

Fundada en 1911



**35<sup>o</sup>** Congreso Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)

**6<sup>o</sup>** Encuentro de Enfermería de  
Medicina Interna de Andalucía

**6-7 de Junio 2019**

Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla

Editada por:



Real Academia de Medicina  
y Cirugía de Andalucía Oriental



Real Academia de Medicina  
de Sevilla



Real Academia de Medicina  
de Cádiz

## COMITÉ EDITORIAL

### Editores

**Miguel Ángel Martín Piedra**  
Facultad de Medicina de Granada  
España

**Antonio Cárdenas Cruz**  
Hospital de Poniente de Almería  
España

### Editores adjuntos

**Fernando Leiva Cepas**  
Facultad de Medicina de Córdoba.  
España

**Antonio Santisteban Espejo**  
Hospital Universitario Puerta del Mar,  
Cádiz. España

**Miguel Sola García**  
Hospital Alta Resolución Alcalá la Real,  
Jaén. España

## COMITÉ RECTOR

**Dr. Emilio García de la Torre**  
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

## COMITÉ DE REDACCIÓN

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

## DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ARP Producciones

## IMPRENTA

Gráficas Alhambra

**Actualidad Médica incluida en Latindex ,  
Índices CSIC y Google Scholar**

*Para la redacción de los manuscritos y una  
correcta definición de los términos médicos,  
Actualidad Médica recomienda consultar el  
Diccionario de Términos Médicos de la Real  
Academia Nacional de Medicina*

## COMITÉ CIENTÍFICO Y ASESOR

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

**Jorge Alvar Ezquerra**  
OMS. Ginebra. Suiza

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

**Pasquale Quattrone**  
Istituto Nazionale dei Tumori  
Milán. Italia

**Ismael Ángel Rodríguez**  
Universidad Nacional  
de Córdoba. Argentina

**Antonio Rendas**  
Universidade Nova de Lisboa  
Portugal

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

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

**Sebastián San Martín**  
Universidad de Valparaíso.  
Valparaíso. Chile

**Antonio Alcaraz Asensio**  
Hospital Clinic. Barcelona. España

**Francisco Gómez Rodríguez**  
Universidad de Cádiz  
Hospital Universitario de Puerto  
Real. España

**Andrés M. Lozano**  
University of Toronto. Toronto  
Western Hospital. EEUU

**Eduardo Vázquez Ruiz  
de Castroviejo**  
Especialista en Cardiología en  
Jaén. España

**José Antonio Castilla Alcalá**  
Hospital Universitario Virgen de  
las Nieves de Granada. España

**Francisco Gómez Rodríguez**  
Universidad de Cádiz  
Hospital Universitario de Puerto  
Real. Cádiz. España

**Andrés M. Lozano**  
Toronto Western Hospital  
University of Toronto. Canadá

**José Antonio Castilla Alcalá**  
Hospital U. Virgen de las Nieves  
Granada. España

**Christian Flotho**  
Hematología y Oncología  
Pediátrica. Hospital Universitario  
de Friburgo. Alemania

**Cristina Verónica Navarrete Godoy**  
National Health Service NHS  
Leeds. Reino Unido

**Manuel Casal Román**  
Profesor Emérito. Universidad de  
Córdoba. España

**Luis Rodríguez Padial**  
Jefe de Servicio de Cardiología del  
Complejo Hospitalario Virgen de  
la Salud. Toledo. España

**Eduardo Vázquez Ruiz  
de Castroviejo**  
Cardiólogo.  
Director de Docencia del Colegio  
Oficial de Médicos de Jaén.  
España

**José Miguel Montero García**  
MSc NSCI University of Central  
Lancashire. Reino Unido

**José Antonio García Viudez**  
Medicina Interna y Reumatología  
Almería. España

**José Antonio Ortega Domínguez**  
Jefe del Servicio de Oncología  
Clínica Quirón-Salud. Málaga  
España

**Moisés Javier Mieles Cerchar**  
Urología Pediátrica.  
HMI Carlos Haya. Málaga  
España

---

Actualidad Médica.

ISSN: 0365-7965. Depósito Legal: GR-14-1958

Edita:

Consejo Andaluz de Colegios de Médicos

Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental

Real Academia de Medicina de Cádiz

Real Academia de Medicina de Sevilla

## **JUNTA DIRECTIVA SADEMI**

### **Presidenta**

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Martín Escalante

### **Vice-presidente 1<sup>º</sup>**

(Andalucía Occidental)

Dr. José Luis Bianchi Llave

### **Vice-presidenta 2<sup>a</sup>**

(Andalucía Oriental)

Dra. María Guil García

### **Tesorero**

Dr. Raimundo Tirado Miranda

### **Secretario**

Dr. Antonio García Ríos

### **Presidente Fundación SADEMI**

Dr. Enrique Calderón Sandubete

### **Vocal Almería**

Dr. Pedro Luis Carrillo Alascio

### **Vocal Cádiz**

Dr. Ismael Tinoco Racero

### **Vocal Córdoba**

Dr. Francisco Gómez Delgado

### **Vocal Granada**

Dr. José Luis Calleja Rubio

### **Vocal Huelva**

Dr. Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero

### **Vocal Jaén**

Dra. Begoña Cortés Rodríguez

### **Vocal Málaga**

Dr. Francisco Miralles Linares

### **Vocal Sevilla**

Dr. Francisco Javier Medrano Ortega

### **Vocal MIR**

Dr. Fidel Moreno Verdejo

### **Vocal Docencia**

Dr. Alberto Romero Alonso

## **COMITÉ ORGANIZADOR 35º CONGRESO SADEMI**

### **Presidente**

Dr. Antonio Fernández Moyano

### **Vice-presidente**

Dr. Francisco Javier Medrano Ortega

### **Secretario**

Dr. Rafael de la Rosa Morales

### **Tesorero**

Dr. Antonio Javier Ramos Guerrero

### **Vocales**

Dr. Salvador Alegre Herrera

Dr. Luis Miguel Álvarez Aragón

Dr. José Luis Bianchi Llave

Dr. Luis Castilla Guerra

Dr. Juan Delgado de la Cuesta

Dra. Sofía Delgado Romero

Dra. Beatriz García Casado

Dr. Salvador García Morillo

Dr. Jorge Marín Martín

Dr. José Antonio Mira Escartí

Dra. M<sup>a</sup> José Montoya García

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Nieto Martín

Dr. Francisco Jesús Olmo Montes

Dr. Norberto Ortego Centeno

Dr. José Antonio Pérez de León Serrano

Dr. Ignacio Vallejo Maroto

## **COMITÉ CIENTÍFICO 35º CONGRESO SADEMI**

### **Presidenta**

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Martín Escalante

### **Vocales**

Dra. Begoña Cortés Rodríguez

Dr. Rafael de la Rosa Morales

Dr. Juan Delgado de la Cuesta

Dr. Antonio Javier Ramos Guerrero

## **COMITÉ ORGANIZADOR 6º ENCUENTRO ENFERMERÍA**

### **Presidente**

Sr. Juan José Maestre Garrido

### **Vice-presidente**

Sr. Francisco Borja López Casanova

### **Vocales**

Sra. Almudena Arroyo Rodríguez

Sr. Juan Manuel Carmona Polvillo

Sr. Manuel Guzmán Peña

Sra. Rocío Reina Carretero

Sra. M<sup>a</sup> Teresa Rodríguez Paños

Sra. Adriana Rivera Sequeiros

Sra. Encarnación Álvarez Cabello

Sra. M<sup>a</sup> José Jiménez Barbero

Sra. Inmaculada Velasco Espinosa

Sra. M<sup>a</sup> José Ariza Conejero

## **COMITÉ CIENTÍFICO 6º ENCUENTRO ENFERMERÍA**

### **Presidenta**

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Martín Escalante

### **Vice-presidente**

Sr. Francisco Borja López Casanova

### **Vocales**

Sra. Almudena Arroyo Rodríguez

Sra. Adriana Rivera Sequeiros

Sra. M<sup>a</sup> José Ariza Conejero

Sra. M<sup>a</sup> Carmen Muñoz Lanza

Sra. M<sup>a</sup> del Rosario Martínez Jiménez

Publicación cuatrimestral  
(3 números al año)

### **© 2019. 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.

Disponible en internet: [www.actualidadmedica.es](http://www.actualidadmedica.es)

Atención al lector:

[infoam@actualidadmedica.es](mailto:infoam@actualidadmedica.es)  
Actualidad Médica.  
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido.  
This publication is printed in acid-free paper.

Impreso en España.

Depósito Legal: GR-14-1958

ISSN: 0365-7965

DOI: 10.15568/am

Revista editada por:



## **10 COMUNICACIONES DE MEDICINA. COMUNICACIONES ORALES**

### **ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

EC-02. VALORACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR  
*L. Márquez López et al.*

EC-06. PREVALENCIA Y CALIDAD DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN EL ÁREA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO POBLACIONAL TAYFA-ROCÍO  
*L. Giménez-Miranda et al.*

**11** EC-08. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*M. Poyato Borrego et al.*

**12** EC-09. COMPARATIVA DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24 HORAS CON RESPECTO A 3 HORAS PARA DESCARTAR REACCIÓN DE ALERTA  
*E. Gutiérrez Jiménez et al.*

### **ENFERMEDADES METABÓLICAS**

EM-03. INCIDENCIA DE HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TOMADORES DE METFORMINA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL  
*A. Blanco Taboada et al.*

EM-04. IMPACTO CLÍNICO Y MORTALIDAD ASOCIADOS A HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON METFORMINA QUE ACUDEN A URGENCIAS  
*A. Blanco Taboada et al.*

**13** EM-09. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PREVENCIÓN 2ª DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS. ¿PODEMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A PACIENTES CON FRACTURAS POR FRAGILIDAD? ANÁLISIS DE 269 CASOS  
*A. Valenzuela González et al.*

## **14 EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA**

EP-03. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC  
*L. Giménez-Miranda et al.*

EP-04. CORTICOIDES SISTÉMICOS EN EXACERBACIONES EPOC Y SU IMPACTO EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO  
*M. López Ríos et al.*

**15** EP-05. COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON EPOC  
*F. Moreno-Verdejo et al.*

### **GESTIÓN CLÍNICA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA MEDICINA**

G-01. LA RELEVANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
*M. Medina Duque et al.*

**16** G-02. MODELO DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: 10 AÑOS COMPARTIENDO PACIENTES  
*M. Gómez Hernández et al.*

G-03. MODELO ASISTENCIAL DE HOSPITALES COMARCALES: "UNA ASISTENCIA CENTRADA EN LA MEDICINA INTERNA"  
*J. Elvira González et al.*

## **17 INSUFICIENCIA CARDIACA**

IC-05. HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE INCIDENTE 20 AÑOS  
*V. Agustín Bandera et al.*

**18** IC-06. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS DESDE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA  
*V. Agustín Bandera et al.*

IC-07. IMPACTO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL GÉNERO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE SU DIAGNÓSTICO INICIAL  
*N. Jiménez García et al.*

IC-08. PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA, PRIMER FILTRADO GLOMERULAR, ¿ADVIERTE DEL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO?. DATOS DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE 20 AÑOS  
*N. Jiménez García et al.*

**19** IC-09. TASAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA  
*J. Luque del Pino et al.*

IC-10. UTILIDAD DEL ÍNDICE PROFUNDO PARA IDENTIFICAR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON ALTO RIESGO DE FALLECER DE FORMA PRECOZ TRAS EL ALTA HOSPITALARIA  
*J. Luque del Pino et al.*

## **20** **INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

IF-02. EFICACIA Y REDUCCIÓN DE LOS ESTEROIDES CON TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA O TRATAMIENTO COMBINADO CON FAMES  
*F. Nieto García et al.*

IF-03. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS OFF-LABEL EN PATOLOGÍA AUTOINMUNE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
*D. Blanco Alba et al.*

IF-08. ESCLERODERMIA CON ANTICUERPOS INUSUALES O SERONEGATIVA: CASOS REGISTRADOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
*J. López Morales et al.*

## **21** **OTROS**

O-01. EVALUACIÓN DE LAS BIOPSIAS CON AGUJA GRUESA DE ADENOPATÍAS REALIZADAS EN EL H. U. VIRGEN DEL ROCÍO  
*R. Gámez Mancera et al.*

## **22** **PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO**

PP-01. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO  
*J. Osuna Sánchez et al.*

PP-02. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA  
*P. Díaz Jiménez et al.*

PP-03. RESULTADOS ASISTENCIALES DEL PROYECTO TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS  
*J. Castilla Yélamo et al.*

**23** PP-04. RESULTADOS EN SALUD COMUNICADOS POR EL PACIENTE (PRO) DEL PROGRAMA TELEMONITORIZACIÓN TELECOMPARTE  
*J. Castilla Yélamo et al.*

PP-07. RESULTADOS EN SALUD COMUNICADOS POR EL PACIENTE CON EPOC TRAS INCLUSIÓN EN PROGRAMA TELECOMPARTE  
*J. Castilla Yélamo et al.*

PP-08. IMPACTO EN MORTALIDAD Y REINGRESOS DE UN MODELO DE ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA  
*M. Calero Bernal et al.*

**24** PP-10. MARCADORES BIOMOLECULARES ASOCIADOS A FRAGILIDAD Y SARCOPENIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS  
*C. Jiménez-Juan et al.*

### **ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

T-02. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU RENDIMIENTO PRONÓSTICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA  
*L. Giménez Miranda et al.*

**25** T-03. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU APLICABILIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA  
*R. López Alfaro et al.*

## **26** **COMUNICACIONES DE MEDICINA. COMUNICACIONES ORALES BREVES**

### **DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

DP-01 FORMA DE INGRESO, TIPO DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES Y UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*A. Blanco Taboada et al.*

DP-03. VOLUNTADES ANTICIPADAS: PROMOCIÓN AL ALTA DE HOSPITALIZACIÓN.  
*C. Escorial Moya et al.*

**27** DP-04. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DE PACIENTES ATENDIDOS POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: PAPEL DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO  
*M. Rincón Gómez et al.*

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

EC-01. HIPOVITAMINOSIS D Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR  
*M. Pérez Trisancho et al.*

EC-04. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL CARDIOVASCULAR EN GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO  
*XJ. Castilla Yélamo et al.*

**28** EC-07. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR  
*XA. Ramos Guerrero et al.*

**ENFERMEDADES METABÓLICAS**

EM-01. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO  
*L. Pérez Belmonte et al.*

**29** EM-02. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA  
*L. Pérez Belmonte et al.*

EM-05. VALORACIÓN ÍNDICE CONUT (DESNUTRICIÓN) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA  
*J. Salinas Gutiérrez et al.*

**30** EM-06. ¿MEJORA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPORÓTICO UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS CON UNA ENFERMERA GESTORA DE CASOS? EXPERIENCIA DE 59 CASOS  
*A. Velázquez Parejo et al.*

**31** EM-07. ANÁLISIS DE LOS CASOS CONFIRMADOS MEDIANTE ESTUDIO GENÉTICO DE ENFERMEDADES LISOSOMALES EN EL ADULTO EN MEDICINA INTERNA  
*F. Nieto García et al.*

**EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA**

EP-01. USO DE LOS INHALADORES EN PACIENTES EPOC ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCACIONAL  
*C. Escorial Moya et al.*

**32** EP-02. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO  
*J. Osuna Sánchez et al.*

**GESTIÓN CLÍNICA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA MEDICINA**

G-04. FORMACIÓN DEL INTERNISTA EN EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. ROMPIENDO TABÚES  
*J. Elvira González et al.*

G-05. UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS  
*P. Hurtado Olmo et al.*

**33** G-06. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y AHORRO DE ESTANCIAS EN EL MANEJO AMBULATORIO DE ALTA RESOLUCIÓN COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL  
*A. Espinar Rubio et al.*

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

I-01. AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*N. Castillo Fernández et al.*

**34** I-02. ANÁLISIS DE LA EPIDEMIA DE GRIPE DURANTE LA TEMPORADA 2018-2019 EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*C. Ocaña Losada et al.*

**INSUFICIENCIA CARDIACA**

IC-01. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*J. Osuna Sánchez et al.*

IC-02. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA  
*L. Pérez Belmonte et al.*

**35** IC-03. PACIENTES CON ALTA CARGA DE EV SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL  
*E. Manzano López et al.*

IC-04. ANÁLISIS DEL USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL  
*S. Vidal Serrano et al.*

## **INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

IF-01. MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
*S. Vidal Serrano et al.*

**36**

IF-04. UN NUEVO ESCENARIO CLÍNICO: LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN LA COMBINACIÓN FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE)  
*D. Blanco Alba et al.*

IF-05. PROPUESTA DE ESTUDIO DE IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON UVEÍTIS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA. REGISTRO DE PACIENTES  
*F. Nieto García et al.*

**37**

IF-06. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL  
*V. Agustín Bandera et al.*

**38**

IF-07. SEGUIMIENTO TRAS USO DE BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
*XI. López Morales et al.*

IF-09. EXPERIENCIA CON TOCILIZUMAB EN LA ORBITOPATÍA DE GRAVES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
*V. Sáñez Montagut et al.*

IF-10. MOTIVOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA  
*S. Delgado Romero et al.*

**39**

IF-11. CONCORDANCIA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA  
*S. Delgado Romero et al.*

IF-12. ACTITUD FINAL TRAS LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA  
*S. Delgado Romero et al.*

## **ENFERMEDADES MINORITARIAS**

M-01. RENTABILIDAD DE UN PANEL DE SECUENCIACIÓN MASIVA NGS EN EL APOYO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO  
*J. López Morales et al.*

**40**

### **OTROS**

O-02. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO DURANTE SU INGRESO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ DE LA FRONTERA  
*J. Mora Delgado et al.*

O-03. EXPERIENCIA INICIAL DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 168 CASOS  
*J. Sánchez Sánchez et al.*

**41**

O-04. RESULTADOS TRAS IMPLANTAR UNA HERRAMIENTA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA  
*S. Vidal Serrano et al.*

O-05. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
*M. Poyato Borrego et al.*

**42**

O-06. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN HOSPITAL DE DÍA  
*S. Vidal Serrano et al.*

**43**

O-07. ¿EXISTEN PARÁMETROS INDIRECTOS QUE SUGIERAN UNA PATOLOGÍA ARRITMOGÉNICA COMO ORIGEN DE ICTUS CRIPTOGÉNICO?  
*M. Poyato Borrego et al.*

## **PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO**

PP-05. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y DE LA GRAVEDAD MEDIANTE EL ÍNDICE PROFUND DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
*J. Mora Delgado et al.*

**44**

PP-06. DESNUTRICIÓN Y FRAGILIDAD EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS CON PLURIPATOLOGÍA HOSPITALIZADA  
*A. Sánchez Ramos et al.*

PP-09. PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA: RESULTADOS EN SALUD  
*M. Calero Berna et al.*

PP-11. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN LA VALORACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS  
*I. Alé Ruiz et al.*

## 45 **ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

T-01. ANTICOAGULACIÓN CON RIVAROXABÁN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR  
*M. Pérez Tristancho et al.*

## 46 **COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA. COMUNICACIONES ORALES**

**ENFERMERÍA: ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y OTRAS ENFERMEDADES COMPLEJAS**

ENF-E-01. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE Y SU FAMILIA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA  
*C. Quintanilla López et al.*

ENF-E-02. ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS  
*B. González Sánchez et al.*

## 47 **ENF-E-05. NECESIDAD DE IMPLANTACIÓN DE UN CRIBADO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD**

*E. Sánchez-Sánchez, E. García Marín, Y. Avellaneda López, F. Ramos Benítez, J. Bianchi-Llave*

**ENFERMERÍA: OTROS**

ENF-O-04. ANÁLISIS DEL NIVEL DE ESTRÉS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA Y UNIDADES QUIRÚRGICAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NURSING INICIARE PATIENT  
*M. Martínez Jiménez et al.*

## 48 **ENF-O-06. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NURSING INICIARE PATIENT**

*J. Carmona Polvillo et al.*

ENF-O-07. PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN MEDICINA INTERNA  
*M. Sanz Vega et al.*

## 49 **COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA. COMUNICACIONES ORALES BREVES**

**ENFERMERÍA: ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y OTRAS ENFERMEDADES COMPLEJAS**

ENF-E-03. ICONOGRAFÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD  
*C. Núñez Ortiz et al.*

## 50 **ENF-E-04. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES FRÁGILES EN UNA UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA EN EL AGS SUR DE SEVILLA A TRAVÉS DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR**

*J. Doblado Roldán et al.*

ENF-E-06. DETERIORO COGNITIVO LEVE. IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
*L. Espejo Rodríguez, M. del Olmo Rodríguez*

ENF-E-07. REGISTROS INFORMATIZADOS DEL DOLOR EN PACIENTES PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE  
*C. Hurtado Pedrosa, A. Arroyo Rodríguez*

## 51 **ENFERMERÍA: NUEVAS TENDENCIAS EN ENFERMERÍA**

ENF-N-01. UNA ESCALA NOVEDOSA: LA QSOFA  
*M. Carvajal Almira et al.*

ENF-N-02. EL CATÉTER MIDLINE, UN NUEVO ESLABÓN EN LA TERAPIA INTRAVENOSA  
*I. Valero Legidos et al.*

## 52 **ENF-N-03. BUSCANDO LA VENA PERDIDA UTILIZANDO EL ECÓGRAFO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

*M. Carvajal Almira et al.*

ENF-N-04. LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES  
*M. Luque Mérida*

## 53 **ENF-N-05. PROCESO DE DESARROLLO DE UN PROYECTO DE GESTIÓN COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES**

*R. Domínguez Robles*

## 54 **ENFERMERÍA: OTROS**

ENF-O-01. NUEVO PERFIL POBLACIONAL DE MEDICINA INTERNA  
*M. Carvajal Almira et al.*

ENF-O-02. SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS  
*D. Carmona Heredia et al.*

ENF-O-03. INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN ESPAÑA: ¿QUE ESTÁ PASANDO?  
*M. Valero Legidos et al.*

## 55 **ENF-O-05. ENFERMERÍA EN LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE POLIMEDICADO**

*M. Ramírez Expósito et al.*



Editada por:



Real Academia de Medicina  
y Cirugía de Andalucía Oriental



Real Academia de Medicina  
de Sevilla



Real Academia de Medicina  
de Cádiz

---

# ACTUALIDAD MÉDICA

---

[www.actualidadmedica.es](http://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 108 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](http://www.actualidadmedica.es)  
EDICIÓN IMPRESA Y EDICIÓN ONLINE

**COMUNICACIONES DE MEDICINA  
COMUNICACIONES ORALES**

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

**EC-02. VALORACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

L. Márquez López<sup>1</sup>, M. Ortega Reina<sup>1</sup>, L. Beltrán Romero<sup>1</sup>, F. Espinosa Torre<sup>1</sup>, A. Camacho Carrasco<sup>1</sup>, A. González Estrada<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, O. Muñiz Grijalvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- ALARCÓN GARCÍA JC, ESPINO MONTORO A, MUÑIZ GRIJALVO O. Estudio y tratamiento de la Hipercolesterolemia. En: ESPINO MONTORO A, STIEFEL GARCÍA-JUNCO P. *Manual de hipertensión arterial y lípidos: tablas y algoritmos*. 1ª ed. España: You&Us; 2018. p. 265-84.

**OBJETIVOS:** Describir prevalencia y características de la ateromatosis carotídea y femoral en pacientes con HF. Explorar asociación entre la presencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECVe) y la ateromatosis subclínica valorada mediante ecografía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó ecografía carotídea y femoral a pacientes con HF. Se evaluaron la presencia de placas, número de segmentos afectos (escore ateromatosis), grosor máximo y signos de alto riesgo trombótico.

**RESULTADOS:** De la cohorte de aproximadamente 700 pacientes con HF con diagnóstico genético confirmado en seguimiento en nuestra unidad, se han incluido hasta el momento 114 pacientes. 50 % varones, 31,6 % hipertensos. LDL medio 122,6 mg/dl. El 95,7 % realizaba tratamiento con estatinas y el 24,6 % con IPCSK9. El 55,3 % presentaba placas carotídeas, el 57,9 % femorales y el 46,5 % afectación de ambos territorios. Los hallazgos ecográficos se muestran en la tabla 1. Los pacientes con ECVe tenían un score carotídeo medio de 3,69, mientras que en los pacientes sin ECVe era de 1,61 (p < 0,001). Los pacientes con ECVe tenían un score femoral medio de 4,2, mientras que en los pacientes sin ECVe era de 1,69 (p < 0,001).

**DISCUSIÓN:** En pacientes con HF y ECVe, a pesar de la preferencia de la enfermedad aterosclerótica por el lecho coronario, frecuentemente coexiste con aterosclerosis subclínica a otros niveles, con una afectación subclínica más extensa y mayor puntuación en los scores de ateromatosis que en pacientes sin ECVe.

**CONCLUSIONES:** La presencia de aterosclerosis subclínica en territorios diferentes al coronario, podría identificar a pacientes con mayor probabilidad de sufrir eventos CV futuros, que fueran candidatos a manejo intensivo de los FRCV.

Pacientes en prevención 1ª	89 (78,1 %)
Placas carotídeas	42 (47,2 %, N=89)
Placas femorales	44 (49,4 %, N=89)
Afectación de ambos territorios	34 (38,2 %, N=89)
Pacientes en prevención 2ª	23 (20,5 %)
Placas carotídeas	20 (87 %, N=23)
Placas femorales	21 (91,3 %, N=23)
Afectación de ambos territorios	19 (82,6 %, N=23)
Pacientes con afectación carotídea de alto riesgo (placa heterogénea o ulcerada)	6 (5,3 %, N=114)
Prevención 1ª	5 (5,6 % N=89)
Prevención 2ª	1 (4,4 %, N=23)
Pacientes con afectación femoral de alto riesgo (placa heterogénea o ulcerada):	20 (17,5 %, N=114)
Prevención 1ª	14 (15,7 % N=89)
Prevención 2ª	6 (26,1 % N=23)

Tabla 1. Hallazgos en ecografía carotídea y femoral

**EC-06. PREVALENCIA Y CALIDAD DEL TRATAMIENTO ANTI-COAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN EL ÁREA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO POBLACIONAL TAYFA-ROCÍO**

L. Giménez-Miranda<sup>1</sup>, M. Calabuig-Sevilla<sup>1</sup>, F. Moreno-Verdejo<sup>2</sup>, M. López-Ríos<sup>1</sup>, L. Abdel-Kader<sup>4</sup>, E. Calderón-Sandubete<sup>2</sup>, J. Rodríguez-Martorel<sup>3</sup>, F. Medrano-Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, CASBE, CIBEResp.

<sup>2</sup>Medicina Interna, Comisión de Trombosis, CIBEResp

<sup>3</sup>Hematología, Comisión de Trombosis. HUVR. Sevilla

<sup>4</sup>Farmacia, CASBE

**OBJETIVOS:** El tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) en fibrilación auricular no valvular (FANV) puede realizarse con antagonistas de la vitamina K (AVK) o anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), con, al menos, similar eficacia y mejor perfil de seguridad que AVK sin requerir monitorización. La información existente en España sobre TAO en FANV es escasa y fragmentaria y no existen estudios poblacionales andaluces que evalúen su empleo. Objetivos: 1) Conocer en el área sanitaria Virgen del Rocío la prevalencia de FANV en TAO y los fármacos utilizados; 2) Evaluar la calidad y adecuación del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño. Estudio observacional, descriptivo de base poblacional con todos los pacientes adultos del área sanitaria Virgen del Rocío con FANV en TAO durante 2018. Fuentes de información: Base de Datos TAONET y base de datos de Farmacia. Variables. Edad, sexo, TAO, duración del tratamiento, modalidad de control, tiempo en rango terapéutico (TRT), fármaco, servicio prescriptor.

**RESULTADOS:** De los 11337 pacientes en TAO, 7850 por FANV; 6591 (84,0%) tratados con AVK y 1852 (23,6%) con ACOD (593 pasaron de AVK a ACOD) (Figura 1). La prevalencia de FANV en TAO fue 1,4% (7850/557576, BDU-2017). La distribución de las variables se muestra en la tabla 1. Existían controles de INR de seis meses disponibles en 4958 de los pacientes con AVK, 2005 (39,7%) con TRT > 60%. 4,1% de los pacientes con TRT < 60% cambiaron a ACOD. Los pacientes que mantuvieron tratamiento con AVK mostraron mayor TRT que aquellos que cambiaron a ACOD (40,8% vs 31,8%, p=0,022; test Chi cuadrado).

**CONCLUSIONES:**

1. La prevalencia de FANV en TAO en nuestro área es actualmente elevada, sugiriendo reducción de la FANV oculta
2. Menos de la mitad de las FANVs tratadas con AVK consiguen un control adecuado
3. La utilización de ACOD es escasa, inferior a la de nuestro entorno y sin adecuarse a las indicaciones autorizadas en nuestro país
4. Teniendo en cuenta el control anticoagulante subóptimo obtenido con AVK en este y otros estudios poblacionales y las evidencias sobre el coste-efectividad de los ACOD, se podrían cuestionar las restricciones existentes actualmente para el uso de ACOD.

Variante	AVK	ACOD
Pacientes, n (%)	6591 (84,0)	1852 (23,6)
Edad en años, media ± DE	72,3 ± 9,7	
Sexo varón, n (%)	3148 (47,8)	
Duración del tratamiento (días), media ± DE	2002,6 ± 1547,2	329,0 ± 140,0
Modalidad de control con AVK, n (%)		
Atención Primaria	5791 (87,9)	
Atención Hospitalaria	800 (12,1)	
Fármaco AVK, n (%)		
Acenocumarol	405 (6,1)	
Warfarina	6177 (93,7)	
TRT últimos seis meses, media ± DE	54,3 ± 22,9*	
TRT > 60%, n (%)	2005 (39,7)*	
Fármaco ACOD, n (%)		
Apixaban		495 (26,7)
Dabigatran		466 (25,2)
Edoxaban		411 (22,2)
Rivaroxaban		480 (25,9)
Servicio Prescriptor ACOD, n (%)		
Cardiología		1255 (67,8)
Medicina Interna		171 (9,2)
Neurología		195 (10,5)
Otro		231 (12,5)

\* Calculado para los 4958 pacientes con al menos 6 meses de seguimiento. ACOD: Anticoagulantes orales de acción directa; AVK: Antagonistas de la vitamina K; DE: Desviación Estándar; TRT: Tiempo en rango terapéutico.

Figura 1.

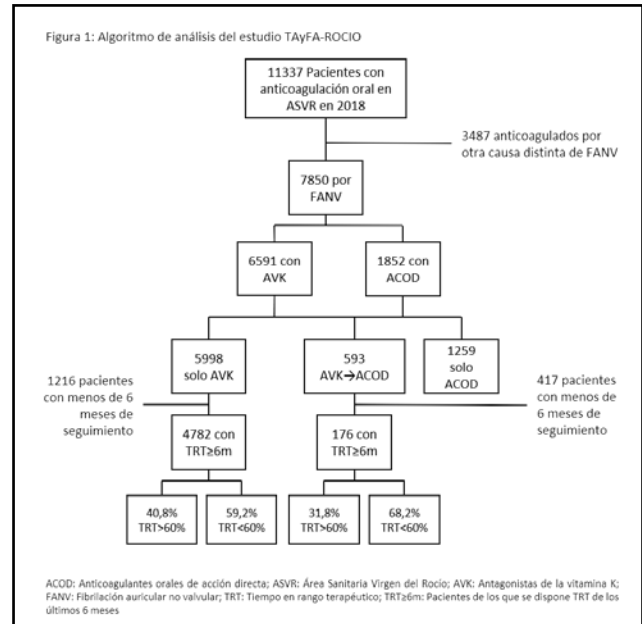


Figura 2.

**EC-08. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, F. Moniche<sup>3</sup>, J. García Garmendia<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- PANNI P, GORY B, XIE Y, CONSOLI A, DESILLES JP, MAZIGHI M, ET AL. ETIS (Endovascular Treatment in Ischemic Stroke) Investigators. Acute Stroke With Large Ischemic Core Treated by Thrombectomy. En: *Stroke*. 2019 May;50(5):1164-1171.

**OBJETIVOS:** Análisis descriptivo de un total de 40 pacientes con diagnóstico de ictus isquémico agudo pertenecientes al área sanitaria Aljarafe que fueron sometidos a trombectomía mecánica desde el año 2017 a 2019.

**RESULTADOS:** La edad media de presentación fue de 65,52 años. EL 42,11% fueron mujeres mientras que el 57,89% fueron hombres.

La localización principal de los procesos isquémicos agudos fue preferentemente en el territorio de la circulación anterior. ACM izquierda (26,31%), ACM derecha (21,05%) y ACI izquierda (15,78%). Mientras que fueron menos frecuentes en los territorios posteriores (31,56%). A. Basilar (15,78%) y A. Cerebelosa derecha. (15,78%).

La puntuación NIHSS media a la activación del código ictus (antes de fibrinólisis) fue de 14,5 puntos de media siendo de 14,09 de media tras la fibrinólisis. Tras la realización posterior de trombectomía mecánica fue de media inmediata tras el intervencionismo 9,25 y a las 48h de 7,6.

Entre los factores etiológicos asociados al evento cerebrovascular agudo se objetivó en un 44,44% de los pacientes un origen cardioembólico del proceso. De estos, un 75% de casos fue debido a una fibrilación auricular (siendo todas paroxísticas salvo un caso). Del resto de etiologías un 27,7% fueron aterotrombóticos y un 16,6% criptogénicos. Hubo

hasta un 12,2% de casos donde la etiología fue indeterminada pues coexistían dos potenciales orígenes del que podrían haber justificado el proceso.

Del total de pacientes analizados la funcionalidad la alta, medida por la escala Rankin se encontraba en 3,18 de media mientras que a los tres meses dicha funcionalidad había mejorado a 2,5 de media.

**CONCLUSIONES:** Aunque la terapia fibrinolítica ha sido clásicamente de elección en el manejo de la patología cerebrovascular aguda, la implantación progresiva de algoritmos de manejo diagnóstico/terapéutico donde se incluye la realización de trombectomía mecánica permite una mayor recuperación tanto clínica y funcional de los pacientes.

#### EC-09. COMPARATIVA DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24 HORAS CON RESPECTO A 3 HORAS PARA DESCARTAR REACCIÓN DE ALERTA

E. Gutiérrez Jiménez<sup>1</sup>, M. Pérez Aguilera<sup>1</sup>, F. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, C. Suárez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid (Madrid).

- MYERS MG. A proposed algorithm for diagnosing hypertension using automated office blood pressure measurement. *J Hypertens.* 2010 Apr;28(4):703-8. doi 10.1097/HJH.0b013e328335d091.

**OBJETIVOS:** Comparar la monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 3 horas con respecto a la monitorización estándar de 24 horas (1) en estudios solicitados para descartar reacción de alerta en pacientes con TA elevada en consulta y que se sospecha síndrome de bata blanca.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han estudiado de forma retrospectiva los registros de MAPAs (monitorización ambulatoria de la presión arterial) realizados durante el mes de noviembre en un hospital de tercer nivel; solicitados por sospecha de reacción de alerta en pacientes con hipertensión arterial en consulta.

Hemos descrito las características basales de los pacientes así como la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Posteriormente se ha realizado una media aritmética de la TA (tanto sistólica como diastólica) de las 3 primeras horas del registro de la monitorización y se ha comparado con la media del total de registro de 24 horas. Se ha considerado buen control tensional la presencia de TAS menor o igual a 130 mmHg y/o TAD menor o igual a 80 mmHg.

**RESULTADOS:** De los 80 MAPAs realizados durante el mes de noviembre, 30 fueron por sospecha de reacción de alerta (37.5%). El 40% de los pacientes de estos registros eran hombres y el 73.3% eran mayores de 50 años. El 30% de los pacientes eran obesos y el 6,7% tenía Diabetes Mellitus.

Según el resultado del registro de 24 horas, el 56,7% de los pacientes tenía buen control tensional. Cuando se analiza la media de los registros de las 3 primeras horas, el 50% de los pacientes tenía buen control. De los 30 registros de MAPA estudiados, en el 80% de los casos se llega a la misma conclusión en cuanto al control tensional.

**CONCLUSIONES:** La monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 3 horas podría servir de ayuda cuando se sospecha que un paciente pueda tener reacción de alerta en la consulta, evitando de esta manera la monitorización durante 24 horas.

## ENFERMEDADES METABÓLICAS

### EM-03. INCIDENCIA DE HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TOMADORES DE METFORMINA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, E. Martín Chacón<sup>2</sup>, R. Fernández Urrusono<sup>3</sup>, S. Gallego Lara<sup>4</sup>, J. García Garmendia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Departamento de informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>4</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- *Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus.* Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 3ªed.2018..

**OBJETIVOS:** Conocer la incidencia de hiperlactatemia en pacientes en tratamiento con Metformina que acuden a Urgencias de un hospital comarcal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional en un Hospital comarcal que atiende 294.000 habitantes, de Enero de 2016 a Junio de 2018 (30 meses). Se determinó la prevalencia anual de prescripción de Metformina utilizando la base de datos de prescripciones del SAS. Se analizan todos los pacientes que acuden a Urgencias en tratamiento con Metformina, y que se realizan al menos una determinación de ácido láctico. Se analizan demográficos, niveles de lactato, presencia de acidosis e insuficiencia renal definida como  $FG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  estimado por la fórmula de MDRD-4. En aquellos pacientes con un  $FG$  al ingreso de  $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ , se analizó el  $FG$  y Creatinina basales.

**RESULTADOS:** En el periodo de estudio la prevalencia de uso de Metformina fue de 430/10.000 hab/año y se atendieron 9283 episodios de urgencias de enfermos tratados con Metformina, correspondientes a 4898 pacientes distintos, lo que supone 10,2 consultas diarias y 10,6 episodios urgentes/mes/10.000 habitantes. En 719 episodios (7,7%) se realizó lactatemia, y de ellos, en 383 (53%), el valor era  $\geq 2 \text{ mmol/L}$ . Esto supone 12,8 episodios de Urgencias/mes y 9,4 casos/10.000 hab/año con hiperlactatemia. Un 3% de los tratados con Metformina tuvo un episodio en urgencias con hiperlactatemia. En 56 casos (7,8%), se asoció hiperlactatemia con acidosis y fallo renal, de los cuales en 17 (30%) se diagnosticó acidosis láctica asociada a metformina (ALAM). El  $FG$  basal de 6 (11%) de estos pacientes era  $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  y en otros 23 (42%) estaba entre  $30-60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ . La tasa de pacientes con Metformina tratados con diálisis fue de 0,32/1000 tratados/año.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de hiperlactatemia en Urgencias en pacientes tratados con Metformina llega a un 3% anual, cursando con ALAM en un 5% de los casos, con más de la mitad de estos pacientes con  $FG$  basal  $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ . La Metformina debe ser utilizada con precaución en pacientes con disfunción renal.

### EM-04. IMPACTO CLÍNICO Y MORTALIDAD ASOCIADOS A HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON METFORMINA QUE ACUDEN A URGENCIAS

A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Castejón Ojeda<sup>2</sup>, R. Fernández Urrusono<sup>3</sup>, O. Rufo Tejeiro<sup>4</sup>, J. García Garmendia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>4</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- MARIANO F, POZZATO M, INGUAGGIATO P, GUARENA C, ET AL. Metformin-Associated Lactic Acidosis Undergoing Renal Replacement Therapy in Intensive Care Units: A Five-Million Population-Based Study in the North-West of Italy. En: *Blood Purif.*2017;44(3):198-205

**OBJETIVOS:** Conocer el impacto clínico de la hiperlactatemia en pacientes en tratamiento con Metformina que acuden a Urgencias de un hospital comarcal

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional en un Hospital comarcal que atiende 294.000 habitantes, de Enero de 2016 a Junio de 2018. Se analizan todos los pacientes que acuden a Urgencias en tratamiento con Metformina, y que se realizan al menos una determinación de ácido láctico. Se analizan demográficos, niveles de lactato, presencia de acidosis e insuficiencia renal definida como  $FG < 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> estimado por la fórmula de MDRD-4, cuadro clínico, necesidad de ingreso y mortalidad.

**RESULTADOS:** Se atendieron 9283 episodios de urgencias de enfermos tratados con Metformina, correspondientes a 4898 pacientes distintos. De los 7283 pacientes que se realizaron FG, encontramos que en un 8,8% fue  $< 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y en un 37% entre 30-60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. Analizamos 383 pacientes en los que se detectó un lactato  $\geq 2$  mmol/L. En 94 (24,5%) el FG al ingreso era  $< 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y en 157 (41%) estaba entre 30-60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. En 69 (18%) se detectó acidosis. El motivo más frecuente de consulta fue la infección en (236; 62%), seguido de la insuficiencia cardiaca (19; 5%). Se detectaron cuadros de diarrea con o sin insuficiencia renal (9; 2,3%) o insuficiencia renal aislada (12; 3,1%) y episodios de acidosis láctica con disfunción renal en 17 (4,4%) casos, de los cuales 10 (2,6%) requirieron diálisis. En 246 casos (64,2%) el paciente requirió ingreso hospitalario, y en 76 de ellos (19,8%) UCI. La mortalidad hospitalaria fue de 68 casos (17,8%), 12 de ellos en el área de Urgencias.

**CONCLUSIONES:** La hiperlactatemia detectada en Urgencias a pacientes con Metformina se asocia con una alta tasa de hospitalización con necesidad de cuidados intensivos y una elevada mortalidad, siendo sus principales causas la infección, la insuficiencia cardiaca y diferentes presentaciones de acidosis láctica asociada a Metformina. La elevada proporción de pacientes con disfunción renal moderada-severa obliga a extremar la precaución en su uso.

#### EM-09. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA PREVENCIÓN 2ª DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS. ¿PODEMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A PACIENTES CON FRACTURAS POR FRAGILIDAD? ANÁLISIS DE 269 CASOS

A. Valenzuela González<sup>1</sup>, F. Olmo Montes<sup>1</sup>, M. Miranda García<sup>1</sup>, B. Hernández Cruz<sup>2</sup>, M. Giner García<sup>3</sup>, M. Jiménez Moreno<sup>1</sup>, M. Colmenero Camacho<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>UGC Reumatología, Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla.

- HERRERA A, MARTÍNEZ AA, FERRÁNDEZ L, GIL E, MORENO A. Epidemiology of osteoporotic hip fractures in Spain. En: *Int Orthop* 2006 Feb 30(1):11-4.

**OBJETIVOS:** Analizar la prescripción de tratamiento antiosteoporótico para la prevención 2ª de nuevas fracturas osteoporóticas (FX-OP) en pacientes antes y después de ser atendidos por una Unidad Multidisciplinaria de Fractura (FLS). Subanálisis de las fracturas de cadera.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional que incluye 269 pacientes con FX-OP atendidos desde julio 2018 - febrero 2019 en la FLS-HUV Macarena. Se analiza el

tratamiento prescrito antes (por la Unidad que remite al paciente) y posterior (tras ser evaluado por FLS) a la fractura, así como el tipo de fractura, haciendo un subanálisis en los casos de fractura de cadera (FX-C), para la comparación de resultados con el estudio multicéntrico español publicado en 2005 por Herrera et al.

**RESULTADOS:** De los 269 casos analizados de fractura por fragilidad, 134 (50%) correspondieron a fractura de cadera. Le siguieron 60 de fractura vertebral (22%), 42 de extremo distal-radio (EDR) (16%), 14 de húmero (5%) y 17 de otra localización diferente a las anteriores (6%).

En el análisis del tratamiento prescrito tras una fractura, se constató que el 42% de pacientes no recibió tratamiento con fármacos antireabsortivos ni osteoformador tras la misma (antes de ser valorado en la FLS). De ellos, el 50% recibió suplementos de calcio, y el 59.9% suplementos de vitamina D. Tras ser evaluados en la FLS\_HUV Macarena el 100% recibió tratamiento.

El 80.6% de los pacientes con FX-C no recibían tratamiento antiosteoporótico previo. Tras realizar un subanálisis del tratamiento prescrito tras una fractura de cadera, el 65,7% recibió tratamiento por la unidad de referencia y el 100% tras ser evaluados por la FLS-HUV Macarena.

**CONCLUSIONES:** En nuestra área, la tasa de prescripción de tratamiento farmacológico antiosteoporótico tras una fractura osteoporótica es más elevada que en otras localidades españolas. Las Unidades Multidisciplinares de Fractura (FLS), encaminadas a una mejor atención de pacientes con este tipo de fracturas y a una reducción del riesgo futuro de otras fracturas, mejora la prescripción farmacológica en general y las de cadera en particular.

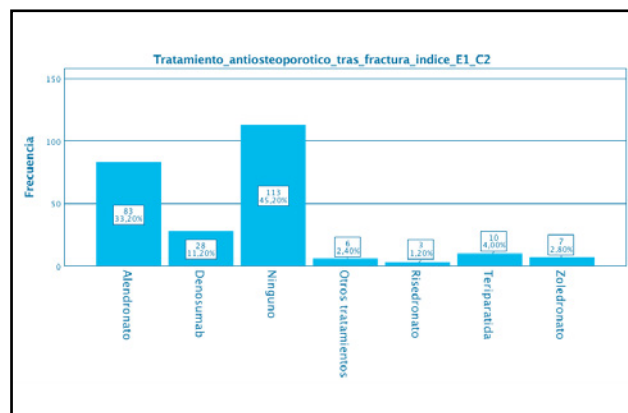


Figura 1.

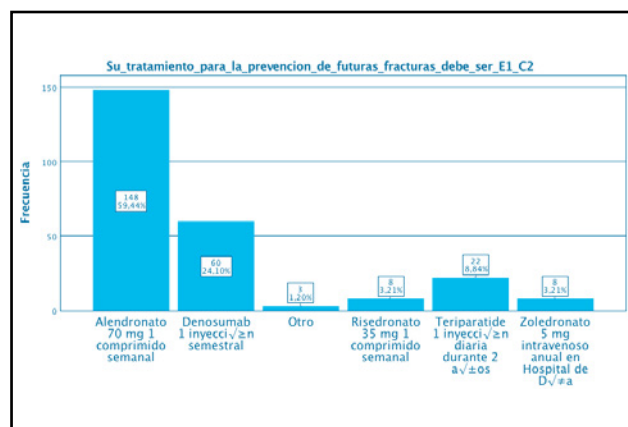


Figura 2.

**EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA**

**EP-03. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC**

L. Giménez-Miranda<sup>1</sup>, A. Portolés-Callejón<sup>1</sup>, R. López-Alfaro<sup>1</sup>, M. López-Ríos<sup>1</sup>, F. Moreno-Verdejo<sup>1</sup>, J. Varela-Aguilar<sup>1</sup>, E. Calderón-Sandubete<sup>1</sup>, F. Medrano-Ortega<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. CIBEResp. HUVR. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son causa frecuente de ingreso hospitalario. Las guías de práctica clínica (GPC) más utilizadas (GOLD y GesEPOC) incluyen recomendaciones para su tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto que la adecuación del tratamiento a GPC provoca sobre el pronóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: pacientes ingresados en el HUVR desde enero de 2015 por exacerbación de EPOC (CIE-9-MC 491,84 y 518,84), hasta completar el tamaño muestral precalculado (n =106). Variables: edad, sexo, comorbilidad (Charlson), servicio de alta, tratamiento con β-2 agonistas de acción corta (SABA), corticoides, antibioterapia, criterios de Anthonisen, adecuación a las recomendaciones de tratamiento y adecuación global a GOLD y GesEPOC, reingresos por exacerbación a los tres meses y al año y mortalidad intrahospitalaria, a los tres meses y al año. Análisis descriptivo de la adecuación por servicio de ingreso. Análisis bivariable y multivariante para calcular el impacto en reingresos y mortalidad de dicha adecuación. Desarrollo de modelos predictivos para las variables que presentan mayor relación con el pronóstico.

**RESULTADOS:** 106 pacientes; 81,5% varones; 61,1% ingresó en Medicina Interna y 38,9% en Neumología. Edad 71,5 ± 11,7 años. No diferencias significativas por servicio en adecuación (tabla 1). El análisis bivariable que relaciona adecuación con la evolución clínica (reingresos y mortalidad) en la tabla 2. Mediante análisis multivariante se desarrollaron cuatro modelos predictivos para cada una de las variables pronóstico (reingreso al año, mortalidad intrahospitalaria, a los 3 meses y al año) teniendo en cuenta la adecuación al tratamiento esteroideo (variable que más se relacionó con el pronóstico en el análisis bivariable) y otras variables que han demostrado tener valor pronóstico en estudios previos (edad e índice de Charlson y servicio de alta). Los modelos predictivos mostraron un área bajo la curva media entre 0,64 y 0,73 (figura 1).

En la tabla adjunta como imagen se muestran los resultados antes y después de la intervención formativa donde se le explica el correcto uso del inhalador.

**CONCLUSIONES:** El uso adecuado de corticoides se asocia a una reducción de la mortalidad y reingresos a medio plazo. La adherencia al resto de las recomendaciones terapéuticas no tiene, en nuestro estudio, impacto sobre la evolución clínica.

Tabla 1: Adecuación a las recomendaciones de las GPC sobre el tratamiento en las exacerbaciones de EPOC

Variables de adecuación, n (%)	Total (n=108)	Medicina Interna (n=66)	Neumología (n=42)	p*
Adecuación SABA (GesEPOC y GOLD)	43 (41,3%)	24 (38,7%)	19 (45,2%)	0,507
Adecuación antibioterapia (GOLD)	65 (63,1%)	37 (59,7%)	28 (68,3%)	0,375
Adecuación antibioterapia (GesEPOC)	77 (74,8%)	43 (69,4%)	34 (82,9%)	0,187
Adecuación corticoterapia (GOLD)	98 (90,7%)	58 (87,9%)	40 (95,2%)	0,310
Adecuación corticoterapia (GesEPOC)	91 (84,3%)	55 (83,3%)	36 (85,7%)	0,952
Adecuación global (GOLD)	29 (26,9%)	17 (25,8%)	12 (28,6%)	0,748
Adecuación global (GesEPOC)	31 (28,7%)	18 (27,3%)	13 (31%)	0,680

\*Test de Chi cuadrado y/o test de Fisher; SABA: Short action β<sub>2</sub>-agonists (β<sub>2</sub>-agonistas de corta acción)

Tabla 1.

Tabla 2: Análisis bivariado del impacto de las recomendaciones de las GPC sobre la evolución clínica (mortalidad y reingresos) en los pacientes evaluados

Adecuación	Reingresos			Mortalidad			
	<3meses	3meses-1año	<1 año	Intra-hospital	<3meses	3m-1año	<1año
Adecuación SABA (GesEPOC y GOLD)	0,300	0,932	0,231	0,869	0,475	0,325	0,159
Adecuación antibioterapia (GOLD)	0,371	0,580	0,889	0,367	0,846	0,485	0,770
Adecuación antibioterapia (GesEPOC)	0,695	0,274	0,396	0,880	0,627	0,682	0,826
Adecuación corticoterapia (GOLD)	0,145	0,277	0,041*	0,004*	0,036*	0,949	0,142
Adecuación corticoterapia (GesEPOC)	0,572	0,017*	0,070	0,055	0,104	0,585	0,559
Adecuación global (GOLD)	0,817	0,467	0,935	0,535	0,599	0,450	0,310
Adecuación global (GesEPOC)	0,895	0,173	0,682	0,758	0,416	0,464	0,230

\*Test de Chi cuadrado y/o test de Fisher; SABA: Short action β<sub>2</sub>-agonists (β<sub>2</sub>-agonistas de corta acción)

Tabla 2.

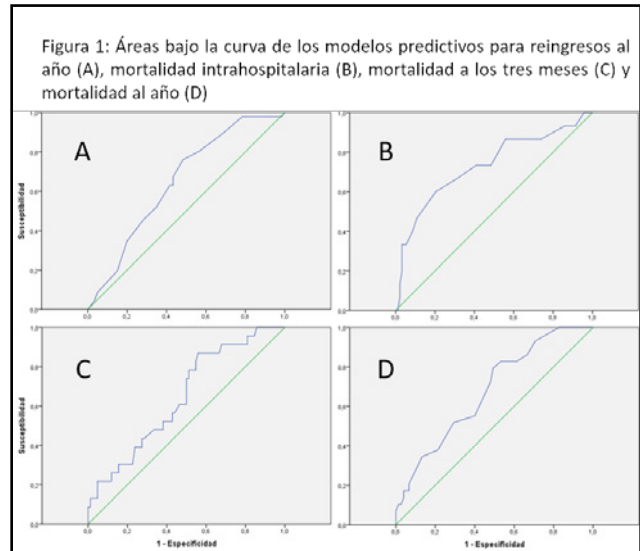


Tabla 3.

**EP-04. CORTICOIDES SISTÉMICOS EN EXACERBACIONES EPOC Y SU IMPACTO EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO**

M. López Ríos<sup>1</sup>, A. Portolés Callejón<sup>1</sup>, F. Moreno Verdejo<sup>1</sup>, R. López Alfaro<sup>1</sup>, L. Giménez Miranda<sup>1</sup>, J. Varela Aguilar<sup>1</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna - UCAMI y CIBERESP. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

• LEUPPI ET AL. En: JAMA 2013; 21; 2223-2231

**OBJETIVOS:** El uso de corticoides sistémicos en exacerbaciones EPOC es una recomendación de las guías GOLD y GesEPOC, aunque existe cierta variabilidad respecto a dosis y duración del tratamiento. Las alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado son efectos indeseables frecuentes en pacientes en tratamiento con esteroides sistémicos, aunque su impacto en EPOC es escasamente conocido. El objetivo de este estudio ha sido conocer la frecuencia y características de estas alteraciones asociadas al uso de esteroides sistémicos por exacerbaciones graves de la EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: 108 pacientes ingresados consecutivamente en el HUVR desde enero de 2015 con diagnóstico principal de exacerbación EPOC (CIE-9-MC 491.84/518.84) identificados del CMBD local, hasta completar el tamaño muestral precalculado (n=107). Variables: (1)Servicio de alta (Medicina Interna o Neumología). (2)Uso de corticoides (fármaco, dosis y días); (3)Adecuación a recomendaciones(R) específicas sobre tratamiento esteroideo:R1(corticoides sistémicos o inhalados según GOLD-2014); R2(corticoides sistémicos según GesEPOC-2012/14), R3(corticoides sistémicos 40-60mg prednisona 5-10días, GOLD-2014 y GesEPOC 2012/4);

(4) Tipo de alteración metabólica: A. Diabetes esteroidea de novo; B. descompensación hiperglucémica simple (glucemia basal > 200mg/dl sin cetoacidosis o síndrome hiperglucémico hiperosmolar); C. cetoacidosis diabética; D. síndrome hiperglucémico-hiperosmolar.

**RESULTADOS:** El 84,7% de pacientes recibieron esteroides sistémicos y 6,4% esteroides inhalados. La dosis media de sistémicos fue 80,4±55,9mg de prednisona/día y la duración media 5,3 ± 5,7días. La adecuación respecto al uso fue del 90,7% para R1(GOLD) y del 84,3% para R2(GesEPOC) y, en cuanto a dosis y duración, del 4,6% para R3(GOLD y GesEPOC). En total, 42(39,3%) presentó durante el ingreso una alteración del metabolismo hidrocarbonado; por desarrollo de diabetes esteroidea de novo(25,5%) o por descompensación hiperglucémica simple no cetósica(21,5%). Ninguno presentó cetoacidosis diabética ni síndrome hiperglucémico- hiperosmolar.

**DISCUSIÓN:** La frecuencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado observada es similar a la observada en los escasos estudios realizados previamente. Sin que se observe relación entre duración y tasa de complicaciones hiperglucémicas.

**CONCLUSIONES:** (1) Actualmente en nuestro medio se utilizan dosis de corticoides más elevadas a las recomendadas por guías. (2) Existe una elevada frecuencia de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado debido al uso de corticoides en agudizaciones EPOC. Habría que optimizar el tratamiento con estos fármacos.

#### EP-05. COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON EPOC

F. Moreno-Verdejo<sup>1</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, L. Giménez Miranda<sup>1</sup>, R. López Alfaro<sup>1</sup>, E. Márquez<sup>2</sup>, V. Friaza<sup>3</sup>, C. de la Horra<sup>3</sup>, E. Calderón Sandubete<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

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

- VIDAL S, DE LA HORRA C, MARTÍN J, MONTES-CANO MA, RODRÍGUEZ E, RESPALDIZA N, CALDERÓN. Pneumocystis jirovecii colonisation in patients with interstitial lung disease. En: *Clin Microbiol Infect.* EJ (2006) 12, pp. 231–235.

**OBJETIVOS:** La colonización por Pneumocystis en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se ha asociado a un aumento en la respuesta inflamatoria local y sistémica. Sin embargo, no existen estudios sobre la evolución temporal de dicha colonización. **OBJETIVO:** conocer la dinámica de la colonización por P. jirovecii en sujetos con EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 52 pacientes con EPOC revisados al menos dos veces en la Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La identificación de la colonización por P. jirovecii se realizó en muestras de esputo empleando PCR- anidada para el gen mtLSUrRNA. Los niveles de citoquinas sangre se determinaron usando técnicas comerciales de ELISA.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes fue de 71,4±9,4 años (94% varones). El 13,5% eran fumadores en activo. La prevalencia de colonización por P. jirovecii en la primera visita fue del 42,3 %. De los 22 pacientes inicialmente colonizados por P. jirovecii, 10 (45,4%) permanecían colonizados entre 4 y 6 meses después, mientras que 12 pacientes eliminaron dicha colonización. De los pacientes inicialmente negativos se colonizaron 11 (36,6%) y 19 permanecieron sin colonización. La presencia

de colonización por Pneumocystis se asoció a un aumento de niveles de IL-8 (21,06±12,6 vs 11,33±7,19pg/ml; p<0,001) y de IL-6 (20,32±18,86 vs 9,7±9,83pg/ml; p=0,001).

Se observó una diferencia significativa en los niveles de IL-8 (p=0,16) entre los pacientes que permanecían colonizados respecto a los que no lo estuvieron en ningún momento, pero no en los niveles de IL-6 (p=0,14) y TNF (p=0,15). Por otra parte, se observó un aumento de IL-8 (p=0,02) e IL-6 (p=0,46) en el grupo de pacientes que eliminaban la colonización respecto a los que la adquirían.

**CONCLUSIONES:** La colonización por Pneumocystis en los pacientes con EPOC es un proceso dinámico, probablemente con ciclos de exposición-eliminación-reinfección que se asocian con incrementos en la respuesta inflamatoria.

## GESTIÓN CLÍNICA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA MEDICINA

### G-01. LA RELEVANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Medina Duque<sup>1</sup>, A. Rivera Sequeiros<sup>1</sup>, M. Ruiz Romero<sup>1</sup>, M. Martínez Risquetz<sup>1</sup>, M. Angulo García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- ITUARTE A. Trabajo social clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica. En: *Trabajo social y salud.* 2011; 68; 303-323.

**OBJETIVOS:** Valorar la percepción de los médicos internistas sobre los beneficios del trabajo social (TS) según el modelo de gestión utilizado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos realizado encuestas online a médicos internistas de 6 hospitales de Andalucía a través de sus jefes de servicio. Cinco de ellos presentan un modelo de gestión tradicional donde la TS constituye un servicio más del centro al que recurrir, mientras que en nuestro modelo asistencial la TS y el internista participan juntos en las sesiones clínicas del servicio diarias, comparten asignación de pacientes por zona básica de salud, la historia social está integrada en la médica y tienen los despachos ubicados en la misma planta facilitando la accesibilidad. Se recogieron datos sociodemográficos. La percepción del médico se valoró mediante un cuestionario de 16 ítem (liker 1-5) incluyendo preguntas sobre la relevancia del TS.

**RESULTADOS:** Contestaron 35 internistas siendo el 57% de nuestro centro, el 54,3% mujeres, con una edad media de 45 años y 15 de media de ejercicio profesional. En nuestro modelo asistencial el 100% de los internistas conocen a los TS y consideran totalmente necesaria su presencia en las sesiones clínicas diarias frente al 42,8% de los que trabajan con el modelo tradicional. Otros aspectos beneficiosos percibidos de forma dispar en más de un 30% entre nuestro centro y el resto fueron la mejor identificación de problemática social, el mayor conocimiento del médico sobre la situación socio-familiar del paciente, y la disminución de la estancia media y reingreso.

**DISCUSIÓN:** Los resultados reflejan que la inclusión del TS en el trabajo diario del internista, aporta una mayor accesibilidad, mejor información y coordinación modificando sustancialmente su opinión sobre los beneficios del TS. Un análisis más profundo es aconsejable.

**CONCLUSIONES:** Este nuevo modelo de gestión garantiza la atención integral del paciente a través de una

coordinación socio- sanitaria interdisciplinar que favorece una adecuada intervención social y planificación del alta.

### G-02. MODELO DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: 10 AÑOS COMPARTIENDO PACIENTES

M. Gómez Hernández<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>1</sup>, R. Hernández Soto<sup>2</sup>, J. Páez Pinto<sup>2</sup>, M. Fernández Gama<sup>2</sup>, C. Pérez Albuja<sup>2</sup>, A. Fernandez Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Distrito Sanitario de Atención primaria Aljarafe -Sevilla No. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- A. FERNÁNDEZ MOYANO ET AL. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. En: *Revista Clínica Española*. Vol. 207. Núm. 10. páginas 483-537 (Noviembre 2007)

**OBJETIVOS:** Describir los resultados de actividad de las sesiones presenciales compartidas en el centro de salud, entre Internista de referencia y el equipo de Atención primaria, a lo largo de 10 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo entre los años 2006 a 2016.

Se analizaron variables como el número sesiones, nº de pacientes presentados, nº de pacientes a los que se solicita prueba y no es necesario citar en consulta

Los datos de actividad se obtuvieron de los registros realizados tras la sesión clínica por los internistas de referencia.

**RESULTADOS:** Los principales resultados globales se muestran en las tabla 1

Los resultados desglosados por año se muestran en las imágenes 1, 2 y 3.

**DISCUSIÓN:** En nuestra área sanitaria del Aljarafe (300.000 habitantes) desde el año 2006 se establece un modelo de coordinación asistencial entre Atención Primaria y atención hospitalaria, en la que hay un internista referente para cada zona básica de salud y se organizan sesiones clínicas compartidas en el Centro de Salud (13 puntos de reunión).

La integración en la práctica asistencial habitual de las sesiones compartidas, se establece una clara mejora en las necesidades, tanto de accesibilidad como de consenso de actuaciones.

**CONCLUSIONES:** El modelo de colaboración entre ambos niveles asistenciales se ha desarrollado en nuestra área sanitaria, con un elevado número de sesiones presenciales y pacientes presentados, pero además se ha mantenido a lo largo de más de 10 años, siendo actualmente un modelo establecido de trabajo.

Entre los resultados más relevantes destaca el número de pacientes que se resolvieron desde la reunión compartida con atención primaria, sin necesidad de derivación a consulta hospitalaria, gestionándose las pruebas o acciones de manera coordinada, evitando así duplicidad de consultas.

Nuestro modelo de atención sanitaria facilita la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, con el consiguiente beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

Nº de sesiones	1476
Nº de paciente presentados	13.547
Nº de pacientes a los que se solicita prueba y no es necesario citar	3067

Tabla 1. Resultados globales

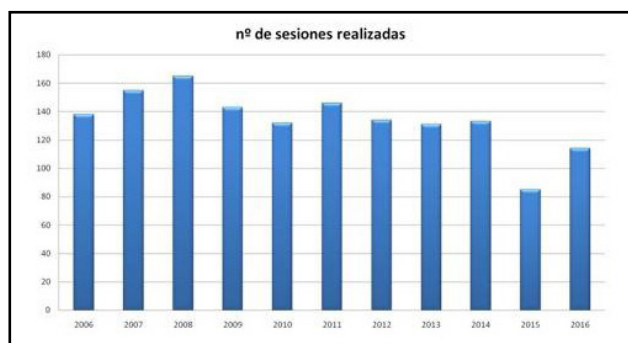


Figura 1.

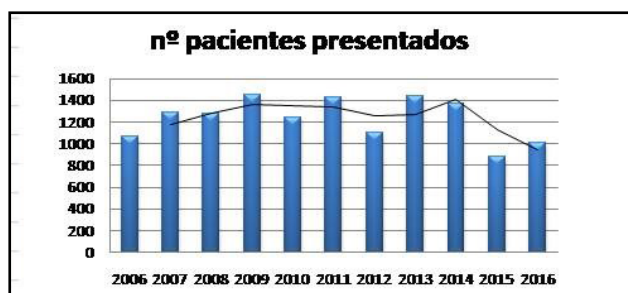


Figura 2.



Figura 3.

### G-03. MODELO ASISTENCIAL DE HOSPITALES COMARCALLES: "UNA ASISTENCIA CENTRADA EN LA MEDICINA INTERNA"

J. Elvira González<sup>1</sup>, L. Marín Lara<sup>2</sup>, M. Geraldía Lama<sup>3</sup>, B. Montenegro Puche<sup>1</sup>, M. Flores Chacartegii<sup>2</sup>, O. Caamaño Selma<sup>1</sup>, J. Mendoza Márquez<sup>1</sup>, T. Paul<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María (Cádiz)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de Las Montañas. Villamarín (Cádiz).



- C. SEBASTIAN MARFIL, G. LÓPEZ ORDOÑO, V. MATAS AGUILERA. *Estudio sobre demografía médica 2018. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.* [https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio\\_demografia\\_2017/10/](https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/10/)
- A. ZAPATERO GAVIRIA, R. BARBA MARTÍN, P. ROMÁN SÁNCHEZ, E. CASARIEGO VALES, J. DÍEZ MANGLANO, M. GARCÍA CORS. ET AL. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. En: *Rev Clin Esp.* 2016; vol 216, nº 4. Pag 175-236.

**OBJETIVOS:** Presentamos el modelo de gestión asistencial que venimos desarrollando en los hospitales comarcales del grupo José Manuel Pascual S. A en la provincia de Cádiz, Hospital Virgen de las Montañas (HVM), Hospital Virgen del Camino (HVC) y Hospital Santa María del Puerto (HSP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis, a partir de la base de datos de cada centro, de la actividad realizada por los servicios de M. I. durante el año 2017 y comparación con los datos del estudio RECALMIN(2).

**RESULTADOS:** Tenemos una media de 9 internistas vs 1 especialista clínico. La actividad de planta queda recogida en tablas. La ratio de consultas primeras/sucesivas es 1,7. Además, durante el año 2017 los internistas participaron de la realización de exploraciones complementarias de la siguiente forma: 60% de las Fibrobronoscopias, 15% de las ecocardiografías, 17% de las endoscopias digestivas, 30% de las ecografías abdominales, 30% de las ecografías doppler, 75% de las PAAFs ecodirigidas.

**DISCUSIÓN:** De los datos presentados destacamos varios aspectos:

- Relación 9:1 entre internistas y otros especialistas clínicos, superior a la publicada en RECALMIN (7:2)
- Estancia media de los pacientes hospitalizados y mortalidad inferior a las medias del estudio RECALMIN.
- Ratio de consultas sucesivas/primeras muy baja.
- Implicación de los internistas en la realización de exámenes complementarios, contribuyendo a la reducción de listas de espera de pruebas.

**CONCLUSIONES:** Dado el déficit estructural de médicos especialistas en nuestra comunidad, creemos que un modelo asistencial hospitalario centrado en un especialista "pluripotencial", como es el internista, concurre en un ahorro de recursos y una optimización de los tiempos de espera, sin deteriorar la asistencia del paciente.

	Nº ALTAS	Nº ALTAS/ INTERNISTA	ESTANCIA MEDIA	TASA BRUTA MORTALIDAD	EDAD MEDIA
HVM	1785	223	6.89	12.16%	70.4
HVC	2293	229	7.85	8.28%	68.28
HSP	2194	243	8.5	11.5%	69.5

Tabla 1. Asistencia en planta de hospitalización

## INSUFICIENCIA CARDIACA

### IC-05. HISTORIA NATURAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA. SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE INCIDENTE 20 AÑOS

V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, J. Luque Del Pino<sup>1</sup>, N. Jiménez García<sup>1</sup>, B. Tiessler Martínez<sup>2</sup>, Y. Sepúlveda Muro<sup>2</sup>, J. Trillo Fernández<sup>2</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

<sup>2</sup>Atención primaria. Distrito Sanitario Costa del Sol. (Málaga).

- QUIRÓS LÓPEZ R, GARCÍA ALEGRÍA J, MARTIN ESCALANTE MD, TRUJILLO SANTOS J, VILLENA RUIZ MA, PEREA MILLA E. Prognostic factors and long-term survival after initial diagnosis of heart failure. En: *Med Clin (Barc).* Spain; 2012 May;138(14):602-8.

**OBJETIVOS:** Describir la historia natural de la Insuficiencia Cardiaca (IC) tras su diagnóstico inicial en una cohorte con largo tiempo de seguimiento. Identificar las variables relacionadas con la mortalidad a muy largo plazo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes ambispectivo, en un hospital general de 350 camas. Inclusión de pacientes con primer ingreso por IC, sin límite de edad o comorbilidad, en el periodo comprendido entre el 1-01-1997 al 31-12-2001. Análisis de variables demográficas, comorbilidad, etiología, ecocardiográficas y pronóstico vital con un tiempo de seguimiento máximo de 20 años. Análisis de la supervivencia mediante análisis de historias clínicas y acceso al Índice Nacional de Defunciones.

**RESULTADOS:** 400 pacientes ingresaron durante el periodo de estudio. El tiempo de seguimiento medio fue de 90.7 meses (mínimo 1 mes, máximo 254 meses). La edad media fue de 67.9 años, 46.8% mujeres. El 56.8% de los pacientes eran hipertensos, 40.5% diabéticos, 17.8% dislipemia y el 23.3% cardiopatía isquémica. EPOC en el 12% de los casos, insuficiencia renal previa el 46.3%. El 43.5% presentó fibrilación auricular y un 57.8% FEVI >50%. La mortalidad de los pacientes fue del 8.5%, del 59.3% a los 10 años y del 88% finalizado el periodo de seguimiento. Las variables relacionadas con la mortalidad en el análisis multivariante fueron la edad, presencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal y FEVI <50%. En la figura 1 se muestran las curvas de Kaplan-Meier para la supervivencia en función de la presencia de FEVI preservada o disfunción sistólica de ventrículo izquierdo.

**CONCLUSIONES:** El seguimiento de una cohorte de casos incidentes de Insuficiencia Cardiaca de forma muy prolongada muestra una mortalidad superior al 80%. La edad, presencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal y FEVI <50% son variables relacionadas con la supervivencia a muy largo plazo.

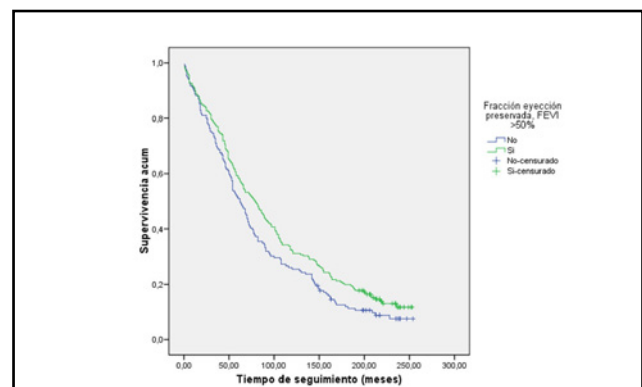


Figura 1.

### IC-06. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS DESDE EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, N. Jiménez García<sup>1</sup>, J. Luque del Pino<sup>1</sup>, Y. Sepúlveda Muro<sup>2</sup>, B. Tiessler Martínez<sup>2</sup>, J. Trillo Fernández<sup>2</sup>, V. Nuñez Rodríguez<sup>2</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

<sup>2</sup>Atención Primaria. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas (Málaga).

- BHATIA RS, TU J V., LEE DS, AUSTIN PC, FANG J, HAOUZI A, ET AL. Outcome of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction in a Population-Based Study. En: *N Engl J Med*; 2006;355(3):260-9.

**OBJETIVOS:** Analizar las características diferenciales de la Insuficiencia Cardiaca (IC) en el momento de su diagnóstico inicial en función de la presencia de Diabetes Mellitus (DM) y el impacto en la supervivencia de la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes ambispectivo en un hospital general de 350 camas, incluyendo a pacientes con primer ingreso por IC, clasificados según la condición de DM. El periodo de inclusión fue del 1-01-97 al 31-12-01. El seguimiento de la cohorte se prolongó un máximo de 20 años.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio ingresaron 400 pacientes por IC, 40.5% diabéticos. Este grupo se caracterizó por mayor edad (69.7 vs 66.8 años,  $p < 0.05$ ), prevalencia de hipertensión arterial (67.9% vs 49.2%,  $p < 0.001$ ), dislipemia (24.1% vs 13.4%,  $p = 0.008$ ), cardiopatía isquémica (31.5% vs 17.6%,  $p = 0.002$ ). No hubo diferencias en la proporción de mujeres, prevalencia de fibrilación auricular, fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada o insuficiencia renal al ingreso. Finalizado el periodo de seguimiento la mortalidad fue superior en el grupo de pacientes diabéticos, del 93.2%, frente al 84.5% de los no diabéticos, tal y como representa la figura 1, Log Rank Test  $< 0.001$ .

**DISCUSIÓN:** Nuestros hallazgos van en consonancia con otras series publicadas, pero nuestra cohorte presenta un tiempo de seguimiento mayor al descrito en otras series.

**CONCLUSIONES:** La presencia de diabetes mellitus al diagnóstico de la IC se asocia a un paciente de edad algo más avanzada, hipertenso, con mayor carga de cardiopatía isquémica y dislipemia. El impacto pronóstico de la DM se prolonga durante un elevado tiempo de seguimiento en una cohorte de casos incidentes.

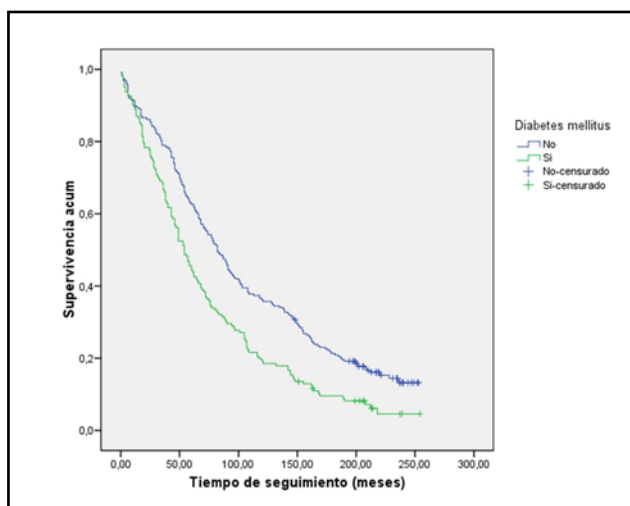


Figura 1.

### IC-07. IMPACTO PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL GÉNERO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE SU DIAGNÓSTICO INICIAL

N. Jiménez García<sup>1</sup>, J. Trillo Fernández<sup>2</sup>, V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, J. Luque del Pino<sup>1</sup>, B. Tiessler Martínez<sup>2</sup>, Y. Sepúlveda Muro<sup>2</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

<sup>2</sup>Atención Primaria. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas (Málaga)

- JIMÉNEZ-NAVARRO MF, RAMIREZ-MARRERO MA, ANGUIA-SÁNCHEZ M, CASTILLO JC, BADAPIC INVESTIGATORS. Influence of Gender on Long-term Prognosis of Patients With Chronic Heart Failure Seen in Heart Failure Clinics. En: *Clin Cardiol*. 2010;33(3):E13-8.

**OBJETIVOS:** Analizar las diferencias en el pronóstico vital de la IC tras su diagnóstico inicial según el género de los pacientes en una cohorte de casos incidentes con largo tiempo de seguimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes ambispectivo realizado en un hospital general de 350 camas, inclusión de pacientes con primer ingreso por Insuficiencia Cardiaca (IC), clasificados según el género, en el periodo comprendido entre el 01-01-97 al 31-12-01. Los pacientes son seguidos hasta el 31-12-2017. La mortalidad fue analizada mediante revisión de historias clínicas, consulta telefónica o acceso al Índice Nacional de Defunciones.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 400 pacientes, de los cuales el 46% fueron mujeres y 54% eran hombres. La edad media fue de 69.4 años en mujeres y 66.7,  $p < 0.001$ .

Diferencias significativas entre grupos: hipertensión arterial (65,2% en mujeres y 49,3% hombres), diabetes (45% en mujeres y 36% hombres), dislipemia (22% en mujeres y 14% hombres), c. isquémica (15% en mujeres y 31% hombres), EPOC (3,2% en mujeres y 19,7% hombres), insuficiencia renal previa (50,8% en mujeres y 42,3% hombres), fibrilación auricular (47,1% en mujeres y 40,4% hombres), todas con  $p < 0.05$ . Un 72,2% de mujeres presentó FEVI preservada frente al 45,1% de hombres,  $p < 0.05$ .

Finalizado el periodo de seguimiento la mortalidad en mujeres fue del 88,8% frente al 87,3% en hombres,  $p > 0.05$ .

**DISCUSIÓN:** Previamente se atribuía peor pronóstico al paciente varón con IC, observaciones provenientes de cohortes de ensayos clínicos donde predominantemente se incluían a varones con cardiopatía isquémica en los que el pronóstico era mucho peor que en la mujer. Los cambios en el perfil clínico de la IC, obligaban a una reflexión sobre el verdadero impacto del género.

**CONCLUSIONES:** El género no influye en la mortalidad a largo plazo en los pacientes con IC tras su diagnóstico inicial.

### IC-08. PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA, PRIMER FILTRADO GLOMERULAR, ¿ADVIERTE DEL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO?. DATOS DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE 20 AÑOS

N. Jiménez García<sup>1</sup>, J. Trillo Fernández<sup>2</sup>, V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, J. Luque del Pino<sup>1</sup>, B. Tiessler Martínez<sup>2</sup>, Y. Sepúlveda Muro<sup>2</sup>, V. Nuñez Rodríguez<sup>2</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

<sup>2</sup>Atención Primaria. Distrito Sanitario Costal Del Sol. Mijas (Málaga).

- TUEGEL C, BANSAL N. Heart failure in patients with kidney disease. En: *Heart*. 2017;103(23):1848-53.

**OBJETIVOS:** Analizar el impacto pronóstico de la función renal inicial expresada mediante Filtrado Glomerular (FG) en pacientes con primer ingreso por IC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes ambispectivo en un hospital general de 350 camas, incluyendo pacientes con primer ingreso con diagnóstico principal de Insuficiencia Cardiaca (IC), sin

límite de edad o comorbilidad, periodo comprendido entre el 01-01-97 al 31-12-01. Los pacientes son seguidos hasta el 31-12-2017. La mortalidad fue analizada mediante revisión de historias clínicas, consulta telefónica o acceso al Índice Nacional de Defunciones. Los pacientes se clasificaron según el FG calculado al ingreso según la fórmula CKD-EPI en tres grupos: FG>60ml/min, FG entre 30 y 60 ml/min y FG<30ml/min.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 400 pacientes, de los cuales el 33,5% tuvieron filtrado>60, el 44% entre 30 y 60 y el 10,5% menor de 30ml/min. La tabla 1 muestra las variables donde se identificaron diferencias significativas entre grupos, p para la interacción <0.05. La figura 1 muestra las curvas de supervivencia de Kaplan Meier, con un Log Rank test=0.001.

**DISCUSIÓN:** La función renal está íntimamente ligada a la supervivencia de los pacientes con IC en series de casos prevalentes pero está poco descrito su impacto en cohortes de casos incidentes y no descrito hasta el momento en tiempos de seguimiento prolongado.

**CONCLUSIONES:** El filtrado glomerular al primer ingreso por IC se relaciona con el pronóstico vital en cohortes de largo tiempo de seguimiento.

	>60 ml/min	>30 y <60 ml/min	<30ml/min	p
Edad	63.5	73	77	0.01
Mujer	48.5	48.3	57.1	0.02
HTA	50	61	79	0.001
Diabetes	34	45	48	0.01
C. isquémica	16	28	31	0.01
F. auricular	49	45	24	0.001
Exitus	80	95	100	0.001

Tabla 1. Variables con diferencias entre grupos.

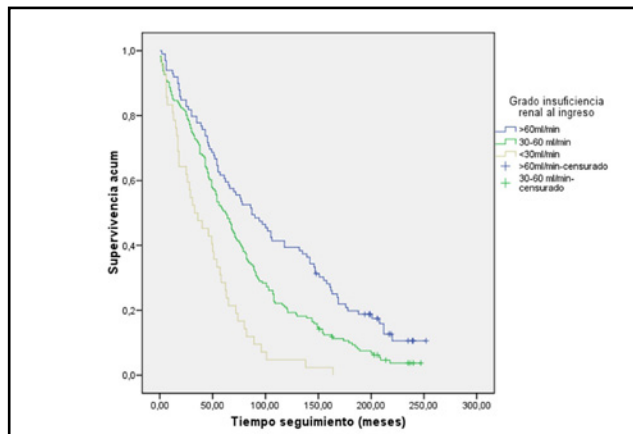


Figura 1.

#### IC-09. TASAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

J. Luque del Pino<sup>1</sup>, B. Tiessler Martínez<sup>2</sup>, J. Trillo Fernández<sup>2</sup>, V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, Y. Sepúlveda Muro<sup>2</sup>, N. Jiménez García<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

<sup>2</sup>Atención Primaria. Distrito Sanitario Costa Del Sol. Mijas (Málaga).

- KADOGLOU NPE, PARISSIS J, SEFEROVIC P, FILIPPATOS G. La vacunación en la insuficiencia cardiaca: una estrategia que mejora el pronóstico. En: *Rev Española Cardiol*; 2018;71(9):697-9.

**OBJETIVOS:** En pacientes incluidos en un programa de Insuficiencia Cardiaca, analizar el porcentaje de pacientes vacunados frente al virus de la gripe y del neumococo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo realizado en un hospital general con un programa de IC iniciado el 27/11/2017. Revisión en Diraya (Historia Digital de Salud del Ciudadano), del registro de la vacuna de la gripe estacional en el periodo comprendido entre el 22 de Octubre del 2018 al 1 de Marzo de 2019 y en los 5 años previos para la vacuna frente al Neumococo.

**RESULTADOS:** En el momento del análisis 202 pacientes habían tenido contacto con el Programa de IC. Un 53.5% mujeres y una edad media de 82 años. El 21.4% de los pacientes estaban identificados en el ámbito de atención primaria mediante el "Icono IC". El porcentaje de pacientes vacunados frente al virus de la gripe fue del 76.6%, mientras que sólo el 37.6% se habían vacunado frente al neumococo en los últimos cinco años.

**DISCUSIÓN:** En los pacientes con IC está recomendada la vacunación frente a la gripe estacional, con una mejoría pronóstica demostrada en los pacientes vacunados. Igualmente, la vacuna frente al neumococo se aconseja a pacientes con patología cardiovascular crónica, entre ellas la IC. No existen datos del porcentaje de pacientes vacunados entre los incluidos en programas de IC y este primer estudio descriptivo nos muestra la necesidad de llevar a cabo una intervención con objeto de mejorar las tasas de vacunación, en especial frente al neumococo.

**CONCLUSIONES:** El 25% de los pacientes incluidos en un programa de IC no está vacunado de la gripe estacional y menos del 40% está correctamente inmunizado frente al neumococo. Son necesarias intervenciones específicas que mejoren estos resultados.

#### IC-10. UTILIDAD DEL ÍNDICE PROFUND PARA IDENTIFICAR PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON ALTO RIESGO DE FALLECER DE FORMA PRECOZ TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

J. Luque del Pino<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, J. García de Lomas Guerrero<sup>1</sup>, J. García Alegria<sup>1</sup>, V. Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, R. Quirós López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

- LÓPEZ-GARRIDO MA, ANTEQUERA MARTÍN-PORTUGUÉS I, BECERRA-MUÑOZ VM, ORELLANA-FIGUEROA HN, SÁNCHEZ-LORA FJ, MORCILLO-HIDALGO L, ET AL. Prevalencia de pluripatología y valor pronóstico del índice PROFUND en una unidad de hospitalización de Cardiología. En: *Rev Clínica Española*. 2017;217(2):87-94

**OBJETIVOS:** Analizar la capacidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad en pacientes pluripatológicos con Insuficiencia Cardiaca (IC) a 30 días e identificar un punto de corte que permita identificar aquellos con un riesgo mayor de muerte a 30 días.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes prospectivo, realizado en un hospital general, incluyendo pacientes dados de alta en un Servicio de Medicina Interna pluripatológicos, seleccionando aquellos con categoría A y entre éstos, aquellos con IC como diagnóstico. Se calculó el índice PROFUND, junto con variables demográficas y las que conforman el propio índice. La variable resultado fue la mortalidad a 30 días.

La puntuación del índice PROFUND con mejor capacidad discriminativa se calculó mediante el índice de Youden.

**RESULTADOS:** Entre el 1.02.16 y el 30.09.17 son dados de alta en Medicina Interna 1134 pacientes pluripatológicos, 562 tienen IC. Fallecen en los primeros 30 días 55 pacientes, un 9.78%. Éstos presentaron mayor edad (82.5 vs 78.7 años,  $p=0.01$ ), puntuación índice PROFUND (11.3 vs 7.4,  $p<0.001$ ), número de ingresos en el último año (2.9 vs 2,  $p=0.01$ ), NYHA III-IV (38% vs 18%,  $p=0.003$ ), puntuación escala Barthel (23.4 vs 46.4,  $p<0.001$ ) y delirio (26% vs 13.5%,  $p=0.03$ ). No hubo diferencias en el género ni en el resto de las variables del Índice PROFUND. La puntuación de índice PROFUND que mejor discrimina el riesgo de muerte a los 30 días es 7, calculado mediante el índice de Youden.

**CONCLUSIONES:** Un 9.7% de los pacientes pluripatológicos con IC dados de alta en servicios de Medicina Interna fallecen en el primer mes. En ellos, la puntuación del índice PROFUND es mayor, así como la edad, el número de ingresos previo, el deterioro medido por la escala Barthel y el desarrollo de delirio en el ingreso. Una puntuación mayor de 7 en el índice PROFUND nos advierte de un mayor riesgo de mortalidad precoz tras el alta.

## INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-02. EFICACIA Y REDUCCIÓN DE LOS ESTEROIDES CON TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA O TRATAMIENTO COMBINADO CON FAMES

F. Nieto García<sup>1</sup>, M. Gómez Vargas<sup>2</sup>, E. Rubio Romero<sup>2</sup>, V. Sánchez Montagut<sup>1</sup>, D. Blanco Alba<sup>1</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Reumatología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- RUEDA J, BLANCO R. Tocilizumab en artritis reumatoide. En: *Reumatol Clin*. 2011;6(S3):S29-S32

**OBJETIVOS:** Descripción de características clínicas, eficacia, seguridad e indicaciones terapéuticas, en pacientes con TCZ. Análisis de su uso en monoterapia comparándolo con la terapia junto con FAMES, en relación con diversos factores concomitantes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis observacional retrospectivo de una cohorte de 52 pacientes en tratamiento con Tocilizumab durante 2018. Se evaluó la eficacia del fármaco mediante el análisis de variables de actividad (articulaciones inflamadas y dolorosas, RFA, dolor EVA).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 52 pacientes (13 hombres), con edad media 55±10 años, desde Reumatología (90,4%) y MI (9,6%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad hasta TCZ fue de 8.8±8 años. La indicación terapéutica más frecuente fue AR. El 80.8 % de los tratamientos con TCZ se iniciaron en combinación con otros FAMES y solo un 19.2 % en monoterapia. Del primer grupo un 43% fue sustituido por tratamiento exclusivo con TCZ con adecuada respuesta. Un 9.5% tuvieron que finalizar el tratamiento con TCZ por fallo. La proporción de casos en los que se finalizó TCZ y se sustituyó por otro biológico fue similar en ambos grupos, 25 y 15% respectivamente, no encontrándose diferencias entre ambos. La mayoría de los cambios fueron motivados por fallo 2º, encontrando únicamente un caso de fallo 1º. Se hallaron diferencias estadísticas significativas ( $p<0.05$ ) que apoyan que la monoterapia con TCZ reduce la cantidad de esteroides concomitantes. En el análisis de seguridad fue evaluada la toxicidad e infecciones graves, no objetivándose ningún caso de esto último. Se retiró en una ocasión TCZ por toxicidad.

**DISCUSIÓN:** La monoterapia con TCZ demuestra buenos resultados en evolución y remisión de la actividad, pese a prevalecer la terapia combinada. Permite una reducción de esteroides,

estadísticamente significativa respecto a monoterapia. TCZ consigue una respuesta inicial adecuada en la mayoría de los casos, constituyendo la principal causa de fracaso a largo plazo el fallo secundario. No se encontraron diferencias al correlacionar terapia combinada con aquellos pacientes con mayor tasa de fracaso a terapia biológica previa.

### IF-03. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE MEDICAMENTOS OFF-LABEL EN PATOLOGÍA AUTOINMUNE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Blanco Alba<sup>1</sup>, C. López Hermoso<sup>2</sup>, F. Nieto García<sup>1</sup>, L. Hidalgo<sup>2</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, V. Sánchez Montagut<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínica de Atención Médica Integral, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- WOLFE RM., & ANG DC. (2017). Biologic Therapies for Autoimmune and Connective Tissue Diseases. En: *Immunol Allergy Clin North Am* 37(2), 283-299
- RYDÉN-AULIN M, BOUMPAS D, BULTINK I., CALLEJAS RUBIO JL., CAMINAL-MONTERO, L., CASTRO, A ET AL. (2016). Off-label use of rituximab for systemic lupus erythematosus in Europe. En: *Lupus Sci Med* 3(1)

**OBJETIVOS:** Describir el uso, eficacia y seguridad de terapia biológica off label en patología autoinmune tras la aprobación por una Comisión de Seguimiento de Farmacoterapia (CSF).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una cohorte retrospectiva que abarca un periodo de 18 meses donde se incluyen todos los casos aprobados por la CSF para tratamiento con un medicamento fuera de indicación en ficha técnica. La CSF se encuentra integrada por miembros de la Unidad Clínica de Atención y Medicina Integral (UCAMI) y la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia.

**RESULTADOS:** Se incluyen un total de 15 casos. En todo ellos, las opciones terapéuticas disponibles on-label habían sido previamente agotadas. En 73,3% de los casos (n=11) se aprobó el uso Rituximab. La indicación de tratamiento más frecuente fueron complicaciones de LES en un 40% de los casos (n=6). En el 60% de las indicaciones (n=9) se consideró éxito del tratamiento en base a parámetros objetivos definidos para cada indicación. En ningún caso se observaron efectos adversos importantes atribuibles al fármaco administrado.

**DISCUSIÓN:** El rápido desarrollo en los últimos años de posibles indicaciones para la terapia biológica en enfermedades autoinmunes hace que, en algunos casos, sea necesario su uso fuera de indicación en ficha técnica. En nuestro caso, al igual que en otros estudios, uno de los fármacos más usados de esta forma es el Rituximab. Atendiendo a la complejidad y heterogeneidad de los casos analizados, un 60% de éxito de tratamiento habla a favor del trabajo realizado por la CSF.

**CONCLUSIONES:** La utilización de medicamentos off-label en patología autoinmune previo a la aprobación de su uso por una Comisión de Seguimiento de Farmacoterapia demuestra un aceptable porcentaje de éxito y seguridad del tratamiento.

### IF-08. ESCLERODERMIA CON ANTICUERPOS INUSUALES O SERONEGATIVA: CASOS REGISTRADOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. López Morales<sup>1</sup>, D. Blanco Alba<sup>1</sup>, F. Nieto García<sup>1</sup>, V. Sánchez Montagut<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>, M. Montes<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- CARREIRA PE, DERK CT, DEUSCHLE K, KAY J, MORGIEL E, SCHNEEBERGER D, ET AL. Systemic sclerosis without antinuclear antibodies or Raynaud's phenomenon: a multicentre study in the prospective EULAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database. En: *Rheumatology (Oxford)* 2013;52(3):560-67.

**OBJETIVOS:** Descripción de una serie de casos de pacientes con diagnóstico clínico de Esclerodermia Sistémica pero con anticuerpos clásicos negativos (seronegativos) o anticuerpos atípicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional descriptivo analizando una serie de casos de Esclerodermia seronegativa o con anticuerpos inusuales según criterios ACR-EULAR 2013 en cuanto a características demográficas básicas, patrón de autoanticuerpos y diagnósticos finales mediante uso de "hoja de cálculo Microsoft Excel". Para el diagnóstico se determinó inicialmente Anticuerpos Antinucleares (ANAs) mediante screening en ELISA y si esta resultaba positiva se determinan autoanticuerpos clásicos; si estos eran negativos se realizó Inmunofluorescencia Indirecta para comprobar el patrón de distribución y se realizan paneles de autoanticuerpos asociados con patología sistémica del espectro de la esclerosis sistémica-miositis.

**RESULTADOS:** Se trata de una población en total de 25 pacientes (perdidos 4 en el seguimiento) siendo 5 hombres (23%) y 16 mujeres (76%), con una edad media de 52,8 años. Se confirmó el diagnóstico de Esclerodermia sistémica o localizada en 7 pacientes (33%) según criterios ACR-EULAR 2013 con tan solo un paciente con anticuerpos clásicos anti-Scl70 (4%) presentando el resto anticuerpos inusuales o directamente negativos (seronegatividad), entre ellos: PMScl, Anti-Ku, TH-To, PM-Scl75, NOR90 y anticentrómeros. Los otros diagnósticos considerados en este caso fueron Esclerodermia asociada a cáncer (1), overlap Esclerodermia-Dermatomiositis (2), Polimialgia Reumática (1), Lupus Eritematoso Sistémico (1), Fenómeno de Raynaud aislado (1) y Neumopatía Intersticial (1).

**DISCUSIÓN:** La Esclerosis Sistémica se asocia con ANAs positivos en un 90% de casos, el resto se trata de Esclerodermia seronegativa, bien porque no se han detectado autoanticuerpos (la minoría) o aún se desconoce el papel de otros autoanticuerpos atípicos o inusuales en la patogenia de este tipo de patologías.

**CONCLUSIONES:**

- En nuestro centro existe una pequeña cantidad de pacientes con Esclerodermia con anticuerpos atípicos o seronegativa.
- Se trabaja en nuevos paneles de autoanticuerpos asociados con Esclerosis Sistémica en nuestro servicio de Inmunología.

**OTROS**

**O-01. EVALUACIÓN DE LAS BIOPSIAS CON AGUJA GRUESA DE ADENOPATÍAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO**

R. Gámez Mancera<sup>1</sup>, A. Borrero Borrego<sup>2</sup>, G. Civantos Juvera<sup>3</sup>, J. Borrero Martín<sup>3</sup>, B. Barón Franco<sup>1</sup>, C. Jiménez Juan<sup>1</sup>, J. Lanseros Tenllado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.  
<sup>2</sup>Hematología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).  
<sup>3</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- MOORE KL, DALLEY AF, AGUR AMR. Anatomía con orientación clínica. 7ª Ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2013. En: MORENO FERNÁNDEZ AM, IGLESIAS LINARES A. *Manual de organografía microscópica*. Sevilla: Luzama; 2015.

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad, fiabilidad, sensibilidad y especificidad de la biopsia con aguja gruesa en el diagnóstico primario de las linfadenopatías no filiadas. Describir las características demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes sometidos a ésta en el área hospitalaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, así como, las características anatómicas e histopatológicas de las adenopatías que se biopsiaron. Conocer las patologías que subyacen tras las linfadenopatías que precisan diagnóstico anatomopatológico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les realizaron BAG, debido a la existencia de adenopatías de origen no filiado mediante otras pruebas, realizadas desde Noviembre de 2015 hasta Octubre de 2016.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 117 cilindros de 109 pacientes con una efectividad diagnóstica del 90%, una fiabilidad del 100%, una sensibilidad del 81% y una especificidad del 100%. El 22,2% de las biopsias tuvo una calidad inadecuada y 8 biopsias tuvieron que repetirse. De los diagnósticos que se obtuvieron, 63,2% fueron neoplasias, 10,2% tuberculosis y 19,4% obtuvieron diagnósticos de benignidad. El diagnóstico principal fue el de linfoma folicular con un 16,5% del total. La edad media de los pacientes fue de 58,4 ± 17, un 42,2% tuvo antecedentes oncológicos y la localización mayoritaria de las adenopatías biopsiadas fue la inguinal y la axilar. La mediana de tamaño de las adenopatías biopsiadas fue de 25,5 mm con RIQ 15-39,5.

**CONCLUSIONES:** La BAG es una técnica mínimamente invasiva que proporciona información diagnóstica para el inicio del tratamiento adecuado; pudiendo sustituir, en la mayoría de los casos, a la biopsia quirúrgica; con una elevada eficacia diagnóstica, una alta sensibilidad, especificidad y fiabilidad, no existiendo errores diagnósticos por falsos positivos.

Del total de pacientes estudiados, un 71.6 % presentaron neoplasias malignas, destacando las neoplasias hematológicas y en particular el linfoma folicular.

La mayoría de pacientes del estudio tuvieron una edad superior a los 45 años y casi la mitad presentaba antecedentes oncológicos.

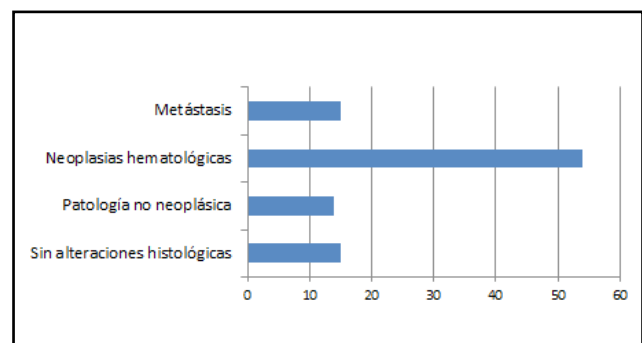


Figura 1.

<b>VERDADERO POSITIVO</b>	BAG diagnóstica con patología	<b>82</b>
<b>VERDADERO NEGATIVO</b>	BAG diagnóstica sin patología	<b>16</b>
<b>FALSO POSITIVO</b>	BAG con diagnóstico patológico falso	<b>0</b>
<b>FALSO NEGATIVO</b>	BAG no diagnóstica con patología en posteriores estudios	<b>19</b>
<b>TOTAL</b>		<b>117</b>

Figura 2.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

### PP-01. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, J. Molina Campos<sup>3</sup>, L. Pérez Belmonte<sup>2</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Quirón. Málaga

- GARCÍA ORTEGA C, ALMENARA BARRIOS J, GARCÍA ORTEGA JJ. Tasas específicas de mortalidad en el Hospital de Algeciras durante el periodo 1995-1996. En: *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 305-15.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen Diabetes Mellitus (DM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna desde enero a diciembre del 2017 con diabetes mellitus. 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.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 135 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales un 73,7% eran mujeres. La media de edad fue de  $93,42 \pm 3,71$  años (90-106). Un 62,1% era de etnia caucásica, un 33,7% bereber y un 4,2% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 29,6% referían DM. La causa principal de ingreso fue la neumológica con 42,1% seguida de la cardiológica con un 22,1%. Hasta un 95,7% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de  $12,93 \pm 9,84$  días, siendo éxitus el 29,5% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no diabetes mellitus nos encontramos existían diferencias estadísticamente significativas en el EPOC (20% vs 9,57%,  $p < 0,049$ ), ICC (47,5% vs 29,47%,  $p < 0,036$ ), sin embargo no existen diferencias en la mortalidad (47,5% vs 50,52%,  $p < 0,447$ ) ni en SCA (30% vs 18,94%,  $p < 0,119$ ).

**CONCLUSIONES:** En el estudio que hemos realizado en nuestro centro no hemos podido encontrar diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad, sí que las hemos encontrado en la insuficiencia cardiaca junto con una tendencia importante a las diferencias sin llegar a ellas en el síndrome coronario agudo, por lo que podemos relacionar de manera muy estrecha las enfermedades cardiovasculares con la presencia o no de DM en los nonagenarios ingresados en nuestro centro hospitalario.

### PP-02. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA

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

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

- NIJHOLT W, SCAFOGLIERI A, JAGER-WITTENAAR H, HOBBELEN JSM, VAN DER SCHANS CP. The reliability and validity of ultrasound to quantify muscles in older adults: a systematic review. En: *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2017; 8:702-712.

**OBJETIVOS:** Evaluar la utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de sarcopenia en pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional

unicéntrico exploratorio sobre 40 pacientes consecutivos hospitalizados en Medicina Interna incluidos mediante cortes censurados mayores de 65 años que no presentaran los criterios de exclusión (situación de agonía, amputación de miembro o portador de marcapasos). Se recabaron datos demográficos clínicos y analíticos, se les realizó test de la velocidad de la marcha de 4 m, dinamometría de mano dominante, Bioimpedanciometría eléctrica y ecografía muscular midiendo grosor y área de sección transversal (AST) de los músculos recto femoral, vasto interno y gemelo medial, y ángulo de pennación del gemelo medial. Tests estadísticos empleados: Chi2 para variables cualitativas, T de Student, Spearman y la correlación mediante la R de Pearson. Para cuantificar las diferencias entre grupos se utilizaron la odds ratio y la diferencia de valores centrales. Dintel significación estadística:  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Edad media de  $79,08 \pm 6,75$  años. El 67,5% fueron mujeres. Prevalencia de sarcopenia encontrada: 48,1%. Existió correlación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de sarcopenia y la medición ecográfica del AST del recto femoral ( $8,78 \pm 2,3$  mm de media en sarcopénicos vs  $10,24 \pm 2,14$  en no-sarcopénicos;  $p = 0,004$ ), grosor muscular ( $16 \pm 3,25$  mm vs  $20,29 \pm 2,94$ ;  $p = 0,001$ ), AST ( $5,81 \pm 1,4$  cm<sup>2</sup> vs  $8,28 \pm 1,86$ ;  $p = 0,001$ ) y ángulo de pennación del gemelo medial ( $16,74 \pm 4,04^\circ$  vs  $20,25 \pm 4,59$ ;  $p = 0,046$ ). La presencia de artrosis significativa (OR 9.6; IC 95% 1.5-62;  $p = 0,011$ ), fragilidad (OR 1.75; IC 95% 1.12-2.8;  $p = 0,007$ ) y el deterioro funcional medido por la escala de Barthel ( $94,64 \pm 7,31$  puntos vs  $26,90 \pm 5,42$ ;  $p < 0,001$ ) fueron las variables clínicas que mayor relación mostraron con la presencia de sarcopenia.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de sarcopenia en la fue elevada. El empleo de determinadas mediciones ecográficas femoral podría ser un método válido para el diagnóstico de sarcopenia. No obstante, se necesitan futuros estudios para establecer puntos de corte óptimos para el diagnóstico ecográfico de sarcopenia.

### PP-03. RESULTADOS ASISTENCIALES DEL PROYECTO TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS

J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, C. Pereira Delgado<sup>1</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, M. Aparicio Santos<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- FERNÁNDEZ-MOYANO A, VALLEJO-MAROT I, LÓPEZ-JIMENO W. (2018). Telehealth. En: *The New England journal of medicine*. 378. 401-402. 10.1056/NEJMc1715239.

**OBJETIVOS:** El objetivo de nuestro análisis fue evaluar si nuestro programa aporta beneficios en términos de calidad de vida, resultados en salud y satisfacción de los pacientes. Desarrollado en un entorno asistencial real, la actividad se integra en un programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos (Programa Comparte) que dispone nuestro Hospital de forma conjunta con el Distrito Sanitario, Salud Responde 061 y Linde Healthcare.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El programa permite detectar precozmente, la descompensación por EPOC e IC. Ante una alerta biológica, la central de telemonitorización confirma si hay alerta clínica, facilitando una respuesta protocolizada.

Se compara el número de asistencias a urgencias, el número de ingresos y días de estancia en el año previo y el año posterior a ser incluidos, en el programa TELECOMPORTE. Para homogeneizar los resultados se ha utilizado la unidad de medida número de eventos cada 100 días.

**RESULTADOS:** Se han incorporado 53 pacientes desde Abril de 2016, hasta enero de 2019 (figura 2). Se han generado 1171 alertas de las cuales 991 fueron biológicas y 180 clínicas. Al comparar las variables de cada paciente en relación con el año previo a su inclusión, hemos identificado una reducción de la asistencia en urgencias, que partía de 0,34 eventos por cada 100 días en el periodo de preinclusión y, tras la inclusión en TM, se alcanzaron 0,016 eventos

por 100 días de media;  $p=0.002$ ), una reducción de días de estancia hospitalaria (2,615 vs 0,316;  $p<0.001$ ) (figura 3), y una reducción del número de ingresos en planta.

**DISCUSIÓN:** Nuestro programa muestra la aplicabilidad real y efectividad de un sistema de TM en domicilio, en un ámbito multiinstitucional, multinivel y multiprofesional, integrado en un Programa de Atención a pacientes con ECC.

#### CONCLUSIONES:

1. El programa Telecomparte se puede realizar en entorno asistencial real y se integra bien en un modelo de coordinación asistencial multiprofesional, multinivel y multiproveedor.
2. Los resultados sugieren una menor utilización de recursos sanitarios, con reducción de asistencias a urgencias, de reingresos hospitalarios y de días de hospitalización.

#### PP-04. RESULTADOS EN SALUD COMUNICADOS POR EL PACIENTE (PRO) DEL PROGRAMA TELEMONITORIZACIÓN TELECOMPORTE

J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, C. Pereira Delgado<sup>1</sup>, J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, M. Gómez Hernández<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- FERNÁNDEZ-MOYANO A, VALLEJO-MAROT I, LÓPEZ-JIMENO W. (2018). *Telehealth. The New England journal of medicine*. 378. 401-402. 10.1056/NEJM1715239

**OBJETIVOS:** Evaluar si nuestro programa aporta beneficios en términos de calidad de vida, resultados en salud y satisfacción de los pacientes. Desarrollado en un entorno asistencial real, se integra en el Programa Comparte de forma conjunta con el Distrito Sanitario, Salud Responde, O61 y Linde Healthcare.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El programa de telemonitorización, detecta desde el domicilio, la descompensación por EPOC e IC. Ante una alerta clínica, existe una respuesta protocolizada. A todos los pacientes incluidos en el programa se les realiza el cuestionario Euroqol-5D en el momento de inclusión, a los 6 y a los 12 meses de su inclusión. Así como cuestionario de satisfacción y el cuestionario específico.

**RESULTADOS:** Se han incorporado 53 pacientes desde Abril de 2016 hasta enero de 2019, a los que se les ha realizado el cuestionario Euroqol-5D en el momento de inclusión, consiguiéndose aumentar la calidad de vida a los 6 meses pero no a los 12 meses. El nivel de satisfacción y de recomendación es muy positivo.

Todos los ítems evaluados tras la medición de los resultados en salud comunicados por el paciente, muestran una mejoría.

**DISCUSIÓN:** Nuestro programa muestra la aplicabilidad real de un sistema de TM en domicilio, en un ámbito multiinstitucional, multinivel y multiprofesional, integrado en un Programa de Atención a pacientes con ECC. Mejora, el grado de conocimiento que tiene el paciente, sobre su enfermedad, facilita el empoderamiento, al hacerlo participe en la identificación de síntomas y en la resolución de problemas puntuales.

#### CONCLUSIONES:

1. El programa de TLM se puede realizar en entorno asistencial real.
2. Mejora, el grado de conocimiento que tiene el paciente, sobre su enfermedad, facilita el empoderamiento, al hacerlo participe en la identificación de síntomas y en la resolución de problemas puntuales.
3. Sugieren una mejoría en la calidad de vida, a los 6 meses,

no así a los 12 meses. Se sienten más seguros, con más autonomía, expresan su bienestar. Muestran una alta satisfacción con el programa.

#### PP-07. RESULTADOS EN SALUD COMUNICADOS POR EL PACIENTE CON EPOC TRAS INCLUSIÓN EN PROGRAMA TELECOMPORTE

J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, C. Pereira Delgado<sup>1</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, J. Fernández Rivera<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- FERRER M, VILLASANTE C, ALONSO J, SOBRADILLO V, GABRIEL R, VILAGUT G ET AL.(2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. En: *European Respiratory Journal*; 19(3):405-13.

**OBJETIVOS:** Evaluar diferencias tras inclusión de los pacientes con EPOC en el programa de Telemonitorización TELECOMPORTE, en cuanto a la progresión de la enfermedad y su impacto en su calidad de vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado el cuestionario de Saint George a los pacientes EPOC incluidos en Telemonitorización previo a su inclusión, a los 6 y 12 meses.

**RESULTADOS:** Destacar la reducción en la percepción de >3 ataques graves en el último año (42% Vs 20% a los 12 meses), así como reducción en cuanto a la duración >1 semana del peor ataque (75% Vs 57% a los 12 meses). Por contra, se objetiva una reducción a los 12 meses en cuanto a percepción del número de días buenos que pasa el paciente en una semana habitual.

**DISCUSIÓN:** Se objetiva que a pesar de un progresivo empeoramiento de la enfermedad, se reduce el número de reagudizaciones graves así como los días de duración de estas.

#### CONCLUSIONES:

1. El programa Telemonitorización muestra una reducción en la percepción de reagudizaciones graves y días de duración de estas en pacientes EPOC, a pesar de la progresión natural de la enfermedad.
2. Una base de comprensión conjunta puede mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención de salud y su adherencia al tratamiento.
3. Además de la efectividad del programa, hemos objetivado los beneficios del programa en cuanto a la modificación de su percepción de la enfermedad y su bienestar con las actuaciones definidas, muy importante en pacientes con EPOC, dado la irreversibilidad de su patología.

#### PP-08. IMPACTO EN MORTALIDAD Y REINGRESOS DE UN MODELO DE ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA

M. Calero Bernal<sup>1</sup>, M. Ruiz Romero<sup>2</sup>, A. Carranza Galván<sup>3</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, J. García Benítez<sup>4</sup>, R. Aparicio Santos<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Departamento de Investigación y Calidad, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Enfermería, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>4</sup>Traumatología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- SIMUNOVIC N, DEVEREAUX PJ, SPRAGUE S, GUYATT GH, SCHEMITSCH E, DEBEER J, BHANDARI M. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. En: *CMAJ* 2010;182(15):1609-16.

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto en la mortalidad y los ingresos hospitalarios de un programa de asistencia compartida entre Medicina Interna y Traumatología en los pacientes ancianos que ingresan por una fractura de cadera en un hospital comarcal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo en mayores de 65 años que ingresaron por fractura de cadera osteoporótica entre 2016-2017.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 128 pacientes a su ingreso con seguimiento durante un año. El 33,6% de los pacientes se intervinieron en las primeras 48 horas y el 63,9% antes de las 72 horas. Un 36,1% del total se intervino pasadas 72 h. 4 (3,1%) pacientes fallecieron durante el ingreso y 18 (18,6 %) fallecieron durante los 12 meses siguientes al alta hospitalaria. Hasta 55 (45,5%) pacientes reconsultaron en urgencias en el año posterior a la fractura, los intervenidos después de 72 horas reconsultaron más veces que los intervenidos antes (58,5% frente al 38,7%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,040$ ). 3 (3,1%) pacientes ingresaron en hospitalización en el año posterior al alta hospitalaria.

**DISCUSIÓN:** Nuestros resultados arrojan unos porcentajes de mortalidad algo inferiores a lo reportado, ya que aproximadamente 1 de cada 15 pacientes con fractura de cadera muere durante la hospitalización y de los que sobreviven 1 de cada 3 muere al año. En 2010 (1) un meta-análisis concluye que la cirugía precoz (<24, <48 o <72h) disminuye la mortalidad y el número de complicaciones posoperatorias. En esta línea nuestros resultados arrojan una relación estadísticamente significativa entre la cirugía antes de las 72 horas y un número menor de reconsultas en urgencias durante el año posterior a la fractura de cadera.

**CONCLUSIONES:** Un programa de asistencia compartida entre Traumatología y Medicina interna puede contribuir a disminuir la mortalidad durante el ingreso y el año posterior al alta hospitalaria, así como los ingresos hospitalarios.

La cirugía precoz sí disminuyó el número de reconsultas en urgencias durante el año posterior a la fractura.

#### PP-10. MARCADORES BIOMOLECULARES ASOCIADOS A FRAGILIDAD Y SARCOPENIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

C. Jiménez-Juan<sup>1</sup>, Á. González-Molina<sup>1</sup>, R. Gómez-Díaz<sup>2</sup>, S. Vidal-Serrano<sup>3</sup>, F. Salgado<sup>4</sup>, M. Soto-Martín<sup>5</sup>, R. Fernández-Ojeda<sup>3</sup>, M. Bernabéu-Wittel<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Laboratorio. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Sevilla

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>5</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- OLLERO M (COORD), ET AL. *Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado*. 3ª Ed. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla; 2018

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto de marcadores biomoleculares en sarcopenia y fragilidad de pacientes pluripatológicos (PPP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico. La sarcopenia se diagnosticó mediante criterios de EWGSOP y la fragilidad mediante criterios de Fried. Los marcadores evaluados fueron el estrés oxidativo (catalasa (CAT), glutatión-reductasa (GR), poder antioxidante total plasmático (TAC-ROS) y la superóxido-dismutasa (SD)); el acortamiento telomérico (aTL) y la apoptosis. (1).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 444 pacientes ( $77,3 \pm 8,4$  años. 55% varones). La sarcopenia estuvo presente en 21,8%, la fragilidad en 62,6% y la sarcopenia combinada con fragilidad en 18% de los pacientes. La mortalidad a los 12 meses fue del 40%. Los parámetros de estrés oxidativo y aTL se detallan en la Tabla 1. No se detectó apoptosis en ningún paciente.

**CONCLUSIONES:** El estrés oxidativo y el acortamiento telomérico se asociaron significativamente a la sarcopenia y la fragilidad en PPP, y podrían constituirse en futuras dianas terapéuticas para estos síndromes.

SARCOPENIA	NO SARCOPÉNICO	SARCOPÉNICO	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 52 (12.6-82)*	CAT 58 (29.4-87.8)	.16
	GR 9.8 (6.8-13.4)	GR 9.9 (5.5-13)	.45
	TAC-ROS 2.42 (1.8-3)	TAC-ROS 2.29 (1.7-2.8)	.12
	SOD 4.4 (2.7-6.5)	SOD 5.8 (3.7-6.9)	.02
Longitud telomérica absoluta	4.96 (0.7-19)	1.65 (0.6-3.9)	.001
FRAGILIDAD	ROBUSTO	FRÁGIL	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 55.6 (21.7-80)	CAT 51.4 (19-83.5)	.6
	GR 9.1 (5.3-9)	GR 10.2 (6.9-13.5)	.12
	TAC-ROS 3.5 (1.6-9)	TAC-ROS 3.3 (1.9-3)	.044
	SOD 3.8 (2.3-6.2)	SOD 5.1 (3.2-7)	.002
Longitud telomérica absoluta	5.7 (1.7-19)	1.5 (0.6-3.4)	<.0001
SARCOPENIA Y FRAGILIDAD	NO SARCOPÉNICO Y ROBUSTO	SARCOPÉNICO Y FRÁGIL	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 46.4 (46.5-77.5)	CAT 51.5 (26.2-79)	.2
	GR 9.7 (6.7-13.2)	GR 10.1 (5.9-14)	.5
	TAC-ROS 2.4 (1.8-3.1)	TAC-ROS 2.2 (1.8-2.8)	.08
	SOD 4.4 (2.8-6.4)	SOD 5.7 (4.1-6.4)	.0012
Longitud telomérica absoluta	6.5 (0.7-20)	1.5 (0.6-3.8)	<.0001

Tabla 1 (PP-10). Diferencias en los marcadores de estrés oxidativo y longitud telomérica en PPP. \*Mediana y RIC.

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

### T-02. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU RENDIMIENTO PRONÓSTICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

L. Giménez Miranda<sup>1</sup>, J. Anguis Horno<sup>2</sup>, P. Rodríguez Torres<sup>3</sup>, R. López Alfaro<sup>1</sup>, F. Moreno Verdejo<sup>1</sup>, L. Suárez Valdivia<sup>4</sup>, R. Otero Candellero<sup>4</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MMedicina Interna y CIBEResp, HUVR. Sevilla.

<sup>2</sup>EPES. Servicio Provincial de Sevilla.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla.

<sup>4</sup>UMQER. HUVR. Sevilla.

**OBJETIVOS:** La profilaxis con anticoagulantes es efectiva en la prevención de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes de alto riesgo. Existen diferentes escalas para la valoración de riesgo en sujetos con patología médica validadas para pacientes



hospitalizados, si bien existe poca información sobre su empleo en pacientes ambulatorios. El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento y la concordancia de las escalas de riesgo de ETV disponibles para pacientes médicos hospitalizados (PADUA, IMPROVE, PRETEMED) en pacientes ambulatorios con riesgo de trombosis venosa profunda (TVP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal retrospectivo en el que se incluyeron consecutivamente los pacientes atendidos en la UMQR por sospecha de TVP desde octubre de 2015 hasta completar el tamaño muestral pre-calculado que fue de 199.

Se recogieron los datos demográficos, fármacos, enfermedades, intervenciones y circunstancias clínicas necesarias para el cálculo de las puntuaciones de las tres escalas, así como la presencia o ausencia de TVP por ecografía doppler de miembros inferiores. Se realizaron tablas de contingencia relacionando el riesgo estimado con los diferentes puntos de corte considerados (riesgo moderado o alto) con la existencia o no de TVP según doppler para determinar la especificidad, sensibilidad, valores predictivos y exactitud de las escalas, así como un análisis de concordancia inter-escalas mediante el test kappa de Cohen.

**RESULTADOS:** Se evaluaron un total de 199 pacientes, de los cuales 42 (21%) habían desarrollado TVP. En la tabla 1 se muestra el rendimiento de las escalas clínicas y en la tabla 2 su concordancia para los diferentes puntos de corte considerados en el estudio.

**CONCLUSIONES:**

1. En pacientes ambulatorios con patología médica y sospecha clínica de TVP las escalas de riesgo PRETEMED, IMPROVE y PADUA, que permiten estratificar el riesgo de ETV en pacientes hospitalizados, tienen globalmente un bajo rendimiento, sobre todo en lo que respecta a sensibilidad, y mejor comportamiento en cuanto a la especificidad.
2. En nuestro estudio, la escala IMPROVE con punto de corte  $\geq 4$ , es la que tiene un mejor rendimiento, con una especificidad cercana al 95%, por lo que podría permitir identificar aquellos sujetos de menor riesgo no susceptibles de tromboprofilaxis.

Parámetros	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)	Exactitud (%)
PRETEMED $\geq 4$	54,3	58,9	24,7	83,8	58
PRETEMED $\geq 5$	37,1	70,2	23,6	81,8	63,6
IMPROVE $\geq 2$	45,2	65,6	26	81,7	61,3
IMPROVE $\geq 4$	23,8	94,3	52,6	82,2	79,4
PADUA $\geq 4$	37,1	66,7	21,7	81	60,8

S: Sensibilidad; E: Especificidad; VPP: Valor predictivo positivo; VPN: Valor predictivo negativo

Tabla 1.

Índice Kappa	TVP	PRETEMED $\geq 4$	PRETEMED $\geq 5$	IMPROVE $\geq 2$	IMPROVE $\geq 4$
PRETEMED $\geq 4$	0,09	-			
PRETEMED $\geq 5$	0,06	0,74	-		
IMPROVE $\geq 2$	0,09	0,65	0,6	-	
IMPROVE $\geq 4$	0,23	0,19	0,25	0,31	-
PADUA $\geq 4$	0,03	0,61	0,6	0,69	0,25

TVP: Trombosis venosa profunda

Tabla 2.

**T-03. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU APLICABILIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

R. López Alfaro<sup>1</sup>, J. Anguis Horno<sup>2</sup>, M. López Ríos<sup>1</sup>, L. Giménez Miranda<sup>1</sup>, P. Rodríguez Torres<sup>3</sup>, L. Suárez Valdivia<sup>4</sup>, R. Otero Candellero<sup>4</sup>, F. Medrano Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-UCAMI y CIBERESP, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>2</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Servicio Provincial de Sevilla. Sevilla

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla.

<sup>4</sup>Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias - CIB. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

- ENDORSE. Lancet.2008;371:387-394
- BOSSON ET AL. J Inter Med.2006; 260:168-176
- Hasset al. Clin Appl Thromb Hemost.2007;13:7-13
- LAWALL ET AL. Thromb Haemost 2011;105:190-196.

**OBJETIVOS:** La profilaxis con anticoagulantes es efectiva para prevenir ETV en pacientes de alto riesgo. Existen escalas para la valoración de riesgo en enfermedades médicas validadas para pacientes hospitalizados, aunque existe poca información sobre su empleo ambulatoriamente. El objetivo de este estudio es evaluar la aplicabilidad de escalas disponibles para pacientes médicos (PADUA, IMPROVE y PRETEMED) con sospecha de TVP ambulatoriamente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: estudio transversal retrospectivo. Población:5853 pacientes remitidos desde atención primaria, urgencias y especialidades médico-quirúrgicas a consultas monográficas de ETV del HUVR entre 2008-2015 por sospecha de TVP. Sujetos: pacientes atendidos de forma consecutiva desde octubre de 2015 hasta completar tamaño muestral pre-calculado(n=199). Variables: datos constitucionales, antropométricos, fármacos, enfermedades, intervenciones y circunstancias clínicas agudas y crónicas y aquellos necesarios para el cálculo de puntuación de las tres escalas, así como presencia o ausencia de TVP por Ecografía-Doppler de miembros inferiores.

**RESULTADOS:** La escala IMPROVE se aplicó a todos los sujetos y las escalas PRETEMED y PADUA a 176(88,4%) del total, al incluir entre sus variables el IMC, no disponible en historia digital en 23 casos. 42(21,1%) del total habían desarrollado TVP, diagnosticada mediante ecografía compresiva. Características generales y factores de riesgo de ETV en la muestra y en los pacientes con TVP mostrados en la tabla.

**DISCUSIÓN:** Este es el primer estudio realizado en ámbito ambulatorio para evaluar aplicabilidad de estas escalas de riesgo de ETV. Las características demográficas y factores de riesgo son similares en pacientes no-quirúrgicos hospitalizados. El perfil clínico de riesgo es similar al de otros estudios realizados en pacientes ambulatorios.

**CONCLUSIONES:**

1. Las escalas de riesgo PRETEMED, IMPROVE y PADUA son aplicables en pacientes ambulatorios en cualquier ámbito (atención primaria, especializada y urgencias) con sospecha de TVP.
2. La escala IMPROVE es la que muestra mayor aplicabilidad en este grupo, permitiendo estimar el riesgo en todos los casos.
3. El perfil de riesgo de estos pacientes no difiere de forma importante del observado en estudios en pacientes no-quirúrgicos hospitalizados, lo que sugiere que las escalas validadas en este grupo podrían ser utilizadas ambulatoriamente.

**COMUNICACIONES DE MEDICINA  
COMUNICACIONES ORALES BREVES**

**DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

**DP-01 FORMA DE INGRESO, TIPO DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES Y UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS INVASIVAS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, A. Mata Martín<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, Y. Marín Fernández<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- MERCADANTE S, BRUERA E. Opioid switching: a systematic and critical review. En: *Cancer Treat Rev.* 2006;32:304-15.

**OBJETIVOS:** Descripción de la forma de ingreso, técnicas invasivas, tratamiento coadyuvante y tipo de vía de administración de opiodes durante las últimas 72 horas de hospitalización de pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos) con el objetivo de visualizar los datos por separado y detectar áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Muestra de 89 pacientes en el periodo de Noviembre 2016-Diciembre 2017, ingresados en planta de Medicina Interna que fallecen en el hospital. Estudio descriptivo retrospectivo, con información obtenida del registro de historias clínicas, en las últimas 72 horas de vida. Se recoge la forma de ingreso, administración de opiodes, sedantes y técnicas invasivas empleadas. Se analiza mediante Excel.

**RESULTADOS:** De los 89 pacientes, 26 eran paliativos oncológicos (PO) y 63 paliativos no oncológicos (PNO). 51 eran mujeres y 38 hombres. Edad media 79,7 años. El 76,9% de PO fueron ingresados desde urgencias y el 23,1% ingresos programados; siendo el 100% de los PNO ingresados desde urgencias. De los PO el 5% mantenía una sonda vesical y el 3% sonda nasogástrica; mientras que en los PNO el 28% y el 3% respectivamente. La pauta de administración de opiodes más frecuente fue la morfina intravenosa pautada (46,1% de los PO y el 20,8% de los PNO); y la morfina intravenosa de rescate (19,2% de los PO y el 47,6% de los PNO). La morfina oral, solo se usó en el 3,8% de los PO y el 1,6% de los PNO. El fentanilo transdérmico se utilizó en el 3,8% de los PO y el 3,2% de los PNO. Respecto al uso de sedantes, un 42% de benzodiazepinas y un 8% de neurolepticos en los PO; y en los PNO 24% y 10% respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Hay que mejorar las vías de comunicación interdisciplinar (Atención Primaria, Paliativos y Medicina Interna) para facilitar a los pacientes paliativos (tanto oncológicos como crónicos y pluripatológicos) el ingreso programado. Potenciar el uso de opiodes de forma pautada, en lugar de a demanda, junto con el uso de coadyuvantes analgésicos que tratan las alteraciones psicológicas que acompañan al dolor. Es importante la simplificación del tratamiento a la hora de iniciar la sedación, retirando las técnicas invasivas empleadas. En un futuro habrá

mayor conciencia social sobre los principios bioéticos, junto a un incremento del envejecimiento poblacional, siendo imprescindible la formación continuada.

**DP-03. VOLUNTADES ANTICIPADAS: PROMOCIÓN AL ALTA DE HOSPITALIZACIÓN.**

C. Escorial Moya<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Delgado de la Cuesta<sup>2</sup>, R. Pérez Ramos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Enfermero. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- C. MENDEZ-MARTÍNEZ, R. CARRETERO-GUERRA. Las voluntades vitales anticipadas en Andalucía 2004-2014. En: *Semergen.* 2015; 41(3):119-122.

**OBJETIVOS:** Análisis crítico y propuesta de mejora sobre la promoción de voluntades anticipadas al alta, según el pronóstico de su enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Como medida para sensibilizar sobre la necesidad de realizar las VVA se creó una herramienta en el informe de alta con unas recomendaciones para promocionar las voluntades vitales anticipadas, si así lo consideraba el facultativo. Analizamos que porcentaje de pacientes han sido informados mediante esta herramienta, durante el año 2018, en función de si los pacientes están clasificados como no paliativos, paliativos oncológicos, EPOC grado C-D de la Gold, ICC grado I-II, ICC grado III-IV.

**RESULTADOS:** Total de 4654 pacientes con edad media 69±15. Tabla 1.

**DISCUSIÓN:** El registro de voluntades anticipadas (VVA) en Andalucía se crea al amparo de la ley 41/2002, la ley 5/2003 regula en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, y para la puesta en marcha de este derecho, la Consejería de salud ha implantado un registro de voluntades anticipadas donde se inscriben y registran la totalidad de las declaraciones realizadas por los ciudadanos. Es un documento donde la persona puede manifestar por escrito sus preferencias sanitarias para que sean tomadas en cuenta si llega el momento de tomar decisiones clínicas, no se encuentran capacitadas para expresar su voluntad. El registro ha ido evolucionando desde su implantación, influenciada en gran medida a la difusión e información en la población. Actualmente hay unas 37000 personas inscritas. No obstante queda mucho camino por recorrer y es necesario promocionar de forma activa la realización de dicho documento cuando se está en una situación plena de facultades mentales y siempre que sea posible antes de estar en situación paliativa.

**CONCLUSIONES:** Realizamos una difusión escasa sobre la realización del documento de VVA en los pacientes que damos de alta. Lo hacemos de en mayor porcentaje en los pacientes paliativos, sería más conveniente adelantarse a esta etapa y dar mayor difusión en los pacientes no paliativos adelantándonos a etapas con mayor fragilidad y peor pronóstico.

	Número (4654)	VVA 1143 (24%)
Nopaliativos	3809	819 (21%)
Paliativos oncológicos	70	40 (57%)
EPOC grado C-D de la Gold	121	33 (27%)
ICC grado I-II NYHA	32	7 (22%)
ICC Grado III-IV de la NYHA	123	56 (45%)
Pluripatológicos	499	188 (38%)

Tabla 1. Porcentaje de pacientes con promoción de VVA al alta

#### DP-04. SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DE PACIENTES ATENDIDOS POR HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: PAPEL DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, J. Benjumea Rodríguez<sup>1</sup>, S. Gutiérrez Rivero<sup>1</sup>, L. Rivero Rivero<sup>1</sup>, C. Aguilera González<sup>1</sup>, A. Fernández López<sup>1</sup>, M. Bernabéu Wittel<sup>1</sup>

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

- BARCLAY JS, KUCHIBHATLA M, TULSKY JA, JOHNSON KS. Association of hospice patients' income and care level with place of death. En: *JAMA Intern Med.* 2013 Mar 25;173(6):450-6.

**OBJETIVOS:** Analizar la influencia del nivel socio-económico (NSE) en la situación de últimos días de pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y observacional de 100 pacientes fallecidos, del área de 4 centros de salud (CS), 25 de cada CS. Teniendo en cuenta NSE de los CS, se separaron en bajo (BNSE: Torreblanca y Candelaria) o alto (ANSE: Virgen de África y El Porvenir). Se hizo un análisis univariante de variables asociadas a NSE y otro multivariante para identificar predictores del lugar de fallecimiento y claudicación familiar.

**RESULTADOS:** Edad media: 75'37 años. Fallecieron hospitalizados: 53% (36% Cuidados Paliativos, 15% otra Unidad y 2% centro privado), 80 % ingreso programado. Pacientes oncológicos: 75%. Dependencia Barthel<60: 85%. Sedación paliativa: 60%.

No hubo diferencias significativas según NSE por edad, género, necesidad de sedación, lugar de fallecimiento u origen del ingreso si fallecía en hospital; sí las hubo según supervivencia (53 días BNSE vs 119 ANSE), pluripatología (76% vs 54%), conocimiento del pronóstico (32% vs 54%), motivo de sedación (dolor 33% vs 67%, agitación 33% vs 57%) y uso de benzodiazepinas en sedación (77% vs 90%). Las diferencias del uso de benzodiazepinas según lugar de sedación estuvieron en el límite de significación (90% domicilio, 80% cuidados paliativos, 50% otros servicios).

La claudicación familiar tuvo por predictores no vivir el paciente en domicilio propio, padecer patología oncológica, categorías de paciente pluripatológico (presentar 'A', no presentar 'H') y mala adherencia previa al tratamiento (explicaban 41%

varianza). Mientras fallecer en casa se predecía por ausencia de claudicación familiar, edad avanzada del paciente y tener cuidador profesional (36'5% varianza). El NSE no predecía claudicación familiar ni lugar de fallecimiento.

**CONCLUSIONES:** Pese a diferencias detectadas según NSE, no parece motivar un manejo distinto por parte de los profesionales sanitarios.

Salvo la posibilidad de mejorar la adherencia al tratamiento, no se identificaban aspectos abordables por el personal sanitario, que pudieran evitar claudicación familiar, y así facilitar fallecimiento en domicilio.

## ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

### EC-01. HIPOVITAMINOSIS D Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Pérez Tristáncho<sup>1</sup>, E. Mansilla<sup>2</sup>, S. Bermejo Vázquez<sup>2</sup>, C. Díaz Pérez<sup>2</sup>, C. Leyva Prado<sup>1</sup>, M. Raffo Márquez<sup>1</sup>

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

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

- DÍAZ ALCÁZAR M, GIL EXTREMERA B. Relación entre vitamina D y factores de riesgo cardiovascular. En: *Actual. Med.* 2015; 100: (795): 84-87.

**OBJETIVOS:** Definir la prevalencia del déficit vitamina D en los pacientes de nuestra consulta de Medicina Interna. Demostrar que entre la población con hipovitaminosis D es prevalente los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, fundamentalmente la hipertensión arterial (HTA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en el Hospital Costa de la Luz (enero 2017 a diciembre 2018), se cuantificó los niveles de vitamina D en 1233 pacientes de la consulta de Medicina Interna, y se examinaron los factores de riesgo cardiovascular, edad, sexo, hábito tabáquico y exposición solar.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 54 años (rango 30-77), el 85% mujeres y 15% varones. Se observó un déficit en el 70% de los pacientes con cifras menores de 30 ng/ml y de estos en un 60% existía cifras entre 20 y 30 ng/ml y en un 40% (< 20 ng/ml). Examinando las historias clínicas de los pacientes se observó que en 720 de los que presentaban hipovitaminosis existía algún factor de riesgo cardiovascular, siendo la HTA el más frecuentemente encontrado (70%) seguido de la diabetes mellitus en un 40%, dislipemia en un 30%, el 60% no tenía exposición al sol y el 45% era fumador. Hallándose menos prevalencia de HTA (30%) en aquellos pacientes cuyas cifras de vitamina D se encontraban en rango normal.

**DISCUSIÓN:** El déficit de vitamina D se relaciona con enfermedad musculoesquelética, enfermedades autoinmunes, cáncer, enfermedades metabólicas y enfermedades cardiovasculares sobre todo la hipertensión arterial, ya que es un potente supresor de la síntesis de renina.

**CONCLUSIONES:** En la población estudiada, se aprecia una significativa prevalencia de hipovitaminosis D, con un alto porcentaje de personas con cifras por debajo del umbral de déficit de la vitamina. Parece necesario que se hagan determinaciones de la vitamina D ya que es más frecuente la asociación de FRCV como la hipertensión arterial y así podríamos reducir con la normalización de las cifras de vitamina D la incidencia de enfermedades cardiovasculares como HTA o DM.

### EC-04. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL CARDIOVASCULAR EN GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO

XJ. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, M. Poyato Borego<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. García Garmendia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- ARBOIXA A, GARCÍA-EROLESB L, COMES E, OLIVERESA M, TARGAA C, BALCELLSA M, PUJADASC R, MASSONS J. Importancia del perfil cardiovascular en la mortalidad hospitalaria de los infartos cerebrales. En: *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(10):1020-9.

**OBJETIVOS:** Evaluar el perfil cardiovascular del paciente y su influencia en la gravedad clínica del ictus isquémico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, en el cual se incluyen a 66 pacientes ingresados por ictus isquémico durante los meses de Enero a Junio de 2016 del Área Aljarafe (Sevilla). El análisis de los datos se realizó mediante una base Excel. Se aplicaron los principios éticos incluidos en la Declaración de Helsinki. Cada caso fue codificado mediante variables numéricas asegurando la privacidad.

**RESULTADOS:** Se analizó el perfil de riesgo cardiovascular de los 66 pacientes ingresados por ictus isquémicos en dicho periodo. De ellos, el factor de riesgo más prevalente es la hipertensión arterial (74%), seguida de la dislipemia (48.48%), tabaquismo (39%) y diabetes (34.85%). En cuanto a la funcionalidad al alta y a los 12 meses, se objetivó un peor resultado funcional de los pacientes con RCV muy elevado al alta ( 2.42 Vs 2.30 ) y a los 12 meses ( 2.61 Vs 2.56). No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad durante el ingreso según estratificación del RCV.

**DISCUSIÓN:** Es de destacar la elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes de nuestro registro , principalmente la presencia de hipertensión arterial previa al evento isquémico.

La enfermedad cerebro vascular isquémica se caracteriza por su origen multifactorial. El mayor peso específico en prevención primaria de la enfermedad cerebrovascular son los factores de riesgo modificables cuya importancia deriva del riesgo trombotico asociado a ellos, de su prevalencia en la población y de su combinación en un mismo individuo.

**CONCLUSIONES:** La adición de factores de riesgo cardiovascular se asocia a un aumento de riesgo de acontecimientos vasculares. La epidemiología del ictus isquémico se caracteriza por tener una etiología multifactorial en la que intervienen factores de riesgo de diferente peso que se potencian entre sí, originando como consecuencia un peor resultado funcional del paciente tras el evento.

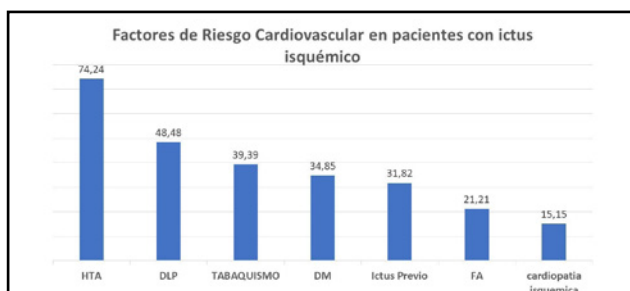


Figura 1.

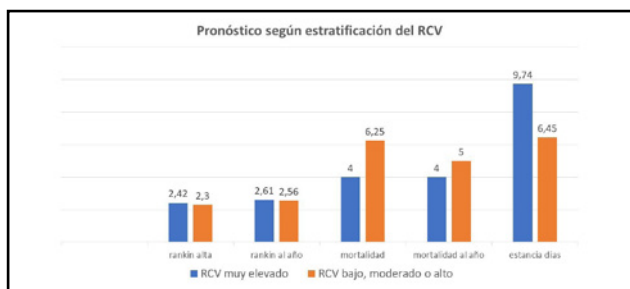


Figura 2.

## EC-07. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

XA. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>2</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>, L. Ortega<sup>2</sup>, J. García Garmendia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- POORTHUIS MHF, ALGRA AM, ALGRA A, KAPPELLE LJ, KLIJN CJM. Female- and Male-Specific Risk Factors for Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. En: *JAMA Neurol*. 2017;74(1):75-81.

**OBJETIVOS:** Realizar un análisis a diferentes niveles de una cohorte de pacientes ingresados por ictus isquémico o hemorrágico en nuestro centros.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, en el cual se incluyen a 74 pacientes ingresados por ictus isquémico o hemorrágico durante los meses de Enero a Junio de 2016 del Área Aljarafe (Sevilla). El análisis de los datos se realizó mediante una base Excel. Se aplicaron los principios éticos incluidos en la Declaración de Helsinki. Cada caso fue codificado mediante variables numéricas asegurando la privacidad.

**RESULTADOS:** El tamaño muestral fue de 74 pacientes, de los cuales el 41,5% fueron hombres y el 58,5% mujeres. La edad media fue de 73.9 años. El 89 % de los ictus fueron de naturaleza isquémica, mientras el 11 % fueron hemorrágicos. Las principales etiologías del ictus isquémico fueron: 55 % aterotrombótico, 15 % cardioembólico y 27% lacunar. La HTA (74%), dislipemia (48%) y tabaquismo (39%), son los FRCV de mayor prevalencia en pacientes con ictus isquémico. En cuanto a la localización del ictus hemorrágico, fueron: Profunda el 38%, Lobar el 50% y Subdural 13%.

**DISCUSIÓN:** Los resultados , al igual que en otras series publicadas, muestran una mayor incidencia de eventos en el sexo femenino, así como una predominancia de la etiología aterotrombótica en los ictus isquémicos.

### CONCLUSIONES:

1. Los principales factores de riesgo CV presentes fueron la hipertensión arterial, la dislipemia y el hábito tabáquico.
2. Algo superior a lo reportado en la literatura, el ictus isquémico representa en torno al 89% en nuestro estudio.
3. La categorización etiopatogénica del ictus es fundamental para su adecuado tratamiento y prevención secundaria.

## ENFERMEDADES METABÓLICAS

### EM-01. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

L. Pérez Belmonte<sup>1</sup>, J. Osuna Sánchez<sup>2</sup>, F. Alonso López<sup>2</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla (Melilla).

- MOLEY J, XIAO H. Consideraciones especiales de la diabetes mellitus en la población anciana. En: LAVIN N. *Endocrinología y Metabolismo*. Madrid: Editorial Marbán; 2003.p.709-19.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no diabéticos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en medicina interna a lo largo del 2017 separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son diabéticos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 120 pacientes ingresados. De los cuales un 55% eran mujeres. La media de edad fue de  $73,71 \pm 19,74$  años. Un 49,2% era de etnia caucásica y un 50,8% bereber. Un 20,8% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 62,5% referían HTA; DM 45,8%; DLP 25%; EPOC 12,5% y FA 34,2%. Hasta un 98,3% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de  $9,88 \pm 8,9$  días, siendo éxitos el 13,3% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no diabetes mellitus nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la obesidad (14,54% vs 4,61%,  $p < 0,05$ ), SAOS (10,90% vs 1,53%,  $p < 0,035$ ), HTA (83,63% vs 44,61%,  $p < 0,000$ ) y la DLP (38,18% vs 13,84%,  $p < 0,002$ ), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad (12,72% vs 13,84%,  $p < 0,189$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con diabetes mellitus presenta un perfil más pluripatológico, lo que hace que sean de un manejo clínico más complicado, sin embargo, no hemos encontrado diferencias en la mortalidad, esto puede ser debido a nuestra ubicación geográfica transfronteriza, muchos de los ingresos por ICC que terminan falleciendo sí son diabéticos junto con otras patologías, pero son durante el mismo ingreso cuando son diagnosticados por la deficiente sanidad pública de sus países de origen.

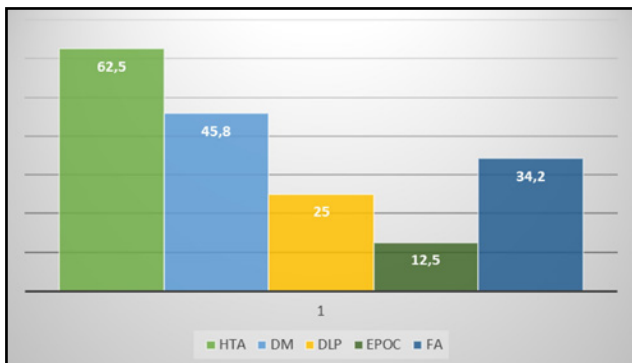


Figura 1.

## EM-02. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA

L. Pérez Belmonte<sup>1</sup>, J. Osuna Sánchez<sup>2</sup>, I. Pérez Hernández<sup>2</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla (Melilla).

- GARCÍA R, SUÁREZ R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. En: *Rev Cubana Endocrinol.* 2007;18(1):12-4.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de pancreatitis, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no diabéticos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por pancreatitis en medicina interna a lo largo de 3 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son

diabéticos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 138 pacientes ingresados. De los cuales un 58% eran mujeres. La media de edad fue de  $54,91 \pm 20,79$  años. Un 44,2% era de etnia caucásica, un 54,3% bereber y un 1,4% eran judíos. Un 21% no tenían seguridad social. La causa más frecuente de ingreso fue la biliar con un 58,7%. Hasta un 8,8% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La estancia media del ingreso hospitalario fue de  $11,38 \pm 8,24$  días, siendo éxitos el 8% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no diabetes mellitus nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la obesidad (37,84% vs 15,84%,  $p < 0,007$ ), HTA (32,69% vs 15,71%,  $p < 0,014$ ), DLP (41,66% vs 14,70%,  $p < 0,001$ ), y la edad ( $61,63$  vs  $53,12$ ,  $p < 0,050$ ), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad (27,27% vs 21,25%,  $p < 0,442$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes diabéticos ingresados en planta de medicina interna son más hipertensos, obesos, dislipémicos y añosos, todas estas características hacen que su manejo en planta sea más dificultoso y presenten una evolución clínica más tórpida, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad, pero si una tendencia a la misma en los pacientes diabéticos, esto puede ser debido a la N del estudio.

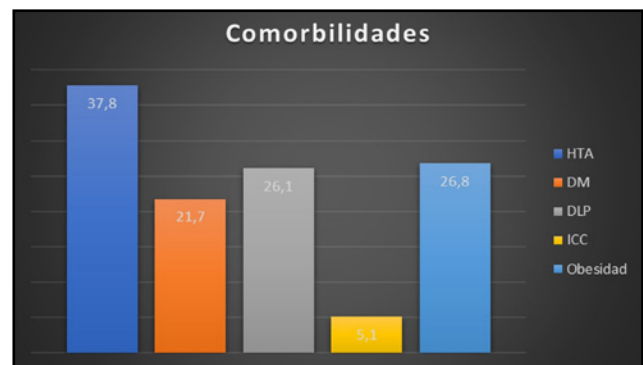


Figura 1.

## EM-05. VALORACIÓN ÍNDICE CONUT (DESNUTRICIÓN) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, J. Moreno Sánchez<sup>2</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, V. Ruiz Romero<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, L. García Ezpeleta<sup>3</sup>, M. Montilla López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Medicina familiar y comunitaria. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

<sup>3</sup>Medicina intensiva. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

- ULÍBARRI PÉREZ JI, FERNÁNDEZ G, RODRÍGUEZ SALVANÉS F, DÍAZ LÓPEZ AM. Nutritional screening: control of clinical undernutrition with analytical parameters. En: *Nutr Hosp.* 2014 Jan 13;29(4):797-811.

**OBJETIVOS:** Valorar la prevalencia de desnutrición (o riesgo de padecerla) en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Valorar así mismo las patologías que condicionan el ingreso de manera más prevalente y la adecuación de tratamiento nutricional al alta, considerando el índice Conut.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

- Estudio descriptivo.
- Pacientes: 50 paciente ingresado el mes de marzo 2019. Aquellos a los que se realizó el citado índice de un total de 508 paciente ingresados dicho mes.

**RESULTADOS:** Se solicita el índice Conut a un total de 50 pacientes hospitalizados (9.84% de los ingresados), con una edad media de 72.8 años (+/- 14.06), 30 de ellos varones (60%).

Observamos que existe una heterogeneidad en las patologías en las que se solicita, siendo la de mayor frecuencia la infección respiratoria/neumonía (11 pacientes), seguida de insuficiencia cardíaca (9 pacientes). 7 de los pacientes eran oncológicos (en diferentes estadios de enfermedad).

La mayoría presentaron una desnutrición moderada (figura 1).

13 (26%) pacientes, recibieron un tratamiento nutricional (figura 2)

De los pacientes evaluados, 10 (20%) de ellos fallecieron durante la hospitalización o al mes del alta (gráfica 3), de los cuales 9 (90%) no recibían tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Observamos una escasa cantidad de solicitudes de screening nutricional así como una baja prescripción de tratamiento de soporte nutricional al alta.

Entre los pacientes fallecidos, un elevado porcentaje presentaba desnutrición al ingreso.

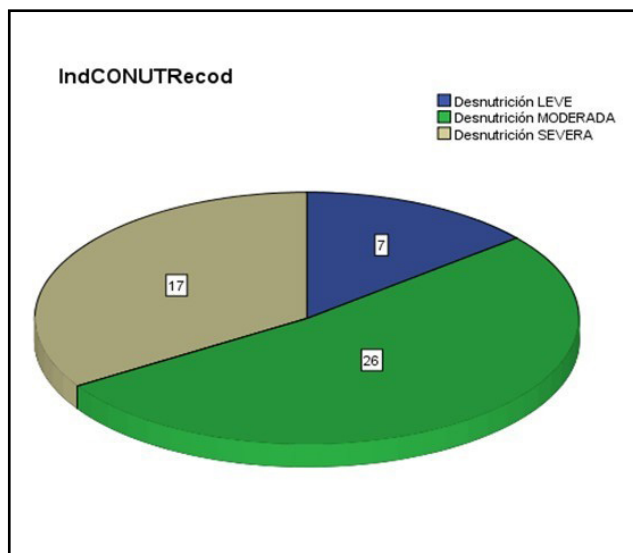


Figura 1.

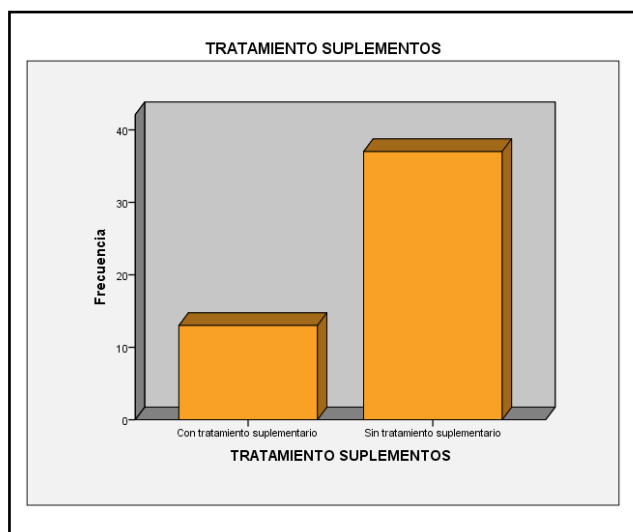


Figura 2.

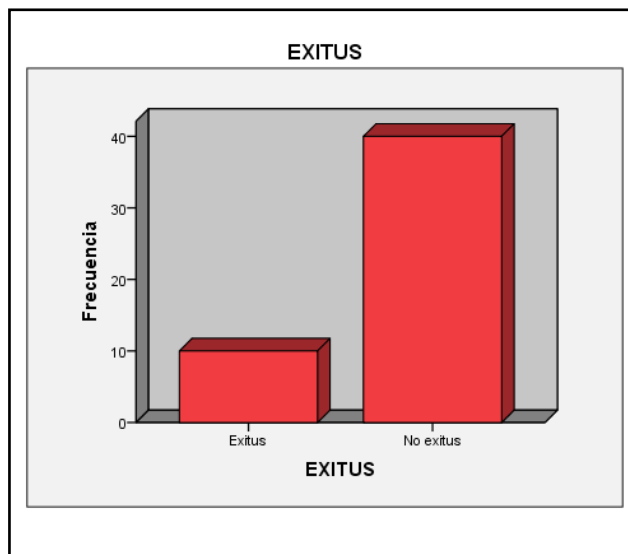


Figura 3.

#### EM-06. ¿MEJORA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI-OSTEOPORÓTICO UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS CON UNA ENFERMERA GESTORA DE CASOS? EXPERIENCIA DE 59 CASOS

A. Velázquez Parejo<sup>1</sup>, M. Jiménez Moreno<sup>1</sup>, F. Olmo Montes<sup>1</sup>, M. Miranda García<sup>1</sup>, B. Hernández Cruz<sup>2</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>3</sup>, M. Colmenero Camacho<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Universidad de Sevilla. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>2</sup>UGC Reumatología. Universidad de Sevilla. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

- REYES C, TEBE C, MARTÍNEZ-LAGUNA D, ALI MS, SORICASTRO A, CARBONELL C, ET AL. One and two-year persistence with different anti-osteoporosis medications: a retrospective cohort study. En: *Osteoporos Int [Internet]*. 2017 Oct 16 [cited 2019 Apr 13];28(10):2997–3004. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00198-017-4144-7>

**OBJETIVOS:** Valorar la adherencia al tratamiento de pacientes con una fractura osteoporótica previa (FX-OP) que son atendidos en una FLS, con educación sanitaria sobre su enfermedad y riesgo de futuras fracturas, por una Gestora de Casos. En este estudio analizaremos los datos preliminares de 59 casos reevaluados a 3 meses del inicio del tratamiento.

El modelo asistencial de Unidades Multidisciplinares de Fractura o Fracture Liaison Services (FLS) tiene como objetivo mejorar la atención de pacientes con Fractura por fragilidad (FX-OP) y reducir el riesgo de fracturas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudian 59 pacientes mayores de 50 años que han presentado una FX-OP y han sido evaluados en la FLS- HUV Macarena, con un enfoque destinado a la captación, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis y a la prevención 2ª de fracturas. En nuestra FLS la Enfermera Gestora de casos ha explicado de forma individualizada sus condiciones, riesgo de futuras fracturas e importancia del cumplimiento del tto, para su prevención. Los pacientes son reevaluados telefónica a los 3 meses y se les interroga sobre nuevas fracturas/ efectos secundarios/ persistencia de tto y motivos de suspensión, en su caso.

**RESULTADOS:** Tasa de adherencia del 100%

La muestra se compone de 12 hombres y 47 mujeres. La distribución según el tipo de fracturas fue de 26 casos con fractura de cadera, 8 EDR, 3 húmero, 18 vértebras, 4 otras. Los tratamientos prescritos fueron 38 casos con alendronato, 18 denosumab, 1 risedronato, 6 teriparatide, 4 zoledronato.

**CONCLUSIONES:** La tasa de adherencia es mayor que la descrita por estudios previos. Creemos que el valor pudiera estar sobreestimado al tratarse de llamada telefónica, y no comprobación de dispensaciones en farmacia.

Recalcar la importancia de la gestión de casos (enfermera gestora de casos, concretamente), como un modelo óptimo de atención a las personas con enfermedades crónicas, como la osteoporosis, con impacto en la disminución y frecuentación de consultas e ingresos hospitalarios.

**EM-07. ANÁLISIS DE LOS CASOS CONFIRMADOS MEDIANTE ESTUDIO GENÉTICO DE ENFERMEDADES LISOSOMALES EN EL ADULTO EN MEDICINA INTERNA**

F. Nieto García<sup>1</sup>, V. Sandez Montagut<sup>1</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, H. Matcher<sup>2</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>2</sup>, F. García Hernández<sup>2</sup>, J. Andreu Álvarez<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Servicio de Bioquímica Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Unidad de Metabolopatías. Servicio de Bioquímica Clínica. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- SUN A. Lysosomal storage disease overview. En: *Ann Transl Med.* 2018;6(24):476.

**OBJETIVOS:** Los objetivos son describir las variables epidemiológicas y genéticas de los pacientes con diagnóstico confirmado genéticamente de enfermedad lisosomal en seguimiento por Medicina Interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de una serie de casos de pacientes en seguimiento de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Virgen del Rocío con mutación genética confirmada de enfermedad lisosomal del total de pacientes en los que se sospechaba y se solicitó estudio genético. Se realizó un análisis descriptivo, expresándose resultados de variables cualitativas en frecuencia y porcentajes. Para el análisis se utilizó IBM SPSS v.18.

**RESULTADOS:** Se analizaron un total de 21 pacientes, de los cuales 8 (65'4%) presentaban una mutación descrita para la enfermedad lisosomal sospechada en la secuenciación genética. El total correspondía a Enfermedad de Fabry (100%), siendo 6 de ellos mujeres y 2 de ellos hombres. En todos los casos se encontraron mutaciones en heterocigosis. En todos los casos la mutación se encontraba sobre el gen GLA, siendo en 8 de ellos la variante c.937G>T que codificaba la proteína p.Asp313Tyr y en 2 de ellos la variante c.427G>A que codificaba la proteína p.Ala143Thr.

**DISCUSIÓN:** Las enfermedades de almacenamiento se producen por un acumulo de sustrato debido a deficiencias enzimáticas. La enfermedad de Fabry es una enfermedad ligada al X debida a mutaciones en el gen GLA, donde se acumula GL3 (globotriaosilceramida) debido a la deficiencia de alfa-galactosidasa. Dado que se trata de una enfermedad ligada al X, las mujeres heterocigotas presentan diferentes grados de afectación clínica, pudiendo estar asintomáticas o severamente afectadas. Existen más de 1000 mutaciones en el gen GLA asociada a la Enfermedad de Fabry, de las cuales el 93% se corresponden con la variante clásica.

**CONCLUSIONES:** La enfermedad de Fabry se trata de una enfermedad de almacenamiento ligada al cromosoma X. El defecto se localiza en el gen GLA. La mayor parte de los casos se deben a mutaciones en heterocigosis que condicionan un espectro amplio de presentación clínica. El rendimiento de la determinación genética en nuestro centro para mutaciones concordantes con la enfermedad fue 65'4%.

**EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA**

**EP-01. USO DE LOS INHALADORES EN PACIENTES EPOC ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCACIONAL**

C. Escorial Moya<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Mata Martín<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, J. Delgado de la Cuesta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- MATA HERNÁNDEZ MC. La educación terapéutica para mejorar la adhesión en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En: *Monogr Arch Bronconeumol.* 2016;3(8):213-217
- MCDONALD VM, GIBSON PG. Asthma self management education. En: *Chron Respir Dis* 2006; 3: 29-37.
- PETITE SE, MURPHY JA. Evaluation of Bronchodilator Use During Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Inpatient Admissions. En: *Hosp Pharm.* 2019 Apr;54(2):112-118

**OBJETIVOS:** Demostrar como mejora la adherencia al tratamiento de los inhaladores tras intervención educativa y de entrenamiento en los pacientes EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza un estudio prospectivo a 30 pacientes con diagnóstico de EPOC y con tratamiento inhalador en la consulta de medicina interna, donde se les realizó el cuestionario de preferencia para dispositivos de inhalación antes (PASAPQ) y al mes de realizar una intervención formativa sobre el uso y cuidados del dispositivo que tenían prescrito. Usamos el paquete estadístico SSPA.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes fue de 78±4, 80% de los cuales fueron varones.

En la tabla adjunta como imagen se muestran los resultados antes y después de la intervención formativa donde se le explica el correcto uso del inhalador.

**CONCLUSIONES:** Un elevado porcentaje de los pacientes no conocían la forma del funcionamiento de su inhalador ni la limpieza que debían realizar del dispositivo. Los resultados obtenidos tras la intervención ponen de manifiesto que la educación fue efectiva. Esto justifica emplear estrategias educativas de forma sistemática que aseguren el correcto uso de los inhaladores.

PASAPQ	Después de la intervención			
	Insatisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Satisfecho
Instrucciones de uso inhalador	26	4	8	22
Sabe cantidad medicamento que queda en inhalador	18	12	2	18
Funcionamiento de inhalador	22	8	6	24
Facilidad para inhalar	28	2	5	25
Limpieza del inhalador	30	0	4	25

Tabla 1.

## EP-02. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, L. Pérez Belmonte<sup>2</sup>, J. Molina Campos<sup>3</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Quirón. Málaga.

- MENÉNDEZ R, TORRES A, ASPA J, CAPELASTEGUI A, PRAT C, RODRÍGUEZ DE CASTRO F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). En: *Arch Bronconeumol.* 2010;46:543-58.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de neumonía, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no diabéticos para compararlos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por neumonía en medicina interna a lo largo de 3 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son diabéticos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 293 pacientes ingresados. De los cuales un 60,1% eran hombres. La media de edad fue de  $70,67 \pm 17,16$  años. Un 55,8% era de etnia caucásica, un 42,5% bereber y un 1,7% eran judíos. Un 19,6% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 48,1% referían HTA; DM 32,5%; DLP 15,8%; EPOC 16,1% y FA 16,4%. La estancia media del ingreso hospitalario fue de  $13,27 \pm 12,96$  días, siendo éxitus el 16,4% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no diabetes nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en el HTA (66,7% vs 37,24%,  $p < 0,000$ ), FA (20,68 vs 13,19%,  $p < 0,032$ ), DLP (30,52% vs 8,63%,  $p < 0,000$ ), EPOC (25,26% vs 11,67%,  $p < 0,003$ ), ICC (28,42% vs 12,18%,  $p < 0,001$ ), IRC (17,89% vs 7,10%,  $p < 0,006$ ) y SCA (22,10% vs 7,69%,  $p < 0,001$ ), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la estancia media ( $13,58$  vs  $11,84$ ,  $p < 0,601$ ) ni la mortalidad (16,84% vs 16,24%,  $p < 0,520$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con diabetes mellitus presenta un perfil más pluripatológico y con más estancia media que los no diabéticos, no hemos encontrado diferencias en la mortalidad, esto puede ser debido a nuestra ubicación geográfica transfronteriza, muchos de los ingresos por ICC que terminan falleciendo sí son diabéticos junto con otras patologías, pero son durante el mismo ingreso cuando son diagnosticados por la deficiente sanidad pública de sus países de origen.

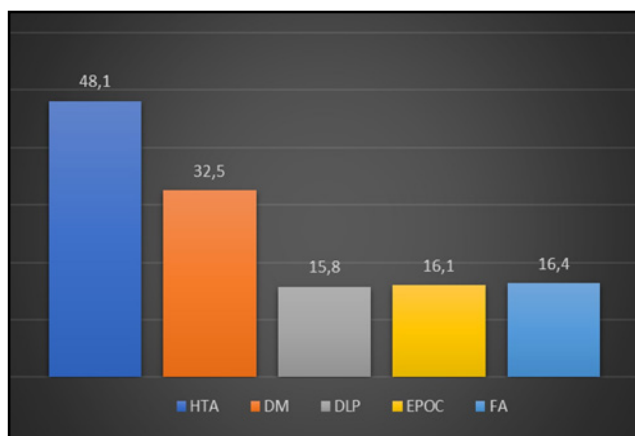


Figura 1.

## GESTIÓN CLÍNICA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA MEDICINA

### G-04. FORMACIÓN DEL INTERNISTA EN EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. ROMPIENDO TABÚES

J. Elvira González<sup>1</sup>, A. López Suárez<sup>2</sup>, E. García del Río<sup>3</sup>, C. Méndez<sup>1</sup>, M. Cuesta Sánchez<sup>1</sup>, M. de los Dolores Herrera<sup>1</sup>, M. Beltrán Robles<sup>2</sup>, V. Manzano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María (Cádiz)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de Las Montañas. Villamartín (Cádiz).

- J. TORRES MACHO, F. J. GARCÍA SÁNCHEZ, P. GARMILLA EZQUERRA, L. BELTRÁN ROMERO, J. CANORA LEBRATO, J. M CASAS ROJO, ET AL. Documento de posicionamiento sobre la incorporación de la ecografía clínica en los servicios de medicina interna. En: *Rev Clin Esp.* 2018;218(4):192-198

**OBJETIVOS:** Presentamos el modelo de formación en exploraciones complementarias, y sus resultados, que venimos desarrollando en los hospitales comarcales del grupo José Manuel Pascual S.A en la provincia de Cádiz, Hospital Virgen de las Montañas (HVM) en Villamartín, Hospital Virgen del Camino (HVC) en Sanlúcar de Barrameda y Hospital Santa María del Puerto (HSP) en El Puerto de Santa María.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis, a partir de la base de datos de cada centro, de la actividad realizada durante el año 2017.

**RESULTADOS:** Sobre un total de 27 internistas, 2 realizan de forma autónoma ecocardiografías, 4 realizan Ecografías abdominales y de ellos, dos realizan intervencionismo ecográfico. Cuatro realizan Fibrobronoscopias y 4 realizan Endoscopias digestivas.

Durante el año 2017 los internistas realizaron: 66% de las Fibrobronoscopias, 15% de las ecocardiografías, 17% de las Endoscopias digestivas, 30% de las ecografías abdominales, 30% de las ecografías doppler, 75% de las PAAF's ecodirigidas.

Tras un análisis comparativo sobre la calidad de los estudios endoscópicos realizados por internistas vs neumólogo o digestólogos, concluimos que no existe diferencias significativas en la calidad de los estudios.

**CONCLUSIONES:** En los hospitales comarcales, debido al menor número de especialistas clínicos en comparación con el de internistas, la participación de los internistas en la realización de exámenes complementarios contribuye a optimizar los recursos y aligerar las listas de espera, sin producirse un deterioro en la calidad asistencial.

### G-05. UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL COMARCAL: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

P. Hurtado Olmo<sup>1</sup>, M. Cruz Caparrós<sup>1</sup>, E. Manzano López<sup>1</sup>, M. Álvarez Moreno<sup>1</sup>, C. Ocaña Losada<sup>1</sup>, N. Castillo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

- TORRES SALINAS M, CAPEDEVILA MOREL JA, ARMARIO GARCÍA P, MONTULL MORER S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. En: *Medicina Clínica*, Vol. 124. Núm. 16. Páginas 0-640 (Abril 2005).
- CAPELL S, COMAS P, PIELLA T, RIGAU J, PRUNA X, MARTÍNEZ F, MONTULL S. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. En: *Medicina Clínica*, Vol. 123. Núm. 7. Páginas 0-280 (Septiembre 2004).



**OBJETIVOS:** Valorar la aplicabilidad de una unidad de diagnóstico rápido (UDR) dirigida al estudio ambulatorio de pacientes con patología médica potencialmente grave.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron las derivaciones de pacientes en un periodo de tiempo comprendido entre mayo/2017 y febrero/2019. Se consensuaron enfermedades seleccionadas para valoración: Síndrome constitucional; adenopatías persistentes; disnea reciente no filiada, anemia y poliartritis recientes, síndrome febril de duración intermedia, hipertiroidismo, "altas precoces de Urgencias" (ICC, HTA, pielonefritis o neumonías en los que se intentó manejo ambulatorio).

Todas ellas debían de acompañarse con las pruebas complementarias pertinentes (analítica básica + radiografía de tórax +/- VIH/TSH/VSG).

**RESULTADOS:** En este periodo se atendieron 201 pacientes; edad media de 52 años; 57% mujeres.

Un 53% fueron derivados por otras especialidades, el resto procedieron de Urgencias (25%), Atención Primaria (11%), consulta de Interna (8%) y altas (2%).

Atendiendo al motivo diagnóstico inicial, fueron: 19% adenopatías, 18% masas, 11% síndrome constitucional, 11% patología tiroidea, 8% anemia, 7% poliartritis, 5% síndrome febril y 2% disnea. El 18% restante fue otros motivos diferentes a los establecidos.

Con respecto a los diagnósticos definitivos, un 14% de los casos fueron diagnosticados de carcinoma, linfoma o mieloma.

**CONCLUSIONES:** En los últimos años han surgido nuevos modelos asistenciales alternativos a la hospitalización; entre los que tenemos las UDR, son forma diferente de estudiar a pacientes en los que no se puede demorar el diagnóstico. Las UDR proporcionan un recurso eficaz, permitiendo reducir tiempos de espera, ahorrar ingresos y explorar áreas de investigación, mejorando la eficiencia en nuestro medio.

#### **G-06. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y AHORRO DE ESTANCIAS EN EL MANEJO AMBULATORIO DE ALTA RESOLUCIÓN COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL**

A. Espinar Rubio<sup>1</sup>, C. Lozano Quintero<sup>1</sup>, I. Páez Rubio<sup>1</sup>, J. Díaz Real<sup>1</sup>, F. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Unidad Ambulatoria. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- ZAMBRANA GARCÍA JL, JIMÉNEZ-OJEDA B, MARÍN PATÓN M, ALMAZÁN GONZÁLEZ S. Unique or high resolution consultations as an efficiency alternative to conventional hospital outpatients consultations. En: *Med Clin (Barc)*. 2002 Mar 9; 118(8); 302-5.

**OBJETIVOS:** La consulta de alta resolución, unidad ambulatoria, tiene como objetivo favorecer el diagnóstico rápido y eficiente de los procesos graves sin necesidad de ingreso o acortar la estancia hospitalarias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo inicial de la actividad y el ahorro de estancias durante los primeros 6 meses de una consulta de alta resolución de Medicina Interna que funciona 3 días en semana con apoyo del Hospital de día.

**RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 169 pacientes, 94 hombres y 75 mujeres, con una edad media de 60,5±19,7 años.

El 44% de los pacientes procedían de planta de hospitalización (media de estancia hospitalaria 2,33 días). 33,6% de urgencias y 19,6% de consultas.

Tres pacientes requirieron ingreso hospitalario. Un paciente falleció durante el seguimiento.

Destacar entre los diagnósticos un 28,73% de neoplasias sólidas (7 digestivas, 4 pulmonares y 6 otras neoplasias), y un 10,1% de linfomas (6 pacientes). Un 10,14% fueron pielonefritis aguda, 8 pacientes (13,52%) tuvieron otro diagnóstico infeccioso y el 23,66% fueron anemias.

El análisis de los tiempos mostró: una mediana de 6 días (3-14) desde que se solicita la consulta y la primera visita. El tiempo medio empleado para un informe de alta con diagnóstico definitivo fue de 9.8±4 días: Me 4(1-14).

Asumiendo una estancia media de 7.5 días conseguimos un ahorro de 155 estancias en los 74 pacientes con alta precoz para completar estudio ambulatorio y un ahorro de 658 estancias en pacientes no ingresados desde urgencias – consultas ordinarias. Esto hace un potencial ahorro de 813 estancias hospitalarias en 6 meses.

Una encuesta mostró elevada satisfacción de los pacientes.

**DISCUSIÓN:** La consulta de alta resolución de medicina interna supone una alternativa a la hospitalización convencional con ahorro de estancias hospitalarias, mejorando la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes. La tasa de efectividad medida como el alta en 2 visitas fue muy elevada.

**CONCLUSIONES:** Se demuestra eficacia, reducción del gasto sanitario y satisfacción de los pacientes.

## **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

### **I-01. AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

N. Castillo Fernández<sup>1</sup>, M. Soriano Pérez<sup>1</sup>, P. Luzón García<sup>2</sup>, G. Gómiz Rodríguez<sup>1</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>1</sup>, C. Ocaña Losada<sup>1</sup>, E. Manzano López<sup>1</sup>, P. Hurtado Olmo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

<sup>2</sup>Microbiología Clínica. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

- SORLOZANO A. ET AL. Evolution of the resistance to antibiotics of bacteria involved in urinary tract infections: A 7-year surveillance study. En: *American Journal of Infection Control* 42(2014)1033-8.

**OBJETIVOS:** La infección del tracto urinario (ITU) es una patología infecciosa muy frecuente que condiciona un uso elevado de antibióticos. En un alto porcentaje de casos, el inicio de la antibioterapia se hace de forma empírica por lo que es fundamental para una adecuada selección de la misma disponer de datos microbiológicos locales que ayuden a la toma de decisiones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los urocultivos positivos (hospitalarios y ambulatorios) estudiados en el laboratorio de Microbiología entre Junio 2018-Marzo 2019, analizando los aislamientos microbiológicos y patrones de sensibilidad antimicrobiana.

**RESULTADOS:** En el periodo analizado hubo 6326 urocultivos con resultados positivos. En el 77,82% se identificaron bacilos gramnegativos, siendo *Escherichia coli* el más frecuente (52,05%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (14,36%) y *Proteus mirabilis* (4,31%). El 22,18% fueron cocos gram positivos siendo los más frecuentes *Enterococcus faecalis* (10,67%) y *Streptococcus agalactiae* (7,79%). *E. coli* mostró gran sensibilidad a nitrofurantoína (98,8%), fosfomicina (95,4%) y cefotaxima (91,5%). Por el contrario, el 28,1%, 27,9% y 22,2% fueron resistentes a ciprofloxacino, cotrimoxazol y amoxicilina/clavulánico. *Klebsiella pneumoniae* presentó una elevada sensibilidad a gentamicina (91,5%), cefotaxima (87,8%) y cotrimoxazol (86,7%). Las cefalosporinas de segunda

y tercera generación fueron los antibióticos más sensibles frente a *Proteus mirabilis* (98,9%). El 83,8% y 82,9% de las *Pseudomonas aeruginosa* fueron sensibles a ceftazidima y piperacilina-tazobactam, con un 45,8%, 22,9% y 23% de resistencias a ciprofloxacino, imipenem y meropenem. Imipenem mostro una sensibilidad del 97-100% en el resto de los bacilos gram negativos. El 6,9% y 9,6% de las cepas de *E. coli* y *K. pneumoniae* fueron productoras de BLEE. Todos los *Enterococcus faecalis* aislados fueron sensibles a ampicilina.

**CONCLUSIONES:** *Escherichia coli* es la causa más frecuente de ITU en nuestro medio siendo nitrofurantoína y fosfomicina los antibióticos más eficaces y existiendo una elevada tasa de resistencia a ciprofloxacino y cotrimoxazol. El porcentaje de resistencia a carbapenemas de *Pseudomonas aeruginosa* y el porcentaje de aislamientos de bacilos productores de BLEE son concordantes con otros trabajos publicados en España.

## I-02. ANÁLISIS DE LA EPIDEMIA DE GRIPE DURANTE LA TEMPORADA 2018-2019 EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Ocaña Losada<sup>1</sup>, N. Castillo Fernández<sup>1</sup>, E. Manzano López<sup>1</sup>, P. Hurtado Olmo<sup>1</sup>, M. Gómic Rodríguez<sup>1</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>1</sup>, M. Sorianos Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

- Informe semanal del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Semana 15/2019. Red Nacional de vigilancia epidemiológica.

**OBJETIVOS:** La gripe (*Myxovirus influenzae*) es responsable de infecciones agudas del tracto respiratorio, fácilmente propagables y que pueden relacionarse con aumento de mortalidad en sujetos de alto riesgo (ancianos, comorbilidad asociada) los cuales representan la mayor carga de la enfermedad. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas así como la tasa de ingresos y de mortalidad en pacientes con diagnóstico de gripe.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo de los pacientes diagnosticados de gripe mediante PCR, entre Octubre/2018 y Febrero/2019. Se recogieron datos sociales, clínicos, analíticos y terapéuticos.

**RESULTADOS:** Sesenta pacientes fueron diagnosticados de gripe. 53.3% mujeres. Edad media de 61,75 años, con 2 casos en niños de 14 años. Máxima incidencia de casos en el mes de Febrero/2019 (68,3%; 41), seguido de Enero/2019 (28.3%; 17) y en menor proporción Diciembre/2018 y Noviembre/2018 (1,7% cada mes). 76,7% fueron por gripe A y 23,3% por gripe B. En el 58,3% (35) de los pacientes se decidió un manejo ambulatorio, ingresando el 41,7% restante, con edad media algo más elevada (72,6 años). 25% ingresaron en Medicina Interna, 10% en Neumología y 3,3% en UCI. La estancia media del ingreso fue de 8,48 ± 4,8 días. Del total de pacientes diagnosticados, 70% recibieron tratamiento. Un 3,3% fueron exitus.

**DISCUSIÓN:** En España, la mayoría de los casos de gripe se han producido a partir de la primera semana de Enero, al igual que en nuestro estudio. La mayoría de los casos relacionados virus tipo A (76,7% en nuestra serie). El porcentaje de casos graves que requirieron hospitalización fue superior en >64 años, con mayor tasa de complicaciones graves, precisando ingreso en UCI un 23%. La tasa de mortalidad fue del 17%, más elevado que en nuestra población. La vacuna ha presentado un nivel de discordancia moderado con las principales cepas responsables de los casos. Desconocemos la tasa de vacunación de nuestros pacientes.

**CONCLUSIONES:** En conclusión; el impacto ocasionado por la gripe en la población española durante la temporada 2018-2019 se estima medio, en términos de hospitalización y mortalidad.

## INSUFICIENCIA CARDIACA

### IC-01. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Osuna Sánchez<sup>1</sup>, L. Pérez Belmonte<sup>2</sup>, J. Molina Campos<sup>3</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Quirón. Málaga.

- CHIVITE D, FORMIGA F, PUJOL R. La insuficiencia cardiaca en el paciente anciano. En: *Rev Clin Esp*. 2011;211:26--35.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 75 años ingresados por insuficiencia cardiaca en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año 2017.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna por insuficiencia cardiaca en el año 2017 que tuvieran más de 75 años. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 120 pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, del cual el 65% tenían más de 75 años. Un 64,1% eran mujeres. La media de edad fue de 84,37 ± 7,35 años. Un 7,7% de los pacientes estaban institucionalizados, un 11,5% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Un 51,3% era de etnia caucásica y un 48,7% bereber.

Con respecto a los antecedentes personales un 25,6% cardiopatía isquémica previa; 47,4% DM; 74,4% HTA; 39,7% FA; 11,5% EPOC; 23,1% dislipemia; 5,1% SAOS; 12,8% anemia; antecedentes de ICTUS 9% y un 14,7% neoplasia (activa o no). La causas más frecuentes de ingreso fueron 2, la valvulopatía y la causa isquémica, ambas con un 38,5%. Como hallazgo importante un 11,5% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo en algún grado. Un 100% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 10,17 ± 9,33 días, siendo éxitus el 19,2% de los pacientes.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda tiene un perfil pluripatológico con múltiples enfermedades añadidas que hacen que sea un paciente de un manejo más complicado en la planta y al que deberíamos realizar un seguimiento más estrecho si cabe debido a la alta tasa de mortalidad que presenta.

### IC-02. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

L. Pérez Belmonte<sup>1</sup>, J. Osuna Sánchez<sup>2</sup>, M. Requena Pou<sup>2</sup>, J. Ampuero Ampuero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla (Melilla).

- BRAUNWALD E, COLUCCI W, GROSSMAN W. Aspectos clínicos de la insuficiencia cardíaca: insuficiencia cardíaca de gasto alto; edema pulmonar. EN: ZIPES DP, LIBBY P, BONOW RO, BRAUNWALD E. (EDS) *Tratado de Cardiología*. Madrid: Elsevier España S.A., 2005: 479-503.

**OBJETIVOS:** Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 65 años ingresados por insuficiencia cardiaca en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año 2017.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna por insuficiencia cardiaca en el año 2017 que tuvieran menos

de 65 años. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales.

**RESULTADOS:** Hubo un total de 120 pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, del cual el 20,83% tenían menos de 65 años. Un 64,1% eran mujeres. La media de edad fue de 53,44 ± 10,91 años. Tan solo un 72% de estos pacientes tenían seguridad social. Un 40% era de etnia caucásica y un 60% bereber. Con respecto a los antecedentes personales un 20% cardiopatía isquémica previa; 24% DM; 20% HTA; 20% FA; 8% EPOC; 16% dislipemia; 4% SAOS; 8% anemia. La causa más frecuente de ingreso fue la miocardiopatía con un 60% de los ingresos, la valvulopatía y la causa isquémica representaban un 15% cada una, hubo un 10% de causa desconocida. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 11,28 ± 9,75 días. En cuanto a la farmacia se refiere había un 34% de los pacientes tomaban de 1-3 fármacos, un 58% de 3-5 fármacos y tan solo un 8% más de 10 fármacos. Los fármacos más recetados eran los diuréticos con un 72% de los pacientes tomándolos.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes menores de 65 años ingresados por insuficiencia cardiaca en nuestro centro son poco pluripatológicos, la principal causa de ingreso son las miocardiopatías, esto es debido a nuestra ubicación geográfica, en la que recibimos un flujo importante de pacientes de países con sanidades deficientes, lo que hace que este tipo de patologías(miocardiopatías) se presenten de manera precoz y con una sintomatología muy aguda.

#### IC-03. PACIENTES CON ALTA CARGA DE EV SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

E. Manzano López<sup>1</sup>, P. Hurtado Olmo<sup>1</sup>, N. Castillo Fernández<sup>1</sup>, C. Ocaña Losada<sup>1</sup>, J. Serrano<sup>1</sup>, G. Gomiz Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

- LATCHAMSETTY R, BOGUN F. Miocardiopatía inducida por extrasístoles ventriculares. En: *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(4):365-9

**OBJETIVOS:** Determinar en los pacientes con alta carga de EV y sin cardiopatía estructural su evolución a medio plazo y estudiar cómo son tratados, dado la escasa evidencia científica que disponemos sobre este perfil de paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes desde Enero de 2011 a Agosto de 2018 con más de un 10% de EV diarios y sin cardiopatía estructural. Se analizó: ECG, holter, ecocardiografía y tratamiento.

**RESULTADOS:** 60 pacientes, 55% mujeres, edad media 48+/-15 años. Seguimiento medio 29+/- 1 meses. 63% asintomáticos. 98,1% estaban en ritmo sinusal, En un 10% se detectó TVNS. Un 85% recibió tratamiento farmacológico, 80% betabloqueantes (61,7% bisoprolol). 9 pacientes presentaron efectos adversos (15%) y 2 abandonaron el tratamiento. 3 casos fueron ablacionados. Descenso medio de la carga de EV de -4.8+/-12.5%. En un 20% la carga de EV se redujo más de un 90%. La FEV descendió de media -1.6+/- 6%. 12 pacientes experimentaron un descenso de más del 5% de la FEV. Ningún paciente presentaba FEV deprimida.

**DISCUSIÓN:** La mayoría de los pacientes son tratados con fármacos y la mayoría se tratan con bisoprolol. La tasa de efectos secundarios es alta pero pocos pacientes abandonan el tratamiento. La carga de EV se mantiene estable, son pocos los pacientes que responden al tratamiento médico y también son pocos los que desarrollan cardiopatía.

**CONCLUSIONES:** La EV de alta densidad a medio plazo tiene un buen pronóstico. La eficacia del tratamiento médico es pobre. La ablación ha en este tipo de paciente es poco usada. Este estudio es insuficiente para valorar la evolución de estos pacientes y para determinar su manejo.

#### IC-04. ANÁLISIS DEL USO DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, E. Martín Chacón<sup>2</sup>, E. Ferris Villanueva<sup>3</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- MANITO N, CERQUEIRO JM, COMÍN-COLET J, GARCÍA-PINILLA JM, GONZÁLEZ-FRANCO A, ET AL. Consensus Document of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Internal Medicine on the diagnosis and treatment of iron deficiency in heart failure. En: *Rev Clin Esp.* 2016 Sep 14. doi: 10.1016/j.rce.2016.08.001

**OBJETIVOS:** Analizar las características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes con IC con FE reducida que han recibido hierro carboximaltosa en el hospital de día de nuestro centro durante 2018.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes con IC con FE reducida atendidos en hospital de día de nuestro centro durante el año 2018. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas.

**RESULTADOS:** Obtuvimos una muestra de 29 pacientes, 15 mujeres (51,72%) y 14 hombres (48,27%), con una edad media de 72 años y una DE 4,47.

La localidad con mayor número de pacientes fue Umbrete, con un total de 4. Los meses donde se administran un mayor número de dosis fueron julio y diciembre con un total de 5.

El peso medio de los pacientes es 74,56 kg y DE 12,45.

14 pacientes (48,28%) tuvieron indicación por tener una FE<40% y una clase funcional grado II y 15 pacientes (51,72%) por FE < 45% y clase funcional grado III.

El valor medio de la hemoglobina actual fue 10,06 g/dl y DE 2,16. El valor medio de la ferritina fue 87,59 g/dl. El valor medio del índice de saturación de transferrina fue 21,95.

27 pacientes (93,1%) tuvieron una dosis inicial de 1000 mg y sólo 2 (6,9%) de 1500 mg. Sólo a 1 paciente se le administró una dosis de mantenimiento. Ningún paciente presentó eventos adversos.

**DISCUSIÓN:** Siguiendo la guía de práctica clínica (GPC) de 2016, debemos tratar el déficit de hierro precozmente de forma independiente a la aparición de anemia. Debemos insistir en el seguimiento, para evaluar la necesidad de la dosis de mantenimiento.

#### CONCLUSIONES:

- Existe buen grado de adecuación según lo que establecen las GPC.
- La presencia de anemia previa fue frecuente en nuestros pacientes.
- La administración de carboximaltosa de hierro en IC resultó segura.

#### INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

##### IF-01. MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, E. Martín Chacón<sup>2</sup>, E. Ferris Villanueva<sup>3</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina. Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Informática. Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- SOTA J, VITALE A, INSALACO A, SFRISO P, LOPALCO G, EMMI G ET AL. Safety profile of the interleukin-1 inhibitors anakinra and canakinumab in real-life clinical practice: a nationwide multicenter retrospective observational study. En: *Clin Rheumatol*. 2018 Aug;37(8):2233-2240.

**OBJETIVOS:** Describir las características terapéuticas de enfermedades autoinflamatorias de una cohorte de pacientes adultos con seguimiento en un hospital de 3º nivel.

**MATERIAL 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 de tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo por subgrupo de tratamiento utilizado en cada síndrome.

**RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 55 pacientes. 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 patología, en la FMF (31 pacientes), 18 fueron tratados con AINEs y/o GC, 5 con FAMES y solo 2 requirieron uso de anti-IL1; en el TRAPS (10 pacientes), 2 fueron tratados con AINEs y/o GC, 3 con FAMES y 4 con anti-IL1; en los síndromes asociados a NOD-2 (6 pacientes), 3 recibieron AINEs y/o GC, 1 FAMES y otro anti-IL1; los 2 síndromes de Schnitzler y el síndrome de Muckel-Well fueron tratados con anti-IL1; los 2 síndromes asociados a NLRP12, uno recibió AINEs y/o GC; el síndrome asociado a NRP3 recibió todas las terapias y los dos casos de PFAPA recibieron AINEs y/o GC y FAMES.

**CONCLUSIONES:** El 10% de los casos de FMF son refractarios a colchicina, pese a ser este el tratamiento de elección: en ellos podría jugar un papel importante el uso de anti-IL1. Las criopirinopatías son los SAI que más se benefician del tratamiento con anti-IL1, existiendo en la literatura evidencia suficiente que apoya el control de la clínica, prevención de complicaciones asociadas e incluso casos de regresión de las ya establecidas. Los efectos secundarios del tratamiento con anti-IL1 son relativamente infrecuente y en la mayoría de ocasiones de carácter banal.

#### IF-04. UN NUEVO ESCENARIO CLÍNICO: LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN LA COMBINACIÓN FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE)

D. Blanco Alba<sup>1</sup>, F. Nieto García<sup>1</sup>, V. Sáñez Montagut<sup>1</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- COTTIN V ET AL. Combined pulmonary fibrosis and emphysema syndrome in connective tissue disease. En: *Arthritis and Rheumatism*. 2011; vol 63 ( issue 1): 295-304.
- ARGYRIS TZOUVELEKIS ET AL. Increased Incidence of Autoimmune Markers in Patients With Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema. En: *BMC Pulm Med*. 2013;13.

**OBJETIVOS:** Revisión de los aspectos clave en la combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE) y su asociación con la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) con especificidad mieloperoxidasa (MPO).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una serie de 3 casos de pacientes con CFPE y positividad para anticuerpos ANCA con patrón MPO.

**RESULTADOS:** Los 3 casos corresponden a pacientes varones de mediana edad con un importante consumo tabáquico acumulado. Al diagnóstico presentaban clínica inespecífica a nivel general y pulmonar junto con elevación de reactivos de fase aguda y positividad para anticuerpos ANCA con especificidad MPO. A pesar de unos resultados normales en la espirometría, los 3 casos presentaban marcado descenso de la difusión (tabla 1). La TCAR reveló áreas de enfisema en lóbulos superiores y fibrosis en los inferiores. Biopsias obtenidas en los 3 casos fueron compatibles con vasculitis de mediano vaso.

**DISCUSIÓN:** La CFPE es una entidad cuyo factor etiológico principal es el tabaquismo. Se caracteriza por una clínica, radiología y afección funcional específica que en estadios precoces puede pasar desapercibida por lo que es preciso un estudio de difusión y TCAR para llegar al diagnóstico. Su relación con las enfermedades autoinmunes es un tema de actualidad. Los resultados de nuestra serie consolidan la evidencia presente hasta el momento y abren la posibilidad a nuevas vías de tratamiento.

**CONCLUSIONES:** La CFPE es una entidad donde se observa una relación con las enfermedades autoinmunes, habiéndose descrito especial asociación con las vasculitis ANCA con especificidad MPO.

	n=1	n=2	n=3
Edad	60	74	62
Consumo tabáquico acumulado (paquetes/año)	80	54	38
FEV1%	102	78,2	84,2
FVC %	86	71,8	84,6
FEV1/FVC %	93	82	77,18
DLC0c %	35	50	71
PCR mg/L	205	211	199
VSG mm/h	110	62	89
ANCA MPO UI/L	16	93	32,4

Tabla 1. Perfil, función pulmonar y características analíticas de los tres casos al inicio del diagnóstico

#### IF-05. PROPUESTA DE ESTUDIO DE IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON UVEÍTIS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE ANDALUCÍA. REGISTRO DE PACIENTES

F. Nieto García<sup>1</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, I. Martín-Garrido<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, J. Andreu-Urra<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>

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

- BENÍTEZ DEL CASTILLO JM, BLANCO ALONSO R, CORDERO COMA M, DIAZ VALLE D, FERNÁNDEZ CID RAMOS C, FONOLLOSA A ET AL. Uveítis. Protocolo diagnósticos y nuevas estrategias terapéuticas. Grupo Español Multicéntrico para Estudio de Uveítis (GEMU). Sociedad Española de Uveítis e Inflamación Ocular (SEDU); 2011.

**OBJETIVOS:** Objetivos principales:

- Mejorar aproximación diagnóstica a pacientes con uveítis con implantación de protocolo
- Disminuir y evitar la variabilidad terapéutica a pacientes con uveítis
- Mejorar los resultados en salud de estos pacientes

Objetivos secundarios:

- Fomentar la cooperación y la coordinación de los distintos profesionales sanitarios que intervienen en el proceso de atención a estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizar revisión sistemática de la literatura sobre uveítis.

Realización de protocolo diagnóstico-terapéutico de uveítis con servicios implicados en atención a ésta en HUVR (Medicina Interna, Reumatología, Oftalmología)

Análisis de cohorte retrospectiva formada por pacientes atendidos en nuestro centro desde 2013-2018; se implantará protocolo de uveítis, y posteriormente, realizaremos análisis de resultados de cohorte prospectiva en los 2 años posteriores 2019-2021.

Se llevará a cabo un registro de pacientes desde la implantación del protocolo

**RESULTADOS:** Se ha realizado un protocolo de atención integral a los pacientes con Uveítis. Se ha aceptado y se ha implantado en nuestro centro, creando perfil uveítis (laboratorio y radiología)

Análisis de cohorte retrospectiva de pacientes atendidos en nuestro centro desde 2013-2018; implantado protocolo de uveítis y posteriormente realizaremos análisis de resultados de cohorte prospectiva en los 2 años posteriores 2019-2021

Realizaremos invitación a hospitales andaluces a la implantación del protocolo y participación en registro de pacientes.

**DISCUSIÓN:** La uveítis es una patología poco prevalente, en España una incidencia anual de 51,9 casos por 100.000 habitantes y prevalencia de 144,8 casos por 100.000 habitantes, pero su importancia radica en la gravedad de las secuelas que causa (5-20% causa de ceguera total y el 10% de trastornos visuales). Conlleva un gran esfuerzo diagnóstico y terapéutico que implica una colaboración estrecha por parte de los médicos que atienden a estos pacientes.

**CONCLUSIONES:** La creación de protocolos de atención integral de esta enfermedad ayudarán a mejorar la atención recibida y los resultados de salud de estos pacientes.

**IF-06. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL**

V. Agustín Bandera<sup>1</sup>, C. Macías Ávila<sup>1</sup>, J. Luque Del Pino<sup>1</sup>, C. Romero Gómez<sup>1</sup>, J. Aguilar García<sup>1</sup>, M. García De Lucas<sup>1</sup>, R. Cotos Canca<sup>1</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

- DENTON CP ET AL. Systemic sclerosis. En: *The Lancet*. Volume 390, Issue 10103, 1685 – 1699 ( 2017)
- KHANH T HO, JOHN D REVEILLE. The clinical relevance of autoantibodies in scleroderma. En: *Arthritis Research & Therapy*. Vol 5 No 2 (2003)

**OBJETIVOS:** Describir las manifestaciones clínicas y su relación con la autoinmunidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes con esclerosis sistémica de la consulta de Enfermedades Sistémicas y Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna(2013-2017).

**RESULTADOS:** Tabla 1.

**DISCUSIÓN:** Tuvimos 2 pacientes con antifibrilarina y uno con anti Th/To (asociaba ANA positivo)Los antifibrilarina son predictivos de afectación difusa de la piel y enfermedad sistémica (1 paciente presentaba afectación digestiva). Los anticuerpos anti-Th/To se asocian con enfermedad limitada de la piel y podrían ser un marcador para el desarrollo de HTP(en nuestro caso no tuvo). Llama la atención la ausencia anti-Scl-70 presentes hasta en el 15-20%. Hubo 3 éxitos, 2 pacientes con anti-RNPpol III y otro con ACA. Las causas fueron: taponamiento cardíaco, hipertensión pulmonar y disfunción multiorgánica con daño alveolar difuso y crisis renal.

**CONCLUSIONES:** La esclerosis sistémica es una enfermedad autoinmune caracterizada por su curso crónico, progresivo, amplia variabilidad entre pacientes y su morbimortalidad relacionada con la afectación visceral. Nuestros datos son similares a los publicados: mayoría mujeres, ACA positivo y fenómeno de Raynaud y menor número de pacientes con afectación renal.

N: 22 pacientes	Anticentrómero (12 pacientes)	Anti-RNPpol III ( 5 pacientes)	Otros: Antifibrilarina ( 2 pacientes)
Edad media 47 +/- 14,89 años			
Mujer 81,8%			
1. F. Raynaud	11(92%)	5(100%)	2(100%)
2. Úlceras digitales	1(8%)	0	1(50%)
3. Afectación capilar	2(17%)	1(20%)	1(50%)
4. Microstomía	2(17%)	1(20%)	1(50%)
5. Esclerodactilia	1(8%)	2(40%)	0
6. Esclerosis proxi.	1(8%)	1(20%)	0
1. Afectación pulmonar	1 NINE; 3 HTP	1 fibrosis ;1 HTP	0
2. Afectación renal	0	1(20%)	0
3. Afectación digestiva	3(25%)	2(40%)	1(50%)
1.E.sineesclerodermia	0	0	0
2. Preesclerodermia	4(33%)	0	0
3. E. Limitada/ difusa	8(67%)/ 0	3(60%)/ 2(40%)	0/ 2(100%)
4. ANA positivos	0	0	0

Tabla 1.

### IF-07. SEGUIMIENTO TRAS USO DE BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

XJ. López Morales<sup>1</sup>, V. Sández Montagut<sup>1</sup>, F. Nieto García<sup>1</sup>, D. Blanco Alba<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, J. Andreu Álvarez<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>

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

- WHOOLEY MA. Screening for Depression-A Tale of Two Questions. En: *JAMA Intern Med.* 2016 Apr 1;176(4):436-438.

**OBJETIVOS:** Se presenta la evolución de 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 seguimiento, evolución y manifestaciones neuropsiquiátricas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional descriptivo analizando evolución 6 pacientes con LES diagnosticadas y tratadas con Belimumab tras fracaso de líneas de tratamiento previas mediante uso de "hoja de cálculo Microsoft Excel". Se especifican efectos neuropsiquiátricos del tratamiento descritos recientemente en alerta de marzo de 2019 de la Agencia Española del Medicamento (AEM) sobre uso del fármaco y en concreto depresión mayor según screening propuesto por Whooley de dos preguntas.

**RESULTADOS:** Se trata de una población exclusivamente femenina (6 mujeres), con una edad media de 39,33. Se trató tan solo a pacientes con diagnóstico de LES siguiendo criterios SLICC para diagnóstico y escala SLEDAI para actividad.

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 se precisó nueva administración de Belimumab por nuevo brote. En cuanto a síntomas depresivos e ideación suicida tan solo una paciente (16%) presentó síntomas depresivos mayores, reactivos a su enfermedad y ninguno ideación suicida basándose en el método validado de Whooley.

**DISCUSIÓN:** El uso de Belimumab en nuestra experiencia consigue controlar síntomas y lesiones en LES. En cuanto a eventos depresivos mayores o ideación autolítica apuntados por la AEM no hemos descrito este efecto secundario tras su administración.

#### CONCLUSIONES:

- 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) no ha existido ningún evento del tipo neuropsiquiátrico.

### IF-09. EXPERIENCIA CON TOCILIZUMAB EN LA ORBITOPATÍA DE GRAVES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Sández Montagut<sup>1</sup>, J. López Morales<sup>1</sup>, F. Nieto García<sup>1</sup>, D. Blanco Alba<sup>1</sup>, J. Andreu Álvarez<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- GENERE N, STAN MN. Current and emerging treatment strategies for Graves' orbitopathy. En: *Drugs.* 2019 Feb;79(2):109-124.

**OBJETIVOS:** La orbitopatía de Graves (OG) es una enfermedad inflamatoria de base autoinmune, es la manifestación extratiroides más frecuente de la enfermedad de Graves. En situaciones de no mejoría con tratamiento corticoideo, se han propuesto diversos tratamientos, como la radioterapia, la cirugía

o los inmunosupresores. Presentamos nuestra experiencia actual con el uso de Tocilizumab para el tratamiento de la OG en pacientes en los que han fracasado otros tratamientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos una serie de 4 pacientes que han recibido dicho tratamiento y sus correspondientes evoluciones.

**RESULTADOS:** Mujer 53 años. OG desde los 30 años. Ha recibido ciclos de corticoterapia. Precisó descompresión quirúrgica. Ha recibido 3 ciclos de tocilizumab. Actualmente respuesta mantenida.

Hombre de 72 años. OG desde los 57 años. Ha requerido tratamiento con corticoides y radioterapia, con escaso resultado. Ha recibido 2 ciclos de tocilizumab (2017 y 2018). Ambos efectivos, respuesta actual mantenida.

Hombre de 47 años. OG desde los 46 años. Recibió pulsos de corticoides y ciclosporina, sin resultados. Tocilizumab, con respuesta inicial completa.

Mujer de 48 años. OG desde los 42 años. Ha precisado corticoides y descompresión quirúrgica. Tocilizumab, con respuesta inicial completa.

**DISCUSIÓN:** Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal anti-receptor de la interleucina-6, mediador importante de la OG. Aunque hay poca experiencia en su uso en OG, en las series publicadas fue muy efectivo para reducir la actividad inflamatoria orbitaria y mejoró significativamente la sintomatología. La dosis utilizada fue de 8 mg/Kg cada 4 semanas hasta conseguir respuesta completa. En dichas series, los efectos secundarios fueron leves y únicamente en un bajo porcentaje de pacientes fue necesaria una reducción de dosis por neutropenia. En los pacientes tratados en nuestro hospital, la respuesta ha sido adecuada en todos ellos, aunque en la mayoría de casos ha pasado poco tiempo para una evaluación adecuada. No se han detectado efectos adversos importantes, incluyendo neutropenia, infecciones y reacciones alérgicas.

**CONCLUSIONES:** Tocilizumab se ha mostrado como un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la OG en pacientes en los que han fracasado otros tratamientos.

### IF-10. MOTIVOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA

S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- CERVERA R, ESPINOSA G, RAMOS M, HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ J, CID MC. *Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Diagnóstico y tratamiento.* 5ª edición. Editorial médica panamericana. 2018.

**OBJETIVOS:** Analizar los motivos derivación de pacientes desde el Servicio de Medicina del HSJDA, hospital comarcal, a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias de su hospital de referencia, el HUVR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron pacientes derivados durante los años 2012-2018 desde los servicios de Medicina del HSJDA a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del HUVR. Se revisaron el diagnóstico de derivación, el diagnóstico final asignado y el manejo que se hace con el paciente una vez diagnosticado.

**RESULTADOS:** Se analizaron 98 pacientes. Un 23,4% fueron derivados por una serie de diagnósticos que agruparemos como otros e incumben a un solo paciente. Un 20,4% se envía con

motivo de sospecha de E. Sistémica/AI. Un 9,2% con diagnóstico de LES, un 8,2% por Sjögren, un 5,1% por sarcoidosis, otro 5,1% por HTP, un 4,1% con diagnóstico de CREST, 4,1% por Vasculitis/ACG y 4,1% por Raynaud. Un 3,1% por sospecha de SAF, 3,1% por uveítis, un 2,1% eran portadores de HFE, 2,1% con sospecha de Bechet, otro 2,1% por posible Marfan, otro 2,1% por osteogenesis imperfecta y 2,1% por sospecha de fiebre mediterránea familiar. Del total de pacientes en un 7,1% de las derivaciones además se especificaba que se reevaluase el tratamiento.

**DISCUSIÓN:** En el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal donde no hay unidades específicas y se atiende a pacientes con todo tipo de enfermedades a veces se hace necesaria la derivación de pacientes a unidades específicas. En el caso de las enfermedades autoinmunes y minoritarias, esta comunicación entre servicios se hace muy necesaria.

**CONCLUSIONES:** En la mayoría de los casos, se envía al paciente con sospecha de enfermedad autoinmune sin poder precisar entidad concreta. Se trata de pacientes con clínica sistémica mal definida y, en la mayoría de las ocasiones, positivización de marcadores serológicos de autoinmunidad. La comunicación entre servicios es fundamental para mejorar estas derivaciones, pudiendo agilizar así el tránsito de estos pacientes y facilitando el aprendizaje sobre casos más concretos sobre los que exista una menor experiencia.

#### IF-11. CONCORDANCIA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA

S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Gómez Hernández<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- CERVERA R, ESPINOSA G, RAMOS M, HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ J, CID MC. *Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Diagnóstico y tratamiento*. 5ª edición. Editorial médica panamericana. 2018.

**OBJETIVOS:** Analizar la concordancia diagnóstica en la derivación de pacientes desde el Servicio de Medicina del HSJDA, hospital comarcal, a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias de su hospital de referencia, el HUVR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes derivados durante los años 2012-2018 desde los servicios de Medicina del HSJDA a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del HUVR. Se revisaron el diagnóstico de derivación, el diagnóstico final y el manejo que se hace con el paciente.

**RESULTADOS:** Mantuvieron su diagnóstico un 40% de las sospecha de E. Sistémica/AI, un 44,4% de LES, un 75% de Sjögren, un 80% de sarcoidosis, un 100% de HTP, un 75% de CREST, un 100% de vasculitis/ACG, un 75% de Raynaud, un 33,3% de SAF, un 66,7% de uveítis, el 100% de portadores de HFE, un 50% de Bechet, ningún paciente con sospecha de Marfan, el 100% de osteogenesis imperfecta. De los pacientes derivados por sospecha de FMF un 50% confirmó su diagnóstico mediante test genético. En un 27,6% del total de pacientes derivados no se confirmó enfermedad autoinmune. Un 52% mantuvieron el diagnóstico. Un 10,2% fue diagnosticado de otra enfermedad autoinmune.

**DISCUSIÓN:** En el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal donde no hay unidades específicas y se atiende a pacientes con todo tipo de enfermedades se hace necesaria la derivación de pacientes a unidades específicas. En el caso de las enfermedades autoinmunes y minoritarias, esta comunicación entre servicios es fundamental.

**CONCLUSIONES:** En los casos en los que no hay entidad clara aparente, lo más probable es que no se confirme ninguna. Con mayor concordancia encontramos la HTP, vasculitis, portadores

de HFE, osteogenesis imperfecta, sarcoidosis, Sjögren, CREST y síndrome de Raynaud. Entidades con criterios diagnósticos claros o pruebas complementarias que orientan firmemente su diagnóstico. Las más discordantes eran LES, SAF, Bechet, FMF y Marfan. Entidades con criterios clasificatorios amplios, formas de presentación diversas o cuya confirmación precisa de test genético que no siempre es positivo. Un 69,3% de los pacientes derivados presentaban alguna enfermedad autoinmune.

#### IF-12. ACTITUD FINAL TRAS LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE UN HOSPITAL COMARCAL A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE SU HOSPITAL DE REFERENCIA

S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- CERVERA R, ESPINOSA G, RAMOS M, HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ J, CID MC. *Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Diagnóstico y tratamiento*. 5ª edición. Editorial médica panamericana. 2018.

**OBJETIVOS:** Analizar la concordancia diagnóstica en la derivación de pacientes desde el Servicio de Medicina del HSJDA, hospital comarcal, a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Minoritarias de su hospital de referencia, el HUVR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes derivados durante los años 2012-2018 desde los servicios de Medicina del HSJDA a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del HUVR. Se revisaron el diagnóstico de derivación, el diagnóstico final y el manejo que se hace con el paciente.

**RESULTADOS:** En un 51% de pacientes se realiza un seguimiento en consultas específica de enfermedades autoinmunes. A un 26,5% de pacientes se les da de alta y se les envía a su hospital. En un 11,2% de los casos se deriva a otro especialista. Un 14,3% de pacientes en el momento del análisis de datos se encontraban en otra situación (pendiente de segunda visita, no han acudido, ingresados la primera vez, fallecieron, o se les indicó que contactasen en caso de síntomas). En un 3,1% de pacientes se tomó más de una actitud. De los pacientes que fueron enviados para decisión sobre tratamiento, en un 71,4% se realizó seguimiento.

**DISCUSIÓN:** En el servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal donde no hay unidades específicas y se atiende a pacientes con todo tipo de enfermedades se hace necesaria la derivación de pacientes a unidades específicas. En el caso de las enfermedades autoinmunes y minoritarias, esta comunicación entre servicios es fundamental.

**CONCLUSIONES:** En más del 51% de los casos se realiza posteriormente manejo y seguimiento en la Ud de Enfermedades Autoinmunes lo que va a favor de que la mayoría de los pacientes están derivados de forma correcta. Eso sí, existe un margen de mejora amplio de aquellos pacientes que tengan o no enfermedad autoinmune, no precisan un seguimiento por una unidad específica.

### ENFERMEDADES MINORITARIAS

#### M-01. RENTABILIDAD DE UN PANEL DE SECUENCIACIÓN MASIVA NGS EN EL APOYO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADULTOS CON SOSPECHA DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

J. López Morales<sup>1</sup>, F. García Nieto<sup>1</sup>, D. Blanco Alba<sup>1</sup>, V. Sánchez Montagut<sup>1</sup>, S. Rodríguez Suárez<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>, H. Macher<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología y Genética. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- POGUE R, CAVALCANTI D, SHANKER S, ANDRADE R, AGUIAR L, DE CARVALHO J, COSTA F. Rare genetic diseases: update on diagnosis, treatment and online resources. En: *Drug Discov Today*. 2018;23(1):187-195.

**OBJETIVOS:** Descripción de una serie de casos en los que se sospechó enfermedad por depósito o metabolopatía en el espectro de las Mucopolisacaridosis y se confirmó o no con diagnóstico genético entre especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Nefrología en un Hospital de Tercer Nivel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional descriptivo de pacientes remitidos a la Unidad de Bioquímica Clínica por sospecha de Metabolopatías mediante uso de "hoja de cálculo Microsoft Excel".

**RESULTADOS:** Se trata de una población en total de 313 pacientes siendo 137 hombres (43%) y 177 mujeres (57%), con una edad media de 19,2 años. Para el diagnóstico, aparte de la clínica sugestiva, se recurrió a realización de panel genético de determinación de genes más frecuentes implicados en el desarrollo de estas enfermedades. El panel fue positivo en 94 casos (30%) siendo sospechadas 65 Enfermedades Lisosomales, 44 Enfermedad de Pompe, 140 Enfermedad de Fabry, 1 Enfermedad de Krabbe, 2 Enfermedad de Morquio, 14 Enfermedad de Gaucher, 4 Enfermedad de Niemann-Pick tipo C y 10 Mucopolisacaridosis. Entre las pruebas positivas se evidenciaron 11 mutaciones patogénicas, 13 mutaciones benignas, 8 nuevas mutaciones patogénicas y 24 indeterminadas, el resto son las esperables dentro de las descritas.

**DISCUSIÓN:** Se trata de enfermedades minoritarias que han de ser consideradas a partir de la clínica y tener un alto nivel de sospecha ante una semiología frente a la que no existe una explicación común. Para el diagnóstico de este tipo de patologías se han desarrollado paneles de genes gracias a la secuenciación del Genoma Humano que permite dar un diagnóstico definitivo o introducir nuevas mutaciones que se presuponen patogénicas o de significado incierto gracias a simulaciones "in silico" con una rentabilidad 30%.

#### CONCLUSIONES:

- Se trata de enfermedades de alta sospecha y confirmación con test genéticos para diagnosticarla.
- En nuestro centro las más comunes son la Enfermedad de Fabry seguida por las Lisosomales.
- En los próximos años se elucidarán nuevas mutaciones que previamente se consideraban conflictivas como patogénicas.

## OTROS

### O-02. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO DURANTE SU INGRESO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ DE LA FRONTERA

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, M. Báez Rivas<sup>2</sup>, A. Roldán Mena<sup>2</sup>

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

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

- ARANDA FI, ALENDA C, PEIRÓ FM, PEIRÓ G. Tumores neuroendocrinos pulmonares. En: *Rev Esp Patol* 2003; 36: 389-404.
- KALTSAS GA, BESSER GM, GROSSMAN AB. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. En: *Endocr Rev*. 2004;25:458-511.

**OBJETIVOS:** Analizar los pacientes diagnosticados de tumor neuroendocrino durante su ingreso hospitalario en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se realiza una búsqueda a través de la herramienta de 'Gestión del Conocimiento'. Se extrae la información necesaria a través de los informes de alta hospitalaria, de seguimiento en consulta, así como de Anatomía Patológica.

**RESULTADOS:** Se localizan un total de 28 pacientes hospitalizados entre 2004 y 2018, con una media de edad al diagnóstico de 58 años. Catorce eran fumadores. Ocho pacientes fueron diagnosticados durante su ingreso a cargo de Medicina Interna, 7 en Digestivo y 7 en Neumología. Once presentaban síndrome carcinoide típico. Dos presentaban criterios de MEN IIA. La localización pulmonar fue la más habitual con 10, seguido de la pancreática con 8.

Siete de los pacientes presentaban estadio IV. Se describió el número de mitosis por campo en 7, siendo de 10 en dos de ellos. Se especificó el Ki% en 9 con una mediana de 5. Sólo 3 presentaban tumores funcionales. Diez fueron tratados con lanreotide, 9 con cisplatino/etopósido, y en 7 se logró realizar cirugía con resultado óptimo. La mayoría presentaban un seguimiento cada 2 meses. Diez han sido exitus con una supervivencia media de 37 meses.

**DISCUSIÓN:** En nuestra cohorte se evidencia que este tipo de tumores constituyen un conjunto de entidades poco frecuentes con rasgos biológicos comunes, pero gran diversidad en cuanto a presentación y características clínicas, con un abordaje diagnóstico y terapéutico complejo. Presentan un aceptable índice de supervivencia con la incorporación de técnicas agresivas de resección quirúrgica, tratamientos locorregionales y avances en el tratamiento sistémico.

**CONCLUSIONES:** Una parte considerable de los pacientes diagnosticados presentaban al ingreso síndrome carcinoide típico. Una proporción alta de los mismos se encontraban en estadios avanzados. El tratamiento es diverso y ayuda a una mayor supervivencia. Sería interesante profundizar en el seguimiento de estos pacientes.

### O-03. EXPERIENCIA INICIAL DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 168 CASOS

J. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, F. Olmo Montes<sup>1</sup>, B. Hernández Cruz<sup>2</sup>, M. Miranda García<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>3</sup>, M. Giner García<sup>3</sup>, M. Colmenero Camacho<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>UGC Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla.

- WALTERS S, KHAN T, ONG T, SAHOTA O. Fracture liaison services: improving outcomes for patients with osteoporosis. En: *Clin Interv Aging* 2017 (Jan 10);12:117-27.
- Proyecto FLS Excellence, SEIOMM, disponible en: [http://seiomm.org/wp-content/uploads/2018/02/ProyectoSEIOMM-FLS-Excellence\\_.pdf](http://seiomm.org/wp-content/uploads/2018/02/ProyectoSEIOMM-FLS-Excellence_.pdf).

**OBJETIVOS:** Describir el perfil de pacientes atendidos y el funcionamiento de una unidad de prevención de fracturas (FLS) cuyo objetivo es garantizar la evaluación de riesgo de re-fracturas, de caídas y prescribir un tratamiento preventivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Julio-Diciembre/2018, se han recogido 168 pacientes. Los pacientes son remitidos desde los servicios que atienden a diferentes tipos de fractura, principalmente, Urgencias, traumatología, MI-peri-operatoria, sala de yesos y Atención Primaria. Estos pacientes son atendidos en primer lugar por la Enfermera Gestora de Casos de la FLS, la cual extrae analítica protocolizada previamente y hace valoración del paciente (test de Barthel, Lawton, MNA, Downton, dinamometría, FRAX, SPPB, medidas antropométricas, test timed up and go, EQ-5d) el día de consulta. Se continúa con DMO y Rx de columna dorso-lumbar. Seguidamente, el paciente es evaluado en su conjunto por el Médico Especialista, quien emite un informe para Atención Primaria.



**RESULTADOS:** De los 168 pacientes derivados a la FLS, procedentes principalmente de Medicina Interna Peri-operatoria (77) y Traumatología (63), 134 fueron mujeres y 34 hombres, con una media de edad de 72,7 años. La fractura de cadera (96) fue la más prevalente de las fracturas primarias, seguida de vertebrales (33) y de extremidad distal de radio (23). El Alendronato (100) fue el tratamiento más prescrito, seguido del Denosumab (27) y de la Teriparatida (15).

**CONCLUSIONES:** El 100% de los pacientes atendidos en la unidad de prevención de fracturas recibió valoración en acto único. Todos los pacientes recibieron tratamiento preventivo, siendo el más prescrito Alendronato semanal, seguido de Denosumab. La prescripción de Zoledronato anual fue baja, por lo que su consideración podría aumentar la adherencia y reducir los costes.

Estudio subvencionado con el proyecto: Programa para la mejora de la prevención secundaria de la fractura osteoporótica, subvencionado por Consejería de Salud, Junta de Andalucía PIN-0092-2016.

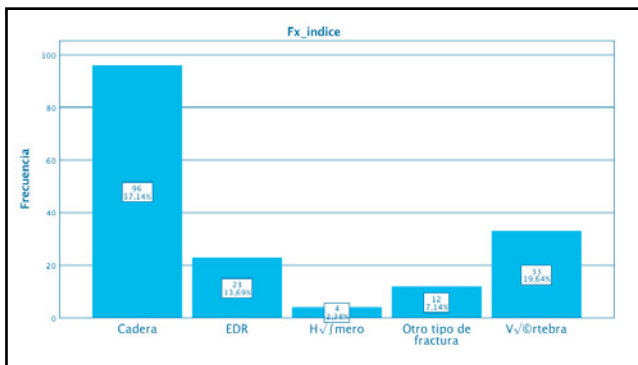


Figura 1.

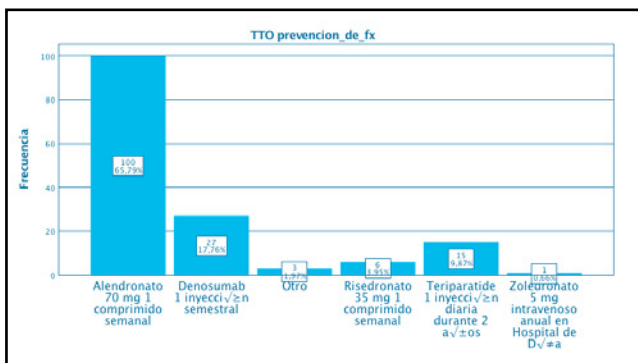


Figura 2.

#### O-04. RESULTADOS TRAS IMPLANTAR UNA HERRAMIENTA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Vergara Díaz<sup>2</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, S. Corral Baena<sup>3</sup>, E. Martín Chacón<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina. DomusVi Santa Justa. Sevilla.

<sup>3</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>4</sup>Informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- CHUNG C, GAUTHIER V, MARQUES-TAVARES F, HINDLET P, COHEN A, FERNANDEZ C, ET AL. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. En: *Arch Cardiovasc Dis* [Internet]. 2019;112(2):104–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.09.004>

**OBJETIVOS:** Describir la adherencia de los facultativos a una herramienta informática de ayuda a la conciliación terapéutica al alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En la herramienta se registra la medicación que tomaba el paciente previamente al ingreso incluyéndose la pauta. Estos medicamentos constarán de nuevo en el informe de alta del paciente indicándose por defecto que se mantenga a no ser que el facultativo responsable indique su suspensión o modificación. Si elegimos la opción “modificar” nos dará la opción de añadir una cantidad y pauta. Para añadir medicamentos nuevos: pulsaremos Medicación al Alta. Toda la medicación que se registre en este apartado aparecerá en el informe de alta en cada uno de sus epígrafes: MANTENGA, MODIFIQUE (solo la cantidad y pauta nueva) SUSPENDA (solo el medicamento sin cantidad ni pauta) y AÑADA.

Se ha analizado los resultados obtenidos del uso de esta herramienta desde su implantación en sept 2013 hasta diciembre de 2018 en el servicio de medicina de nuestro centro.

**RESULTADOS:** Desde su implantación en septiembre 2013 hasta diciembre de 2018 se han dado 21.926 altas en el Servicio de Medicina, que incluyen las de la unidad de Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Digestivo. La herramienta de conciliación ha sido utilizada en 17.102 altas lo que supone el 78% de ellas. En la gráfica 1 se representa desglosado por meses.

**DISCUSIÓN:** El descenso en el uso de la aplicación, desde julio de 2015 a febrero de 2017, se debió a la implantación de receta XXI en nuestro centro, que implicaba realizarlo dos veces. Tras detectarse, se recordó la importancia de la misma en una sesión clínica, consiguiendo con ello aumentar la adherencia.

#### CONCLUSIONES:

1. Se objetiva una alta adherencia de los profesionales al uso de la herramienta.
2. Existe una influencia negativa de la implantación de receta XXI, en nuestro centro.
3. Nueva mejoría de la adherencia tras identificarse el problema y aplicar una acción correctora.

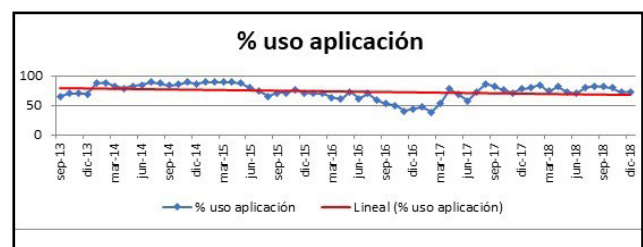


Figura 1.

#### O-05. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- NTAIOS G, PAPAVALSILEIOU V, DIENER HC, MAKARITSIS K, MICHEL P. NONVITAMIN. K-antagonist oral anticoagulants versus warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischemic attack: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. En: *Int J Stroke*. 2017 Aug;12(6):589-596

**OBJETIVOS:** Analizar un total de 249 pacientes ingresados en medicina interna desde el año 2010 hasta el 2014 con el diagnóstico de ictus hemorrágico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional de los pacientes del Aljarafe (Sevilla) ingresados desde el año 2010 al año 2014.

**RESULTADOS:** La edad media fue 75,67 años [El 45,38% mujeres (113) mientras que el 54,61% hombres (136)]. Hubo 34 que tenían fibrilación auricular (FA) (13,34%). De estos 33 tenían indicación de anticoagulación [CHADSVASC (CV) de 2 o +]. A pesar de ellos, 14 pacientes tomaban antiagregante plaquetario (con AAS o clopidogrel). Solo 15 pacientes tomaban tratamiento anticoagulante (de los que presentaban FA + CV >2 + Ictus hemorrágico) estando en el 73,3% de las determinaciones fuera de rango terapéutico. En ambos casos el Has-Bled era de 3 o +. Un paciente de los 33 mencionados (con similares características a los previos) se encontraba bajo tratamiento con acod siendo la etiología del sangrado tumoral. La etiología más frecuente fue la hipertensiva en un 61,44% seguida por la espontánea en un 15,26%, traumática 10,04% y otras diversas que fue un 9,63. En números totales la incidencia fue mayor en hombres, la mortalidad lo fue en mujeres (55,11%) más que en hombres (44,89%) independientemente del fármaco utilizado. La mortalidad global en % fue de un 34,13%.

**CONCLUSIONES:** El control de la HTA es objetivo primario en estos pacientes pues es la etiología principal del sangrado independientemente del fármaco. En FA e indicación de anticoagulación el uso antiagregante no redujo el número de IH (número similar al grupo con acenocumarol). Este fármaco engendra dificultades de control (INR 2-3) que en ocasiones realiza una acción deficiente.

#### O-06. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN HOSPITAL DE DÍA

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Gómez Hernández<sup>2</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>2</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- POLLOCK RF, MUDUMA G (2019) A systematic literature review and indirect comparison of iron isomaltoside and ferric carboxymaltose in iron deficiency anemia after failure or intolerance of oral iron treatment. En: *Expert Review of Hematology*, 12:2, 129-136, DOI: 10.1080/17474086.2019.1575202.

**OBJETIVOS:** Analizar las características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes que han recibido hierro carboximaltosa en el hospital de día de nuestro centro durante 2018.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en hospital de día de nuestro centro durante el año 2018 a los que se le administró hierro carboximaltosa. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas.

**RESULTADOS:** Obtuvimos una muestra de 76 pacientes, 47 mujeres (61,8%) y 29 hombres (38,2%), con una edad media de 63 años y una DE 18,18. El índice de Barthel medio fue 78. El peso medio fue 75,21 kg y DE 17,66.

La localidad con mayor número de pacientes fue Mairena del Aljarafe, con un total de 15. El mes en que se administró un mayor número de dosis fue Junio con un total de 13.

Las indicaciones se representan en las figuras 1, 2 y 3.

El valor medio de la hemoglobina actual fue 9,4 g/dl y DE 1,7. El valor medio de la hemoglobina diana fue 12,51 g/dl, con DE 1,2. El valor medio de la ferritina fue 42,22 g/dl. El valor medio del déficit de hierro fue 1.316,5 mg.

La dosis administradas fueron: 500 mg: 8 pacientes (10,5%), 1000 mg: 57 pacientes (75%), 1500 mg: 6 pacientes

(87,9%) y 2000 mg 5 pacientes (6,5%). Ningún paciente presentó eventos adversos.

**DISCUSIÓN:** La administración de hierro por vía parenteral, presenta la ventaja sobre la vía oral de una mejor tolerabilidad. La administración en una sola dosis reduce la frecuentación al hospital del paciente y permite un mejor aprovechamiento del hospital de día.

#### CONCLUSIONES:

1. Las indicaciones más frecuentes fueron intolerancia a hierro oral y déficit de hierro por causa no corregible.
2. La dosis administrada con mayor frecuencia fue 1000 mg.
3. La administración de carboximaltosa de hierro en IC resultó segura.

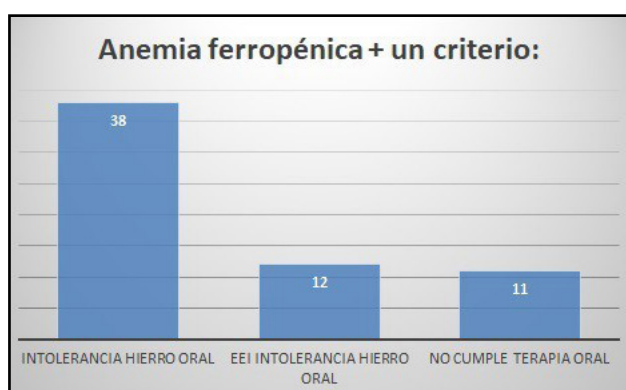


Figura 1.

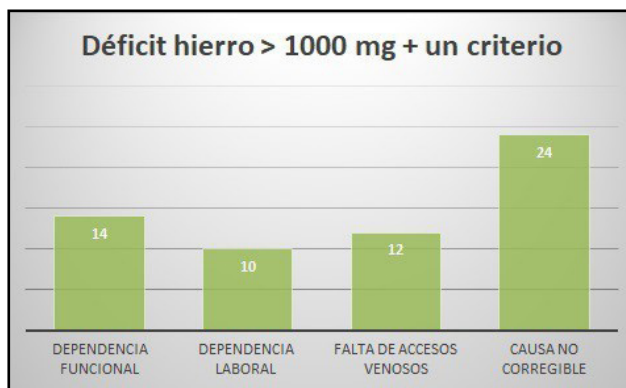


Figura 2.

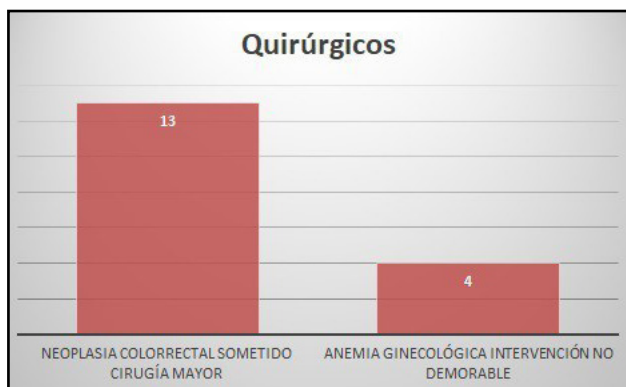


Figura 3.

### O-07. ¿EXISTEN PARÁMETROS INDIRECTOS QUE SUGIERAN UNA PATOLOGÍA ARRITMOGÉNICA COMO ORIGEN DE ICTUS CRIPTOGENICO?

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Ortega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- GUTIÉRREZ-ZÚNIGA R., FUENTES B, DÍEZ-TEJEDOR E. Ictus criptogénico. Un no diagnóstico. En: *Med Clin (Barc)*. 2018; 151(3):116-122.

**OBJETIVOS:** Analizamos pacientes con ictus isquémicos y comparamos con aquellos ictus isquémicos (criptogénicos) (IC) en el que no se identifica causa después de estudio etiológico estándar. Analizamos si existe algún parámetro demográfico, clínico o ecocardiográfico presente con mayor frecuencia en el grupo de IC y que permita sospechar Fibrilación Auricular paroxística (FAP) no identificada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con ictus isquémico desde Enero del 2010 hasta Diciembre del 2014. Analizamos las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, Dislipemia, Tabaquismo, obesidad), haber presentado un ictus previo o una recidiva posterior, valor del CHA2DS2VASc y alteraciones en ecocardiografía que predisponen desarrollo de FAP.

**RESULTADOS:** Incluimos un total de 1261 pacientes. Edad media de 72,6 años (29-94), 669 hombres (53%). La etiología del ictus: Aterotrombótico 446 (35,4%); Cardioembólico 286 (22,7%) ; Lacunar 110 (8,7%) ; Criptogénico 237 (18,8%); Otros 181(14,4%). El 79,5% eran hipertensos; el 42,6% diabéticos; un 48,6 % padecía dislipemia, siendo un 80,9 % fumadores. Un 65 % tenían dos o más FRCV. 469 pacientes (37,2%) habían tenido un ictus isquémico previamente, por otro lado 235 pacientes (18,6%) presentaron una recidiva. A todos los pacientes independientemente de la causa del ictus se les calculó el CHA2DS2VASc siendo  $\geq 2$  en un 86 %. En el subgrupo de IC la edad media fue 68 (34-91), estando el 38,4 % < 65 años y el 63% > 75 años. 56% fueron hombres. FRCV: HTA 159 (67%); DM 74 (31%); Dislipemia 106 (45%); Tabaquismo 154 (65%). 110 (43%) pacientes tenía 2 o más FRCV. 77 pacientes (32,5%) habían tenido ictus isquémico previamente, siendo 35 (15%) los que presentaron una recidiva. CHA2DS2VASc  $\geq 2$  fue calculado en 178 (75%).

**CONCLUSIONES:** Se estima que entre un 25-45 % la causa es una FAP silente no identificada en el momento del ictus. Identificamos un número elevado IC en nuestra población, con un porcentaje elevado de HTA, tabaquismo, CHA2DS2VASc  $\geq 2$  y alteraciones ecocardiográficas. La agrupación de estas variables aumenta la probabilidad de desarrollar una FAP como causa de IC.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

### PP-05. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y DE LA GRAVEDAD MEDIANTE EL ÍNDICE PROFUND DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, O. Zoleto Camacho<sup>1</sup>, M. Santos Peña<sup>1</sup>, V. Naranjo Velasco<sup>1</sup>, I. Sevilla Moreno<sup>1</sup>, C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, A. Michan-Doña<sup>1</sup>

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

- OLLERO BATURONE M ET AL. *Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso asistencial integrado*. 2ª ed. Sevilla: Dirección de Salud Pública de la Junta de Andalucía; 2007.
- BERNABÉU-WITTEL M ET AL. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. En: *Eur J Intern Med*. 2011;22:311-7.

**OBJETIVOS:** Analizar la prevalencia y la gravedad a través de la escala PROFUND de los pacientes pluripatológicos (PPP) de la planta de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Discernir qué criterios cumplen más frecuentemente los PPP según los definidos en el SSPA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan todos los pacientes dados de alta en el último trimestre de 2018. En primer lugar se clasifican los pacientes mediante los criterios de PPP según el marco actual del proceso del SSPA (de acuerdo a las 8 categorías establecidas de enfermedades crónicas) (1). Posteriormente se les aplica la escala PROFUND.

**RESULTADOS:** De los 449 pacientes analizados, 233 (52%) cumplían criterios de paciente pluripatológico (tabla 1). Tras aplicar la escala PROFUND obtenemos un valor medio de 8,08 con una mediana de 9 (tabla 2).

**DISCUSIÓN:** Es significativa la alta prevalencia, más de la mitad, de PPP encontrada así como la alta frecuencia de pacientes con enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria y de enfermedad renal crónica respecto a lo descrito en otras cohortes (2). Al aplicar la escala PROFUND es reseñable que gran parte de los pacientes tenían cuidador diferente al cónyuge y además un Barthel en la mayoría de casos menor a 60. La enfermedad osteoarticular crónica es un factor limitante habitual. Comparando con otras series existe una proporción mayor de pacientes con neoplasia no subsidiaria de tratamiento..

**CONCLUSIONES:** Concluimos que en la planta de hospitalización de Medicina Interna de nuestro hospital existe una prevalencia mayor de pacientes pluripatológicos respecto a otras cohortes, con un índice PROFUND superior a la media obtenida también en otras series. Será interesante realizar un análisis de mortalidad en nuestra cohorte tras un lapso de tiempo adecuado y correlacionarlo con el índice PROFUND obtenido.

Categoría A Insuficiencia cardíaca Cardiopatía isquémica	77 (33%) 100 (43)
Categoría B Vasculitis y autoinmunes Enfermedad renal crónica	19 (8%) 103 (44%)
Categoría C Enfermedad respiratoria crónica	51 (22%)
Categoría D Enfermedad inflamatoria intestinal Hepatopatía crónica	1 (0,4%) 20 (8,5%)
Categoría E Accidente cerebrovascular Enfermedad neurológica (Barthel menor a 60)	68 (29%) 99 (42%)
Categoría F Arteriopatía periférica sintomática Diabetes mellitus con afectación demostrada	31 (13%) 32 (13%)
Categoría G Anemia Neoplasia	53 (23%) 38 (16%)
Categoría H Osteoarticular	109 (47%)

Tabla 1.

Tabla 2			
CARACTERÍSTICAS		PROFUND	FRECUENCIA
Demográficas	Mayor o igual a 85 años	3	101 (43%)
Valoración clínica	Neoplasia activa	6	38 (16%)
	Demencia	3	36 (15%)
	Delirium en último ingreso	3	24 (10%)
	Clase funcional III-IV NYHA/MRC	3	77 (33%) / 51 (22%)
Análisis	Hemoglobina menor a 10g/dl	3	53 (23%)
Cognitivas/funcionales/ Sociofamiliares	Barthel menor a 60	4	208 (89%)
	No cuidador o diferente a cónyuge	2	182 (78%)
Asistenciales	4 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3	2 (0,01%)

Tabla 2.

### PP-06. DESNUTRICIÓN Y FRAGILIDAD EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS CON PLURIPATOLOGÍA HOSPITALIZADA

A. Sánchez Ramos<sup>1</sup>, M. Aparicio Santos<sup>2</sup>, L. Gómez Morales<sup>2</sup>, A. Ramos Hidalgo<sup>2</sup>, S. Delgado Romero<sup>2</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>2</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- ULÍBARRI PÉREZ JI. Clinical undernutrition in 2014: pathogenesis, early diagnosis and consequences; undernutrition and trophopathy. En: *Nutr. Hosp.* 29 (4), 785-796.

**OBJETIVOS:** Identificar si la situación nutricional, fragilidad y comorbilidad de personas con pluripatología hospitalizadas, constituyen o no, un marcador pronóstico diferencial de riesgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo en pacientes ingresados en MI pluripatológicos. El periodo de estudio estuvo comprendido entre el 24/04/2017 y el 07/06/2017, con seguimiento al año. Se realizó un muestreo aleatorio incluyendo una población de 46 pacientes. Se analizaron una serie de datos y usando el análisis estadístico se empleó el SPSS.

**RESULTADOS:** En nuestra población el porcentaje de pacientes no frágiles fue de 13%, de pre-frágiles 19,6% y de frágiles de 67,7%. Encontramos diferencias en los valores de algunos de los parámetros analizados. Índice de Barthel: 100 (No frágil); 97,78 (Pre Frágil); 59,84 (Frágil) (p=0.000). Índice de Profund: 3,17 (No frágil); 2,78 (Pre Frágil); 7,61 (Frágil) (p=0.001). -MNA SF: 12,83 (No frágil); 10,67 (Pre Frágil); 6,48 (Frágil) (p=0.000). Cifras de hemoglobina: 144,67 (No frágil); 117,11 (Pre Frágil); 110 (Frágil) (p=0.005). Calidad de vida medida en escala visual Euroqol: 75,83 (No frágil); 63,33 (Pre Frágil); 48,23 (Frágil) (p=0.019).

**DISCUSIÓN:** No hubo diferencias con significación estadística para la edad: 70,5 (No frágil); 78,44 (Pre Frágil); 76,29 (Frágil) (p=0.150). Tampoco encontramos diferencias con el índice pronóstico nutricional de CONUT: 3,5 (No Frágil); 6,78 (Pre Frágil); 6,39 (Frágil) (p=0.059). El MNA-SF se acercó a la significación estadística en relación con la estancia media (p=0.053) durante el episodio de hospitalización. No encontramos diferencias con significación estadística en el periodo de seguimiento en relación con la mortalidad y consumo de recursos, aunque los pacientes más frágiles y desnutridos presentaron mayor número de días de hospitalización en dicho periodo.

**CONCLUSIONES:** La evaluación de la fragilidad, la situación nutricional y la comorbilidad ha sido capaz de discriminar pacientes con peor situación nutricional, funcionalidad, pronóstico vital, percepción de calidad de vida y cifras de hemoglobina, que no parece depender de la edad del paciente. Este perfil de paciente consume más recursos evolutivos y tiene una mayor mortalidad al año del alta hospitalaria. Incorporar la determinación de fragilidad y el cribado de desnutrición, podría ser determinante para seleccionar pacientes que puedan beneficiarse de estrategias de soporte nutricional y recuperación funcional.

### PP-09. PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA: RESULTADOS EN SALUD

M. Calero Bernal<sup>1</sup>, M. Ruiz Romero<sup>2</sup>, A. Carranza Galván<sup>3</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, J. García Benítez<sup>4</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Departamento de Calidad e Investigación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>4</sup>Traumatología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- KAMMERLANDER C, ROTH T, FRIEDMAN SM, SUHM N, LUGER TJ, KAMMERLANDER-KNAUER U, KRAPPINGER D, BLAUTH M. Ortho-geriatric service--a literature review comparing different models. En: *Osteoporos Int* 2010 ;S637-46. Epub 2010 Nov 6.

**OBJETIVOS:** Evaluar el impacto en la funcionalidad y la calidad de vida de un programa de asistencia compartida entre Medicina Interna y Traumatología en los pacientes ancianos que ingresan por una fractura de cadera en un hospital comarcal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo en mayores de 65 años que ingresaron por fractura de cadera osteoporótica entre 2016-2017. Se realizó un seguimiento de hasta 1 año para evaluar funcionalidad basal, al mes, a los seis y a los doce meses.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 128 pacientes de los que el 75,8% eran mujeres (n=97). Un total de 29 (23%) estaban institucionalizados. Presentaban un índice PROFUND medio de 6 (SD: 4,99) puntos y un índice de Charlson de 1,9 (SD: 2,1) puntos. La estancia hospitalaria media fue de 6,48 (SD: 4,8) días. La media de Barthel previo fue de 73,44 (SD: 26,39) puntos, al mes de 45,89 (SD 24,98), a los seis meses de 60,10 (SD: 25,77) y a los 12 meses 61,69 (SD: 28,4) puntos.

**DISCUSIÓN:** El riesgo de caída aumenta con la edad y es algo mayor en las mujeres de edad avanzada que en los hombres, en nuestra cohorte el 75,8% eran mujeres (n=97). En nuestro trabajo probablemente los índices de Charlson y Profund estén infraestimados por un bajo registro de las comorbilidades en la historia clínica. La media de estancia hospitalaria fue de 6,48 (SD: 4,8) días, muy por debajo de lo reportado en otros estudios, donde la estancia media oscila ampliamente entre los 10 y 30 días (1).

**CONCLUSIONES:** El riesgo de caída aumenta con la edad y es algo mayor en las mujeres de edad avanzada que en los hombres.

El índice de Barthel de los pacientes ancianos operados de fractura de cadera empeora al mes y se recupera a los 6 meses aunque sin llegar al valor de funcionalidad previo a la fractura.

Los pacientes ancianos que precisan ingreso hospitalario pueden presentar una infraestimación en los índices de Barthel y/o Charlson.

### PP-11. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN LA VALORACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS

I. Alé Ruiz<sup>1</sup>, F. Olmo Montes<sup>1</sup>, L. García Gómez<sup>1</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>2</sup>, A. Valenzuela González<sup>2</sup>, A. Velázquez Parejo<sup>3</sup>, M. Colmenero Camacho<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

- CAMINA-MARTÍN MA ET AL. Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. En: *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(1):52-57.

**OBJETIVOS:** El presente trabajo pretende describir la prevalencia de la desnutrición en pacientes atendidos en el Hospital de Día de San Lázaro de Sevilla. Ya que estos pacientes suelen ser de edad avanzada y presentar patologías que pueden dificultar su valoración nutricional, pretendemos aclarar qué parámetros analíticos se relacionan mejor con el estado nutricional en función de la enfermedad de base del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos 122 pacientes que han sido atendidos en el Hospital de San Lázaro entre Abril-Junio de 2017. Es un estudio observacional analítico transversal. A cada paciente se le realizó una encuesta nutricional (MNA) y se determinaron parámetros analíticos (colesterol total, proteínas totales, linfocitos, hematíes).

**RESULTADOS:** Entre los 122 pacientes, 61 eran hombres y 61 mujeres, cuya edad media fue 68 años. De ellos, 29 tenían un estado nutricional normal, 53 tenían riesgo de desnutrición y 40 estaban desnutridos. De los 2 grupos diagnósticos, 62 (51.7%) pertenecía al grupo de paliativos (PP), en el que se incluyó pacientes oncológicos y no oncológicos (insuficiencia cardiaca, ascitis por cirrosis y pluripatológicos), mientras que 58 (48.3%) pertenecían al grupo de no paliativos (PNP). Cruzando el estado nutricional (MNA) con los grupos diagnósticos, encontramos que el 45.2% de PP estaban malnutridos y en el grupo de PNP sólo fue del 17,2%. Tras el análisis estadístico no encontramos asociación estadística entre el estado nutricional, los hematíes y colesterol total. Las proteínas totales, si han presentado una asociación significativa con el estado nutricional en este perfil de pacientes; al igual que los linfocitos aunque solo en el subgrupo de PP.

**CONCLUSIONES:** En definitiva, a la hora de valorar el estado de nutrición de este perfil de pacientes, pueden servirnos de ayuda los siguientes parámetros analíticos: proteínas totales en ambos grupos y linfocitos totales en el grupo paliativos.

Pensamos que la presencia de anemia crónica en estos pacientes, hace que el número de hematíes no sea un buen indicador de desnutrición.

## **ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA**

### **T-01. ANTICOAGULACIÓN CON RIVAROXABÁN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR**

M. Pérez Trisancho<sup>1</sup>, E. Mansilla<sup>2</sup>, C. Díaz Pérez<sup>2</sup>, S. Bermejo Vázquez<sup>2</sup>, M. Raffo Márquez<sup>1</sup>, C. Leyva Prado<sup>1</sup>

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

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

- ANGUITA M, DÁVALOS A, LÓPEZ DE SÁ E, MATEO J, MONREAL M, OLIVA J ET AL. Anticoagulantes orales directos en la fibrilación auricular no valvular: cómo mejorar su uso en España. En: *Med Fam. SEMERGEN* 2019;Vol 45;109-116.

**OBJETIVOS:** Los anticoagulantes de acción directa y entre ellos rivaroxabán, han cambiado el manejo de la anticoagulación en nuestros pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo principal del estudio fue evaluar los pacientes con FANV tratados con rivaroxabán en la práctica clínica diaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna por FANV tratados con rivaroxabán desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018 en el Hospital Costa de la Luz. Se compararon las características clínicas, el perfil tromboembólico y hemorrágico.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 16 pacientes con FANV en tratamiento con rivaroxabán, la edad media ( rango 58-86 años), el 81,25% eran hombres con test de Barthel (independiente en el 87,5%). Presentaban FA paroxística en el 62,5% en seguimiento por Cardiología en 68.75%. Entre los factores de riesgo cardiovascular ( FRCV ) : el 94% eran HTA, el 31,25% DM, el 37,5% DLP y el 31,25% padecían insuficiencia renal. La fracción de eyección está

preservada en el 75% de los pacientes y la escala CHA2DS2-VASc( una puntuación de 3 -4 puntos en el 62,5%), escala HAS-BLED( puntuación 1-2 puntos en el 68,75%), escala NYHA ( puntuación 2-3 en el 62,5%). El 81,25% tomaba 20 mg al día.

### **CONCLUSIONES:**

- Nuestros resultados de vida real demuestran que los pacientes con FANV tratados con rivaroxabán presentan un perfil tromboembólico elevado y bajo riesgo de sangrado según la escala HAS-BLED.
- La mayoría de nuestros pacientes son varones con FA paroxística y FE preservada.
- Entre los FRCV lo más frecuente es la HTA con un 94%.

**COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA  
COMUNICACIONES ORALES**

**ENFERMERÍA: ABORDAJE DEL PACIENTE  
PLURIPATOLÓGICO Y OTRAS ENFERMEDADES  
COMPLEJAS**

**ENF-E-01. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HACIA EL  
PACIENTE Y SU FAMILIA EN LA FASE FINAL DE LA VIDA**

C. Quintanilla López<sup>1</sup>, A. Arroyo Rodríguez<sup>2</sup>, M. Quintanilla López<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Departamento Enfermería. Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios". Universidad de Sevilla. Bormujos, Sevilla

<sup>3</sup>Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla Norte-Aljarafe. Espartinas, Sevilla.

- MEFFERT, C; GAERTNER, J; SEIBEL, K; JORS, K; BARDENHEUER, H; BUCHHEIDT D ET AL. Early palliative care-health services research and implementation of sustainable changes: the study protocol of the EVI project. En: *BMC Cancer*. 2015; 15: 443 [citado 29/03/18] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=26022223>.

**OBJETIVOS:**

- Conocer las intervenciones de Enfermería de las cuales pueden beneficiarse el paciente paliativo y su familia, en la fase final de la vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Web of Science y Scopus, a través de las palabras clave o tesauros seleccionados previamente. Se seleccionan un total de 32 artículos de los 74 obtenidos en la búsqueda.

**RESULTADOS:** Tras la búsqueda se obtienen intervenciones de Enfermería beneficiosas para el paciente paliativo y entorno, resaltando las psicoeducativas, teniendo en cuenta las redes de apoyo social y las necesidades en el hogar. Existen ventajas en la teleconsulta en la accesibilidad, porque aporta herramientas desde un equipo hospitalario hasta el domicilio. Y finalmente en cuanto a la sobrecarga del cuidador en la fase terminal. Aunque estar cerca de su familiar moribundo les afecte, es importante mejorar su estrés, aumentando sus capacidades.

**DISCUSIÓN:** Dentro de estas intervenciones, las psicoeducativas son de especial interés, ya que hay una cascada de emociones por las cuales pasan los enfermos y cuidadores, en la que deben aprender rápido y un apoyo inmediato de todos es primordial. La familia es vulnerable por lo que las redes sociales también cobran un papel importante en este apoyo. Existe la necesidad de seguir estudiando las diferentes áreas de mejoras respecto a las necesidades reales individuales de cada situación.

Una herramienta como la tele-consulta es esperanzadora e innovadora, aportándoles herramientas necesarias y accesibles, haciéndoles más competentes para poder sobrellevar la enfermedad de forma más directa.

**CONCLUSIONES:** Se describe la importancia de una asistencia precoz en todas las esferas (biopsicosocial y espiritual) y la planificación anticipada conjunta para mejorar el afrontamiento del paciente y cuidador.

La Teleconsulta es esperanzadora y su influencia es positiva en la calidad de vida.

Gran carga de cuidados del cuidador principal. Necesidad de confort por el equipo multidisciplinar.

**ENF-E-02. ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

B. González Sánchez<sup>1</sup>, I. Aragón Moyano<sup>2</sup>, M. Jiménez Martínez<sup>3</sup>, F. Moreno López<sup>4</sup>, J. Bujalance Hoyos<sup>5</sup>, J. Montiel Muriello<sup>1</sup>, N. Torres Echevarría<sup>6</sup>, Y. Rodríguez Daza<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>2</sup>Cirugía Traumatólogica y Ortopédica. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>3</sup>Cirugía Plástica. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>4</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>5</sup>Unidad de Calidad. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>6</sup>Rehabilitación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

<sup>7</sup>Aparato Digestivo. Hospital Regional Universitario de Málaga.

- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. *Prevención de caídas y disminución de las lesiones derivadas de las caídas. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2017* [consultado 24 Feb 2019]. Disponible en: [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021\\_Prevention\\_Caidas\\_2017.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevention_Caidas_2017.pdf)

**OBJETIVOS:** Implantar una estrategia de seguridad del paciente incorporando buenas prácticas enfermeras de la Guía de RNAO(1) para disminuir las caídas y lesiones derivadas.

Identificar los pacientes con riesgos de caídas. Disminuir la variabilidad clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha desarrollado una estrategia (mayo/18-sep/18) de implantación de las recomendaciones de la GBP de RNAO en prevención de caídas: formación, equipos de implantación, difusión, indicadores de evaluación, nuevos registros y folleto informativo para pacientes/familiares.

Variables: edad, sexo, unidad, escala de caídas, tipo y resultado de la escala, pacientes con riesgo de caídas, realización de plan de cuidados, número de caídas y utilización de medidas de contención.

Se evalúan pacientes dados de alta en los 5 días últimos laborales de los meses: diciembre/2017, septiembre y octubre/2018 (basales) y Noviembre-diciembre/2018 y enero/2019 (tras intervención) en tres unidades.

**RESULTADOS:** De la Estrategia: cartelera específica (imagen 1) con recomendaciones, sesiones formativas e implantación de nuevos registros.

Resultados Clínicos Basales Y TRAS IMPLANTACIÓN (en paréntesis): Tasa de caídas: 2,04% (2,89%); pacientes con escala de riesgo: 54,4% (71,01%); Edad Media: 70,17 (73,39); Estancia media: 13,11 (13,81); Escala de Downton: 45,57% (26,81%); Test de Cribado 21,08% (43,16%); Pacientes en riesgo de Caídas: 21,08% (23,91%); Registro de Plan de Cuidados: 11,64% (14,49%); Registro de contenciones: 11,64% (13,76%).

**DISCUSIÓN:** La literatura sitúa la tasa de caídas en los hospitales entre el 0,6 y 1,8% encontrando en nuestro estudio resultados similares aunque ligeramente elevados y probablemente aumentado por la motivación del registro.

La valoración de los pacientes con riesgo de caídas ha aumentado de forma destacada desde la implantación de la guía, así como el test de cribado y el registro del plan de cuidado.

**CONCLUSIONES:** La implantación de la GBP de la RNAO mejora la identificación de los pacientes en riesgo, aumenta el registro del plan de cuidados y este programa permite la mejora de la práctica clínica enfermera como herramienta de seguridad del paciente.

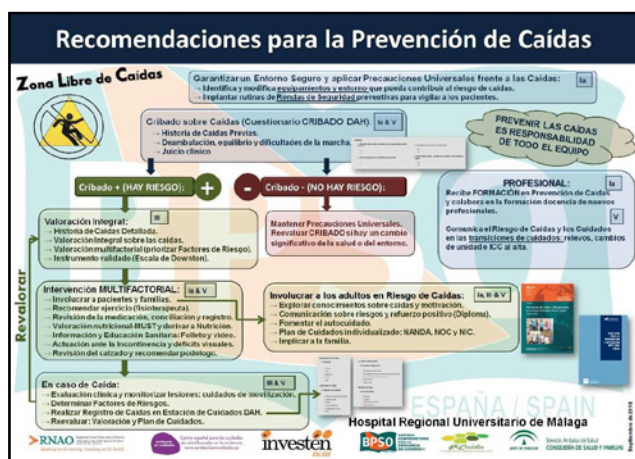


Figura 1.

**ENF-E-05. NECESIDAD DE IMPLANTACIÓN DE UN CRIBADO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD**

E- Sánchez-Sánchez<sup>1</sup>, E. García Marín<sup>1</sup>, Y. Avellaneda López<sup>1</sup>, F. Ramos Benítez<sup>2</sup>, J. Bianchi-Llave<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

<sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

- FERNÁNDEZ LÓPEZ MT, FIDALGO BAAMIL O, LÓPEZ DOLDÁN C ET AL. Prevalencia de desnutrición en pacientes ancianos no críticos. En: *Nutrición hospitalaria*. 2015; 31: 2676–84.

**OBJETIVOS:** La alteración del estado nutricional influye de manera negativa en la evolución de la enfermedad y en la casuística de la unidad (1). El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de desnutrición al ingreso en una unidad de alta complejidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza un estudio descriptivo prospectivo en un periodo de cuatro meses (Marzo a Junio) en

una Unidad de alta complejidad. Para el cribado nutricional se hace uso del Mini-Nutritional Assessment Short Form (MNA- SF). Se realiza en las primeras 48 horas al ingreso hospitalario. Se estudian como variables independientes: sexo, edad, unidad de referencia y categorías diagnósticas mayores.

Las variables serán representados de forma descriptiva. Las variables cualitativas se representan mediante su frecuencia y porcentaje y las variables cuantitativas se expresan como media y desviación típica o dispersión.

La relación entre las distintas variables independientes y la variable dependiente se analiza mediante el Test Chi- cuadrado para las variables independientes cualitativas y t-Student para las variables cuantitativas.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 100 pacientes, el 49% mujeres y 51% hombres, con una edad media de 73.82 años ± 16,74 años. El 65% de los pacientes hospitalizados están a cargo de Medicina Interna, siendo el porcentaje para Infecciosos del 23%, Nefrología el 4%, Neumología el 3% y Otras un 3%. Por categorías diagnósticas mayores, las que presentan mayor prevalencia son las respiratorias (28%) e infecciosas (12%). Tras el cribado nutricional, el 32% (n = 32) de los pacientes presentan un estado nutricional normal, el 28% (n = 28) riesgo de desnutrición y el 40% (n = 40) desnutrición.

Tras el análisis de los datos, la variable edad es la única que presenta significación estadística (p < 0,001).

**CONCLUSIONES:** Debida la edad avanzada de los pacientes hospitalizados en una unidad de alta complejidad, la prevalencia de riesgo de desnutrición o desnutrición es muy alta. Por ello se hace necesaria la implantación de un cribado nutricional de forma sistemática a todos los pacientes.

**ENFERMERÍA: OTROS**

**ENF-O-04. ANÁLISIS DEL NIVEL DE ESTRÉS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA Y UNIDADES QUIRÚRGICAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NURSING INICIARE PATIENT**

M. Martínez Jiménez<sup>1</sup>, J. Carmona Polvillo<sup>2</sup>, N. Santana Berlanga<sup>3</sup>, S. Barrientos Trigo<sup>3</sup>, A. Porcel Gálvez<sup>3</sup>, E. Fernández García<sup>3</sup>, A. Gálvez Zambrano<sup>3</sup>, I. López Leiva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Docencia. Campus docente y de investigación San Juan de Dios. Centro Universitario de Enfermería. Universidad de Sevilla. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>3</sup>Docencia. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

- PORCEL-GÁLVEZ, AM. *Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados*. 2011, [Consultado 12/04/2019] ; Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19204/1/19902578.pdf>
- BARRIENTOS-TRIGO, S. *Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico*. 2015, [Consultado 12/04/2019] ; Disponible en: Dialnet Plus

**OBJETIVOS:** Analizar el nivel de estrés y el grado de satisfacción de profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería de unidades de medicina interna y quirúrgicas de un Hospital Comarcal de Andalucía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio multicéntrico que forma parte del proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (1, 2). La investigación se está llevando a cabo en 19 hospitales del SSPA. La muestra se obtiene

durante la fase de invierno de 2018 a través de un cuestionario pasado a 49 profesionales (23 enfermería y 26 auxiliares) de uno de los 19 hospitales que participan en el estudio. En las unidades de medicina interna y unidades quirúrgicas.

**RESULTADOS:** Las unidades quirúrgicas presentan una ratio mayor enfermera y auxiliar por paciente que en medicina interna. Se identifican con mayor nivel de estrés las auxiliares de las unidades quirúrgicas y las enfermeras de medicina interna. Resaltando enfermería que los aspectos que mayor estrés le provocan son las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas, la falta de personal y la falta de tiempo para apoyar emocionalmente al paciente. En relación al grado de satisfacción el 78% está satisfecho y los ítems que mayor insatisfacción causa es la falta de tiempo y el trabajo excesivo.

**DISCUSIÓN:** Invertir en medidas que contribuyan a disminuir la ratio enfermera y auxiliar por paciente va a favorecer el incremento de tiempo dedicado a las tareas y a su vez a la calidad con la que se realizan. Favoreciendo la disminución el nivel de estrés y el grado de satisfacción de los profesionales.

**CONCLUSIONES:** En relación al nivel de estrés, se obtiene que los profesionales con mayor nivel son las auxiliares de las unidades quirúrgicas y las enfermeras de medicina interna.

El 78% de los profesionales está satisfecho con su puesto de trabajo.

#### ENF-O-06. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NURSING INICIARE PATIENT

J. Carmona Polvillo<sup>1</sup>, M. Martínez Jiménez<sup>2</sup>, N. Santana Berlanga<sup>3</sup>, S. Barrientos Trigo<sup>3</sup>, A. Porcel Gálvez<sup>3</sup>, E. Fernández García<sup>3</sup>, V. Eisman Quero<sup>3</sup>, J. Rodríguez Baquero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Docencia. Campus docente y de investigación San Juan de Dios. Centro Universitario de Enfermería. Universidad de Sevilla. Bormujos (Sevilla)

<sup>3</sup>Docencia. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

- PORCEL-GÁLVEZ, AM. *Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados*. 2011, [Consultado 12/04/2019] ; Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19204/1/19902578.pdf>
- BARRIENTOS-TRIGO, S. *Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico*. 2015, [Consultado 12/04/2019] ; Disponible en: Dialnet Plus

**OBJETIVOS:** Analizar la complejidad de cuidados, comparar la comorbilidad y el nivel de dependencia en las unidades de medicina interna de un Hospital Comarcal de Andalucía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Este estudio multicéntrico que forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (1, 2). La investigación se está llevando a cabo en 19 hospitales del SSPA y la muestra se ha obtenido de uno de ellos. La muestra se obtiene durante la fase de invierno de 2018 a través de un cuestionario pasado a 52 pacientes ingresados en dos unidades de medicina interna.

**RESULTADOS:** El grupo relacionado con el diagnóstico más frecuente son las patologías del aparato digestivo y la edad media de los pacientes ingresados 61,8 años.

La complejidad de cuidados identifica que las unidades de medicina interna tienen ingresados pacientes con un alto nivel de dependencia, a su vez estos pacientes presentan gran variabilidad en relación al nivel de dependencia.

Otros de los parámetros estudiado es la comorbilidad a través del índice de Charlson, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre la comorbilidad y el nivel de dependencias en cuidados según INICIARE.

**DISCUSIÓN:** La distribución de pacientes por especialidades médicas provoca que en el mismo espacio físico se encuentren pacientes con grandes demandas de cuidados enfermeros con otros independientes, impidiendo el reparto óptimo de los recursos humanos enfermeros para atender a unos cuidados de calidad. En el resto de hospitales de Andalucía se identifica la misma apreciación.

**CONCLUSIONES:** La complejidad de cuidados en las unidades de medicina interna es elevada y a su vez muy variable entre los pacientes ingresado, dificultando establecer una ratio enfermera/ paciente eficaz.

Cuanto mayor es la comorbilidad, más aumenta el nivel de dependencia en cuidados.

#### ENF-O-07. PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN MEDICINA INTERNA

M. Sanz Vega<sup>1</sup>, J. Ternero Vega<sup>1</sup>, I. Sanz Vega<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>

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

- STUART K, ADDERLEY NJ, MARSHALL T, RAYMAN G, SITCH A, MANLEY S ET AL. Predicting inpatient, hypoglycaemia in hospitalized patients with diabetes: a retrospective analysis of 9584 admissions with diabetes. En: *Diabet Med*. 2017.p 3120.

**OBJETIVOS:** Analizar la prevalencia de hipoglucemia en pacientes diabéticos en Medicina Interna, antes y después de la implementación de medidas preventivas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuasi-experimental pre y post-intervención. Pacientes diabéticos hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. Periodo de estudio: 14/07/2017 a 21/09/2017; sub-periodos: Periodo pre-intervención (P0): 14-30 de septiembre, periodo de intervención (PI): 2-31 de octubre, periodo post-intervención (P1): 6-21 de noviembre. Implementación medidas preventivas. P <0.05.

**RESULTADOS:** 200 pacientes; 100 en P0 y 100 en P1. Grupo pre-intervención: 74.9 +/-9.8 años, 55% varones. Grupo post- intervención: 75.9+/-9.6 años, varones del61%. En P0 la prevalencia de episodios de hipoglucemia (Pe) fue del 12% y la prevalencia diabéticos con hipoglucemia (Pd) fue del 10%. En P1, la Pe fue del 12% y la Pd fue el 8%. No hubo diferencias estadísticamente significativas ni para la Pe entre ambos periodos; p=0.5, ni para la Pd; p=0.31.

De los 12 episodios en P0, 6 (50%) ocurrieron a las 9.00h, 2 (16.7%) a las 13.30h, 2 (16.7%) a las 23.00h, 1 (8.3%) tras el almuerzo y otro (8.3%) en la madrugada. De los 12 episodios registrados en P1, 8 (66.7%) ocurrieron a las 9.00h, 2 (16.7%) en la madrugada y 2 (16.7%) a las 13.30h. Respecto a la adherencia a medidas preventivas, el porcentaje que recibieron el protocolo de insulina endovenosa fue 9.4%. Fue aplicable a 32 pacientes(32%) y se aplicó en 3 (9.4%). El acompañamiento nocturno se cumplió en 74 (74%); 4 pacientes de los 8 que presentaron hipoglucemia (50%). En el 100% se registró la glucemia capilar en gráficas de constantes y la conciliación se realizó en el 100% al ingreso. En el 33.3% de los pacientes que recibieron glucocorticoides se ajustó la dosis de insulina tras modificación de dosis.

**CONCLUSIONES:** Hipoglucemia es un evento adverso común en pacientes diabéticos en Medicina Interna. Las medidas preventivas son ampliamente mejorables.



## COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA COMUNICACIONES ORALES BREVES

### ENFERMERÍA: ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y OTRAS ENFERMEDADES COMPLEJAS

#### ENF-E-03. ICONOGRAFÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

C. Núñez Ortiz<sup>1</sup>, L. Camacho Guerrero<sup>1</sup>, M. Gallego Galisteo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospitalización Médica 2. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

<sup>2</sup>Farmacia. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

- JUVÉ UDINA, E., MATAD CALVO, C., FARRERO MUÑOZ, S., JIMÉNEZ PÉREZ, H., RODRÍGUEZ GÍAS, E., MARTÍNEZ MUÑOZ, M., ET AL. Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual? En: *Met. Enferm.* 2010,13(8):6-14.
- FERNÁNDEZ-LÓPEZ A, SANZ-AMORES R, CÍA-RAMOS R, BOCETA-OSUNA J, MARTÍN-ROSELLÓ M, DUQUE-GRANADO A ET AL. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. En: *Med. Pal*, 15(5), 287-92.

**OBJETIVOS:** Describir el diseño y el procedimiento de identificación y transferencia de cuidados en una unidad de alta complejidad de cuidados como medida de eficiencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La herramienta de transferencia de información mediante la simbolización de cuidados fue diseñada e implementada por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y Enfermeras de una unidad de alta complejidad con pacientes pertenecientes al Servicio de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Cuidados Paliativos.

**RESULTADOS:** La herramienta consiste en un panel sectorizado (Fig.1), según sectorización funcional de la unidad, identificando el equipo Enfermera/TCAE responsables de los cuidados del paciente cada día.

Se encuentra localizado en el Control de Enfermería de la unidad con fácil acceso a todos los profesionales (personal sanitario, celadores y servicio de limpieza), pero manteniendo la confidencialidad de los datos para el resto de visitantes.

Con el fin de homogeneizar el lenguaje y los cuidados del paciente, estos se han identificado mediante siglas e iconografía sencilla imantada. De este modo, mediante un sencillo código de imágenes, se identifican características relevantes del paciente como:

- Grupo de edad y sexo.
- Riesgo de caídas.
- Incontinencia.
- Nivel de dependencia.
- Grado de movilidad (en cama, con ayuda...).
- Pruebas complementarias ( TAC, Resonancia Magnética, CPRE, Cateterismo cardíaco, etc.).
- Recogida de muestras (orina, esputo...).

**DISCUSIÓN:** El panel de cuidados se ha convertido en una herramienta de gran valor clínico, convirtiéndose en un canal de comunicación ágil y eficiente para el equipo multidisciplinar que desarrolla su actividad asistencial en la unidad de hospitalización.

Ha permitido una comunicación homogeneizada y simple entre todo el equipo, con una asignación por sectores de los recursos en función de la complejidad (1), gracias a ello se ha mejorado la seguridad del paciente y la coordinación eficiente de los recursos de la unidad.

**CONCLUSIONES:** El panel informativo facilita información actualizada e importante para el proceso del paciente, estando al alcance de todo el equipo de profesionales minimizando el riesgo de olvidos en la prestación de cuidados, limitando errores en la identificación de la complejidad del paciente y favoreciendo una mejora en la productividad y asignación de recursos según carga global de trabajo e incluso por grado de complejidad (2).

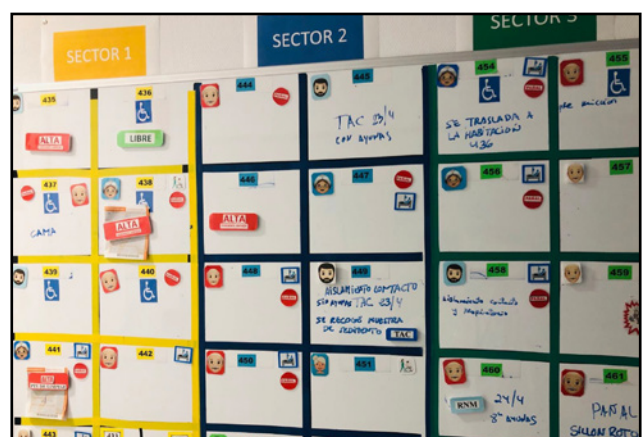


Figura 1.

#### ENF-E-04. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES FRÁGILES EN UNA UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA EN EL AGS SUR DE SEVILLA A TRAVÉS DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

J. Doblado Roldán<sup>1</sup>, M. Buiza Gandullo<sup>1</sup>, E. Bayol Serradilla<sup>1</sup>, A. Ruiz Acosta<sup>1</sup>, M. Gómez Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

- AYUSO MURILLO D, DE ANDRÉS GIMENO B. *Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. Seguridad del paciente*. Barcelona: Diaz de Santos. 2015.
- *Ley de Protección de Datos* (15/1999 de 13 de Diciembre).
- *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia*, 2016-2020.

#### OBJETIVOS:

- Controlar el flujo de pacientes frágiles en el manejo de sus exacerbaciones y permitir ingresos hospitalarios evitando el paso por el Servicio de Urgencias hospitalario
- Convertirse en el nexo de unión entre Atención Primaria y Atención Especializada, coordinando a todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes pluripatológicos crónicos y frágiles, a través de la continuidad de cuidados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descriptivo observacional retrospectivo, donde se lleva a cabo un resumen objetivo de las actividades que se llevan a cabo en la Unidad de Día, así como la evolución de los cuidados en los últimos años en los pacientes pluripatológicos complejos y en los paliativos del Área Sur de Sevilla.

**RESULTADOS:** Hospitalización directa del 47% de los ingresos totales del servicio de Medicina Interna del Hospital el Tomillar. Soporte domiciliario telefónico.

Realización de pruebas complejas que evitan la hospitalización.

**DISCUSIÓN:** El papel de la Enfermería es fundamental en una Unidad de día integrada y polivalente.

**CONCLUSIONES:** Manejo ambulatorio de pacientes frágiles aumentando la actividad externa dentro del hospital y disminuyendo la estancia media.

Participamos activamente en la tutela compartida del paciente.

#### ENF-E-06. DETERIORO COGNITIVO LEVE. IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

L. Espejo Rodríguez<sup>1</sup>, M. del Olmo Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirugía. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>URG. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

- ROBLES MJ, FORT I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. En: *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009;44:2-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09002145>

#### OBJETIVOS:

- Conocer la enfermedad para la identificación precoz de la misma
- Identificar las diferencias entre envejecimiento normal, delirium y deterioro cognitivo leve.
- Detectar los principales factores predictivos del deterioro cognitivo leve.

- Exponer las intervenciones de enfermería una vez instaurada la enfermedad para evitar su progresión, sea cual sea su estado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, ScienceDirect, SciELO), limitando la búsqueda a artículos publicados en español e inglés y aquellos con fecha de publicación posterior al año 2010. Se utilizaron como palabras clave: Deterioro cognitivo leve, demencia, cuidados de enfermería (Cognitive Dysfunction, nursing care, dementia).

**RESULTADOS:** El deterioro cognitivo leve (DCL) se corresponde a un estadio intermedio que se sitúa entre el estado cognitivo normal y la demencia que se caracteriza por presentar un alteración mensurable en una o más funciones cognitivas superiores, frecuentemente con afectación aislada de la memoria episódica (DCL amnésico, cuyo seguimiento evolutivo, en múltiples ocasiones lleva a la enfermedad de Alzheimer) frente a otras formas tales como lenguaje, funciones ejecutivas, visoespaciales o praxias (DCL no amnésico). (1).

**DISCUSIÓN:** Son diversos los factores predictores y de riesgo biológicos/orgánicos: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2, Obesidad y síndrome metabólico, Insuficiencia cardíaca y FA, ejercicio, así como los predictores psicológicos: Factores como tener una capacidad lingüística disminuida, un bajo nivel intelectual durante la infancia y un potencial de aprendizaje bajo (plasticidad cognitiva) puede ser un predictor de deterioro cognitivo, estrechamente relacionados con los sociodemográficos que resultan muy importantes para la detección precoz.

**CONCLUSIONES:** Todo lo anterior expuesto conlleva a una serie de intervenciones de enfermería (NIC) que ayudarán a una mejor progresión de la enfermedad, tales como:

- Control de factores del riesgo cardiovascular
- Ejercicio físico: [5360] Terapia de entretenimiento [200] Fomento del ejercicio
- Intervenciones cognitivas: Estimulación cognitiva [6450] Manejo de las ideas delirantes
- Intervenciones psicosociales: [5330] Control del estado de ánimo [5250] Apoyo en la toma de decisiones.

#### ENF-E-07. REGISTROS INFORMATIZADOS DEL DOLOR EN PACIENTES PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

C. Hurtado Pedrosa<sup>1</sup>, A. Arroyo Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan De Dios Del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>2</sup>Departamento Enfermería. Centro Universitario de Enfermería "San Juan De Dios". Bormujos, Sevilla.

- PLAZZOTTA F, LUNA D, GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS F. Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. En: *Rev. perú. med.exp. salud* 2015; 32 (2).

**OBJETIVOS:** Analizar los registros informatizados de enfermería en las unidades de Medicina Interna del HSJDA a la hora de anotar el dolor referido por los pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos y su repercusión a la hora de la toma de decisión en la administración de analgesia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de casos mediante la revisión de 217 historias clínicas.

**RESULTADOS:** En el 58,5% de los registros de enfermería, tanto en la actividad "Cuantificación del dolor" como en evoluciones, hay referencias a sintomatología dolorosa, por ello no debemos dejar de tener en cuenta este síntoma en el paciente

paliativo oncológico y no oncológico. Sólo en el 30,87% se anotó en la historia clínica en la actividad de enfermería "Cuantificación del dolor". Por otro lado, en el campo de evoluciones de enfermería encontramos alguna referencia al "dolor" del paciente en el 27% de los casos. En el 52,6% de los casos en los que no se registró ningún valor en la actividad de enfermería "Cuantificación del dolor" tenían como analgesia de rescate morfina, y se registró su administración en un 34,1% de los casos.

**DISCUSIÓN:** Por tanto, estamos de acuerdo con el estudio de Plazzotta et al. cuando concluye diciendo que si bien los beneficios de las TIC resultan claros y suficientes, la evidencia demuestra que la adopción de nuevos sistemas de información en la capa clínica no es una tarea fácil y las tasas de utilización no son las esperadas para el momento tecnológico que estamos viviendo.

**CONCLUSIONES:** El dolor es uno de los síntomas destacados a tratar en los pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos, por tanto, no debe dejar de realizarse una correcta valoración y registro de este síntoma ya que su manejo adecuado supondrá para el paciente paliativo la garantía de unos cuidados de enfermería de calidad. La revisión realizada de los registros de enfermería arroja resultados que indican una escasa cumplimentación de los mismos.

TOTAL DE PACIENTES	217
EVA REGISTRADO	67
EVA NO REGISTRADO	150

Tabla 1. Número de Pacientes con registro "Cuantificación del dolor"

## ENFERMERÍA: NUEVAS TENDENCIAS EN ENFERMERÍA

### ENF-N-01. UNA ESCALA NOVEDOSA: LA QSOFA

M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR C ET AL. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). En: *JAMA*. 2016;315(8):801-810.

**OBJETIVOS:** Conocer los distintos parámetros que mide la qSofa.

Valorar las ventajas de la utilización de la escala qSOFA para diagnóstico precoz en pacientes con sospecha de sepsis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Medline, Cochrane, Scielo, Pubmed También en páginas web como q-Sofa, intranet.

Palabras clave: sepsis, escala, diagnostico e infección.

**RESULTADOS:** Con la utilización de esta escala:

Desaparecen los criterios SIRS de la definición de sepsis.

Si están presentes al menos dos de los tres criterios; la qSOFA tiene validez predictiva similar al SOFA y permite detectar de forma rápida pacientes con sospecha de infección.

Desaparece el concepto de sepsis grave como sepsis asociada a distinción orgánica confirmada con parámetros bioquímicos y fisiopatológicos que resultan más complejos

Se modifica el tratamiento ante el shock séptico.

Una puntuación baja no elimina la posibilidad de sepsis, y se recomienda seguir evaluando al paciente, si sigue siendo sospechoso.

Una puntuación alta induce a adoptar medidas más concretas de tratamiento (medición de lactato, evaluación con SOFA, tratamiento antibiótico y fluidoterapia).

**DISCUSIÓN:** Tema novedoso ya que la escala aparece en el 2016. La mayor parte de información se encuentra en distintas páginas web de salud .No existe un estudio observacional donde se aplique esta escala y se pueda ver la validez de los parámetros que estudia.

A pesar del aumento de la incidencia de la sepsis la mortalidad ha disminuido entre un 3-7 % por lo que puede haber contribuido la mejora en el diagnóstico precoz y la rapidez en la aplicación del tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Las nuevas definiciones y criterios actualizados deben facilitar el diagnóstico y tratamiento más oportuno de estos pacientes.

La implantación de escala en unidades de hospitalización permite el diagnóstico precoz en aquellos pacientes que presentan infección.

La escala incluye criterios clínicos que son fáciles y rápidamente valorables a pie de cama.

Es de fácil aplicación por personal de enfermería con la monitorización de la alteración del estado mental, Tensión Arterial y Frecuencia Respiratoria.

F. Respiratoria	≥22 rpm
Alteración Nivel de Conciencia	Glasgow ≤ 13 puntos
Presión Arterial Sistólica	≤ 100mmHg

Tabla 1. Escala q-Sofa

### ENF-N-02. EL CATÉTER MIDLINE, UN NUEVO ESLABÓN EN LA TERAPIA INTRAVENOSA

I. Valero Legidos<sup>1</sup>, M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- PITTIRUTI M, SCOPPETTUOLO G. Traducción al español: ORTIZ MILUY G, RUIZ P. *Manual. GAVeCeLT Sobre Catéter PICC Y MIDLINE*. 1ª edición. Italia .2017 Edra S.p.

**OBJETIVOS:** Conocer los distintos catéteres que se dispone en el mercado

Elección del catéter adecuado a las necesidades del paciente, elaborando para ello un algoritmo de decisión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Los catéteres midline presentan diferentes calibres (3,4, 5 french ) y una longitud de 20cm.

Su diseño e inserción es similar a los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) ya que se colocan generalmente en la vena braquial o cefálica del brazo mediante técnica eco guiada, y el extremo distal termina por debajo del nivel de la línea axilar y no debe verificarse su localización puesto que no se insertan en grandes vasos o aurícula.

Posibilidad de inserción a pie de cama con personal entrenado.

**RESULTADOS:** Hemos realizado un algoritmo en nuestra unidad para la elección del catéter adecuado, siendo una de nuestras opciones más usadas los midline.

**DISCUSIÓN:** Los catéteres Midline son un eslabón importante en la terapia intravenosa: Rápida inserción.

No precisan de métodos avanzados de localización de su extremo distal.

Presentan una alta seguridad en la administración de medicamentos por vía periférica Libre de complicaciones tromboticas e infecciosas.

Fácil autocuidado. Media- larga duración

Mejor coste efectividad respecto al PICC y BH.

**CONCLUSIONES:** El acceso intravenoso forma parte de nuestra práctica diaria y constituye un pilar fundamental para la administración de medicación, fluidoterapia, hemoderivados, etc...

Debido al envejecimiento de la población, a la polimedicación, a la duración de los tratamientos, y a los pacientes DIVA (Difícil Acceso Intravenoso) la instauración de catéteres venosos de larga duración se hace imprescindible para preservar el capital venoso de los pacientes.

El uso del catéter adecuado siguiendo algoritmos de decisión mejora la seguridad del paciente y preserva su capital venoso.

CANULA CORTA CLÁSICA	CATÉTER MIDLINE	PICC
Acceso periférico < 1 semana. Uso exclusivo intrahospitalario.	Acceso periférico > 2 semanas. Uso intra y extrahospitalario. Uso de fármacos con 5< pH >9. Osmolaridad < 600 mOsm/l	Acceso periférico > 4 semanas. Uso intra y extrahospitalario pH<5 o pH>9. Osmolaridad > 600. Fármacos irritantes

Tabla 1. Algoritmo para la elección del acceso venoso en el adulto

### ENF-N-03. BUSCANDO LA VENA PERDIDA UTILIZANDO EL ECÓGRAFO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

- HEINRICH J, FRITZE Z, VANDERMEER B, KLASSEN T, CURTIS S. Ultrasonographically guided peripheral intravenous cannulation of children and adults: a systematic review and meta-analysis. En: *Ann Emerg Med*. 2013 Apr;61(4):444-454.

**OBJETIVOS:** Buscar la evidencia científica disponible sobre la utilización del ecógrafo por enfermería para la canalización de vías periféricas. Sus Indicaciones y ventajas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Búsqueda Bibliográfica en Bases de Datos: Medline, Pubmed, CINAHL y Cuiden Plus. Palabras Claves: ultrasonidos, ecografía, enfermería y técnicas.

Criterios Inclusión: Acceso gratuito al texto completo del estudio, adecuación a los objetivos planteados y periodo de publicación entre 2006 y 2018.

Criterios Exclusión: Aquellos que no se permitía el acceso al abstract del estudio y en los que la ecografía no se realiza por enfermería.

**RESULTADOS:** Encontramos 23 artículos que demostraron la utilidad del ecógrafo, de los cuales destacamos 3.

Revisión Bibliográfica realizada por Heinrichs J. Incluye ensayos aleatorios donde se analizan ítems como canalización ecoguiada, canalización fallada, tiempo de realización de la técnica. Demuestran que la canalización ecoguiada disminuye el tiempo de la duración de la técnica y el riesgo de fracaso al primer intento.

El estudio de Gina Maiocco en el que se logra canalizar 72 vías periféricas ecoguiadas en un año y no se observan complicaciones derivadas de las canalizaciones.

En España destaca el estudio descriptivo realizado por Rodríguez Calero en el que se analizan 51 casos donde se demuestra que las técnicas asistidas por ecografía son más eficaces que el abordaje tradicional.

**CONCLUSIONES:** Ante la dificultad que presentan ciertos pacientes a la hora de la canalización de una vía periférica muchos profesionales de enfermería están optando en la utilización del ecógrafo para realizar esta técnica

La utilización de la ecografía para las canalizaciones periféricas permite un acceso venoso periférico seguro, adecuado y confortable. Se reduce las complicaciones y los costes.

Existen indicios de la existencia de factores inherentes al paciente (pacientes pluripatológicos, obesos) que asociados a la dificultad en las punciones periféricas hace de las técnicas ecoguiadas una solución muy a tener en cuenta.

Se debe realizar por personal entrenado en la técnica.

Diversos estudios demuestran las ventajas de esta técnica frente a la tradicional.

### ENF-N-04. LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

M. Luque Mérida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

- MOLINA MÉRIDA O, SÁNCHEZ ACHA Y. Seguridad del paciente en la transferencia de Información-Comunicación. Pag 1. 2010.
- Plan de Atención de Enfermería en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía 2010.

#### OBJETIVOS:

- Unificar criterios de actuación en la realización de transferencia de pacientes del Área.
- Prevenir y evitar posibles complicaciones que puedan afectar al paciente durante la transferencia de pacientes.
- Proporcionar atención basada en el mejor conocimiento científico-técnico disponible.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Como material se ha utilizado el "Procedimiento de Transferencia" elaborado en el Área de Gestión Sanitaria por los responsables y profesionales de cada Unidades de Gestión Clínica. Se ha instaurado en nuestra unidad el procedimiento que permite normalizar la transferencia de pacientes dentro del hospital, entre profesionales de urgencias y medicina interna. El método utilizado para la evaluación de la eficacia del procedimiento puesto en marcha, se han utilizado hojas de verificación ("check-list"), una para el traslado de pacientes desde Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) a nuestra unidad donde están considerados 26 ítems distribuidos

por área de interés para cada uno de los intervinientes, sanitario y no sanitarios, involucrados en el proceso.

**RESULTADOS:** Puesta en marcha de un procedimiento que asegura la transferencia entre pacientes con un método común (IDEAS) y con una aplicación informática como herramienta que permite incorporar modificaciones en las rutinas de trabajo y que se convierte en una potente fuente de información para establecer mejoras constantes en el proceso. La introducción de esta metodología ha supuesto en el año que llevamos en marcha la adhesión a la estrategia en el ámbito hospitalario de un 87%. Sorprende gratamente el alto nivel de adhesión por parte de los profesionales lo que nos invita a proyectar a futuro la realización de una encuesta de satisfacción con fines de control de calidad.

ACCIONES / ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1: Diseñar la difusión												
A2: Difundir y validar el procedimiento por el equipo de implantación												
A3: Nombrar personas responsables de organizar la difusión												
A4: Diseñar las sesiones informativas												
B1: Difundir y validar el organigrama de difusión												
B2: Nombrar personas responsables de impartir las sesiones informativas												
B3: Desarrollar las sesiones informativas												
B4: Presentar en la sectorial de Enfermería												
C1: Incluir mensualmente dentro del orden del día de la sectorial de Enfermería.												
C2: Añadir los indicadores de cumplimiento en el cuadro de mandos												
C3: Añadir al contrato programa de las UGCs												

Tabla 1.

**ENF-N-05. PROCESO DE DESARROLLO DE UN PROYECTO DE GESTIÓN COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES**

R. Domínguez Robles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

- *Manual de protocolos y procedimientos general de Enfermería.* Hospital Universitario Reina Sofía. Traslado y recepción de pacientes. 2011.
- *Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos*, cap. 12.1 Transporte de pacientes en estado crítico. Un Net.
- *DAY SE: Estabilización y tratamiento durante el transporte del niño.* Medicina del transporte. Ed Interamericana. Philadelphia 19.
- [www.med.ub.es/all-net/spanish/ekgpage/ekege-1.html](http://www.med.ub.es/all-net/spanish/ekgpage/ekege-1.html)
- [www.intersalud.net/enfermeria/3-4-4.htm](http://www.intersalud.net/enfermeria/3-4-4.htm)

**OBJETIVOS:**

- Proporcionar al equipo que coordina la transferencia del paciente, un conjunto sencillo y eficiente de prioridades, para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación.
- Cambio de cultura de los profesionales en relación con el concepto de seguridad del paciente.
- Garantizar la implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención al paciente.
- Reducir errores asociados en la atención del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Propuesta de la necesidad de generar un documento que unificara la práctica asistencial por parte de los responsables de las Unidades con mayor impacto sobre la transferencia de pacientes. Para poderlo realizar los pasos iniciales fueron conseguir el apoyo de la Dirección Gerencia del Área y los responsables de todas las Áreas. Se estableció un calendario para el desarrollo del documento final que se obtuvo con la participación adicional de todos los responsables, lo que permitió la redacción de un documento que recogía las inquietudes y necesidades de los diferentes niveles de intervención en relación con la seguridad del paciente. Se procedió a la difusión del documento final a través de la web del Área, correo electrónico y 17 sesiones informativa durante un mes con un total de 234 asistentes.

**RESULTADOS:** La redacción del documento para todo un Área de Gestión Sanitaria es resultado de un año de intenso trabajo y la participación de un elevado número de profesionales y responsables de la diferentes Unidades del Área. Es por ello, que este protocolo es importante y dada la implicación de toda la organización sanitaria del Área, y por tanto recogen los diferentes escenarios clínicos con los criterios de seguridad de los distintos niveles de asistencia al paciente.

DATOS TRANSFERENCIA HOSPITALIZACIÓN 2018												
%	Transf.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	TOTAL
M.Interna	99,7	64,5	84,3	86,4	101,0	85,7	91,1	91,9	81,9	90,6	87,1%	
C. General	100	68,5	72,6	116,4	52,5	53,9	31,1	61,7	55,8	85,2	67,4%	
Traumatología	56	77,2	100	107	28,0	18,7	13,2	41,9	43,3	56,3	52,1%	
G. Obstetricia			100	108,7	5,2	128,9	151,6	188,2	137,2	108,9	88,6%	
Pediatría		0	104,8	126,1	117,4		68	87,5	81,0	71,4	56,8%	
UCI	50	37,5	45,5	110	53,8	66,7	90,9	20	30,0	0	52,8%	
ASEMA	86,5	67,9	79,1	101,3	48,4	50,9	80	94,2	83,3	85,4	75,3%	
Número:												
sin identificar	0	0	0	6	9	9	3	0	0	5	32	

Tabla 1.

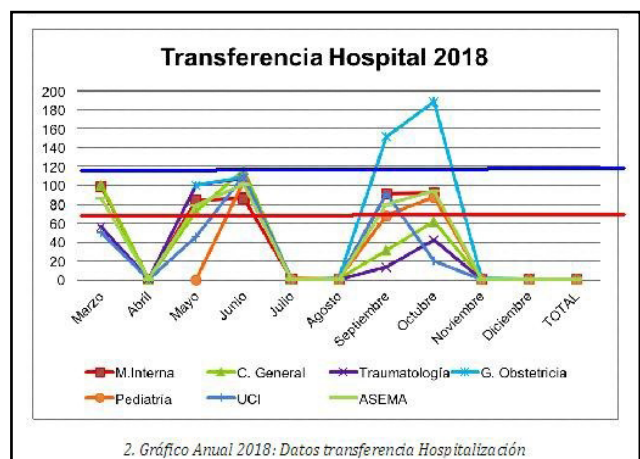


Figura 1.

## ENFERMERÍA: OTROS

### ENF-O-01. NUEVO PERFIL POBLACIONAL DE MEDICINA INTERNA

M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, J. García Abellán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

- J. DÍEZ-MANGLANO. La pluripatología, un reto para los sistemas sanitarios. En: *Revista Clínica Española*, Volume 217, Issue 4, May 2017, Pages 207.

**OBJETIVOS:** Conocer las causas principales de ingresos en nuestra unidad.

Estudiar las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad en particular la pluripatología y comorbilidad asociada a la enfermedad crónica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han estudiado los 63 pacientes ingresados en nuestra unidad durante el mes de marzo de 2019. Estudio descriptivo en el que se analizan variables demográficas, grado de dependencia, estancia media, polimedicación y comorbilidad asociada al Índice de Charlson.

**RESULTADOS:** La muestra está compuesta por 32 hombres y 31 mujeres. Con una edad media de 81,63 años.

Las causas más frecuentes de ingreso fue :infección respiratoria (19,35%) e insuficiencia cardiaca (11,29%) apareciendo como tercera causa de ingreso el problema social (9,68%).

La puntuación media en el Índice de Charlson fue de 5,11 puntos con un alto grado de comorbilidad. Estancia Media :10,16 días.

Número de Fármacos consumidos diariamente:7,59% presentando un alto grado de polimedicación.

En el Índice de Barthel se observa un grado de dependencia total del 28,57% seguido de un grado leve con un 22,2 %.

29 de estos pacientes presentaban criterios de paciente crónico complejo no pluripatológico.

**DISCUSIÓN:** La edad de los pacientes ingresados en MIN no ha dejado de aumentar en los últimos años, sobre todo a expensas de la población mayor de 80 años que llega a alcanzar una tercera parte de nuestros ingresos.

La patología crónica prevalece sobre la aguda en los ingresos.

A medida que envejece la población aumenta la comorbilidad , siendo este uno de los factores importantes de ingreso en nuestra unidad.

Otro rasgo a tener en cuenta es la presencia del problema social como causa de ingreso.

**CONCLUSIONES:** Conforme envejece la población aumenta la comorbilidad y está a su vez, asociada a la pluripatología conlleva una peor evolución clínica no solo en el ingreso sino también al alta.

Debido al envejecimiento de la población y a su pluripatología las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad ha cambiado en los últimos años.

### ENF-O-02. SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

D. Carmona Heredia<sup>1</sup>, C. Moreno González<sup>1</sup>, S. Vergara López<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna y Continuidad. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

- MASLACH C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976;5:16-22.
- WESTERMANN C, KOZAK A, HARLING M, NIENHAUS A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. En: *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):63-71.
- MARTÍNEZ M, CENTENO C, ASANZ-RUBIALES A, DEL VALLE M.L. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. En: *Rev. Med. Univ. Navarra*. 2009; 53 (1): 3-8.
- GAMA G, BARBOSA F, VIEIRA M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. En: *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(5):527-33.

**OBJETIVOS:** Principal: Determinar la prevalencia de burnout en los profesionales que desarrollan su trabajo en las Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital El Tomillar.

Secundario: Determinar las variables asociadas a la presencia de Burnout en dichos profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de estudio: Observacional descriptivo transversal. Periodo de estudio Abril-Mayo 2018.

Número de muestra: 81

Mediante encuesta con datos sociodemográficos y organizacionales, y escala validada de Maslach. Análisis de datos: SPSS Statistics.

#### RESULTADOS:

- De la población estudiada el 40,7% presenta síndrome de Burnout: 4,9% Grave; 8,6% Moderado; 27,2% Leve.
- Por rango de edad: 44,4% de 46 a 60 años; 50% más de 60 años.
- Por Categoría Profesional: 50% celador/a; 48,1% TCAE; 38,5% enfermería.
- Según el tiempo trabajado en el servicio: 42,9% <15 años de servicio; 36% >15 años en el servicio.
- Con estudios especializados en cuidados paliativos , el 45,6% presenta S. Burnout frente al 25% de personal que no tiene estudios específicos y presentan S. Burnout.

#### CONCLUSIONES:

- 4 de cada 10 profesionales presentan algún grado de Burnout.
- Más de la mitad de los casos encontrados con Burnout son leves.
- La despersonalización es la dimensión más alterada. Aunque en profesionales con antecedentes de depresión, se afecta la realización personal.
- Los resultados muestran brecha entre géneros, sobre todo en el cansancio emocional.
- Los conocimientos específicos en paliativos no son factor protector.
- Los casos graves se dan más a partir de los 25 años de experiencia en el servicio.

### ENF-O-03. INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN ESPAÑA: ¿QUE ESTA PASANDO?

M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, J. García Abellán<sup>1</sup>, M. Carvajal Almira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna / UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos. III. *Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2016*. Madrid, 2018

**OBJETIVOS:** Conocer los casos declarados en España durante los años 2016, 2017 y 2018. Determinar las características demográficas relacionadas con esta enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión Bibliográfica de las páginas web de los siguientes organismos públicos: Organización Mundial de la Salud, Instituto de Salud Carlos y el Instituto Nacional de Estadística.

Palabras Claves: Hepatitis A, incidencia, casos.

**RESULTADOS:** La notificación de Casos fue la siguiente: en 2016 se notificaron 1296, en 2017 se notifican 4408 y en 2018 se notifican 1697.

El índice Epidémico en los tres años se encuentra por encima de 1,25 por lo que la incidencia es alta.

Los casos de Hepatitis A fueron en los tres años más frecuente en hombres en edades comprendidas entre los 24 y los 35 años.

Las Comunidades Autónomas con mayor incidencia en los tres años fueron Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana, excepto en el 2018 que se cuela en tercer lugar Canarias. Y las de menor incidencia son La Rioja, Ceuta y Melilla.

**DISCUSIÓN:** El Último Informe Anual remitido por el Centro Nacional de Epidemiología es el del año 2016 donde se detallan datos demográficos y su incidencia.

En el resto de los años solo se pueden acceder a los datos ofrecidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en sus boletines epidemiológicos semanales.

**CONCLUSIONES:** Se presenta esporádicamente en forma de brotes asociados a una mala higiene de manos. La prevención primaria es el arma esencial para disminuir la alta tasa de incidencia de esta enfermedad.

Se ha producido un aumento en hombres que tienen relaciones homosexuales por lo que se comienza una campaña para la vacunación de este grupo de riesgo.

Debido a la alta incidencia la OMS adopta la primera "Estrategia mundial del sector de la salud contra la hepatitis vírica". Su objetivo final es eliminar las hepatitis víricas como problema de salud pública por lo que toma la vacunación como parte de un plan integral de prevención y control de hepatitis víricas.

#### ENF-O-05. ENFERMERÍA EN LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE POLIMEDICADO

M. Ramírez Expósito<sup>1</sup>, M. Solano Alcaide<sup>2</sup>, M. Leiva Grande<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

<sup>3</sup>UGC. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

- [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/file:///C:/Users/Equipo/Downloads/LIBRO\\_La\\_conciliacion\\_del\\_tratamiento\\_en\\_el\\_ambito\\_hospitalario](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/file:///C:/Users/Equipo/Downloads/LIBRO_La_conciliacion_del_tratamiento_en_el_ambito_hospitalario).
- <http://www.elsevier.es/medicinaclinica>
- <http://www.hvn.es/servicios>
- <http://medline.es>
- <http://enfermeriageriatrica.es>

**OBJETIVOS:** Durante el año 2019 se propone poner en marcha un protocolo de enfermería para la conciliación terapéutica del paciente polimedicado ingresado en la planta de hospitalización de medicina interna, entendiendo por conciliación terapéutica el proceso que intenta prevenir los errores de medicación que ocurren en la transición asistencial de los pacientes.

La OMS estableció que una de las soluciones para mejorar la seguridad del paciente debía ser garantizar la exactitud de la medicación en los procesos asistenciales evitando omisión de medicación, duplicidad, cambio en la dosificación prescripción de medicamentos.

**OBJETIVOS:** Fomentar la conciliación terapéutica partiendo de la base Entrevista enfermera-paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Fomentar la conciliación terapéutica partiendo de la base Entrevista enfermera-paciente. **METODOLOGÍA:** Se le realizara a todos los pacientes polimedificados que ingresan, mediante un trabajo interdisciplinar en el cual participa enfermería y personal facultativo .

Al ingreso la enfermera realizara junto con la valoración inicial una lista de comprobaciones para identificar posibles errores de medicación que puedan afectar a la seguridad del paciente.

Como apartados más importantes se propone para ello:

1. Identificar al cuidador principal o responsable del control del tratamiento del paciente
2. Verificar que medicamentos toma actualmente.
3. Preguntar específicamente por medicación que no requiera receta médica y que a menudo el paciente no considera como medicación de interés.

El paciente no tomara ninguna medicación que no sea aportada por el personal sanitario.

Al finalizar de cumplimenta la lista de comprobaciones se facilitara la información al médico internista responsable del paciente.

Circuito de Conciliación Terapéutica

1. INGRESO DEL PACIENTE
2. ENTREVISTA CON EL PACIENTE Y CUMPLIMENTAR (listas lista de comprobaciones)
3. COMPROBAR MEDICACIÓN PRESCRITA CON LA TOMA ACTUAL DEL PACIENTE
4. COMUNICAR AL MEDICO INTERNISTA RESPONSABLE.

**RESULTADOS:** Evitar los posibles errores de medicación aumentando la seguridad del paciente con este registro.

**CONCLUSIONES:** Con la puesta en marcha de este proyecto queremos llevar a cabo es estudio del impacto de estas medidas en la seguridad del paciente.

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA

### NORMAS GENERALES

*ACTUALIDAD MÉDICA* es una revista centenaria ([www.actualidadmedica.es](http://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 consi-

derado 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 CIEGA 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 financiadoras. 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](http://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 re-



ferencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

El envío de manuscritos a la revista a través de la plataforma disponible no conlleva ningún tipo de cargo de envío. La eventual aceptación de un manuscrito no conlleva ningún cargo por parte del autor para justificar la edición del mismo.

## **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/meshbrowser.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 correspon-

sal 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.

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 reserva 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.

4 de junio de 2018.



---

# 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:*

