS, EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL
A. Blanco Taboada, et al.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

- EC-04 - SOBREDOSIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTE ORAL ANTIVITAMINA K AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
S. Ferrá Murcia, et al.
- 11** EC-06 - EFICACIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON NUTRACÉUTICOS EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A ESTATINAS
L. García Pereña, et al.

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

- EP-08 - ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIONES DE EPOC
R. López Alfaro, et al.
- 12** EP-09 - PROGRESIÓN DE LA MICROBIOTA FÚNGICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA
E. Pereira Díaz, et al.
- 13** EP-10 - SURFACTANTE PULMONAR Y CCL-18 EN PACIENTES CON EPOC COLONIZADOS POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI
F. Moreno Verdejo, et al.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- I-10 - COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN EMBARAZADAS
F. Moreno Verdejo, et al.
- 14** **INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES**
- IF-02 - EFECTIVIDAD DE LA QUINACRINA (MEPACRINE) EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES FOTOSENSIBLES, LUPUS ERITEMATOSO Y DERMATOMIOSITIS. REVISIÓN DE 38 CASOS
R. Ríos Fernández, et al.
- IF-03 - INFLUENCIA DE LA AFECTACIÓN DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA DISNEA E INTOLERANCIA AL EJERCICIO EN LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA
R. Ríos Fernández, et al.

- 15** IF-04 - PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LAS NEURITIS ÓPTICAS INFLAMATORIAS NO ASOCIADAS A ESCLEROSIS MÚLTIPLE
J. Peregrina Rivas, et al.

IF-06 - ÍNDICE INFLAMATORIO DE LA DIETA (IID) Y MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)
G. Pocovi Gerardino, et al.

- 16** IF-12 - RENTABILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN DE CARDIOPATÍAS RELACIONADAS CON EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO
M. Rodríguez Fernández, et al.

- 17** IF-14 - SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS: EPIDEMIOLOGÍA, FORMA DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
F. Nieto García, et al.

ENFERMEDADES MINORITARIAS

- M-02 - INFUSIÓN DOMICILIARIA DE PATISIRAN, UN FÁRMACO ARNI EN INVESTIGACIÓN PARA PACIENTES CON AMILOIDOSIS HEREDITARIA MEDIADA POR TRANSTIRETINA: ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA
C. Mancilla Reguera, et al.
- 18** M-03 - PATISIRAN, UN FÁRMACO ARNI EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA (AHTTR): RESULTADOS DEL ENSAYO EN FASE 3 APOLLO
E. Gutiérrez Jiménez, et al.

OTROS

O-08 - UTILIDAD DE LA PET/TC EN LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
N. Faro Míguez, et al.

19

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

PP-05 - APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
J. Luque del Pino, et al.

22

COMUNICACIONES ORALES BREVES

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-01 - FRECUENCIA Y PERFIL DE PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE FENTANILO INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA
L. Guillén Zafra, et al.

DP-03 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES Y ATENCIÓN PROPORCIONADA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y HOSPITALARIOS
R. García Serrano, et al.

23

DP-04. PERFIL DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y HOSPITALARIOS
R. García Serrano, et al.

24

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

EC-01 - RESULTADOS ASISTENCIALES DEL PROCESO CÓDIGO ICTUS EN UN CENTRO SIN NEUROLOGÍA
L. Mérida, et al.

EC-02 - MANEJO DE LAS TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES
M. Pérez Tristancho, et al.

25

EC-03 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES PCSK-9 Y SU EVOLUCIÓN TEMPORAL
V. Agustín Bandera, et al.

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-07. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS ACTUALMENTE POR EXACERBACIONES DE LA EPOC
L. Giménez Miranda, et al.

26

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I-01 - ESTUDIO DE LOS CASOS DE HEPATITIS A DIAGNOSTICADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO PRIVADO
M. Pérez Tristancho, et al.

I-02 - EFICACIA DE LA TERAPIA ERRADICADORA PARA LA INFECCIÓN POR EL HELICOBACTER PYLORI
M. Pérez Tristancho, et al.

27

I-03 - INFECCIONES CAUSADAS POR ESPECIES DE SCEDOSPORIUM/LOMENTOSPORA: HALLAZGOS CLÍNICOS Y MICROBIOLÓGICOS EN 21 CASOS
L. Aliaga Martínez, et al.

I-04 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE INFECCIONES PLEURO-PULMONARES DEBIDAS A STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS
L. Aliaga Martínez, et al.

28

I-05 - BROTE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (KPN-BLEE) EN UN HOSPITAL DE RECIÉN APERTURA
A. Ruiz Sancho, et al.

29

I-06 - IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE RETIRADA PRECOZ DE SONDA VESICAL
M. Erostarbe Gallardo, et al.

I-07. ESTUDIO RETROSPECTIVO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA BACTERIEMIA POR CAMPYLOBACTER SPP
S. Velasco Fuentes, et al.

30

I-08 - CONFIANZA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA VACUNA ANTIGRIPE
G. Morales Jiménez, et al.

- 31** 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 Fernández, et al.
- I-11 - TASA DE CURACIÓN TRAS TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS
J. Fernández Calzado, et al.
- 32** I-14 - VIRUS INFLUENZA EN NUESTRA ÁREA
M. Aroza Espinar, et al.
- 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 Rodríguez, et al.
- 33** IC-02 - ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA E INTERMEDIA INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DESDE ENERO DE 2017
M. Mansilla Rodríguez, et al.
- IC-03 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA ASÍ COMO EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA
C. Ocaña Losada, et al.
- 34** IC-04 - CARACTERÍSTICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN
J. Lanseros Tenllado, et al.
- INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES**
- IF-01 - UN AUMENTO DE INCIDENCIA EN UNA PATOLOGÍA AUTOINMUNE: SARCOIDOSIS
A. Sánchez Ramos, et al.
- 35** IF-05 - INGESTA DIETÉTICA, ÍNDICE DE CALIDAD ANTIOXIDANTE DE LA DIETA (DAQS) Y PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)
G. Pocovi Gerardino, et al.
- IF-07 - EXPERIENCIA CON EL USO DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
V. Sáñez Montagut, et al.
- 36** IF-08 - SEGURIDAD RELACIONADA CON EL USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
V. Sáñez Montagut, et al.
- 37** IF-09 - EXPERIENCIA CON EL USO DE BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
J. López Morales, et al.
- 38** IF-10 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO GRAVE Y PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIPROTROMBINA
Á. Sánchez de Alcázar del Río, et al.
- IF-11 - USO DE RITUXIMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL
E. Manzano López, et al.
- 39** IF-13 - TRATAMIENTO CON RITUXIMAB A BAJA DOSIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES
R. Ríos Fernández, et al.
- ENFERMEDADES MINORITARIAS**
- M-01 - ENCEFALITIS AUTOINMUNE MEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI NMDAR, A PROPÓSITO DE 3 CASOS
M. Erostarbe Gallardo, et al.
- 40** M-04 - PREVALENCIA DE ENFERMEDADES LISOSOMALES EN UN HOSPITAL COMARCAL
M. Ruz Zafra, et al.
- M-05 - AFECTACIÓN OCULAR EN LA ENFERMEDAD DE ANDRADE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS
A. González Macía, et al.
- 41** **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, et al.

O-02 - DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI EN PACIENTES CON DISPEPSIA
M. Pérez Tristancho, et al.

42

O-03 - CLÍNICA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LAS PANCREATITIS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA
J. Osuna Sánchez, et al.

43

O-04 - GRAVEDAD DE LAS PANCREATITIS EN MENORES DE 55 AÑOS
J. Osuna Sánchez, et al.

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, et al.

44

O-06 - ESTUDIO BIDIRECCIONAL SOBRE INTERCONSULTAS ENTRE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA
J. Mora Delgado, et al.

45

O-07 - ESTUDIO SOBRE INTERCONSULTAS DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO A MEDICINA INTERNA
J. Mora Delgado, et al.

46

O-09 - EVALUACIÓN DEL USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA COMO CRIBADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
J. Lanseros Tenllado, et al.

47

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, et al.

PP-02 - VALORACIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL
A. Dil Martínez, et al.

48

PP-03 - ¿MANEJAMOS IGUAL LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE PALIATIVO?
M. Erostarbe Gallardo, et al.

PP-04 - FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: CARACTERÍSTICAS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS TRAS UN PRIMER EVENTO
N. Castillo Fernández, et al.

49

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-01. TROMBOSIS DE LA RETINA Y SU RELACIÓN CON TROMBOFILIAS
M. Morales Gómez, et al.

ACTUALIDAD M É D I C A

www.actualidadmedica.es

Editada por:



ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

... desde 1911

Publicación centenaria
médico científica de ámbito
nacional e internacional

Artículos de **investigación**
básica o clínica, **casos clínicos**,
docencia y opinión

Edición de suplementos
específicos para congresos
y reuniones

El Comité Editorial invita a todos los miembros de la SADEMI a que publiquen los resultados de su experiencia clínica e investigación en Actualidad Médica, revista cuatrimestral fundada en Andalucía hace 107 años, actualmente incorporada al modelo de Open Journals y con sistema de revisión por pares, que cuenta con una amplia difusión en el mundo académico y de la salud de España y América

www.actualidadmedica.es
EDICIÓN IMPRESA Y EDICIÓN ONLINE

COMUNICACIONES ORALES

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-02 - DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS DEL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES PALIATIVOS (ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS) EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS, EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Blanco Taboada¹, A. Mata Martín¹, J. Castilla Yélamo¹, C. Escorial Moya¹, Y. Marín Fernández¹, R. Fernández Ojeda¹, M. Po-yato Borrego¹, S. Delgado Romero¹

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

- Mc Clung JA. End-of-Life Care in the Treatment of Heart Failure in Older Adults. 1. Heart Fail Clin. 2017 Jul; 13 (3): 633-644.

OBJETIVOS: Describir aspectos de manejo clínico en pacientes paliativos que fallecen en el hospital y establecer el perfil de estos pacientes en cuanto a datos demográficos, recogiendo actuaciones de la práctica clínica. Diferenciamos dos grupos de pacientes, oncológicos y no oncológicos, con el objetivo de visualizar los datos obtenidos por separado, y poder identificar diferencias entre ambos grupos, de las que podamos obtener hipótesis, detectar áreas de mejora y nuevos aspectos a incorporar en la práctica clínica.

PACIENTES Y MÉTODOS: Analizamos una muestra de 89 pacientes en el periodo de Noviembre 2016-Diciembre 2017 ingresados en planta de Medicina Interna. Todos fallecen en el hospital. Es un estudio descriptivo retrospectivo, con información obtenida a partir del registro de historias clínicas. Se recogerán variables demográficas y establecemos un periodo dentro de las últimas 72 horas de vida de los pacientes recogiendo tratamientos farmacológicos administrados, síntomas refractarios al inicio de la sedación y simplificación del tratamiento, entre otros. Se analizan descriptivamente mediante hoja de cálculo Excel.

RESULTADOS: De los 89 pacientes, 26 eran paliativos oncológicos (PO) y 63 paliativos no oncológicos (PNO). 51 eran mujeres y 38 hombres. La edad media del total de los pacientes fue 79,7 años. En el grupo de PO la media de edad fue de 73,4 años y en el grupo PNO de 82,9 años. La estancia media fue de 4 días, 5,2 días en los PO y 3,5 en los PNO. De los PO las neoplasias más frecuentes fueron las del aparato digestivo. En los PNO las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: pluripatología (31,7%) e insuficiencia respiratoria (23,8%). La medicación inyectable subcutánea que se mantiene prescrita en los últimos 3 días son la insulina y la heparina de bajo peso molecular (HBPM), siendo los resultados en cuanto a la HBPM un 42,3% en los PO, y un 57,1% en los PNO. Respecto a la insulina, un 19,2% en los PO, y un 26,9% en los PNO. Reciben antibióticos el 23,1% de los PO, y el 60,3% de los PNO. El 81 % de los pacientes tienen analgésicos pautados en su

tratamiento. Los analgésicos de 1º escalón más utilizados son el paracetamol, y la combinación paracetamol-metamizol. Los fármacos opioides administrados son la morfina en más de 2/3 de los pacientes. Reciben sedación paliativa el 69,7%; un 89% en el grupo de PO y en un 62% en los PNO. Los síntomas refractarios que indican el inicio de la sedación son el dolor y la disnea. Una vez iniciada la sedación paliativa, se simplifica tratamiento en menos de la mitad de los pacientes. La vía intravenosa se utiliza en un 99 % con respecto al 1% de uso de vía subcutánea.

CONCLUSIONES: El paciente paliativo que ingresa en nuestras plantas de Medicina Interna suelen ser pacientes de edad avanzada y pluripatológicos. Deberíamos potenciar el uso de opioides de forma pautada en lugar de los rescates a demanda y evitar la inducción de la sedación paliativa con morfina exclusivamente. Debemos mejorar respecto a la simplificación del tratamiento.

Es necesario que los profesionales incorporen el uso de la vía subcutánea en su práctica habitual y conozcan sus ventajas, siendo necesaria la formación continuada en cuidados paliativos en hospitales que no disponen de unidad especializada.

Podemos predecir que en un futuro próximo, con el envejecimiento poblacional, el aumento de la supervivencia de los pacientes con patología crónica y la mayor demanda social, los cuidados paliativos adquirirán un mayor protagonismo.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

EC-04 - SOBREDOSIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTE ORAL ANTIVITAMINA K AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Ferra Murcia¹, E. Vogt Sánchez¹, R. Fernández Garzón¹, F. Laynez Bretones¹, B. Hernández Sierra¹, P. Sánchez López¹, P. Hidalgo Pérez¹, F. Díez García¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Franco Moreno AI et al (2017) Direct oral anticoagulants: an update. Med Clin. <https://doi.org/10.1016/j.j.medcli.2017.11.042>.

OBJETIVOS: 1. Analizar las cifras del International Normalized Ratio (INR) al ingreso en pacientes anticoagulados. 2. Analizar las indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO) y las complicaciones presentadas durante el ingreso. 3. Análisis de las características, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades de nuestros pacientes en tratamiento anticoagulante oral.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, revisando los informes de alta y epicrisis de los pacientes ingresados en Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas (Almería) entre el 1 de Enero de 2018 y el 24 de Abril de 2018 con diagnóstico de sobredosificación de

tratamiento anticoagulante oral (TAO). Analizando mediante el programa estadístico Spss v21, la edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, indicación de TAO, comorbilidades, International Normalized Ratio (INR) al ingreso, modificación de tratamiento al alta, complicaciones y evolución clínica en el periodo actual de 2018.

RESULTADOS: En total se han analizado 49 pacientes con una edad media de 78 años (mediana de 81 años y desviación típica de 9,5). El 47% son varones y 26 pacientes (53%) mujeres. Hasta el 90% de la muestra son hipertensos, el 61% diabéticos y tan sólo el 38% no presentan dislipemia entre sus antecedentes. El 98% de los pacientes están bajo tratamiento con acenocumarol, encontrando 1 paciente (2%) con warfarina. La indicación de TAO más frecuente es la fibrilación auricular no valvular (71%), seguida de enfermedad tromboembólica venosa en el 12% de los pacientes y portadores de prótesis mecánica en un 6%. Al ingreso, el 98% de los pacientes presentaban un INR superior a 3,5 y el 30% superior a 10, siendo el valor más alto encontrado de 24 en 2 pacientes analizados.

Encontramos 3 pacientes (6%) que presentaron hematomas, el 8% sangrado digestivo, el 2% urinario y el 2% cerebral. 1 paciente presentó derrame pericárdico sin signos de taponamiento cardíaco ni compromiso de llenado de cavidades cardíacas. En el 18% se recogía el antecedente de neoplasia y el 6% seguían con seguimiento activo por una neoplasia en el momento del estudio, con intervención quirúrgica reciente en 2 pacientes. En cuanto a la función renal, el 14% presentaban insuficiencia renal leve, el 18% moderada y el 4% severa, 3 pacientes (6%) se encuentran en programa de hemodiálisis. Revisando los antecedentes vasculares, el 22% habían tenido algún evento cerebrovascular, el 6% enfermedad arterial periférica, el 16% cardiopatía isquémica. Junto al TAO, el 18% tomaban Ácido Acetil Salicílico, el 2% Clopidogrel y el 4% doble antiagregación (triple terapia).

CONCLUSIONES: En los 4 meses de duración del estudio, 49 pacientes han sido reclutados por presentar una alteración del INR al ingreso. Los motivos principales de ingreso han sido en un 51% infecciones respiratorias, 14% descompensación de insuficiencia cardíaca, 12% hematomas, un 4% hemorragia cerebral, 10% sangrado digestivo, 2% Infarto Agudo de Miocardio y en un 6% infecciones urinarias. De ello, se deriva que el 26% de los motivos de ingreso de la muestra han sido motivados por efectos indeseables de la anticoagulación oral. En cuanto a la modificación del TAO al alta, observamos que el 65% mantienen acenocumarol, el 2% warfarina, en el 2% de los pacientes se modificó a Rivaroxaban, el 4% a Dabigatran. En 4 pacientes (8,2%) se suspendió el tratamiento anticoagulante oral de cualquier tipo, el 4% se fue al alta con Bemiparina y el 12% con Enoxaparina. Los pacientes presentaron una estancia media de 12,8 días (mediana 10 días), falleciendo durante el ingreso 3 pacientes (6,1%).

El ajuste y control del TAO es fundamental para lograr la prevención de eventos cardioembólicos y también para minimizar la aparición de efectos hemorrágicos indeseables. Aún queda un largo camino por recorrer para ajustar los TAO y modificar a pautas basadas en Anticoagulantes de Acción Directos en aquellos pacientes cuyo control de INR no sea adecuado y cumplan las indicaciones.

EC-06 - EFICACIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON NUTRACÉUTICOS EN PACIENTES CON INTOLERANCIA A ESTATINAS

L. García Pereña¹, J. Linares¹, A. Lluna¹, A. Arrébola², C. Aracil², J. Franco¹, J. Parra-Ruiz¹

¹Medicina Interna. Hospital HLA Inmaculada. Granada.

²Cardiología. Hospital HLA Inmaculada. Granada.

- Prillo A, Norata GD, Catapano AL. Curr Opin Lipidol 2017; 28: 458-64. 2 Marazzi G et al. Am J Cardiol 2017; 120: 893-7.

OBJETIVOS: El valor del colesterol LDL (LDLc) ha demostrado ser un factor de riesgo de primer orden para eventos coronarios y, en menor medida, para eventos cerebrovasculares, siendo mayor la reducción de este riesgo cuanto mayor es la magnitud de la reducción. Hasta ahora, las opciones de tratamiento para los pacientes intolerantes a estatinas estaban limitadas a ezetimiba y, recientemente a los inhibidores de PCSK9(1). Sin embargo, existen otras alternativas a estos fármacos, incluidas dentro del grupo de nutracéuticos, poco evaluadas y bastante denostadas por muchos clínicos. El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia de dos preparados diferentes de levadura de arroz rojo en pacientes con necesidad de tratamiento hipolipemiente e intolerancia a estatinas

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® con el objeto de evaluar la variación de los valores lipídicos a los 3 y a los 6 meses de la introducción de este fármaco.

RESULTADOS: Se incluyeron 107 pacientes con intolerancia a estatinas y necesidad de tratamiento hipolipemiente. Los valores lipídicos basales fueron, Col: 242 mg/dL, HDLc: 49 mg/dL, LDLc: 161 mg/dL, TG: 118 mg/dL. Los valores lipídicos a los 3 meses fueron: Col: 206 mg/dL, HDLc: 51 mg/dL, LDLc: 135 mg/dL, TG: 101 mg/dL. Los valores lipídicos a 6 meses fueron Col: 196 mg/dL, HDLc: 44 mg/dL, LDLc: 118 mg/dL, TG: 103 mg/dL. La variación de colesterol y LDLc fue estadísticamente significativa tanto la comparación basal vs 3 meses como basal vs 6 meses (p<0,001), siendo próxima a la significación la comparación 3m vs 6m para colesterol basal y significativa para la variación de LDLc 3m vs 6m (p=0,001). Del mismo modo, la variación de los valores de TG alcanzó significación estadística en la comparación basal vs 6 meses (p=0,001). La tolerancia de los pacientes al tratamiento fue muy buena, sin que se tuviese que suspender el tratamiento por efectos secundarios en ningún paciente.

DISCUSIÓN: El tratamiento con OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® demostró la reducción de los valores de colesterol, LDLc y triglicéridos por encima del 20%, sin que existiesen efectos secundarios reseñables dado que ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento por intolerancia.

Esta reducción permitiría que una enorme mayoría de pacientes intolerantes a altas dosis de estatinas alcanzasen el objetivo de LDLc recomendado para su riesgo cardiovascular con monoterapia con estos nutracéuticos y, en el caso de pacientes tolerantes a dosis bajas de estatinas, permitiría su asociación, consiguiendo, de acuerdo a datos recientemente publicados, que cerca de un 70% de pacientes alcanzasen un LDLc < 70 mg/dL (2)

CONCLUSIONES: El empleo de OXICOL® o ARMOLIPID PLUS® son una opciones alternativas al tratamiento con estatinas que consiguen reducciones del valor del LDLc superiores al 20%, que permiten obviar en algunas ocasiones la necesidad de utilizar inhibidores de PCSK9, y conseguir, en una gran proporción de pacientes, alcanzar el objetivo de LDLc recomendado.

Debido a los buenos resultados de su empleo, con ausencia de efectos secundarios reseñables, su empleo debería considerarse en pacientes con intolerancia a estatinas o en asociación con éstas, en caso de tolerancia a dosis bajas.

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-08 - ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIONES DE EPOC

R. López Alfaro¹, A. Portolés Callejón¹, L. Giménez Miranda¹, F. Moreno Verdejo¹, E. Pereira Díaz¹, R. García Contreras¹, E. Calderón Sandubete¹, F. Medrano Ortega¹

¹Unidad de Gestión Asistencial de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Hartl S, López-Campos JL, Pozo-Rodríguez F, Castro-Acosta A, Studnicka M, Kaiser B et al. Risk of death and readmission of hospital-admitted COPD exacerbations: European COPD Audit. Eur Respir J [Internet]. 2016; 47(1): 113–21.

OBJETIVOS: Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son una de las principales causas de ingreso hospitalario. Las guías de práctica clínica (GPC) más utilizadas en nuestro medio (GOLD y GesEPOC) incluyen recomendaciones para el tratamiento de dichas exacerbaciones. La información disponible sobre la adecuación a dichas recomendaciones es escasa. El objetivo de nuestro estudio es evaluar en la práctica clínica habitual la adherencia a las GPC en cuanto al tratamiento farmacológico.

PACIENTES Y MÉTODOS: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: pacientes ingresados de forma consecutiva en el HUVR desde enero de 2015 con diagnóstico principal de exacerbación de EPOC (CIE-9-MC 491.84 y 518.84) identificados del CMBD local, hasta completar el tamaño muestral precalculado (n=108). Variables: edad, sexo, servicio de alta, tratamiento con β -2 agonistas de acción corta (SABA), anticolinérgicos de acción corta (SAMA), corticoides sistémicos (fármaco, dosis y días de duración), antibioterapia (fármaco, dosis y días de duración), criterios de Anthonisen (incremento de la disnea y del volumen y/o purulencia del esputo) para valorar el uso adecuado de la antibioterapia, adecuación a cada una de las recomendaciones específicas sobre tratamiento farmacológico de las guías GOLD y GesEPOC y adecuación global (cumplimiento de todas las recomendaciones sobre tratamiento) a GOLD y GesEPOC. Realizamos un análisis descriptivo de las distintas variables, calculando la adecuación en el total de pacientes evaluados y por servicio de ingreso.

RESULTADOS: Se incluyeron 108 pacientes. El 81,5% fueron varones. El 61,1% habían ingresado en Medicina Interna y el 38,9% en Neumología. La edad media de los pacientes fue de $71,5 \pm 11,7$ años. Los resultados de la adecuación a las diferentes recomendaciones en el total de pacientes y por servicios se presentan en la tabla 1.

	Medicina Interna [n (%)]	Neumología [n (%)]	Total [n (%)]	P*
SABA	24 (61,3%)	19 (45,2%)	43 (41,3%)	0,507
SAMA	59 (95,2%)	39 (92,9%)	98 (94,2%)	0,681
Corticoides (GOLD)	58 (87,9%)	40 (95,2%)	98 (90,7%)	0,310
Corticoides (GesEPOC)	55 (83,3%)	36 (85,7%)	91 (84,3%)	0,952
Antibioterapia (GOLD)	37 (59,7%)	28 (68,3%)	65 (63,1%)	0,375
Antibioterapia (GesEPOC)	43 (69,4%)	34 (82,9%)	77 (74,8%)	0,187
Adecuación global (GOLD)	17 (25,8%)	12 (28,6%)	29 (26,9%)	0,748
Adecuación global (GesEPOC)	18 (27,3%)	13 (31,0%)	31 (28,7%)	0,680

* Test de Chi cuadrado y/o test exacto de Fisher

Tabla 1.

La dosis media de corticoides sistémicos fue de $80,4 \pm 55,9$ mg de prednisona/día y la duración media del tratamiento de $5,3 \pm 5,7$ días.

CONCLUSIONES:

- La tasa de adecuación a las GPC en cuanto a broncodilatadores de acción corta es baja en lo que respecta a los β -2 agonistas, y muy alta en cuanto a anticolinérgicos de acción corta.

- Los corticoides sistémicos tienen un uso ajustado a las GPC en las exacerbaciones de la EPOC, aunque se utilizan dosis mayores de las recomendadas.

- La adecuación de la antibioterapia tiene un amplio margen de mejora.

- La adecuación global del tratamiento farmacológico a las GPC es de un 26,9-28,7%, sin diferencias significativas entre los servicios de Medicina Interna y Neumología.

- En nuestro medio la adecuación global del tratamiento farmacológico de las exacerbaciones de la EPOC a las GPCs es baja y no existen diferencias de manejo terapéutico entre los pacientes ingresados en Medicina Interna y en Neumología.

EP-09 - PROGRESIÓN DE LA MICROBIOTA FÚNGICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

E. Pereira Díaz¹, R. López Alfaro¹, F. Moreno Verdejo¹, L. Giménez Miranda¹, E. Quintana², A. Calzada Valle¹, J. Varela Aguilar¹, E. Calderón Sandubete³

¹Medicina Interna, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

³Medicina Interna. Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/ CSIC/Universidad de Sevilla, and CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla.

- Respaalidza, N et al., 2005. Prevalence of colonisation and genotypic characterisation of *Pneumocystis jirovecii* among cystic fibrosis patients in Spain. Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 11 (12), pp. 1012–5.

OBJETIVOS: La presencia de una microbiota fúngica en las vías respiratorias de pacientes con Fibrosis Quística (FQ) se ha puesto de manifiesto en los últimos años. Mediante métodos de cultivos convencionales se ha establecido que las especies más prevalentes descritas son *Cándida* y *Aspergillus*. Sin embargo, la utilización de herramientas moleculares evidencia que esta microbiota puede estar subestimada y se desconoce su papel en la progresión de la enfermedad.

El objetivo, por lo tanto es describir los cambios a lo largo del tiempo de la microbiota fúngica y evaluar los parámetros clínicos relacionados con los pacientes con FQ.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional de cohortes prospectivo de pacientes con FQ. Se recogieron datos clínicos y funcionales y una muestra de esputo al inicio y a los 6 y 12 meses de inclusión.

El estudio microbiológico se realizó en esputo por identificación del gen ITS fúngico mediante PCR anidada y la secuenciación de muestras positivas, conjuntamente se obtuvieron datos del cultivo microbiológico convencional. Se analiza la prevalencia de colonización fúngica y la relación con las variables clínicas de los pacientes y su evolución.

RESULTADOS: Se incluyeron 55 pacientes con FQ. Las especies fúngicas detectadas principalmente fueron: *Cándida* spp (36,8%); el hongo no cultivable *P. jirovecii* (32,7%), seguido por *Aspergillus* spp (11,7%) y *Cladosporium* spp (8,4%), además en un 30% de los pacientes con FQ se identifica más de una especie fúngica; siendo *P. jirovecii* el microorganismo que aparece más frecuentemente asociado a otras poblaciones. Durante el estudio, en sólo 2 pacientes no se identificaron hongos, y 15/55 mantuvieron la colonización. Los niveles de colonización fueron prácticamente similares durante todo el seguimiento, siendo frecuente el aclaramiento y la posterior colonización por diferentes especies.

A los 6 meses, los aislamientos fueron persistentes en 47,6% y se identificaron nuevos aislamientos en el 11,1% de los sujetos negativos. En el último punto 28% de los pacientes aclararon con

respecto al inicio del estudio, y en un 16% de los sujetos negativos se identifican especies fúngicas.

El análisis de parámetros clínicos muestra que el tratamiento previo con corticoides inhalados favorece la presencia de hongos identificados mediante metagenómica. Además en los tres periodos de tiempo estudiados, los pacientes con FQ con identificación fúngica presentan una disminución del FEV1 (expresado en ml), aunque esta relación sólo es significativa en la segunda visita.

CONCLUSIONES: La colonización de los hongos en la vía aérea medida por técnicas metagenómicas proporciona información sobre la prevalencia y los factores asociados a esta colonización. Esta técnica permite la detección de hongos no cultivables y desconocidos, poniendo de manifiesto una microbiota fúngica diversa en la FQ que permanece en el tiempo. La presencia de nuevos aislamientos podría tener un impacto en la progresión de la enfermedad.

EP-10 - SURFACTANTE PULMONAR Y CCL-18 EN PACIENTES CON EPOC COLONIZADOS POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI

F. Moreno Verdejo¹, L. Giménez Miranda¹, E. Pereira Díaz¹, V. Friaiza², R. López Alfaro¹, C. de la Horra², F. Medrano Ortega², E. Calderón Sandubete²

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

²Medicina Interna. Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/ CSIC/Universidad de Sevilla, and CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Sevilla.

- Calderón E et al. Systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease who are colonized with *Pneumocystis jirovecii*. *Clinical Infectious Diseases*. 2007; 45 (2): 17-19.

OBJETIVOS: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es una enfermedad inflamatoria, en cuya fisiopatología influyen distintos factores. El surfactante pulmonar, lipoproteína constituida por Proteína A (SP-A) y D (SP-D), y la Quimioquina Humana Ligando 18 (CCL18), proteína expresada con monocitos, macrófagos y células dendríticas, intervienen en la respuesta inmune innata. Hay estudios que abalan, que la colonización del árbol respiratorio por *Pneumocystis jirovecii*, modifica la respuesta inmunitaria del paciente, pues altera estas proteínas, además, los niveles séricos de las mismas, se han correlacionado con resultados funcionales en EPOC, pudiendo representar, un marcador de respuesta inflamatoria y gravedad de la EPOC.

Los objetivos son Identificar los cambios en los niveles séricos de CCL18 en función de la gravedad de la EPOC, y su papel como marcador de respuesta inflamatoria y gravedad de la EPOC, y evaluar la relación entre las proteínas del surfactante pulmonar A (SP-A) y D (SP-D) y la respuesta inflamatoria sistémica en pacientes con EPOC colonizados por *Pneumocystis jirovecii*.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se han incluido un total de 58 pacientes atendidos en la Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias del Hospital Universitario Virgen del Rocío entre noviembre de 2009 y julio de 2012. Se obtuvieron muestras de sangre y esputo. La identificación de *P. jirovecii* como colonizador del árbol respiratorio se realizó sobre las muestras de esputo empleando PCR- Nested en el gen mtLSUrRNA. Los niveles de CCL-18, así como de SP-A y SP-D, se determinaron usando técnicas de ELISA con kits comerciales. Se clasificó a los pacientes en dos grupos en función de la gravedad, en EPOC leve (estadios I y II de la GOLD), y EPOC grave (estadios III y IV de la GOLD).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 54 pacientes, de los cuales el 55,6% se incluían en el grupo de EPOC leve, y el 44,5% en EPOC grave. La edad media fue de 69,40 ± 1,51 años, siendo más del 80% de los pacientes varones. El 37% de los pacientes refería hábito tabáquico activo en el momento de la toma de la muestra. La prevalencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* fue del 34,48 %, sin diferencias significativas entre ambos grupos de EPOC. La concentración media de CCL18 en el total de la muestra,

fue de 2603,64 pg/mL, con niveles de 836,70 pg/ml en el grupo de EPOC leve colonizados y de 1985,35ng/ml de los no colonizados (p= 0,343). En los sujetos de EPOC severa el valor obtenido fue de 4330,55 pg/ml, no alcanzando cifras significativas con respecto a la colonización (p=0,435). Con respecto a la proteína SP-A, la concentración media en el grupo de pacientes con EPOC es de 39,98 ng/ml. En individuos colonizados por *Pneumocystis* es de 41,86 ng/ml, y de 38,93 ng/ml, en el grupo no colonizado (p=0,388). La concentración media de la proteína SP-D en el total de la población es de 109,34 ng/ml. Siendo de 91,77 ng/ml, en los sujetos colonizados, y de 119,09 ng/ml, en pacientes no colonizados (p=0,063).

CONCLUSIONES: Los niveles séricos de SP-A y SP-D no se ven alterados por la presencia de colonización por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con EPOC y no parecen tener relación con la respuesta inflamatoria sistémica observada en ellos. Sin embargo, si se observa un aumento significativo en los niveles séricos de CCL18 en pacientes con EPOC grave, con respecto a leve, lo que sugiere una correlación, no solo con el grado de respuesta inflamatoria, sino también con la gravedad de la EPOC.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I-10 - COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN EMBARAZADAS

F. Moreno Verdejo¹, P. Rojas², R. López Alfaro¹, C. de la Horra², E. García³, V. Friaiza², A. Pavón³, E. Calderón Sandubete¹

¹Medicina Interna, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

²IBIS. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Hospital Universitario Virgen del Rocío/ CSIC/Universidad de Sevilla, and CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla.

³Pediatría. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Vargas, SL et al., 2003. Pregnancy and asymptomatic carriage of *Pneumocystis jirovecii*. *Emerging infectious diseases*, 9 (5), pp. 605-6.

OBJETIVOS: *Pneumocystis jirovecii* es un hongo oportunista atípico con un marcado estenoxenismo que causa neumonía en individuos inmunodeprimidos. Sin embargo, la colonización de *Pneumocystis* no está restringida a pacientes inmunocomprometidos y puede observarse en sujetos que son inmunocompetentes o muestran un menor grado de compromiso inmune. En este sentido, el embarazo podría constituir un factor de riesgo para la colonización por *Pneumocystis*, debido a los mecanismos de inmunotolerancia durante este período. Los objetivos de este estudio fueron conocer la prevalencia y las implicaciones clínicas de la colonización por *Pneumocystis* en mujeres embarazadas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo observacional de mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Se incluyeron mujeres sanas no embarazadas en edad fértil como controles. La identificación de la colonización de *P. jirovecii* se realizó por medio de técnicas moleculares en lavados orofaríngeos de mujeres y en muestras de aspiración nasal en los recién nacidos.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 82 mujeres en el momento del parto y sus recién nacidos. Además, se estudiaron 36 mujeres emparejadas no embarazadas. El ADN de *Pneumocystis* se identificó en el 39% de las mujeres embarazadas frente al 13,9% en las mujeres no embarazadas (p = 0,007). La prevalencia de *Pneumocystis* en los recién nacidos fue del 29,7%, lo que muestra una estrecha correlación con el estado portadoras de las madres. La duración media de la gestación en mujeres colonizadas por *Pneumocystis* fue de 31,5 ± 5,5 semanas frente a 34,4 ± 5,3 semanas en el caso de madres no colonizadas (p = 0,017). Un análisis de regresión lineal confirmó el efecto de la colonización por *Pneumocystis* sobre la duración de la gestación (p = 0,01) y mostró que era similar al efecto de la diabetes mellitus.

CONCLUSIONES: El periodo de embarazo parece aumentar el riesgo de colonización por *P. jirovecii* y podría ser una posible causa de partos prematuros hasta ahora desconocida. Sin embargo, se necesitan estudios futuros para definir mejor el papel de la colonización de *Pneumocystis* durante el embarazo.

INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

IF-02 - EFECTIVIDAD DE LA QUINACRINA (MEPACRINE) EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES FOTOSENSIBLES, LUPUS ERITEMATOSO Y DERMATOMIOSITIS. REVISIÓN DE 38 CASOS

R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, F. Navarro Triviño², N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital San Cecilio. Granada.

²Dermatología. Hospital San Cecilio. Granada.

- Wallace DJ. The use of quinacrine (Atabrine) in rheumatic diseases: a reexamination. Seminars in arthritis and rheumatism. 1989; 18 (4): 282-96.
- Toubi E, Rosner I, Rozenbaum M, Kessel A, Golan TD. The benefit of combining hydroxychloroquine with quinacrine in the treatment of SLE patients. Lupus. 2000; 9 (2): 92-5.
- Wozniacka A, Carter A, McCauliffe DP. Antimalarials in cutaneous lupus erythematosus: mechanisms of therapeutic benefit. Lupus. 2002; 11 (2): 71-81.

OBJETIVOS: Hasta ahora el tratamiento antimalárico más utilizado en las enfermedades fotosensibles es la hidroxicloroquina (HCQ), sin embargo a veces la toxicidad retiniana limita su uso. La quinacrina (Qn) o mepacrine tiene la ventaja de carecer de toxicidad en la retina. El objetivo de este estudio es valorar la efectividad de la quinacrina en estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes tratados con Qn en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Campus de la Salud desde Marzo de 2014 a Junio de 2016. Los pacientes fueron monitorizados cada 12 semanas. En cada visita se recogieron datos clínicos y los efectos secundarios así como su adherencia al tratamiento.

RESULTADOS: Treinta y ocho pacientes recibieron quinacrina (32 mujeres y 6 hombres) con una edad media de 45+/- 8 años. Treinta y cuatro pacientes tenían lupus eritematosos sistémico (LES) o cutáneo. Había 11 pacientes con lupus discoide, 7 con subagudo, 3 con chilblain, 3 con paniculitis lúpica, uno con urticaria y otro con S. de Rowell.

Sólo hubo cuatro pacientes con DM.

Quinacrina se administró a dosis de 50-100 mg en la mayoría de los pacientes y el periodo de seguimiento fue de 22.6±28.9 meses. Veintisiete pacientes tenían tratamiento inmunosupresor concomitante, la mayoría de ellos esteroides (21 pacientes), seguido de metotrexate en 10, micofenolato en 6 y azatioprina en 4 pacientes. La indicación más frecuente fue la actividad de la enfermedad (36.8%), seguido de la retinopatía (18.42%), intolerancia a HCQ (prurito, rash cutáneo, e intolerancia digestiva) (15.8%) entre otras.

Se analizó la respuesta clínica en pacientes con LES y lupus cutáneo. Veinticinco pacientes respondieron (68.4%), en 13 (52%) de los cuales mejoró el CLASI y en 12 (48%) el SLEDAI.

La indicación para el uso de Qn en pacientes con DM fue la afectación cutánea, presentando respuesta sólo el 50%.

La respuesta total (en lupus y DM) fue del 56% en pacientes que sólo tenían Qn y 73.3% cuando se usaba combinada con HCQ. En los pacientes que recibieron 50 mg/d de Qn la respuesta fue del 72 %, con 100 mg/d del 63.2% y con 200 mg /d del 100 % (un paciente).

Los efectos secundarios fueron escasos, sólo un paciente refirió tinte amarillento de la piel y otro prurito.

CONCLUSIONES: Hemos observado una alta respuesta al tratamiento en pacientes con LES y lupus cutáneo (68.4%). Como en la literatura, hemos observado que la respuesta es mayor en el lupus discoide y lupus cutáneo subagudo. No observamos respuesta en la urticaria vasculitis. También encontramos en la mayoría de los pacientes con LES una mejoría en el SLEDAI, permitiendo bajar la dosis de esteroides en estos pacientes. En los pacientes con DM, la respuesta fue algo peor.

En nuestra serie se usó la Qn con HCQ, como efecto añadido, observándose una mejor respuesta.

No está claro qué dosis es la mínima efectiva. En la literatura se usa entre 50-300 mg/d. Lo recomendable sería comenzar con 100 mg/d y hacer mantenimiento con 50 mg/d, buscando la máxima efectividad con los mínimos efectos secundarios.

Qn puede ser una alternativa para pacientes poco respondedores o intolerantes a otros antimaláricos y puede ayudar al control de la actividad en enfermedades autoinmunes. La combinación de estos fármacos puede mejorar el control de la actividad fotosensible de la enfermedad autoinmune.

IF-03 - INFLUENCIA DE LA AFECTACIÓN DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA DISNEA E INTOLERANCIA AL EJERCICIO EN LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA

R. Ríos Fernández¹, M. García Pacheco², J. Callejas Rubio¹, P. Mejía², N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital San Cecilio. Granada.

²Servicio de Neumología. Hospital San Cecilio. Granada.

- Koulouris N, Mulvey DA, Laroche CM, Green M, Moxham J. Comparison of two different mouthpieces for the measurement of Pimax and Pemax in normal and weak subjects. Eur Respir J 1988; 1: 863-7.
- Ranque B, Authier FJ, Berezné A, Guillemin L, Mouthon L. Systemic sclerosis-associated myopathy. Ann N Y Acad Sci 2007; 1108: 268-82.
- Spagnolatti L, Zoia MC, Volpini E et al. Pulmonary function in patients with systemic sclerosis. Monaldi Arch Chest Dis 1997; 52: 4-8.

OBJETIVOS: Dada la afectación multisistémica de la esclerodermia y la afectación muscular en la misma, es probable que la afectación de la musculatura respiratoria explique otra causa de disnea en estos pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia de la afectación muscular inspiratoria y espiratoria y su posible relación con la intolerancia o la disnea en el ejercicio de estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se seleccionaron consecutivamente aquellos pacientes con esclerodermia del Hospital San Cecilio de Granada entre enero y septiembre de 2014. Se excluyeron pacientes con datos de hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial grave, con afectación neuromuscular o elevación de CK.

Se usó el test de 6 minutos marcha para evaluar la capacidad de ejercicio con la escala de Borg al final del test. Analizamos la función pulmonar a través de la bodyplestografía calculando la presión inspiratoria en 0.1 s (P0.1), la presión máxima inspiratoria (Pimax) y la presión máxima espiratoria (PEmax).

Se buscó una grupo comparativo de sujetos sanos de la misma edad (+/-5 años) y sexo, como grupo control. Se aplicó el test no paramétrico, U de Mann Withney para dos muestras independientes; considerándose significación estadística una p <0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 59 pacientes, de los cuales 39 eran pacientes con esclerodermia y 20 eran voluntarios sanos.

Los pacientes con esclerodermia mostraron un descenso de la PI max con respecto al grupo control (57.7 ± 21.7 cmH₂O vs. 87.4 ± 10 cmH₂O; $p < 0.005$). El 89.7 % de los pacientes y un 10 % de los controles tenían una presión inspiratoria baja (< 80 cmH₂O) ($p < 0.05$). No se encontró diferencias en la PEmax.

El 39 (100 %) de los pacientes refería disnea en relación al ejercicio y después del T6MM siendo medio en 11 (28.2%), moderado en 12 (30.8%) y grave en 16 (41 %).

Se encontró diferencias en la P0.1 (2.19 ± 0.47 cmH₂O vs. 1.94 ± 0.39 cm H₂O; $p < 0.005$) y en la DLCO (80.7 ± 20.7 ml/min/mmHg vs. 92.5 ± 4.9 ml/min/mmHg; $p = 0.005$), entre los pacientes y el grupo control.

Los pacientes con una PI max menor del percentil 25 mostraron un T6MM menor que los pacientes con un percentil mayor de 25 (372.6 ± 75 m. vs. 435.4 ± 80.3 m.; $p = 0.028$).

CONCLUSIONES: El hallazgo más importante de nuestro estudio es la alta prevalencia de la afectación de la musculatura respiratoria en los pacientes con esclerodermia; el 89.7 % tenían unas presiones inspiratorias por debajo del rango normal. Otro hallazgo relevante de nuestro estudio es la alta prevalencia de la disnea en el ejercicio. Asesoramos la capacidad funcional y el ejercicio con el T6MM y encontramos que los pacientes con PI max en el cuartil más bajo tienen peor T6MM.

Los pacientes con debilidad de los músculos inspiratorios requieren más esfuerzo de la musculatura accesible y como consecuencia experimentan disnea y tienen un T6MM más bajo. El T6MM se correlaciona con la calidad de vida ya que mide un ejercicio submáximo que influye en la mayoría de las tareas cotidianas.

Nuestros datos muestran que la afectación de los músculos respiratorios, especialmente los inspiratorios, es muy común en los pacientes con esclerodermia, afectando a la tolerancia al ejercicio, pudiendo contribuir al deterioro de la calidad de vida.

Dado que la medida de las presiones respiratorias es un test simple, de bajo coste, se recomienda realizarlo en todos los pacientes con ES, especialmente en aquellos que refieren intolerancia al ejercicio.

IF-04 - PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LAS NEURITIS ÓPTICAS INFLAMATORIAS NO ASOCIADAS A ESCLEROSIS MÚLTIPLE

J. Peregrina Rivas¹, M. Trigo Rodríguez¹, D. Sánchez Cano², J. Sáez Moreno³, J. García Serrano⁴, J. Callejas Rubio², R. Ríos Fernández²

¹Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

²Unidad Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas. Hospital San Cecilio. Granada.

³Neurofisiología Clínica. Hospital San Cecilio. Granada.

⁴Oftalmología. Hospital San Cecilio. Granada.

- Mrcsed JW, Frcsed ST, Aung T, Frcsed M, Frcsed SLM. Original Article The presentation , aetiology , management and outcome of optic neuritis in an Asian population. 2001; (May 1999): 312-5.

OBJETIVOS: Analizar el perfil clínico y pronóstico de las neuritis ópticas inflamatorias no asociadas a la esclerosis múltiple (NOINEM) en de pacientes estudiados por la Unidad de Enfermedades Sistémicas y Autoinmunes del Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

RESULTADOS: Se analizaron 15 pacientes (3V/12M) que habían padecido brotes de NOINEM. De los 15 casos, 7 se

correspondieron con neuritis óptica inflamatoria (ION), 7 con neuritis óptica inflamatoria crónica recidivante (CRION) y 1 con neuromielitis óptica (NMO-NO). El rango de edad fue de 25 a 76 años, siendo la edad media de aparición del primer episodio de 40.9 años (DS 15.1). En el 60% de los pacientes la forma de presentación en el primer episodio fue la pérdida de visión y el dolor retroocular; en el 26.7% la pérdida de visión sin dolor retroocular; en el 6.7% el dolor retroocular sin pérdida de visión; en el 6.7% restante no quedó recogida en la historia clínica (HC) la forma de presentación. En el 60% de los casos, la afectación en el primer episodio de neuritis fue unilateral.

En cuanto a las pruebas complementarias, el estudio de fondo de ojo demostró edema de papila en 6 pacientes y palidez de nervio óptico en 4, no presentando hallazgos de interés en 5 pacientes. En 8 de los pacientes se detectó algún anticuerpo en algún momento de la evolución: en 3 de las ION se detectaron varios anticuerpos (incluido anti-PR3 en un caso), en 2 ninguno, en 1 ANA aislados y en el caso restante AAF aislados; en 4 de los CRION no se detectó ningún anticuerpo, en 2 ANA aislados, en 1 AAF aislados y en ningún caso más de un anticuerpo; en el caso de NMO-NO no se detectaron anticuerpos antiaquaporina ni ningún otro. La punción lumbar fue realizada 5 pacientes, en ninguno de los cuáles se encontraron hallazgos de interés. La resonancia magnética con contraste se realizó en 14 pacientes, mostrando realce del nervio óptico en solo 2 casos. La tomografía de coherencia óptica fue realizada en 4 de los pacientes, encontrándose atrofia de papila en la mitad de los casos, edema macular en un paciente, y no hallando alteraciones en el caso restante. En todos los pacientes se realizaron potenciales evocados visuales en algún momento de la evolución, encontrándose alterados en 12 casos, de los cuáles en el 50% se detectó un patrón desmielinizante, en el 33,3% axonal y en el 16,7% una alteración mixta.

Respecto al tratamiento, en 13 de las HC quedó registrada la administración de corticoides como primer escalón terapéutico, obteniéndose respuesta clínica completa (RC) en 5 de los casos, respuesta parcial (RP) en un caso y recidiva posterior o ausencia total de respuesta (AR) en 7. El 57.1% de las ION presentó RC a corticoterapia, 14.3% RP, 14.3% AR y en el 14.3% restante no quedó registrado este dato en la HC; en el caso de la NMO-NO no quedó registrada dicha respuesta. De los 7 pacientes que recibieron tratamiento con un segundo inmunosupresor (IS) la azatioprina fue el más frecuente. De los pacientes que recibieron tratamiento con un segundo fármaco, sólo 2 presentaron RC. 4 pacientes llegaron a recibir un tercer IS.

CONCLUSIONES: El perfil clínico típico de las NOINEM fue el de una mujer de mediana edad con dolor retroocular unilateral con pérdida de visión ipsilateral. Respecto al tratamiento y pronóstico, en nuestra muestra la respuesta a corticoides en ION fue parcial o ausente en prácticamente la mitad de los casos, siendo preciso el uso de un segundo IS. La mayoría de estos pacientes presentaron una respuesta clínica subóptima, siendo necesaria la administración de un tercer IS. Destacar que nuestra serie de casos es reducida, por lo que no es posible extraer conclusiones estadísticamente significativas.

IF-06 - ÍNDICE INFLAMATORIO DE LA DIETA (IID) Y MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO (LES)

G. Pocovi Gerardino¹, M. Correa Rodríguez², R. Rodríguez López³, M. Martín Amada⁴, M. Cruz Caparrós⁵, A. Barnosí⁶, B. Rueda Medina², N. Ortego Centeno³

¹FIBAO. Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS. Granada.

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada, UGR.

³Servicio de Medicina Interna. Enf. Autoinmunes y Sistémicas. Hospital Campus de la Salud. Granada.

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Ruiz-Canela M, Bes-Rastrollo M, Martínez-González M A. (2016). The role of dietary inflammatory index in

cardiovascular disease, metabolic syndrome and mortality. International Journal of Molecular Sciences.

- Shivappa N, Steck SE, Hurley TG, Hussey JR, Ma Y, Ockene IS, Hébert JR. (2014). A population- based dietary inflammatory index predicts levels of C-reactive protein in the Seasonal Variation of Blood Cholesterol Study (SEASONS). Public Health Nutrition, 17(8), 1825–1833.

OBJETIVOS: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad crónica, autoinmune e inflamatoria, tienen un mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares durante la enfermedad. Se sabe que el estilo de vida, el tipo de dieta y ciertos nutrientes son capaces de modular la inflamación y podrían influenciar el pronóstico de la enfermedad y las complicaciones cardiovasculares (Ruiz-Canela, Bes-Rastrollo, & Martínez González, 2016). Por ello, nos planteamos el estudio de la relación entre el índice inflamatorio de la dieta (IID) y los marcadores de riesgo cardiovascular en una población de mujeres con LES.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de carácter transversal en una cohorte de 105 pacientes diagnosticadas con LES, clínicamente estables. La ingesta de nutrientes y el IID (Shivappa et al., 2014) fue obtenido a través de un recordatorio de alimentos de 24 horas. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) en base a la antropometría y el índice tobillo-brazo (ITB) fue determinado utilizando un mini Doppler vascular (Minidop ES-100VX). El nivel de actividad física fue estimado a través del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). De las analíticas sanguíneas, se obtuvieron los valores del perfil de lípidos incluyendo colesterol total (CT), triglicéridos (TG), lipoproteínas (c-HDL, c-LDL) así como la proteína C reactiva (PCR) y homocisteína. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS: La media de edad de las pacientes fue de $45,38 \pm 12,83$; presentando un SLEDAI de $3,7 \pm 2,9$ y SLICC de $1,3 \pm 1,2$. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el IID, los niveles de CT ($\beta = 0,27$; 95% IC 1,931 – 14,497, $p = 0,011$) y los de c-LDL ($\beta = 0,235$; 95% IC 0,597 – 12,288, $p = 0,031$) de acuerdo con el análisis de regresión. De igual forma, se observó una correlación positiva ($p = 0,040$) entre los niveles de CT y el IID a través del test ANOVA. No se encontraron asociaciones significativas entre el IID y el resto de marcadores de riesgo cardiovascular evaluados.

CONCLUSIONES: Una dieta más proinflamatoria cuantificada a través del IID se asocia un mayor riesgo cardiovascular por un aumento de los niveles de colesterol total y c-LDL. El potencial inflamatorio de la dieta tiene podría tener un efecto en el perfil de lípidos de mujeres con LES. Es necesario considerar la promoción de patrones de alimentación antiinflamatorios que permitan disminuir el riesgo cardiovascular en los pacientes con LES.

IF-12 - RENTABILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN DE CARDIOPATÍAS RELACIONADAS CON EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

M. Rodríguez Fernández¹, G. Romero Molina¹, A. Navarro Puerto², I. Melguizo Moya¹, E. Sánchez García¹

¹Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

- Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006; 4 (2): 295-306.
- Pardos-Gea J, Ordi-Ros J, Aveglano G et al. Echocardiography at diagnosis of antiphospholipid syndrome provides prognostic information on valvular disease evolution and identifies two subtypes of patients. Lupus. 2010 Jan-Apr; 19 (5): 575-82.
- Turiel M, Sarzi-Putini P, Peretti R et al. Five-Year Follow-Up by Transesophageal Echocardiographic Studies in Primary Antiphospholipid Syndrome. Am J Cardiol. 2005 Aug; 96 (4): 574-9.

OBJETIVOS: Evaluar el rendimiento de la ecocardiografía

transtorácica en la detección precoz de cardiopatías potencialmente graves en pacientes con Síndrome Antifosfolípido.

PACIENTES Y MÉTODOS: Fueron incluidos un total de 11 pacientes diagnosticados de SAF en seguimiento desde 2016 en la consulta monográfica de Enfermedades Autoinmunes de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de Valme. El diagnóstico de SAF se estableció en base a los criterios actuales de clasificación de Sydney (1) (2006).

RESULTADOS: Se les realizó ecocardiografía a 7 pacientes (63.6%), de los cuales, 5 (71.4%) presentaron alteraciones cardíacas no justificadas por otra patología concomitante. Las anomalías registradas fueron: valvulopatías (40%), disfunción ventricular (20%), hipertrofia del ventrículo izquierdo (20%) y dilatación de aorta torácica ascendente (20%). Hubo una ecocardiografía patológica no relacionada directamente con el Síndrome Antifosfolípido (14.3%), con datos de cardiopatía hipertensiva; y tan solo una fue informada como normal (14.3%) (Figura 1). Ninguno de los 11 pacientes ha presentado clínica cardiológica, independientemente de los resultados ecocardiográficos.

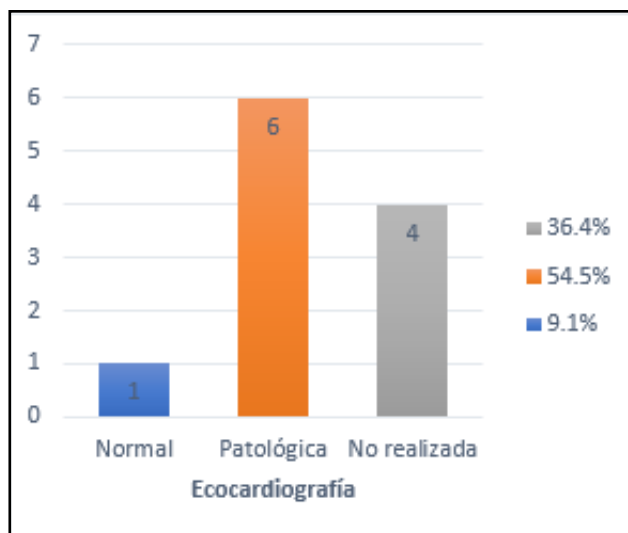


Figura 1.

En cuanto al perfil serológico, 4 de 11 pacientes presentaron triple positividad (36.4%); uno era doble positivo con anticoagulante lúpico (AL) positivo a títulos elevados y anticardiolipina (aCL) positivo (9.1%); y 6 manifestaron positividad solo a un único anticuerpo, de los cuales 5 fueron positivos para AL (45.4%) y solo un caso aCL positivo (9.1%).

CONCLUSIONES: A la luz de nuestros resultados (a pesar de las limitaciones metodológicas), dado el reiterado compromiso de la función cardíaca, sus potenciales complicaciones, y puesto que no existe un consenso claro en este tema en la literatura científica, consideramos conveniente la puesta en marcha de nuevos estudios con mayor potencia estadística, que permitan demostrar la rentabilidad de realizar de forma sistemática una ecocardiografía a todo paciente diagnosticado de Síndrome Antifosfolípido, y pongan de manifiesto su repercusión en el pronóstico y el manejo de la enfermedad.

La realización de una ecocardiografía transtorácica al diagnóstico de un Síndrome Antifosfolípido permite detectar precozmente alteraciones cardíacas asintomáticas (2) que pueden tener implicaciones pronósticas y terapéuticas, dada su frecuencia en estos pacientes (3). Además, es importante disponer de un estudio basal para determinar la posible aparición de complicaciones cardíacas a lo largo del transcurso de la enfermedad.

IF-14 - SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS: EPIDEMIOLOGÍA, FORMA DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Nieto García¹, A. Ruiz Román², J. López Morales¹, V. Sánchez Montagut¹, M. Pérez Quintana¹, S. Rodríguez Suárez¹, J. Andreu Álvarez¹, S. García Morillo¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes, Sistémicas y Minoritarias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Arostegui J. Enfermedades autoinflamatorias sistémicas hereditarias. *Reumatol Clin*; 2011; 7(1): 45-50.
- Toplap N, Frenkel J, Ozen S, Lachmann HJ, Woo P, Koné-Paut, I et al. An International registry on Autoinflammatory diseases: the Eurofever experience. *Ann Rheum Dis*; 2012; 71: 1177-1182.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, variantes genéticas de diferentes enfermedades autoinflamatorias de una cohorte de pacientes adultos con seguimiento en un hospital de 3º nivel.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes adultos en seguimiento en consultas de hospital de referencia con sospecha y/o diagnóstico de síndrome autoinflamatorio. Se caracterizaron variables clínicas, demográficas, de tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo por subgrupo de patología, expresándose resultados en frecuencia y porcentajes y en mediana y recorrido intercuartílico (RIC). Para el análisis se utilizó el software estadístico IBM SPSS v.18

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 51 pacientes, 31 mujeres (60,8%). La mediana de edad al diagnóstico fue 28 años (RI 15-40). El tratamiento más utilizado fue colchicina (60,8%), esteroides (43,1%), FAMES (21,6%), anti IL-1 (17,6%). Por subgrupo de patologías la más prevalente con 31 casos (60,78%), 16 mujeres (51,6%) fue la fiebre mediterránea familiar (FMF) presentando 15 pacientes (48,4%) mutaciones patogénicas, 8 pacientes (25,8%) mutaciones de baja penetrancia y el resto (25,8%) polimorfismos genético. La mediana de edad al diagnóstico fue 30,6 años (RI 16-44). La clínica más frecuente fue fatiga (80,6%), elevación de reactantes de fase aguda (RFA) (71%), fiebre y mialgias (67,7%), artralgias (64%), dolor abdominal (48,4%), rash (31%), artritis (29%), linfadenopatía (29%), serositis (12,9%). Con respecto al TRAPS se diagnosticaron 10 pacientes (19,6%), 7 mujeres (70%), con una mediana de edad al diagnóstico de 26,5 años (RI 15-31,5). La clínica más frecuente fue artralgias, fatiga y mialgias (90%) con elevación de RFA, fiebre (80%), dolor abdominal (70%), rash (60%) y artritis (50%). Se evidenciaron 2 casos de mujeres (4%) con síndrome de Schnitzler, con clínica de artritis, elevación de RFA y dolor torácico (en 1 caso). Hubo 6 casos (11,8%) de enfermedad asociada a gen NOD 2 con una mediana de edad al diagnóstico de 30 años (RI 12,5-40), 4 fueron mujeres (66,7%). La clínica más frecuente fue artralgias, fiebre y mialgias (83,3%) con elevación de RFA, artritis (66,7%), dolor abdominal, aftas orales y rash (66,7%). En la enfermedad asociada a gen NLRP12 hubo 2 casos (3,9%), los dos casos fueron mujeres. La clínica más frecuente fue artralgias, artritis, fiebre, fatiga, aumento de RFA y serositis (en un caso). Hubo un caso de enfermedad asociada a gen NLRP3- (criopirina) (2%) en una mujer con fiebre y pioderma gangrenoso refractario y otro de mujer con diagnosticada de Muckle-Wells (2%) sin diagnóstico genético con clínica de sordera desde la infancia, conjuntivitis, fiebre y artritis. Hubo un caso diagnosticado de PFAPA (2%) en una mujer con fiebre, faringitis, rash y linfadenopatía. Hubo un caso no filiado en un varón.

CONCLUSIONES: Los síndromes autoinflamatorios forman parte de las enfermedades raras, debido a su baja prevalencia (menos de 5 casos/10.000 habitantes), por lo cual es difícil llegar al diagnóstico. En la mayoría de casos no existe un diagnóstico genético exacto y el conocimiento es limitado en cuanto a la correlación entre el genotipo y el fenotipo. Por otro lado es poco frecuente que haya antecedentes familiares.

ENFERMEDADES MINORITARIAS

M-02 - INFUSIÓN DOMICILIARIA DE PATISIRAN, UN FÁRMACO ARNI EN INVESTIGACIÓN PARA PACIENTES CON AMILOIDOSIS HEREDITARIA MEDIADA POR TRANSTIRETINA: ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA

C. Mancilla Reguera¹, C. Borrachero Garro¹, F. Muñoz Bea-
mud¹, E. Gutiérrez Jiménez¹, A. González Macía¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- Adams et al. *BMC Neurology* (2017) 17: 181. DOI 10.1186/s12883-017-0948-5.

OBJETIVOS: Evaluar los datos de seguridad y adherencia terapéutica en la administración domiciliar de patisiran, fármaco de administración intravenosa, como parte de un ensayo clínico de tratamiento de la amiloidosis hereditaria por transtirretina (AHTTR)

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio de extensión abierto, multicéntrico e internacional, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de la administración de patisiran en pacientes con amiloidosis AHTTR y polineuropatía que completaron un ensayo clínico previo con patisiran. Fueron candidatos los pacientes del estudio en fase 2 OLE y del estudio APOLLO, con independencia del tratamiento previo (patisiran o placebo). Todos los pacientes recibieron patisiran 0,3 mg/kg iv cada 3 semanas (Adams et al, 2017). En los casos permitidos por la legislación local, los pacientes pudieron recibir infusiones domiciliarias realizadas por un profesional sanitario entrenado en el protocolo y la administración de patisiran. Por protocolo, se permitieron infusiones domiciliarias una vez se hubiera administrado en el hospital al menos 3 veces en este estudio sin haber presentado EA.

RESULTADOS: A julio de 2017, se contó con datos basales de 188 pacientes (APOLLO/placebo, n=43; APOLLO/patisiran, n=120 y OLE en fase 2/patisiran, n=25). En total, 15 pacientes (8,2%) habían recibido acumuladamente 160 infusiones domiciliarias de patisiran. Los pacientes que recibieron patisiran mediante infusión domiciliar incluyeron 4 pacientes del grupo placebo y 8 del grupo de patisiran del estudio APOLLO, y 3 del estudio en fase 2 OLE. De los 15 pacientes, 14 no presentaron reacciones a la infusión con ninguna de las infusiones domiciliarias. Un paciente experimentó enrojecimiento facial leve tras varias infusiones, sin requerir ningún tratamiento médico específico; uno de estos episodios se acompañó de náuseas leves. La administración domiciliar mediante enfermería formada acorde a la patología referida permitió asegurar completa adherencia al tratamiento. Los pacientes confirmaron la comodidad y satisfacción, mediante entrevista personalizada, con este programa de tratamiento domiciliario.

CONCLUSIONES: El creciente empleo de tratamientos ambulatorios mediante el uso de los hospitales de día ha permitido mejorar el confort de los pacientes sin perjuicio de un mayor número de reacciones adversas. Este es el fundamento de plantear tratamiento intravenoso en domicilio con patisiran, fármaco en investigación en amiloidosis hereditaria por transtirretina, que comprende unas 3 horas de duración entre premedicación, infusión del fármaco y observación posterior de reacciones adversas. La ausencia de reacciones adversas graves unida a la percepción de los pacientes, ya ampliamente sujetos al ámbito hospitalario debido a pruebas diagnósticas y tratamientos, de comodidad y aumento de calidad de vida, hacen considerar esta vía como una alternativa futura de tratamientos intravenosos a largo plazo.

Los pacientes que recibieron infusiones domiciliarias de patisiran mostraron una tasa e incidencia de EA similares frente a aquellos que lo recibieron en centros hospitalarios durante el mismo periodo. Además, los pacientes que recibieron infusiones domiciliarias cumplieron con todas las administraciones programadas del fármaco. Estos datos sugieren que la infusión domiciliar, siempre que esté autorizada, puede ser una opción viable.

M-03 - PATISIRAN, UN FÁRMACO ARNI EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA (AHTTR): RESULTADOS DEL ENSAYO EN FASE 3 APOLLO

E. Gutiérrez Jiménez¹, F. Muñoz Beamud¹, C. Borrachero Garro¹, A. González Maciá¹, C. Mancilla Reguera¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- Adams et al. BMC Neurology (2017) 17: 181. DOI 10.1186/s12883-017-0948-5.

OBJETIVOS: Describir la eficacia y seguridad de patisiran a partir de los datos del estudio en fase 3 APOLLO.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico internacional, aleatorizado (2: 1), doble ciego y controlado con placebo, con patisiran 0,3 mg/kg o placebo iv cada 3 semanas en pacientes con amiloidosis AHTTR con polineuropatía (Adams et al, 2017) (NCT01960348). Criterio de valoración principal: variación respecto a la situación basal en la escala de discapacidad por neuropatía mNIS+7, comparado con placebo a los 18 meses. Criterios de valoración secundarios: QOL (Norfolk QOL-DN), fuerza motora (NIS-W), discapacidad (R-ODS), velocidad de marcha (10-MWT), estado nutricional (mBMI) y función vegetativa (COMPASS-31).

RESULTADOS: Se incluyeron 225 pacientes (19 países, 4 continentes), edad media 61 años, 43% con la mutación V30M y otras 39 mutaciones TTR distintas, NIS medio 59,3 (rango: 6,0 – 141,6), 75% PND>1 (dificultad para caminar) y 56% con afectación cardíaca. A los 18 meses, la variación media de mínimos cuadrados (LS) vs. basal (IC95%) en el mNIS+7 demostró una mejoría significativa con patisiran vs. placebo: -34,0 [-39,9; -28,1] (p=9,26x10⁻²⁴). Todos los criterios de valoración secundarios mostraron una mejoría significativa favorable a patisiran vs. placebo a los 18 meses; variación media LS vs. basal [IC95%]: Norfolk QOL-DN -21,1 [-27,2; -15,0], R-DOS 9,0 (p=4,07x10⁻¹⁶), 10-MWT (m/s) 0,3 (p=1,88x10⁻¹²), mBMI (Kg/m² x albúmina (g/dl) 115,7 (8,83x10⁻¹¹) y COMPASS-31 -7,5 (p=0,0008). Patisiran se toleró bien, con una frecuencia similar de EA (96,6%; 97,4%), EA graves (36,5%; 40,3%), y muertes (4,7%; 7,8%) en los grupos de patisiran y placebo, respectivamente. Los EA notificados en ≥10% y observados con mayor frecuencia (diferencia > 5%) con patisiran fueron edema periférico y reacciones a la infusión, siendo en general ambos leves o moderados; un paciente en el grupo de patisiran suspendió el tratamiento debido a una reacción moderada a la infusión, con enrojecimiento facial.

CONCLUSIONES: La amiloidosis AHTTR es una enfermedad rara, multisistémica, de progresión rápida, potencialmente mortal, causada por una mutación del gen TTR que produce el depósito de fibrillas de amiloide en distintos órganos. Su presentación clínica, heterogénea, incluye neuropatía sensitiva, motora y vegetativa, así como afectación cardíaca, que se asocia a una morbilidad y mortalidad significativas. Patisiran, un fármaco ARNi en investigación, reduce la síntesis de TTR mutado y normal. Los prometedores resultados del ensayo clínico permiten situarlo como una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la AHTTR frente al tratamiento estándar con trasplante hepático.

APOLLO es el mayor estudio controlado en amiloidosis AHTTR. Incluyó una amplia variedad de genotipos TTR y de gravedad de la neuropatía, la mayoría con afectación cardíaca. La administración de patisiran se asoció a una mejoría significativa de la neuropatía motora, sensitiva y vegetativa, con una reducción significativa de los síntomas de la enfermedad, y con un perfil de seguridad favorable respecto a placebo.

OTROS

O-08 - UTILIDAD DE LA PET/TC EN LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Faro Míguez¹, J. García-Fogeda Romero¹, E. Guirao Arrabal², H. Magro García³

¹Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

²Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

³Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

- Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33: 159-74.

OBJETIVOS: Describir el perfil de paciente, la orientación diagnóstica y motivo de solicitud inicial de las PET/TC realizadas en el año 2017. En aquellos pacientes en los que se realizó también una TC, valorar la equivalencia diagnóstica y si la PET/TC ha aportado información al clínico añadida. Determinar en qué pacientes ha supuesto una ayuda importante al diagnóstico final.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

RESULTADOS: Se incluyeron 126 pacientes a los cuales se realizó una PET/TC entre enero y diciembre de 2017. La media de edad fue de 59,46 años con una desviación típica de 15,83. Enfermedades Autoinmunes Sistémicas aportó el 65,9% (83/126) de los pacientes, seguido de Medicina Interna con un 31,7% (40/126) y por último Infecciosas con un 2,4%(3/126). Más de la mitad de las PET/TC se solicitaron desde Hospitalización (74/126).

Se realizó una tomografía computerizada simple (TC) previa a la PET/TC en 82/126 pacientes (65.1%). En este grupo, los resultados de la TC fueron equivalentes a los de la PET/TC en un 54,9% (45/82); por otro lado, la PET/TC aporta información añadida al clínico sobre la TC en un 61% (50/82). Al solicitarse la PET/TC, la sospecha diagnóstica más frecuente fue la búsqueda de foco neoplásico primario/tumor oculto en 45/126 (35.7%), seguida de enfermedad autoinmune o inflamatoria no vasculítica en 25/126 (19.8%), cuadro constitucional 21/126 (16.7%), vasculitis en 16/126 (12.7%), fiebre de origen desconocido en 7/126 (5.6%), endocarditis infecciosa en 2/126 (1.6%) y otras sospechas en 10/126 (7.9%).

Finalmente, se evalúa la concordancia entre la PET/TC y el diagnóstico final. Si se analiza de forma global, los resultados son concordantes en 78/126 (61,9%) con un índice kappa de 0,57. Si estos resultados se desglosan por categorías, realizando el test de kappa en cada una de ellas, el índice de concordancia kappa y el acuerdo observado en las más representativas de ellas es de 0,48 (acuerdo observado de 79%) en aquellos con patología autoinmune (20/126), 0,61 (acuerdo observado de 84%) en ausencia de patología (25/126), 0,69 (acuerdo observado de 89%) en cuadros tumorales (23/126) y de 0,57 (acuerdo observado de 93,6%) en enfermedades infecciosas (6/126). La sensibilidad (S) en la detección de patología tumoral fue del 72% y la especificidad (E) del 95 %. Para patología infecciosa obtuvimos una S del 75% y una E del 95%. Para patología autoinmune obtuvimos una S de 47% y una E de 95%, y finalmente para descartar enfermedad obtuvimos una S de 89% y una E de 83%.

CONCLUSIONES: El número de indicaciones de la PET/TC ha incrementado notablemente. Es necesario cuantificar su rentabilidad diagnóstica ya que se trata de una prueba costosa y de limitada disponibilidad.

La principal sospecha diagnóstica o motivo para solicitar esta prueba en nuestro centro, es la búsqueda de tumor primario/oculto. Según los resultados obtenidos, la equivalencia entre la TC y la PET/TC es alta. Aporta información añadida en la mayoría de pacientes, si bien esta variable

es una apreciación subjetiva del clínico. Si atendemos a la concordancia entre la PET/TC y el diagnóstico final, esta es alta de forma global; sin embargo, si desglosamos por categorías, solo se alcanza un índice de kappa superior a 0.6 en cuadros tumorales y en ausencia de patología, encontrando un valor moderado-bajo en el resto de categorías.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

PP-05 - APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Luque del Pino¹, S. Domingo González¹, V. Agustín Bandera¹, J. García de Lomas Guerrero¹, P. Macías Ávila¹, R. Cotos Canca¹, M. Martín Escalante¹, J. García Alegría¹

¹Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

- Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2): 89-96.

OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio es detectar de forma sistemática las prescripciones apropiadas e inapropiadas más frecuentes, aplicando los criterios STOPP/START, en pacientes pluripatológicos hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un registro de variables demográficas, estancia media hospitalaria, índice de Barthel y Profund al alta, número de fármacos prescritos antes y después del ingreso, número de categorías clínicas del paciente pluripatológico, así como el número de fármacos inapropiados que debían suspenderse aplicando los criterios STOPP y los números de fármacos adecuados omitidos en la prescripción inicial y que debían iniciarse aplicando los criterios START.

RESULTADOS: Se revisaron las historias clínicas de 120 pacientes hospitalizados desde octubre a diciembre de 2017, siendo la mayoría hombres (54%) con una edad 80.7 ± 8 años, una estancia media hospitalaria de 8 ± 5 días, un índice de Barthel y Profund al alta de 48 ± 30 y 8.4 puntos, respectivamente. El 50% de los pacientes presentó al menos 2 categorías clínicas del paciente pluripatológico, mientras que un 25% presentó más de 3 categorías, siendo las más frecuentes la A (23%), la E (22%) y la B (18%). El número de fármacos prescritos previos al ingreso apenas se modificó al alta, con una media de 10 fármacos por paciente. Un total de 85 pacientes (70%) presentó algún criterio STOPP/START, de los cuales, 45 (53%) presentaron sólo criterios STOPP, 33 (36%) presentaron tanto criterios STOPP como START y 7 (8%) presentaron únicamente criterios START. Por otro lado, de los 80 criterios STOPP detectados, 41 (51%) fueron finalmente aplicados; y del total de 41 criterios START detectados, 31 (76%) fueron finalmente aplicados. Las prescripciones inapropiadas más frecuentemente detectadas por medio de los criterios STOPP fueron las benzodiacepinas (31%), los inhibidores de la bomba protones (26%), el ácido acetilsalicílico (10%), los antipsicóticos (6%) y las estatinas (5%). En menor proporción destacaron los anticoagulantes orales (4%), los betabloqueantes (2%), la digoxina (2%) y la amiodarona (2%) (Ver gráfico 3). En cuanto a las prescripciones apropiadas omitidas más frecuentes fueron los betabloqueantes (12.5%), los IECA en la nefropatía diabética e insuficiencia cardíaca sistólica (12.5%), los laxantes concomitantes a uso prolongado de opioides (12.5%), los antimuscarínicos en la EPOC leve/moderada (9%) y los anticoagulantes orales en la fibrilación auricular (9%). En menor proporción deberían haberse iniciado el ácido acetilsalicílico como prevención cardiovascular secundaria (7%), el oxígeno domiciliario en pacientes con hipoxemia crónica con $\text{SatO}_2 < 89\%$ (5%) y los alfa-bloqueantes en el prostatismo sintomático (5%).

CONCLUSIONES: Los pacientes pluripatológicos ingresados en Medicina Interna fueron la mayoría hombres mayores de 80 años, que cumplían la mayoría al menos 2 categorías clínicas del paciente pluripatológico y con un índice de Profund elevado, con una mortalidad anual próxima al 50%. Gracias a la aplicación de los criterios STOPP/START se detectó algún error de prescripción hasta en el 70% de los pacientes pluripatológicos hospitalizados, aplicándose con éxito el 51% de los criterios STOPP y hasta el 76% de los criterios START. Los fármacos inapropiados más comúnmente prescritos fueron las benzodiacepinas, los IBP, el AAS, los antipsicóticos y las estatinas; mientras que las prescripciones apropiadas omitidas más frecuentes fueron los betabloqueantes, los IECA y los laxantes.



Figura 1.

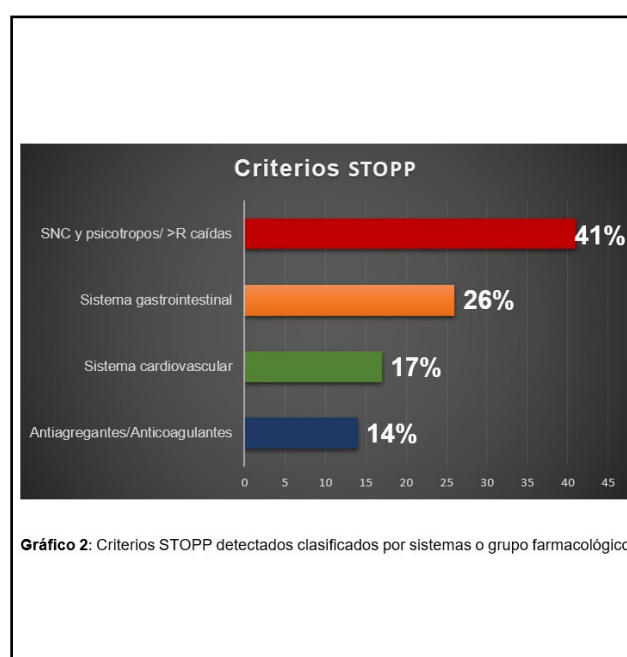


Figura 2.

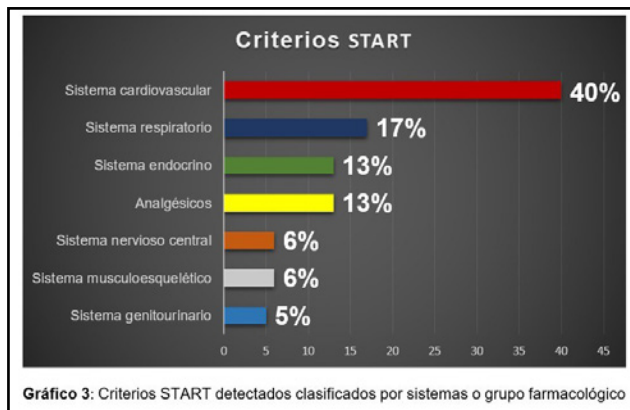


Figura 3.

ANDALUCÍA MÉDICA

magazine

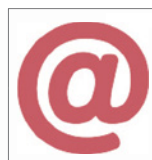
Revista editada por el
Consejo Andaluz de Colegios de Médicos



Artículos de actualidad, mesas de trabajo,
noticias provinciales, sociedades científicas,
opinión, vocalías, cooperación...



Publicación
cuatrimestral



Disponible
impresa y **online**

www.andaluciamedica.es

Toda la **información** sobre la **actualidad colegial** en Andalucía

COMUNICACIONES ORALES BREVES

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DP-01 - FRECUENCIA Y PERFIL DE PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE FENTANILLO INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

L. Guillén Zafra¹, M. Tornero Divieso¹, P. Aguilar Jaldo¹

¹Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

- Dart RC, M.D., Ph.D., Surratt HL, Ph.D., Cicero TJ. Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States. N Engl J Med 2015; 372: 241-8.
- West NA, Severtson SG, Green JL, Dart RC. Trends in abuse and misuse of prescription opioids among older adults. Drug Alcohol Depend 2015; 149: 117-21.

OBJETIVOS: Analizar la frecuencia de uso de fentanilo en pacientes ingresados en una planta de Medicina durante un trimestre en tres años diferentes y las características de los mismos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo donde se incluyeron pacientes que ingresaron durante los meses de septiembre, octubre y diciembre de los años 2006, 2015 y 2017 en una planta de Medicina Interna. Se revisó la frecuencia de prescripción de fentanilo respecto al total de ingresos durante esos meses y se compararon en los tres años, así como las características de los pacientes con dicha prescripción. Estos datos fueron analizados a fin de comprobar cambios en la frecuencia y perfil de los pacientes que tenían prescrito dicho fármaco.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 145 pacientes. En la tabla se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de los datos estratificado por año y las distintas variables analizadas: tipo de dolor, subdividido en dolor crónico oncológico (DCO) con metástasis (MTS) óseas, dolor crónico oncológico (DCO) sin metástasis (MTS) óseas, dolor crónico no oncológico (DCNO) musculoesquelético (ME) y dolor crónico no oncológico (DCNO) no musculoesquelético; edad media; sexo (H: hombre; M: mujer) y nueva prescripción de fentanilo al ingreso. Con respecto a la frecuencia, porcentaje en los años 2006, 2015 y 2017 fue respectivamente: 5.07%, 5.2% y 3.87%.

CONCLUSIONES: El uso de fentanilo en España clásicamente ha sido inferior en comparación con otros países europeos y EEUU, pero entre los años 2008 y 2015 ha experimentado un aumento del 84% por diferentes motivos, entre los que destacan los efectos secundarios de los AINES, el aumento de uso en pacientes no oncológicos y los tratamientos crónicos.

Los datos obtenidos en nuestro estudio arrojan resultados esperanzadores, ya que el análisis de frecuencias no ha

AÑO	DCO con MTS óseas	DCO sin MTS óseas	DCNO ME	DCNO no ME	EDAD	SEXO	NUEVA PRESCRIPCIÓN
2006	37.9% (11)	20.7% (6)	41.4% (12)	0% (0)	77.2 +/- 8.6	37.9% (11) H 62.1% (18) M	41.4% (12)
2015	10% (4)	17.5% (7)	72.5% (29)	0% (0)	70.7 +/- 12.8	47.5% (19) H 52.5% (21) M	37.5% (15)
2017	13.8% (11)	15% (12)	56.3% (45)	10% (8)	77.4 +/- 10.2	41.3% (33) H 53.8% (23) M	41.3% (33)

Tabla 1.

demostrado un aumento en la prescripción de fentanilo en los pacientes hospitalizados de nuestra unidad. El perfil de los pacientes que consumen fentanilo en su mayoría son mujeres mayores de 65 años con dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético, tal y como está recogido en la literatura.

DP-03 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES Y ATENCIÓN PROPORCIONADA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y HOSPITALARIOS

R. García Serrano¹, C. Jiménez Juan¹, D. Blanco Alba², J. Ternero Vega¹, J. Lanseros Tenllado¹, P. Díaz Jiménez¹, A. Fernández López¹, M. Nieto Martín¹

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

²Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

- Galindo Ocaña FJ, Hernández Quiles C, editores. Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos. Madrid: Grunenthal; 2017. ISBN: 978-84-697-4586-1.
- Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Simón Lorda P. Documento marco bioético y jurídico en cuidados paliativos. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. 2008. Consejería de Salud de Andalucía.

OBJETIVOS: Analizar la situación clínica y la atención proporcionada a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y Hospitalización Domiciliaria (HD) del Hospital Universitario Virgen del Rocío con el objetivo de evaluar las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos existente en Andalucía y detectar áreas de mejora.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de los registros de las historias clínicas de todos los ingresos efectuados en la Planta de Hospitalización de CP y en HD del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante tres semanas, del 15 de febrero al 8 de marzo de 2017. Se incluyeron 95 pacientes, en los que se analizó el motivo de ingreso, los síntomas existentes, la mortalidad, la atención psicosocial recibida, los datos sobre la información médica y el uso de la sedación paliativa.

RESULTADOS: Ver tabla.

MOTIVO DE INGRESO			ATENCIÓN PSICOSOCIAL		
Datos globales	Seguimiento	53.7%	Equipo de atención psicosocial		
	Control de síntomas	24.2%	Paciente valorados		
	Peor estado general	21.1%	Número valoraciones		
	Situación de últimos días	12.6%	Tiempo de derivación desde el ingreso		
	Nuevos síntomas	6.3%	Tiempo desde la primera valoración al éxito		
Principal motivo por unidad	Clasificación familiar	1.1%	Instrumento de diagnóstico de complejidad en Cuidados Paliativos (IDC-PAL)		
	Valoración del paciente	1.1%	No complejidad		
	UCP	47.2%	Complejo		
SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES			Voluntariado		
TOTAL			Paciente atendidos		
Dolor			Motivo de atención		
Diseña			Acompañamiento		
Astenia			Ayuda en los cuidados		
Trastorno de conducta o adaptativo			INFORMACIÓN MÉDICA		
Estreñimiento			Información médico - paciente		
Nauseas / vómitos			No reflejado o información escasa		
Cagueña			Información completa		
Hemorragia			Información familia - paciente		
Delirium			No recogido		
Disfagia			Comunicación fluida		
MORTALIDAD			Inhibición de la comunicación		
Global			Conspiración de silencio		
UCP			SEDACIÓN PALIATIVA		
HD			Sedación		
Lugar			Global		
UCP			UCP		
HD			HD		
100% hospital			Información previa al paciente		
Hospital (CP)			Registro de escala Ramsay-Hunt		
Domicilio			Motivo de inicio de la sedación		
Desconocido			100% control de síntomas		
Tamaño hasta el éxito			51,6 horas [2-192]		

Tabla 1.

CONCLUSIONES: En la UCP un 69,4% de los pacientes ingresaron por un empeoramiento del estado general y/o situación de últimos días mientras que en HD más de la mitad ingresaron para seguimiento del paciente, esto concuerda con que tanto la prevalencia de síntomas como la mortalidad fuese más elevada en la UCP. Dentro del grupo de sujetos atendidos en HD, 9 pacientes fallecieron durante el estudio y 6 de estos lo hicieron en su domicilio. Esto nos permite suponer que el seguimiento realizado por HD favoreció la posibilidad de morir en el propio domicilio, siendo esto uno de los objetivos recogidos en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos vigente en Andalucía.

Sólo un 7.4% de los pacientes fue valorado por el equipo de atención psicosocial, siendo más de la mitad de estos casos complejos. Deberíamos plantear reforzar este tipo de atención, ya que está demostrado que suele ser beneficiosa tanto para el propio paciente como para la familia.

No existe una aplicación sistemática del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos vigente en Andalucía, no estando recogida en la mayoría de los casos la información que la familia y el paciente habían recibido respecto al diagnóstico, el pronóstico o el inicio de la sedación hecho que habría que mejorar ampliando la información que queda registrada en la historia clínica

DP-04 - PERFIL DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS Y HOSPITALARIOS

R. García Serrano¹, D. Blanco Alba², P. Díaz Jiménez¹, J. Laneros Tenllado¹, J. Ternerero Vega¹, C. Jiménez Juan¹, L. Moreno Gaviño¹, M. Nieto Martín¹

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

²Medicina Interna. Universidad de Sevilla.

- Galindo Ocaña FJ, Hernández Quiles C, editores. Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos. Madrid: Grunenthal; 2017. ISBN: 978-84-697-4586-1.
- Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Simón

Lorda P. Documento marco bioético y jurídico en cuidados paliativos. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. 2008. Consejería de Salud de Andalucía.

OBJETIVOS: Analizar las características asistenciales y el perfil de una muestra de pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y Hospitalización Domiciliaria (HD) del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional de los registros de las historias clínicas de todos los ingresos efectuados en la Planta de Hospitalización de CP y en HD del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante tres semanas, del 15 de febrero al 8 de marzo del 2017. Se estudiaron variables de filiación, clínicas, asistenciales, funcionales, pronósticas y socio-familiares.

RESULTADOS: Ver tabla.

VARIABLES DE FILIACIÓN			PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES		
Pacientes incluidos	95		Datos globales	Otro servicio hosp	48.4% (46)
Edad media	71.77 [25-95]			Atención primaria	16.8% (16)
Sexo	Mujeres	45% (45)		Urgencias	25.3% (24)
	Hombres	52.6% (50)	De HD a UCP	9.5% (9)	
Lugar de ingreso	UCP	37.9% (36)	Origen más frecuente por unidad	UCP	63.9% (23)
	HD	62.1% (59)		HD	69.5% (41)
PERFIL DE PACIENTES			SOPORTE FAMILIAR		
Oncológicos Vs no oncológicos			Cuidador principal	Sí	88.4% (84)
	Oncológico	No onco		No	6.3% (6)
Datos globales	60% (57)	40% (38)		Desconocido	5.3% (5)
UCP	66.7% (24)	33.3% (12)	Parentesco del cuidador principal	Pareja	40.43%
HD	55.9% (33)	44.1% (26)		Hijos-hermanos	39.35%
Patologías más frecuentes				Contratado	5.32%
Insuficiencia cardíaca				No valorable	14.89%
Cáncer de pulmón			Índice de esfuerzo del cuidador		
Cáncer de colon				No recogido	100%
Identificación de los pacientes			Clasificación familiar	No presente	68.4% (65)
Pacientes paliativos				Presente	16.8% (16)
Pacientes pluripatológicos				No valorable	13.7% (13)
Existencia o no de VVA			CONSUMO DE RECURSOS		
Existencia o no de VVA			Nº de ingresos en los 6 meses previos	Datos globales	1.4 [0-7]
Nivel de complejidad				UCP	1.6+/-1.2
Capacidad funcional				HD	1.2+/-1.2
Índice de Barthel			Nº de consultas en Urgencias en los 6 meses previos	Datos globales	2.3 [0-9]
Escala funcional paliativa				UCP	2.6+/-2
Pronóstico				HD	2+/-1.8
I.Profund			Duración del ingreso	UCP	5.45
I.Paliar				HD	15.6
Datos globales					
10,11+/-5					
5,3+/-3,8					
UCP					
12,2+/-5,2					
6,3+/-3,8					
HD					
8,8+/-4,5					
4,6+/-3,6					

Tabla 1.

CONCLUSIONES: Los Cuidados Paliativos y la Hospitalización Domiciliaria están adquiriendo una importancia fundamental en el sistema sanitario y en la sociedad en su conjunto debido a diversos factores, como el envejecimiento de la población y el aumento exponencial de los enfermos crónicos pluripatológicos o con enfermedades avanzadas, lo que hace que un 40% de los pacientes incluidos en nuestro estudio sean no oncológicos. El perfil de pacientes que ingresaron en estas unidades se caracterizan por ser de edad avanzada, con una dependencia elevada, alta mortalidad a corto plazo y disponer de un cuidador principal, fundamentalmente familiares de primer grado (conjugue y/o hijos).

No existe una aplicación sistemática del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos existente en Andalucía, no estando generalmente recogida en la historia clínica la situación de terminalidad, escalas de valoración funcional y pronósticas, el nivel de complejidad o la existencia o no de registro de voluntades vitales anticipadas.

Los pacientes que ingresaron en ambas unidades habían acudido a urgencias y/o estado ingresados como mínimo una vez en los 6 meses previos al estudio, conociéndose ya la existencia de una enfermedad avanzada. Además el 63.9% de los pacientes que ingresaron en Cuidados Paliativos procedían

de Urgencias. Estos datos pueden poner de manifiesto la necesidad de planificar los cuidados, así como de mejorar la coordinación y la continuidad asistencial entre Atención Primaria y hospitalaria, con el objetivo de mejorar la atención minimizando el malestar emocional de pacientes y sus cuidadores.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

EC-01 - RESULTADOS ASISTENCIALES DEL PROCESO CÓDIGO ICTUS EN UN CENTRO SIN NEUROLOGÍA

L. Mérida¹, P. Macías², V. Agustín², J. Peláez¹, J. García Alegría²
¹Urgencias, Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).
²Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

• Bernhardt J, Zorowitz RD, Becker KJ, Keller E, Saposnik G, Strbian D, Dichgans M, Woo D, Reeves M, Thrift A, Kidwell CS, Olivot JM, Goyal M, L Pierot, Bennett DA, Howard G, Ford GA, Goldstein LB, Planas AM, Yenari MA, Greenberg SM, Pantoni L, Amin-Hanjani S, Tymianski M. *Advances in Stroke* 2017. Download PDF

https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021380. *Stroke*. 2018; 49: e174-e199. Originally published April 18, 2018.

OBJETIVOS: Conocer las características y resultados asistenciales de los pacientes incluidos dentro del circuito asistencial del código ictus.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los pacientes con codificación de código ictus (según registro CMBD/registro hospitalario), desde 1 de Enero de 2017 hasta 31 Diciembre de 2017, analizando los estándares de calidad de la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza (ACSA). Para ello se realizó un análisis de 158 pacientes con activación de código ictus, de los cuales el 73.4% (116 pacientes) estaban correctamente codificados como código ictus.

Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo del intervalo de confianza (IC 95%) para las cuantitativas.

El Hospital Costa del Sol es un centro donde no existe el servicio de Neurología dentro de su cartera de servicio.

Se realizó una comparativa de características respecto a años anteriores.

RESULTADOS: De los pacientes incluidos en el protocolo el 80.2% presentaban criterios de inclusión y el 71.2% presentaban criterios de exclusión, siendo el 2.2% criterios de exclusión relativos (fundamentalmente por no control de cifras de tensión arterial).

Se indicó fibrinolisis en 18 casos, estando correctamente indicada en los 20 casos. Dentro de los ictus excluidos en el protocolo de fibrinolisis, podrían haberse incluido 2 casos (en uno no queda especificado en informe la exclusión y otro presentaba déficit invalidante). Por otro lado dentro de los ictus fibrinolizados 5 fueron trasladados con éxito a realización de trombectomía y 4 de los excluidos por NIHSS u otras causas podrían haber sido subsidiarios de derivación a centro de referencia para trombectomía.

Respecto al año anterior se han mantenido los tiempos comparados, aumentando en el año 2017 el tiempo medio puerta/tc de 29 minutos, fundamentalmente debido a la introducción de la cartera de servicios del AngioTc de troncos, para valorar árbol vascular cerebral. No obstante aunque hemos empeorado en este tiempo si se ha notado una mejora en los tiempos puerta aguja e inicio de los síntomas aguja, siendo de 58 y 112 minutos respectivamente.

En cuanto a los resultados asistenciales, durante el año 2017:

Fueron dados de alta con diagnóstico de ictus isquémico un total de 339 pacientes, de los cuales 20 fueron incluidos en protocolo de código ictus y fibrinolizados (8.2% del total).

Del total de pacientes 21 fueron exitos a causa del ictus, siendo la mortalidad observada 9.3%, mientras que la esperada era del 10.3%. La tasa de reingresos fue del 3.1%.

El 42% de los ictus lisados mejoraron su capacidad funcional, un 55% no mejoraron y solo 1 paciente sufrió una transformación hemorrágica tipo 3 y fue exitus.

CONCLUSIONES: Se ha mejorado sustancialmente en la mejoría de los pacientes fibrinolizados, esta mejoría ha sido fundamentalmente por el proceso mecánico de trombectomía. El 50% no cumplían criterios de trombectomía. La tasa de exitus fue escasa derivada del proceso.

EC-02 - MANEJO DE LAS TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

M. Pérez Tristanchó¹, E. Mansilla Rodríguez², C. Díaz², S. Bermejo²

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva.

• Yao X, Abraham NS, Sangaralingham LR, Bellolio MF, McBane RD, Shah ND et al. Effectiveness and Safety of Dabigatran, Rivaroxaban, and Apixaban Versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2016 Jun 13; 5 (6). pii: e003725.

• Larsen TB, Skjøth F, Nielsen PB, Kjældgaard JN, Lip GY. Comparative effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. *BMJ*. 2016 Jun 16; 353: i3189.

• Millón JA, Vilalta N, Arranz JM, Souto JC. Importancia del empleo adecuado de los anticoagulantes orales directos. *Med Clin (Barc)*. 2016; 146 (1): 40-2.

OBJETIVOS: Describir las taquiarritmias supraventriculares agudas más frecuentes, el uso de cardioversión farmacológica y eléctrica. Analizar las escalas de riesgo para ictus, riesgo de hemorragia en fabricación auricular y el papel de los nuevos anticoagulantes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes con taquiarritmias supraventriculares agudas que ingresaron en el Hospital Costa de la Luz en el periodo de 2015-2017. Se analizaron variables demográficas, factores asociados al uso de la cardioversión (CV), evaluación de la escala CHA2DS2-Vasc y HAS-BLED en FA y el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACO). Los resultados se expresaron en proporción, media, odds ratio e IC al 95%. Se utilizó el test de Chi-cuadrado de Pearson y el test de regresión logística. Las variables dependientes fueron la CV y los NACO.

RESULTADOS: Se incluyeron 67 pacientes. El 51,7% fueron mujeres, la edad fue 74,5± 4,9 años, la estancia fue 1 día. Los antecedentes fueron: HTA 58,8%, DM 22,1%, ICC 19,1%, cardiopatía isquémica 19,1%, cardiopatía estructural 32,4%. La arritmia más frecuente fue la FA en 83,8%, flutter auricular 8,8% y la TPSV 5,9% de los casos. Los antiarrítmicos usados fueron: Amiodarona 44,1%, flecainida 26,5%, betabloqueante (BB) 13,2%, BB+digoxina 5,9%, Amiodarona+BB 4,4%, adenosina 1,5%, digoxina+calcioantagonista 1,5%. Se consiguió cardioversión farmacológica (CVF) en el 61,8%, cardioversión eléctrica (CVE) el 29,4% y pasaron a ritmo sinusal de forma espontánea el 7,4%. No encontramos diferencias entre los diferentes antiarrítmicos respecto a la CVF (p=0,39) ni control de la FC (p=0,58). Observamos que los pacientes con cardiopatía estructural presentaron mayor CVF (p=0,004 OR 0,54 IC 95% 0,008-0,38). Encontramos que el CHA2DS2-Vasc

fue de $4 \pm 1,4$ y el HAS-BLED de $1,5 \pm 0,7$ puntos. Fueron dados de alta con anticoagulación el 63,2% de los pacientes. La anticoagulación se realizó con HBPM 17,6%, apixaban 25%, rivaroxaban 7,4%, dabigatran 8,8%, sintrom 7,4%. La presencia de cardiopatía estructural fue un motivo para no prescribir los NACO ($p=0,002$ OR 0,56 IC 95% 0,009-0,34).

CONCLUSIONES:

- La taquiarritmia supraventricular aguda más frecuente fue la FA el 83,8% de los casos.
- Presentaron CVF el 61,8% y se realizó CVE en el 29,4% de los casos.
- Los pacientes con FA tuvieron alto riesgo de ictus por la escala CHA2DS2-Vasc y bajo riesgo de sangrado según la escala HAS-BLED.
- Los NACO se usaron en el 42,6% de las veces y tener una cardiopatía estructural fue el principal motivo para no utilizarlos.

EC-03 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES PCSK-9 Y SU EVOLUCIÓN TEMPORAL

V. Agustín Bandera¹, R. Malvárez Mañas¹, M. Corrales González¹, M. Martín Escalante¹, J. García Alegría¹

¹Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

- Tziomalos K. The role of proprotein convertase subtilisin-kexin type 9 inhibitors in the management of dyslipidemia. *Curr Pharm Des.* 2017; 23 (10): 1495-1499

OBJETIVOS: Describir las características basales al inicio e indicación de tratamiento y su evolución temporal a los dos meses y al año.

PACIENTES Y MÉTODOS: Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes en tratamiento con inhibidores PCSK-9 de una cohorte de 34 casos seguidos en consultas de Cardiología y Medicina Interna entre 2016 y 2017 en el Hospital Costa del Sol (Marbella).

Se realizó análisis descriptivo de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de dispersión con cálculo del intervalo de confianza (IC 95%) para las cuantitativas.

RESULTADOS: De los 34 pacientes, el 73,5% de los casos correspondía a prescripciones de Cardiología y el 26,5% de M. Interna (73,5% con la molécula Alirocumab y el 26,5% Evolocumab).

En relación a las características basales, el 64,7% eran varones y el 35,3% mujeres con una edad media de $56,44 \pm 8,280$ años.

La mayoría presentaba más factores de riesgo cardiovascular: 23,5 % eran diabéticos tipo 2, el 55,9% eran hipertensos, el 20,6% eran fumadores activos, ningún paciente tomaba alcohol, el 82,4% tenía antecedente previo de cardiopatía isquémica, de los cuales, el 14% tenía insuficiencia cardíaca crónica (el 75% presentaba FEVI reducida). Además, el 26,5% presentaban hipercolesterolemia familiar y el 17,6% asociaba hipertrigliceridemia. Por otro lado, el 2,9 % presentaba enfermedad renal crónica, el 8,8% claudicación intermitente y enfermedad cerebrovascular.

El principal motivo de inicio de tratamiento fue el nivel de LDL no en rango (70,6%) seguido de intolerancia a estatinas que fue del 29,4% de pacientes (en todos los casos se describían artromialgias).

La media del colesterol total al inicio fue de $233,21 \pm 46,689$ mg/dL, HDL $47,79 \pm 11,79$ mg/dL y LDL $156,94 \pm 42,95$ mg/dL.

A los dos meses de inicio, colesterol total $138,29 \pm 47,13$ mg/dL HDL $43,48 \pm 9,17$ mg/dL y LDL $68,80 \pm 45,86$ mg/dL.

Al año, todos los pacientes continuaban con el tiramiento, excepto una paciente que presentó mialgias (niveles normales de CK), con una media de colesterol total de $127,78 \pm 25,93$ mg/dL, HDL $48,17 \pm 14,95$ mg/dL y LDL $57,44 \pm 24,15$ mg/dL.

Por último, la media de los triglicéridos entre los pacientes con dislipemia mixta fue de $268,33 \pm 73,65$ mg/dL y al año, $137,50 \pm 36,50$ mg/dL.

CONCLUSIONES: (1) El tratamiento con estatinas reduce sustancialmente la morbilidad cardiovascular tanto en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular establecida. Sin embargo, es difícil alcanzar objetivos de LDL en muchos pacientes, particularmente, en aquellos con un riesgo cardiovascular muy alto o en aquellos con niveles basales muy elevados de LDL-C (por ejemplo, pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota). Además, una proporción considerable de pacientes no puede tolerar altas dosis de estatinas, principalmente, debido a los efectos adversos relacionados con mialgias. En estos casos, la inhibición de la proteína convertasa subtilisina-kexina tipo 9 (PCSK9) con anticuerpos monoclonales parece representar una herramienta útil para alcanzar los objetivos de LDL.

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-07 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS ACTUALMENTE POR EXACERBACIONES DE LA EPOC

L. Giménez Miranda¹, E. Pereira Díaz¹, A. Portolés Callejón¹, F. Moreno Verdejo¹, R. López Alfaro¹, J. Varela Aguilar¹, F. Medrano Ortega¹, E. Calderón Sandubete¹

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

- Hartl S, López-Campos JL, Pozo-Rodríguez F, Castro-Acosta A, Studnicka M, Kaiser B et al. Risk of death and readmission of hospital-admitted COPD exacerbations: European COPD Audit. *Eur Respir J [Internet]*. 2016; 47 (1): 113–21.

OBJETIVOS: Las exacerbaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) son una causa frecuente de ingreso hospitalario y estudios previos han demostrado que tienen una elevada mortalidad (35.1% a los tres meses del ingreso) (1) y un importante impacto sobre la evolución clínica de la enfermedad. Sin embargo, la información disponible sobre el perfil clínico de los pacientes que ingresan actualmente por esta enfermedad es escasa. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y evolución de los pacientes hospitalizados por exacerbaciones de la EPOC en nuestro hospital.

PACIENTES Y MÉTODOS: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: pacientes ingresados de forma consecutiva en el HUVR desde enero de 2015 con diagnóstico principal de exacerbación de EPOC (CIE-9-MC 491,84 y 518,84) identificados del CMBD local, hasta completar el tamaño muestral calculado previamente ($n=108$). Variables: edad, sexo, estancia, servicio de alta, comorbilidades (índice de Charlson modificado), grado de disnea (escala mMRC), clasificación funcional (escala GOLD), criterios de Anthonisen, reingreso a los 3 meses, mortalidad durante el ingreso, a los tres meses y al año del alta hospitalaria.

RESULTADOS: Se incluyeron 108 pacientes. El 61,5% de los pacientes ingresaron en Medicina Interna y el 38,9% en Neumología. La media de edad fue de $71,48 \pm 11,65$ años. El 81,5% fueron varones.

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*
Estandar [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; ***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, Kleven 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/LOMENTOSPOA: 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 lavado 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 si 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 RECIENTE 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 KI pn. CTX-M-15, en 3(23%) casos se identificó KI 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 fluoquinolonas 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	Evitus
Varón	67	KI pn. CTX-M-15	Hematoma intraparenquimatoso	5	NAVM/orina	Si	Imipenem	No
Mujer	72	KI pn. CTX-M-15	Hematoma subdural, TCE	7	NAVM	Si	Imipenem	No
Mujer	36	KI pn. CTX-M-15	HSA	1	Oína	No	Imipenem	No
Varón	55	KI pn. CTX-M-15	Rotura de aneurisma de aorta	4	Catéter	No	Imipenem	No
Mujer	65	KI pn. CTX-M-15	Hematoma intraparenquimatoso	4	No	No	No	No
Varón	15	KI pn. CTX-M-15	TCE	0	Oína	No	Meropenem	No
Varón	75	KI pn. CTX-M-15	TCE	4	No	No	No	No
Varón	43	KI pn. CTX-M-15	Ictus múltiples	4	No	No	No	No
Varón	65	KI pn. CTX-M-15	Ictus masivo	5	NAVM	Si	Meropenem	Si
Varón	55	KI pn. CTX-M-15	S. Guillén Barré	4	No	No	Meropenem	No
Mujer	73	KI pn. CTX-M-15 + OXA48	HSA	3	Oína	Si	Ceftazidima avivactam	No
Mujer	73	KI pn. CTX-M-15 + OXA48	TEP Masivo	6	No	No	No	No
Varón	71	KI 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 Escartí¹

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. Precizaron 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). Precizaron 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.

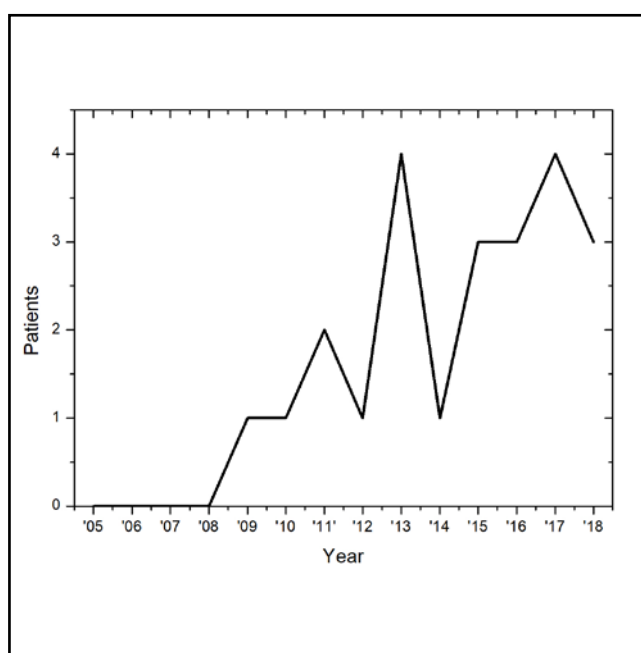


Figura 2.

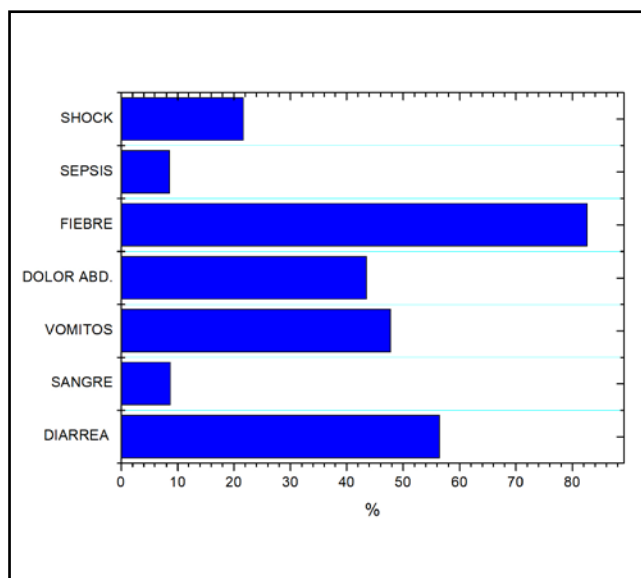


Figura 3.

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

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 periodo 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 Almanjara. 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 bivalente 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 afectos 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 Valín 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 auditorias 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 Tristanchó¹

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

- Gonçalves 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 Loido 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%), Furosemina (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.

Durante el ingreso se recogieron valores analíticos de los que sólo el 30,3% tenían un perfil férreo completo, con una mediana de 164,59 de Ferritina. El 66,7% consultan en urgencias tras el ingreso durante los 3 meses siguientes, el 48,5% por su Insuficiencia cardíaca ingresando por esta causa el 39,4%. El 12,1% falleció durante el ingreso o seguimiento del estudio (desde el Ingreso índice hasta Marzo de 2018).

CONCLUSIONES: En comparación con algunos estudios se observa que nuestra cohorte de pacientes presenta una media de edad más elevada, más diabetes y fibrilación auricular con muchas comorbilidades asociadas. Se sigue observando una elevada prevalencia de enfermedad isquémica, presentado similitudes con respecto a los pacientes con Fracción de Eyección reducida. No se observan grandes diferencias en el tratamiento y las pruebas analíticas, aunque los valores de péptidos natriuréticos al ingreso fueron menores en nuestra muestra. Sí se observa correlación entre el pronóstico y la calidad de vida en función de la Fracción de eyección, siendo más conservada en este grupo de pacientes en comparación con aquellos que presentes menor fracción de eyección.

Nuestros pacientes con Insuficiencia Cardíaca y fracción de eyección intermedia presentan igual prevalencia de eventos coronarios y número de hospitalizaciones que los descritos en la literatura para pacientes con Fracción de Eyección reducida y comorbilidad y calidad de vida similar a los pacientes con Fracción de eyección preservada.

IC-02 - ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA E INTERMEDIA INGRESADOS EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA DESDE ENERO DE 2017

M. Mansilla Rodríguez¹, M. Sidahi Serrano¹, J. Ramos Clemente Romero¹, M. del Castillo Madrigal¹, J. Fernández Soto¹, S. de la Rosa Riestra¹, J. Arrabal Díaz¹, M. Pérez Tristanchó¹

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva.

- Koh AS, Tay WT. Teng THK, Vedin O, Benson L, Dahlstrom U, Savarese G, Lam CSP, Lund LH. A comprehensive population-based characterization of heart failure with mid-range ejection fraction. *Eur J Heart Fail.* 2017; 19 (12): 1624-1634. (12).
- Rickenbacher P, Kaufmann BA, Maeder MT, Bernheim A, Goetschalckx K, Pfister O, Pfisterer M, Brunner-La Rocca HP. Heart failure with mid-range ejection fraction: a distinct clinical entity? Insights from the Trial of Intensified versus standard Medical therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure (TIME-CHF). *Eur Heart Fail.* 2017; 19 (12): 1586-1596.

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

Comparar sus características con los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y fracción de eyección reducida (FEVlr) de ese mismo año para ver si son similares: Número de Ingresos, visitas a Urgencias, grado de dependencia y comorbilidades.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de los episodios de Insuficiencia Cardíaca registrados en Medicina Interna en el Hospital Infanta Elena (Huelva) durante 2017. Ámbito: 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%; FEVI < 40%; NYHA II-III/IV; Ecocardiografía realizada en 2017. Criterios de exclusión: Edad menor de 18 años.

RESULTADOS: Se han recogido en 39 pacientes (33 pacientes con FEVIm y 6 con FEVlr). En relación a los pacientes con FEVlr, el análisis de la edad, los días de ingreso, el número de consultas a urgencias, el número de ingresos, valores de hemoglobina, linfocitos, albúmina, creatinina, hemoglobina glicada, hierro, ferritina, transferrina, IST, PCR, Barthel y Connut no mostraron

diferencias significativas con FEVIm. Se encontraron diferencias significativas en el valor de la FEVI, siendo mayor en el grupo de FEVI intermedia; La clase funcional, valores de péptidos natriuréticos (ProBNP) y escala PROFUND son mayores en el grupo de FEVlr; En cuanto al número de fármacos y los valores de colesterol también se han observado diferencias significativas, siendo mayores en el grupo de FEVIm.

CONCLUSIONES: En comparación con algunos estudios se observa que nuestra cohorte de pacientes presenta una media de edad más elevada, más diabetes y fibrilación auricular con muchas comorbilidades asociadas. Los pacientes con FEVIm además presentan mayor consumo de fármacos y niveles más elevados de colesterol con respecto a aquellos con FEVlr, aunque mejor clase funcional según las escalas de Barthel y Profund. Los valores de ProBNP al ingreso fueron menores en FEVIm que en reducida. En nuestro estudio, al igual que en la bibliografía, se observa una elevada prevalencia de enfermedad isquémica, presentado similitudes con los pacientes con FEVlr.

Con respecto a los pacientes con FEVlr se observan igual prevalencia de eventos coronarios y número de hospitalizaciones, siendo consideradas por algunos estudios como la misma entidad aunque, a su vez, los pacientes con FEVIm presentan mejor calidad de vida y mayor consumo de fármacos.

IC-03 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FEVI REDUCIDA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA ASÍ COMO EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

C. Ocaña Losada¹, N. Castillo Fernández¹, E. Manzano López¹, J. Rodríguez Rodríguez¹, J. Montes Romero¹, F. Gamir Ruiz¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹

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

- González-Juanatey JR et al. Insuficiencia cardíaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(6): 611-9.

OBJETIVOS: La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a gran parte de la población, representando la tercera causa de muerte en España. La publicación de distintos estudios, ha cuestionado la existencia de diferencias en las características clínicas y terapéuticas de los pacientes con IC según la especialidad en la que sean atendidos. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con IC atendidos en una consulta de Cardiología y en una consulta de Medicina Interna.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de los pacientes con diagnóstico de IC con FEVI reducida ($\leq 40\%$) atendidos tanto en una consulta de Cardiología como en una consulta de Medicina Interna durante un periodo de 6 meses. Se recabaron datos sociales, clínicos, analíticos y terapéuticos de cada paciente.

RESULTADOS: 79 pacientes presentaban diagnóstico de IC con FE reducida. 59 fueron atendidos en consulta de Cardiología, varones la mayoría, con una edad media de 67.7 años. 50.8% eran exfumadores y 79.6% sin hábito enólico. Respecto a las comorbilidades asociadas; 52.5% no tenían HTA, con cifras medias de TAS/ TAD de 124.5/ 73.9 mmHg; 40.6% tenían DM, 11.9% FA, 25.4% eran EPOC, 10.2% tenían antecedente de ictus, 8.5% eran hepatópatas y 15.2% nefrópatas, siendo la cifra media de creatinina de 0.98 mg/dL. La etiología más frecuente de la IC fue la isquémica (64.4%), seguida de la valvular (10.2%) y la idiopática (8.5%). La FE media fue de 33.1%, encontrándose 42.4% en clase funcional grado II de la NYHA y 15.2% en grado III. La mayoría tenían betabloqueantes siendo los más usados el bisoprolol (64.4%) y el carvedilol (32.2%). De los antagonistas del eje RAA, un 74.6% tomaban IECAs, la mayoría enalapril (57.6%) o ramipril (16.9%), siendo los ARA-II menos usados (8.5%). El diurético más utilizado fue furosemida (54.2%). De entre los

antagonistas de los receptores de mineralcorticoides, 44.1% tomaban eplerenona. Respecto a otros fármacos; 10.2% tomaban ivabradina y 6.8% digoxina. En cuanto al tratamiento no farmacológico, 13.5% tenían un DAI y 10.2% un RSC.

De los 20 pacientes atendidos en la consulta de Medicina Interna, la mayoría eran varones, con 68.05 años de edad media, el 70% nunca habían sido fumadores y ninguno tenía hábito enólico. El 70% presentaban HTA con cifras de TAS/TAD similares (128.4/ 75.9 mmHg). 35% tenían DM, 15% FA, 5% eran EPOC, 30% con ictus previo, ninguno presentaba hepatopatía y 10% eran nefrópatas, con una media de creatinina de 1.1 mg/dL. Las etiología de la IC fue la misma: cardiopatía isquémica (40%), valvulopatía (10%) y la idiopática (10%). La FE media fue de 34.3%, encontrándose el 30% en clase funcional grado II de la NYHA. La mayoría de los pacientes tenían betabloqueantes (bisoprolol y carvedilol, ambos 45%). El IECA más frecuente fue el enalapril (45%), siendo los ARA-II también menos usados (solo 20% los tomaban). La furosemida fue el diurético más empleado (60%), sin embargo, fue la espironolactona (35%) el principal antagonista del receptor de los mineralcorticoides empleado. Solo un 5% tomaban ivabradina y un 10% digoxina. Ninguno de ellos eran portadores de DAI o RSC.

CONCLUSIONES: Los pacientes con IC con FEVI reducida presentan una importante comorbilidad asociada, precisando una visión global así como un manejo multidisciplinar. Los IECA/ARA-II, los betabloqueantes, los antagonistas de los receptores de mineralcorticoides y la ivabradina, suponen la base del tratamiento, relacionándose con una reducción de la morbimortalidad. En nuestro estudio destacamos un manejo terapéutico similar, independientemente de la especialidad, debido a que en ambos casos se siguen las recomendaciones de las guías europeas.

IC-04 - CARACTERÍSTICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN

J. Lanseros Tenllado¹, R. García Serrano¹, C. Jiménez de Juan¹, J. Ternero Vega¹, P. Díaz Jiménez¹, D. Nieto Martín¹

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

- XGuía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(12):1167.e1-e85.

OBJETIVOS: La prevalencia de la IC es elevada y continúa aumentando en la actualidad, fundamentalmente por dos factores: el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares.

Afecta al 10% de la población mayor de 65 años, supone una gran proporción de los ingresos en Medicina Interna (MI) y genera en España un coste en torno al 2% del gasto sanitario total. Describir las características de los pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca congestiva en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio de cohortes descriptivo en el que se incluyeron aleatoriamente 100 pacientes de una cohorte de 823 que ingresaron en el servicio de MI de un hospital de tercer nivel andaluz (Virgen del Rocío) durante el primer semestre del año 2015 por IC descompensada. Se analizaron variables asistenciales, clínicas, funcionales, farmacológicas y de mortalidad durante el ingreso y tras el alta. Se realizó seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2015.

RESULTADOS: El 64% de los pacientes presentaban una FE>50%, 6% <35% y 10% valor intermedio. En un 16.7% desconocida. En cuanto a la etiología la más frecuente como causa aislada fue la hipertensiva (25%) seguida de isquémica (16.67%) y valvular (14.54%). La causa más frecuente fue la mixta (29%). Respecto al tratamiento había un 94.8% de polifarmacia. El fármaco más usado el diurético (88.5%) seguido del betabloqueante

(60.4%). Seguido de ARAII (38.5%) e IECA (37.5%). ARM 13.5%. Ningún paciente tomaba ivabradina.

CONCLUSIONES: La gran mayoría de pacientes con insuficiencia cardiaca que ingresan en nuestro servicio tienen una FE preservada, teniendo solo un 6% de los pacientes FE <35%. Resultados esperables debido a que la IC con FE deprimida tiene un perfil epidemiológico y etiológico distinto al de la preservada, la cual se relaciona más frecuentemente con edad avanzada y con ser mujer. La causa aislada más frecuente de la insuficiencia cardíaca ha sido la cardiopatía hipertensiva, seguida de la etiología isquémica y valvular. Esto de nuevo resulta congruente con la alta prevalencia de mujeres en la muestra. Aun así hay que destacar que la causa más frecuente fue la mixta, lo cual se explica por las características de los pacientes pluripatológicos con múltiples comorbilidades que resultan en diversos factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardiaca. Los resultados obtenidos en el estudio con respecto al tratamiento de la insuficiencia cardiaca son dispares, en cuanto a su correspondencia con las guías europeas actuales. El grupo farmacológico más usado son los diuréticos. Llama la atención que solo un 13,5% usa ARM, siendo por tanto solo un 13% de los pacientes los que usan los 3 fármacos recomendados de primera línea. También destacar que ninguno de nuestros pacientes tomaba ivabradina. Esto puede ser explicado, en primer lugar por el tipo de pacientes que ingresan en nuestro servicio, en fase muy avanzada de la enfermedad y pluripatológicos, lo que dificulta su manejo y el uso de determinados fármacos, como pueden ser los ARM. Por otro lado, el bajo porcentaje de pacientes con FE<50%, dificulta el manejo terapéutico dado que el uso de estos fármacos (ARM, ivabradina) no ha demostrado eficacia en este grupo de pacientes. Por lo tanto es concordante con el perfil de paciente encontrado que el fármaco más usado sea el diurético, como control de los síntomas congestivos, seguido del betabloqueante y los IECA/ARAII, no habiendo demostrado otro fármaco mejoría o aumento de la supervivencia.

INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

IF-01 - UN AUMENTO DE INCIDENCIA EN UNA PATOLOGÍA AUTOINMUNE: SARCOIDOSIS

A. Sánchez Ramos¹, M. Rodríguez Borrego¹, A. Hidalgo Conde¹, M. Abarca Costalago¹, R. Arnedo¹, G. Ojeda¹, J. Sánchez Lora¹

¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

- Mañá J, Rubio-Rivas M, Villalba N et al. Multidisciplinary approach and long-term follow-up in a series of 640 consecutive patients with sarcoidosis: Cohort study of a 40-year clinical experience at a tertiary referral center in Barcelona, Spain. Medicine (Baltimore) 2017; 96: e7595.
- Thomas KW, Hunninghake GW. Sarcoidosis. JAMA 2003; 289: 3300. Newman LS, Rose CS, Maier LA. Sarcoidosis. N Engl J Med 1997; 336: 1224.

OBJETIVOS: Análisis descriptivo de los casos de Sarcoidosis presentes en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga desde 1990 a 2015 y comparación con los datos obtenidos en otras series de casos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se contó con la revisión de 85 casos, se descartaron 17 por falta de datos. También se hizo uso del programa SPSS para la valoración de la significación estadística de la distribución clínica por sexos

RESULTADOS: De los 68 pacientes a estudio, un 54,4% eran mujeres y un 45,6 % hombres. La edad media al diagnóstico fue de 45 años en hombres y 50 años en las mujeres. Como debut clínico encontramos el respiratorio en un 50% de los casos. Un 88,2% presentaban afectación del aparato respiratorio, de los que las adenopatías hiliares mediastínicas como único signo (estadio radiológico I) constituían un 33.8%. Un 76,5% de los pacientes tenían registradas pruebas de función respiratoria en las que en

la mitad de los casos se encontraba un patrón respiratorio normal, mientras que el patrón respiratorio patológico predominante lo constituía el patrón restrictivo con un 34,6%. Cabe destacar el importante grado de comorbilidad presente en la mayoría de los pacientes, llegando a la hipótesis de su actuación como cofactor proinflamatorio predisponente para el desarrollo de la enfermedad

CONCLUSIONES: En esta serie de casos, a diferencia de otros estudios, se administra tratamiento corticoideo a pacientes sin afectación radiológica o con estadio I a diferencia de otros estudios. Sin embargo, esta necesidad de tratamiento parece ser, en la mayoría de los casos, por síntomas extrapulmonares o por tratarse de casos de falsos negativos en cuanto a la afectación pulmonar.

La revisión de los casos de sarcoidosis presentes en el HUVV muestra características de la enfermedad en proporciones similares a otros estudios realizados a nivel mundial, lo que demuestra un patrón de enfermedad que se repite de forma constante y que nos debe hacer sospechar de ella. La llamativa comorbilidad proinflamatoria podría ser objeto de estudios con el objetivo de establecerlo como predisponente etiológico. A finales de los 90 predominaba el síndrome de Löfgren como debut clínico de la sarcoidosis, en la actualidad, predomina el debut respiratorio. Por último, encontramos un aumento progresivo de la incidencia de los hallazgos casuales, por la generalización de las pruebas de imagen.

DM	DL	HTA	Tabaco	Neoplasia	Enf Autoinmune	Pat digestiva	Hernia de Hiato
19.1 %	11.7 %	10.3 %	27.9 %		14.7 %	8.8 %	19.1 %

Tabla 1. Comorbilidad.

Elevación Reactantes de Fase aguda en pacientes con sarcoidosis en HUVV		
LDH	(>308 UI/l)	73.8% (38 medidos)
VSG	(>30mm/h)	65.4% (26 medidos)
PCR	(> 5 mg/l)	50% (30 medidos)
Fosfatasa alcalina	(>117 UI/l)	24% (46 medidos)
GGT	(> 52 UI/l)	28% (57 medidos)

Tabla 2.

Dx por biopsia	%	Tratados con corticoides	%	Coadyuvancia	%
		Total de tratados	66.6 %		
Transbronquial	33.3 %	Por estadios:		Metotrexate	11.6 %
		Estadio 0	55.5 %	Infliximab	1.4 %
De adenopatías	26.6 %	Estadio I	54.5 %	Azatioprina	4.3 %
		Estadio II	81 %		
Cutánea	7.2 %	Estadio III	75 %		
		Estadio IV	75 %		

Tabla 3.

IF-05 - INGESTA DIETÉTICA, ÍNDICE DE CALIDAD ANTI-OXIDANTE DE LA DIETA (DAQS) Y PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

G. Pocovi Gerardino¹, M. Correa Rodríguez², J. Callejas Rubio³, R. Rodríguez López³, M. Martín Amada⁴, M. Cruz Caparrós⁵, A. Barnosí⁶, B. Rueda Medina²

¹FIBAO. Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS. Granada.

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada, UGR.

³Servicio de Medicina Interna. Enf. Autoinmunes y Sistémicas. Hospital Campus de la Salud. Granada.

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

⁶Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Smidowicz A., Regula J. (2015). Effect of nutritional status and dietary patterns on human serum C-reactive protein and interleukin-6 concentrations. *Advances in Nutrition*

(Bethesda, Md.), 6 (6), 738–47.

- Tur JA, Serra-Majem L, Romaguera D, Pons A (2005). Does the diet of the Balearic population, a Mediterranean type diet, still provide adequate antioxidant nutrient intakes? *European Journal of Nutrition*, 44 (4), 204–213.

OBJETIVOS: La proteína C reactiva (PCR) es bien conocida como biomarcador de inflamación. Elevaciones ligeras en los niveles de PCR se asocian a un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y han sido observadas en patologías crónicas e inflamatorias como el lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad de origen autoinmune. En sujetos sanos, la alimentación y ciertos nutrientes parecen ser capaces de modular los niveles de PCR (Smidowicz & Regula, 2015). Sin embargo, de momento no existen datos que relacionen la influencia de la dieta en los niveles séricos de PCR en pacientes con lupus. Por ello, nos planteamos estudiar el posible efecto entre la ingesta de nutrientes y antioxidantes de la dieta y los niveles de PCR en pacientes con LES.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de carácter transversal en una población de 91 pacientes de ambos sexos clínicamente estables diagnosticados con LES. Los niveles séricos de PCR se determinaron mediante un ensayo de inmuno- turbidimetría ultrasensible (Beckman Coulter analyzer AU5800). La ingesta de macro y micronutrientes fue obtenida a través de un recordatorio de alimentos de 24 horas y la ingesta de antioxidantes estimada a través del índice de calidad antioxidante de la dieta (DAQS)(Tur, Serra-Majem, Romaguera, & Pons, 2005). La relación entre la ingesta de nutrientes, el DAQS y los niveles de PCR se determinó a través de análisis de varianzas (ANOVA). Los valores de p <0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS: La media de edad de los pacientes fue de 44,5 ± 13,5, presentando un SLEDAI de 3,5 ± 2.9 y SLICC de 1,3 ± 1,2. Se observaron niveles de PCR (3,76 ± 6,68 mg/L) por encima de los rangos de normalidad en los enfermos evaluados. La ingesta diaria de fibra y ciertos micronutrientes (calcio, hierro, folato, vitaminas A y D) eran inferiores a las recomendadas. No se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la ingesta dietética de nutrientes ni el DAQS con los niveles séricos de PCR.

CONCLUSIONES: Los pacientes con LES evaluados llevaban una dieta deficiente y de baja calidad. En base a ella, no pudo establecerse asociaciones significativas entre la ingesta dietética de nutrientes o de antioxidantes con el estado inflamatorio en los pacientes medido a través de la PCR. Se necesitarían estudios de intervención en estas poblaciones con dietas de buena calidad para poder esclarecer el rol de la dieta en los niveles de PCR en pacientes con LES.

IF-07 - EXPERIENCIA CON EL USO DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Sández Montagut¹, J. López Morales¹, F. Nieto García¹, M. Pérez Quintana¹, F. García Hernández², S. Rodríguez Suárez¹, J. Andreu Álvarez¹, J. García Morillo¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Oon S, Huq M, Godfrey T, Nikpour M. Systematic review, and meta-analysis of steroid-sparing effect, of biologic agents in randomized, placebo-controlled phase 3 trials for systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 2018 Jan 6. pii: S0049-0172 (17) 30579-6.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de paciente con EAS en nuestro hospital que ha recibido Rituximab en los últimos 12 años. Realizar un estudio descriptivo básico en cuanto a las variables poblacionales demográficas básicas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Presentamos un estudio transversal observacional descriptivo. Para ello se ha analizado

una base de 48 pacientes con EAS diagnosticadas y tratadas con Rituximab por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias de nuestro Hospital. Analizamos dicha población usando el programa “hoja de cálculo Google”.

RESULTADOS: Se trata de una población mayoritariamente femenina (40 mujeres y 8 hombres). La media de edad se sitúa en 40.9 años (mediana 38), con una desviación standard (ST) de ± 13.1 . Las enfermedades que presentaban fueron: Arteritis de Takayasu 1 caso, Artritis Reumatoide 2, Dermatomiositis 6, Enfermedad de Kikuchi Fujimoto 1, Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo 1, Esclerodermia asociada a dermatomiositis 1, Esclerosis sistémica 1, Granulomatosis con poliangitis 3, Lupus Eritematoso Sistémico 22, Pénfigo Foliáceo 1, Pioderma gangrenoso 1, Polimiositis 1, Pseudotumor Orbitario 1.

El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la administración de Rituximab fue 7.7 años con una ST ± 7.1 . Se consiguió el control de la actividad a los 6 meses en un 64.6% de los pacientes, medido según las diferentes escalas adaptadas a las distintas enfermedades; sin embargo la remisión al año se consiguió en el 39%.

Las indicaciones de tratamiento fueron: recaída 3 casos, progresión de la enfermedad pese a inmunosupresión 36, corticodpendencia 4, corticorresistencia 3 y toxicidad por otros inmunosupresores (IS) 2. Los fármacos que estaban recibiendo los pacientes previo al tratamiento con Rituximab eran ciclosporina en 7 casos, inmunoglobulinas 7, ciclofosfamida 24, leflunomida 4, antipalúdicos 21, metotrexato 6 y micofenolato 20; 5 pacientes no recibían ningún IS. Además, un 37% de los pacientes recibían 2 inmunosupresores, un 18% recibían 3, un 4.2% recibían 4 y sólo un paciente (2.1%) recibía 5 fármacos concomitantemente.

CONCLUSIONES: El rituximab se establece como una posibilidad terapéutica en algunas de las EAS (LES, Sjogren, AR, etc.), con, cada vez, más estudios que así lo avalan. Actualmente, se viene usando en muchos Hospitales, como el nuestro, como tratamiento de segunda línea en pacientes que presentan fracaso o toxicidad con otros IS.

Los datos recabados de nuestros pacientes se muestran concordantes con la mayoría de estudios publicados: mayoría de pacientes mujeres, con una edad relativamente joven, una tasa de respuesta inicial alta (65%) con una respuesta mantenida en torno al 40%. Hemos de tener en cuenta que son pacientes que ya han sido tratados previamente con otros IS y que han fracasado, bien por falta de respuesta, bien por toxicidad, por lo que son pacientes que cumplen en su mayoría criterios de refractariedad para otros IS. Es decir, se “rescata” un porcentaje nada desdeñable de pacientes que progresan en su enfermedad pese a tratamiento óptimo.

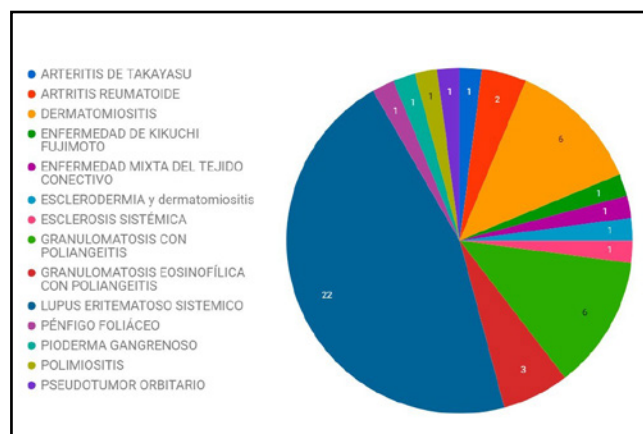


Figura 1.

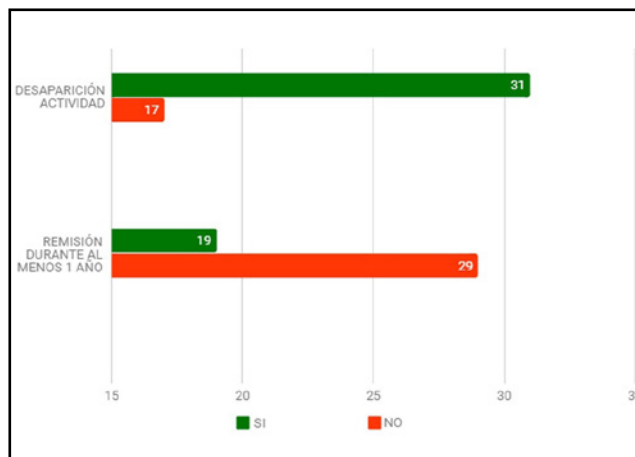


Figura 2.

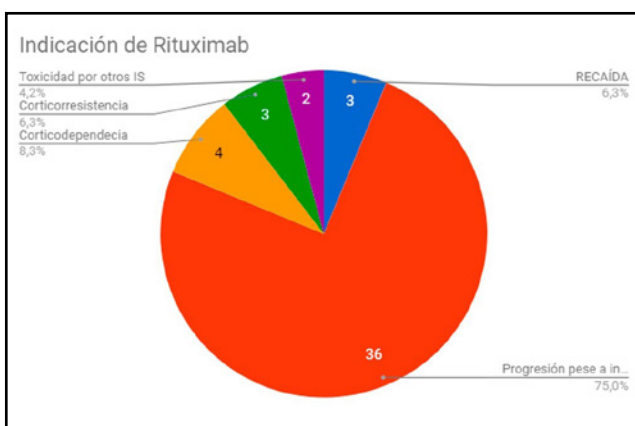


Figura 3.

IF-08 - SEGURIDAD RELACIONADA CON EL USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Sáñez Montagut¹, F. Nieto García¹, J. López Morales¹, M. Pérez Quintana¹, S. Rodríguez Suárez¹, F. García Hernández², J. Andreu Álvarez¹, J. García Morillo¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes y minoritarias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Oon S, Huq M, Godfrey T, Nikpour M. Systematic review, and meta-analysis of steroid-sparing effect, of biologic agents in randomized, placebo-controlled phase 3 trials for systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum. 2018 Jan 6. pii: S0049-0172(17)30579-6.

OBJETIVOS: Recoger y mostrar datos relacionados con la seguridad del uso de Rituximab en paciente con EAS en nuestro hospital. Detectar potenciales efectos adversos y complicaciones relacionadas con dicho fármaco.

PACIENTES Y MÉTODOS: Presentamos un estudio transversal observacional descriptivo. Para ello se ha analizado una base de 48 pacientes con EAS diagnosticadas y tratadas con Rituximab por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias de nuestro Hospital. Analizamos dicha población usando el programa “hoja de cálculo Google”.

RESULTADOS: Detectamos un total de 11 (22,9%) reacciones adversas relacionadas con la infusión y con la inmunosupresión generada por Rituximab. Aparecieron 3 (6,25%) reacciones infusionales (todas ellas leves), 1 (2,08%) reacción mucocutánea grave, 1 (2,08%) herpes Zóster grave, 1 (2,08%) infección fúngica

invasora y 5 (10,42%) infecciones bacterianas graves (que requirieron tratamiento antibiótico y/u hospitalización). De los 48 pacientes tratados, sólo a 1 de ellos hubo que retirarle el fármaco por dicha reacción adversa (shock séptico). Además, evidenciamos las siguientes reacciones adversas hematológicas: 15 (31,25%) desarrollaron anemia, 34 (70,83%) linfopenia, 12 (25%) neutropenia y 4 (8,33%) trombocitopenia. Todas estas reacciones están descritas en la ficha técnica de Rituximab. Por otro lado, se recogieron los eventos relacionados con aparición de hipertensión arterial, reactivación de Virus de la Hepatitis B, encefalopatía multifocal progresiva, infecciones por Citomegalovirus e infecciones graves por Virus Herpes Simplex, pero no se produjo ningún caso.

CONCLUSIONES: Los estudios recientes propugnan Rituximab como un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento. En nuestro registro, sólo precisó la retirada del fármaco 1 paciente por reacción adversa grave. Las otras 10 registradas sólo precisaron tratamiento específico o modificación de la pauta de administración (generalmente modificación de la premedicación).

Por otro lado, las reacciones hematológicas registradas fueron leves en la mayoría de ellas ninguna de ellas precisó tratamiento específico por lo que no parece suponer un impacto clínico relevante.

Comparando dichos efectos secundarios, se ajustan a los descritos por el fabricante, apareciendo además en la misma proporción de la esperada (salvo la trombopenia, de la que detectamos menos de 1/10 casos, que era lo esperado). Aun así, recordar que los efectos adversos descritos en la ficha técnica son en su mayoría en pacientes en monoterapia con Rituximab. De todos nuestros pacientes, 19 (39,6%) recibieron únicamente dicho fármaco, lo demás (60,4%) lo recibieron en combinación con otros fármacos.

Rituximab se ha mostrado como un fármaco seguro para el tratamiento de EAS. La mayoría de reacciones adversas detectadas sólo requirieron tratamiento específico y se pudo mantener el tratamiento, salvo en un caso en el que hubo que retirarlo.

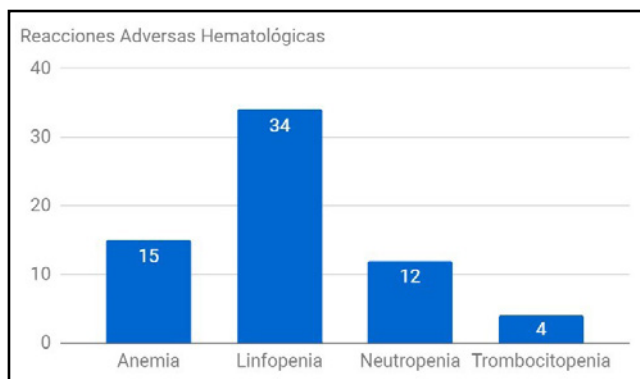


Figura 1.

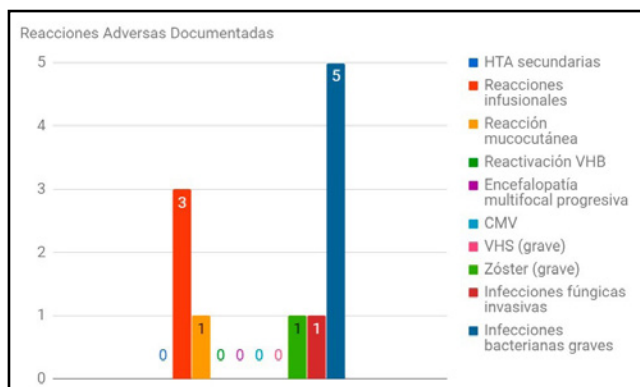


Figura 2.

IF-09 - EXPERIENCIA CON EL USO DE BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. López Morales¹, V. Sáñez Montagut¹, F. Nieto García¹, M. Pérez Quintana¹, F. García Hernández², S. Rodríguez Suárez², J. Andreu Álvarez¹, J. García Morillo¹

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

- Riancho-Zarrabeitia L, Villa I, Santos-Gómez M, Aurrecoechea E. Belimumab in systemic lupus erythematosus: Experience in clinical practice settings in a regional hospital. *Reumatol Clin*. 2018 Mar 16. pii: S1699-258X(18)30041-X.
- Trentin F, Gatto M, Zen M, Maddalena L, Nalotto L, Saccon F, Zanatta E et al. Effectiveness, Tolerability, and Safety of Belimumab in Patients with Refractory SLE: a Review of Observational Clinical-Practice-Based Studies. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018 Apr; 54(2): 331-343.
- Blair HA, Duggan ST. Belimumab: A Review in Systemic Lupus Erythematosus. *Drugs*. 2018 Mar; 78 (3): 355-366.

OBJETIVOS: Se presenta una serie de casos de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en nuestro centro por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritaria que han recibido Belimumab desde 2012 a 2018. Se realiza estudio descriptivo básico en cuanto a variables poblacionales demográficas básicas, complicaciones y toxicidad, e indicaciones seguidas.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio transversal observacional descriptivo analizando 6 pacientes con LES diagnosticadas y tratadas con Belimumab tras fracaso de líneas de tratamiento previas mediante uso de "hoja de cálculo Microsoft Excel".

RESULTADOS: Se trata de una población exclusivamente femenina (6 mujeres), con una edad media de 39,33, con una desviación estándar (ST) de $\pm 18,27$. Se trató tan solo a pacientes con diagnóstico de LES siguiendo criterios SLICC para diagnóstico y escala SLEDAI para actividad con tiempo medio desde el diagnóstico hasta la administración de Belimumab fue 6 años con una ST ± 3 . Se consiguió la desaparición de la actividad a los 6 meses en un 100% de las pacientes, medido según escala SLEDAI con mantenimiento y remisión total en el 75% de las pacientes; en el 25% restante, tras la retirada del fármaco, existió nuevo brote, precisando nueva administración de Belimumab.

Las indicaciones de inicio de tratamiento fueron: progresión de la enfermedad (fundamentalmente Nefropatía Lúpica) pese a inmunosupresión (2 casos), Corticodependencia (1 caso) o difícil control de brotes previamente bien controlados con Inmunosupresores (IS) (3 casos) todos con autoanticuerpos positivos. Los fármacos que estaban recibiendo las pacientes previo al tratamiento con Belimumab fueron: Deflazacort en 4 pacientes, Metilprednisolona 1 paciente, Prednisona 3 pacientes, Antipalúdicos del tipo Hidroxicloroquina 5 pacientes, Dapsona 2 pacientes, Micofenolato de Mofetil 3 pacientes, Azatioprina 5 pacientes, Rituximab 3 pacientes e Inmunoglobulinas 1 paciente; ninguna paciente no seguía tratamiento con IS y una de ellas participó en un ensayo clínico (CELESTIAL 47). Además, en el momento del inicio de tratamiento con Belimumab, un 84% de las pacientes recibían 2 inmunosupresores y un 16% recibían 3 tras líneas secuenciales de tratamiento. No se apreciaron eventos adversos o tóxicos con la administración del fármaco. Tan solo dos pacientes (32%) precisaron nueva dosis de Belimumab para control de actividad de la enfermedad y una de ellas (16%) hasta una tercera.

CONCLUSIONES: El uso de Belimumab cada vez es más extendido en hospitales de Tercer Nivel en el tratamiento de LES de difícil control entre diversos autores, pero aún no se dispone de suficiente base científica para indicarlo de forma más precoz, limitándose a considerarse terapias de final de línea.

En nuestro centro se utiliza a dosis de 10 mg/kg/mes por progresión de la enfermedad a pesar de tratamiento con IS o difícil control de brotes anteriormente bien controlados siendo la

mayoría de pacientes cumplidoras de criterios de refractariedad a IS y siempre con autoanticuerpos ANA y/o Anti-DNA positivos.

Aún nuestra experiencia es escasa, puesto que hemos tratado a pocos pacientes y precisamos de mayor evidencia para generar conocimiento al respecto, pero se consideran fármacos seguros y con buena tasa de éxito en alcanzar remisión sintomática y de afectación orgánica.

- Belimumab es un buen fármaco para control sintomático y progresión de la enfermedad en pacientes seleccionados con buen perfil de seguridad.
- En nuestra serie (6 pacientes) se han observado tasas de control de actividad de hasta el 75%.

IF-10 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO GRAVE Y PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIPROTROMBINA

Á. Sánchez de Alcázar del Río¹, M. Morales Gómez¹, C. Borrachero Garro¹, I. Martín Suárez¹, A. González Macía¹, J. García Moreno¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- González León R, García Hernández FJ, Castillo Palma MJ, Sánchez Román J. Anticuerpos antiprotrombina positivos en una paciente con síndrome antifosfolípido secundario y clínica hemorrágica. Medicina Clínica 2011; 137: 668-9.

OBJETIVOS: Describir la presentación clínica de una serie de casos de pacientes diagnosticados de Síndrome Antifosfolípido (SAF) en los que se objetivó la presencia de anticuerpos antiprotrombina, así como la morbimortalidad y los factores pronósticos asociados.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se seleccionó a un grupo de pacientes seguidos en consultas externas de Enfermedades autoinmunes, diagnosticados de SAF grave, en los que se confirmó la presencia de Anticuerpos Anti Protrombina. Entre los pacientes con positividad del mismo se describieron las variables clínicas en el momento de la determinación, analíticas, y el espectro previo de anticuerpos antifosfolípidos (aFL), tales como anticuerpos anticardiolipina (ACL), anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos anti B2 glicoproteína 1b (Anti B2G1b) que presentaba cada paciente, así como el tratamiento inmunosupresor recibido, mediante el estudio retrospectivo de las historias clínicas.

RESULTADOS: El número de pacientes seleccionado fue 9. Respecto a la manifestación clínica de los pacientes, el 66,66% (6 pacientes) presentó manifestaciones trombóticas de repetición a pesar de una correcta anticoagulación con Acenocumarol, el 22,22% (2 pacientes) manifestó de forma simultánea evento trombótico y hemorrágico (siendo la forma de presentación de uno de ellos SAF catastrófico), mientras que sólo el 11,11% (1 paciente) tuvo clínica hemorrágica. Respecto a la determinación de anticuerpos antifosfolípidos, el 66,66% (6 pacientes) de los pacientes analizados presentó triple positividad de los mismos (ACL+, AL+ y Anti B2GP1b+) a títulos moderados-altos, mientras que el 33,33% (3 pacientes) restante presentó doble positividad para ACL y AL a títulos moderados, siendo negativo para Anti B2GP1b. En el 77,77% (7 pacientes) existían alargamiento de los tiempos de coagulación. En la mayoría de ellos (66,66%) se retiró la anticoagulación oral y fueron manejados con heparina de bajo peso molecular subcutánea, necesitando asociar esteroides e inmunosupresión en el 88,88% de los casos (8 pacientes), y recibiendo tratamiento con Prednisona y Azatioprina el 75% de los mismos (6 pacientes), mientras que el 25% (2 pacientes) necesitó la administración de Rituximab.

CONCLUSIONES: Estamos ante un SAF grave cuando hay recurrencia de fenómenos y persistencia de positividad del espectro de aFL. A destacar el SAF catastrófico, donde existe

la presencia de enfermedad trombótica diseminada, en vasos de pequeño calibre, con fallo multiorgánico asociado. Hasta un 25-59% de pacientes con SAF grave presenta positividad para anticuerpos antiprotrombina, pudiendo aparecer además clínica hemorrágica por la interacción que este anticuerpo tiene con la protrombina (factor II de la coagulación), uniéndose a su fracción inactiva y ocasionando un lavado acelerado de la misma, presentando un elevado incremento de la morbimortalidad, tanto por fenómenos trombóticos como por fenómenos hemorrágicos, sobre todo si presenta triple positividad para aFL. Ha de sospecharse ante pacientes con SAF que presentan fenómenos trombóticos a pesar de una correcta anticoagulación, alargamiento de tiempos de coagulación o aquellos que presentan clínica hemorrágica. El tratamiento consiste en la retirada de dicumarínicos hasta la estabilización del cuadro, dada la interferencia de los anticuerpos antiprotrombina con el factor II, administrando en su lugar heparina de bajo peso molecular y asociando en ocasiones tratamiento inmunosupresor (basado en esteroides, Azatioprina o Rituximab) para disminuir, o incluso negativizar, los niveles de anticuerpos antiprotrombina.

IF-11 - USO DE RITUXIMAB EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Manzano López¹, D. González Vaquero², N. Castillo Fernández¹, C. Ocaña Losada¹, J. Rodríguez Rodríguez¹, G. Gómiz Rodríguez¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹

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

²Farmacia. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

- Asociación española del medicamento y productos sanitarios [Sede web]. Madrid. AEMPS. 15 de septiembre de 2017 [acceso 10 de enero de 2018]. Ficha técnica de rituximab: <https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs>.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es describir la incidencia de complicaciones derivadas del uso de rituximab en indicaciones off-label y su relevancia clínica en un hospital comarcal.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se recogieron todos los pacientes que recibieron rituximab, desde 2009 hasta octubre de 2017. Se realizó una revisión de la historia clínica digital y del registro de uso llevado a cabo por el servicio de farmacia. Se recogieron datos demográficos, la indicación para la que se pautó y las reacciones adversas recogidas en los 6 meses posteriores al inicio del tratamiento. Análisis de los datos con IBM SPSS Statistics versión 24.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 21 pacientes siendo el 47.6% varones y un 52.4% mujeres con una edad media de 53 años. Los diagnósticos registrados fueron 28.6% glomerulonefritis primarias, 23.8% glomerulonefritis lúpica, 23.8% vasculitis, 14.3% miopatías inflamatorias y 9.5% pénfigos. Un 42.6% de los pacientes sufrieron reacciones adversas. Ningún paciente tuvo que suspender el tratamiento por reacción adversa. La complicación más frecuente fueron las citopenias que presentaron 11 pacientes (52.4%). La citopenia más frecuente fue la anemia (47.6%), seguida de la leucopenia (28.6%) y finalmente la trombopenia (14.3%). Un 66.7% de las reacciones adversas requirió ingreso por neumonía o sepsis. El 22.2% de las RAMs fueron infecciones respiratorias que no precisaron ingreso. Se registró un caso de fibrilación auricular. No se registraron reacciones relacionadas con la perfusión de rituximab.

CONCLUSIONES: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo basado en la revisión de la historia clínica, con un número pequeño de pacientes (21 casos) aunque para un hospital comarcal es un número significativo de pacientes. No se observaron reacciones adversas graves, se recogieron los casos que motivaron ingreso o consultar en el servicio de urgencias hospitalarias. Probablemente, las reacciones leves estén infraestimadas. Sólo una cuarta parte de los pacientes requirieron ingreso, ninguno tuvo que interrumpir el tratamiento y no hubo ningún exitus secundario a su uso.

Según la evidencia disponible las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de rituximab son las relacionadas con la perfusión y llama la atención que en nuestro hospital no se haya registrado ningún caso. En nuestro caso la reacción adversa más frecuente fueron las citopenias, en especial la anemia.

Además, se detectó un caso de fibrilación auricular que se trata de una reacción adversa frecuente, aunque las reacciones adversas cardiológicas no suelen registrarse en la historia clínica, se les da mayor importancia a las complicaciones infecciosas. Sería de utilidad un estudio con un tamaño muestral mayor y que fuera más incisivo en el registro de reacciones adversas, en la causa de las citopenias, en otras reacciones adversas a parte de las infecciones, incluso que correlacionara los niveles de inmunoglobulina G y subpoblaciones linfocitarias con el riesgo de infecciones.

En nuestro hospital rituximab es usado de forma compasiva y mayoritariamente en glomerulonefritis primarias. La mayoría de los pacientes no sufrieron reacciones adversas graves. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes requirió ingreso y ninguno tuvo que suspender el tratamiento. No se produjo ningún fallecimiento asociado al fármaco. La reacción adversa más frecuente fueron las citopenias (principalmente anemia) que afectó a la mitad de los pacientes, seguida de las infecciones. En resumen, a pesar de las limitaciones del estudio, rituximab es un fármaco seguro.

IF-13 - TRATAMIENTO CON RITUXIMAB A BAJA DOSIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES

R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, D. Sánchez Cano¹, F. Hernández Mohedo², N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Hospital San Cecilio. Granada.

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

- Barcellini W, Zaja F, Zaninoni A et al. Low-dose rituximab in adult patients with idiopathic autoimmune hemolytic anemia: clinical efficacy and biologic studies. *Blood*. 2012; 119: 3691-7.
- Zaja F, Vianelli N, Volpetti S et al. Low-dose rituximab in adult patients with primary immune thrombocytopenia. *European journal of haematology*. 2010; 85: 329-34.
- Callejas Rubio JL, Camps MT, García-Hernández F and Asociación Andaluza de Enfermedades A. [Treatment with rituximab of autoimmune disease: results from AADEA's registry]. *Medicina clínica*. 2008; 130: 79.

OBJETIVOS: Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20, que ha demostrado ser eficaz en muchas enfermedades autoinmunes. Hasta ahora, dos pautas son las que se usan en la práctica clínica diaria: el protocolo del linfoma (375 mg/m² x4 semanas) y el protocolo de artritis reumatoide (1000 mg los días 1 y 15).

Existen ya trabajos donde se ha visto la efectividad de RTX a baja dosis en pacientes con anemia hemolítica autoinmune (AHA) o púrpura trombocitopénica autoinmune (PTI) encontrando una respuesta similar a la del protocolo de linfoma. Aportamos el resultado de nuestros pacientes con enfermedades autoinmunes tratados con baja dosis de RTX.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión en nuestra consulta de enfermedades autoinmunes sistémicas de aquellos casos tratados con RTX a baja dosis entre abril de 2016 y marzo de 2018. Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, diagnóstico, causa de tratamiento, tratamiento al inicio y al final del seguimiento.

Los pacientes fueron seguidos durante 12 meses tras el tratamiento, recogiendo los datos de hemoglobina o plaquetas, según procediese, al inicio, al mes, a los tres meses , 6 meses y 12 meses tras el tratamiento.

RESULTADOS: Se encontraron 4 casos tratados con RTX, todas ellas mujeres entre 45 y 83 años. Dos pacientes estaban diagnosticadas de un LES y otras dos de S. de Sjögren. Las pacientes con LES tenían una AHA y las pacientes con Sjögren tenían una PTI. Todas ellas estaban en tratamiento con esteroides y sólo una, que tenía una AHA, tomaba también un inmunosupresor (azatioprina). En todas menos en una, se pudo reducir la dosis de esteroides tras el tratamiento con RTX.

En los pacientes con AHA se observó una mejoría de las cifras de hemoglobina que era mantenida durante todo el año. En las pacientes con PTI, en una de ellas, hubo una subida de las cifras de plaquetas que sólo se mantuvo 6 meses y en la otra no hubo respuesta alguna.

CONCLUSIONES: Hemos observado que el tratamiento con RTX es efectivo en la AHA. En la PTI observamos solo efectividad en uno de los casos, y además la respuesta no fue tan duradera como en la AHA. Esto permitió poder bajar el tratamiento inmunosupresor en estos pacientes.

Se ha publicado la eficacia de RTX a baja dosis en distintas enfermedades inmunológicas: artritis reumatoide, LES, AHA, PTI, pénfigo, neutropenia autoinmune, y miastenia entre otras. En estos casos el tratamiento con rituximab a baja dosis permitiría evitar los efectos secundarios de los mismos (reacciones de infusión, reactivación de enfermedades virales y la leucoencefalopatía multifocal progresiva).

Hasta ahora el tratamiento con RTX en los distintos hospitales es de segunda línea y de uso compasivo dado el alto coste que supone. Al bajar la dosis, se baja el coste y podría considerarse como una opción terapéutica.

RTX a baja dosis es un tratamiento efectivo, permitiendo bajar la dosis de corticoides, particularmente en la AHA.

ENFERMEDADES MINORITARIAS

M-01 - ENCEFALITIS AUTOINMUNE MEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI NMDAR, A PROPÓSITO DE 3 CASOS

M. Erostarbe Gallardo¹, M. Navarro Puerto¹, I. Melguizo Moya¹, J. Mira Escartí¹

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

- Guasp M., Dalmau J. (2017). Encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA. *Medicina Clínica*.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.10>.

OBJETIVOS: La encefalitis por anticuerpos antiNMDA es la encefalitis mediada por anticuerpos más frecuente, suele presentarse en mujeres jóvenes y es importante su sospecha clínica, debido a su similitud desde el punto de vista clínico con encefalitis virales o procesos psiquiátricos. Se trata de una entidad con una fuerte asociación a neoplasias malignas, siendo el teratoma de ovario, en el caso de la mujer, la neoplasia más frecuente.

Presentamos 3 casos de pacientes diagnosticadas de encefalitis autoinmune por anticuerpos antiNMDA en el plazo de un año, todas ellas con presencia de anticuerpos anti-NMDA en líquido cefalorraquídeo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se revisan los casos de encefalitis autoinmune de nuestro hospital desde el año 2016, elaborando un estudio descriptivo de los mismos. Las historias clínicas fueron la fuente de información. El diagnóstico de encefalitis autoinmune se realizó teniendo en cuenta tanto la clínica como la presencia de anticuerpos anti-NMDA en líquido cefalorraquídeo.

RESULTADOS: Identificamos 3 casos de encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos anti NMDAR entre los años 2016 y 2017. Al diagnóstico la media de edad era de 31 años, con un mínimo de 23 años y un máximo de 35. Todas eran mujeres y tan solo una de ellas no presentaba antecedentes de patología neurológica. Un caso estaba diagnosticada de esclerosis múltiple y otro caso tuvo una encefalitis aséptica 15 años antes del ingreso actual.

Dos casos debutaron con un cuadro psicótico y uno con crisis comiciales. Tras descartar otras causas, se solicitaron anticuerpos antineuronales siendo positivo para IgG frente a NMDAR subunidad GluN1. En los tres casos se descartó neoplasia oculta. Todas precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos por

agitación psicomotriz y por tanto, necesidad de sedación. En todos los casos como tratamiento de primera línea se administró cinco bolos de metilprednisolona a razón de 1 gramo al día, durante 5 días. En todos los casos, se llevaron a cabo cinco sesiones de plasmáferesis, usando plasma fresco como líquido de intercambio. Tan solo una de ellas, previamente, además de corticoides recibió un ciclo de Inmunoglobulinas a dosis de 0.4 mg/Kg/día durante 5 días. Buena evolución en dos de los tres casos. Sin embargo, uno de los casos precisó una segunda línea con ciclofosfamida y rituximab por mala respuesta a terapia previa. Mala evolución a pesar del tratamiento, desarrollando un estatus convulsivo con necesidad de sedación que obliga a manejo en UCI e intubación orotraqueal. La paciente sufre deterioro brusco desde el punto de vista hemodinámico con oligoanuria y shock refractario. En radiografía de control se objetiva la presencia de un neumoperitoneo masivo por lo que se interviene de forma urgente mediante laparotomía exploradora, objetivándose una peritonitis fecaloidea secundaria a múltiples perforaciones de colon que precisa pancolectomía. Péxima evolución en las horas posteriores a la intervención sin repuesta a tratamiento y en situación de fallo multiorgánico con shock refractario, por lo que fallece 48 horas después.

CONCLUSIONES: La encefalitis mediada por anticuerpos anti NMDAR se relaciona con anticuerpos frente al receptor N-metil-D-aspartato. Consta de varias fases. La fase prodrómica simula un cuadro viral. En la fase psiquiátrica pueden presentarse cuadros psicóticos o agitación que empeoran hasta cuadros catatónicos o disautonomía. En la etapa de recuperación puede permanecer una disfunción ejecutiva y trastornos de impulsividad. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la presencia en LCR de anticuerpos IgG dirigidos frente a NMDAR subunidad GluN1. El tratamiento consiste en 1g/día de metilprednisolona durante 5 días seguidos Inmunoglobulinas (400 mg/Kg/día) o plasmáferesis. En caso de no responder, hay que valorar Rituximab o Ciclofosfamida.

Es importante su sospecha clínica, no solo de cara al pronóstico (es fundamental el inicio precoz del tratamiento) si no porque en más de la mitad de los casos se asocia a una neoplasia maligna.

M-04 - PREVALENCIA DE ENFERMEDADES LISOSOMALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Ruz Zafra¹, M. Grana Costa¹, A. Albarracín Arraigosa¹, V. Díaz Morant¹, G. Sanchis Sanz², L. Tamargo Gutiérrez³, J. García Abeja⁴, A. Ruiz Cantero¹

¹Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

²FEA Neurología (Medicina Interna). Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

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

⁴Pediatría. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

- Platt FM, Walkley SU. Lysosomal defects and storage. En: Platt FM, Walkley SU, editores. Lysosomal disorders of the brain. Oxford: Oxford University Press; 2004; pp. 32-49.

OBJETIVOS: Las enfermedades de depósito lisosomal (EDL) son producidas por defectos genéticos que causan la deficiencia de alguna enzima en el lisosoma. En consecuencia, las macromoléculas se acumulan en los lisosomas, depositándose en tejidos y órganos, provocando un efecto tóxico que es la causa de la enfermedad. Suelen debutar en la infancia, si bien no son exclusivas de la misma. La supervivencia de los pacientes se ha incrementado en los últimos años por el desarrollo de las terapias enzimáticas sustitutivas (TES), siendo necesario que los internistas nos formemos en esta materia. En este estudio describimos los pacientes con EDL que se atienden en nuestro hospital.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal en el que se describen las EDL en seguimiento en nuestro hospital. El diagnóstico se realizó mediante estudio de actividad enzimática. Se recogieron las variables: diagnóstico de EDL, edad al diagnóstico, servicio de origen, afectación orgánica y TES administrado. Los datos obtenidos se analizaron mediante SPSS.

RESULTADOS: Total 19 pacientes. 12 presentan enfermedad de Fabry (EF), 6 enfermedad de Gaucher (EG) y una paciente 1 enfermedad de Niemann-Pick C tipo 1 (ENP). 9 hombres (47.4%) y 10 mujeres (52.6%). La edad media al diagnóstico: 30.78 (DE 16.21). 13 pacientes en seguimiento por Medicina Interna (72.2%), 4 por pediatría (22.2%) y uno por Neurología (5.3%). Entre los pacientes con EF predomina la afectación cardíaca (58.3%, renal (41.7%), neurológica (33.3%)/acroparestias (33.3%), corneal (16.7%) y cutánea (8.3%), y un 58% afectación de más de dos órganos. En los pacientes con EG predominan la afectación ósea (80%) y la hepato-esplenomegalia (80%), y un 33.3% alguna citopenia hematológica. La paciente con ENP presenta afectación neurológica únicamente. Con respecto al tratamiento, 12 pacientes reciben TES (63.2%), (8 con EF y 4 con EG) y un paciente (5.3%) con terapia de reducción de sustrato.

CONCLUSIONES: La prevalencia de EF varía entre 1/40.000 a 1/117.000 nacidos vivos, la EG varía entre 1/40.000 a 1/100.000, según el tipo, y la de ENP se estima en 1/150.000. El área de influencia de nuestro hospital es de 83.000 a 100.000 habitantes, por lo que nuestra casuística es mayor de la esperada. La mayoría de los pacientes se han diagnosticado en la edad adulta. Este dato unido a que son enfermedades multisistémicas, convierten al internista en el médico idóneo para el seguimiento de estos pacientes. Los niños de nuestro estudio fueron diagnosticados por estudio de familiares afectos, si bien, uno ya presentaba sintomatología. Destacó una clara prevalencia de EF, con afectación cardíaca y renal. A diferencia de las series publicadas la afectación cutánea (angioqueratoma corporis diffusum) es poco prevalente en nuestros pacientes. La afectación ósea fue la más frecuente (en forma de osteoporosis y crisis óseas) en los pacientes con EG, al igual que las organomegalias. El 63.2% están con TES. Los pacientes sin TES (36.8%) no lo reciben por no por ausencia de afectación orgánica. La paciente con ENP recibe tratamiento para reducción de sustrato.

Las EDL pertenecen al grupo de minoritarias, de ahí el pequeño número de sujetos de estudio, aunque la prevalencia en nuestra área es mucho mayor de la esperada. Dado su afectación sistémica, el papel del internista en su manejo es fundamental para el seguimiento y abordaje de las complicaciones que surjan durante su evolución, si bien sería necesario igualmente tener en cuenta que hay síntomas que debutan en la infancia.

M-05 - AFECTACIÓN OCULAR EN LA ENFERMEDAD DE ANDRADE: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

A. González Macía¹, F. Muñoz Beamud¹, C. Borrachero Garró¹, C. Mancilla Reguera², E. Gutiérrez Jiménez³

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- Beirão JM, Malheiro J, Lemos C et al. Ophthalmological manifestations in hereditary transthyretin (ATTR V30M) carriers: a review of 513 cases. Amyloid. 2015; 22 (2): 117-22.

OBJETIVOS: Describir las manifestaciones oculares de los pacientes con amiloidosis hereditaria por transtirretina (AhTTR) en el foco endémico de Huelva.

PACIENTES Y MÉTODOS: Mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de AhTTR en seguimiento en nuestro centro, se seleccionaron aquellos con cualquier tipo de sintomatología ocular en el curso de la enfermedad y se revisaron los aspectos oftalmológicos de la exploración y pruebas complementarias así como el perfil clínico de los pacientes que la padecieron. Los resultados se presentan mediante una estadística descriptiva simple.

RESULTADOS: De una muestra inicial de 130 portadores de la mutación responsable de la enfermedad se registraron 53 pacientes con diagnóstico definitivo de AhTTR acorde a clínica, electroneurograma y test genético. Todos los pacientes presentaban la mutación Val30Met de la transtirretina. El 68,75% de los pacientes habían recibido ya trasplante hepático (tratamiento estándar de la enfermedad). Hasta

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 Ramos¹, I. Valera Cortes², A. Duarte Martínez², M. Martín Velázquez², P. García Frías², M. Jiménez Villodres²

¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

²Nefrología. 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 Tristancho¹, E. Mansilla Rodríguez², C. Díaz², S. Bermejo², E. Bonet³

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva.

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva.

³Análisis 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, Lanas 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 Sánchez¹, S. Cortiñas Jurado¹, R. Franco Ferraz¹, A. Matas Cobos¹, R. Martín-Vivaldi Jiménez¹, J. Ampuero Ampuero¹
¹Medicina 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 morbimortalidad, 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.

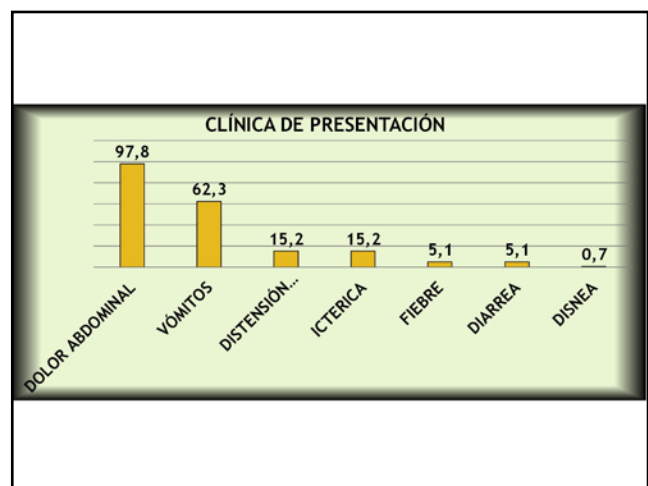


Figura 1.

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

J. Osuna Sánchez¹, S. Cortiñas Jurado¹, C. Olmo Azuaga¹, A. Matas Cobos¹, R. Martín-Vivaldi Jiménez¹, J. Ampuero¹

¹Medicina 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.

Análiticamente 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.

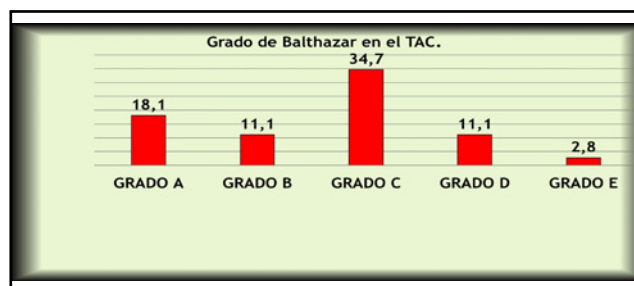


Figura 1.

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 Fernández¹, J. Constan Rodríguez¹, J. Pegregrina Rivas¹, T. López Plana¹, M. Trigo Rodríguez¹, N. Faro Mínguez¹, M. Tornero Divieso¹, J. Garrido Sánchez²

¹Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

²Medicina 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 cuña	<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 Delgado¹, J. Sevilla Blanco¹, D. Cañadas Pruaño², O. Zoleto Camacho¹, V. Naranjo Velasco¹, M. Santos Peña¹, A. Michán Doña¹

¹Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

²Cardiología. 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.

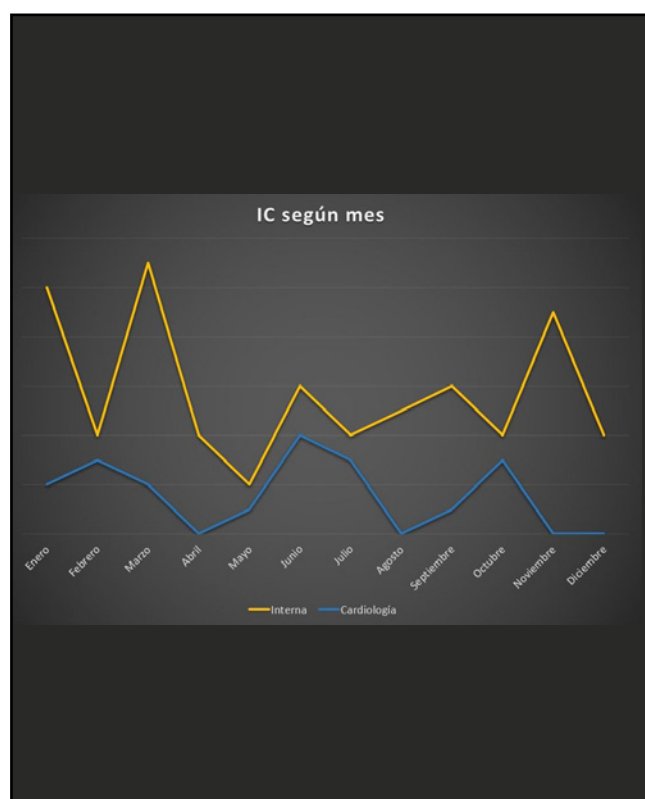


Figura 1.

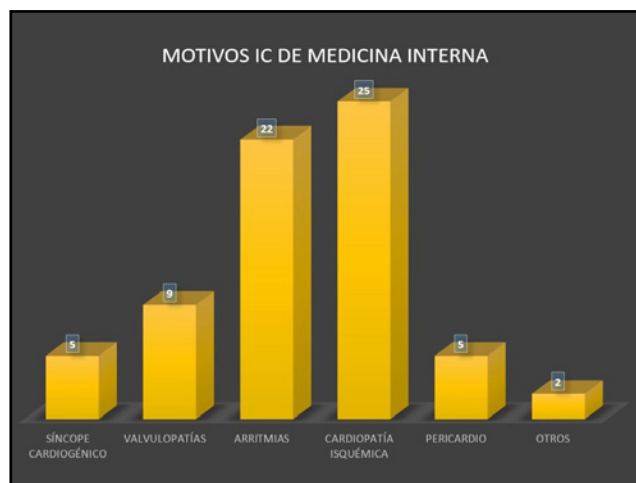


Figura 2.

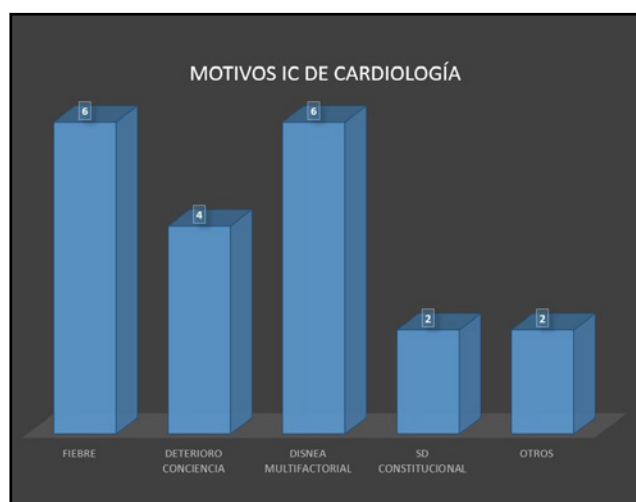


Figura 3.

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

J. Mora Delgado¹, J. Sevilla Blanco¹, O. Zoletto Camacho¹, V. Naranjo Velasco¹, M. Santos Peña¹, A. Michán Doña¹

¹Medicina 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.

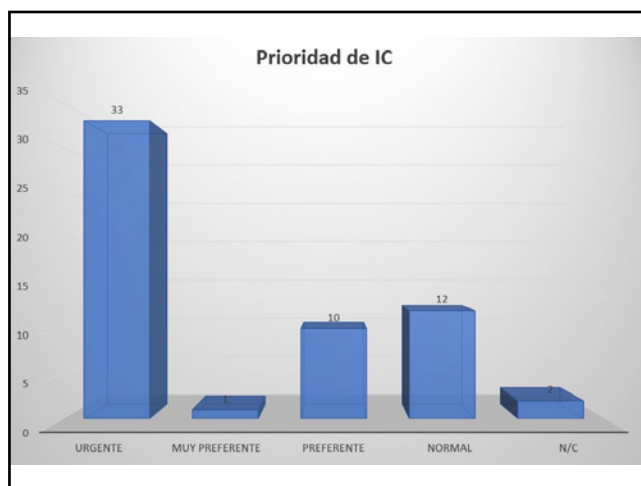


Figura 1.

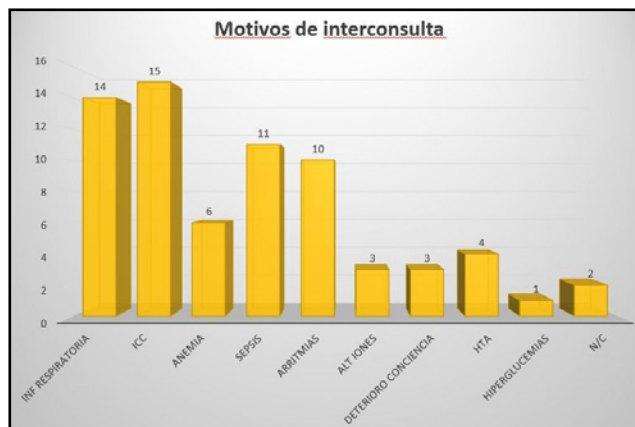


Figura 2.

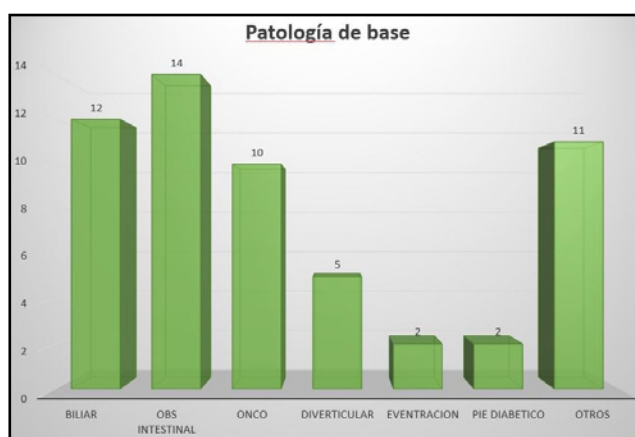


Figura 3.

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

J. Lanseros Tenllado¹, R. Gámez Mancera², R. García Serrano¹, C. Jiménez de Juan¹, P. Díaz Jiménez¹, J. Ternero Vega¹, M. Bernabeu Wittel¹

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

²Facultad 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	35,8% vs 24,3%	0,245	VALVULOPATÍA	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	ARTERIOPATÍA	38,5% vs 29,9%	0,156
BEBEDOR	31,3% vs 28,2%	0,88	PERIFÉRICA		
SEDENTARIO	28,8% vs 34,8%	0,52	ACV	16,7% vs 32,1%	0,429
DIABETES MELLITUS	29% vs 36,7%	0,167	ARTERIOESCLEROSIS	16,7% vs 32,1%	0,429
DISLIPEMIA	28,8% vs 32,7%	0,705	ERC	11,6% vs 20,3%	0,02
CARDIOPATÍA	31,7% vs 29,6%	0,842	PRC ELEVADA	38,6% vs 24,6%	0,140
ANGINA ESTABLE	14,3% vs 32,5%	0,317	DMC-30	21,1% vs 34,3%	0,101
ANGINA INESTABLE	41,7% vs 29,3%	0,396	ERC	33,3% vs 30,7%	0,82
IAM	60% vs 27,2%	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 Sánchez¹, A. Matas Cobos¹, R. Martín-Vivaldi Jiménez¹, B. Jucha Taybi¹, S. Cortiñas Jurado¹, J. Ampuero Ampuero¹

¹Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla.

- Vege SS, DiMaggio 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 morbilidad, 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.

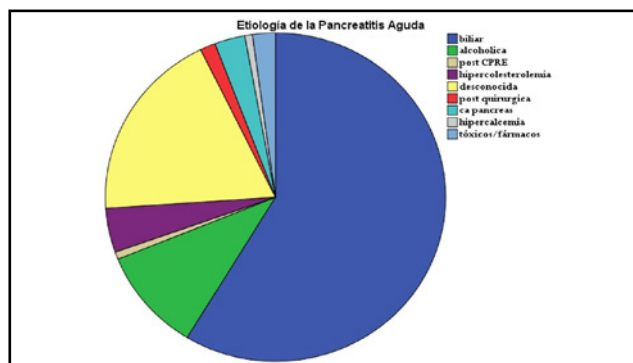


Figura 1.

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

A. Dil Martínez¹, C. Rodríguez Fernández¹, J. Fernández Calzado¹

¹Medicina 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

durante el periodo de enero del 2016 a junio del 2016 de la unidad de gestión de medicina interna del C. H. Torrecárdenas.

Para valorar la capacidad funcional del anciano se aplicó en índice de barthel y para valorar la sobrecarga del cuidador se utilizaron la escala de zarit y el test de índice de esfuerzo del cuidador a su ingreso en la unidad.

RESULTADOS: Un 87% de los pacientes estudiados presentaban una dependencia severa en el índice de barthel. Con respecto a los cuidadores, la puntuación media del test de zarit fue de 57% (sobrecarga intensa) y un diagnóstico de sobrecarga según el test de índice de esfuerzo del cuidador con una puntuación superior a 6.

CONCLUSIONES: Después de la interpretación de los resultados obtenidos, observamos que un elevado porcentaje de cuidadores presentan una sobrecarga intensa, siendo una detección precoz de la misma una herramienta fundamental para establecer habilidades e intervenciones que la disminuyan.

PP-03 - ¿MANEJAMOS IGUAL LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE PALIATIVO?

M. Erostarbe Gallardo¹, J. García García¹, S. Vergara López¹, J. Mira Escartí¹

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>.

OBJETIVOS: Describir una población de pacientes con insuficiencia cardiaca que ingresan en un hospital de cuidados paliativos y comparar las diferencias en el manejo y el tratamiento de esta patología frente a los pacientes ingresados en un hospital de agudos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyen aquellos pacientes ingresados durante los años 2015-2016 en Medicina Interna con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca, diferenciando aquellos que ingresan en una planta de cuidados paliativos. Las variables fundamentales incluidas fueron las principales características demográficas, las comorbilidades presentes, el tratamiento al alta, la escala de dependencia Barthel, la escala de comorbilidad Charlson, la etiología y el tipo de insuficiencia cardiaca (preservada, moderadamente reducida y reducida).

RESULTADOS: Se toma una muestra al azar de 113 pacientes, de los cuales, el 61% eran mujeres. La mediana de edad era de 80 años en la planta de agudos y de 86 en la planta de paliativos. La comorbilidad más frecuente era la hipertensión arterial, presente en más del 80% de los casos. El 60% de los pacientes paliativos presentaban una dependencia moderada-severa (Barthel<60), frente al 40% de los pacientes agudos con un p=0.001. El 97% de los pacientes paliativos presentaban una comorbilidad elevada según la escala de Charlson, frente al 74% de los agudos (p=0.02). En el 43% de los pacientes paliativos, no tenemos disponible una ecocardiografía de referencia, a diferencia del otro grupo, donde tan solo no estaba disponible en el 1% de los casos. El 22% de los pacientes ingresados en la planta de agudos presentaba una insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, frente al 2% de los pacientes paliativos. En cuanto a los diuréticos de asa, se encontraban presentes en más del 80% de los casos en ambos grupos (p=0.65). El 83% de los pacientes paliativos no presentaba al alta un antagonista de los receptores mineralocorticoides (p=0.056). El 49% de los pacientes paliativos no presentan al alta un IECA (p=0.135). Con respecto a los betabloqueantes, tan solo estaban presentes al alta en el 33% de los pacientes paliativos frente al 64% de los agudos (p=0.002).

CONCLUSIONES: La comorbilidad y la dependencia son mucho más elevadas en los pacientes que ingresan en las unidades

de cuidados paliativos. La ausencia de pruebas diagnósticas como la ecocardiografía conlleva que el clínico desconozca la presencia de posibles cardiopatías estructurales o de disfunción ventricular. Existen tratamientos que se han mostrado beneficiosos en algunos pacientes con insuficiencia cardíaca, sin embargo, son escasamente utilizados en esta población paliativa.

PP-04 - FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: CARACTERÍSTICAS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS TRAS UN PRIMER EVENTO

N. Castillo Fernández¹, C. Ocaña Losada¹, M. Soriano Pérez¹, E. Manzano López¹, J. Rodríguez Rodríguez¹, M. Gómiz Rodríguez¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹

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

- García-Sempere A, Hurtado I, Sanfélix Genovés J, Rodríguez-Bernal C, Gil Orozco R, Peiró S et al. Primary and secondary non-adherence to osteoporotic medications after hip fracture in Spain. The PREV2FO population based retrospective cohort study. Scientific Reports. 2017; 7 (1).

OBJETIVOS: La fractura de cadera constituye una consecuencia grave de la osteoporosis, con una mortalidad al año aproximada del 30% y un gran impacto tanto en morbilidad como en calidad de vida. A pesar de su importancia, únicamente el 20-30% de los pacientes reciben algún fármaco osteoprotector tras el evento y, cuando es prescrito, la adherencia al mismo es baja. El objetivo de este estudio es revisar al año del alta hospitalaria tras un primer episodio de fractura de cadera osteoporótica, la supervivencia, la tasa de reingresos y, en los pacientes con tratamiento osteoprotector, la adherencia terapéutica y el seguimiento de las recomendaciones respecto al control de los niveles de vitamina D.

PACIENTES Y MÉTODOS: Realizamos inicialmente una revisión retrospectiva de los pacientes ≥ 65 años con fractura de cadera osteoporótica dados de alta durante los meses de Febrero y Marzo de 2017, describiendo sus características basales básicas y el tratamiento osteoprotector al alta. Posteriormente, revisamos la historia médica y farmacéutica al año de la hospitalización.

RESULTADOS: Un total de 25 pacientes fueron dados de alta por fractura de cadera osteoporótica en el periodo analizado. La edad media fue de 80,64 +/- 7,31 y existía un predominio de mujeres (72%) El 80% (n=20) de los pacientes tuvo una determinación durante el ingreso de niveles de vitamina D. El valor medio fue de 12,11 +/- 6,59 y solo 1 paciente presentaba valores normales. Un 72% (n=18) de los pacientes fueron dados de alta con algún tratamiento osteoprotector: 100% Vitamina D; 66,7 % (n=12) calcio, 16,7% (n=3) denosumab y 5,6% (n=1) bifosfonatos.

La mortalidad a los 12 meses fue del 20% (n=5) con una supervivencia media de 6,44 +/- 5,25 meses. Las principales causas de fallecimiento fueron la patología respiratoria y la oncológica. La tasa de reingreso al año fue del 36% (n=9) con un tiempo medio de reingreso tras el alta de 5,3 +/- 4 meses considerándose solo una de ellas (TVP) directamente relacionada con la fractura de cadera.

Solamente 6 pacientes tuvieron algún seguimiento de los niveles de vitamina D, con un valor medio de 35,35 ng/mL +/- 18,7 y un tiempo medio hasta el control de 4,91 +/- 2,88 meses. Únicamente el 44,4% (n=8) de los pacientes continuaban con tratamiento osteoprotector al año del alta: 100% Vitamina D; 87,5 % (n=7) calcio, 25% (n=2) bifosfonatos y 12,5% (n=1) denosumab. En los 10 pacientes que suspendieron el tratamiento osteoprotector a lo largo del año posterior al alta, el tiempo medio de tratamiento fue de 2,35 meses +/- 1,56 con calcio, 4,07 meses +/- 2,47 con vitamina D y 6 meses con denosumab.

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados con fractura de cadera osteoporótica tienen una edad media muy elevada y una alta prevalencia de déficit de vitamina D. Las tasas de reingreso y de mortalidad al año tras una fractura de cadera son altas (36% y 20% respectivamente) con una media de aparición en torno a los 5-6 meses. La adherencia a las recomendaciones indicadas en el informe de alta, tanto terapéuticas como para el control

de los niveles de vitamina D, es baja. De los 18 pacientes con tratamiento osteoprotector al alta hospitalaria, solo un 44,4% lo continuaba a los 12 meses de la misma y únicamente el 33,3% tuvo un control de los niveles de vitamina D en ese periodo de tiempo.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-01 - TROMBOSIS DE LA RETINA Y SU RELACIÓN CON TROMBOFILIAS

M. Morales Gómez¹, Á. Sánchez de Alcázar del Río¹, C. Borrachero Garro¹, F. Muñoz Beamud¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- Rehak M, Rehak J, Müller M et al. The prevalence of activated protein C (APC) resistance and factor V Leiden is significantly higher in patients with retinal vein occlusion without general risk factors. Case-control study and meta-analysis. *Thromb Haemost* 2008; 99: 925.
- Janssen MC, den Heijer M, Cruysberg JR et al. Retinal vein occlusion: a form of venous thrombosis or a complication of atherosclerosis. A meta-analysis of thrombophilic factors. *Thromb Haemost* 2005; 93: 1021.

OBJETIVOS: Evidenciar la relación entre las trombofilias como causa desencadenante de trombosis de la retina y valorar como subanálisis su relación con la edad de aparición en los pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, realizado con la base de datos del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España; con muestra de 94 pacientes, derivados desde Oftalmología a las consultas de Medicina Interna por diagnóstico de trombosis de la retina.

RESULTADOS: Se observó un ligero predominio en mujeres con respecto a hombres para el desarrollo de OVR; apareciendo en un 56% en mujeres y 46% en hombres.

Al valorar los factores de riesgo para el desarrollo de OVR, se objetiva que un 28% de los pacientes presentaban algún estado de hipercoagulabilidad, siendo el más frecuente el Síndrome antifosfolípido, representando el 38,4% del total de paciente con trombofilias. Así mismo se observó que un 72% de OVR fueron por otras causas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias.

Entre la edad de aparición de OVR en paciente con trombofilias, se determina que un 48% de los pacientes debutaron con OVR siendo menores de 60 años, siendo así un 28% para los paciente con edades comprendidas entre los 50 y 60 años y un 24% en los menores de 50 años.

CONCLUSIONES:

- En los paciente estudiados existe un ligero predominio de la enfermedad en mujeres.
- Se coincide con la bibliografía de que los principales factores de riesgo para el desarrollo de la OVR son: la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias.
- En nuestra población estudiada la trombofilia que más se relaciona con la OVR es el síndrome antifosfolípido, presentándose en 10 de los 26 paciente que presentaban trombofilias.
- Según los resultados sobre edad de debut de la OVR (48% en menores de 60 años), nos hace plantear si se debe realizar un estudio de trombofilias a los paciente menores de 60 años que debutan con OVR y no por debajo de los 50 años como menciona la literatura.

Trombofilias	28%
Otras causas	72%

Tabla 1. Relación de pacientes con OVR y Trombofilias.

F	56%
M	44%

Tabla 2. Relación de género con aparición de OVR.

Debut de OVR después de los 60 años	48%
Debut de OVR entre 50-60 años	28%
Debut de OVR antes de los 50 años	24%

Tabla 3. Edad de aparición de OVR en paciente con trombofilias.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA

NORMAS GENERALES

ACTUALIDAD MÉDICA es una revista centenaria (www.actualidadmedica.es) de ámbito científico nacional e internacional que publica artículos de investigación clínica o básica, artículos de docencia y de opinión, cartas al editor, editoriales y comentarios en relación con las enfermedades y patologías que afectan al ser humano fundamentalmente en el ámbito de la medicina interna y otras especialidades médico-quirúrgicas.

Es la revista oficial de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, edita 3 números al año, y acepta manuscritos en español e inglés. Tiene una versión impresa (español) y otra versión on line (español o inglés).

RESPONSABILIDADES Y ASPECTOS ÉTICOS EN LA PUBLICACIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA considera que la negligencia en investigación o en publicación es una infracción ética seria y tratará este tipo de situaciones de la manera necesaria para que sean consideradas como negligencia. Es recomendable que los autores revisen el Committee on Publication Ethics (COPE) y el International Committee of Medical Journal Editors para mayor información a este respecto.

La revista ACTUALIDAD MÉDICA no acepta material previamente publicado. El plagio y el envío de documentos a dos revistas por duplicado se consideran actos serios de negligencia. El plagio puede tomar muchas formas, desde tratar de publicar trabajos ajenos como si fueran propios, copiar o parafrasear partes sustanciales de otro trabajo (sin atribución), hasta reclamar resultados de una investigación realizada por otros autores. El plagio, en todas sus formas posibles, constituye un comportamiento editorial no ético y, por tanto, se considera inaceptable. El envío/publicación duplicada ocurre cuando dos o más trabajos comparten la misma hipótesis, datos, puntos de discusión y conclusiones, sin que estos trabajos hayan sido citados mutuamente uno a otro.

INVESTIGACIÓN HUMANA Y ANIMAL

Toda información identificativa no deberá ser publicada en declaraciones escritas, fotografías o genealogías. Asimismo, no se podrán revelar nombres de pacientes, iniciales o números de historia clínica en materiales ilustrativos. Las fotografías de seres humanos deberá ir acompañadas de un consentimiento informado de la persona y que dicha persona revise el manuscrito previo a su publicación, en el caso de que dicho paciente pueda ser identificado por las imágenes o los datos clínicos añadidos en dicho manuscrito. Los rasgos faciales no deben ser reconocibles. El Comité Editorial puede requerir a los autores añadir una copia (PDF o papel) de la aprobación de un Comité de Ética en el caso de trabajos con experimentación animal o ensayos clínicos (pacientes, material de pacientes o datos médicos), incluyendo una traducción oficial y verificada de dicho documento. Se debe especificar en la sección ética que todos los procedimientos del estudio recibieron aprobación ética de los comités de ética relevantes correspondientes a nivel nacional, regional o institucional con responsabilidad en la investigación animal/humana. Se debe añadir igualmente la fecha de aprobación y número de registro. En caso de que no se hubiera recibido la aprobación ética, los autores deberán explicar el motivo, incluyendo una explicación sobre la adherencia del estudio a los criterios propuestos en la Declaración de Helsinki. (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

AUTORÍA

Todos los datos incluidos en la presentación de un manuscrito deben ser reales y auténticos. Todos los autores incluidos deben haber contribuido de forma significativa a la elaboración del documento, así como tiene la obligación de facilitar retracciones o correcciones, si fuera necesario, cuando se encuentren errores en el texto.

En el caso de artículos de investigación original y artículos docentes, se recomienda un máximo de 6 autores, aunque se aceptan sugerencias concretas para más de 6 autores. Para otros tipos de manuscritos, 4 autores será considerado un número aceptable. Cada autor deberá especificar cómo desea que se cite su nombre (i.e., solo el primer apellido, los dos apellidos o unir ambos apellidos con guión). En caso de ser necesario, se requerirá que cada autor especifique el tipo y grado de implicación en el documento.

REVISIÓN POR PARES

ACTUALIDAD MÉDICA publica documentos que han sido aceptados después de un proceso de revisión por pares. Los documentos enviados serán revisados por revisores ciegos que no tendrán ningún tipo de conflicto de interés con respecto a la investigación, a los autores y/o a las entidades financiadoras. Los documentos serán tratados por estos revisores de forma confidencial y objetiva. Los revisores podrán indicar algunos trabajos relevantes previamente publicados que no hayan sido citados en el texto. Tras las sugerencias de los revisores y su decisión, los editores de la revista tienen la autoridad para rechazar, aceptar o solicitar la participación de los autores en el proceso de revisión. Tanto los revisores como los editores no tendrán conflicto de interés con respecto a los manuscritos que acepten o rechacen.

LICENCIAS

En el caso de que un autor desee presentar una imagen, tabla o datos previamente publicados, deberá obtener el permiso de la tercera parte para hacerlo. Este permiso deberá estar reflejado por escrito y dirigido a la atención del editor de la revista ACTUALIDAD MÉDICA. En caso de que una institución o patrocinador participe en un estudio, se requiere de forma explícita su permiso para publicar los resultados de dicha investigación. En caso de presentar información sobre un paciente que pueda revelar su identidad, se requiere el consentimiento informado de dicho paciente por escrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de un manuscrito son responsables de reconocer y revelar cualquier conflicto de intereses, o potencial conflicto de intereses, que pueda sesgar su trabajo, o pudiera ser percibido como un sesgo en su trabajo, así como agradecer todo el apoyo financiero y colaboraciones personales. ACTUALIDAD MÉDICA se adhiere a las directrices del International Committee of Medical Journal Editors, que está disponible en <http://www.icmje.org>, incluyendo aquellas de conflicto de intereses y de autoría. Cuando exista conflicto de intereses, deberá ser especificado en la Página de Título. De igual forma, el impreso de Conflicto de Intereses (ver impreso) deberá ser rellenado, firmado

por todos los autores y remitido al editor ACTUALIDAD MÉDICA. Los autores deberán mencionar el tipo de relación e implicación de las Fuentes financieras. Si no existe conflicto de intereses, deberá especificarse igualmente. Cualquier posible conflicto de intereses, financiero o de cualquier otro tipo, relacionado con el trabajo enviado, deberá ser indicado de forma clara en el documento o en una carta de presentación que acompañe al envío.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el último párrafo de la sección Material y Métodos, los autores deberán comentar que los pacientes incluidos en el estudio dieron su consentimiento a participar después de haber sido informados de forma concienzuda acerca del estudio. El editor de ACTUALIDAD MÉDICA, si lo considera necesario, puede requerir la presentación de este consentimiento informado a los autores.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser remitidos por internet a través de la dirección www.actualidadmedica.es en el enlace de Envío de Manuscritos, debiéndose previamente registrar en dicha página y siguiendo las normas e instrucciones que aparecen en la misma. El texto del manuscrito (incluyendo primera página o página de título, resumen, cuerpo del artículo, agradecimientos y referencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ARTÍCULO

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Se considerarán trabajos de investigación clínica o básica todos aquellos relacionados con la medicina interna y con aquellas especialidades médico-quirúrgicas que representen interés para la comunidad científica. Los tipos de estudios que se estiman oportunos son los estudios de casos controles, estudios de cohortes, series de casos, estudios transversales y ensayos controlados. En el caso de ensayos controlados deberán seguirse las instrucciones y normativas expresadas en CONSORT disponible en <http://www.consort-statement.org>, o en otros similares disponibles en la web.

La extensión máxima del texto será de 3000 palabras que deberán dividirse en las siguientes secciones: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. Además deberá incluir un resumen de una extensión máxima de 300 palabras estructurado en Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusiones. Se acompañará de 3 a 6 palabras clave, recomendándose para las mismas el uso de términos MeSH (Medical Subject Headings of Index Medicus/Medline disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/mesh-browser.cgi>) y de términos del Índice Médico Español. Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de palabras médicas le recomendamos consulten el Diccionario de Términos Médicos editado por la Real Academia Nacional de Medicina. En total se admitirán hasta 40 referencias bibliográficas siguiendo los criterios Vancouver (ver más adelante). El número máximo de tablas y figuras permitidas será de 6. Una figura podrá estar a su vez formada por una composición de varias.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO ORIGINAL DE DOCENCIA

Se considerarán artículos docentes originales aquellos encaminados a mejorar y aportar nuevos datos sobre un enfoque práctico y didáctico de los aspectos docentes más importantes en las Ciencias de la Salud que ayuden a mejorar la práctica docente diaria.

La extensión máxima del texto será de 2500 palabras que deberá dividirse en los mismos apartados descritos con anterioridad para los Artículos Originales. Se acompañará de un resumen no estructurado de hasta 250 palabras. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave. El número máximo de referencias será

de 20. Se podrá acompañar de hasta 3 tablas o figuras en los casos precisos.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Son artículos que de forma sistemática intentan mostrar las evidencias más actuales sobre un tema de interés médico o médico-quirúrgico, tratando de establecer una serie de pautas a seguir en determinadas patologías. Los artículos de revisión podrán ser solicitados al autor de forma directa por parte del Comité Editorial (Editor y Editores Asociados) o bien remitidos de forma voluntaria por los autores. Los artículos de este tipo serán revisados por el Comité Editorial, por algún miembro del Comité Asesor/Científico y por Revisores externos.

La extensión máxima del artículo será de 4000 palabras divididas en una Introducción, Cuerpo o Síntesis de la revisión (podrán usarse los apartados y subapartados que se estimen oportunos) y Conclusiones. El resumen no tendrá que ser estructurado, con un máximo de 300 palabras; Se añadirán de 3 a 6 palabras clave. Se permitirán hasta 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas o figuras.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CASOS CLÍNICOS

Se permitirá la elaboración y envío de casos clínicos interesantes y que tengan un mensaje que transmitir al lector. No se contemplarán casos clínicos habituales sin interés para la comunidad científica. La longitud máxima de los casos será de 1500 palabras distribuidas en una Introducción, Caso Clínico y Discusión. El resumen tendrá una extensión máxima de 150 palabras y no necesitará ser estructurado. Se permitirá un máximo de 3 figuras o tablas. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CARTAS AL EDITOR

Los artículos incluidos en esta sección podrán ser comentarios libres sobre algún tema de interés médico o bien críticas a artículos recientemente publicados (últimos 6 meses) en la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Se aceptarán de manera excepcional críticas o comentarios publicados en otras Revistas si tienen un interés médico evidente. La extensión máxima del texto enviado serán 500 palabras sin estructurar. No es necesario incluir resumen ni palabras clave. Se podrá incluir 1 figura o tabla acompañando a la carta. Como máximo se permiten 5 citas bibliográficas.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CRÍTICA DE LIBROS

En esta sección se permitirá la crítica y comentarios sobre un libro de ámbito médico o médico-quirúrgico en el que se destacarán los aspectos formales y científicos más importantes, así como las aportaciones fundamentales del mismo a la práctica clínica. Su extensión máxima será de 500 palabras. No es necesario resumen, palabras clave y no se permitirán tablas ni figuras, salvo la portada del libro. El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx)

CARACTERÍSTICAS FORMALES EN LA REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

Cada trabajo, en función del tipo de artículo anteriormente expresado, deberá estar estructurado según se ha comentado anteriormente. De forma general los trabajos deberán ir escritos en folios tamaño DIN A4 con una letra 10, tipo Times New Roman, con unos márgenes de 2.5cm y un interlineado de 1.5 con una justificación completa. Los artículos podrán enviarse en Español o Inglés, que son los dos idiomas oficiales de la revista.

Durante la elaboración del manuscrito podrán realizarse abreviaturas, previamente especificadas y aclaradas durante la primera aparición de la misma. Se recomienda uso de abreviaturas comunes en el lenguaje científico. No se permitirá el uso de abreviaturas en el título ni el resumen, únicamente en el cuerpo principal del manuscrito. Se deberá hacer especial hincapié en la expresión correcta y adecuada de las unidades de medida.

Se considera fundamental y norma editorial la elaboración de un manuscrito que siga las instrucciones anteriormente mencionadas en cuanto a la estructura de cada uno de los tipos de artículos. La estructura general de envío de los artículos será la siguiente:

- Página inicial o Página de Título

- Deberá incluirse un Título sin más de 90 caracteres que sea lo suficientemente claro y descriptivo

- Nombre y Apellidos de los autores

- Indicar las Instituciones en las que Trabajan o proceden los autores

- Incluir el nombre completo, dirección, e-mail y teléfono del Autor para la Correspondencia

- Título breve: Sin superar los 50 caracteres

- Añadir el número de palabras sin incluir el resumen y el número de tablas y figuras si procede

- Segunda página o Página de Resumen y palabras clave

Se deberá incluir un Resumen si procede según el tipo de manuscrito elegido, en el que deberá incluirse unos Objetivos (indicar el propósito del estudio de forma clara y breve), Métodos (indicando el diseño del estudio, pruebas realizadas, tipo de estudio, selección de pacientes y estudio estadístico), Resultados (los más significativos con su estudio estadístico correspondiente) y Conclusiones (énfasis en lo más importante de lo obtenido en el estudio).

A continuación se incluirán de 3 a 6 palabras clave.

- Tercera página o Página de Resumen y palabras clave en Inglés

Siguiendo las mismas recomendaciones anteriormente descritas pero en Inglés.

- Texto y Cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados

- Introducción: Se incluirán los antecedentes más importantes, así como los objetivos del estudio a realizar.

- Material y Métodos: Es la parte fundamental y más crítica del manuscrito. Es conveniente especificar el periodo de estudio, el tipo de población, el diseño del estudio, los procedimientos e instrumentos utilizados en el estudio, así como especificar los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio. Deberá incluirse el tipo de estudio estadístico realizado según las características de las variables analizadas y estudiadas. Además se añadirá si cumple con los requisitos éticos del comité del centro donde se ha llevado a cabo el estudio.

- Resultados: Deben ser claros, concisos y bien explicados. Se intentará resumir parte de ellos en tablas para evitar confusión durante su lectura. Se recomienda no repetir información de las tablas o gráficos en el texto.

- Discusión: Deberán discutirse los resultados obtenidos con respecto a los datos existentes en la literatura de una forma clara y científicamente adecuada. Se evitará repetir comentarios o datos contemplados en los apartados anteriores en la medida de lo posible.

- Conclusiones: Se deberán destacar los aspectos más importantes de los datos obtenidos de forma breve y con mensajes directos

- Agradecimientos

- Referencias o Bibliografía: Se incluirán las citas que el autor o autores hayan utilizado en la elaboración del manuscrito y quede constancia de ellas en el texto. Deberán ser ordenadas según su aparición en el texto y ser incluidas dentro del mismo entre paréntesis y con números arábigos. En general, se deberán referenciar siguiendo las normas Vancouver. Se expresan diferentes ejemplos a continuación para facilitar la labor de los autores. En caso de que su tipo de cita no aparezca entre los ejemplos le rogamos revise las normas Vancouver.

- Artículo: Deberán incluirse todos, a menos que haya más de 6, en cuyo caso se pondrán los tres primeros y et al. Ej: Nisengard R, Bascones A. Invasión bacteriana en la enfermedad periodontal. Avodontotoestomatol. 1987; 3: 119-33

- Suplemento de un volumen: Shen HM, Zhang KF. Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Supl 1: 275-82.

- Suplemento de un número: Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann ClinBiochem. 1995; 32 (Pt 3): 303-6.

- Artículo en prensa: Deberá referenciarse igual que un artículo, pero añadiendo en la medida de lo posible el doi del artículo. Ej: Arrabal-Polo MA, Arias-Santiago S, Arrabal-Martin M. What is the value of boneremodeling markers in patients with calcium stones? Urol Res. doi: 10.1007/s00240-012-0511-1

- Libros: Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984

- Capítulo de libros: Takey H, Carranza FA Jr. Treatment of furcation involvement and combined periodontal endodontic therapy. En Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984.

- Editores o compiladores como autores: Norman JJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

- Documento de Internet: Donaldson L, May, R. Health implications of genetically modified foods [citado 1 de enero. 2013]. www.doh.gov.uk/gmfood.htm

- Tablas

Deberán realizarse siguiendo los mismos criterios en cuanto a tamaño y tipo de letra, así como interlineado. Cada tabla será incluida en una página en solitario y deberá ser numerada de forma correlativa a su aparición en el texto con números arábigos. Deberá llevar un título explicativo del contenido de la misma de manera clara y concisa. El formato de realización de las tablas será .doc o .docx.

- Figuras

Tanto gráficos como fotografías, dibujos o esquemas se consideran figuras. Deberán numerarse según el orden de aparición en el texto. Cada una de las figuras llevará un título explicativo de las mismas, que deberá incluirse en el cuerpo principal del manuscrito tras las Referencias o Bibliografía. Cada figura deberá enviarse en un archivo individual principalmente en formato .tiff o .jpg con una calidad de al menos 300 dpi. Se añadirá además un pie de figura explicativo.

DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROCESO EDITORIAL

COPYRIGHT

La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, como propietaria de la revista ACTUALIDAD MÉDICA será responsable de custodiar los derechos de autoría de cada manuscrito. Los autores serán requeridos a completar un documento en lo que concierne a derechos de autoría y la transferencia de estos derechos a la revista ACTUALIDAD MÉDICA (mirar documento). El

autor corresponsal está obligado a declarar si alguno de los autores es empleado del Gobierno de Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos de América o si tiene algún tipo de relación contractual con estas instituciones. En el caso de que un autor sea empleado de Estados Unidos de América, deberá especificar el número de contrato, así como si la investigación ha recibido fondos de Estados Unidos. Igualmente, si alguno de los autores pertenece al Instituto Médico Howard Hughes, deberá especificarlo.

La firma y acuerdo de copyright incluye:

- Responsabilidad y garantía del autor: El autor garantiza que todo el material enviado a ACTUALIDAD MÉDICA es original y no ha sido publicado por otra revista o en otro formato. Si alguna parte del trabajo presentado ha sido previamente publicada, deberá especificarse en el manuscrito. El autor garantiza que ninguno de los datos presentados infringe los derechos de terceras partes y autoriza a ACTUALIDAD MÉDICA a usar el trabajo si fuera necesario.

- Transferencia de derechos de uso: El autor transfiere a la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental todos los derechos concernientes al uso de cualquier material derivado del trabajo aceptado para publicación en ACTUALIDAD MÉDICA, así como cualquier producto derivado respecto a la distribución, transformación, adaptación y traducción, tal y como figura en el texto revisado de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por tanto, los autores no estarán autorizados a publicar o difundir trabajos aceptados para publicación en ACTUALIDAD MÉDICA sin la expresa autorización escrita de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

PROCESO EDITORIAL Y REVISIÓN

Los manuscritos enviados son recibidos a través de un sistema de envío mediante página web y, una vez recibidos, ACTUALIDAD MÉDICA informará a los autores si el manuscrito es aceptado, rechazado o requiere de un proceso de revisión. El proceso de revisión comienza tras la recepción y una evaluación formal del Editor o Editores Asociados. Posteriormente, el manuscrito será enviado a un mínimo de dos revisores externos o miembros del Consejo Rector o del Comité Científico sin que aparezca el nombre de los autores, datos personales ni filiación de los mismos para asegurar un proceso de revisión apropiado y objetivo. Una vez que el informe del revisor externo se ha recibido, el Comité Editorial emitirá una decisión que será comunicada a los autores. El primer proceso de revisión no durará más de dos meses. Si un manuscrito requiere cambios, modificaciones o revisiones, será notificado a los autores y se les dará un tiempo para que realicen dichos cambios. La cantidad de tiempo dependerá del número de cambios que se requieran. Una vez que la versión revisada sea enviada, los autores deberán resaltar los cambios realizados en un color diferente y adjuntar una carta de respuesta a los revisores donde se argumentan de forma clara dichos cambios realizados en el manuscrito.

El Comité Editorial de ACTUALIDAD MÉDICA se reserve el derecho de hacer cambios o modificaciones al manuscrito con el consentimiento y aprobación de los autores sin hacer cambios en el contenido. El objetivo de estos cambios será mejorar la calidad de los manuscritos publicados en la revista.

Tras la aceptación de un artículo, este será enviado a prensa y las pruebas serán enviadas al autor. El autor deberá revisar las pruebas y dar su aprobación, así como indicar cualquier error o modificación en un plazo de 48 horas. Pasado este tiempo, no se admitirán cambios en el contenido científico, el número o el orden de los autores.

En caso de que aparezca errores tipográficos u otros errores en la publicación final, el Comité Editorial junto con los autores publicarán una aclaración apropiada en el siguiente número de la revista.

En el caso extremo en que los autores insistieran en hacer cambios no autorizados antes de la publicación final del artículo o violar los principios previamente mencionados, el Comité Editorial de ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho de no publicar el artículo.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento, los revisores recibirán un diploma reconociendo su contribución a ACTUALIDAD MÉDICA (requiere solicitud al Editor). El Comité Editorial y Científico añadirán nuevos revisores cada año y están siempre abiertos a las sugerencias de los revisores para mejorar la calidad científica de la revista.

POLÍTICA EDITORIAL Y PUBLICIDAD

La revista ACTUALIDAD MÉDICA se reserva el derecho de admitir publicidad comercial relacionada con el mundo de las Ciencias de la Salud si lo cree oportuno.

ACTUALIDAD MÉDICA, su Consejo Editorial y Científico y la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental no se hacen responsables de los comentarios expresados en el contenido de los manuscritos por parte de los autores.

El Comité Editorial.

1 de abril de 2015.

ACTUALIDAD M É D I C A

www.actualidadmedica.es



**Real Academia de Medicina
y Cirugía de Andalucía Oriental**



**Real Academia de Medicina
de Sevilla**



**Real Academia de Medicina
de Cádiz**

Publicación coordinada por:

