

(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

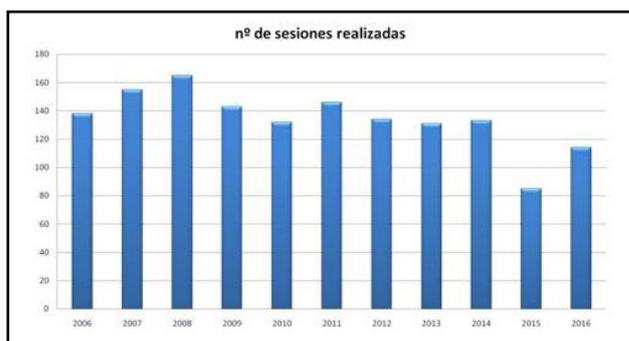


Figura 1.

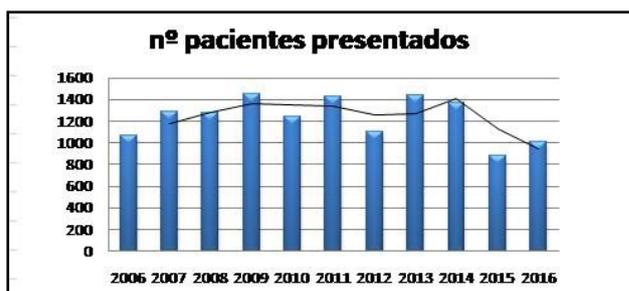


Figura 2.



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 Chacartegui<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.

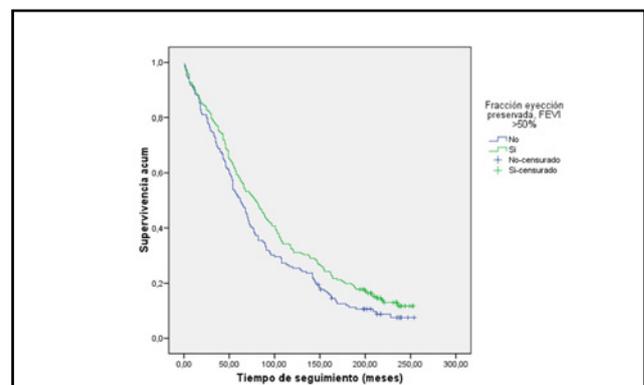


Figura 1.