

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

29-31 Mayo **2008**

Palacio de Exposiciones y Congresos
Roquetas de Mar, Almería

Libro de Comunicaciones

XXIV
Congreso
de la
Sociedad Andaluza
de **Medicina Interna**

Declarado de interés científico-sanitario
por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Índice

Cuidados en Medicina Interna (CU)	05
CU-01 / MODELO DE ASIGNACIÓN DE ENFERMERA/O-RESPONSABLE Y AUXILIAR-REFERENTE.....	05
CU-02 / EVALUACIÓN DEL MODELO DE ASIGNACIÓN PRIMARIA EN ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA	06
CU-03 / RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN MEDICINA INTERNA. PERSONALIZANDO LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA.....	07
CU-04 / PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS. DE LA ASIGNACIÓN A LA HUMANIZACIÓN.....	08
CU-05 / PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL	09
CU-06 / CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.....	10
CU-07 / FRECUENTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS POR EL MÓDULO CLÍNICO AZAHAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA LÍNEA	11
CU-08 / CONTINUIDAD DE CUIDADOS ASISTIDA POR ORDENADOR	12
CU-09 / EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	13
CU-10 / ESTUDIO DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE DÍA DE UCAMI.....	14
CU-11 / PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA TROPICAL	15
CU-12 / SUBCOMISIÓN DE UPP: HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	16
CU-13 / PROTOCOLO DE AISLAMIENTO DE CONTACTO. HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	17
CU-14 / TRABAJAR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: SUBCOMISIÓN DE CAÍDAS	18
CU-15 / LA SEGURIDAD, LOS CUIDADOS Y LA CALIDAD: CAÍDAS, ÚLCERAS Y FLEBITIS	19
CU-16 / PÓSTER: PERFIL GENERAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	20
CU-17 / MODELO DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.....	21
CU-18 / REUNIONES MULTIDISCIPLINARES PERIÓDICAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO	22
CU-19 / PREALTA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES FRÁGILES Y CUIDADORAS	23
CU-20 / LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA Y LA NECESIDAD DE UN REDISEÑO DE LAS ALTAS	24
CU-21 / DURANTE LOS FESTIVOS SEGUIMOS CUIDANDO AL PACIENTE FRÁGIL. TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS. SALUD RESPONDE	25
CU-22 / PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DÉFICIT CRÓNICO NEUROLÓGICO	26
Gestión Clínica (G)	27
G-01 / COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	27
G-02 / EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL DISTRITO ALJARAFE Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFA (SEVILLA).....	28
G-03 / EXTERNALIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN MEDICINA INTERNA-ATENCIÓN PRIMARIA.....	29
G-04 / IMPACTO DE LA SOLICITUD DE TAC CRANEAL POR ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO CEFALEA SOBRE LAS DERIVACIONES A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA	30
G-05 / PERFIL ACTUAL DE LOS PACIENTES VALORADOS EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA.....	31
G-06 / PERFIL DE LOS PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	32
G-07 / GESTIÓN DE PRIMERAS VISITAS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	33
G-08 / CONSULTA ÚNICA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN.....	34
G-09 / DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	35

G-10 /	CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA. CONSULTA DIAGNÓSTICA POR EXCELENCIA RESOLUTIVA. DE LAS ENFERMEDADES COMUNES A LAS POCO PREVALENTES. ENFERMEDAD DE WHIPPLE. A PROPÓSITO DE 2 CASOS	36
G-11 /	LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA U. G. C MI DEL SSPA.....	37
G-12 /	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD 360º: ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO	38
G-13 /	ACREDITACIÓN EN CALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA.....	39
G-14 /	EL COACH, LA MEJORA CONTINUA Y EL EQUIPO ASISTENCIAL.....	40
G-15 /	LOS 25 GRDS MÁS FRECUENTES Y LOS 25 GRDS CON ESTANCIA MEDIA MÁS PROLONGADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	41
G-16 /	EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES GRDS, EL INTERNISTA, LA COMPLEJIDAD, EL LARGO PERIPLO Y ULISES.....	42
G-17 /	ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL.....	43
G-18 /	¿QUE PESO TIENEN LAS INFECCIONES EN LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN INTERNISTA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO?	44
G-19 /	EFFECTO DE LA ADSCRIPCIÓN DE INTERNISTAS A UN SERVICIO QUIRÚRGICO: NEUROCIRUGÍA.....	45
G-20 /	EFFECTO DE LA ADSCRIPCIÓN DE INTERNISTAS A UN SERVICIO QUIRÚRGICO: CIRUGÍA VASCULAR	46
G-21 /	CARACTERÍSTICAS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL.....	47
G-22 /	ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL.....	48
Enfermedades Asociadas a la Inmigración/Infecciones (IF).....		49
IF-01 /	POR QUÉ PROBLEMAS MÉDICOS INGRESAN LOS INMIGRANTES Y OTROS EXTRANJEROS EN UN HOSPITAL GENERAL.....	49
IF-02 /	EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA A DROGAS DE PRIMERA LÍNEA DE C. M. TUBERCULOSIS EN UN ÁREA CON ALTA INCIDENCIA DE CASOS EN INMIGRANTES.....	50
IF-03 /	INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN UNA PROVINCIA CON ALTAS TASAS DE INMIGRACIÓN	51
IF-04 /	INFECCIÓN VIH/SIDA EN INMIGRANTES EN UN HOSPITAL GENERAL	52
IF-05 /	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SCHISTOSOMIASIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE.....	53
IF-06 /	PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GESTANTES DE ORIGEN LATINOAMERICANO EN EL HOSPITAL DE PONIENTE	54
IF-07 /	FILARIASIS IMPORTADA EN EL PONIENTE ALMERIENSE.....	55
IF-08 /	SITUACIÓN EN NUESTRA ÁREA DE UNA ENFERMEDAD EMERGENTE: PALUDISMO.....	56
IF-09 /	CAMBIOS EN EL ESPECTRO ETIOLÓGICO DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA (FDI).....	57
IF-10 /	FORMAS CLÍNICAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA (ER) POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN ALMERÍA	58
IF-11 /	LEISHMANIASIS VISCERAL. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO	59
IF-12 /	LEISHMANIASIS VISCERAL EN UN HOSPITAL COMARCAL	60
Miscelánea (M)		61
M-01 /	CASUÍSTICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS	61
M-02 /	VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	62
M-03 /	ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE UNA CASUÍSTICA DEL ACCIDENTE VASCULO CEREBRAL	63
M-04 /	CARACTERÍSTICAS DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN LA COMARCA DE ANTEQUERA	64
M-05 /	PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE ANEMIA EN PACIENTES CON EPOC INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA.....	65
M-06 /	MACROCITOSIS Y FACTORES ASOCIADOS	66

M-07 /	EPIDEMIOLOGÍA DE LOS AISLAMIENTOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES DE RESIDENCIAS	67
M-08 /	TIROIDES Y EJERCICIO AGUDO	68
M-09 /	MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 210 CASOS	69
M-10 /	CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	70
M-11 /	ORGANOFOFOSFORADOS Y LA GUERRA QUÍMICA	71
Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (PP)		72
PP-01 /	PREVALENCIA DE PACIENTES FRÁGILES EN HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN H. S. JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	72
PP-02 /	ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	73
PP-03 /	EL CUIDADOR PRINCIPAL COMO PARTE DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON RIESGO Y/O DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	74
PP-04 /	DIFERENCIAS EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR ENTRE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y DE CUIDADOS PALIATIVOS	75
PP-05 /	SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA AYUDA SOCIOFAMILIAR	76
PP-06 /	INTERVENCIONES DE APOYO A LA FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL	77
PP-07 /	APORTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN A LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS	78
PP-08 /	SEDACIÓN PALIATIVA: ESTUDIO DE UNA SERIE DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS	79
PP-09 /	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES PALIATIVOS CON CÁNCER EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	80
PP-10 /	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON CÁNCER EN FASE PALIATIVA, ATENDIDOS EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	81
PP-11 /	ANÁLISIS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	82
PP-12 /	INTERVENCIÓN EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS POLIMEDICADOS MEDIANTE INFORME DE INTERACCIONES Y ACEPTACIÓN POR PARTE DEL CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	83
PP-13 /	GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DISFAGIA: MANEJO DE LA TOLERANCIA	84
PP-14 /	GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL: DISPOSITIVOS DE AYUDA ALTERNATIVOS	85
PP-15 /	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	86
PP-16 /	RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS PERMANENTES EN PACIENTES CRÓNICOS NO ONCOLÓGICOS	87
PP-17 /	NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	88
PP-18 /	APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO E INFORMATIZADO A ENFERMOS CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	89
PP-19 /	IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS GUÍA DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AGUDO (ACV)	90
PP-20 /	ASISTENCIA AL ICTUS EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA	91
Riesgo Vascular (RV)		92
RV-01 /	UNA COHORTE DE HTA RENOVASCULAR	92
RV-02 /	POTASIO E HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR	93
RV-03 /	HTA EN ADOLESCENTES, ESTUDIO DE CAMPO: PRESIÓN ARTERIAL Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS. ESTUDIO ESCCOLA	94
RV-04 /	¿EXISTEN DIFERENCIAS EN PARÁMETROS CLÍNICO-BIOLÓGICOS DE RIESGO VASCULAR EN LA EVALUACIÓN TRAS LA GESTACIÓN ENTRE MUJERES CON PREECLAMPSIA Y MUJERES CON OTRAS FORMAS DE HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO?	95

RV-05 / ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ESCALA SCORE	96
RV-06 / PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA.....	97
RV-07 / PERÍMETRO DE CINTURA Y TRIGLICERIDEMIA BASAL EN POBLACIÓN DEMANDANTE DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	98
RV-08 / RELACIÓN ENTRE EL PERÍMETRO DE CINTURA Y EL ÍNDICE COLESTEROL TOTAL /HDL-COL EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	99
RV-09 / PREVALENCIA DE HIPERALFALIPOPROTEINEMIA EN PACIENTES DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	100
RV-10 / PREVALENCIA DE HIPOALFALIPOPROTEINEMIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.....	101
RV-11 / CARACTERÍSTICAS Y GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)	102
RV-12 / PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI).....	103
RV-13 / CONTROL GLOBAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)	104
RV-14 / PERÍMETRO DE CINTURA Y NIVELES DE INSULINEMIA BASAL EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS NORMOGLUCÉMICAS	105
RV-15 / VALORACIÓN DE LA MEJORÍA METABÓLICA TRAS INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO INSULÍNICO: EFECTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES.....	106
RV-16 / INICIO DE LA INSULINIZACIÓN: EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES.....	107
RV-17 / ATENCIÓN INTEGRAL A LA DIABETES EN MEDICINA INTERNA: EXPERIENCIA EDUCATIVA EN ENFERMERÍA.....	108
RV-18 / CONTRAINDICACIONES AL TRATAMIENTO CON METFORMINA ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.....	109
RV-19 / DIAGNÓSTICO PRECOZ DE OBESIDAD EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA	110
RV-20 / CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	111
RV-21 / MORBIMORTALIDAD EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR ATENDIDO POR MEDICINA INTERNA	112

Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (S)..... 113

S-01 / SUPERVIVENCIA DE UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (IDIOPÁTICA O ASOCIADA) TRATADOS CON BOSENTAN	113
S-02 / USO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA	114
S-03 / ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA EN GRANADA.....	115
S-04 / HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN UNA SERIE DE PACIENTES EVALUADOS MEDIANTE UN PROGRAMA DE CRIBAJE.....	116
S-05 / TRATAMIENTO CON ANTI TNF-ALFA EN UVEITIS.....	117
S-06 / BLOQUEOS CARDIACOS CONGÉNITOS (BCC) ASOCIADOS A LUPUS NEONATAL	118
S-07 / EMPLEO DE FÁRMACOS ANTI-TNF EN PATOLOGÍA CUTÁNEA.....	119
S-08 / REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS POCO FRECUENTES SECUNDARIAS AL USO DE ADALIMUMAB	120
S-09 / CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL	121
S-10 / NIVELES DE VITAMINA D Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN UNA COHORTE DE ENFERMOS DE CROHN DE LA PROVINCIA DE GRANADA	122

Índice de Autores 123

CU-01 / MODELO DE ASIGNACIÓN DE ENFERMERA/O-RESPONSABLE Y AUXILIAR-REFERENTE

R. Junco Rionegro¹, T. Vega Muñoz¹, A. Cano Entrena¹, L. Flores Antigüedad².

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad III. ²Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

La asignación de la Enfermera/o-Responsable, comienza a implantarse en los hospitales a petición de algunos profesionales que se sentían insatisfechos con el cuidado fragmentado, la falta de contacto con el paciente/cuidador y su estar conforme con las quejas que éstos presentaban. El punto central de la Enfermera/o son los pacientes y no las tareas. La asignación primaria (ó de Enfermera/o-Responsable) consiste en asignar desde el ingreso, un/a Enfermera/o Responsable a cada paciente/cuidador. Posteriormente a este método, se unieron las Auxiliares como Referentes de esos pacientes/cuidadores. 1.OBJETIVO GENERAL: Personalizar la atención a los pacientes/cuidadores. 2.OBJETIVOS ESPECIFICOS: • Asegurar la calidad y continuidad de cuidados durante la hospitalización y entre los distintos niveles asistenciales. • Aumentar la satisfacción del paciente/cuidador en aspectos de comunicación y relación al saber que alguien conoce por completo su proceso. • Dar cuidados individualizados, adaptados a las necesidades de cada paciente para la planificación de cuidados. • Adquirir mayor autonomía y estima profesional. • Conseguir reconocimiento por parte del paciente y familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Supervisora organiza y gestiona los cuidados enfermeros, asignando los pacientes según la complejidad de los cuidados necesarios y las competencias y aptitudes de las/os Enfermeras/os-Auxiliares de la Unidad. A cada Enfermera/o y Auxiliar, se le asigna una tarjeta con su nombre y un color distinto a cada persona, que se pega en la pizarra donde están los nombres de los pacientes ingresados en la Unidad, así como el del médico que los atiende.La tarjeta se coloca junto al nombre del paciente que le ha sido asignado y asume la responsabilidad de tres pacientes como máximo y será la encargada de realizar la entrevista para la Evaluación Inicial al paciente/cuidador, formular unos Diagnósticos de Enfermería y establecer un Plan de Cuidados que supervisa y evalúa. De esta manera el personal de la Unidad asume un doble papel: • ENFERMERA/O REFERENTE de un número determinado de pacientes. • COLABORADOR/A de otras Enfermeras/os Referentes en la ejecución del Plan de Cuidados decidido por éstas.

RESULTADOS

Con este tipo de asignación, se ha conseguido: • Mayor satisfacción por parte de los profesionales y de los pacientes/cuidadores. • Continuidad de Cuidados entre los profesionales de una misma Unidad y de diferentes Unidades ó entre distintos niveles asistenciales. • Estimulo al estudio y mejora de los profesionales sobre los conocimientos de la metodología enfermera.

CONCLUSIONES

Desde el año 2.006 en que se implantó esta metodología en nuestra Unidad, hemos observado una mejora en la calidad de los cuidados prestados (a través de un mayor reconocimiento por parte de pacientes/cuidadores, mayor autonomía y estima profesional) con una disminución de la variabilidad de la práctica enfermera y una descentralización de la autoridad para tomar decisiones y hacer el seguimiento de la planificación y ejecución de los cuidados. El reto era, que las/os enfermeras/os, asumieran su responsabilidad y éste se ha cumplido. Asimismo las Auxiliares, se ven reconfortadas al ver su trabajo reflejado con el del resto del equipo de la Unidad.

ASIGNACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Hb:2203 Dr:

Nombre del paciente:

Enfermera:

Auxiliar:

Hb:2205 Dr:

Nombre del paciente:

Enfermera:

Auxiliar:

CU-02 / EVALUACIÓN DEL MODELO DE ASIGNACIÓN PRIMARIA EN ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

C. Ibáñez Camacho¹, F. Robledo Cárdenas², R. González Coronel¹, V. Gil Contreras¹, F. Salas Díaz¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería hospitalaria de enlace. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva).

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de Enfermería de la Unidad de Medicina Interna del Hospital de Riotinto. Establecer propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se sigue un análisis cualitativo mediante técnica DAFO realizada mediante convocatoria para la asistencia de todos los profesionales de la Unidad. Una de los profesionales ejerce como secretaria de la técnica y posteriormente se presenta a todos los asistentes.

RESULTADOS

ANÁLISIS INTERNO • Debilidades: 1. Implicación de todo el equipo 2. Demasiados registros 3. Cambios bruscos en el sistema de trabajo 4. Excesivo trabajo 5. Poco personal 6. Poca motivación 7. Excesiva asignación a una sola enfermera 8. Falta de tiempo 9. Falta de formación 10. Auditorías internas 11. Alejamiento o poco conocimiento de los enfermos no asignados 12. Aumento de la demanda por parte del usuario 13. El grupo profesional trabaja por separado 14. Complejidad de los pacientes 15. División de la planta 16. Inadecuado acercamiento de los mandos intermedios, seguimiento de asignaciones, estadística de resultados, etc. • Fortalezas: 1. Acercamiento del paciente al sistema sanitario 2. Mejor atención y conocimiento hacia el paciente 3. Pérdida de miedo a lo desconocido 4. Fomento de la ética y la humanización. 5. Formación. 6. Genera buen equipo profesional. 7. Mejor oferta de cuidados. 8. Delimita responsabilidades. 9. Genera confianza del paciente a su Enfermera 10. Se crean vínculos 11. Mayor desarrollo profesional 12. Hay reconocimiento del valor enfermero 13. Refuerzo personal con el corretorno (refuerzo) **ANÁLISIS EXTERNO** • Amenazas: 1. Poca imagen de la profesión 2. La OPE de febrero 3. Ausencia de la valía del rol enfermero 4. Continuas exigencias del sistema de mejora • Oportunidades: 1. Visión de continuidad en el puesto tras consecución de plaza en propiedad 2. Desarrollo de los niveles profesionales: la carrera 3. Reconocimiento a corto-largo plazo del trabajo de Enfermería y sus resultados 4. Fomento hacia la calidad de los cuidados **ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA**. 1. Formar para motivar 2. Reestructurar refuerzos de personal corretorno (refuerzo) 3. Realizar cribas de valoraciones (a los pacientes más dependientes) 4. Facilitar planes de cuidados estandarizados de las patologías más frecuentes. 5. Realización de trabajo conjunto entre la DUE y la auxiliar en el seguimiento del paciente 6. Dar/recibir el sitio que tiene la auxiliar dentro de la asignación **ESTRATEGIAS DE REORIENTACION**. 1. Potenciar la formación sobre metodología enfermera, más explícitamente a las auxiliares. 2. Se realizará escucha activa al recibir el cambio de turno del lado no asignado. 3. Existencia de buzón de sugerencias dirigido al mando intermedio. **ESTRATEGIAS OFENSIVAS DE MEJORA**. 1. Realización de sesiones clínicas 2. Intercambio de opiniones y consultas a otros profesionales 3. Apoyo de la Enfermería gestora de casos y trabajadora social 4. Autonomía de los profesionales para la realización del trabajo: realización de valoraciones y planes de cuidados **CUADRANTE DE FUTURO**. 1. Evaluación de resultados de los grupos DAFO 2. Establecer sistemas de mejora según resultados obtenidos 3. Demostrar nuestro valor añadido a los usuarios 4. Crear alianzas interdisciplinares.

DISCUSIÓN

Hemos contado con la limitación de ausencia de publicaciones en este área de trabajo, que a pesar de ser de un gran interés desde distintos puntos de vista, resulta ser un área inexplorada. La preparación de la técnica cualitativa pudo resultar dificultosa en su realización debido a la escasa experiencia previa, por ello se planificó minuciosamente y se llevó a cabo un pilotaje previo con otras áreas a estudiar, dejando para el final este estudio con el fin de encontrar menos dificultades.

CU-03 / RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN MEDICINA INTERNA. PERSONALIZANDO LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE UNA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

P. Alcántara Campos¹, M. Muñoz Conde¹, R. Zamora García², E. Terol Fernández³, C. Padilla Marín³.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Supervisora Efectividad, ³Dirección de Enfermería. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

OBJETIVOS

-Personalizar la Asistencia Enfermera, mediante la Asignación Primaria. -Mejorar la Calidad de los Cuidados y la Continuidad de los Cuidados. -Mejorar los resultados asistenciales en los pacientes a través de la colaboración interdisciplinar. -Mejorar la Satisfacción de los Usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Cambios en la estructura física del servicio y en la organización funcional del personal de enfermería. -Puesta en marcha de una Investigación-Acción Participativa en la Unidad de Medicina Interna, con diversas fases: o Inducción (Dos semanas): Lectura bibliográfica y debate. o Sensibilización (Dos semanas): Análisis de Situación y de Expectativas. o Interacción: Análisis de cómo resolvemos nuestros problemas. Dos meses. o Implementación: Montaje y desarrollo de estrategia. Seis meses. o Sistematización: Evaluación y Análisis de resultados, incorporación de los cambios pertinentes a la práctica clínica diaria.

RESULTADOS

-Formación de 4 Equipos efectivos de enfermeras y auxiliares, para la Asignación Primaria. -Compromiso por parte del 80% de la Unidad con la Investigación. -Implicación del Supervisor en la Gestión de los Cuidados. -Puesta en marcha de las propuestas surgidas de la IAP. -Primeros resultados en el periodo de Implementación: ————— 3er Cuatrimestre 2007 marzo-08 I.C.C. 38,91% 36,61% Valoraciones Iniciales 68,49% 80,28% Enfermera referente 24,20% 59,60% »En Planes de Cuidados personalizados, hemos pasado de focalizar sólo los pacientes con Diagnóstico principal Diabetes, que eran un porcentaje poco significativo, a implantarlos en el 31% del total de ingresos.

DISCUSIÓN

Se ha producido una mejora importante en nuestros resultados en Cuidados: Valoración de pacientes, implantación de Planes de Cuidados individualizados, Enfermera Referente identificada, etc. El número de Informes de Continuidad de Cuidados con Atención Primaria se ha estabilizado tendiendo al alza también. Sin embargo, es necesario, y en ese escenario estamos, aumentar la coordinación Enfermera Primaria-Médico Responsable, para mejorar los resultados en el paciente, como son la disminución de la estancia media, evitando suspensión de pruebas, planificando el alta y preparando al cuidador principal. Además de mejorar la seguridad del paciente y aumentar su confianza y satisfacción con la atención recibida. Actualmente se ha establecido colaboración interdisciplinar para la identificación del paciente pluripatológico, acudir a la gestión de casos, etc. También se ha iniciado el proceso de detección de Cuidadoras de grandes discapacitados, poniendo en marcha medidas que mejoren la atención del enfermo y su cuidadora, y contribuyendo, igual en este caso, la personalización a la Continuidad de Cuidados en estos pacientes.

CONCLUSIONES

La personalización del cuidado en atención especializada pensamos que es la piedra angular sobre la que cimentar las mejoras que nos proponemos las enfermeras y como medida previa para hacer de la coordinación interdisciplinar un hecho más que un propósito.

CU-04 / PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS. DE LA ASIGNACIÓN A LA HUMANIZACIÓN

M. Correa Casado, F. Peso Boffa, M. Estévez Morales, L. Magaña Hernández, R. Gallego Robles, E. Rueda Capel, M. López Roca, M. Bono Herrerías.

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

OBJETIVOS

Implantar la personalización del cuidado en la unidad de Medicina Interna de la EPHP a través de la Investigación Acción Participativa (IAP), como herramienta cualitativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

* Encuestas a los pacientes/familia: satisfacción de los cuidados (previas a la implantación del proyecto). * Grupo focal con los profesionales implicados en el proceso: expectativas sobre la personalización. * IAP como modelo de investigación cualitativa, para adaptar a nuestra realidad un proyecto de personalización de los cuidados.

RESULTADOS

A.- Grupo focal: -Desconocimiento de la personalización y dificultades de su implantación.-Mejora en la continuidad de cuidados y preparación al alta. B.- IAP:1ª.- Sensibilización: Presentación del proyecto y aceptación del 100% de los profesionales de la plantilla (Auxiliares/Enfermeros). Mediante: Búsqueda bibliográfica y lectura crítica de los artículos. Mapa de la Unidad: situación actual. 2ª.- Inducción: Grupo nominal: Reconocimiento de los valores profesionales implicados en la personalización/humanización de los cuidados. Resultado: 1 Empatía, 2 Trabajo en equipo, 3 Profesionalidad, 4 Resolutivo y 5 Responsabilidad. Técnica DAFO: Diferentes estrategias para cumplir el objetivo planteado. Tabla 1. Asamblea participativa: Método de asignación de los pacientes. 3ª.- Interacción: Exposición de casos (toma de conciencia de la capacidad de transformar la realidad de la práctica clínica, a través de la experiencia y reflexión). El proyecto finalizará con la Implantación, sistematización y evaluación.

DISCUSIÓN

Mediante la personalización de los cuidados se consigue que éstos sean de calidad, más humanizados aumentando la satisfacción del paciente y su familia. La IAP permite que el proyecto sea reconocido por los profesionales como una oportunidad de ser ellos los motores del cambio, desarrollando estrategias adaptadas a su propia realidad tomando conciencia de las potencialidades que cada uno tiene. La asistencia a las diferentes reuniones de una gran parte de los profesionales nos da una idea del grado de implicación en el proyecto.

CONCLUSIONES

-La IAP permite: * que la personalización de los cuidados pase de ser una mera asignación de pacientes a unahumanización de los mismos. * Una mayor implicación y adherencia de los profesionales en la personalización.-La personalización de los cuidados facilita una metodología para gestionar la transferencia del paciente a su domicilio, mediante una planificación del alta precoz con la implicación de todo el equipo multidisciplinar.- La implicación de los Auxiliares de enfermería en el proyecto refuerza la idea de equipo para una atención integral del cuidado.

TABLA 1: ESTRATEGIAS OBTENIDAS EN LA MATRIZ DAFO

E. agresivas	Guías y protocolos Metodología enfermera
E. oportunistas	Implicación de facultativos
E. diversificación	Acogida al usuario reorganización del tiempo
E. defensivas	Recursos humanos modificación de circuitos

CU-05 / PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Torres del Marco¹, M. De Tovar Fernández¹, E. Ramos Calero¹, P. Rodríguez Lara¹, M. Torres Martín¹, A. Ortega Cotano¹, M. López Ibarra de la Cruz².

¹Urgencias. Área de Enfermería, ²Medicina. Área de Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer los diagnósticos más frecuentes emitidos en el centro, y su comportamiento en torno a otras variables básicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo del total de episodios atendidos en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Se analizaron todos los episodios asistenciales con alta hospitalaria entre los días 1 de enero y 31 de diciembre de 2007 que afectaran a las unidades de Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias (Observación/Sala de Tratamientos Cortos). Se trabajó con números totales, no realizándose muestreo. Se realizó un análisis estadístico en el que se registraron las variables edad, sexo, fecha de ingreso/alta, días de estancia, diagnóstico enfermero, procedencia de la formulación del diagnóstico (plan estandarizado o no) y número de historia. Los datos fueron extraídos de la base de datos del programa de gestión documental del hospital (ACTIX®) mediante consulta ex profeso. Se contabilizaron los diagnósticos emitidos para cada episodio atendido entre las fechas señaladas y que, lógicamente, dispusieran de plan de cuidados. Se solicitó asimismo el número total de episodios (con y sin plan de cuidados) y pacientes distintos atendidos en las mismas fechas en las unidades de estudio. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, con estadísticos de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Durante las fechas del estudio, en las unidades afectadas por éste se atendieron un total de 18149 episodios asistenciales, protagonizados por 13057 pacientes distintos, (media de 1,39 episodios por paciente). Al 100% de estos pacientes se les elaboró un plan de cuidados, emitiéndose un total de 191.108 diagnósticos. Se identificaron 68 diagnósticos diferentes. El 50,91% de los episodios fue protagonizado por mujeres, siendo el intervalo entre 70 y 79 años el que más episodios asistenciales propició. Es de reseñar que los 14 diagnósticos más frecuentes se hallaban en el 75% de los episodios. La media de diagnóstico por episodio (d/e) fue de 10,53, con una mediana de 10 d/e y una moda de 8 d/e. El grupo de edad con mayor número medio de diagnóstico por paciente fue el de mayores de 90 años (22,68), seguidos por el de 80-89 años (20,76). El grupo que presentó menos media de diagnósticos por paciente fue el de 0 a 9 años, con 8,98 diagnósticos. Los hombres acapararon el 49,08% de los diagnósticos. La forma más frecuente de llegar al diagnóstico fue a través de un plan de cuidados estandarizado, con el 51,75% y el resto provenían de una valoración general.

CONCLUSIONES

El 100% de los pacientes de las áreas estudiadas lleven un plan de cuidados implantado. Entre los 7 diagnósticos más frecuentes en nuestro hospital (suponen el 54,13 % del total), tres son diagnósticos reales, otros tres potenciales y uno es un problema de colaboración. No se ha encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, destacando dos grupos de edad en el que la media de diagnósticos por paciente era mayor. Entendemos que el conocer los diagnósticos más prevalentes en nuestro centro nos va a proporcionar una valiosa información de la que carecemos, máxime al tener en cuenta que el análisis se realiza en base a todos los usuarios del Hospital y no únicamente a los de un determinado servicio. El conocimiento que nos aporte el estudio nos permitirá, por ejemplo, diseñar planes formativos enfocados a aquellos diagnósticos más prevalentes, reelaborar planes de cuidados estandarizados, o incidir en el estudio de determinados factores de riesgo que puedan insinuarse. Con los datos obtenidos de este estudio podríamos prever los diagnósticos que con mayor probabilidad va a desarrollar el paciente con un ingreso programado, pudiendo adoptar medidas preventivas desde la propia AP minimizando el riesgo de que aparezca el problema. Por otro lado, podremos poner en marcha acciones formativas conjuntas con primaria, encaminadas a dotar a los profesionales de ambos niveles de los conocimientos y habilidades necesarias, para el manejo de los pacientes con estos diagnósticos más prevalentes.

CU-06 / CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO: AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

L. Boyarizo Rodríguez¹, A. Dil Martínez¹, J. Fernández Calzado¹, A. García Vilchez²,
C. Lozano Valdivieso¹, A. Cantón Cruz¹, J. López García³, F. Navarro Casado⁴.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Hospital de Día Médico, ³Servicio de Cardiología, ⁴Jefe de Bloque Médico-Quirúrgico. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

El sentimiento de miedo e inquietud en la familia de un paciente se pone de manifiesto cuando surge un ingreso hospitalario y mucho más cuando la vida de éste está en peligro. Elaboramos una serie de cuidados enfermeros para la esposa de un paciente ingresado en la Unidad de Medicina Interna 5ª planta área A del C.H.Torrecárdenas a la que diagnosticamos "Afrontamiento familiar comprometido" relacionado con desconocimiento de los cuidados y manifestado por incapacidad de dar respuesta a las necesidades del paciente. Nuestro objetivo era conseguir que la esposa se implicara en el: *Proceso de enfermedad de su marido. *Apoyo al paciente. *Adquiera destreza en los cuidados. *Adquiera capacidad para administrar esos cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Proceso de Atención Enfermero, con la valoración inicial según el modelo usado en el Complejo, que recoge patrones funcionales y necesidades. Seguimiento y evaluación del proceso durante el ingreso y valoración al alta de enfermería. Nuestro paciente, es un varón de 51 años, hasta el momento sano, pero un absceso cervical complicado, lo somete a una situación de extrema gravedad repentinamente. Hecho que hace a su esposa pasar por una situación que la enajena de todo y se aísla de la situación, llegando incluso a la negación de la situación actual. Tras hacer una valoración a la esposa, se llega a la conclusión que vamos a trabajar con ella el diagnóstico enfermero: Afrontamiento familiar comprometido r/ c desconocimiento de los cuidados m/ p incapacidad para dar respuesta a las necesidades del paciente. Elaboramos un Plan de Cuidados para conseguir el NOC: rendimiento del cuidador principal:cuidados directos y con las intervenciones enfermeras destinadas a conseguir este objetivo basándonos en la NIC.

RESULTADOS

Se instauró un programa educativo con la cuidadora principal donde se pactaron los cuidados que ésta debía proporcionar: adiestramiento en el manejo de los distintos dispositivos que el paciente portaba (traqueostomía, sonda nasogástrica) y se le instruyó a hacer frente a la posible obstrucción de la vía aérea, así como a suplir los problemas de autonomía y cuidados de la herida quirúrgica.

DISCUSIÓN

Aplicar el Proceso Atención Enfermero asegura la calidad de los cuidados, la atención personalizada y permite evaluar el impacto de las intervenciones enfermeras,obteniendo claras ventajas de su aplicación tanto para el paciente y cuidador como para el profesional. La implicación de la esposa, promovida por enfermería, ayudó a superar dificultades y aumentó el compromiso y la satisfacción del paciente, de su mujer y del personal de enfermería. Hoy son amigos de toda la Unidad.

CONCLUSIONES

Tras las intervenciones educativas, la cuidadora principal mostró conocer y llevar a cabo las acciones cuidadoras para las que se había entrenado, adquiriendo, tanto el paciente como ella misma, un nivel de autonomía satisfactorio para su manejo en domicilio. Implicar y buscar la corresponsabilidad del paciente y su familia en los cuidados que necesitan, ayuda a superar las dificultades; aumentando su compromiso y satisfacción. Aplicar un plan de cuidados personalizado al paciente,y pactar con él y su familia los objetivos a lograr, favorece la implicación de los cuidadores y garantiza la consecución de los objetivos.

CU-07 / FRECUENTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS POR EL MÓDULO CLÍNICO AZAHAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE LA LÍNEA

J. Puyana Domínguez, J. Fernández García, J. Alonso González, M. Vilches.

Servicio de Medicina Interna. Hospital del S. A. S. la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

OBJETIVOS

La introducción de planes de cuidados de enfermería en el seguimiento de pacientes hospitalizados, ha supuesto una importante herramienta de trabajo para nuestro colectivo desde hace unos años. Con la aplicación del módulo clínico Azahar, estamos consiguiendo sintetizar el extenso uso de estos cuidados, y también optimizamos el trabajo de valoración de los pacientes. Nos planteamos como objetivos de esta comunicación: - ofrecer un resumen real de los planes de cuidados estandarizados más utilizados por el personal de enfermería de la unidad de medicina interna del hospital de la línea, durante el último semestre de 2007. - reflexionar sobre los grandes retos de mejora en la aplicación de estos planes de cuidados estandarizados, a la vista de los resultados obtenidos tras el estudio que hemos elaborado, según información de la base de datos del módulo clínico Azahar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Partiendo de la información obtenida a través de la base de datos del módulo clínico Azahar, para esta comunicación hemos extraído el número total de planes de cuidados elaborados en el último semestre de 2007 (876 planes), y sobre este total hemos distribuido de forma numérica y porcentual según los planes de cuidados específicos, haciendo hincapié en los planes de cuidados más utilizados en la unidad: pluripatológicos, ACVA, insuficiencia cardíaca, EPOC, planes de cuidados individualizados, VIH-SIDA, paliativos, Diabetes mellitus II.

RESULTADOS

Como resultados finales hemos obtenido una clara utilización de 3-4 planes de cuidados estandarizados en particular sobre el resto de planes, siendo el de "pluripatológicos" el más usado por el personal de enfermería de nuestra unidad. Los siguientes planes de cuidados más utilizados han sido "ACVA", "insuficiencia cardíaca", "plan de cuidados individualizado" y "EPOC".

DISCUSIÓN

Nos planteamos como temas de discusión la mejora dentro de la elección y aplicación de planes de cuidados estandarizados, ya que entendemos que diversas patologías pudieron haberse planificado de forma más eficaz si la elección hubiese sido otra, ya que hay planes de cuidados que cubren perfectamente las necesidades de aplicación de nic y noc por parte de enfermería.

CONCLUSIONES

En resumen, estimamos que la aplicación de los planes de cuidados estandarizados a través del módulo clínico Azahar, nos acerca mediante esta comunicación a la realidad de las unidades de medicina interna, mostrándonos de forma objetiva las patologías más recurrentes y más planificadas por el personal de enfermería. Es obvio que el trabajo de planificación todavía es un campo amplio por explorar y es susceptible de mejoras en muchos aspectos, sobre todo en cuanto a la correcta aplicación de determinados planes de cuidados estandarizados.

CU-08 / CONTINUIDAD DE CUIDADOS ASISTIDA POR ORDENADOR

I. Lancharro Taverro, R. Vera Cosmo, I. Turanza Pérez, M. Pérez Ruiz, C. Hurtado Pedrosa.

Medicina. Área de Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

OBJETIVOS

-Cuantificar el número de informes de continuidad de cuidados de enfermería realizados en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe durante el año 2007.

-Demostrar las ventajas de la realización del informe de continuidad de cuidados de enfermería asistida por ordenador frente a su realización manual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo comparativo entre los años 2005,2006 y 2007 en los que la elaboración del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta (ICCAE) asistida por ordenador ha ido de menor a mayor.

RESULTADOS

Según los resultados obtenidos el número de Informes de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería es mayor cuanto más se ha implantado su elaboración asistida por ordenador. Estos datos indican que incluso siendo menor el número total de altas en el Hospital el porcentaje de informes realizados ha aumentado considerablemente.

CONCLUSIONES

-La elaboración del ICCAE asistida por ordenador permite una comunicación interniveles eficaz, efectiva y eficiente; proporciona información para facilitar la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario.

-Permite una doble vía de comunicación del alta: informe al paciente y listado de altas a enfermería de atención primaria.



CU-09 / EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

M. Díaz Benavente, S. Martín Matute, E. Valero Aliaga, B. Romera Morgado, C. Ridruejo Delgado, A. Díaz Cira.
UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Los registros enfermeros implicados en el P.A.E son: valoración inicial, escalas de valoración (Barthel, Pfizer: Braden; Emina: etc), monitorización de vías endovenosas, plan de cuidados con diagnósticos NANDA /NIC/ NOC, informe de continuidad de cuidados y evolución. OBJETIVOS *Establecer la monitorización de los registros, entendida ésta como el seguimiento y la utilización de las mediciones repetidas que permitan conocer la calidad de los mismos. *Evaluar el nivel de cumplimiento de los registros enfermeros cuantitativa y cualitativamente *Identificar los registros que han tenido mayor aceptación y cuales menos * Detectar desviaciones para hacer modificaciones oportunas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y ÁMBITO: estudio transversal retrospectivo. La variable a estudiar era, la actividad de Enfermería registrada. SUJETOS: La muestra estuvo integrada por 130 historias clínicas de pacientes que habían estado ingresados en la Unidad. El muestreo fue aleatorio no estratificado. A fin de evitar una excesiva dispersión se decidió seleccionar la Hta de los pacientes que habían estado ingresados en UCAMI en el periodo Septiembre 2007 a Febrero 2008 METODO: Se mantuvieron reuniones previas para construir una parrilla de recogida de datos con las actividades de Enfermería que se consideraron estándares de cuidados En la recogida de datos se han utilizados 4 parrillas que recogen datos sobre: * Primera parrilla: Datos cuantitativos de todos los registros del P.A.E, + escalas, + monitorización de vías + otros registros. * Segunda parrilla: Datos cualitativos sobre la Valoración inicial * Tercera parrilla: Datos cualitativos sobre el Plan de cuidados, diagnósticos (NANDA), intervenciones (NIC) resultados(NOC) * Cuarta parrilla: Datos cualitativos de evolución reseñadas por enfermeras y auxiliares ANÁLISIS ESTADÍSTICO: El tratamiento de la información se realizó mediante el programa SPSS 15.0.5, para Windows. y se ha basado en estadística descriptiva, porcentajes, mínimos y máximos.

RESULTADOS

A un 94% de los pacientes se les ha hecho la valoración inicial (VI) de los posibles patrones afectados. A un 87% se les había instaurado un plan de cuidados estandarizados (PCE), los más usados fueron Pluripatológicos en un 46% y de estancias cortas en un 36%. A un 13% no se les habían planificado los cuidados. Es de destacar que un 30% de las veces, en esta planificación no se deja constancia de la autoría, los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) en el 40% de los planes no están correctamente evaluados y registrados. No se han utilizado las escalas de valoración en un 71% de los casos, solo en un 25% de la entrevistas sí se ha hecho, la más utilizada ha sido la de Barthel, seguida de la Emina. El registro de úlceras solo se ha abierto en un 8% de los casos frente a un 86% que no lo tienen. En la VI en un 60% de los casos se contempla posible riesgo de presentar una UPP. La monitorización de la vías endovenosas ha quedado registrada en un 67% de los casos, y un 32% de las historias no lo contienen. Al 62% de los pacientes se le ha emitido ICC al alta. Las evoluciones en un 96% de las historias aparecen fechadas y firmadas por turno, no reflejan las respuestas de los pacientes a las intervenciones de los profesionales en un 30% de las veces. Aparecen expresiones (como: sin incidencias) "que no dicen nada" en un 27,5% de las evoluciones hechas por las enfermeras y en un 50% de hechas por auxiliares de enfermería.

DISCUSIÓN

Los registros evaluados muestran una favorable situación cualitativamente, la enfermería ha abandonado su resistencia a registrar, asumiendo que los registros son los instrumentos idóneos para ofrecer información actualizada sobre el estado de salud del paciente, evaluar la práctica enfermera, orientar en la toma de decisiones así como en la planificación y gestión de los cuidados. Negativamente, hemos encontrado la resistencia a firmar los registros, así como la diversidad e imprecisión de la terminología empleada en la evolución de los cuidados. Los registros son la Valoración Inicial y el Plan de cuidados, y los que menos son: el Informe de Continuidad de cuidados, las escalas de valoración y los registros complementarios como el de UPP.

CU-10 / ESTUDIO DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE DÍA DE UCAMI

M. Falcón Ortega¹, A. Pérez Mairén¹, M. Díaz Benavente², R. Arregui Pérez², M. Martínez Checa².

¹Unidad de Día de UCAMI, ²UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Objetivo Evaluar las actividades desarrolladas por enfermería en la Unidad de Día para una mejor gestión y optimización de los recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y ámbito: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de día de Ucami del Hospital General de HH.UU.V.R. de Sevilla
 Recogida de datos: Para la recogida de los datos se han utilizado las bases de datos de la Unidad. Determinaciones: Cuantificación de las actividades realizadas por enfermería en los últimos 5 años en el periodo comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2007, se han recogido el número total de consultas (que incluye primeras veces y revisiones posteriores). Así como, los procedimientos asistenciales tanto diagnósticos como terapéuticos llevados a cabo en dichas consultas, constituidas por las siguientes actividades:
 Procedimientos diagnósticos: Extracciones de muestras sanguíneas, realización de electrocardiogramas, medición ambulatoria de presión arterial (MAPA de 24 horas), Doppler para medición de índice tobillo-brazo y punción-biopsias de distintas... - Procedimientos terapéuticos: curas de heridas, gestión de transfusiones hemoderivados, paracentesis y administración de medicación intravenosa.

RESULTADOS

En el periodo del estudio (años 2.003 a 2.007), se vieron a un número total de 56.487 pacientes, de estas consultas 11.394 se correspondían a primeras veces y 42.553 fueron revisiones. El estudio Doppler comenzó a realizarse a partir de 2005 y el estudio del Mapa se comenzó a realizar en el 2.004 De 5.453 extracciones de analítica en el 2.003 hemos pasado a 8.167, de 1.397 EKG, en el último año se ha hecho 3.619, de 56 mapas de 24 horas en el 2.004 nos encontramos en el 2.007 con 227. Ver tabla 1

CONCLUSIONES

Conclusión: El aumento de las cargas de trabajo se correlacionan con el aumento de pacientes vistos en las consultas. Consideramos imprescindible, que este aumento exponencial lo conozcan los gestores para la adecuación de los recursos a las necesidades, y poder seguir manteniendo la calidad y eficiencia con la que se trabaja en la actualidad

TABLA 1. ACTIVIDAD POR AÑOS

ACTIVIDADES POR AÑOS	2003	2004	2005	2006	2007	TOTALES
1ª VEZ	2.500	2739	2.850	3.085	2.760	13.934
Revisiones	8.200	8.800	9.000	8.830	7.723	42.553
Extracciones	5.453	5.948	7.869	8.552	8.167	35.989
Curas	550	875	880	896	994	4.195
EKG	1.397	1.992	3.113	2.950	3.619	13.071
Transfusiones	163	240	322	396	343	1.464
Tto I.V.	1.203	1.861	2.464	2.485	3.292	11.305
Puncion/biopsias	95	205	277	250	276	1.101
Mapas		56	110	162	277	555
Doppler			12	27	58	97
Paracentesis	84	136	256	260	264	1.000

CU-11 / PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA TROPICAL

N. Martín Herrada¹, M. Fernández Martín², C. Fuentes Sánchez².

¹Consulta Medicina Tropical, ²Consulta Medicina Interna. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Describir las funciones del auxiliar de enfermería en una consulta de Medicina Tropical, donde se atienden fundamentalmente a pacientes inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las 133 historias clínicas de los pacientes vistos durante el año 2007 en la consulta de Medicina Tropical Del Hospital De Poniente. Las funciones que realiza el auxiliar en la consulta son: -Crear o revisar historia clínica del paciente que acude a M.Tropical. - Recibir al paciente y preparar las pruebas por las que viene a consulta. -Preparación del paciente para la exploración física (tensión arterial, peso, talla), y recogida de muestras (orina, pellizcos cutáneos, curas, etc.). -Explicación y acompañamiento a las distintas pruebas solicitadas en el día (Rx, analítica, biopsia rectal y orina). Acompañándolos igualmente a las consultas concertadas con la Unidad De Tropical para ser vistos en el día (Digestivo, Oftalmología, dermatología, Hematología y Farmacia. -Se les facilitará la medicación extranjera en la propia consulta. -Proporcionar la cartulina de citas próximas con su nº de historia, nombre, teléfono, fecha de nacimiento, nº de teléfono de la consulta de M.Tropical, y fecha de su revisión. -Recogida de datos del paciente y las pruebas pedidas en el libro de M.Tropical, y en la base de datos del ordenador (indispensable para la pronta recuperación del paciente en caso de pérdida de este).

RESULTADOS

Se atendieron un total de 133 pacientes durante el año 2007 procedentes en su mayoría de países de África Subsahariana (n=96 [72.2%]), 10 (7.5%) del Magreb, 15 (11.3%) Latinoamericanos, 8 (6%) Españoles, 3 (2.3%) de Europa del Este, 1 (0.8%) Europa Occidental. Los pacientes fueron remitidos fundamentalmente desde Atención Primaria (37.6%), Digestivo (12%), Urgencias (10.5%), planta de hospitalización (9.8%) y Medicina Interna (3.8%) y otro origen (25.6%). De los 133 pacientes, 74 han acudido a las revisiones programadas, 29 han sido dados de alta, 18 se han considerado pérdidas (13,5%), y 12 están pendientes de cita.

DISCUSIÓN

La características de los pacientes, sobre todo debido a la importante barrera idiomática que presentan, han hecho necesario adaptar las funciones del auxiliar de enfermería y de la propia consulta a tal fin. La realización de las exploraciones complementarias en el mismo día de la visita (consulta en acto único) es clave en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes, siendo fundamental en este punto el papel del auxiliar de la consulta.

CONCLUSIONES

El papel del Auxiliar de Enfermería es fundamental dentro de la actividad de la consulta de Medicina Tropical. El acompañamiento de los pacientes por las distintas dependencias hospitalarias, y recordatorio de citas, posibilita que las pérdidas de los pacientes se minimicen.

CU-12 / SUBCOMISIÓN DE UPP: HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

M. Navazo Alonso¹, M. Cabrera López², A. Moya García³, M. Palomo Hidalgo¹, M. Estévez Morales¹, R. Salinas Vargas¹, I. Acosta López¹, E. Rueda Capel¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía, ³UCI. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Generales: Aumentar los conocimientos de los profesionales y unificar criterios. Reducir la incidencia de úlceras por presión en las diferentes unidades de hospitalización. Específicos: Identificar a los pacientes en situación de riesgo de desarrollar úlceras por presión. Mantener la integridad de la piel en pacientes de alto riesgo. Optimizar la curación de úlceras por presión. Prevenir la aparición de nuevas lesiones. Prevenir y/o controlar la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el año 1999 se han desarrollado diferentes actividades por parte de enfermería, con la intención de unificar criterios de cuidados de UPP, por considerarse un indicador de calidad de primer nivel. En Mayo del 2006 se constituye la subcomisión de UPP, formada por 28 miembros que trabajan de forma interdisciplinar para fijar objetivos de trabajo teniendo en cuenta las necesidades formativas, se valoran los recursos y servicios disponibles, se hacen evaluaciones periódicas para la detección de áreas de mejora. Tras la recopilación y evaluación de toda esta información se elabora, una guía de práctica clínica de cuidados a pacientes con riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea y una guía para el cuidador principal de estos pacientes, basadas en grados de evidencia científica. Difusión de ambas guías mediante talleres formativos teórico-prácticos, con metodología enfermera, técnica de roll-playing dirigidos a profesionales. Difusión masiva en radio y prensa. Dotación generalizada de recursos, tales como, camas eléctricas, colchones visco elásticos y dispositivos de ayuda. Registros únicos para identificación de pacientes con UPP al ingreso, al alta o a aquellos con riesgo a los que se les aplican medidas preventivas. Homologación de apósitos para tratamiento y prevención de UPP.

RESULTADOS

Unificación de criterios y aumento del conocimiento de los profesionales de enfermería. Disminución de la incidencia de UPP, valorada en informe EPINE. Optimización en la curación de UPP de aparición extrahospitalaria. Aumento cualitativo en la cumplimentación y calidad de los registros de UPP. Evaluación de satisfacción del personal de enfermería tras la realización de los talleres con resultados basados en encuesta realizada a su fin, con puntuaciones sobre las variables analizadas que oscilaron entre 9.3 y 9.6 (siendo la puntuación mínima de 0 y la máxima de 10)

DISCUSIÓN

Mediante la elaboración y difusión masiva de la guía de cuidados de UPP se consigue unificar criterios en el cuidados de los pacientes con riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea. Con esta unificación de criterios se persigue reducir la incidencia de UPP y optimizar la curación de éstas. Un lenguaje común para todos los profesionales permite asegurar la continuidad de los cuidados durante el ingreso y al alta del paciente. La metodología utilizada en la difusión mediante talleres comunes tanto para enfermeros y auxiliares contribuye a una mayor implicación de los profesionales y una mayor idea de equipo, por lo que aumenta la calidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

Garantizar la seguridad del paciente implica también la prevención de lesiones durante su hospitalización. Un tanto por ciento elevado de las UPP son prevenibles mediante medidas eficaces respaldadas por una evidencia científica. LOS PROFESIONALES TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURARSE DE QUE SU TRABAJO ESTÉ BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, Y QUE EL CUIDADO QUE SE IMPARTA SEA DE ALTA CALIDAD " (Basterr) La capacidad de las enfermeras para desarrollar mecanismos de identificación de pacientes con riesgo de desarrollar UPP ayudará a disminuir los costes derivados del tratamiento y/o de la implantación de cuidados preventivos innecesarios. Adoptar tratamientos no comprobados, sólo servirá para perpetuar modalidades no científicas del cuidado de las heridas, las cuales se han mantenido demasiado tiempo. La enfermería debe combatir la prolongación de un uso exclusivo de materiales tradicionales, porque es la forma en que siempre se ha hecho.

CU-13 / PROTOCOLO DE AISLAMIENTO DE CONTACTO. HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

E. Rueda Capel, R. Gallego Robles, M. Palomo Hidalgo, M. Maleno Maleno, F. Reche González, M. Jiménez Salguero, F. Guil López, J. Alonso Martínez.

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

OBJETIVOS

1. Aumentar la Calidad de los cuidados de enfermería a los pacientes que precisan un aislamiento de contacto. 2. Evitar la transmisión cruzada de infección/colonización por microorganismos multirresistentes. 3. Control y seguimiento de pacientes colonizados. 4. Unificación de criterios en cuanto al manejo de pacientes colonizados/infectados. 5. Sensibilización del personal, pacientes y cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Formación de un grupo multidisciplinar para la realización del protocolo. - Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos. - Elaboración de un protocolo de actuación. - Reuniones periódicas para revisión y actualización del protocolo. - Elaboración de un tríptico para usuarios. - Talleres de sensibilización y difusión del protocolo.

RESULTADOS

-Protocolo de actuación del paciente con aislamiento de contacto. - Plan de cuidados al paciente en aislamiento de contacto. - Tríptico informativo a profesionales. - Tríptico informativo a usuarios. - Detección precoz de pacientes susceptibles de colonización/infección. - Medidas de aislamiento eficaces para el control de la transmisión cruzada. - Medidas de aislamiento preventivo. - Reducción de la estancia media por detección precoz con el consiguiente aumento de la calidad de vida de los pacientes y disminución del gasto sanitario.

DISCUSIÓN

La elaboración del protocolo de actuación ante el paciente colonizado/infectado por microorganismos multirresistentes permite la unificación de criterios mejorando la calidad asistencial. La detección precoz de éstos hace posible evitar la transmisión cruzada mejorando el pronóstico y la calidad de vida del paciente, así como una disminución de la estancia media y por lo tanto el gasto sanitario. Mediante el plan de cuidados se asegura una práctica enfermera centrada en el paciente desde una perspectiva holística para alcanzar su mayor grado de independencia ya sea por sí mismo o a través de un agente de autocuidados, interviniendo sobre sus conocimientos, su fuerza o su voluntad. Los talleres de sensibilización a los profesionales promueven una cultura de prevención y actuación frente a este tipo de microorganismos. Los trípticos informativos a los usuarios sirven como soporte en las intervenciones encaminadas a aumentar los conocimientos y disminuir el temor relacionado con una situación desconocida que provoca rechazo.

CONCLUSIONES

-La necesidad de tomar conciencia, tanto por parte de los profesionales como de los usuarios, de la importancia de llevar a cabo medidas de control de la transmisión cruzada y de seguimiento de los pacientes colonizados/infectados por microorganismos multirresistentes viene determinada por el aumento de los casos y la alerta sanitaria y social que estos generan. - Una información adecuada a los usuarios permite una disminución del temor y el rechazo que las medidas de aislamiento les provocan, y ayuda en la implicación de estos en el plan de cuidados.

CU-14 / TRABAJAR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: SUBCOMISIÓN DE CAÍDAS

S. Francés Morillas¹, I. Cánovas Mesas¹, F. Guil López¹, A. Parra Juan de la Cruz¹, T. Segura García²,
C. Echevarría Blanco¹, V. Navarro Bautista¹, S. Martínez Giménez¹.

¹Servicio de Hospitalización Medicoquirúrgica, ²Servicio de Tocoginecología. Hospital de Poniente 1.El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Establecer la magnitud del problema como primer paso para poder implantar estrategias de mejora y así poder identificar los pacientes que estaban en riesgo y poner en marcha las medidas que minimicen y/o eviten los accidentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2006 nace la subcomisión de caídas integrada por profesionales de las distintas áreas del hospital. Se aportaron los registros que existían en sus unidades de los que se extrajo: 1º. Necesidad de elaborar un único registro de monitorización de las caídas. 2º. Las deficiencias estructurales y elaborar un listado de dispositivos de seguridad. TABLA 1 y 2 Tras valorar todo lo hasta ahora obtenido la subcomisión decidirá la elaboración de una guía de prevención de caídas al paciente en atención especializada que incluyera: -Identificación de pacientes de riesgo (Escala de J.H.DOWNNTON) -Identificación de factores de riesgo, intrínsecos y/o extrínsecos. -Medidas de prevención e intervenciones. -Plan de cuidados del paciente con riesgo de caídas 00155 y en caso de caída incorporar a nuestro plan de cuidados el 00148 Temor rc respuesta aprendida (riesgo de una nueva caída). -Registro de monitorización de la caída -Actuación de enfermería frente a una caída.

RESULTADOS

-Elaboración de la guía normalizada y validada por la Comisión de cuidados intrahospitalaria. - Difusión entre los profesionales de la distintas unidades. - Implantación de medidas correctoras para la prevención de las caídas en las unidades.

DISCUSIÓN

Lo importante de cuando se produce una caída no es conocer el servicio en el que se ha producido, sino saber el cómo se ha producido e introducir las medidas correctoras necesarias lo antes posible. • Una vez cumplimentado el registro de caídas incorporaremos a nuestro plan de cuidados el diagnóstico 00148 Temor r/c respuesta aprendida (frente a una nueva caída). • Lo más importante a su vez de este registro es que el personal de enfermería que lo cumplimenta no tiene que poner sus datos, para que no vivamos el registro como una amenaza sino cómo la forma de poder registrar cuando se produce un acontecimiento adverso e intervenir y meter medidas correctoras lo más rápido posible.

CONCLUSIONES

La auditoría de los registros ha permitido identificar los riesgos para el paciente y adoptar las medidas correctoras que lo minimicen. La difusión e implantación de la guía ha creado cultura en la prevención de caídas en nuestro medio ya que la clave para la seguridad del paciente es la detección del riesgo.

Tipos de Sucesos
De la cama
Al intentar levantarse de la cama sin ayuda
Traslado del paciente de la cama al sillón
Caídas en el cuarto de baño
Caídas de bebés de manos de su madre por agotamiento de las mismas
Deficiencias detectadas
Propuesta de compra de camas nuevas que tengan barandillas incorporadas
Listado de mamparas de baño para evitar la salida del agua de los platos de ducha
Suelos antideslizantes en los baños
Dos asideros en los baños, uno dentro del plato de ducha y el otro al lado del WC
Sistema de ayuda para movilización de pacientes: gruas, transfer...

CU-15 / LA SEGURIDAD, LOS CUIDADOS Y LA CALIDAD: CAÍDAS, ÚLCERAS Y FLEBITIS

M. Godoy Chiclana¹, R. Expósito Medina¹, J. Mesa Valle¹, E. Raja Díaz¹, J. Jover Casas², N. Marín Gámez¹, M. De la Fuente³.

¹UGC Servicio de Medicina Interna, ²Dirección Corporativa, ³UGC MI & Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

La Seguridad Clínica es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes bien reconocido. Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria toman como punto de partida común el reconocimiento y la aceptación de la existencia de estos problemas. Abordar el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros implica la vigilancia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Se impone una gestión adecuada de riesgos. Determinados sucesos –úlceras presión, flebitis y caídas- han alcanzado el rango de “centinelas” en la seguridad de los pacientes. El objetivo de esta investigación fue describir la tendencia en la variable frecuencia observada de estos sucesos y analizar la hipótesis de la mejora interanual con efecto Hawthorne.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajamos como Unidad de Gestión Clínica de un complejo hospitalario del grupo I. El 25% de todos los enfermos y el 75% de los ingresados sufren al menos 4 condiciones médicas crónicas: tienen una edad media de 69 años (38-97) y una mediana de 72 años (población netamente anciana). Fueron seleccionados tres acontecimientos adversos que acumulan mayor evidencia en cuanto a efectividad de prevención relacionados en gran medida con el cuidado enfermero. Se efectuó el seguimiento prospectivo de tres años: 2004-07-jun. Empleamos los registros de cuidados. Método estadístico descriptivo e inferencial (aunque las muestras no son aleatorias, se efectuó contraste de χ^2 con ajuste para tamaños muestrales bajos, salvo para la categoría “caídas”, con resultados <5). El diseño corresponde a una investigación evaluativa de base clínica.

RESULTADOS

Nº total de Flebitis UPPs Caídas AÑOS-pacientes Nº total de Nº total Nº total Nº total Estructur No Estructur de vías Flebitis domici planta
 2005 2523 1202 44 22 12 0 0 2006 2665 1265 26* 19 9* 1 3 2007 2055 972 20 28 5 1na 0 2008 432 225 2 7 1 0 0

DISCUSIÓN

Durante el trienio 2004-2007 se han registrado sistemáticamente los sucesos centinela más relacionados con los cuidados en la UGCM. Pusimos en marcha secuencias preventivas ante delirium (caídas), simplificación de los tratamientos intravenosos (flebitis) y rotaciones ergonómicas en pacientes inmovilizados (UPP). Es notable la reducción gradual relativa de tres sucesos centinela en los tres años. Prestar atención hacia una cosa es “ya mejorarla”. El hospital y sus líderes pueden promover la cuantificación de este tipo de eventos estableciendo un sistema en el que los profesionales tengan el conocimiento, el tiempo, la competencia y las herramientas que mejoren la seguridad, sin sentirse por ello “acusados”. Este sistema está bien implantado entre los profesionales de cuidados. Cada profesional, además, tiene la obligación de cumplir con los estándares establecidos por el centro.

CONCLUSIONES

La política de calidad seguida en nuestro centro y en la UGC ha permitido consolidar una tendencia de mejora continua y reforzar el compromiso diario con la seguridad. Trasladar esta información a los usuarios es un reto que debemos afrontar.

CU-16 / PÓSTER: PERFIL GENERAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Pérez Sánchez, D. Carmona Heredia, M. García Muñoz.

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

OBJETIVOS

Hemos intentado obtener como objetivo principal el perfil medio del paciente con riesgo y/o alto riesgo de caída.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una recogida de datos a partir de una muestra de 91 pacientes, todos ellos correspondientes a un grupo de alto riesgo de caídas (según escala Downton); ingresados en la Unidad de Medicina Interna del H. U. Virgen de Valme (Sevilla) a lo largo de un periodo de duración no menor a 9 meses, teniendo en cuenta como items los factores intrínsecos que se dan con mayor incidencia. En la recogida de datos se han incluido: · Información sobre el paciente: edad, sexo. · Estado general del paciente: nivel de consciencia (orientado, confuso, inconsciente, agitado), nivel de movilidad (independiente, apoyo mecánico, ayuda parcial, ayuda total), patologías que pueden influir (inestabilidad motora, problemas de visión), fármacos administrados (psicofármacos, diuréticos, hipotensores).

RESULTADOS

Apenas se pueden objetivar diferencias entre sexo en el riesgo de caída, pues en hombres es de un 50,5% y mujeres 49,5% (Gráfico). No obstante en otros estudios realizados con anterioridad, la diferencia es mayor, teniendo los hombres más incidencia de caídas, aunque en el presente estudio estamos valorando el riesgo o alto riesgo de caída, no el incidente en sí. En cuanto a la edad, nos encontramos con una media de 72,5 años. Si diferenciamos entre sexo, en este caso si observamos una década de diferencia entre ambos, centrándose en los hombres en los 68 años y en las mujeres en los 77 años. Las patologías más comunes son: El Síndrome Constitucional seguido de Etilismo y Cardiopatía Isquémica son las enfermedades que mayor incidencia poseen en nuestra unidad. En patologías cardíacas hemos incluido también el dolor torácico, fibrilación auricular, SCAEST (Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST), etc.; en alteraciones del sistema nervioso central (S.N.C.) podemos encontrar la enfermedad de Parkinson, el deterioro cognitivo; patologías psiquiátricas, etc.: otros diagnósticos que podemos hallar también son la malnutrición, síndrome metabólico, anemia, insuficiencia renal, etc

CONCLUSIONES

En conclusión podemos resumir que el perfil tipo del paciente con riesgo o alto riesgo de caída es aquel hombre hospitalizado mayor de 68 años de edad en adelante con una o más de las patologías citadas anteriormente (Síndrome Constitucional, Etilismo, Cardiopatía Isquémica,...). Cabe citar que estas patologías tienen un mayor riesgo de producir caídas debido a que cada una de ellas tiene una sintomatología que hace que condicione el incidente o "caída". Así en el Síndrome Constitucional existe una pérdida de fuerza muscular, en el Etilismo una pérdida de estabilidad, una encefalopatía hepática, en la Cardiopatía Isquémica hipotensión ortostática y cinetosis por el compromiso vascular e ineficacia de perfusión sanguínea, etc. En nuestra unidad nos basamos en una correcta valoración y la implantación de medidas preventivas a partir de una puntuación de mayor o igual a 3 puntos según la Escala Downton. Unos ejemplos de dichas medidas son las siguientes: -Manejo ambiental del entorno con el fin de crear un estado de seguridad (luces, objetos...) -Utilización de barandillas laterales en la cama. -Identificar déficit cognitivos o físicos en los pacientes. -Proporcionar dispositivos de ayuda. -Educar a la familia sobre los factores de riesgo. -Sugerir y utilizar calzado seguro y antideslizante. -Instruir al paciente para pedir ayuda al levantarse. -Sujeción mecánica en caso necesario.

CU-17 / MODELO DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

J. García Alegría¹, M. Aranda Gallardo², E. Prieto Lara³, A. Jiménez Puentes⁴, G. López Rojas², F. Poveda Gómez¹, J. Canca Sánchez², M. Martín Escalante¹.

¹Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina, ²Dirección de Enfermería, ³Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁴Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga).

OBJETIVOS

Evaluar los factores de riesgo de desarrollo de úlceras por presión (UPP) y elaborar un modelo de predicción de las mismas en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivas mediante análisis de bases de datos, de todas las altas del año 2007 en 2 plantas de hospitalización de Medicina Interna (60 camas). La información sobre UPP y el estado nutricional procedió de registros informatizados de enfermería. Variable dependiente: UPP durante el ingreso hospitalario, y variables independientes: edad, sexo, duración de la estancia hospitalaria, índice de masa corporal (IMC), escala de riesgo de desnutrición (rango de 0-15 puntos, basada en 5 variables: pérdida de peso involuntaria en los últimos 3 meses, IMC, apetito, capacidad para comer y nivel de estrés durante el ingreso), variables del CMBD, diagnósticos principales más frecuentes (ACV e insuficiencia cardiaca) y comorbilidad (demencia, diabetes e insuficiencia renal). Análisis estadístico descriptivo, bivariado (Ji cuadrado para variables cualitativas, t de Student para cuantitativas y regresión logística multivariante).

RESULTADOS

Se estudiaron 1661 altas de hospitalización del año 2007, con una incidencia de UPP del 5,7%. Fueron varones: 54,2%, la edad media fue de 67,2 años (DS 18,9) y la estancia media de 9,6 días (DS 10,9). El 74,4% de los pacientes tenía registrado su riesgo de desnutrición, un 71,3% de pacientes en riesgo bajo (0-4 puntos), 23,5% en riesgo medio y 5,2% en riesgo alto (9-15 puntos). La incidencia más alta de UPP se dio en los GRDs 533 Trastornos del SNC (13,8%) y 541 Trastornos respiratorios con complicación (10,3%). El análisis bivariado mostró una incidencia de UPP mayor en los pacientes con demencia, con riesgo nutricional elevado, mayor edad y duración de la estancia. En el modelo de regresión logística multivariante (casos válidos = 1236; $p < 0,001$) las variables predictivas de UPP fueron la edad (OR 1,04; IC 95%: 1,02-1,07), la duración de la estancia (OR 1,07; IC: 1,05-1,08) y el riesgo de desnutrición (OR: 1,23; IC: 1,12-1,36).

DISCUSIÓN

Se ha obtenido un modelo de predicción de riesgo de UPP específico para pacientes hospitalizados en Medicina Interna que incluye variables clínicas y nutricionales, que permite una identificación e intervención precoz para la prevención de las mismas.

CONCLUSIONES

El riesgo de UPP en pacientes de Medicina Interna se relaciona con la edad, así por cada año hay incremento de riesgo de 4%, la estancia con 7% de incremento por cada día, y el riesgo de desnutrición, 23% por cada punto de la escala.

CU-18 / REUNIONES MULTIDISCIPLINARES PERIÓDICAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y PLURIPATOLÓGICO

T. Martínez¹, B. Barón¹, A. Escalera¹, F. Rivas², N. Susierra², G. Estrada³, E. Pujol¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²DUE, ³Trabajo Social. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN. El que hacer diario de los clínicos se basa en el diagnóstico y tratamiento de los procesos que aquejan a los pacientes. Una parte no despreciable de nuestra labor la empleamos en atender a enfermos crónicos y de edad avanzada, que suele ser reincidentes a lo largo del tiempo. Cada vez más se precisa de una especial atención a estos pacientes frágiles, sobre todo durante su estancia en el hospital. Además de las sesiones clínicas entre facultativos debe efectuarse reuniones de los distintos profesionales en los hospitales generales para este grupo de pacientes complejos. **OBJETIVOS.** 1.- Analizar los datos básicos de las reuniones semanales en la planta de la unidad continuidad asistencial en nuestro medio. 2.- Fomentar el intercambio de información sobre pacientes entre los distintos profesionales que atienden a enfermos crónicos y pluripatológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN. El estudio se realiza sobre las reuniones realizadas por el equipo de profesionales que atienden a enfermos con edad avanzada y pluripatológicos en el hospital Vázquez Díaz del área hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva. Los profesionales implicados son: facultativos especialistas de medicina interna y residentes de dicha especialidad o de familia, diplomados de enfermería de enlace y de planta, auxiliares de enfermería, trabajadora social y fisioterapeuta. El tiempo del estudio va desde mediados de abril del 2007 hasta mediados de abril del 2008. **METODOLOGÍA.** La información se obtiene de las actas de dichas reuniones semanales. Se contabilizarán las fechas y donde se llevaron a cabo, número de asistentes de las distintas profesiones y número de enfermos que estaban ingresados en el momento de la reunión.

RESULTADOS

En el periodo del estudio el número total de reuniones fue 28, con una media de 2 reuniones por mes y un descenso estival de las mismas. El número medio de facultativos era de 3, de enfermeros 4 y auxiliares 3. Como término medio una de cada dos reuniones asistía la trabajadora social y de forma frecuente por contacto telefónico la fisioterapeuta. La media de pacientes hospitalizados era 21 sobre 28 (75%).

DISCUSIÓN

Dada la complejidad de los pacientes de edad avanzada y pluripatológico, no solo precisa de una actuación clínica, sino que además debe integrarse sus cuidados, sus necesidades, sus circunstancias personales, familiares y sociales. Toda esta información se perdería si no se realizaran unas reuniones donde los distintos profesiones pudieran aportar sus puntos de vista en relación con el enfermo frágil. Los clínicos aportamos las directrices de la terapéutica, pero para que ésta sea eficaz debe basarse en los cuidados cotidianos del paciente, el apoyo familiar y del entorno. Es decir, se desarrolla lo que se viene a denominar valoración geriátrica exhaustiva: seleccionar los pacientes frágiles, valorar y elaborar de un plan de cuidados e implantar las medidas de mejora. Nuestra experiencia ha sido muy positiva, hemos ganado en enriquecimiento del conocimiento de los cuidados y las expectativas de nuestros pacientes, sus deseos y opiniones a través de la información aportada por enfermería, trabajadora social y fisioterapeuta (ésta última a través del contacto telefónico).

CONCLUSIONES

1.- Sería deseable realizar de forma frecuente reuniones de equipo multidisciplinar durante la estancia hospitalaria para seleccionar pacientes frágiles. 2.- Dichas reuniones mejora la atención a los pacientes de edad avanzada y pluripatológico.

CU-19 / PREALTA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES FRÁGILES Y CUIDADORAS

S. López Martínez¹, C. Ceacero Rodríguez², A. Villar Raez¹, M. Ruiz Fuentes², A. Godoy Cano², A. Alcántara Buendía², J. Álvarez Gómez², T. Gómez García².

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). ²Enfermera comunitaria de casos. Distrito Sanitario Jaén Nordeste (Jaén).

OBJETIVOS

En el Hospital San Juan de la Cruz y el Distrito Sanitario Jaén Nordeste se ha establecido un circuito de planificación al alta denominado PREALTA con el objetivo de comenzar a gestionar los recursos y cuidados de los pacientes antes del alta hospitalaria para garantizar la continuidad de cuidados. Los objetivos: -Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes frágiles y sus cuidadoras integrados en el proceso de PREALTA de forma compartida entre AE y AP. -Conocer el nivel de satisfacción de la población de cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo con utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas. Población: Pacientes frágiles y cuidadoras integrados en el proceso de PREALTA en el año 2006 Variables: - Variables sociodemográficas y clínicas en el paciente (Hospital de procedencia, Edad, Sexo, Nivel de dependencia, Profesional que deriva, Material ortoprotésico, Motivo de la derivación, Grupo de riesgo) - Variables sociodemográficas y clínicas en la cuidadora (Edad, Sexo, Diagnóstico Principal de Enfermería y Apoyo requerido) - Satisfacción en cuidadoras siguiendo el modelo SEROVAL que incluye las siguientes dimensiones: seguridad, capacidad de respuesta, cortesía, comprensión, comunicación, tangibilidad, competencia y accesibilidad. Recolección y análisis de datos: Se procedió a realizar un análisis estadístico descriptivo. El total de la población estudiada fue de 139 pacientes y cuidadoras. -La satisfacción se estudió a través de la realización de grupos focales y el posterior análisis cualitativo. La población estudiada la compusieron 45 cuidadoras distribuidas en 5 grupos focales.

RESULTADOS

Los datos más relevantes son los siguientes: - En las variables recogidas en el paciente se obtiene que más del 90 % son mayores de 60 años; un 78% tienen dependencia severa; casi un 70% necesitan material ortoprotésico. -En las variables recogidas en el cuidador principal se obtiene que un 80% son mujeres, de las que aproximadamente el 50% son mayores de 60 años. Cabe destacar que en el diagnóstico principal en casi un 40% corresponde a cansancio en el desempeño del rol del cuidador o riesgo de cansancio en el rol del cuidador; en cuanto al tipo de apoyo un 60% necesita apoyo formal. - En cuanto a la satisfacción, el estudio cualitativo muestra que la planificación de las altas mejora la accesibilidad, la percepción de continuidad en los cuidados y disminuye la variabilidad.

DISCUSIÓN

El perfil del paciente frágil que se incluye en el proceso de PREALTA es el de un hombre o mujer mayor de 60 años, con un nivel de dependencia severa que necesita en la mayoría de las ocasiones material ortoprotésico y que se deriva generalmente por un problema de deterioro de la movilidad o por ser paciente paliativo-oncológico. En el caso de la cuidadora, el perfil responde a una mujer de edad media-avanzada que presenta con alta frecuencia cansancio o riesgo de cansancio en el rol del cuidador y que requiere en un porcentaje alto de apoyo formal. Por último el nivel de satisfacción de las cuidadoras con el proceso de PREALTA es alto con respecto a la accesibilidad y se percibe satisfactoriamente la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

Una adecuada comunicación entre los profesionales interniveles garantiza una atención integral y continuada sin interrupción al paciente y cuidadora, además mejora la percepción que el paciente tiene a la llegada a su domicilio tras el alta hospitalaria y favorece que el nivel de satisfacción de la cuidadora con la atención recibida sea alto.

CU-20 / LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA Y LA NECESIDAD DE UN REDISEÑO DE LAS ALTAS

N. Marín Gámez¹, M. Godoy Chiclana¹, M. Amaro¹, D. Carrillo¹, M. De la Fuente¹, J. Jover Casas², J. Trujillo¹.

¹UGC Medicina Interna, ²Dirección Corporativa. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

Describir resultados intermedios de un programa sociosanitario que ofrece servicios múltiples, concertado entre 27 profesionales pertenecientes a medicina hospitalaria y comunitaria sobre una cohorte clínica de pacientes pluripatológicos, en marcha desde enero de 2005 hasta dicc 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población envejece. Una proporción significativa de mayores de 65 años tienen buen estado de salud, autonomía, y experiencia; y están razonablemente satisfechos e integrados en su comunidad. Otros padecen grados variables de dependencia en los últimos años de vida. Son años de distres físico-psíquico, progresivo deterioro funcional, fragilidad e incremento de necesidades de apoyo externo o familiar. Los frecuentes ingresos hospitalarios no programados, la demanda de diferentes consultas, incluidas las urgentes, el efecto sobre los cuidadores, los escasos recursos familiares, la discapacidad, la institucionalización, son efectos comunes entre estos pacientes. Los Pacientes y Los Métodos. Estudio evaluativo, clínico y de gestión sobre una cohorte prospectiva y abierta: 1523 casos. Pacientes elegibles: pluripatológicos -según criterio SAS- ingresados en un servicio público de Medicina Interna, unidad de agudos, de ámbito provincial del norte andaluz. Edad media 78,3; rango: 35-101 mediana 71, 2. El 88% fueron pacientes geriátricos. Sexo: 46% mujeres, 54% hombres. Polipatología: 5,6 disfunciones orgánicas y 4,7 procedimientos. Polifarmacia: 8,78 fármacos/enfermo. Un 41% sufrían deterioro cognitivo en grado variable (E. Pfeifer >4). El 88% eran dependientes (I. Barthel <60). Participantes: enfermos en quienes se activaron planes asistenciales compartidos (PACs). Estadística descriptiva de las intervenciones y servicios. Estimación coste adicional medio al alta. Objetivos. Principal, una evaluación de indicadores del programa.

RESULTADOS

Fueron evaluados 1523 pacientes, y en 768 casos se activó un PAC. Murieron 78 pacientes durante la hospitalización (12,1%). Reingresaron 66, casi tres veces más que el estándar del servicio. Los destinos de pacientes con PACs fueron: 627 (81,7%) a domicilio, con diferentes recursos de apoyo o red de garantía: 625 (99%) DUE-comunitaria & enlace; 255 (40,4%) Trabajo Social; 176 (27,8%) intervención de RHB; 96 cartillas continuidad. La mayoría necesitaron 2 ó más apoyos socio-sanitarios. El 17,4 %, 110 casos, requirió algún tipo de convalecencia en centro de media estancia. Ingresaron en residencia 25 (4%). El programa causó 2 reclamaciones. La decisión de activar un PAC (plan compartido) partió de medicina y/o cuidados, y supuso a la Unidad Clínica de gestión de Medicina un coste adicional de 34 euros/caso (+2% IPC).

DISCUSIÓN

Los autores buscamos soluciones innovadoras basadas en gestión de recursos y soluciones organizativas. Los objetivos con estos pacientes rara vez son curativos. Más a menudo se centran en mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento humano, simplificar la intensa polifarmacia, paliar síntomas, rehabilitar la capacidad de autonomía aún disponible y apoyar a las abrumadas familias y cuidadores. Nuestro grupo proveyó servicios diversos: Cuidados domiciliarios complejos, Ortesis, camas articuladas, sillas...; Terapia Física, Ocupacional o Counseling; Gestión de recetas y citas; apoyos sociosanitarios: desde barreras arquitectónicas, o telasistencia a pensiones, acceso a residencias, centros de día; evaluación para el baremo de La Ley de Dependencia...; Apoyo a cuidadoras –cartilla específica-; facilitación de Trasporte sanitario, e, incluso, Opciones de último recurso (paliativo-AECC-registro testamento vital)

CONCLUSIONES

La disposición al alta exige un rediseño, una reingeniería. Desde el proceso "enfermo pluripatológico", con participación de intervenciones profesionales transdisciplinares, y con una planificación conjunta es posible ofrecer un paquete de medidas garantistas que evite la fragmentación y potencie la continuidad. Es una respuesta necesaria ante el creciente número de casos similares con intensa fragilidad.

CU-21 / DURANTE LOS FESTIVOS SEGUIMOS CUIDANDO AL PACIENTE FRÁGIL. TELECONTINUIDAD DE CUIDADOS. SALUD RESPONDE

M. Fernández Fernández¹, J. Fernández Calzado¹, A. Dil Martínez¹, A. García Vilchez², A. Cantón Cruz¹,
C. Lozano Valdivieso¹, N. Galdeano Rodríguez³, F. Navarro Casado⁴.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Hospital de Día Médico, ³Director Enfermero, ⁴Jefe de Bloque Médico Quirúrgico. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Los pacientes considerados frágiles, cuando reciben el alta desde las unidades de hospitalización en fin de semana, festivo ó vispera, pueden sentirse desolados por la falta de atención desde su Centro de Salud, al poder estar éstos cerrados. Salud Responde sale al paso de éstos pacientes durante este tiempo para facilitar que ante algún problema, les llegue la atención sanitaria precisa. Desde el hospital, se captan a éstos pacientes antes de ser dados de alta y se les ofrece el servicio de seguimiento telefónico y realización de Intervenciones Enfermeras. El objetivo es dar a conocer éste servicio a los profesiones y pacientes e informar cómo se realiza éste trabajo desde las Unidades de Hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

*Registro de enfermería de paciente. *Conexión a Internet. La enfermera referente detecta al paciente frágil, considerando los siguientes criterios. *Persona mayor/menor de 65 años. *Presenta 2 o más enfermedades crónicas. *Toma 5 o mas fármacos: diuréticos, hipotensores, antidepressivos, neurolépticos. *Limitación funcional. *Limitación y/o deterioro cognitivo. *Proceso oncológico que finalice tto. de quimioterapia el día del alta. *Proceso en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos. Cuando se dá el alta al paciente en fin de semana, vispera de fiesta o festivo es la Supervisora la encargada de explicar y ofrecer este servicio al paciente y/o familia antes de irse, al que puede acogerse o no. Si el paciente acepta ella es, quien recoge los datos personales y clínicos y los envía por Intranet a Sevilla siendo ellos los encargados de contactar con el paciente y/o familiar. Este servicio se inició en Junio de 2004 como Plan de seguimiento telefónico a personas frágiles ante temperaturas extremas, dados los óptimos resultados continúa desde Octubre de ese mismo año para todos los Hospitales de la Red Andaluza.

RESULTADOS

Desde Agosto de 2005, de éste Servicio se han beneficiado 152 pacientes de Medicina Interna ingresados en la 5ª planta área A del Complejo Hospitalario Torrecardenas de Almería

DISCUSIÓN

La utilidad de los cuidados se describe ampliamente en la literatura científica y entre los beneficios más destacables se encuentran, la adherencia al tratamiento, la percepción de mejora en la calidad del cuidado y la reducción de los ingresos hasta en un 50%, lo que implica una mejora en la continuidad de cuidados y de la salud de la población. Con la implantación de este servicio nos aseguramos la accesabilidad del usuario al sistema en cualquier momento y nos permite además el seguimiento por parte del sistema en determinadas circunstancias. El servicio telefónico de Salud Responde puede dar respuesta a esta situación mediante: *Llamadas al menos una vez a la semana. *Cada llamada ofrece resolución de problemas, empatía, ánimo, entrenamiento /educación, recordatorio, refuerzo y reconocimiento de conductas/logros y derivación al Centro Coordinador de urgencias si es necesario.

CONCLUSIONES

Aunque suponga una sobrecarga de trabajo en el fin de semana para enfermería, gracias a ello, las necesidades que puedan existir durante los fines de semana y festivos en los pacientes frágiles, pueden verse subsanadas gracias al seguimiento de Salud Responde. Este sobreesfuerzo compensa el trabajo de Enfermería, que ve con ello, una mejora en la calidad de atención recibida y percibida.

CU-22 / PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DÉFICIT CRÓNICO NEUROLÓGICO

P. Carrillo Alascio¹, F. Laynez Bretones¹, B. Martín Revelles¹, J. Baena Delgado¹, L. Ortega Parra², F. Juan Pérez³, M. Roldán Perales⁴, R. Casas Moya⁵.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermera Hospitalaria de Enlace, ³Enfermero Comunitario de Enlace, ⁴Enfermera de Medicina Interna, ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Pulpi. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas, diferentes parámetros de deterioro funcional y consumo de recursos de los pacientes pluripatológicos (PPP) que presentan déficit neurológico crónico, con activación del plan de asistencia compartida (PAC) desde atención primaria por enfermería comunitaria de enlace (ECE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los PPP con activación de PAC desde atención primaria por ECE, atendidos entre el 1 de enero de 2006 y el 5 de marzo de 2008. Se han recogidos los datos de filiación, características clínicas y motivos de activación de PAC, recogién dose en una Base de Datos Acces, expresándose sus resultados en números absolutos y medias.

RESULTADOS

Total pacientes atendidos mediante PAC por ECE: 237. Total pacientes con criterio clínico Neurológico: 179. La edad media fue 75 años, 108 mujeres y 71 varones. Su principal patología fue la demencia / deterioro cognitivo (103). La causa más frecuente de PAC fue la valoración nutricional (54%). Los indicadores de deterioro funcional más frecuentes fueron: deterioro de la movilidad (125), incontinencia urinaria (102), compresión limitada de la información (95). Los recursos más frecuentemente consumidos fueron: pañales (136), colchón antiescaras (85), cama articulada (80).

DISCUSIÓN

Los PPP se caracterizan por la presencia de enfermedades no curables y mantenidas, presentan un deterioro progresivo, generan una disminución gradual de la autonomía y capacidad funcional y tiene importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales. Los pacientes con déficit crónico neurológico representan el criterio clínico definitorio de PPP, atendidos mediante PAC, con mayor peso diagnóstico en nuestra Área de Gestión Sanitaria. Los PPP de nuestro estudio que presentan deterioro clínico neurológico corresponden fundamentalmente a demencia/deterioro cognitivo, el principal motivo de activación de PAC fue la valoración nutricional. Los déficits funcionales y el consumo de recursos más frecuentes fueron los relacionados con el deterioro de la movilidad.

CONCLUSIONES

Se deben establecer estrategias para reforzar la información a pacientes y cuidadores sobre aspectos nutricionales y de movilidad en estos pacientes, con la intención de limitar sus riesgos derivados.

G-01 / COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

G. Urbano García¹, A. Reche Molina¹, J. Garrido González¹, M. Moreno Higuera², P. Giner Escobar².

¹Enfermera Medicina Interna, ²Médico Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

1) Conocer la utilidad y el nivel de satisfacción del informe de continuidad de cuidados (ICC) al alta, por parte de los profesionales implicados. 2) Detectar los posibles déficit del ICC con objeto de plantear medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de diseño descriptivo transversal. La población de estudio incluida fué: personal sanitario de los Centros de Salud destinatarios del ICC y médicos de Atención Especializada (AE) del Servicio de Medicina Interna (MI). El periodo de inclusión se desarrolló entre enero-marzo del 2008. Se realizó un cuestionario telefónico de 8 preguntas al personal de enfermería de AP y una encuesta a los médicos, que fué telefónica para los de AP y mediante entrevista personal para los de AE. Las variables fueron las preguntas de dichas encuestas. La muestra global fué de 32 profesionales sanitarios (20 enfermeros/as de AP, 6 médicos de AP y 6 de AE). El análisis estadístico se realizó con el S.S.P.S.10.0.

RESULTADOS

En el cuestionario realizado al PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP: 1.- El 60% consideró el contenido del ICC como bastante adecuado. 2.- El 57% creyó que el ICC es bastante útil. 3.- El 100% utiliza la Taxonomía NANDA para desarrollar el Plan de Cuidados. 4.- El 100% considera la llamada telefónica en casos necesarios, como mayor garantía para la Continuidad de Cuidados. 5.- El 60% consideró la comunicación telefónica entre médicos de AP y AE como muy adecuada. 6.- El 20% informa al médico de A.P. de los informes de alta alguna vez y el 15% casi siempre. 7.- Y por último el 20% piensa que los cuidados reflejados en el ICC disminuyen la derivación de los pacientes al hospital en gran medida y el 15% sólo alguna vez. Las medidas de mejora planteadas más frecuentes fueron: A.-Adecuar el nivel de cuidados en domicilio al de dependencia(20%). B.-Asegurar que el ICC es mandado al centro de salud donde residirá el paciente, al alta del hospital (30%). C.-Identificar adecuadamente (nombre, CNP) al facultativo que atiende al paciente en AP (10%). D.- Enfatizar los problemas que quedan sin resolver o están en proceso de desarrollo (40%). Con respecto al PERSONAL FACULTATIVO: 1.-El 60% no conocía el contenido del ICC. 2.-El 80% consideró muy útil la comunicación telefónica entre ambos niveles, sobretodo para resolver problemas relacionados con reagudizaciones en los pacientes crónicos. 3.- El 60% consideró útil el ICC para garantizar la continuidad de los cuidados. No obstante matizan que su utilidad para disminuir los reingresos queda limitada por la problemática social de muchos de los pacientes.

DISCUSIÓN

Si la necesidad de mejorar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales es una prioridad para asegurar la calidad asistencial, está lo es más aún en los pacientes pluripatológicos y frágiles comúnmente atendidos en las salas de MI. En nuestro trabajo se comprueba que el ICC resulta un herramienta útil, en este sentido, aunque mejorable, para la mayoría de los profesionales implicados. Es de destacar la necesidad percibida de optimizar aquellas medidas encaminadas a resolver problemas pendientes. Aunque la muestra es pequeña, resulta significativo que un alto porcentaje de facultativos desconocen el contenido del ICC a pesar de considerarlo de utilidad. Tanto para el personal facultativo, como para el de enfermería, el contacto telefónico, siempre que sea posible, podría resultar una herramienta eficaz tanto para resolver problemas pendientes, como para mejorar la asistencia en las reagudizaciones de los pacientes crónicos.

CONCLUSIONES

1) El ICC resulta una herramienta útil, aunque mejorable, para la mayoría de los profesionales implicados. 2) La llamada telefónica es importante y mejora la coordinación entre ambos niveles, lo que supone mayor garantía para la continuidad de cuidados.

G-02 / EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL DISTRITO ALJARAFE Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE (SEVILLA)

M. Benticuaga Martínez, C. Palmero Palmero, I. Vallejo Maroto, M. Álvarez Alcina, R. Espinosa Calleja, Y. Marín Fernández, R. De la Rosa Morales, A. Fernández Moyano.

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

OBJETIVOS

El Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla) y el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla), han desarrollado desde el 2005, un programa de Atención Continuada basada en la sectorización de la atención Hospitalaria por Zonas Básicas de Salud y en la responsabilidad asistencial compartida del Internista de Referencia-Médico de Atención Primaria. Nuestro objetivo es evaluar los resultados en salud de dicho programa, incluyendo la satisfacción de los profesionales, durante los últimos dos años (enero del 2006-enero 2008), comparando con la situación previa a su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como variables de efectividad consideramos número de ingresos, tasa de ingresos por Zona Básica, estancia media, número de ingresos, tasa de derivación a Consultas externas por Zona Básica e índice de participación en las Sesiones Clínicas Compartidas. Como indicador de satisfacción del profesional -y ante la ausencia de encuestas validadas para esta actividad-, elaboramos una propia, siguiendo las recomendaciones del modelo SERVQUAL (Service Quality). Investigamos las áreas de Continuidad Asistencial, Cooperación, Autonomía, Accesibilidad, Comunicación, Priorización, Competencia profesional, Capacidad de respuesta, Calidad asistencial y Cortesía-resolución de conflictos entre otras.

RESULTADOS

El número de tarjetas sanitarias individuales ajustadas por edad (TAE) de la comarca del Aljarafe de Sevilla ha ascendido casi un 30 % aproximadamente en estos 2 años, habiéndose incrementado el número total de ingresos en el Servicio de Medicina en un 6 %, con un índice de utilización de estancias de 0,77 como media. La tasa de derivación global a consultas externas del área médica por 1000 TAE ha ido descendiendo, con un 31.1 en 2005, 27.4 2006 y 26.3 en 2007. Se ha conseguido una sectorización de los pacientes por localidades en planta de Hospitalización de un 70% por ala y un 82% por planta. El número de pacientes reingresadores ha disminuido en un 12 % aproximadamente en este período. También analizamos la participación y resultados asistenciales de las sesiones compartidas realizadas en el Centro de Salud. La encuesta de satisfacción de los profesionales respecto al Programa fue contestada por el 100 % de los internistas y por el 73 % de los Médicos de Familia (MFyC) en activo en ese momento. De los internistas, el 87,5% indicó estar muy o bastante de acuerdo con respecto a la mejora en la calidad asistencial (vs 66,6 % en el año 2006). La cooperación interniveles se consideró muy o bastante satisfactoria para el 60% de los Internistas en 2006 y 81,25% un año después. Sólo un 20% de los profesionales en 2006 y un 25% en 2007 se manifestaron insatisfechos con el programa. El 95% de los MF y C se manifestaron altamente satisfechos con el programa.

DISCUSIÓN

El aumento de la TAE en el distrito Aljarafe en los últimos años no ha producido un aumento paralelo en la actividad hospitalaria en el Servicio de Medicina, reflejado en el número de ingresos totales y en la derivación a consultas, manteniéndose el índice de utilización de estancias dentro de los estándares de calidad y sin incrementar el número de reingresos. La satisfacción de los internistas es mayoritariamente buena o muy buena, y el grado de insatisfacción mostrado posiblemente esté condicionada entre otros, por el distinto perfil de consecución del programa en cada Zona Básica de Salud. La elevada satisfacción de los MF y C, creemos que está condicionada fundamentalmente por la mejora en la coordinación interniveles y en el aumento de autonomía adquirido por éstos en el manejo de pacientes.

CONCLUSIONES

1.-El Programa de Atención Continuada en nuestra área sanitaria se ha asociado a una reducción en el incremento de ingresos, a reducción en las derivaciones a consultas ajustados por TAE y a un descenso en el número de reingresos. 2.- El nivel de satisfacción de los profesionales con este modelo de gestión clínica es elevado 3.-Tras dos años de desarrollo estructurado, el programa ha mostrado su estabilidad y efectividad.

G-03 / EXTERNALIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN MEDICINA INTERNA-ATENCIÓN PRIMARIA

J. Salas Coronas¹, R. Cotos Canca¹, A. Lozano Serrano¹, J. Sánchez Sánchez², A. Villarejo Ordóñez², J. Rueda Vicente², J. Hernández Sáez³.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Subdirección de Atención al usuario. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Estudiar el impacto de la externalización de la ecografía abdominal para Atención Primaria en el proceso colelitiasis en el contexto de un programa de coordinación entre Medicina Interna (MI) y Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de las solicitudes de ecografía abdominal solicitadas por facultativos de Atención Primaria al Servicio de Radiodiagnóstico durante un periodo de seis meses dentro del proceso colelitiasis. Se elaboraron por parte del Servicio de MI formularios individualizados para esta solicitud, que tras ser cumplimentados por el médico de AP eran remitidos mediante FAX al hospital para proceder a la cita del paciente. Posteriormente se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes a los que se había solicitado la ecografía.

RESULTADOS

Sobre un total de 73 solicitudes, 64 (88%) ecografías fueron realizadas finalmente. En 17 de ellas (27%) se objetivó colelitiasis. De estos 17 pacientes, 13 fueron derivados a consultas externas (11 a Cirugía, 2 a Digestivo). De los pacientes remitidos a Cirugía, 8 (73%) fueron finalmente intervenidos quirúrgicamente. 42 pacientes (66%) no fueron remitidos a consultas especializadas. El tiempo entre la sospecha diagnóstica de colelitiasis y la inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) fue de 44 días de media en los pacientes en los que AP solicitó la ecografía. En el mismo periodo de tiempo del estudio, la demora media de inclusión en LEQ para los pacientes remitidos de forma convencional con sospecha de colelitiasis a la consulta externa de Digestivo fue de 135 días.

DISCUSIÓN

La apertura para la solicitud de exploraciones diagnósticas a AP produce beneficios al sistema sanitario, y sobre todo al paciente, acortando tiempos de espera diagnósticos. De igual forma, se incrementa la capacidad resolutoria de los facultativos de AP, con la consiguiente disminución de la demanda a las consultas de Atención Especializada.

CONCLUSIONES

La solicitud de ecografía abdominal por Atención Primaria en el proceso colelitiasis permite disminuir de forma ostensible los tiempos de demora para la Cirugía, con menor riesgo de complicaciones para el paciente. Por otro lado, los facultativos de AP asumen una importante proporción de pacientes que de otro modo serían derivados a consultas especializadas. El internista tiene un papel clave en labores de coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

G-04 / IMPACTO DE LA SOLICITUD DE TAC CRANEAL POR ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO CEFALEA SOBRE LAS DERIVACIONES A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA

J. Salas Coronas¹, R. Cotos Canca¹, J. Hernández Sáez², A. Lozano Serrano¹, J. Sánchez Sánchez³, M. García Esposa³, J. Espada Echevarría³, B. Parra García³.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Subdirección de Atención al Usuario, ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Estudiar el impacto sobre las derivaciones a las consultas de Medicina Interna (MI) y Neurología de la externalización del TAC craneal para Atención Primaria (AP) en el contexto del proceso asistencial cefalea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de las solicitudes de TAC craneal solicitadas por facultativos de Atención Primaria del Distrito Poniente al Servicio de Radiodiagnóstico durante un periodo de seis meses dentro del proceso cefalea. Se elaboraron por parte del Servicio de MI formularios individualizados para esta solicitud, que tras ser cumplimentados por el médico de AP eran remitidos mediante FAX al hospital para proceder a la cita del paciente. Posteriormente se analizaron de forma retrospectiva las historias clínicas y la solicitud de citas a Atención Especializada de los pacientes a los que se les había realizado el TAC craneal mediante este protocolo.

RESULTADOS

Sobre un total de 93 pacientes a los que se les realizó el TAC craneal, 82 (88%) no fueron derivados posteriormente por motivo de la cefalea a ninguna consulta especializada. De los 11 pacientes (12%) que fueron derivados, 5 lo fueron a la consulta de Neurología (3 con TAC patológico [LOES y sospecha malformaciones AV] y 2 con TAC sin alteraciones). 6 pacientes fueron derivados a consulta externa de MI (2 con TAC patológico [ambos patología isquémica] y 4 con TAC sin alteraciones).

DISCUSIÓN

La posibilidad de acceder a la solicitud de TAC craneal a los facultativos de AP les permite incrementar su capacidad de resolución en determinadas patologías muy prevalentes como es el caso de la cefalea. Ello supone una disminución importante de la demanda a las consultas de Atención Especializada.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes a los que AP solicita TAC craneal para estudio de cefalea no son derivados a consultas especializadas. El 45% de los pacientes derivados presenta hallazgos patológicos en la técnica radiológica, siendo remitidos fundamentalmente a la consulta de Medicina Interna los pacientes con patología cerebrovascular.

G-05 / PERFIL ACTUAL DE LOS PACIENTES VALORADOS EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

D. Martín Escalante, S. Domingo González, D. García de Lucas, F. Martos Pérez, M. Corrales González, J. De la Torre Lima, R. Quirós López, J. García Alegría.

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

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes valorados en una consulta de medicina interna, así como su procedencia y el consumo de recursos complementarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2.006 y diciembre de 2007 se recogieron prospectivamente los datos de las visitas a la consulta de Medicina Interna.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se analizaron 12.332 visitas a la consulta de Medicina Interna de las 30.080 realizadas (41%), de las que 7.353 eran revisiones y 4.979 primeras visitas. El 62,5% eran mujeres. La edad media fue de 53 años. Con respecto a la comorbilidad el 17% de los pacientes tenía diabetes, el 21,7% era fumador y el 14,1% exfumador, el 18% hipercolesterolemia, 31% hipertensos. Además el 4,3% F. auricular (permanente en el 3% y paroxística en 1,2%), el 8,3% etilismo, el 4% EPOC. 4,5% insuficiencia cardiaca y 2,2% insuficiencia renal. Obesos eran el 8,7% de los pacientes. De las primeras visitas, el 61,9% venían de atención primaria, el 19,6% eran interconsultas de otras especialidades (Cirugía general, Otorrinolaringología, Cardiología y Digestivo fueron las más frecuentes). El 11,9% procedía de urgencias, el 6,6% de altas hospitalarias de medicina interna. Los motivos de la primera visita fueron: 26.9% enfermedades del SNC, 25.8% patología endocrino metabólica, 13.4% patología polivascular, 12% de las consultas responden a síntomas generales, y el 7.3 % a patología autoinmune. Hasta un 1.4% de las consultas se hicieron por alteraciones analíticas y un bajo porcentaje representaron las vistas por problemas renales (1.7%), infecciosos (1.1%) o respiratorios (1.1%). De los pacientes valorados en la primera visita el 16.8% fueron dados de alta y el 3.7% remitidos a otro especialista. Las patología más frecuente dada de alta fue: Cefalea 278 (10,8%), Hipotirodismo 162 (6,6%), ACV 129 (5,1%) y deterioro cognitivo 81 (3,4%). Dentro de la patología endocrina la causa principal de valoración fue la patología tiroidea (54,5%) la diabetes (25,4%), la hiperprolactinemia (5,6%), y la obesidad (5,4%). Dentro de la patología neurológica los diagnósticos más frecuentes fueron: cefalea (34,5%), deterioro cognitivo (9,1%), crisis comiciales (4,9%). Si se analizan los dos años por separados, estas dos últimas patologías han descendido de forma considerable en el año 2007. Dentro de la patología cardiovascular, abarca sobre todo prevención secundaria: el 39,6% eran revisiones de ACV, el 16,9% sd. Metabólico, el 14% hipertensión arterial, el 11,5% insuficiencia cardiaca. Dentro de las enfermedades autoinmunes, el 27,7% eran artritis reumatoide. Al 56,8% de los pacientes valorados se les solicito analítica, al 10% ecografías, ecocardiogramas en el 2,3% de los casos. Al 5,9% se les solicito RMN, al 7,1% TAC y al 4,6% radiología simple. Sólo en el 8,4% se solicitaron interconsultas a otros especialista (el 17% de ellas fue para valoración oftalmológica de diabéticos).

DISCUSIÓN

Escasa es la bibliografía disponible en este tema y la existente coincide en que la mayoría de los pacientes derivados (61.9% en nuestra serie y hasta un 75% en otras) proceden de atención primaria.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes revisados actualmente en una consulta de medicina interna tienen fundamentalmente patología endocrina, neurológica, vascular o autoinmune y se derivan especialmente desde Atención Primaria. 2. El porcentaje de altas es bajo debido a la cronicidad de muchos de los diagnósticos de los pacientes. 3. De forma aislada, la patología tiroidea, las revisiones de ACV y la cefalea fueron los motivos de visita más frecuentes. 4. Llama la atención la baja proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca en revisión lo que refleja mayor actividad de la cardiología en nuestro hospital. 5. La cefalea y el deterioro cognitivo son los motivos de consulta más frecuente por patología neurológica. 6. El internista consulta poco a otros especialistas aunque precisa de realización de pruebas analíticas en más de la mitad de los pacientes.

G-06 / PERFIL DE LOS PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

S. Domingo González, M. García de Lucas, D. Martín Escalante, F. Martos Pérez, M. Corrales González, F. Moreno Martínez, R. Quirós López, J. García Alegría.

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

OBJETIVOS

Valorar las características de los pacientes remitidos desde el servicio de Urgencias a la consulta externa de Medicina Interna de un Hospital General.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2006 y diciembre de 2007, se recogieron prospectivamente los pacientes remitidos desde el servicio de Urgencias a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga). Los datos se seleccionaron a través de un formulario electrónico generador de una historia clínica.

RESULTADOS

De las 4.979 primeras visitas seleccionadas durante el periodo de estudio, 634 (11,9%) fueron remitidas desde el servicio de Urgencias. La edad media fue de 53,5 +/- 21 años, con un rango de edad entre 14 y 101 años. El 55% eran mujeres. Con respecto a la comorbilidad el 30,8% de los pacientes eran hipertensos, 18,3% dislipémicos, 15,3% tenían diabetes, 6% EPOC, 4,1% Insuficiencia cardiaca, 6,9% obesos, 6,3% ictus, 3,6% fibrilación auricular, 2,2% insuficiencia renal y el 1,6% hepatopatía crónica. El 23,5% eran fumadores y el 13,1% exfumadores. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: 41,6% enfermedades del SNC, 20,7% enfermedad cardiovascular, 13,2% síntomas generales, el 10,7% patología endocrino-metabólica y el 8,9% a patología autoinmune. Dentro de la patología neurológica los diagnósticos más frecuentes fueron: cefalea (10%) y epilepsia (7,4%). Dentro de la patología cardiovascular el 12,5% fue para valoración o estudio de ACV y finalmente en la patología endocrino-metabólica, la causa principal de derivación fue la patología tiroidea (22%). Las pruebas complementarias solicitadas con más frecuencia fueron: 16,9% RMN, 16,6% ecografías, 8,2% TAC, 7,4% ecocardiograma y el 7,4% radiología simple. De los pacientes valorados el 17,8% fueron dados de alta, el 1% requirió ingreso hospitalario y el 3,5% consulta por otro especialista. La patología más frecuente dada de alta fue: 17% ictus, 16% cefalea, 6,6% síndrome febril y el 5,7% epilepsia.

DISCUSIÓN

Son poco los estudios publicados que valoren las características de los pacientes derivados desde urgencias a la consulta de Medicina Interna. En algunas series de pocos pacientes hasta el 30% de los mismos proceden desde el servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de pacientes remitidos a la consulta externa de Medicina Interna desde el servicio de Urgencias es bajo. 2. La patología neurológica supone la causa más frecuente de derivación. 3. El ictus, la cefalea y el síndrome febril fueron las altas más frecuentes. 4. El porcentaje de altas fue bajo probablemente por la diversidad de las patologías valoradas en nuestra consulta y el perfil de pacientes con una alta comorbilidad asociada.

G-07 / GESTIÓN DE PRIMERAS VISITAS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

J. Sojo Dorado, C. Peñas Espinar, J. Serrano Carrillo de Albornoz, V. Morales Caballero de León, F. Guerrero Igea, J. Reveriego Blanes, M. Soriano Pérez, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir el porcentaje de altas de pacientes tras la primera visita, analizando la diferencia de porcentajes según la procedencia de la cita.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registro de pacientes en primera visita durante los últimos 10 meses. Variables: edad, sexo, lugar de procedencia (atención primaria, urgencias, interconsulta, alta de planta).

RESULTADOS

Se estudiaron 750 pacientes de primera visita. La distribución de casos por procedencia y el porcentaje de altas tras la primera visita (en orden ascendente) fue el siguiente (vease tabla I):

DISCUSIÓN

Las altas son menos frecuentes si proceden de Urgencias.

CONCLUSIONES

Aproximadamente 6 de cada 10 enfermos son dados de alta tras la primera visita. Los enfermos que proceden de Urgencias suelen requerir una evaluación diagnóstica y un seguimiento mas detenidos, traduciendo en un porcentaje más bajo de altas respecto a los que proceden de la planta de Medicina Interna.

TABLA I

PROCEDENCIA	PORCENTAJES	P
1. Urgencias	90/150 (60%)	1-4 (p<0.02)
2. Interconsulta	123/196 (64%)	NS
3. Atención Primaria	153/230 (66%)	NS
4. Alta Planta	121/174 (70%)	1-4 (p<0.02)

G-08 / CONSULTA ÚNICA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

B. Cortés Rodríguez¹, A. Lozano Rodríguez-Mancheño¹, D. Fatela Cantillo², I. Villalba Campanario³, C. Granados García⁴.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos, ³Auxiliar de Enfermería. Consultas Externas, ⁴Dirección Médica. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén).

OBJETIVOS

El sistema de nuestro hospital busca lo antes posible un diagnóstico y tratamiento del proceso del paciente y evitar el mayor número de desplazamientos al centro. Esto es relevante en nuestra área, con una población rural envejecida e importante dispersión geográfica. La patología tiroidea es muy prevalente y su manejo requiere varias consultas por paciente en un corto periodo de tiempo. Así, iniciamos una consulta semanal monográfica de patología tiroidea, con Consulta Única con analítica tiroidea con resultado en el día. Analizamos el grado de implantación de este sistema y, en los casos en que no se utilizó, su causa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los episodios con diagnóstico de patología tiroidea en nuestra Consulta Externa de Medicina Interna, desde Enero de 2006 hasta Marzo de 2008. Analizamos el porcentaje de Consulta Única y su tipo (resultado y revisión en el día; aporte de analítica y revisión en el día o visita y extracción de analítica), en los subgrupos de Primera Consulta y Revisión. Se compararon estas variables antes y después del inicio de la consulta monográfica. En el segundo período, estudiamos las causas de la no realización de Consulta Única. Las variables se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes. El análisis de los datos, expresados en media (mínimo-máximo), se realizó con el programa SPSS v11.0.

RESULTADOS

En los 27 meses estudiados, se atendieron 585 episodios con diagnóstico de patología tiroidea, generados por 176 pacientes (83% mujeres) con edad media de 56,51 (12-89) años. La media de visitas por paciente fue de 3.32 (1-10), con una frecuentación de 2,503 visitas por paciente cada 3 meses. 178 de las consultas (30,4%) fueron Primeras Visitas, y 407 (69,6%) Revisiones. De las primeras, 152 (85,4%) fueron Consulta Única, aportándose analítica en la derivación en 134 (88,1%) y con resultado y revisión en el día en 15 (9,8%). En las revisiones, 252 (61,9%) fueron Consulta Única, de ellas 222 (88,1%) tuvieron resultado y revisión en el día. El tiempo medio de espera del resultado fue 2 horas. Comparando los dos periodos de tiempo (antes y después del inicio de la consulta monográfica), la Consulta Única en el primero es del 51,5% y del 74,2% en el segundo ($p=0.001$). En el segundo período, las Consultas Únicas en Primera Visita fueron el 80,9%, comparadas con las del primer período (90,8%) ($p=0.21$). Entre las Revisiones, en el primer período fueron Consulta Única 9 (13%) y en el Segundo 243 (71,9%) ($p=0.0001$), de las cuales 217 (89,3%) fueron con resultado y revisión en el día. Entre las causas de las Revisiones de este período que no fueron Consulta Única con resultado y revisión (120), en el 72,5% no se solicitó (extrayéndose la analítica coincidiendo con la realización de otras pruebas), el 15% achacable al paciente y el 9,1%, por no disponibilidad del laboratorio.

CONCLUSIONES

El sistema de Consulta Única con resultado en el día para las revisiones de patología tiroidea ha conseguido una alta implantación, permitiendo ahorrar un importante número de desplazamientos al Hospital de nuestros pacientes.

G-09 / DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

M. Martínez López, M. De Torres Villagrà, D. Sánchez Cano, S. Leyva Espadafor, I. Villegas Domínguez, C. Juárez Peregrina.

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

OBJETIVOS

Describir la actividad durante el año 2007 en un HDM, orientada a la mejora de la calidad en la atención al usuario facilitando la aplicación de tratamientos estructurados y especializados, minimizando el impacto de la hospitalización convencional e incrementando la relación coste/beneficio en la atención sanitaria especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los registros de enfermería sobre la actividad asistencial realizada en el Hospital de Día Médico en un Hospital de tercer nivel de Granada, a lo largo del año 2007.

RESULTADOS

El índice de actividad del HDM durante el año 2007 se incrementó considerablemente con respecto al año anterior. Se atendió a un total de 2024 pacientes siendo los meses de primavera y otoño los que más demandas generaron. La media de pacientes por mes fue de 168,6. De los pacientes atendidos, 1272 fueron pacientes programados y 772 se atendieron a demanda. Se administraron 909 tratamientos en sesión única o multisesión de los cuales, el 53% fueron solicitados por Enfermedades Sistémicas seguidos por Hematología que demandó el 27% de los mismos, Hipertensión el 17% y Medicina Interna el 3%. De todos ellos, el 78% fueron tratamientos programados vs 22% en los que la solicitud fue a demanda. La media de tratamientos por mes fue de 130,75 siendo los más solicitados hierro con 321 sesiones, PGE-1 117 sesiones, CFM 91 sesiones, 73 transfusiones y 65 sesiones de Gglobulinas. (Fig 1) Se realizaron un total de 2220 intervenciones de enfermería con una media de 185 por mes. Se canalizaron 854 vías venosas, se colocaron 168 MAPAs, hubo 694 extracciones para analíticas urgentes y programadas. También se realizaron 86 intradermorreacciones. (Fig 2) Se llevaron a cabo 21 sesiones de EPS relacionadas con Teriparatide, Adalimumab y Hormona paratiroidea.(rDNA).. Se extrajeron 151 muestras de sangre para distintos estudios todos ellos de la Unidad de Enfermedades Sistémicas.

CONCLUSIONES

La demanda en el HDM se incrementa según se extiende el conocimiento de este recurso. El acto único en la atención sanitaria se confirma como un elemento que aumenta la calidad de las prestaciones al usuario. La relación coste/beneficio es manifiestamente favorable ya que esta actividad racionaliza los recursos disminuyendo la tasa de hospitalización, con el ahorro económico que ello representa. La respuesta del usuario, pendiente de medición, se ha percibido muy positiva ya que la atención sanitaria en el Hospital de Día Médico le transmite la sensación de atención en primera persona, adaptada a sus necesidades y sin las connotaciones negativas de la hospitalización.

G-10 / CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA. CONSULTA DIAGNÓSTICA POR EXCELENCIA RESOLUTIVA. DE LAS ENFERMEDADES COMUNES A LAS POCO PREVALENTES. ENFERMEDAD DE WHIPPLE. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Palacios¹, P. Rodríguez¹, C. Borrachero¹, B. Barón¹, J. García¹, E. Pujol¹, I. Vargas².

¹Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba).

OBJETIVOS

Objetivos: La Enfermedad de Whipple, es una entidad rara, sistémica crónica causada por *Tropheryma whipplei*. Se identifica su agente etiológico en el año 2000. Hasta la fecha sólo han sido registrados 1000 casos. Enfermedad mortal si no se trata, puede afectar a casi cualquier órgano. El internista es el especialista más capacitado para diagnosticar enfermedades sistémicas y "raras" con afectación multiorgánica. En el ámbito de Consultas Externas, es necesario filtrar y cribar muchos procesos para gestionar una buena consulta y tener una buena calidad en el estudio diagnóstico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos: Desde el año 2000, trabajamos con un modelo asistencial de consultas externas. Trabajo en equipo con Atención primaria. Ofertando una amplia variedad de síndromes clínicos, que incluyen síntomas y signos de todos los órganos y sistemas. Es por eso, que por nuestras manos, pasan un gran número de pacientes en los que realizamos una labor de filtro, pero en otro tanto, lo que realizamos es una labor diagnóstica resolutive.

RESULTADOS

Resultados: 2 casos diagnosticados en COD en 4 años de una enfermedad muy poco prevalente. Caso 1: Varón de 65 años, con diarrea crónica intermitente de más de 10 años de evolución, pérdida de peso fluctuante y artralgias. En la exploración: P 46 Kg, no adenopatías periféricas, empastamiento maleolar bilateral, resto normal. Hb 9.1 g/dl, Hto 28%, leucocitos y plaquetas normales. VSG 50 mm/h, PCR 3.8 mg/dl. Bioquímica: GUI normales. GOT 47 U/L, FA 133 U/L. Estudio heces negativo. Serología virus hepatotrópos, VIH negativa. Autoinmunidad, anticuerpos antitransglutaminasa, hormonas tiroideas y marcadores tumorales negativos. El tránsito intestinal es compatible con proceso malabsortivo. En la endoscopia oral, el duodeno aparece con pliegues engrosados y un punteado blanquecino de tipo miliar. La biopsia duodenal muestra unas vellosidades atróficas y una lámina propia repleta de macrófagos con abundante material PAS-positivo/amilasa resistente: Ziehl no muestra micobacterias, compatible con Enfermedad de Whipple. Caso 2: Mujer 38 años con Retraso mental con Hidrocefalia congénita. y Catéter de derivación ventrículo atrial. Anemia crónica no filiada. Remitida por fiebre de 5 años de evolución, 38.5°C fluctuante de unas 3 semanas de duración. Artralgias erráticas, coincidiendo con diarrea sin pp; La exploración física no muestra ningún dato relevante. FO normal. Hb 8.9, Hto 29 %, VCM 59.2, VSG 77 Leucocitos y plaquetas normales. Bioquímica normal. Ferritina 32. PCR 10.5. VHC, VIH, RPR, Rosa de Bengala y Coxiella negativos Orina: 60 leucos, 3-4 hematies/campo, Nitritos positivos urocultivo: 100.000 UFC de E. Coli. Hemocultivos negativos. Torax normal. Ecografía abdominopélvica: líquido libre en fondo de saco de Douglas, adenopatía dolorosa de 3x1'6x1 cms en canal inguinal derecho. Tras tto ATB con Quinolonas persiste la fiebre. Se retira el cateter de derivación peritoneal con Cultivo negativo-HC negativo y ecocardiografía normal. Tránsito Intestinal pliegues yeyunales, irregulares, con hipersecreción en el interior. EDA con biopsia duodenal: Se observa la presencia de vellosidades de grosor variable, en general muy aumentado. La lámina propia presenta abundantísimos macrófagos, así como linfáticos dilatados. Con las técnicas especiales se aprecia abundante material PAS positivo, amilasa resistente. Ziehl negativo. Las alteraciones encontradas son altamente características de enfermedad de Whipple.

CONCLUSIONES

CONCLUSION: 1. El estudio diagnóstico de enfermedades complejas y de difícil diagnóstico sigue siendo un reto que sólo corresponde a los Internistas. 2. La consulta de Orientación diagnóstica, por su amplia cartera de servicios, es; hoy por hoy, una herramienta muy útil para los médicos de atención primaria, en el diagnóstico ambulatorio de los pacientes de nuestra área y evita múltiples consultas a otras especialidades cuando se trata de enfermedades sistémicas.

G-11 / LA ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN UNA U. G. C MI DEL SSPA

N. Marín Gámez¹, J. Jover Casas², M. Godoy Chiclana¹, F. Báñez¹.

¹UGC Medicina Interna, ²Dirección Corporativa. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

David Mc Clelland, en 1973 y Richard Boyatzis -1982 Harvard USA- y estudiando "la motivación" en el entorno laboral concluyeron de un modo parecido: no importa tanto "la inteligencia" como "ser competente". David Stern, en Michigan, adaptó el concepto "competencia" del entorno laboral-profesional general de empresa o del "management" al del servicio de salud. Competencia es "aquello" que determina un desempeño excelente en un trabajo y en un contexto determinado, que puede observarse como "conducta" y que puede ser medido en una escala dada. El SSPA aplicó este paradigma en 2004 vía EDP. Las competencias por estamentos y especialidades un año después; en 2006 las sociedades científicas actualizaron el listado y en otoño se inició "de hecho" la acreditación por competencias, como un elemento determinante para la carrera profesional. Tres Leyes Estatales de 2003 contemplan la llamada gestión por competencias: Ley 16/2003 o de Cohesión y Calidad del SNS, Ley 44/2003 o de Ordenación de las profesiones sanitarias y Ley 55/2003 o Estatuto Marco. El objetivo de esta Comunicación es una descripción del proceso iniciado en una UGC-MI tendente a potenciar la gestión por competencias mediante la herramienta "Mejora_P".

MATERIAL Y MÉTODOS

En marzo-07 la UGC MI obtuvo la acreditación en grado avanzado por la ACSA. En el acuerdo de gestión 07 firmamos que al menos el 4% de los profesionales de la UGC iniciara el proceso de Acreditación por Competencias. Llevamos a cabo 3 reuniones con los profesionales para potenciar la iniciativa. La Dirección dió su apoyo. Utilizamos herramientas de la ACSA facilitadoras del proceso (repertorios de competencias y buenas prácticas, aplicación Mejora_P; Video; y Tutoría tfrn-on line). Seguimos la metodología diseñada por la ACSA: Fase1 o Solicitud individual, asignación de claves para acceder on-line al desarrollo del proceso con asignación de tutor guía. Fase2 o Autoevaluación –aportación de un "n" variable de historias clínicas, certificados e informes "on line", más realización de prueba presencial y casos contextualizados- de 69 estándares, en tres niveles y clasificados en 5 dimensiones (CIUDADANO, ATENCIÓN INTEGRAL, PROFESIONALES. EFICIENCIA Y RESULTADOS). Las evidencias las obtuvimos de los SSII unificados, de los registros de la UGC, las Comisiones de Calidad o de audits. Los Certificados acreditativos expedidos por la Dirección se escaneaban y aportaban de forma directa a la ACSA. Fase3: evaluación en noviembre 2007 de las evidencias aportadas y emisión de informe de acreditación de Competencias profesionales y nivel logrado: Avanzado, Experto, Excelente, según el número de estándares ok.

RESULTADOS

Profesionales de la UGC con proceso iniciado: 13. Con proceso finalizado: 7. Rango de Consultas realizadas "on line" al Tutor: 3-45. Rango de historias como Evidencias aportadas: 30-102. Rango de certificados (30 Médicos, 19 DUEs): 8-25. Rango de Informes (39 Dues, 17 Médicos): 12-28. Rango de horas dedicadas al proyecto. 344-411. Meses desde solicitud a cierre: salvo 2 casos > 6 meses. Acreditados 7 y 2 con nivel experto.

DISCUSIÓN

La iniciativa "acreditación de competencias" retiene las mejores conductas profesionales, captura las mejores prácticas y crea un entorno nitidamente profesional en una unidad. Puede incrementar la confianza de los ciudadanos en los profesionales del SSPA vía calidad crediticia y promocionar la mejora continua del servicio que se presta a través de la identificación de lo mejorable

CONCLUSIONES

El programa mejora P resultó flexible y autónomo. Estimuló la motivación, la creatividad, la asunción de responsabilidades, la innovación y el liderazgo profesional. Durante el proceso fueron favorecidos los siguientes aspectos: actos administrativos, remoción de barreras y mayor interés por la accesibilidad; el cuidado compasivo; la seguridad; el trabajo en equipo, el estudio, o la garantías. Tal vez determine un mejor desempeño futuro de la UGC como efecto finalista deseable, conforme la penetrancia de la acreditación profesional aumente en el SSPA.

G-12 / EVALUACIÓN DE LA CALIDAD 360º: ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO

N. Marín Gámez¹, M. Godoy Chiclana¹, J. Jover Casas¹, Á. Palop del Río², F. Molina Molina¹.

¹UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén. ²Agencia Calidad Sanitaria Andaluza. ACSA (Sevilla).

OBJETIVOS

Descripción del proceso de mejora continua de la calidad y acreditación de un servicio médico público andaluz.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2005 el servicio convencional, digamos de gestión pasiva, fue autorizado por la DGAS a constituirse en Unidad de Gestión Clínica (UGC). Actuamos en un CHU, tres centros; 124 camas asignadas, 6 consultas y 1 hospital de día. Somos un grupo multidisciplinar, 160 puestos sirven a >9000 personas/año, >3500 ingresos, 2,73% readmisiones. Un 25% de los enfermos y el 75% de los ingresados son pluripatológicos; edad media de 69 (38-97), y mediana de 72. La complejidad casuística es elevada (1,7). La demora para 1ª consulta es <12 días. Contabilidad Analítica próxima a 9 mill de Eur. El 10% del sueldo se vincula a objetivos. En 2005-06-07 alcanzamos un 83%-78%-90% de los objetivos firmados en el acuerdo de gestión. De la agencia reguladora de la calidad sanitaria andaluza solicitamos iniciar un proceso de acreditación en enero 06. Participaron en la fase de autoevaluación "on-line" 8 profesionales, y 15 más lideraron diferentes áreas de mejora. Recibimos dos evaluaciones externas (junio y noviembre 2006), efectuadas por un equipo de 5+2 expertos en gestión de calidad (ingeniero, gestores, sanitarios). Trabajamos 112 estándares. Aportamos 166 evidencias documentales, 127 áreas de mejora, 48 anexos. Accedimos a la ACSA en 369 ocasiones y recabamos 55 tutorías durante el proceso. Dedicación estimada 810 horas.

RESULTADOS

La Agencia reconoció nivel avanzado para la UGCMi en nov-06. En marzo-07 recibimos el certificado de acreditación. Inauguramos la acreditación sanitaria en Jaén. En Abril-08, las UGC MI de Jaén, Antequera y Huércal-Overa están acreditadas. La agencia acsa un elevado desempeño en dimensiones como: seguridad (tasas ajustadas para infecciones nosocomiales, caídas, úlceras, prevención de delirium, TVP; prescripción digital; foto-criopreservación de productos biomédicos; caducidades); satisfacción (>90% recomendarían la unidad); participación y respeto a los derechos (atención a asociaciones, garantías de accesibilidad, agilidad, información, personalización); actuación acorde a procesos, guías y protocolos (18 aplicables; 4 procesos asistenciales evaluados, 1 en curso); o en el desarrollo profesional continuado. La ACSA destacó como ejemplos de buenas prácticas clínicas (el efecto fausto o legibilidad documental y la edición en prevención vascular).

DISCUSIÓN

Es éste un ejemplo concreto que muestra cómo un grupo de profesionales realiza una "imitatio" –léase benchmarking- desde el management de la empresa a la gestión de calidad en una UGC del SSPA. No pretendemos que sea exportable, somos conscientes de las limitaciones de todo tipo en la arena clínica diaria real. No obstante pensamos que es posible conciliar una gestión proactiva con la bata y el traje sin renunciar al "ethos milenario", alinear objetivos de la organización con incentivos y, además, naturalmente, mejorar.

CONCLUSIONES

Los proyectos voluntarios de acreditación, razonablemente, favorecen el desarrollo de la cultura de calidad en los centros sanitarios. Hemos mejorado levemente la estructura, algo más los procesos y los procedimientos. Sin duda tenemos ahora mejores registros y documentación, y un cuadro de mandos activo...; pero, sobre todo, pensamos que estamos mejorando de un modo continuado los resultados que "realmente" podemos ofrecer a los pacientes. La medición de la calidad no es ya algo subjetivo, aunque sí complejo. Si el enfermo representa una compleja y difícil "multidimensión", la calidad de su atención también. Actualmente es posible realizar una evaluación multiperspectiva "en" 360º. En suma: medir y capturar las mejores conductas profesionales en un entorno sanitario a través de una gestión que se anticipa, dinámica y activa.

G-13 / ACREDITACIÓN EN CALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA

M. García Ordóñez¹, M. Cañero Torres¹, B. Poyato González¹, C. Lara García¹, A. Vera Carmona¹, M. Gallardo Montoro², F. Pozo Muñoz².

¹UGC de Medicina Interna, ²Unidad de Calidad. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

OBJETIVOS

Dar a conocer el proceso de acreditación en calidad que ha realizado recientemente nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Difundir las fases del mismo, los resultados de la evaluación y las mejoras alcanzadas por la unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa de acreditación de UGCs de la ACSA se desarrolla en tres fases: 1) preparación (designación del equipo y responsable de la acreditación), 2) enfoque interno (autoevaluación) y enfoque externo (evaluación externa). Se basa en la cumplimentación de un patrón referencia (estándares). Un total de 112 estándares conforman el programa, distribuidos en 5 bloques: 1) ciudadano (36 estándares), 2) organización y actividad asistencial (23), 3) profesionales (14), 4) estructura y equipamiento (32), y 5) resultados (7), divididos a su vez en 11 criterios. Así mismo, el conjunto de estándares se dividen en 3 grupos: I) derechos consolidados, seguridad, satisfacción ciudadanos, y elementos prioritarios del SSPA (65 estándares - 46% obligatorios); II) asociados a mayor desarrollo de la organización (29 estándares); III) referentes para el resto del sistema (18 estándares). Durante el proceso de autoevaluación se crearon para cada bloque de estándares distintos equipos de trabajo integrados por profesionales en sus diferentes categorías de nuestra unidad, con un responsable en cada una ellas y coordinadas por el responsable de la acreditación. Cada equipo debía aportar aquellas evidencias de cumplimiento de los estándares de su bloque y detectar áreas de mejora y actuaciones para las mismas.

RESULTADOS

El proceso de acreditación de la unidad se ha desarrollado entre diciembre-2006 y junio-2007. Durante el periodo de autoevaluación se han cumplimentado la totalidad de los 112 estándares, se han aportado 220 evidencias positivas, se han identificado 65 áreas de mejora y se han propuesto 48 actuaciones en las áreas detectadas. Por bloques, el mayor número de áreas de mejora detectadas fueron del bloque 1 (38), seguido del bloque 4 (15), bloque 2 (11), y bloque 3 (1). Las actuaciones para las áreas de mejora detectadas fueron: "Acciones formativas y de difusión" (19), "Generación de Guías, protocolos, procedimientos y registros" (15), "Estrategias de Comunicación dirigidas a Ciudadanos" (8), "Modificaciones organizativas" (6), "Soluciones informáticas" (4), "Constitución de Grupos de mejora" (3), "Otras" (10). Tras la evaluación externa el cumplimiento de estándares por grupos fue: I: 89,2% (100% de los obligatorios); II: 44,8%; III: 22,2%. El cumplimiento por bloques fue: 1) 69,4%; 2) 65,2%; 3) 50%; 4) 71,9%; 5) 71,4%. Según la distribución de los estándares por criterios, los de mayor cumplimentación fueron: estructura y equipamiento - 90,9% - (en el bloque 4) y dirección de la UGC - 81,8% - (en el bloque 3); y los de menor cumplimiento fueron las actividades de promoción y programas de salud - 42,9% - (en el bloque 2).

DISCUSIÓN

El programa de acreditación de UGCs de la ACSA está orientado a impulsar la mejora continua, siendo la satisfacción del ciudadano el elemento principal. El proceso de acreditación ha supuesto una oportunidad para nuestra unidad puesto que ha generado un intenso y fructífero debate interno en la que ha habido una amplia participación y una fecunda aportación de los profesionales, favoreciendo la comunicación entre ellos. De forma crítica se han identificado aquellas áreas de nuestra actividad que precisaban mejoras, estableciendo estrategias y actuaciones para las mismas, con la consecución de la mayoría de ellas. También, se han definido aquellos elementos fuertes, destacados, de nuestra actividad asistencial, en facetas tan significativas como son la seguridad clínica y la continuidad asistencial. Todo ello ha contribuido a la obtención de la acreditación de calidad en grado avanzado para nuestra unidad.

CONCLUSIONES

La acreditación de una UGC promueve una mejora en sus recursos, sistemas de seguimiento, organización y actividad asistencial, así como favorece la comunicación interna y la identificación de sus profesionales con la misma, estableciendo, en definitiva, una corriente de mejora continua.

G-14 / EL COACH, LA MEJORA CONTINUA Y EL EQUIPO ASISTENCIAL

J. Jover Casas², N. Marín Gámez¹, M. Godoy Chiclana¹, F. Molina Molina¹, A. Palop del Río³.

¹UGC Medicina Interna, ²Dirección Corporativa. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ³Agencia Calidad Sanitaria Andaluza. ACSA (Sevilla).

OBJETIVOS

describir una intervención tipo coaching durante el proceso de acreditación de una unidad clínica por la ACSA aplicada desde la Dirección Corporativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del proceso "coaching" y los efectos. Analizamos las iniciativas, espacios de mejora, aportaciones, dificultades, logros, avances, crisis y los resultados reflejados en el cuadro de mandos de la UGC MI o en la base de datos del Centro. Aprovechamos la metodología y cooperación ofrecida por la Agencia. Los profesionales aceptaron el paradigma implícito en la misión y valores del SSPA.

RESULTADOS

Con la reorientación por el coach con una sesión semanal, la UGC MI formuló 142 espacios de mejora, consiguió 115 y se implicó en cinco áreas de importancia estratégica para la Organización: 1.centralidad de las Personas: La accesibilidad fue acorde con plazos de garantías legales (<60 d) y extras bajo proceso (<20d). Monitorizamos los sucesos centinelas e incorporamos la prescripción electrónica. Redujimos las reclamaciones un 21%. Mantuvimos la satisfacción > 86%. Evaluamos el cumplimiento del consentimiento informado desde <40% a 78% y 94% de los elegibles (años 05-06-07). 2.gestionar simultáneamente el volumen, la naturaleza de la actividad, las personas y el gasto mediante la incorporación al nuevo espacio de Gestión Clínica QUE PERMITE UNIR BATA Y TRAJE EN UN MISMO ESCENARIO. El principio activo pasó del 38% al 69%. Mantuvimos el gasto en capítulo I por debajo del IPC (05-06). Disminuimos el gasto en capítulos II y IV el 12% y 18%. El cuadro de mandos superó los 48 indicadores activos. 3.atender a los pacientes, resolver sus necesidades, garantizar su cuidados pero gestionar cada uno de los " ENCUENTROS" que caracterizan a la Gestión por Procesos (PAIs). Evaluamos con audits 4 PAIs, 3 con inferencia del 85% -modelo Lemeshow/ Saturno. Iniciamos el 5º. 4.Competencia más que inteligencia: aportación de valor adicional a lo adecuado y bien hecho, incorporación de los aspectos transversales comunes y de los específicos científico-técnicos, e implicación en la Gestión de competencias en la EDP, la carrera profesional, la selección de puestos de trabajo o el DPC. En 2007, 13 son los solicitantes,7 finalizados, 3 acreditados con nivel experto, y el efecto permeabiliza ahora sobre el resto. 5.Gestión del Conocimiento y Responsabilidad Social: información, innovación, modernización, aplicabilidad a la arena real; formulación de un compromiso continuo ante la ciudadanía, profesional y social, en tanto que servidores públicos. Frecuentes relaciones con 5 asociaciones de pacientes; 21 cooperaciones con los mas-media; desarrollo profesional continuado, formación de especialistas e investigación bajo conocimiento del comité CEIC; >1 5 comunicaciones, 3 artículos,1 internacional; organización de 3 congresos; 20 protocolos clínicos consensuados, 1/4 bajo método Agree. Iniciamos la sostenibilidad medioambiental, el código de buen gobierno, el desvelado de los conflictos de intereses, las prácticas transparentes con la industria biomédica como líneas de RSC.

DISCUSIÓN

El coaching influyó favorablemente en la facilitación del cambio desde un servicio clínico tradicional a una UGC. Las áreas de mejora y los resultados acompañaron al proceso. El desempeño de la UGC MI está en la media andaluza entre las más de 400 existentes (90% es nuestro techo) pero hemos mejorado nuestra ratio de eficiencia y logramos acreditar la Unidad. Observamos, alternativamente, ciertos efectos modificables que sugerimos tener en cuenta: el gestionalismo como riesgo, el aumento de la burocracia asociado a la documentación, la mayor intensidad de trabajo (menor estancia, mayor volumen de casos, más iniciativas...)

CONCLUSIONES

No se trata tanto de excitar "el valor de los guerreros" o instar a "tomar la colina como un solo hombre", sino más bien de un riguroso trabajo sostenido; consenso y buenas prácticas: indicadores y no impresiones; imitación y benchmarking; contrato programa y pago por desempeño; información pública, y, naturalmente, la mejora realista de los tratamientos y cuidados que proveemos.

G-15 / LOS 25 GRDS MÁS FRECUENTES Y LOS 25 GRDS CON ESTANCIA MEDIA MÁS PROLONGADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Díez García¹, A. Collado Romacho¹, C. Gálvez Contreras¹, C. Gamero González², B. Cervantes Bonet¹, S. López Palmero¹, V. Rodríguez Martínez¹, G. Gómiz Rodríguez¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Analizar los GRDs más frecuentes y por tanto con mayor impacto en la casuística y los 25 GRDs con estancia media (EM) más prolongada en un Servicio de Medicina Interna con un programa estructurado de colaboración con varios Servicios Quirúrgicos de un hospital de nivel II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de la casuística del año 2007 de un Servicio de Medicina Interna con un programa de Medicina Perioperatoria. Se valoraron los 25 GRDs más frecuentes y los 25 GRDs con estancias más prolongadas. Se estudiaron la frecuencia de cada GRD, su impacto en consumo de estancias, su naturaleza médica o quirúrgica, su EM, la eficiencia respecto al estándar SAS (IUE: Índice de Utilización de Estancias), el impacto en estancias ahorradas o en exceso, la complejidad (Índice de Case-Mix), así como el porcentaje que suponen en la complejidad de la casuística. Las diferentes variables se analizaron con el programa SSPS 11.5 para Windows.

RESULTADOS

En el año 2.007 se codificaron 1835 altas en el Servicio de MI por el sistema de GRDs. La EM global por GRD fue de 12,43+3 días; el IUE de 1,04 y el Índice de Case-Mix de 2,19. Los 25 GRDs más frecuentes supusieron el 61% de las altas y el 56,8% del total de estancias. Todos ellos fueron de naturaleza médica. La EM de estos 25 GRD fue de 11,59 días, el IUE de 0,95 y el índice de Case-Mix de 2,33 y su aportación a la complejidad total fue del 65%. Respecto al estándar SAS para una casuística similar se consiguió un ahorro total de 752 estancias. Los 25 GRDs con EM más prolongada supusieron el 2,8% de todas las altas y el 10% de todas las estancias. Diecisiete de los 25 GRDs eran quirúrgicos y 8 médicos. La EM de estos 25 GRDs fue de 43,6+13 días, el IUE fue de 1,56 y el índice de Case Mix de 8,53, siendo su aportación a la complejidad total del 11%. Respecto al estándar SAS para una casuística similar se consumieron 814 estancias en exceso.

DISCUSIÓN

El análisis de la casuística no se debe limitar a los 25 GRDs más frecuentes, que suponen alrededor del 60% de la producción hospitalaria en MI. Los GRDs con EM más prolongadas, aunque cuantitativamente sólo suponen menos del 3% de las altas, tienen un importante impacto en estancias y pueden anular el esfuerzo de eficiencia realizado en la mayoría de las altas (752 estancias ahorradas y 814 estancias en exceso en nuestro caso, respectivamente).

CONCLUSIONES

El análisis de los GRDs con EM más prolongada permite identificar las altas que se producen con menor eficiencia. La mayoría de ellas son de naturaleza quirúrgica (pacientes inicialmente quirúrgicos, que tras diversas complicaciones médicas pasan a cargo de Medicina Interna). Aunque aportan complejidad a la casuística penalizan en gran medida los resultados, la eficiencia y la consecución de los objetivos/incentivos del servicio de MI.

G-16 / EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES GRDS, EL INTERNISTA, LA COMPLEJIDAD, EL LARGO PERIPLO Y ULISES

N. Marín Gámez¹, F. Molina Molina¹, J. Jover Casas², J. Fernández Reyes¹, E. Salguero¹, G. Gutiérrez Lara¹, J. Navarro Herrera¹, E. Nuevo Lara².

¹UGC Medicina Interna, ²Dirección Corporativa. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

El sistema utilizado para la evaluación de la complejidad de la casuística y el uso y consumo de recursos en nuestro entorno es el denominado GRDs-all-p-rew. Dicho sistema resulta muy útil: permite evaluar el peso de distintos diagnósticos, la eficiencia en su proceso y la complejidad relativa del producto final en los servicios clínicos, facilitando comparar y orientar actuaciones sobre el modo y la calidad de atención y la ratio coste/eficacia por cada tipo de especialidad y/o unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de la casuística según el sistema GRDs correspondiente al primer semestre desde 2005 a 2007, de una UGC de medicina interna. Se sintetizan los datos sobre una media de 1174 altas codificadas de modo independiente por semestre, en un hospital de nivel 1, y se clasifican los distintos diagnósticos según el sistema de isoconsumos GRDs. Comparamos datos con los de otros servicios del hospital.

RESULTADOS

De cada 100 pacientes que atiende un internista, 33.35% presentan patología pulmonar (IRCA, más que EPOC), 15% patología cardíaca (ICC sobre todo, añadiéndose HARIHH, BAV, FA..., etc); 9% enfermedades vasculares incluidos ictus y TVP; 7% diversas infecciones no HIV, 4.35% infecciones HIV; 2.83% neoplasias; 2.49% pacientes quirúrgicos y de COT transferidos; 1.8% enfermedades renales (incluidos IRCt-dialíticos) y urológicas; 1.3% conectivopatías, y finalmente una miscelánea difícil de clasificar, posiblemente por la polivalencia de medicina interna. En el análisis quedan fuera un porcentaje de casos, discreto pero relevante, no clasificado, la mayoría epicrisis sin cerrar, el 0.94%. Comparando el resultado en peso medio de 1.7224, medicina interna ocupa el 7º lugar en complejidad-peso junto con oncología y cirugía torácica. Por encima están UCI adultos con 5.02, y pediátrica con 4.52, neurocirugía con 2.76, hematología con 2.23, traumatología con 1.99 y finalmente nefrología con 1.88.

DISCUSIÓN

La ordenación jerárquica del sistema GRDs necesita la supervisión de un especialista clínico que sea capaz de establecer la verdadera magnitud de la complejidad de muchos de los diagnósticos agrupados que se erigen tras el alta y que posteriormente son asignados por este método. En no pocas ocasiones se tiende a minimizar la complejidad de diagnóstico y tratamiento de los pacientes médicos típicos por este sistema de análisis. En 2008 el sistema GRD-all-p de 3M ha optado por modificar al alza dos de los grupos claves para el internista: el 541 y el 544.

CONCLUSIONES

Aún con el cambio actualizado y más importante es, a nuestro juicio, que el sistema GRD no captura la necesaria coordinación de cuidados que lleva a cabo un internista, que consume tiempo, concentra esfuerzos y que está explicitado en la edad media más elevada: 7 años sobre la media de las subespecialidades médica; en su mayoría son ancianos; con niveles altos de dependencia y apoyo sociosanitario, a menudo en el último segmento de su vida, en un periplo asistencial difícil y tenso, lleno de riesgos, grados variables de ineficiencias y sorpresas, como en "La Odisea". Para estos pacientes vulnerables y en esta compleja travesía hospitalaria actual, Ulises es, naturalmente, un internista, sin Itaca ni aspirantes a sustituirlo; a veces sin esperanza, pero siempre con convencimiento.

G-17 / ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE INTERCONSULTA REALIZADAS A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Maíz Jiménez, C. Luque Amado, M. Barón Ramos, Á. Muñoz Morente, M. González Benítez, M. Grana Costa, B. Escolano Fernández, A. Ruiz Cantero.

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

OBJETIVOS

Analizar las hojas de interconsulta realizadas al Servicio de Medicina Interna en un Hospital Comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo donde se analizan todas las hojas de interconsulta recibidas por el Servicio de Medicina Interna entre el 1 de Enero de 2007 y el 31 de Diciembre de 2007. Se recogen los siguientes datos: Servicio que realiza la interconsulta, unidad específica de Medicina Interna a la que se consulta, carácter de la interconsulta (normal, en el día, urgente), tiempo que se tardó en contestar, motivo de la interconsulta, diagnóstico final de la interconsulta, cuantas se realizaron en fin de semana, nº de interconsultas por un mismo paciente, traslado de Servicio.

RESULTADOS

Se recibieron 372 interconsultas. Los principales servicios solicitantes fueron: Traumatología (40,1%), Urología (19,6%) y Cirugía (18,8%). Las principales Unidades consultadas fueron: Medicina Interna General (67,5%), Endocrinología (12,1%) y Oncología (9,1%). El carácter de la interconsulta fue: normal (45,2%), en el día (35,8%), urgente (18,5%). Hasta en un 29,8% el carácter de la interconsulta no se ajustó a la urgencia de la situación. Se tardó más de 24 horas en contestar la interconsulta solo en un 3,3% (de 270 hojas en las que se recogía este dato). Un 14,1% se realizaron en fin de semana. La edad media de los enfermos era de 70,23 años (mediana 73,5). Los motivos principales fueron: solicitando seguimiento del paciente (18,8%), hiperglucemia (14,2%), disnea (13,2%) y fiebre (7,5%). En un 41,5% se trató de una reagudización de su enfermedad de base. En el 34% se realizó un ajuste de tratamiento. Se trasladó de servicio un 4,9%. El 58,3% de los pacientes requirió una sola interconsulta y el 19,8% dos.

DISCUSIÓN

Las hojas de interconsulta son muy frecuentes a nuestro servicio. Si bien, casi la mitad de ellas tienen un carácter normal, la otra mitad se ponen con carácter urgente o en el día, no adecuándose en un gran número de casos a la gravedad del paciente. Ésto hace que las hojas se contesten en la mayoría de los casos dentro de las primeras 24 horas, sin que el paciente necesite realmente una valoración urgente por nuestra parte.

CONCLUSIONES

Traumatología es el servicio, con diferencia, que más solicita la valoración de sus pacientes por Medicina Interna. En la tercera parte de los casos el carácter de urgencia de la interconsulta no se corresponde con la gravedad del paciente. El motivo principal de solicitud fue seguimiento pacientes con reagudizaciones de sus enfermedades de base y que requirieron un ajuste del tratamiento. En más del 95% de los casos, se contestó a la interconsulta en el mismo día de su solicitud. Es necesario establecer protocolos de actuación consensuados entre los diferentes servicios para las patologías médicas más prevalentes y/o los enfermos pluripatológicos.

G-18 / ¿QUE PESO TIENEN LAS INFECCIONES EN LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS A UN INTERNISTA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO?

G. Duro, C. Herrero, M. Omar, I. Gea, F. Báñez, A. Arroyo, J. Trujillo, J. Hernández-Burruezo.

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciones. Complejo Hospitalario de Jaén.

OBJETIVOS

La atención a procesos infecciosos constituye habitualmente una proporción importante de la actividad del internista-consultor en los hospitales quirúrgicos. Nuestro principal objetivo es conocer que peso específico tiene la patología infecciosa en las interconsultas realizadas a un internista en un hospital neurotraumatológico de tercer nivel

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recogido datos de la historia clínica de todos los pacientes que fueron atendidos por el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Neurotraumatológico, perteneciente al Complejo Hospitalario de Jaén, durante el periodo que comprende del 1 de Junio de 2006 hasta el 31 de Marzo de 2007. Se han recogido: edad, sexo, servicio, motivo de ingreso, días transcurridos hasta la interconsulta, motivo de la interconsulta, días de seguimiento por Medicina Interna, diagnóstico al alta del seguimiento por internista y si se produjo exitus o traslado a otro centro

RESULTADOS

El Hospital Neurotraumatológico del Complejo Hospitalario de Jaén es un hospital quirúrgico de tercer nivel donde están ubicados los Servicios de Traumatología (50% de las camas), Psiquiatría (25%), Neurocirugía (12%), ORL (12%) y Cirugía Maxilo-facial (CMF) (1%). Diariamente uno o dos internistas contestan las interconsultas solicitadas y realizan el seguimiento de aquellos pacientes que lo precisan. Durante el periodo estudiado se atendieron 615 pacientes (316 mujeres y 299 hombres), con una edad media de 66.04 ± 19 años (rango 14–100 años). Desde el ingreso hasta la interconsulta transcurrieron una media de 12.45 ± 53 días (rango 0–1035, mediana 4 días), siendo Traumatología el servicio que más nos consultó (58.9%), seguido de Psiquiatría (17.1%), Neurocirugía (12.8%), ORL (8.9%), y CMF (2.1%). Se realizó un seguimiento medio de los pacientes de 7.5 ± 8.4 días, precisando ingreso en UCI 11 pacientes (1.7%) y traslado a otro centro 45 (7.3%). Durante el seguimiento fallecieron 25 pacientes (4.1%). La causa principal de ingreso estaba relacionado con un proceso infeccioso en el 10.2%. El motivo de consulta a Medicina Interna fue fiebre, sepsis, sospecha de proceso infeccioso o ajuste de tratamiento antibiótico en el 30.4% de los pacientes. El diagnóstico por el internista al final del seguimiento incluía un proceso infeccioso en 212 pacientes (34.7%). Las infecciones más frecuentes fueron: infecciones de vías respiratorias sin condensación pulmonar (50.4%), neumonía (12.1%), infección del tracto urinario (10.7%), infección de piel y tejidos blandos (5.6%), osteomielitis y artritis séptica (5.6%) y bacteriemia-sepsis (5.1%). Se consultó por infección de herida quirúrgica en sólo 5 pacientes (2.3%) e infección de prótesis articular en sólo tres pacientes (1.4%).

CONCLUSIONES

1.- En nuestro centro, la patología infecciosa en general es un importante motivo de consulta al Servicio de Medicina Interna. 2.- Las infecciones respiratorias son las más frecuentes. 3.- En general, se consultan pocos casos de infección de herida quirúrgica e infección protésica. Sería conveniente estudiar si existe una baja prevalencia de estos procesos o una tendencia a no requerir la ayuda del internista para su manejo.

G-19 / EFECTO DE LA ADSCRIPCIÓN DE INTERNISTAS A UN SERVICIO QUIRÚRGICO: NEUROCIRUGÍA

V. Rodríguez Martínez, S. López Palmero, B. Cervantes Bonet, G. Gómiz Rodríguez, A. Barnosi Marín, H. Kessel Sardiñas, N. Marín Gámez, F. Díez García.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

En los últimos años está aumentando la edad media así como la complejidad de los pacientes atendidos por Neurocirugía. Esto determina una mayor participación de los servicios médicos en la valoración preoperatoria y tratamiento de las complicaciones postoperatorias. Habitualmente esta participación se desarrolla mediante la Hoja de Interconsulta (HIC) clásica. Una posible alternativa a la HIC sería la adscripción de Internistas a tiempo completo al servicio quirúrgico. Nuestro objetivo fue analizar el efecto asistencial que puede originar la adscripción de Internistas a tiempo completo al Servicio de Neurocirugía. Objetivos Principales: 1. Comparar estancia media. 2. Comparar mortalidad intrahospitalaria (nº de éxitus). Objetivos Secundarios: 1. Número de reingresos por cualquier causa (en los primeros 30 días tras el alta hospitalaria). 2. Número de hojas de interconsulta a otros servicios médicos. 3. Número de reclamaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio realizado en el C.H. Torrecárdenas, Almería. Se analizan dos periodos: 2005 (sin Internista adscrito) y 2006 (con Internista adscrito). Se trata de un estudio cuasiexperimental (antes-después). Definición de caso (antes): pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía en el año 2005 (sin Internista adscrito). Definición de control (después): pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía en el año 2006 (con Internista adscrito). Se analizan las distintas variables según el tipo de ingreso (urgente / programado). Los datos requeridos para la realización del estudio se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (C.M.B.D.), facilitados por el Servicio de Informática. Para la descripción de los resultados se empleó la media (prueba de t de Student) y proporciones (prueba de Kolmogorov-Smirnov), utilizando el paquete estadístico SPSS-15.

CONCLUSIONES

1. Se detecta una ligera reducción de la estancia media en los ingresos programados (0.36 días). Sin embargo, aumenta la estancia media global (0.76 días) así como en los GRDs más frecuentes en Neurocirugía (1 y 178). 2. No se objetiva una modificación en la mortalidad intrahospitalaria. 3. Se observa una tendencia a la disminución de las HIC a otros servicios médicos, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. 4. Aumentó el número de reingresos por cualquier causa en el periodo con Internista adscrito.

INGRESOS PROGRAMADOS

	SIN INTERNISTAS n = 170	CON INTERNISTAS n = 191	Estadístico	p
Estancia media (días)	10.22	9.86	t = 4.16	< 0.001
Nº Exitus	0	1	z = -0.05	0.95

INGRESOS TOTALES

	SIN INTERNISTAS n = 726	CON INTERNISTAS n = 802	Estadístico	p
Estancia media (días)	12.35	13.11	t = 14.84	< 0.001
Estancia media GRD 1	20.32	21.38	t = 20.69	< 0.001
Estancia media GRD 758	9.59	9.74	t = 2.92	0.003
Nº Exitus	22	24	z = -0.11	0.920
Nº Reingresos	22	47	z = 2.53	0.011
Nº HIC a otros servicios médicos	75	61	z = 1.78	0.075
Nº Reclamaciones	2	5	z = 0.626	0.531

G-20 / EFECTO DE LA ADSCRIPCIÓN DE INTERNISTAS A UN SERVICIO QUIRÚRGICO: CIRUGÍA VASCULAR

S. López Palmero, B. Cervantes Bonet, A. Barnosi Marín, V. Rodríguez Martínez, G. Gómiz Rodríguez, H. Kessel Sardiñas, N. Marín Gámez, F. Díez García.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

En los últimos años está aumentando la edad media así como la complejidad de los pacientes atendidos por Cirugía Vascular. Esto determina una mayor participación de los servicios médicos en la valoración preoperatoria y tratamiento de las complicaciones postoperatorias. Habitualmente esta participación se desarrolla mediante la Hoja de Interconsulta (HIC) clásica. Una posible alternativa a la HIC sería la adscripción de Internistas a tiempo completo al servicio quirúrgico. Nuestro objetivo fue analizar el efecto asistencial que puede originar la adscripción de Internistas a tiempo completo al Servicio de Cirugía Vascular. Objetivos Principales: 1. Comparar estancia media. 2. Comparar mortalidad intrahospitalaria (nº de éxitos). Objetivos Secundarios: 1. Número de reingresos por cualquier causa (en los primeros 30 días tras el alta hospitalaria). 2. Número de hojas de interconsulta a otros servicios médicos. 3. Número de reclamaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio realizado en el C.H. Torrecárdenas, Almería. Se analizan dos periodos: 2001 (sin Internista adscrito) y 2002 (con Internista adscrito). Se trata de un estudio cuasiexperimental (antes-después). Definición de caso (antes): pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía Vascular en el año 2001 (sin Internista adscrito) Definición de control (después): pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía Vascular en el año 2002 (con Internista adscrito). Se analizan las distintas variables según el tipo de ingreso (urgente / programado). Los datos requeridos para la realización del estudio se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (C.M.B.D.), facilitados por el Servicio de Informática. Para la descripción de los resultados se empleó la media (prueba de t de Student) y proporciones (prueba de Kolmogorov-Smirnov), utilizando el paquete estadístico SPSS-15.

CONCLUSIONES

1. Se detecta una reducción de la estancia media en los ingresos urgentes y en los GRDs más frecuentes (131 y 797). Sin embargo, la estancia media global no se reduce. 2. Se observa una tendencia a la reducción de la mortalidad intrahospitalaria, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. 3. Durante el periodo de adscripción del Internista al Servicio de Cirugía Vascular aumentó el número de reingresos por cualquier causa y no se modificó el número de hojas de interconsulta a otros servicios médicos.

INGRESOS URGENTES

	SIN INTERNISTAS n = 277	CON INTERNISTAS n = 289	Estadístico	p
Estancia media (días)	13.13	12.7	t = 5.12	< 0.001
Nº Exitus	20	15	z = 0.8277	0.40

INGRESOS TOTALES

	SIN INTERNISTAS n = 726	CON INTERNISTAS n = 802	Estadístico	p
Estancia media (días)	9.58	10.8	t = 19.25	< 0.001
Estancia media GRD 1	5.33	4.27	t = 16.73	< 0.001
Estancia media GRD 758	17.03	15.14	t = 29.82	< 0.001
Nº Exitus	24	20	z = 0.2246	0.82
Nº Reingresos	13	26	z = 2.1853	0.029
Nº HIC a otros servicios médicos	107	116	z = 1.20	0.23
Nº Reclamaciones	16	17	z = 0.20	0.83

G-21 / CARACTERÍSTICAS DE LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

I. Aomar Millán¹, M. García Ordóñez¹, J. Pena González², J. Sedeño Díaz¹, A. Pedrajas Ortiz¹, P. Macias Mir¹, J. Roldán Martínez¹, A. Ceballos Torres¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

OBJETIVOS

-Determinar la frecuencia de reingresos hospitalarios en una Unidad de M. Interna de un Hospital GeneralBásico y aquellos factores socio-demográficos y clínicos que la condicionan. - Analizar las comorbilidades asociadas así como el grado de dependencia de dichos pacientes y su posible relación con el riesgo de sufrir reingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudio retrospectivo a partir del CMBD de pacientes hospitalizados en la Unidad de M.Interna de nuestrocentro durante 2007. Se consideró reingreso hospitalario al paciente que volvía a ingresar en los 30 días posteriores al alta con el mismo diagnóstico. Se utilizó en índice de Barthel (IB) para valorar el grado de dependencia funcional (leve:puntuación entre 61 y 99; moderada entre 41-60; severa entre 21 y 40 y total menor de21), y el índice de Charlson (IC) para la comorbilidad asociada (alta:Puntuación >3; baja:2 y sin comorbilidad:0-1)

RESULTADOS

Durante 2007 ingresaron en la Unidad de Medicina Interna 2389 pacientes, de los que 39 (1,6%) fueron reingresos. Estos fueron 27 (69,2%) varones y 12 (30,8%) mujeres, con una edad media de 72,1 +/- 11,5 años. De los pacientes analizados, 19 (48,7%) eran fumadores activos, 18 (46,2%) diabéticos, 18 (46,2%) EPOC, 23 (59%) padecían insuficiencia Cardíaca Crónica, 7 (17,9%) insuficiencia renal crónica, 8 (20,5%) hepatopatía crónica y 2 (5,1%) neoplasia. Dos pacientes vivían en residencia (5,1%) y 37 en su domicilio (94,9%). El grado de comorbilidad (IC) fue: 5 (12,8%) sin comorbilidad; 10 (25,6%) baja y 24 (61,5%) alta. El grado de dependencia (IB) fue: 21 (53,8%) leve, 12 (30,8%) moderada, 4 (10,3%) severa y 2 (5,1%) total. En la tabla 1 se muestran los diagnósticos y la tasa de reingresos por GRD. La estancia media de estos pacientes durante el primer ingreso fué de 8,6 +/- 4,6 días (rango 2-22), sensiblemente inferior a la del total de ingresos (9,8 días). El IC alto y el IB moderado y severo fué mas frecuente en los pacientes con reingreso respecto al resto (61,5% por 41,3%; p<0,05; y 15,4% por 9,2% p>0,05 respectivamente). Por último, la causa del reingreso fue: 6 (15,4%) casos para completar el estudio, 22 (56,4%) por complicación de su proceso y 11 (28,2%) por complicaciones por otro proceso. No hubo diferencias de mortalidad entre los reingresos respecto al resto (9,3 frente a 12,8% respectivamente).

DISCUSIÓN

El reingreso hospitalario se ha considerado como uno de los estándares de calidad asistencial. En nuestra serie, la tasa fué del 1,6% (similar a las publicadas anteriormente), pudiendo esta estar sobrevalorada ya que no se han distinguido los reingresos programados de los imprevistos por complicaciones propias o no de la patología de base del paciente. Así mismo, estos reingresos se han relacionado con numerosas variables clínicas asociadas y comorbilidades, que aunque en nuestro estudio existen diferencias tanto en el porcentaje como en la estancia media, esta no es significativa, quizás al ser un tamaño muestral muy pequeño. Una limitación de nuestro estudio es que al ser retrospectivo no se han analizado algunas variables que pudieran estar asociadas al reingreso.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, se puede afirmar que son los factores dependientes del enfermo (comorbilidades asociadas y alto grado de dependencia funcional) los que estan asociados al riesgo de reingreso de los mismos.

G-22 / ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Godoy Guerrero, G. Uribarri Sánchez, A. Pérez Rivera, Á. Muñoz Morente, I. Valero Guerrero, M. Barón Ramos, B. Escolano Fernández, A. Ruiz Cantero.

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

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes fallecidos durante el ingreso en un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo donde se analizan todos los informes de éxitus de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde el 1 de Abril de 2007 al 31 de Diciembre de 2007. Se recogen los datos clínico-epidemiológicos, comorbilidad, Chalsom, McCabe, motivo principal del fallecimiento, días de estancia hasta la fecha del exitus, el mes del año, si había habido ingresos previos, si era esperado o no al ingreso.

RESULTADOS

Durante los nueve meses analizados hubo un total de 3741 ingresos con 119 exitus (tasa mortalidad 29,12). Sesenta y nueve (58%) eran hombres. La edad media fue de 75,44 años (hombres 73,33 y mujeres 75,43 años), la mediana de edad fue 77 años, siendo mayor de 71 años el 75% de los fallecidos. Los datos de comorbilidad fueron: HTA (49,6%), DM (32,8%), EPOC (31,1%), Cardiopatía isquémica (23,5%), ICC (32,8%), FA (32,8%), Ictus (18,5%), Insuficiencia renal crónica (16%), Deterioro cognitivo/demencia (18,5%), hepatopatía crónica (11,8%), neoplasia (37,8%). De la neoplasias, 41 fueron sólidas (las principales fueron 12 pulmón, 6 colorrectales, 5 vía biliar) y 4 hematológicas. El Índice Charlson medio al ingreso fue de 3,96. McCabe últimamente fatal (52,9%), McCabe rápidamente fatal (32,2%). Un 45,4% había sufrido un ingreso previo en el último año. La estancia media fue de 11,5 días, falleciendo un 22,7% en las primeras 48 horas del ingreso. El mes de mayor mortalidad absoluta fue Abril (18,8%). Las principales causas de fallecimiento fueron: Neoplasias y complicaciones secundarias (34,5%), cardiológicas (17,6%), sepsis (13,4%), destacando 6 sepsis respiratorias y 5 por infección de piel y partes blandas, infección respiratoria en pacientes con patología respiratoria previa (10,1%), complicaciones en pacientes con demencia avanzada (5,9%). Hasta en un 90,8% de los pacientes el exitus se consideró como esperado o muy probable al ingreso.

DISCUSIÓN

La tasa de mortalidad encontrada es aceptable, estando dentro de un rango coherente, sin que hayamos notado un exceso de mortalidad "no esperable". Las características de los pacientes fallecidos, son así mismo, compatibles con un perfil de paciente con alta probabilidad de exitus (neoplásicos, etc). Por tano, no encontramos ningún dato de alarma que nos sugiera un cambio de actitud con respecto a la mortalidad en los pacientes hospitalizados en nuestro servicio.

CONCLUSIONES

Los fallecidos en Medicina Interna son principalmente pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad y edad. Las neoplasias y sus complicaciones son las principales causas de exitus. Algo más de una quinta parte de los pacientes fallecen en las primeras 48 horas. Al ingreso hasta en un 90% de los casos el exitus se consideró como muy probable.

IF-01 / POR QUÉ PROBLEMAS MÉDICOS INGRESAN LOS INMIGRANTES Y OTROS EXTRANJEROS EN UN HOSPITAL GENERAL

F. Díez García, P. Martínez Cortés, V. Rodríguez Martínez, G. Gómez Rodríguez, G. Parra García, B. Cervantes Bonet, A. Collado Romacho, C. Gálvez Contreras.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Introducción: La inmigración es un fenómeno de nuestro tiempo, especialmente prevalente en Almería, y resulta imprescindible conocer su magnitud y sus demandas asistenciales hospitalarias. Objetivos: Estudiar la incidencia, motivos de ingreso, características epidemiológicas y destino de los inmigrantes y otros extranjeros que ingresaron en los servicios médicos de un hospital general en una provincia con altas tasa de inmigración (Almería). Se consideró que el paciente era inmigrante (I) cuando procedía de un país con renta inferior a la española (incluyendo los países como Rumanía ya incorporados a la UE) y que se había trasladado al nuestro por motivos socioeconómicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los pacientes inmigrantes (I) y otros extranjeros (E) dados de alta durante el año 2007 en cualquiera de los Servicios Médicos de adultos del Hospital Torrecárdenas de Almería. Se revisaron en todos los casos el informe de alta y los diagnósticos del CMBDA. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

Ingresaron en los Servicios Médicos 542 pacientes (I+E) que suponen el 5,3% de los 10.849 altas médicas del año 2007. De ellos, 371 (68%) se consideraron I y 171 (32%) E. La edad del grupo I fue ES inferior que la del grupo E (40+15/61+13 años; $p < 0,001$). Predominaron en ambos grupos los varones (67% en I / 70% en E), sin diferencias ES. Las zonas de procedencia de los I fueron: Magreb: 112 (30%), Unión Europea: 87 (23,5%), Latinoamérica: 75 (20%), África Subsahariana: 65 (17,5%), Este de Europa (no UE): 28 (7,5%), Oriente Medio: 2 (0,5%) y Subcontinente Indio: 2 (0,5%). Los países de origen más frecuentes fueron: Marruecos: 88 (24%), Rumanía: 74 (20%), Rusia: 19 (5%) y Senegal: 16 (4,3%). Los países de origen de los E fueron principalmente el Reino Unido: 105 (61%) y Alemania: 41 (24%). Los Servicios donde ingresaron los I fueron fundamentalmente: MI: 78 (21%), Digestivo: 43 (11,6%), Cardiología: 37 (10%), Neurología: 34 (9,2%), la UCI: 34 (9,2%), Neumología: 33 (8,9%), Salud Mental: 29 (7,8%), Hematología: 24 (6,5%), Nefrología: 24 (6,5%) y Oncología: 23 (6,2%). El resto de pacientes extranjeros (E) ingresaron predominantemente en la UCI: 46 (26,9%), cardiología: 30 (17,5%), MI: 23 (13,5%) y Neurología: 20 (11,7%). La Estancia Media de los pacientes I fue más prolongada que la de los pacientes autóctonos en MI (16,6/11,4), Neurología (16,1/10,7), Neumología (15/12,8), Digestivo (12,4/8,9) y Media Estancia (29/61). Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: infecciones: 83 casos (22%), enfermedades cardiovasculares: 60 casos (18%), neoplasias: 49 casos (13%), insuficiencia renal: 18 casos (4,9%), síndromes psicóticos: 17 casos (4,6%), anemias: 11 casos (3%) y diabetes tipo 1 descompensadas: 11 casos (3%). Entre las infecciones destacan las neumonías (16 casos), otras infecciones respiratorias (14 casos), la tuberculosis (13 casos), las infecciones del SNC (11 casos), la infección VIH/SIDA: 8 casos) y las parasitosis (7 casos). Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes fueron la cardiopatía isquémica aguda (22 casos), los ACVA (16 casos) y la ICC (12 casos). Las neoplasias hematológicas (leucemias/linfomas) (16 casos) y el cáncer de pulmón (7 casos) fueron los tumores más frecuentes. La mortalidad durante el ingreso fue del 3,5% en I y del 5,3 en E.

CONCLUSIONES

Las hospitalizaciones por causas médicas en inmigrantes son aún raras en la actualidad. Se trata de varones jóvenes que ingresan con más frecuencia en Medicina Interna. Las infecciones son los síndromes más prevalentes (especialmente las respiratorias y la tuberculosis). La cardiopatía isquémica, los ACVA y los tumores hematológicos y de pulmón son otros motivos de ingreso frecuente. El manejo de estos problemas es menos eficiente que en pacientes autóctonos, con mayor estancia media. La mortalidad no está aumentada.

IF-02 / EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA A DROGAS DE PRIMERA LÍNEA DE C. M. TUBERCULOSIS EN UN ÁREA CON ALTA INCIDENCIA DE CASOS EN INMIGRANTES

G. Parra García¹, M. Martínez Lirola², F. Díez García¹, T. Cabezas Fernández³, C. Contreras Sánchez⁴, W. Sánchez Yebra², M. Sánchez Benítez⁵, A. Lazo Torres y grupo Indal-TB1.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería. ³Servicio de Microbiología. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería). ⁴Servicio de Microbiología. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería). ⁵Unidad de Tuberculosis. Distrito Atención Primaria Poniente (Almería).

OBJETIVOS

La incidencia de tuberculosis (TB) en la provincia de Almería es la más elevada de Andalucía (26 casos/100.000 h/a en los últimos 5 años), en gran parte condicionada por la elevada tasa de inmigración por el auge de la agricultura intensiva. OBJETIVOS: Describir la resistencia de MTB aislados durante el periodo 2003-2007 y observar la evolución de los patrones de resistencia para adecuar las pautas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra: 459 cepas de MTB correspondientes a otros tantos pacientes (259 inmigrantes, 56% del total) que representan el 94% de los 487 casos de TB provinciales confirmados por cultivo entre los años 2003-2007. Sensibilidad: se realizó siempre ante un nuevo caso de TB, a partir de la primera cepa aislada del paciente, utilizando el sistema BacT/Alert 3D[®], testándose frente a 4 tuberculostáticos mayores: isoniácida (H), estreptomina (S), rifampicina (R) y etambutol (E), siguiendo las instrucciones del fabricante. Variables: Resistencia a H, S, R, E, cepas pansensibles, monoresistencia, multiresistencia, poliresistencia. Caso inicial o previamente tratado, Autóctono ó Inmigrante. Año del primer aislamiento. Estudio estadístico: Programa SSPS v12.0.

RESULTADOS

Se obtuvieron 400 cepas pan-S (87,1%), 42 cepas mono-R (9,2%), 7 cepas multi-R (1,5%) y 2 poli-R (0,44%). Fueron resistentes al menos a una droga de primera línea 10/70 cepas (14,3%) en 2003; 22/88 cepas (13,6%) en 2004; 7/99 cepas (7%) en 2005; 11/101 cepas (10,9%) en 2006 y 8/75 cepas (14,3%) en 2007. La tasa de Resistencias a H en pacientes no tratados previamente en el periodo de estudio fue del 8,3%, siendo del 6,3% (12/178 cepas) en pacientes A y del 9,9% (24/243) en I (p 0,183). En pacientes previamente tratados, la resistencia al menos a un fármaco de primera línea en el quinquenio fue del 15,3% (4/26cepas); siendo en pacientes A del 10% (1/10 cepas) y en pacientes I del 18,8% (3/16 cepas).

CONCLUSIONES

La resistencia primaria de CMTB a alguna droga de primera línea permanece por encima del 5% en los últimos 5 años, a pesar un control específico de la TB en nuestra provincia. El nivel de resistencia primaria a isoniácida observado tanto en población autóctona como inmigrante aconseja generalizar una pauta de 4 fármacos en todos los casos, hasta conocer el perfil de resistencia. FINANCIACIÓN: FIS: 060882; 061467; 0690490; 0690357. J. Andalucía

IF-03 / INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN UNA PROVINCIA CON ALTAS TASAS DE INMIGRACIÓN

P. Marín Martínez¹, V. Rodríguez Martínez², F. Díez García², M. Martínez Lirola³, J. Fornovi Vives⁴, M. Sánchez Benítez⁵, P. Barroso García⁶, A. Lazo Torres y grupo Indal-TB2.

¹Sección Epidemiología. Delegación Salud (Almería). ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería. ⁴Unidad Salud Pública. Distrito AP Almería. ⁵Unidad de Tuberculosis. Distrito AP Poniente (Almería). ⁶Unidad Salud Pública. Área Gestión Sanitaria Norte (Almería).

OBJETIVOS

La provincia de Almería tiene la mayor tasa de inmigración estable de Andalucía desde la última década del siglo pasado. Muchos de los inmigrantes provienen de países con elevada prevalencia de tuberculosis (TB). Sus condiciones de vida y socioeconómicas en nuestro país también podrían favorecer el contagio y transmisión de la TB en nuestro medio. Objetivos: Estudiar el impacto de la inmigración en la incidencia de TB en la provincia de Almería. Estudiar las principales características epidemiológicas, clínicas y de respuesta al tratamiento en ambas poblaciones: autóctonos (A) e Inmigrantes (I).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de la cohorte de pacientes declarados de Tuberculosis en el Registro del SVEA en Almería, desde los años 1997 hasta 2007. Los datos de seguimiento se obtuvieron de los registros de los programas de seguimiento de los tres Distritos (Poniente, Centro y Levante) de Almería. Estudio de las principales variables epidemiológicas, clínicas y de seguimiento en ambas poblaciones. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se declararon 1520 casos de TB en Almería. La incidencia de TB aumentó desde 19,3 casos/100.000 h/a (año 1997) hasta 29,6 casos/100.000 h/a (año 2006). Esta tendencia se debió a los nuevos casos diagnosticados de TB en I, cuyo porcentaje respecto al total de casos subió progresivamente desde el 20% en el año 1997 al 58% en el año 2007. La incidencia de TB y el porcentaje de casos en I fueron mayores en el Distrito de Poniente, donde se concentran el mayor número de I (Tasas de incidencia de unos 10 puntos superiores a la media; porcentaje de casos en I: 70%). En el año 2007 se objetivó un significativo descenso de la incidencia de TB en la provincia (20,7 casos/100.00 h/a). La TB predomina en varones (66%) sin diferencias ES entre I (66%) y A (67%). La edad en el diagnóstico es inferior en I (31 años en I; 42 años en A; $p < 0,001$), destacando la baja incidencia de TB en I mayores de 55 años (6% del total de I/25% en A; $p < 0,001$). La procedencia de los I con TB fue: África Subsahariana: 44%; Magreb: 40%; Europa del Este: 31%; Latinoamérica: 22% y Subcontinente Indio: 3%. Los países que aportan mayor número de casos son Marruecos y Rumania (38% y 27% del total de casos respectivamente). El diagnóstico fue confirmado microbiológicamente en el 83% de los casos (BAAR/cultivo). Las formas extrapulmonares representaron el 31% de los casos, siendo la pleuritis TB la TB extrapulmonar más frecuente (13% del total de casos). Se objetivó una evolución favorable en el 81% de los casos, exitus en el 6%, traslados en el 8% y abandonos en el 5%. Se completó el seguimiento en el 79% de los casos en el Distrito Centro y en el 95% de los caso en los Distritos de Poniente y Levante ($p < 0,05$), sin diferencias ES entre I y A; en estos Distritos está implantado un programa de tratamiento supervisado.

CONCLUSIONES

La incidencia de TB en Almería supera y tiene una tendencia inversa a la de Andalucía y el resto de España por el impacto de la inmigración. Los pacientes inmigrantes con TB son preferentemente varones jóvenes. Las formas extrapulmonares son más frecuentes. La implantación de programas de tratamiento supervisado ha permitido mejorar en gran medida el cumplimiento y tasa de curación de la TB.

IF-04 / INFECCIÓN VIH/SIDA EN INMIGRANTES EN UN HOSPITAL GENERAL

F. Díez García¹, G. Gómiz Rodríguez¹, C. Gálvez Contreras¹, V. Rodríguez Martínez¹, M. Martínez Lirola², A. Collado Romacho¹, P. Martínez Cortés¹, S. López Palmero¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Estudiar las características epidemiológicas, clínico-inmunológicas y de cumplimiento y respuesta al tratamiento en la población inmigrante infectada por el VIH/SIDA que sigue revisiones periódicas en una consulta específica en Almería, provincia que tiene la mayor tasa de inmigración estable de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de la cohorte de 2139 pacientes con infección VIH/SIDA diagnosticados en el Hospital Torrecárdenas desde el año 1987 hasta marzo de 2008, de los que 204 corresponden a casos de inmigrantes (I) y 1935 autóctonos (A). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v12.0.

RESULTADOS

El 9,5% del total de pacientes con infección VIH/SDA eran inmigrantes. Desde el año 2000 los inmigrantes suponen el 27% (95 casos) de los 447 nuevos casos diagnosticados. La edad media en el diagnóstico fue similar en ambos grupos (34+9 vs 35+9; NS) así como la distribución por sexos (Varones: I: 70%; A: 74%; NS). Las categorías de transmisión fueron respectivamente en I/A: UDVP: 10%/53%; Homosexual: 16%/14%; Heterosexual: 69%/25% Otros: 6%/6%. El estadio de la enfermedad en el diagnóstico fue: A: 31%/31%; B: 14%/21%; C: 55%/48%. El número de linfocitos CD4+ inicial no fue ES diferente (I: 349; A: 334; NS). La procedencia de los inmigrantes fue: África Subsahariana: 50%; Latinoamérica: 22%; Magreb: 10% y Europa del Este: 9%. De las enfermedades definitorias de SIDA, la tuberculosis fue más frecuente en I ($p < 0,05$) y la neumonía por *P. jirovecii* y el linfoma no HDK en A ($p < 0,05$). 465 pacientes (62 I/403 A) continúan en seguimiento en la actualidad. El 27% de los I (media de CD4: 582 + 238) y el 10% de los A (media de CD4: 477 + 242) no reciben TARGA ($p < ,001$). El nivel de CD4 en los pacientes tratados no fue ES (381 + 209 en I y 436 + 253 en A). La respuesta al TARGA fue satisfactoria y similar en ambos grupos (carga viral < 400 copias/ul: 88% en I/85% en A; NS).

CONCLUSIONES

La incidencia de casos con infección VIH/SIDA en inmigrantes está aumentando en los últimos años. La transmisión es preferentemente heterosexual. La mayoría de los pacientes provienen de África subsahariana y Latinoamérica en nuestra área. Aunque existen algunas diferencias clínicas, la respuesta al tratamiento y el cumplimiento es satisfactoria y similar en ambos grupos

IF-05 / CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SCHISTOSOMIASIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL DEL HOSPITAL DE PONIENTE

J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, T. Cabezas Fernández, I. Cabeza Barrera, N. Chueca Porcuna, A. Lozano Serrano, M. Sánchez Benítez de Soto, M. Rogado González.

Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Descripción de las características de los pacientes diagnosticados de schistosomiasis en la Unidad de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de schistosomiasis atendidos en la consulta de UMT desde el año 2005. Revisión de historias clínicas y análisis de los datos estadísticos mediante programa informático SSPS. Se contabilizaron un total de 49 pacientes, 36 con schistosomiasis urinaria por *S. haematobium*, 11 con parasitación intestinal por *S. mansoni*, y 2 pacientes con coparasitación por *S. haematobium* y *S. mansoni*. La edad media fue de 25 años (15-33), y un tiempo medio de estancia en España de 26,3 meses (2-120). 48 (98%) fueron varones. La procedencia de los pacientes fue Mali (n=21), Senegal (n=13), Mauritania (n=8), Guinea Bissau (n=3), Ghana (n=2), Guinea Conakry (n=1) y Burkina Faso (n=1). 38 pacientes (78%) fueron remitidos desde AP, siendo los motivos mas frecuentes de derivación la hematuria macroscópica (43%), dolor abdominal (24,5%), eosinofilia (18,4%) y la hematuria microscópica (10,2%). El diagnóstico de *S. haematobium* se realizó mediante la visualización directa de los huevos en la orina, y en dos casos tras cistoscopia. El diagnóstico de *S. mansoni* se realizó mediante la visualización directa de los huevos en heces o biopsia rectal.

RESULTADOS

El valor medio de eosinófilos totales fue de 705/mm³ (97-2266), de IgE 1809g/dl (5-10.769), y de Hb 15 mg/dl (11-18). Se dispone de datos de serología de *Schistosoma* en 25 de los 49 pacientes, siendo sólo positiva en 4 casos (16%). 14 pacientes con schistosomiasis urinaria presentaron lesiones en vejiga en el estudio ecográfico, y en 4 pacientes se objetivaron calcificaciones vesicales en la Rx simple de abdomen. El tratamiento administrado en todos los casos fue praziquantel (20 mg/kg/12 horas, 1 día), sin evidencia de fallo de tratamiento.

DISCUSIÓN

La schistosomiasis es una enfermedad endémica de muchos países de África Subsahariana que puede ocasionar importantes problemas de salud en los pacientes, entre ellos la insuficiencia renal y el cáncer de vejiga. El médico debe estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de esta patología, fundamentalmente en los pacientes subsaharianos que presentan hematuria o eosinofilia.

CONCLUSIONES

La schistosomiasis es una enfermedad muy prevalente entre los pacientes subsaharianos remitidos a la consulta de Medicina Tropical, siendo en general de fácil diagnóstico y tratamiento. La serología es de escaso valor diagnóstico en esta enfermedad.

IF-06 / PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GESTANTES DE ORIGEN LATINOAMERICANO EN EL HOSPITAL DE PONIENTE

J. Salas Coronas, T. Cabezas Fernández, A. Vicente Pintor, I. Cabeza Barrera, J. Vázquez Villegas, M. Molina Arrebola, N. Martín Herrada, A. Lozano Serrano.

Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Describir los resultados de un programa de detección de enfermedad de Chagas en mujeres gestantes de origen latinoamericano controladas en el Hospital de Poniente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se está realizando un estudio de carácter prospectivo desde Mayo del 2007 de diagnóstico de enfermedad de Chagas en todas las mujeres latinoamericanas controladas durante su gestación en el Hospital de Poniente. El diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando existe positividad de dos test serológicos distintos (ELISA e IFI). Esta solicitud se realiza por los facultativos de Ginecología y Obstetricia, con seguimiento posterior de los resultados en la Unidad de Medicina Tropical (UMT). En el caso de positividad de alguna de las muestras de forma aislada, se avisa a la gestante para repetir la determinación. Si se realizara el diagnóstico de la enfermedad, se solicitaría PCR a la gestante y se controlaría de forma estrecha a la madre. Al recién nacido de madre chagásica se realizaría una técnica de diagnóstico directo (microhematocrito modificado de Strout), serología y PCR. En el caso de transmisión congénita, se realizaría tratamiento con benznidazol.

RESULTADOS

Sobre un total de 99 gestantes a las que se ha solicitado la serología, en 82 se dispone de datos serológicos. Los países de origen más frecuentes fueron Ecuador (n=23), Argentina (n=19), Perú (n=14), Colombia (n=13) y Bolivia (n=10). Ninguna paciente ha sido hasta el momento diagnosticada de la enfermedad. 3 pacientes han presentado positividad aislada a alguno de los test serológicos (2 con IFI positiva, 1 con ELISA positivo). A las tres pacientes se les ha solicitado nueva determinación.

DISCUSIÓN

La importancia de un programa de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes radica en que posibilita un diagnóstico precoz de la enfermedad en recién nacido. El tratamiento de la enfermedad en el primer año de vida tiene unas tasas de curación próximas al 100% de los casos. Actualmente existe una legislación en España sobre el cribaje de esta enfermedad en los bancos de sangre, pero no hay ninguna norma respecto al riesgo de transmisión vertical.

CONCLUSIONES

Los programas de detección de la enfermedad de Chagas en gestantes permiten un diagnóstico y tratamiento precoz en los casos de transmisión vertical, posibilitando en los niños tasas de curación próximas al 100%. Dado el incremento de población inmigrante procedente de zonas endémicas y el riesgo real de transmisión en nuestro país, sería necesario establecer protocolos de diagnóstico de la enfermedad en las mujeres gestantes de origen latinoamericano.

IF-07 / FILARIASIS IMPORTADA EN EL PONIENTE ALMERIENSE

J. Salas Coronas, J. Vázquez Villegas, T. Cabezas Fernández, I. Cabeza Barrera, N. Chueca Porcuna, A. Lozano Serrano, M. Rogado González, M. Sánchez Benítez de Soto.

Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

Descripción de los casos de filariasis importada atendidos en la consulta de Medicina Tropical (UMT) del Hospital de Poniente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de filariasis atendidos en la consulta de UMT desde el año 2005. Revisión de historias clínicas y análisis de los datos estadísticos mediante programa informático SSPS. Se contabilizaron un total de 19 pacientes, 4 con filariasis linfática, 14 con *Mansonella perstans* y 1 con coparasitación por *Loa-Loa* y *Mansonella perstans*. La edad media fue de 33 años (13-71), y un tiempo medio de estancia en España de 26,3 meses. 15 (78,9%) fueron varones y 4 mujeres. La procedencia de los pacientes fue Guinea Ecuatorial (n=7), Guinea Bissau (n=5), Senegal (n=5), Gambia (n=1) y Guinea Conakry (n=1). 12 pacientes estaban en situación administrativa irregular (63%). Los pacientes fueron remitidos fundamentalmente desde Atención Primaria (n=6) y Digestivo (n=4), siendo los motivos de consulta más frecuentes la eosinofilia (26%) y dolor abdominal (21%).

RESULTADOS

El diagnóstico de *Mansonella perstans* y *Loa Loa* se realizó mediante la visualización directa de las microfilarias con test de Knott. En los casos de filariasis linfática, el diagnóstico se realizó en función de los hallazgos clínicos (elefantiasis con adenomegalias inguinales) y estudios de imagen, siendo en todos los casos el test de Knott negativo. La eosinofilia fue especialmente significativa en los pacientes con *Mansonella perstans* y *Loa Loa* (1446 Eo/mm³ [243-4446]), con unos niveles medios de IgE 2916 mg/dl (310-10099). La serología fue positiva en 11(61%) de los 18 pacientes de los que se dispone del resultado. En 4 pacientes se realizó la PCR de filarias, siendo positiva en 2 (ambas para *Mansonella perstans*) y negativa en otras 2. Los pacientes diagnosticados de filariasis por *Mansonella perstans* fueron tratados con mebendazol durante 30 días, mientras que la filariasis por *Loa Loa* y filariasis linfática fue tratada con dietilcarbamacina (DEC), descartándose previamente la coinfección por *Onchocerca volvulus*.

DISCUSIÓN

Las enfermedades importadas son una realidad en nuestro medio debido al gran flujo migratorio que se ha producido en España en los últimos años. Algunas enfermedades, como la filariasis linfática, pueden ocasionar importantes deformidades a los pacientes. Es necesario que los profesionales sanitarios tengan conocimientos básicos del diagnóstico y tratamiento de este tipo de patología.

CONCLUSIONES

La filariasis importada es una entidad a tener en cuenta en el estudio de la eosinofilia en los pacientes procedentes de países de África subsahariana, fundamentalmente en aquellos con eosinofilia moderada y grave. El test de Knott en la técnica de elección para el diagnóstico de las microfilarias en la parasitación por *Mansonella* y *Loa Loa*.

IF-08 / SITUACIÓN EN NUESTRA ÁREA DE UNA ENFERMEDAD EMERGENTE: PALUDISMO

C. Herrero Rodríguez¹, M. Omar Mohamed¹, C. Roldán Fontana², I. Gea Lázaro¹, G. Duro Ruiz¹, A. Arroyo Nieto¹, P. Jódar Morente¹, J. Hernández Burruezo¹.

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los casos de paludismo atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de paludismo entre los años 2000 y 2007, analizándose los siguientes parámetros: edad, sexo, origen, datos clínicos y analíticos, diagnóstico, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 7 casos de paludismo cuya edad media fue de 35.86 ± 13.09 años con un predominio de mujeres (85.7%) de los cuales tan solo el 28.5% eran de nacionalidad española. En la mayoría de los casos el contagio tuvo lugar al retornar a su país de origen (estancia media de 1 mes). Todos viajaron sin profilaxis o con una profilaxis incompleta. Respecto al cuadro clínico, la fiebre estaba presente en el 100% de los casos, seguido de hepato y/o esplenomegalia (71.4%). Se objetivó anemia en el 57.1% de los casos (en ningún caso inferior a 8 g/dL) y plaquetopenia (uno de ellos con cifras menores de 50.000/mm³) en el 71.4%. Los reactantes de fase aguda (VSG > 20 mm 1º h) estuvieron elevados en el 71%. La gota gruesa y/o frotis fino fueron diagnósticas en todos los casos, siendo las especies más frecuentes: *P.falciparum* en el 42.8%, *P.vivax* en el 14.28% e indeterminado en el 42.8%. La estancia media fue de 7.5 ± 1.90 días y éstas se produjeron durante los meses de junio y agosto. El tratamiento se instauró según el patrón local de sensibilidad del *plasmodium* sp. Así, se prescribió Quinina+ Doxiciclina durante 7 días en el 71.4% de los casos. La respuesta fue favorable en todos los casos.

DISCUSIÓN

1- En los países desarrollados la afluencia de inmigrantes que proceden de zonas endémicas de paludismo y de viajeros a dichas áreas han provocado, un incremento de la enfermedad que no está exenta de complicaciones graves o muerte (sobre todo las causadas por *P.falciparum*). 2- Cabe destacar el incumplimiento de la profilaxis en nuestros pacientes lo que conlleva a un mayor riesgo de complicación. 3- La mayoría de nuestros pacientes presentaban fiebre, esplenomegalia y trombocitopenia. 4- El examen microscópico, gota gruesa y / o extensión sanguínea fueron diagnósticas en todos los casos, no precisando otros métodos diagnósticos (PCR). 5- El ingreso parece ser necesario por ser una enfermedad considerada de urgencia médica por su potencial elevado de complicaciones y / o dificultades diagnósticas. No suponiendo una elevación en la estancia hospitalaria en nuestro caso (7 días).

CONCLUSIONES

1. El paludismo es una enfermedad emergente que se ha de sospechar ante todo cuadro de fiebre, hepato-esplenomegalia y plaquetopenia en un inmigrante, con el objeto de iniciar el tratamiento lo más precoz posible y así evitar complicaciones serias. 2. En nuestra área, la mayoría de los casos tuvo lugar al retornar a su país de origen. 3. El método diagnóstico de elección es la microscopía, gota gruesa y extensión sanguínea aunque es de utilidad la PCR en los casos de parasitemias muy bajas y en las infecciones mixtas. 4. El tratamiento instaurado en nuestros pacientes (según patrón de sensibilidad local) fue satisfactorio en todos ellos.

IF-09 / CAMBIOS EN EL ESPECTRO ETIOLÓGICO DE LA FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA (FDI)

N. Espinosa¹, A. Camacho¹, E. León², J. Santos³, F. Díez⁴, I. Gea⁵, E. Cañas¹, M. Bernabeu¹.

¹Servicio de Medicina Interna y E. Infecciosas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

OBJETIVOS

Evaluar los cambios en la etiología de la FDI en varias provincias andaluzas, respecto a estudios previos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de la etiología de la FDI en pacientes consecutivos atendidos en las consultas de atención rápida de los hospitales participantes entre el 01/11/2006 y el 30/08/07. Se incluyeron los pacientes mayores de 14 años que cumplían los criterios de FDI previamente establecidos. A todos los pacientes se les realizó una evaluación protocolizada básica incluyendo estudio serológico con 2 determinaciones seriadas separadas al menos 3 semanas (*Brucella melitensis*, incluyendo test rápido de Rosa de Bengala, *Coxiella burnetii*, *Rickettsias typhi* y *conorii*, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr) y hemocultivos seriados si presentaban fiebre. Adicionalmente, se solicitaban otras exploraciones complementarias de forma individualizada en función de datos clínicos. A todos los pacientes se les realizó un seguimiento mínimo de 1 mes. Se recogieron, según un protocolo estandarizado, datos demográficos, fecha de la primera consulta, procedencia, diagnóstico final, tratamiento inicial, necesidad de ingreso hospitalario, fecha de alta y destino final de cada paciente. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante SPSS v13.0 para Windows

RESULTADOS

Se incluyeron 136 pacientes, con una edad media de 38,9 + 14,5 años (rango 16-72), 89 varones (65,4%). Se observó un predominio estacional de Marzo a Junio (50%). El 93,4% de los pacientes fueron derivados desde el Servicio de Urgencias. En el 76% de los pacientes se llegó a un diagnóstico etiológico, de los cuales 63 (46,3%) fueron infecciones sistémicas (24 pacientes con fiebre Q aguda, 18 por citomegalovirus, 8 por virus de Epstein-Barr, 3 por primoinfección VIH, 3 brucelosis agudas, 2 fiebres botonosas mediterráneas, 1 tífus murinos, 1 Leishmaniasis, 1 infección aguda por parvovirus B19, 1 TBC y 1 infección por *Mycoplasma*); 9(6,6%) a infecciones localizadas y 4 (3%) a procesos no infecciosos: En el resto, el cuadro se autolimitó espontáneamente (21 pacientes, 15,4%), o bien con tratamiento antimicrobiano empírico (37 pacientes, 27,2%), sin llegar a un diagnóstico etiológico. De todos los pacientes incluidos, a 89 (65,4%) se les administró tratamiento antimicrobiano empírico, principalmente con doxiciclina (sóla ó asociada a otros antimicrobianos, (31 %), 21 pacientes (15,4%) requirieron ingreso hospitalario y sólo fallecieron 2 pacientes.

DISCUSIÓN

Las infecciones sistémicas (principalmente la Fiebre Q) siguen siendo la principal causa de FDI en nuestro medio. Destaca el descenso de Brucelosis aguda y la emergencia de infecciones virales sistémicas (VIH, CMV).

CONCLUSIONES

Se observan cambios en el espectro etiológico de la FDI respecto a estudios previos. Serían necesarios más estudios que permitieran identificar los casos no diagnósticos (42,6% en nuestra serie).

IF-10 / FORMAS CLÍNICAS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA (ER) POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN ALMERÍA

V. Rodríguez Martínez¹, N. Montiel², M. Rogado González³, F. Díez García¹, A. Lazo Torres¹, T. Cabezas Fernández⁴, J. Calvo Bonachera⁵, M. Martínez Lirola y grupo Indal-TB6.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga).

³Servicio de Neumología, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería), ⁵Servicio de Neumología, ⁶Servicio de Microbiología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Estudiar las MNT identificadas en muestras clínicas en la provincia de Almería en últimos 5 años (203-2007). Identificar, con criterios microbiológicos, las cepas de MNT con mayor posibilidad de estar causando enfermedad. Describir la presentación de estas formas clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra: Cepas de MNT aisladas en muestras remitidas a los laboratorios de Microbiología de los Hospitales Públicos de Almería. Microbiología: Cultivo MB/Bact[®] y/o Lowenstein-Jensen. Identificación: HPLC +/-molecular (SDA[®]), ó molecular (Genotype Mycobacterium CM[®]). Criterios microbiológicos de ER: 1) MNT aislada en muestra respiratoria obtenida mediante broncoscopio ó biopsia. 2) dos ó más muestras de esputo representativas del tracto respiratorio inferior con el mismo microorganismo. Formas clínicas: enfermedad pulmonar crónica bronquiectásica, enfermedad pulmonar crónica fibronodular/cavitaria, síndrome de hipersensibilidad pulmonar ó enfermedad diseminada.

RESULTADOS

Se aisló una MNT en 134/620 (21,5%) pacientes con algún cultivo de micobacterias positivo, consiguiendo identificar las cepas aisladas en 108 casos (172 muestras, 81 %), la mayoría respiratorias (156 muestras/100 pacientes (15,5% con alguna muestra BK+)). En 26 casos (19,4%) el aislamiento fue repetido (rango 2-13) y en 3 pacientes se aislaron varias especies MTN en distintas muestras. Los grupos/especies con representación mayoritaria: fueron: C.M. fortuitum-peregrinum (MFP): 37 pacientes; C.M. avium-intracellulare (MAI): 30 pacientes, C.M. chelonae-abscessus-mucogenicum: 15 pacientes y M. gordonae: 12 pacientes. En 3 pacientes aislamos especies diferentes en distintas topografías: MAI+MFP, MAI+ M.gordonae y MAI+M.chelonae+M.gordonae). En otros dos se aislaron MNT+Mycobacterium tuberculosis. Veintiocho pacientes tuvieron criterios microbiológicos de ER: MAI (10), MFP (6), MAI+MFP (1), M. gordonae (3), M. abscessus (2), M. malmoense (2), M. kansasii (1), M. lentiflavum (1), M. terrae (1), M. xenopi (1). El 44% (12/27) de ellos tenían alguna muestra BK+. Las formas clínicas mas frecuentes fueron: diseminada en 5 de los 6 pacientes con infección VIH/SIDA (4 de ellos por MAI) y fibronodular/cavitada en 11 de 15 casos sin infección VIH; la mayoría con patología subyacente: EPOC (6), TB (2), tabaquismo (3), neoplasia (3), bronquiectasia (1). El 34,5% (9/26) se declararon como casos de TB.

CONCLUSIONES

El grupo de MNT representa un hallazgo relativamente frecuente y supone una importante carga de trabajo en los laboratorios de micobacterias. El diagnóstico de ER por MNT ambientales es complicado aún en presencia de cultivos seriados positivos. Es frecuente su declaración como tuberculosis, sobre todo cuando coincide la presencia de BAAR en examen directo con enfermedad compatible. Agradecimientos: FIS (030986, 060882, 061467, 0690490, 0690357), J. Andalucía (05151, 06453).

IF-11 / LEISHMANIASIS VISCERAL. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO

F. Gavilán Guirao¹, M. Camacho Fernández¹, M. Velasco Malagón¹, L. Martínez Luque¹, M. Adarraga Cansino¹, J. Zambrana García¹, M. Fernández Antolí².

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba).

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los casos de Leishmaniasis visceral detectados en nuestro hospital desde su apertura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional en el que analizamos todos los casos de Leishmaniasis visceral detectados entre septiembre del año 2004 y 15 de marzo del 2008, siendo contrastados con los datos epidemiológicos de la Delegación provincial de Salud de Córdoba. En todos los pacientes se recogieron la edad, sexo, lugar de procedencia, fecha del diagnóstico, serología VIH, existencia de contacto directo con animales, principales manifestaciones clínicas, método diagnóstico y tratamiento realizado. La búsqueda de los casos se realizó a través del programa informático AURORA existente en los hospitales de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se detectaron 8 casos de Leishmaniasis visceral procedentes de áreas geográficas distintas: 3 (37,5%) en el año 2006, 4 (50%) en el 2007 y un caso en enero del 2008. Tres pacientes (37,5%) eran lactantes de edades comprendidas entre 4 y 11 meses y el resto, adultos de entre 23 y 83 años. Afectó a ambos sexos por igual y en ningún caso se detectó infección por VIH ni inmunosupresión asociada, salvo la vinculada con la edad. No existió contacto directo con perros o animales enfermos. Las manifestaciones clínicas presentes en todos los pacientes fueron la fiebre prolongada y la esplenomegalia. El diagnóstico fue serológico en el 37,55 de los casos y mediante la demostración de amastigotes en el aspirado medular en los casos restantes. Todos los pacientes respondieron satisfactoriamente al tratamiento con anfotericina B liposomal o antimonio de meglumina. De los 14 casos de Leishmaniasis declarados en la Provincia de Córdoba durante el año 2007, 7 (50%) procedían del distrito Sur y 4 de ellos (57,14%) pertenecían a nuestra zona de influencia hospitalaria.

DISCUSIÓN

El 90% de todos los casos de Leishmaniasis se localizan en tres áreas geográficas: India oriental y Bangladesh, Sudán y Brasil. Nuestros resultados objetivan un aumento significativo de los casos de Leishmaniasis visceral en nuestro medio en los últimos 2 años. La dispersión geográfica de los casos, la afectación de cualquier grupo de edad independientemente del género, y la ausencia de inmunosupresión asociada (salvo la vinculada a la edad), la convierten en una enfermedad emergente probablemente influida por los cambios demográficos, el aumento de los viajes y el comercio internacional, el efecto de la tecnología e industria, el cambio microbiano favorecido por las modificaciones climáticas y la insuficiencia de las medidas de la salud pública. Afortunadamente, los fármacos tradicionales continúan siendo eficaces para el tratamiento, si bien, la falta de medidas preventivas puede convertirla en un importante problema de Salud Pública.

CONCLUSIONES

1-La leishmaniasis visceral es una enfermedad emergente en nuestro medio 2-Afecta a ambos sexos y a todas las edades 3-Las manifestaciones clínicas principales continúan siendo la fiebre y la esplenomegalia 4-La existencia de amastigotes en el aspirado medular y la detección de anticuerpos frente a Leishmania son las técnicas diagnósticas de elección 5-El antimonio de meglumina y la anfotericina B liposomal continúan siendo fármacos eficaces en el tratamiento de esta zoonosis

IF-12 / LEISHMANIASIS VISCERAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Mejías Real¹, R. Tirado Miranda¹, N. Alba Rodríguez², F. Ibáñez Bermúdez¹, E. Solís García³, A. Recio Úbeda², C. Pavón López².

¹Servicio de Medicina Interna, ²MIR de MF y C, ³Servicio de Anatomía patológica. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

OBJETIVOS

Revisión de los casos de leishmaniasis visceral diagnosticados en nuestro hospital en los últimos dos años (2005-2007).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de esta zoonosis en nuestro servicio.

RESULTADOS

Se han localizado cuatro pacientes diagnosticados de leishmaniasis visceral en los últimos dos años en nuestro hospital, todos ellos con una edad inferior a los 50 años. La presentación clínica más frecuente ha sido como cuadro febril prolongado de presentación insidiosa, con elevación de enzimas hepáticas, excepto en uno de ellos, afecto de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con evolución subaguda que imitaba a un brote de su enfermedad de base. Dos de los cuatro pacientes presentaban estado de inmunodepresión por otras patologías acompañantes. En todos los casos se objetivó hepatoesplenomegalia por pruebas de imagen. El diagnóstico se realizó por biopsia de medula ósea o hepática. El tratamiento con antimoniales se mostró eficaz tan solo en uno de los pacientes en los que se utilizó como primera línea, lo que obligó a la utilización de Anfotericina B liposomal. La evolución de todos los pacientes fue satisfactoria.

CONCLUSIONES

La leishmaniasis visceral es una entidad poco frecuente en nuestra área de salud. A diferencia de lo recogido en la literatura, no se asoció en nuestros pacientes a coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana adquirida, aunque la mayoría de ellos presentaban enfermedad debilitante concomitante. El tratamiento con Anfotericina B liposomal se mostró seguro y eficaz

M-01 / CASUÍSTICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

J. Serrano Carrillo de Albornoz, M. Soriano Pérez, M. Inmaculada, A. Prados Gallardo, C. Peñas Espinar, F. Olmo Montes, J. Sojo Dorado, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Unidad de Gestión Clínica A. T. I. C. A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir el impacto de la insuficiencia cardiaca en los pacientes ingresados por patología quirúrgica en un hospital de tercer nivel, atendiendo a la influencia que pueda tener sobre la mortalidad y estancia media hospitalaria de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla correspondiente a la totalidad de sus altas no pediátricas del año 2006 (29975 altas) seleccionando aquellas con un diagnóstico primario o secundario correspondiente al código 428 de la CIE-9MC (insuficiencia cardiaca) o alguno de sus códigos menores (428.0: insuficiencia cardiaca congestiva; 428.1: insuficiencia cardiaca izquierda; 428.2: insuficiencia cardiaca sistólica; 428.3: insuficiencia cardiaca diastólica; 428.4: insuficiencia cardiaca sistólica y diastólica; 428.9: fallo cardiaco; 402, 402.0, 402.1 y 402.9: insuficiencia cardiaca secundaria a cardiopatía hipertensiva). De cada registro se tuvieron en cuenta distintas variables demográficas (sexo y edad), el servicio responsable de la elaboración del alta (médico o quirúrgico), el tipo de alta (defunción o no del paciente) y la estancia hospitalaria en días. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0.

RESULTADOS

De las 29975 altas no pediátricas del año 2006, 14554 fueron elaboradas por servicios médicos y 15421 por servicios quirúrgicos. La insuficiencia cardiaca como diagnóstico primario o secundario estuvo presente en 212 altas quirúrgicas (1.4%). Los servicios en los que aparecía con mayor frecuencia el diagnóstico de insuficiencia cardiaca fueron cirugía general (36.8%), traumatología (21.2%) y cirugía cardiovascular (19.3%). Hubo un ligero predominio de mujeres (52.3%). La edad media de los pacientes quirúrgicos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca fue de 72.89 años (rango entre 41.9 y 101.5), superior a la de los pacientes sin diagnóstico de insuficiencia cardiaca que fue de 47,7 años (rango entre 14,1 y 106,9), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). La estancia media fue de 6.89 días (DS 10.37) y 18.63 días (DS 16.92) en los pacientes sin diagnóstico y con diagnóstico de insuficiencia cardiaca respectivamente ($p < 0.001$). La mortalidad fue mayor en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, 16% versus 0.9%, calculándose una OR de 20,56 (IC 95%; 13,74-30,76 $p < 0.001$). Al repetir el análisis teniendo en cuenta distintos grupos de edad (menores de 45 años, de 40 a 65, de 65 a 85 años y mayores de 85 años) se mantuvieron las diferencias observadas, excepto en el caso de la mortalidad en el grupo de menores de 45 años y con respecto a la estancia hospitalaria en los mayores de 85 años. La frecuencia de insuficiencia cardiaca aumento en relación con la edad de los pacientes intervenidos: 4% en los informes de pacientes de 65 a 85 años y 6,4% en los de mayores de 85 años.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio presenta varias limitaciones, derivadas de trabajar de forma retrospectiva con informes de alta. Además no se tiene en cuenta el tipo de intervención. Sin embargo, pone de manifiesto la morbilidad asociada al diagnóstico de insuficiencia cardiaca en el periodo perioperatorio, pudiéndose deducir que un adecuado control de los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes minimizaría las complicaciones.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de insuficiencia cardiaca en los informes quirúrgicos fue del 1,4%, aumentando en relación con la edad de los pacientes intervenidos. 2. La insuficiencia cardiaca constituyó un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad perioperatoria, alargando la estancia media hasta en tres veces y presentando estos pacientes 20 veces más riesgo de fallecer. 3. Un mejor control de los pacientes con insuficiencia cardiaca antes, durante y después del acto quirúrgico por parte de otras especialidades, como Medicina Interna, puede mejorar la morbilidad de estos pacientes.

M-02 / VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Luque Amado, B. Escolano Fernández, M. Maíz Jiménez, A. Pérez Rivera, M. González Benítez, M. Godoy Guerrero, M. Pardo Carmona, A. Ruiz Cantero.

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

OBJETIVOS

Describir el uso de fármacos al alta en pacientes con insuficiencia cardíaca, ingresados en un hospital comarcal por un episodio de descompensación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado, durante dos años (enero de 2006 a diciembre de 2007) a todos los pacientes con insuficiencia cardíaca ingresados por un episodio de descompensación. Se evaluó la tasa de prescripción de betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II), diuréticos de asa, espironolactona, digital, amiodarona, antiagregantes y anticoagulantes orales, al alta hospitalaria, por un evaluador independiente al médico responsable del paciente.

RESULTADOS

Se evaluaron 489 pacientes (249 mujeres y 240 hombres), con edad media de 76,66 años y el índice de comorbilidad de Charlson arrojó una mediana de 2 (rango entre 0 a 13). La estancia media fue de 10.97 días. En la tabla inferior se muestran los fármacos prescritos al alta.

DISCUSIÓN

Con el envejecimiento de la población, estamos asistiendo a un incremento de la prevalencia de insuficiencia cardíaca, siendo una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. Existen recomendaciones claras sobre el uso de diuréticos (cuando hay síntomas congestivos y retención hidrosalina), IECAs ó ARA-II y betabloqueantes, por su mejoría en los síntomas y el pronóstico. Sin embargo encontramos que en el momento del alta, la prescripción de éstos no se realiza en la totalidad de los pacientes y la de los betabloqueantes es especialmente escasa.

CONCLUSIONES

En la prescripción de fármacos al alta, no se siguen las recomendaciones actuales en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Es probable que existan ciertas cautelas en la indicación de estos fármacos (especialmente los betabloqueantes) en una población senil, para la que no disponemos de recomendaciones específicas.

TRATAMIENTO AL ALTA

FÁRMACOS	NÚMERO	%
IECAs	231	53.7
ARA-II	111	25.8
IECAs o ARA-II	340	79.1
Diuréticos de asa	384	89.5
Espironolactona	175	40.8
Betabloqueantes	201	47.1
Anticoagulantes orales	166	35.2
Antiagregantes	190	43.8

M-03 / ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE UNA CASUÍSTICA DEL ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL

E. Romero Sánchez, E. Navarro Gómez, J. Ferreira.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de Faro. Portugal.

OBJETIVOS

Valoración del cuadro clínico y epidemiológico de pacientes ingresados con diagnóstico de accidente vasculo cerebral en una unidad hospitalar

MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron estudiados 100 pacientes, internados en la Unidad de accidente vasculo cerebral (AVC) del Servicio de Medicina 1 del Hospital Central de Faro con diagnóstico de AVC isquémico en los años 2006 y 2007. Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, factores de riesgo, duración de los síntomas, patología asociadas, resultado de los exámenes, terapéutica, complicaciones, tiempo de ingreso y la mortalidad intrahospitalar.

RESULTADOS

De los 100 pacientes ingresados (50 hombres y 50 mujeres) cabe destacar como segun los factores predisponentes, edad y patología asociada; la evolución y las secuelas en los pacientes variaban. Como factor predisponentes mas frecuentes el tabaco y como patología asociada la hipertensión arterial no controlada. La terapeutica inicial mas utilizada fue la acido acetil salicilico y la sinvastatina siendo alterada en un 10% de los casos y siendo sometidos a fibrinolisis un 6%. Recibieron alta un 86% con un indice de morlidad intrahospitalar el 14%

DISCUSIÓN

En la actualidad, innumerables patologías afectan a la población de manera creciente. El accidente vasculo cerebral ha presentado una incidencia creciente en los últimos años. En cuanto a la mortalidad, el AVC ha ocupado la tercera posición en las causas de muertes y se considera la principal causa de incapacidad permanente en los países occidentales. El AVC aún ocupa actualmente el primer lugar en las causas de perdidas de años de vida independiente adaptada a la incapacidad. Otro hecho que llama la atención es que las secuelas, tales como la hemiplejia, hemiparesia y afasia, frecuentes en el cuadro de AVC, tienden a hacerse patentes de manera creciente en lo supervivientes de AVC y representan un gran impacto económicos dierectos e indirectos sobre el sistema de salud pública.

CONCLUSIONES

Analizar el efecto de un programa de diagnóstico precoz y tratamiento del AVC en la región del Algarve en Portugal.

M-04 / CARACTERÍSTICAS DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN LA COMARCA DE ANTEQUERA

I. Aomar Millán¹, B. Poyato González², J. Pérez Parras¹, J. Villar Jiménez¹, R. Moya Benedicto¹, M. González Luque², A. Pedrajas Ortiz¹, M. García Ordóñez¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga).

OBJETIVOS

-Determinar la prevalencia y la tasa de oxigenoterapia crónica domiciliaria en nuestra comarca. - Ver la evolución de la oxigenoterapia crónica domiciliaria en nuestra comarca desde la instauración de una consulta monográfica en el año 1999. - Ver las características de las prescripciones de oxigenoterapia continua domiciliaria en nuestra comarca.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Recogida de datos procedentes de la consulta monográfica de oxigenoterapia donde se revisan a los pacientes con cualquier tipo de terapia respiratoria. - Los datos obtenidos de la consulta anteriormente mencionada se han procesado y analizado estadísticamente.

RESULTADOS

-La comarca de Antequera comprende un área aproximada de 105.000 habitantes. - La consulta monográfica de oxigenoterapia se inició en Marzo de 1999 y tenemos datos hasta Diciembre de 2005. - Inicialmente existían 314 pacientes con este tipo de tratamiento, a expensas fundamentalmente de cilindros, siendo muy escasas el resto de fuentes. - Tras una reducción inicial al optimizar las indicaciones, el número de terapias se ha mantenido estable en torno a las 225. - La fuente más frecuente es el concentrador como recomiendan las guías, disminuyendo el resto de fuentes. - Los datos recogidos muestran que cada año se prescriben unos 100 oxígenos nuevos, de los que aproximadamente se retiran un 63% por falta de indicación o indicaciones incorrectas. - De los 226 oxígenos, aproximadamente 45 son pacientes que lo usan en terapia nocturna exclusivamente asociado a sistemas de ventilación (BiPAP o CPAP).

DISCUSIÓN

La oxigenoterapia crónica domiciliaria tiene muchas ventajas para los pacientes: aumenta la supervivencia, mejora la condición neuropsicológica y calidad de vida de los mismos, disminuye el tiempo de hospitalización y mejora la capacidad de ejercicio entre otras. Para producir estos beneficios se recomienda un uso de al menos 16 horas diarias, debiendo incluir periodos de esfuerzo y durante el sueño. En estos seis años y medio de funcionamiento de nuestra consulta, la oxigenoterapia crónica domiciliaria se ha reducido un 28% (226/314). Nuestra tasa aproximada es de 180 x 100.000 habitantes. La fuente más frecuente es el concentrador; el oxígeno líquido es la más cara y aunque va en aumento solo la empleamos para pacientes con vida activa.

CONCLUSIONES

Previo a la creación de nuestra consulta monográfica existía un alto porcentaje de prescripciones incorrectas y esta consulta ha permitido mejorar la calidad de la prescripción, reduciendo sensiblemente la prevalencia en nuestra zona, lo que demuestra la importancia de los programas de control longitudinales.

M-05 / PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE ANEMIA EN PACIENTES CON EPOC INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA

Á. Muñoz Morente, M. Barón Ramos, M. Godoy Guerrero, M. Maíz Jiménez, M. Grana Costa, M. González Benítez, C. Luque Amado, A. Ruiz Cantero.

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

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de anemia y sus características en los pacientes con EPOC ingresados en un hospital comarcal desde el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 al 31 de abril de 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo donde se revisaron los informes de alta de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde el 1 de Enero de 2007 al 30 de Abril de 2007. Se incluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC que presentaban anemia, definida como Hb menor de 13 g/dl en varones y 12 g/dl en mujeres. Se analizaron los datos clínicoepidemiológicos sin incluir aquellos pacientes con otras posibles causas de anemia. Se utilizó la chi-cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas y el test de la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 116 pacientes con el diagnóstico de EPOC. Cuarenta y cuatro pacientes (38%) presentaban anemia, de los cuales 26 no fueron incluidos en el análisis por presentar otra posible causa (13 insuficiencia renal crónica, 7 neoplasias, 5 hepatopatía y un Adisson). De los 90 pacientes restantes, anemia fue encontrada en 18 pacientes (20%). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin anemia en cuanto a edad (75,27&71 años), sexo (varones 89&97,2%), grado funcional (I: 6,7&3,4%; II: 20&32%; III: 40&28,8%; IV: 33&35,5%), saturación O₂ basal (91,45&91,1%), presión parcial de CO₂ (51,9&51%), motivo de ingreso relacionado con patología respiratoria (50&57%), HTA (61&59%), DM (27,8&32,4%), insuficiencia cardiaca (27,8&22,2%), Fibrilación auricular (33,3&31,9%), ictus previo (11,1&11,1%), oxigenoterapia (33&31%), uso de IECAs (27,8&25%), ARA-II (22,2&7,2%, p=0,08), antagonistas de aldosterona (11,4&2,9%), uso de antiagregantes (33,3&23,2%), anticoagulación oral (11,1&11,6%). De los 15 pacientes en tratamiento con teofilina, ninguno presentaba anemia (p=0,03). Se objetivó un menor porcentaje de anemia en pacientes con tratamiento esteroideo (11,1&29,3%, p=0,035), de los cuales el 62% eran únicamente inhalados. La anemia era normocítica normocrómica en un 56% de los pacientes. Fallecieron durante el ingreso 15 pacientes (16,6%), sin encontrar diferencias en la mortalidad global ni en la atribuible entre los pacientes con y sin anemia (global: 11,1&18,1%, atribuible: 50&61%, p=ns).

DISCUSIÓN

Estudios recientes proponen una asociación entre anemia y EPOC, aunque ésta no está totalmente establecida. Dado que se ha sugerido la posibilidad de que la EPOC es una enfermedad sistémica, la anemia podría explicarse por mecanismos inflamatorios, de forma que el tratamiento esteroideo, podría ser responsable de una menor incidencia de anemia en los pacientes que toman esteroides. Así mismo, algunos estudios defienden una mayor mortalidad en los paciente EPOC con anemia. Este hecho no se ha observado en nuestro estudio, si bien, hay que aclarar que se excluyeron todos los enfermos con una causa aparente de anemia, como los hepatópatas crónicos, insuficientes renales, cancer, etc.

CONCLUSIONES

Una quinta parte de los pacientes EPOC ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna presenta anemia sin causa aparente que lo justifique. Los pacientes EPOC que toman tratamiento esteroideo y/o teofilina, presentaban una menor incidencia de anemia. La anemia no influyó en la mortalidad durante el ingreso.

M-06 / MACROCITOSIS Y FACTORES ASOCIADOS

P. Medina, M. Martínez, M. Guil, L. Montero, C. Ramos, M. Martín, C. San Román.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes con macrocitos y el manejo que de ellos se realiza en las consultas externas de Medicina Interna del Hospital de la Axarquía

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal de los pacientes que durante el año 2007 han sido vistos en las consultas de medicina interna del hospital de la Axarquía y que han presentado macrocitos (que se define como $VCM > 100$) y revisamos las historias clínicas analizando variables sociodemográficas, hábitos tóxicos, comorbilidad asociada, datos de laboratorio y tratamientos activos. Los resultados se analizan con estadístico SPSS 13.

RESULTADOS

Analizamos 53 pacientes, 41 hombres (77,4%) y 12 mujeres (22,6%). Edad media 63 años (rango 35 – 91). Con respecto a los hábitos tóxicos en 26 (49,1%) no se reflejaba si consumían alcohol y en 22 (41,5%) si fumaban, quedando un consumo activo de alcohol en 12 (44,44%) de los 27 restantes y de tabaco en 12 (38,7%) de los 31 restantes. Con respecto a la comorbilidad asociada 13 (24,5%) eran diabéticos, 17 (32,1%) hipertensos, 10 (18,9%) insuficiencia cardiaca, 8 (15,1%) EPOC, 9 (17%) insuficiencia renal, 10 (18,9%) hepatopatía, 7 (13,25%) presentaban neoplasia, 21 (39,65%) eran HIV (+), 9 (17%) tenían Dislipemia, 5 (9,4%) presentaban hipotiroidismo. En los datos analíticos la Hb media era de 11,4 (rango 5-14), Hto medio 35,96 (13-46), VCM medio 107,17 (100-130), No se realizó la vitamina B12 ni el ácido fólico a 24 pacientes (45,28%) quedando déficit de B12 en 6 (20,68 %) y déficit de fólico 4 (13,79%) de los 29 restantes. Los anticuerpos antiFl y los anti células parietales se realizaron sólo a 3 pacientes (5,7%), siendo patológicos en 2 de ellos, Destacar con respecto al tratamiento concomitante que en 19 (35,8%) tomaban AZT, 5 (9,4%) azathioprina, 4 (7,5%) corticoides, 4 (7,5%) colchicina

CONCLUSIONES

Dentro de los factores asociados a la macrocitos se encontraba fundamentalmente los fármacos, en nuestra revisión antirretrovirales. No se recogían los hábitos tóxicos en un importante número de casos; tampoco se estudiaba otras posibles etiologías asociadas.

M-07 / EPIDEMIOLOGÍA DE LOS AISLAMIENTOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES DE RESIDENCIAS

R. Espinosa Calleja¹, Y. Marín Fernández¹, M. Chávez Caballero², C. Serrano Martino², D. Pérez de Astiarraga³, A. Mata Martín¹, I. Lancharro Taverro⁴, A. Fernández Moyano¹.

¹Unidad de Medicina Interna, ²Laboratorio y Análisis clínicos. Unidad de Microbiología, ³Informática, ⁴Medicina. Área Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

OBJETIVOS

1.-Conocer la epidemiología de los aislamientos microbiológicos de pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario, que se encuentran institucionalizados en residencias asistidas en nuestra zona de referencia, comparandolos con pacientes similares no provenientes de residencias. 2.-Evaluar el perfil de sensibilidades de los aislamientos más frecuentes en estos pacientes 3.-Valorar la necesidad de modificar la pauta antibiótica empírica del protocolo terapéutico existente según estas variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas de los pacientes con urocultivo positivo solicitados durante los años 2006 y 2007 que provenían de residencias asistidas, comparandolos con una población de características similares en cuanto a edad, género y localidad de origen de pacientes no institucionalizados. Los datos fueron extraídos de la historia clínica informatizada (Actix V.6.1.0). Analizamos en cada grupo variables epidemiológicas, edad y género, la existencia de sondaje vesical, microorganismos aislados en urocultivos, sensibilidades de dichos microorganismos según antibiograma, mortalidad y necesidad de ingreso hospitalario. Realizamos estudio estadístico con el paquete estadístico SPSS.13.0.

RESULTADOS

Analizamos una muestra de 169 pacientes en total, 85 residentes en residencias asistidas y 84 no institucionalizados. La edad media fue de 83 años \pm 6,2, y la proporción por géneros fue de 77 % mujeres y 23 % hombres, sin diferencia entre ambos grupos. Del total de pacientes, 33(19,5%) tenían sonda vesical, sin diferencia tampoco entre ambos grupos. Los microorganismos aislados se recogen en la tabla 1. *Escherichia Coli* fue el germen más aislado con diferencia, no encontrando diferencias en los aislamientos entre pacientes institucionalizados en residencias y los no institucionalizados. Si encontramos diferencias en la epidemiología entre los que tenían sondaje frente a los no sondados. El perfil de resistencia de los 4 aislamientos más frecuentes (*E. coli*, *klebsiella pneumoniae*, *proteus mirabilis* y *pseudomona aeruginosa*) no mostró diferencia tampoco entre las muestras provenientes de ancianos de residencias y el grupo de referencia, si existiendo diferencias en los pacientes con sondaje uretral respecto a los que no tenían sondaje uretral.

DISCUSIÓN

En nuestro caso -y al contrario que lo referido en la bibliografía- no encontramos diferencias significativas en los aislamientos microbiológicos de muestra de orina en pacientes provenientes de residencias asistidas con infección del tracto urinario, respecto a población no conviviente de residencias y de características similares. Pensamos que es posible que la homogeneidad del grupo control respecto a la edad, género y sondaje uretral puede igualar los principales factores diferenciadores. La diferencia en las sensibilidades mostradas en los sondados respecto a los no sondados, apoya la necesidad de reevaluar la modificación en la pauta antibiótica empírica en éstos.

CONCLUSIONES

1.-No hemos encontrado diferencias en los aislamientos de ancianos provenientes de residencias asistidas respecto a ancianos de similares características residentes en domicilio. 2.-No hemos encontrado diferencias en el perfil general de sensibilidad entre ambos grupos. 3.-Si ha habido diferencias en los aislamientos y sensibilidades de estos entre los pacientes con sondaje uretral y los que no tienen sondaje 4.-Es necesario evaluar la validez en este grupo de pacientes, de la pauta de tratamiento antibiótico empírico del protocolo existente actualmente.

M-08 / TIROIDES Y EJERCICIO AGUDO

M. López Carmona¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Ayala Gutiérrez¹, M. Chaves¹, B. Sobrino Díaz¹, J. Martínez González¹, J. García Romero², R. Gómez-Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ²Escuela de Medicina Deportiva. UMA (Málaga).

OBJETIVOS

Aunque las hormonas que controlan el metabolismo de manera principal son las pertenecientes al eje hipotálamo-hipofisario, el efecto del ejercicio sobre las hormonas tiroideas circulantes permanece en controversia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió el efecto del ejercicio aeróbico de intensidad creciente sobre el perfil de hormonas tiroideas en un grupo de 12 voluntarios (media de edad = 21,2 años.) Protocolo de ejercicio: test creciente en banda rodante, escalones de 10 minutos de duración, hasta el agotamiento con pendiente del 3%. Inicio a una velocidad de 6 km/h. y aumentos de 2 km/h. cada 10 minutos. Parámetros monitorizados durante el test: FC central análisis de gases espirados respiración a respiración (VO₂, VCO₂ y VE). Recogida de muestras sanguíneas en los siguientes momentos: Minuto -30, minuto 0, y en los minutos 10, 20, 30 y 40 de la prueba, en el momento de finalizar el ejercicio (FIN) y a los 15 minutos (+15) de recuperación. Se determinaron en cada muestra los valores de hormonas tiroideas TSH, tiroxina libre y triyodotironina libre y triyodotironina inversa y glucemia y lactato. Método estadístico: Dado lo reducido de la muestra (n=12), la hipótesis fue testada mediante test no paramétrico; en primer lugar se realizó un análisis de la varianza de Friedman, y a aquellos parámetros en los que se observó un cambio significativo se les aplicó un test de Wilcoxon, a cada par de muestras relacionadas.

RESULTADOS

Los niveles de T4 libre descienden al final del ejercicio, aunque los cambios no son estadísticamente significativos. Los niveles de rT3 no sufrieron variación significativa durante la prueba. Los niveles de TSH se elevaron durante la prueba ($p < 0,01$): Basal: $1,74 \pm 0,74$; Inicial $1,54 \pm 0,63$; final $1,87 \pm 0,63$. Los niveles de T3 libre descienden al final del ejercicio ($p < 0,01$): Basal: $5,67 \pm 0,56$; Inicial $5,7 \pm 0,56$ y final $5,4 \pm 0,46$. Se encuentra correlación estadísticamente significativa entre los niveles de T3 libre y glucemia ($p < 0,01$) y de T4 libre y rT3 ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

1. El incremento de TSH durante la ergometría parece indicar un aumento del estímulo de secreción por parte de la glándula tiroidea. 2. Dado que en los niveles de T4 libre no se encuentra variación es posible que exista un incremento de la conversión a hormona biológicamente activa T3 libre. 3. La ausencia de cambios significativos en los niveles de rT3 parece indicar que no hay aumento de la metabolización periférica de T4, puesto que es necesaria para su paso a T3 y empleo posterior. 4. El aumento significativo de T3 libre en las primeras etapas del ejercicio podría ser atribuible a un aumento de su producción, y su descenso al final del ejercicio podría indicar un aumento de su utilización periférica.

M-09 / MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 210 CASOS

R. Quirós López, D. Martín Escalante, M. García de Lucas, S. Domingo González, F. Moreno Martínez, R. González Vega, C. Romero Gómez, J. García Alegría.

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

OBJETIVOS

Conocer resultados asistenciales, pruebas de imagen, diagnóstico histopatológico y tratamiento efectuado en pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo en una consulta de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo en una consulta de Medicina Interna entre el 1 de Enero de 2004 y el 31 de Diciembre de 2006. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas (técnicas de imagen / PAAF) y terapéuticas.

RESULTADOS

En el periodo del estudio, 210 pacientes fueron diagnosticados de nódulo de tiroides, con edad media de 45,9 años. 88,1% eran mujeres. Respecto de la detección inicial del nódulo de tiroides, en un 49,5% de los casos fue advertido por el paciente, 32,3% fue incidental mediante técnicas de imagen empleadas en el estudio de patologías diferentes a la tiroidea (TC cervical, ecografía o RM cervical) y 18,1% el nódulo fue diagnosticado a partir de la exploración física realizada por el internista (13,3%) o desde atención primaria (4,8%). En la consulta de medicina interna, en un 20% de los pacientes se objetivaba un bocio palpable y en un 61,9% un nódulo palpable. La ecografía de tiroides fue la técnica de imagen inicial en el 100% de los casos. Un 31,4% de los casos presentaban un tamaño ecográfico aumentado. El nódulo tiroideo resultó isoecoico en el 20%, hipoecoico en el 44,8%, hiperecoico en el 13,8% y en un 21,4% no se registró tal característica de la lesión. Desde el punto de vista ecográfico, un 46,2% de los nódulos resultaron sólidos, quísticos en un 13,3% y en un 29,5% ambos componentes de forma indistinta. En un 9,5% de los casos el nódulo presentaba microcalcificaciones en su interior. Un 26,2% de los pacientes fueron sometidos a una gammagrafía de tiroides: un 7,6% con objeto de estudiar un nódulo tiroideo en el seno de un bocio multinodular y un 16,2% con el fin de caracterizar el comportamiento del nódulo de tiroides. En un 62,2% de los casos el nódulo presentaba un carácter gammagráfico frío, mientras que el 27% correspondía a un nódulo caliente. En un 10,8% de las gammagrafías no se pudo distinguir el comportamiento del nódulo de tiroides. El 100% de los pacientes fueron sometidos a la PAAF del nódulo tiroideo; ésta se realizó en el seno de un bocio multinodular en un 16,2%. El 70,8% de los enfermos precisaron una única PAAF del nódulo, un 21,5% dos punciones, un 5,7% tres y el 1,9% cuatro o más. El 96,1% de las PAAF se realizaron durante o inmediatamente tras la primera o segunda ecografía de tiroides. El 30% de pacientes en que se repitió la PAAF en el 21% fue porque resultó no diagnóstica y el 9% para seguimiento. Los diagnósticos citológicos fueron material coloide (45,7%), proliferación folicular (30,5%), material hemático (6,7%), proliferación de células de Hürthle (5,2%), neoplasia papilar (4,8%) y en un 3,3% muestra insuficiente. Se propuso cirugía a 75 pacientes en base a sus características clínicas, diagnóstico histopatológico y al carácter ecográfico y gammagráfico de la lesión. Se intervinieron 71 pacientes. El diagnóstico definitivo del nódulo fue de carcinoma papilar en 9 pacientes (4,3%), carcinoma folicular en 2 sujetos (1%), adenoma oncocítico o de Hürthle en 10 casos (4,9%), adenoma folicular en 27 enfermos (13,2%), bocio adenomatoso en 46 (22,4%) y 56 casos con diagnóstico final de quiste coloide (27,3%). Entre las PAAF con resultado dudoso para malignidad se registraron un 6,7% de neoplasias.

DISCUSIÓN

El escaso recuento de neoplasias en nuestra muestra limita la posibilidad de estimación de riesgo de diferentes variables asociadas a tal condición. No obstante, sí podemos advertir cierta tendencia a un mayor riesgo de padecer un cáncer de tiroides en el seno de un nódulo tiroideo (10%) de los pacientes.

CONCLUSIONES

La patología nodular tiroidea es más frecuente en la mujer joven. Si bien casi en la mitad de los casos el nódulo es detectado por el propio paciente, en uno de cada tres el diagnóstico es incidental. La ecografía y la PAAF son técnicas seguras para el estudio del nódulo tiroideo. No se identifican variables que se asocien a un mayor riesgo de neoplasia en el seno de un nódulo tiroideo, en muy probable relación al bajo número de neoplasias de la muestra.

M-10 / CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

F. Olmo Montes, C. Peñas Espinar, P. Retamar Gentil, I. Marín Montín, J. Reveriego Blanes, A. Montilla Burgos, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Investigar el grado de consumo de tranquilizantes y antidepresivos en pacientes de la consulta de Medicina Interna y su relación con el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de una muestra de pacientes durante 4 meses consecutivos. Variables en estudio: consumo de tranquilizantes, antidepresivos, edad. Estadística: Comparación de variables cualitativas.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 200 pacientes (120 mujeres y 80 hombres). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de consumo de tranquilizantes (32% vs 18.5%, $p < 0.02$).

DISCUSIÓN

Se observa un leve aumento del consumo de tranquilizantes en la mujer a partir de los 30 años, intensificándose tras la menopausia.

CONCLUSIONES

El consumo de tranquilizantes y antidepresivos en pacientes de la consulta de Medicina Interna es mayor en la mujer, preferentemente a partir de la menopausia.

TABLA 1. PORCENTAJES DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y ANTIDEPRESIVOS SEGÚN EL SEXO

	HOMBRES	MUJERES	P
EDAD	61.2 ± 15	61.9 ± 14.8	NS
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES	18.5%	32%	< 0.02
CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS	8.6%	14.2%	NS

M-11 / ORGANOFOSFORADOS Y LA GUERRA QUÍMICA

F. Yelamos Rodríguez¹, F. Albarracín Vilches¹, J. Martín Rubi², A. Sánchez Valdivieso², A. Collado Romacho³, F. Láynez Bretones⁴, T. Parrón Carreño⁵.

¹Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Distrito Almería. ²Unidad de Cuidados Intensivos, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería). ⁵Delegación de Salud. Almería.

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: Los insecticidas organofosforados (IOF) son los pesticidas más utilizados en la actualidad, habiendo desplazados casi por completo a los compuestos organoclorados debido a su escasa persistencia en el medio ambiente. Las intoxicaciones por IOF se producen fundamentalmente en los procesos de fumigación y manipulación en factorías. Por otra parte, dada su fácil disponibilidad, vienen siendo utilizados en intentos de autolisis, así como en atentados terroristas. OBJETIVOS: 1) Conocer las manifestaciones clínicas de este tipo de intoxicaciones, así como la incidencia en nuestra provincia de Almería. 2) Evaluar complicaciones y vías excepcionales de intoxicaciones. 3) Crear protocolos específicos para el tratamiento de este tipo de intoxicaciones, producidos en atentados terroristas o en contiendas bélicas. 4) Protocolos de vigilancia de la salud a los trabajadores expuestos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado 850 casos de intoxicación aguda por IOF atendidos en el Hospital Torrecárdenas de Almería entre los años 1981-2004. El diagnóstico se realizó mediante el contacto probado con el tóxico, la presencia de síntomas atribuibles al mismo y la determinación de la colinesterasa sérica. En todos los casos se aplicó un protocolo terapéutico previamente establecido. Al mismo tiempo se ha realizado una revisión de estos pesticidas, como uso en guerra química, en especial la utilización por Irak y los atentados de Tokio. Los resultados fueron sometidos a un estudio estadístico utilizando como pruebas paramétricas la T de Student y la prueba de Chi 2, corrección de Yates y corrección de Fisher en caso necesario. Como métodos no paramétricos se emplearon las pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney.

RESULTADOS

Fueron analizados un total de 850 episodios de IAIOF. El 88% de los pacientes fueron varones, en el 78% de los casos la absorción del tóxico fue cutáneo-respiratoria (intoxicaciones leves) y el 22% digestiva (intoxicaciones graves), siendo el 80% de naturaleza accidental. Precisarón ingreso hospitalario el 29% de los pacientes, 87% de ellos en UCI de los que el 91% de las ocasiones la intoxicación fue digestiva. El tóxico más frecuentemente implicado fue el metamidofos (46%). Las manifestaciones muscarínicas fueron las más prevalentes (96%). La broncorrea, hipotensión, fasciculaciones y sintomatología derivada de la afectación de SNC fueron estadísticamente más frecuentes en las intoxicaciones digestivas, mientras que el dolor abdominal lo fue en las cutáneo-respiratorias ($p < 0.001$). Presentaron algún tipo de complicación el 32% de los paciente, siendo todas ellas más frecuentes en las formas digestivas ($p < 0.001$). Al ingreso presentaron una cifra de ACE patológica el 75% de los pacientes, siendo significativamente más baja en las intoxicaciones digestivas. Las manifestaciones muscarínicas fueron controladas con la administración de atropina y las intoxicaciones graves que precisaron de ingreso en UCI fueron tratadas con obidoxima, recurriéndose a la hemoperfusión hasta 1986 en 63 pacientes. La mortalidad global de la serie fue del 3% siendo significativamente más frecuente en las formas suicidas, digestivas, cuando se desarrolló parálisis respiratoria, alguna complicación médica o la cifra de ACE fue $< 750 \text{ U/L}$.

CONCLUSIONES

1) Se presenta la serie más amplia publicada en Europa. 2) El metamidofos el tóxico más frecuentemente implicado, a pesar de que su uso está prohibido. 3) Hemos detectado complicaciones excepcionales como pancreatitis aguda, diabetes insípida. 4) Tres casos de intoxicación por contaminación de cerveza por IOF. 5) Proponemos protocolos específicos de intoxicación aguda por IOF en afectados por atentados terroristas o conflictos bélicos. 6) La vía de solución más lógica y racional deberá ser la sustitución de estos productos OF por otros métodos naturales y biológicos que no sean tóxicos, de lo contrario iremos acumulando un gravísimo problema sanitario en la población implicada en estos cultivos.

PP-01 / PREVALENCIA DE PACIENTES FRÁGILES EN HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN H. S. JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

M. López Ibarra de la Cruz¹, A. Arroyo Rodríguez¹, F. Alemany Lasheras¹, F. Vargas Mones¹, E. Ramos Calero¹, A. Fernández Moyano².

¹Medicina. Área de Enfermería, ²Medicina. Unidad de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

OBJETIVOS

1.-Cuantificar el total de los pacientes frágiles de la Zona del Aljarafe, durante el periodo de tiempo que va desde el 1 de Enero del 2006 al 30 de Junio del 2006. 2.- De los pacientes frágiles identificados, cuantificarlos según los niveles de fragilidad referenciados: A1, A2, A3 y A4.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para determinar el número de pacientes frágiles identificados en el periodo de tiempo indicado, hemos utilizado los ICCAE elaborados durante los seis primeros meses del año 2006. Ya que en los mismos se indica: si existe o no la fragilidad; así como el nivel de fragilidad estimado por la enfermera referente

RESULTADOS

Del número total de ICCAE revisados, 728, se ha encontrado que 440 corresponden a pacientes frágiles, es decir el 60,44%. Del total de pacientes frágiles identificados, 440, corresponde a cada nivel de fragilidad: A1: 178 pacientes; 40,46%. A2: 59 pacientes; 13,41%. A3: 6 pacientes; 1,36%. A4: 197 pacientes; 44,77%

DISCUSIÓN

Tras analizar los datos obtenidos, podemos observar como más de la mitad de los ICCAE elaborados desde nuestro Hospital, corresponden a pacientes con algún nivel de fragilidad; y de estos el 40,46% son pacientes pluripatológicos, polimedicados, falta de autonomía para las actividades de la vida diaria... que viven solos o con una persona también mayor de 65 años, por lo que su seguimiento desde Atención Primaria se convierte en imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria, y así tratar de disminuir su reingreso o alargarlo.

CONCLUSIONES

1.-La identificación adecuada la fragilidad es un instrumento imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria, y así tratar de disminuir su reingreso o alargarlo 2.-El ICCAE se trata de una herramienta de trabajo de gran envergadura, y que constituye el pilar básico para unir el trabajo que la enfermera realiza en Atención Primaria con la Especializada.

PP-02 / ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

F. Olmo Montes¹, J. Sojo Dorado¹, C. Peñas Espinar¹, M. Rey Rodríguez¹, J. Reveriego Blanes¹, P. Retamar Gentil¹, L. Fernández Rendón², M. Aguayo Canela³.

¹Servicio de Medicina Interna "A". Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla. ³UGC Atención Integral y Cuidados del Adulto (ATICA). Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Los cuidadores principales hacen en gran parte posible que el paciente crónico, pluripatológico, o con un proceso neoplásico o degenerativo en fase paliativa, permanezca en el núcleo familiar durante la mayor parte de la enfermedad. Sin ellos no es posible incluir a un paciente en un programa de Atención Domiciliaria. Nos proponemos conocer el perfil de las personas cuidadoras principales de los pacientes atendidos en nuestro programa, para poder diseñar planes de cuidados dirigidos a ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, sobre el total de casos (4.844 pacientes) ingresados en nuestro programa de Hospitalización Domiciliaria durante el periodo 2003 al 2007. Se han analizado múltiples datos de la persona que el equipo identifica como cuidadora principal: sus características personales, relaciones familiares, situación laboral y tiempo dedicado al paciente.

RESULTADOS

Se identificó a la persona cuidadora principal en 3.619 casos (74.7% del total de pacientes atendidos por la UHDCP), de los cuales 745 fueron varones y 2.874 mujeres, siendo los parentescos mayoritarios los de pareja (1.726) e hijo/a (1.206) del paciente. La edad media fue 50 años en la mujer y 53 en el varón. En el nivel de formación, evidenciamos una falta de recogida del dato, pero en los registrados vemos una mayor proporción de los niveles culturales más bajos en las mujeres cuidadoras. En cuanto a los tiempos dedicados a los cuidados, medidos por turnos de 8 horas, muestran que la mujer (pareja) es la principal cuidadora con más frecuencia que el varón tanto en la jornada de 24 horas (4.5 veces más frecuente), como en la de 16 horas ó la de 8 horas (3.7 y 2.2 veces más respectivamente). Está claro que la mujer cuidadora dedica mayor número de horas a los cuidados, y deja su trabajo o se da de baja laboral para ejercer de cuidadora con una frecuencia 4.3 veces mayor que el varón cuidador. Por otra parte las hijas se transforman en cuidadora principal 5 veces más que los hijos varones.

DISCUSIÓN

Creemos que el elevado porcentaje de identificación del cuidador principal y del registro sistemático de sus características personales y sociales, aportan validez a este estudio retrospectivo, pudiendo extrapolarse sus datos a los de pacientes crónicos, pluripatológicos o con enfermedades degenerativas, o en situación terminal.

CONCLUSIONES

El perfil de Cuidador Principal en nuestra serie es el de una mujer, cónyuge o hija del paciente, con una formación de nivel básico, y 46 años de edad. Cuando el paciente es una mujer, el cuidador suele ser el cónyuge, de unos 55 años de edad y con un nivel de formación medio. Pensamos que cualquier plan de formación en cuidados u otras actuaciones específicas dirigidos a las personas cuidadoras principales deberán tener en cuenta estos perfiles. Por otra parte, cuando se plantea la posibilidad de abandonar temporal o definitivamente la actividad laboral para dedicarse a los cuidados, se suele sacrificar una mujer de la familia (cónyuge o hija) con cuatro veces más probabilidad de que lo haga un hombre. Por todo ello, y si se mantienen estos perfiles, es de prever que la progresiva incorporación laboral de la mujer y el menor número de hijos en cada familia, generará en un plazo breve un grave déficit de cuidadores familiares.

PP-03 / EL CUIDADOR PRINCIPAL COMO PARTE DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON RIESGO Y/O DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

E. Cascos Arias¹, L. Magaña Hernández¹, I. Puertas Vázquez², R. Beltrán López¹, M. Peña Martínez¹, A. Ruiz Luque¹, M. Lao Ferre¹, Á. López Medina¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²UCI. Hospital de Poniente 1. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

La difusión de estrategias para la identificación del cuidador/es. Presentarles la guía e implicarlos de forma activa en la prevención y cuidado. Inclusión del cuidador en el equipo de trabajo, para la consecución de objetivos comunes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La razón de ser de este documento guía, es el cuidador, así lo considera la subcomisión de UPP del Hospital de Poniente y nuestro sistema actual de salud. El cuidador es un eslabón imprescindible para la consecución de unos cuidados de calidad y de continuidad para el paciente, así como una pieza imprescindible en el algoritmo de los cuidados, al que debemos de instruir, enseñar a cuidar y a cuidarse. Tras la elaboración de la guía por la subcomisión de UPP, se procedió a la realización de talleres formativos dirigidos a los profesionales de enfermería. Estos talleres contaron con un módulo teórico y un módulo práctico en el que se incluyó un rol-playing.

RESULTADOS

Puesta en práctica inmediata de la guía entregandosela a los cuidadores durante su estancia en el hospital de manera que queden resueltas las dudas antes del alta, asegurando una transferencia al domicilio de calidad. Difusión en los medios de comunicación tanto radio como prensa escrita. Desarrollo de nuevas habilidades en los profesionales para la captación de cuidador principal. Implicación y excelente aceptación por parte de la población y profesionales.

DISCUSIÓN

Dotar a los profesionales de estrategias de comunicación para identificar de forma eficaz a los cuidadores principales de pacientes con riesgo y/o deterioro de la integridad cutánea permite que éstos sean capaces de implicarse en la planificación de los cuidados y se garantiza la continuidad de los mismos al alta. La difusión en los medios de comunicación forma parte de la estrategia para sensibilizar a la población de la importancia de su labor en el cuidado familiar. El adiestramiento de los cuidadores y la comunicación con A. Primaria, así como una buena preparación del domicilio, permite que la transferencia al domicilio sea de tal manera que mejore en gran medida la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador.

CONCLUSIONES

El cuidador es una pieza imprescindible en este algoritmo de cuidados y salud para los pacientes, así lo considera esta subcomisión al igual que el sistema de salud actual. Nosotros como profesionales sanitarios tendremos que aprender a formar y formarnos en enseñar una buena educación para la salud a unas personas que involuntariamente se ven inmersos en un mundo desconocido para ellos y a veces se resisten a aceptarlo.

PP-04 / DIFERENCIAS EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR ENTRE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y DE CUIDADOS PALIATIVOS

F. Rivas Quintero¹, B. Barón Franco¹, N. Susierra Barca¹, A. Cercos Huget², R. Pérez Espina², J. Ceada Camero², T. Martínez García¹, E. Pujol de la Llave³.

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad Continuidad Asistencial, ²Servicio de Medicina Interna. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Vázquez Díaz. Huelva. ³Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

OBJETIVOS

Los pacientes de cuidados paliativos (PCP) suponen una importante carga familiar por el alto nivel de cuidados que requieren. La definición de pacientes pluripatológicos (PP) ha supuesto identificar otro grupo de enfermos con gran demanda asistencial y alto nivel de dependencia. OBJETIVOS: Comparar el esfuerzo del cuidador y la carga que soporta entre pacientes de paliativos y pluripatológicos ingresados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una encuesta prospectiva a pacientes y sus cuidadores ingresados en un Hospital de crónicos, la mitad en una Unidad de Cuidados Paliativos y la otra mitad en una Unidad de Continuidad Asistencial, que atiende fundamentalmente pacientes crónicos no oncológicos. El procesamiento estadístico se realizó mediante paquete estadístico SPSS 15.0

RESULTADOS

Registramos un total de 80 pacientes, 40 en cada unidad. En cuanto a las características de los pacientes: eran mujeres 52,4% de PP y 25% de PCP, con edad media de 78,8 (DE 12,6) en PP y de 69,8 (DE 15,2) en PCP, la media de ingresos en un año era de 2,48 en PP y de 2,31 en PCP, tomaban de media 9,3 fármacos los PP y 6,1 los PCP, existía incontinencia urinaria en 47,6% de PP y 37,5% de PCP, incontinencia fecal en 42,9% PP y 37,5% PCP, trastornos del sueño en 76,2% PP y 43,8% PCP, más de una caída en último año en 19% PP y 6,3% PCP, precisaba vigilancia constante en 52,4% PP y 62,5% PCP, presencia de obesidad en 47,6% PP y 6,3% PCP, la media del índice de Barthel basal fue de 61,2 en PP y de 72,5 en PCP, y del índice de Barthel al ingreso 45 en PP y 43,4 en PCP, la media de errores en el test de Pfeiffer 3,5 en PP y en PCP y la escala sociofamiliar de Gijón fue de 10 en PP y 9,69 en PCP. En los PCP presentaban mayoritariamente un ECOG 3 en un 37,5%. En los PP las categorías más frecuentemente encontradas fueron A1 62%, C1 52%, A2 y B2 33% y E1 29%. En cuanto a las características del cuidador: existía en todos los pacientes, sexo mujer en 76% en PP y 75% en PCP, edad media 57,3 en PP y 52,8 en PCP, parentesco más frecuente hijo/a en 52,4% en PP y esposo/a en 43,8% en PCP. Las situaciones laborales más frecuentes en cuidador de PP eran ama de casa en 53% y trabajador por cuenta ajena 23,8%, y de PCP eran trabajador por cuenta ajena 31,3% y ama de casa y jubilado 25%. Contaban con ayuda para el cuidado en 76% en PP y en 50% en PCP, tenían cuidador asalariado en 10% en PP y en 13% en PCP y se trataba del mismo cuidador en el último año en 81% en PP y en PCP. El Cuestionario APGAR familiar fue de 8,29 en PP y de 7,75 en PCP. La media de convivientes en el domicilio era de 3,48 en PP y de 2,94 en PCP. Por último la media del Índice de Esfuerzo del Cuidador fue de 5,52 (DE 2,79) en PP y de 5,50 (DE 2,85) en PCP (normal en ambos casos).

CONCLUSIONES

Aunque el perfil de los pacientes pluripatológicos, más ancianos, más incontinentes, con más trastornos del sueño, con más caídas, más obesos y peor Barthel basal pudiera hacer pensar que generan más sobrecarga al cuidador que los pacientes de cuidados paliativos, no existe percepción de nivel elevado de esfuerzo en ninguno de los dos grupos, siendo muy similar la percepción de esfuerzo para ambos.

PP-05 / SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LA AYUDA SOCIOFAMILIAR

T. Cano Rodríguez, J. Ossorio Ortiz, C. Luque Rivera, P. Olías García, J. Méndez Moreno, P. Paredes García, R. García Guerrero, A. Valderas García.

UCAMI. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

El estudio que se presenta analiza la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes pluripatológicos, en relación a la ayuda socio-familiar recibida. Se entiende como cuidador informal aquella persona (generalmente un familiar) que presta la mayor parte de los cuidados y/o sobre la que recae la responsabilidad de los mismos, sin tener preparación para cuidar ni recibir ningún tipo de remuneración. Objetivos * Conocer el perfil y las características de los cuidadores informales de enfermos *Detectar las repercusiones del cuidar sobre la salud de dichos cuidadores. *Identificar las sobrecarga que en el cuidado y su correlacion con la ayuda sociofamiliar.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio, observacional, descriptivo y transversal. ÁMBITO: El estudio se realizó en LA 2ª PLANTA DE HH.U.V.R DE SEVILLA SUJETOS de estudio: cuidadores de los enfermos pluripatológicos ingresados en la Unidad, (UCAMI) en el tiempo del estudio Enero a Marzo del 2008. CALCULO DE LA MUESTRA Y MUESTREO: Se ha utilizado la fórmula para estimación de proporciones, con los siguientes valores: $P = 0,5$, $d = 6\%$ y nivel de confianza del 95%, con los que se ha obtenido un tamaño muestral de 135 personas.. La técnica de muestreo utilizada fue aleatoria y de conveniencia. criterios de inclusión: Ser cuidador en el periodo de tiempo en el que se realizó el estudio. Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes: A) Imposibilidad de identificar al cuidador principal. B) Cuidadores menores de 14 años. INSTRUMENTOS Y DETERMINACIONES: Se elaboró una parrilla para recoger las variables sociodemográficas del cuidador. Para identificar las repercusiones y sobrecarga del cuidar se utilizaron dos cuestionarios validados el Cuestionario de "Zarit" y el el Cuestionario "Índice de esfuerzo del cuidador", para detectar la relación existente entre la ayuda sociofamiliar y la sobrecarga se utilizo el cuestionario "Apgar familiar" La recogida de los datos se realizó mediante entrevista personal, previa preparación de los entrevistadores para evitar sesgos e inducción en las respuestas Variables de estudio: Sociodemograficas: (Edad, Sexo, Convivencia, nivel de estudios, Relación con el paciente Dedicación a los cuidados, Tiempo cuidando) Índice de esfuerzo del cuidador (cuantitativa de 0 a 13) Índice de sobrecarga de Zarit (cuantitativa: 0 a 100) Índice de ayuda familiar Apgar (cuantitativa de 0 a 9) Análisis de los datos: El análisis estadístico se ha realizado con el paquete de programas estadísticos SPSS para Windows, versión 15.0. Se ha realizado un análisis descriptivo para todas las variables; tabla de frecuencias para variable categóricas; tablas de contingencias y correlación no paramétrica de Spearman.

RESULTADOS

Perfil de los cuidadores: mujer (82,9%), cuidador principal la hija (38,3%), el hijo (12,5%). autocalificados como «amas de casa» (50%), y de un origen social modesto. Los cuidadores son personas de bajo nivel de estudios, el 35% y el 45,5% están encuadrados en el nivel de estudios primarios inacabados y primarios, sólo un 9% tienen estudios superiores. La relación familiar es de consaguinidad, en el 40% son cónyuges y el 46% son hijas/os. 86% de estos cuidadores convive con la persona a la que cuida y un 45,5% llevan más de 5 años cuidando, durante todo el día y la noche en un 52% de los casos frente a un 7% que dedica solo 2 horas diarias al cuidado de su familiar Un 15,6% manifiestan una carga media y solamente un 9% expresan sobrecarga ante por el hecho del cuidar. La carga total del cuidador medida con la escala de Zarit se relaciona negativamente con el apoyo social ($r = -0.34$, $p = 0.002$) No existe correlación estadística entre el índice del esfuerzo y el Apgar.

DISCUSIÓN

En el estudio se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas (la muestra es pequeña, las escalas no reflejan en su totalidad la situación de los cuidadores), lo que acarrea consigo posibles sesgos. Se plantea por tanto la necesidad de un estudio más controlado, longitudinal, con un seguimiento en el tiempo, analizando tanto al enfermo como al cuidador.

PP-06 / INTERVENCIONES DE APOYO A LA FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

F. Rivas Quintero¹, N. Susierra Barca¹, M. Martínez Fernández¹, A. Pereles Pérez¹, O. Briones Izquierdo¹, A. Torrubia Balagué², T. Martínez García¹, B. Barón Franco¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad Continuidad Asistencial. Hospital Vázquez Díaz. Huelva. ²Servicio de Traumatología. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

OBJETIVOS

Los cambios demográficos y socioeconómicos de los últimos decenios han modificado de manera importante tanto el entorno social como el sanitario. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad conducen a un envejecimiento general de la población. Las patologías que fundamentalmente padecen las personas mayores son actualmente de tipo crónico degenerativas, frecuentemente polimedradas, que tienen mayor riesgo de fragilidad o incapacidad y por tanto, de una posible dependencia de cuidadores informales o del sistema sanitario. Esta realidad se hace patente en nuestra unidad. La Unidad de Continuidad Asistencial atiende pacientes pluripatológicos frágiles, con grandes necesidades de cuidados, y su familia como principal proveedora de dichos cuidados. Es por ello que incluimos en nuestra cartera de servicios la preparación del cuidador. OBJETIVO GENERAL: Evaluar la preparación y el grado de satisfacción del cuidador familiar domiciliario obtenidos mediante la participación en un programa educativo de talleres de cuidadores impartidos por personal de enfermería de la UCA. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Conseguir mediante la educación y orientación, que los cuidadores/a aprendan y apliquen los cuidados básicos necesarios para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona cuidada 2. Mejorar el autocuidado y la percepción de la autoestima, y formarles en estrategias de afrontamiento saludables. 3. Facilitar la expresión de su situación y sentimientos respecto al rol de cuidadores. 4. Fomentar sus relaciones sociales y su capacidad de ofrecerse ayuda mutua.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un programa educativo a cuidadores informales y formales de pacientes hospitalizados en nuestra Unidad, consistente en sesiones semanales de 90 minutos, con contenido en higiene, incontinencia, movilización/cambios posturales, higiene postural/transferecias, prevención de caídas, nutrición y cuidar al cuidador. Para la evaluación de los talleres, se elaboró un cuestionario con 10 preguntas (9 cerradas con tres posibles respuestas y una abierta) donde se valoraba el grado de satisfacción de los asistentes. La recogida de respuestas correspondió al año 2007. Se diseñó una parrilla para el volcado de la información relevante.

RESULTADOS

Los datos de hospitalización durante el año 2007 fueron estancia media entorno a los 13 días, edad media 81 años, usuarios con alto grado de dependencia (Barthel 0-20: 42% de los hospitalizados), riesgo de aparición de UPP elevado (Norton: medio y alto riesgo 68% de los hospitalizados). Se realizaron 27 talleres formativos, a los cuales han asistido un total de 164 cuidadores, que según la encuesta de satisfacción: Al 74% de los asistentes les pareció muy interesante. El 26% opinó que eran interesantes. El 81% cree que lo aprendido en el taller le ayudará a cuidar mejor a su familiar. El 55% cree que lo aprendido en el taller le ayudará a cuidarse más a sí mismo. El 90% cree que ha mejorado con el taller su autoestima, la manera de verse o valorarse. El 88% cree que ha mejorado en su grado de preocupación, desánimo, ansiedades, temores o miedos. El grado de satisfacción global con el taller (puntuado de 0 a 10), lo califican con una puntuación de 8,5. En cuanto a la pregunta abierta "Sugerencias": el 28,6% expresa la conveniencia de que la duración y frecuencia de los talleres fuera mayor.

CONCLUSIONES

La formación/información de los cuidadores es un pilar importante en el bienestar del cuidador, que atiende a una población anciana y muy dependiente. La hospitalización se debería aprovechar para mejorar la aptitud, conocimiento y experiencia de la cuidadora principal con relación al cuidado del paciente para poder realizar una educación sanitaria personalizada, en la que se transmitirá información, conocimientos y habilidades para el cuidado del paciente, pretendiendo mejorar su bienestar y calidad de vida, ofreciéndoles formación en habilidades para el manejo de la sobrecarga física y emocional que soportan. Entendemos también que los talleres forman parte de un conjunto de servicios de apoyo a las cuidadoras y no una actividad aislada.

PP-07 / APORTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN A LOS PLANES ASISTENCIALES COMPARTIDOS

M. De la Fuente Gómez¹, M. Godoy Chiclana¹, N. Marín Gámez¹, M. Amaro¹, F. Molina Molina¹, J. Jover Casas².

¹UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ²Dirección Médica. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

OBJETIVOS

Describir los resultados funcionales de los pacientes seleccionados para valoración y tratamiento rehabilitador, dentro de los Planes Asistenciales Compartidos, de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén, sobre una cohorte clínica de enfermos pluripatológicos, en un intervalo de tiempo de 3 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio evaluativo, clínico y de gestión, sobre una cohorte prospectiva y abierta de 1523 casos. Participantes: Enfermos pluripatológicos, según criterios del SAS, ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Medicina Interna, a quienes se activaron los Planes Asistenciales Compartidos y que habían sufrido un deterioro en las capacidades funcionales, generalmente pérdida en la capacidad para la deambulación. Se activaron para PACs 738, de los cuales, 176 (23,85%) fueron evaluados por el Servicio de Rehabilitación. Se establecieron dos categorías de diagnóstico funcional: Síndrome Postinmovilización y Discapacidad neurológica. El tratamiento rehabilitador fue prescrito por un médico rehabilitador y ejecutado por un fisioterapeuta. Estuvo encaminado a mantener el recorrido articular, mejorar la fuerza muscular, facilitar transferencias (paso de decúbito a sedestación y de esta a bipedestación) y reeducar la marcha y el equilibrio, con o sin ayudas externas. El tratamiento se administró a diario y en la habitación del enfermo.

RESULTADOS

La edad media de los enfermos seleccionados para Rehabilitación fue de 82 años, rango: 16-97 años, con discreto predominio de varones (52%). De los 176 casos evaluados por el Servicio de Rehabilitación, 12 fallecieron (8,8%) y 15 no precisaron tratamiento. Al alta hospitalaria, de los 42 pacientes que sufrían Discapacidad Neurológica, 12 consiguieron la autonomía en la marcha y 30 no lo consiguieron. Así mismo, de los 107 enfermos diagnosticados como Síndrome Postinmovilización, 75 consiguieron deambular, con o sin ayuda externa. El porcentaje global de pacientes que consiguieron deambular fue de 58%. A todos los enfermos que no consiguieron la autonomía en la marcha, al alta hospitalaria, se les gestionó tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria en Sala de Rehabilitación, en domicilio, en Institución o en Centro de Cuidados Intermedios. El número de sesiones de tratamiento medio, antes del alta hospitalaria, fue de 5.

DISCUSIÓN

Los pacientes seleccionados para nuestro estudio son personas de edad avanzada (82 años), polipatológicos (5,52 disfunciones), que consumen grandes recursos sociosanitarios y que sufren, en su mayoría, una situación de discapacidad importante que les lleva a depender de una o más personas para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (en general cuidadoras de 65 años). El equipo de Rehabilitación, integrado en un equipo transdisciplinar, contribuye con su actuación, por una parte a prevenir las complicaciones derivadas de un encamamiento prolongado (TEP, úlceras por decúbito, sobreinfecciones respiratorias, urinarias...), y por otra, a devolver la autonomía perdida. Con ello tratamos de aliviar la carga familiar y social, y reintegramos al paciente a su entorno social, mejorando así su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La búsqueda de soluciones innovadoras para mejorar la vida del enfermo pluripatológico pasa por la formación de equipos multidisciplinarios. La integración del equipo de Rehabilitación en ellos, ayuda a mejorar la autonomía del paciente y la carga a sus cuidadores.

PP-08 / SEDACIÓN PALIATIVA: ESTUDIO DE UNA SERIE DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

J. Sojo Dorado¹, F. Olmo Montes¹, C. Peñas Espinar¹, B. Gutiérrez Gutiérrez¹, M. Rico Lucena¹, A. Montilla Burgos¹, J. Pérez de León², M. Aguayo Canela³.

¹Servicio de Medicina Interna "A". Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos. Hospital San Lázaro. Sevilla. ³UGC Atención Integral y Cuidados del Adulto (ATICA). Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Nuestro programa de CP dispone en la actualidad de cuatro Equipos de Soporte Domiciliarios (ESD) y un Equipo de Soporte Hospitalario (ESH), que realizan indicaciones y seguimientos de sedaciones paliativas, apoyando a los médicos de atención primaria (ESD "rural"), asumiendo el seguimiento con apoyo de atención primaria (ESD "urbanos"), o compartiéndolo con los médicos especialistas del hospital (ESH). A lo largo del año 2006 se inició la recogida sistemática en una base de datos de información relativa a las sedaciones realizadas. El objetivo de esta comunicación es describir las sedaciones paliativas registradas a lo largo del año 2007, en términos de síntomas presentes antes de la inducción, fase en la que se aplican, profundidad, tiempo de duración, motivo de finalización y tipo de consentimiento informado.

MATERIAL Y MÉTODOS

A mediados del año 2006 se empezaron a registrar las sedaciones paliativas en una hoja de registro diseñada al efecto, en la que se recogían datos muy sencillos sobre el tipo de sedación aplicado (paliativa o de últimos días, superficial o profunda, continua o intermitente), sintoma/-s refractario, tiempo de tratamiento, forma de finalización (por control de sintoma/-s o por fallecimiento) y consentimiento informado (personal o por representación, verbal o por escrito, en presencia de familiares, etc.). En esta comunicación se analizan los registros correspondientes a todo el año 2007.

RESULTADOS

De un total de 1.095 ingresos de 861 pacientes terminales atendidos por la UHDCP en el año 2007, se registraron y se analizan 137 sedaciones paliativas, de las que 50 fueron realizadas en un centro sanitario y 87 (63,5%) en el domicilio del paciente. Los síntomas refractarios más frecuentes presentes antes de la inducción -e identificados por el equipo como tales- fueron la disnea, el delirium, el dolor visceral y la ansiedad, existiendo en la mayoría de los registros más de un síntoma recogido. El tipo de sedación más frecuente fue paliativa (65%), continua (95%) y superficial (65%), con una duración media de 21h (rango entre 6 y 240 h) y finalizando con el fallecimiento en el 91,2 %. El consentimiento informado mayoritario fue personal y otorgado verbalmente -en el 67,9 %- anotado en la HªC y sin documento escrito específico ni registro en el testamento vital (no hubo ningún documento de Voluntades Vitales Anticipadas). En el 46,2% se pudo hablar en profundidad y en el 80,6% en presencia de algún familiar.

CONCLUSIONES

En nuestra casuística, los principales síntomas presentes al indicar las sedaciones coinciden con los síntomas refractarios de las series publicadas, aunque no se ha registrado el síntoma refractario concreto que justifica la sedación y tampoco se ha distinguido claramente el tipo de sedación -Paliativa o en la Agonía-, dificultando su interpretación; sin embargo, el elevado porcentaje de finalización en el fallecimiento del paciente y la duración media hacen pensar que mayoritariamente se trata de sedaciones en situación de "últimos días". Este y otros aspectos requerirán mayores análisis y ya han supuesto modificaciones en la hoja de registro. En lo que se refiere al consentimiento informado lo más frecuente era que fuese otorgado personalmente y en fase anterior a la agónica, en muchos casos en presencia de familiares, lo que podría sugerir una buena comunicación e información del equipo de profesionales con pacientes y familias desde fases anteriores a plantear la sedación paliativa como opción terapéutica.

PP-09 / CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES PALIATIVOS CON CÁNCER EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Toscano Murillo¹, M. Bernabeu Wittel², A. Mezquita Pérez³, F. Galindo², L. Moreno Gaviño², N. Ramírez Duque², M. Ollero Baturone².

¹Servicio de Oncología Médica, ²Servicio de Medicina Interna, ³Distrito de Atención Primaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CRVS) y sus factores predictores en la población de pacientes con cáncer en fase paliativa atendidos en diferentes áreas médicas de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal a través de entrevistas individuales durante el 2007. La población se seleccionó a partir de pacientes atendidos en las unidades de Oncología Médica, Medicina Interna y Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Virgen de Rocío. Se incluyeron todos aquellos que cumplieran criterios internacionales de pacientes oncológicos paliativos. Se detectaron, a través de revisión de historia clínica e incluidos tras confirmación de criterios de inclusión y consentimiento informado. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de cuidados y a todos ellos se le aplicó una encuesta para valorar la CVRS (EORTC QLQ-C30 versión 3.0). Se excluyeron a los inhábiles para la entrevista, bien por encontrarse en fase agónica, alteraciones cognitivas severa o delirium. Diferentes variables clínicas y de cuidados fueron analizadas. Se realizó un análisis bivariado de los posibles predictores de una mejor CVRS utilizando los test T de Student, ANOVA, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Rho de Spearman y correlación de Pearson. El dintel de significación se estableció para una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 110 pacientes, de los cuales se incluyeron finalmente 73 (edad media 64 ± 13 , 51% mujeres) aquellos a los cuales fue posible realizar la entrevista. La neoplasia primaria más frecuente fue pulmón (29%), seguida de mama (12.3%) y gastrointestinal (11%). Existían metastásis en el 80% (media de órganos afectados 2 ± 1), y un 20% se trataban de neoplasias localmente avanzadas. La media del índice de comorbilidad de Charlson fue 6.4 ± 1.2 . A la inclusión, la supervivencia media desde el diagnóstico fue de 21 meses y la media desde la inclusión en programas de cuidados paliativos fue de 2 semanas. En el 75% de los casos había sido administrado tratamientos específicos (cirugía \pm quimioterapia (QT) \pm radioterapia (RT)), cirugía curativa o paliativa en el 31%, QT en el 57% y RT en el 48%. Aquellos pacientes tratados previamente con QT, habían recibido una mediana de 1 línea de tratamiento (rango 1-4) durante 5 (2-17) meses. Cerca del 75% de los pacientes estaban hospitalizados en el momento de la inclusión. La escala visual analógica subjetiva (EVA) del dolor en el mes previo, fue 5.3 ± 3.4 . La analgesia en el momento de la inclusión se administró sola o en combinación, con agentes del primer escalón en un 88%, opiáceos en un 64%, y coadyuvantes en un 15%. El estado global de salud fue 24 ± 14 (media de referencia de la población española 50 ± 10); las escalas de las funciones: psíquica 23 ± 20 , rol 12.3 ± 18 , cognitiva 55 ± 32 , emocional 50 ± 21 , y social 21 ± 23 ; las escalas de síntomas: fatiga 69 ± 20 , dolor 56 ± 30 , náuseas y vómitos 28 ± 30 ; los ítems de síntomas individuales adicionales: disnea 44 ± 38 , pérdida de apetito 55 ± 30 , insomnio 48 ± 25 , estreñimiento 32 ± 28 , y diarrea 7 ± 25 ; y finalmente el impacto económico percibido de la enfermedad fue de 12 ± 25 . La presencia de pobre control de la ansiedad (mediante una escala del 1-10), y del dolor (mediante EVA) en el mes previo, se correlacionó con un pobre estado de salud global ($r = -0.26$, $p = 0.026$; y $r = -0.24$, $p = 0.041$, respectivamente). Haber recibido apoyo médico y cuidados de enfermería en el domicilio en los tres meses previos se correlacionó con un mejor estado de salud global ($p = 0.019$).

CONCLUSIONES

En esta población de pacientes con cáncer en fase paliativa, las dimensiones de CVRS más afectadas fueron las funciones psíquicas, social y de rol, mientras que los síntomas menos controlados fueron la astenia, el dolor y la pérdida de apetito. Optimizar el tratamiento del dolor y la ansiedad, así como mejorar la cobertura de los programas de cuidados paliativos domiciliarios, podrían ser estrategias útiles para mejorar la CVRS en esta población tan vulnerable.

PP-10 / CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON CÁNCER EN FASE PALIATIVA, ATENDIDOS EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Toscano Murillo¹, A. Mezquita Pérez², M. Bernabeu Wittel³, F. Galindo³, L. Moreno Gaviño³, C. Hernández Quiles³, M. Cassani Garza³, D. Mendoza Giraldo³.

¹Servicio de Oncología Médica, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y de los cuidados de pacientes paliativos oncológicos, atendidos en diferentes áreas médicas en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal a través de entrevistas individuales durante el 2007. La población se seleccionó a partir de pacientes atendidos en Oncología Médica, Medicina Interna y Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Virgen de Rocío. Se incluyeron a aquellos que cumplían criterios internacionales de cuidados paliativos. Se detectaron a través de revisión de historia clínica y se incluyeron tras confirmación de criterios de inclusión y consentimiento informado. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de cuidados. Se realizó un análisis descriptivo de todos esos items usando SPSS 14.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 110 pacientes (91 hospitalizados, 12 atendidos en Hospitalización domiciliaria, y 7 ambulatorios). La edad media fue 64 ± 13 años, 56% varones. La neoplasia más frecuente fue pulmón en 30 (27%), gastrointestinal en 14 (12.7%), cabeza y cuello en 10 (9.1%), y mama en 10 (9.1%); la histología más frecuente fue adenocarcinoma en 46 (42%) y epidermoide en 17 (15.5%). Existían metastásis en 86 (78.2%) (media de órganos afectados 2 ± 1); la localización más frecuente fueron los ganglios linfáticos en 53 (48%), pulmón en 39 (35.5%), hígado en 30 (32%), y hueso en 28 (25.5%). En el momento de la inclusión 100 (90%) presentaban estadio IV. Se identificaron 29 (26.4%) pacientes pluripatológicos. Las categorías más comunes fueron la enfermedad pulmonar en 18 (16%), enfermedad neurológica en 7 (6.4%), y cardíaca en 6 (5.4%). 80 (73%) padecían una media de 2.3 ± 1.1 enfermedades crónicas menores no definitorias de categorías de pluripatología. Practicamente todos necesitaban cuidador; el 86.4 % lo tenían; el 70 % de estos eran mujeres (el 54% cónyuges). En el 71% se había administrado tratamientos específicos, cirugía en el 33%, QT en el 55% y RT en el 46%. La estimación media del pronóstico estadístico fue de 12 ± 12 semanas, del pronóstico por el clínico de 4 ± 8 semanas; y subjetivo (paciente/familia) 11 ± 20 semanas. A la inclusión, la supervivencia media desde el diagnóstico fue de 18 meses y la media desde inclusión en el programa de cuidados paliativos de 2 semanas. La escala visual analógica subjetiva (EVA) del dolor en el mes previo, fue 4.8 ± 3.5 y a la inclusión de 3.3 ± 2 . Otros síntomas/signos frecuentes fueron la astenia en el 88%, anorexia en el 85%, disnea en el 83%, caquexia en 68.2% (valor de albúmina medio fue 2.7 ± 0.6) (de ellos, sólo 28 pacientes recibían soporte nutricional), insomnio en 64%, náuseas y vómitos en 37%, anemia en 38% (hemoglobina media 10.6 ± 2.7 g/dL), y el delirium en 21%. Recibieron una media de 8 ± 1.7 fármacos. La analgesia en el momento de la inclusión se administraba sola o en combinación, con agentes del primer escalón en un 82%, opiáceos en un 71%, y coadyuvantes en un 19%. Apoyo espiritual/psicológico había sido ofrecido en sólo 14/1, respectivamente. Treinta estaban recibiendo sedación paliativa terminal, por agonía. La indicación más frecuente fue disnea refractaria a tratamiento en 14 (46.6%). El protocolo más frecuente utilizado fue morfina en perfusión continua (10 pacientes) sola o en combinación con midazolam (11 pacientes).

CONCLUSIONES

La población de pacientes con cáncer en cuidados paliativos descrita, refleja el patrón predominante de asistencia que ofrecemos a dichos pacientes: Una primera fase, que sugiere una intensidad elevada de técnicas-terapias muy específicas y sofisticadas; y una segunda, de tratamiento paliativo sintomático, que adolece de aspectos básicos como el soporte espiritual. Mantener esa "intensidad" de respuesta asistencial en la fase paliativa evitaría en parte el sentimiento de vacío-abandono que muchos pacientes manifiestan al entrar en programas de cuidados paliativos. Concretamente optimizar las medidas sintomáticas, farmacológicas y nutricionales, así como un buen soporte espiritual, podrían sumarse a fin de conseguir este objetivo.

PP-11 / ANÁLISIS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Cassani Garza¹, J. Galindo Ocaña¹, M. Gil Navarro², S. García Morillo¹, M. Ollero Baturone¹, B. Santos Ramos², M. Bernabeu Wittel¹, M. Ortiz Camúñez³.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Camas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Identificar las características de los fármacos asociadas a mayor incumplimiento de las prescripciones en pacientes pluripatológicos polimedificados en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes reclutados en una zona básica de salud (Centro de Salud de Camas). Septiembre 2004-marzo 2005. Criterios de inclusión: - dos o más categorías diagnósticas (Proc. A. Integrado de Atención a los Pacientes Pluripatológicos, ed. 2002) - al menos 5 fármacos por paciente. Encuesta presencial, interrogando al paciente o su cuidador si habitualmente tomaba o no la medicación, constatando fármaco a fármaco (sí/no). Análisis descriptivo e inferencial mediante paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Muestra inicial 265 pacientes. Muestra válida: 181. Edad media 71,76±9,94 años (60-89), 50% mujeres. Número categorías diagnósticas: 3,67±1,43 (2-8). Categorías más prevalentes: cardiopatía isquémica (60%), DM con repercusión visceral (57%), OCFA-EPOC (36%), ICC (25%). Escala de dependencia Barthel 74,83±34,45. Pfeiffer 2,93±3,45. Número de fármacos/paciente: 8,36±2,35 (5-11). N = 1484 prescripciones. Prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI, según criterios de Beers): 6,06%. Valor intrínseco no elevado (VINE): 4,44%. Fármacos más consumidos: hipotensores (IECA, ARAll, calcioantagonistas), inhibidores de la bomba de protones, antiagregantes y diuréticos. Cumplimiento global: 1330 (89,62%); se incumplieron 111 (7,47%). Correlaciones significativas con ratio de cumplimiento: PPI (0,165, p=0,01), VINE (0,122, p=0,045), número de dosis diaria (0,193, p=0,003), grupo ATC (0,369, p=0,000). Modelo de regresión logística binaria para riesgo incumplimiento>15% por fármaco: - 1) PPI, VINE, nº dosis diaria 1/ 2 ó 3: PPI Odds ratio 4,399 (1,266-15,293, p=0,020), VINE OR 2,424 (0,526-11,178, p=0,250), 1/ 2 ó 3 dosis OR 2,982 (1,247-7,131, p=0,014) - 2) PPI, VINE, nº dosis diaria 1/ 2 ó 3, grupo ATC: PPI OR 3,033 (0,718-12,813, p=0,131), VINE OR 1,859 (0,377-9,174, p=0,446), 1/ 2 ó 3 dosis OR 1,433 (0,536-3,833, p=0,474), grupo ATC OR 0,900 (0,853-0,948, p=0,000) Grupos ATC peor cumplidos (<80% de cumplimiento): antihistamínicos (44%), hierro oral (63%), colirios (64%), antisépticos tópicos (75%), antibióticos (75%), AINE (76%), antiácidos (78%). Grupo PPI 81%, no PPI 92%.

DISCUSIÓN

La entrevista se realizó de forma personalizada y presencial, que permite estimar la adherencia al tratamiento, aunque al tratarse de un método subjetivo indirecto puede sobreestimar el cumplimiento (voluntad de agradar al médico o culpabilidad del cuidador). Principales factores de riesgo para no cumplir la medicación: posología más desfavorable, y grupo de indicación destacando los sintomáticos y con vías de administración diferentes de la vía oral (colirios). La característica de valor intrínseco no elevado y de prescripción potencialmente inapropiada en el anciano se asociaron de forma potente al riesgo de incumplimiento. Estos factores se relacionan con la facilidad de administración por parte del paciente anciano o su cuidador, creencias del paciente o su cuidador respecto al medicamento, muy influenciadas por las instrucciones del médico o médicos prescriptores, posibilidad de aparición de efectos adversos (PPI) o la mejoría del cuadro inicial que motivó la prescripción (antibióticos, antihistamínicos, antiácidos), que puede favorecer los olvidos o el desestimar su toma. La decisión de tomar o no la medicación es una decisión activa por parte del paciente o su cuidador, por ello el incumplimiento no es un hecho aleatorio y existen factores predictores. No obstante serían necesarios estudios prospectivos amplios para validar dichos factores predictores.

CONCLUSIONES

La posología del fármaco y la indicación que motiva la prescripción son decisivas en la adherencia a la medicación. La adherencia al tratamiento puede ser probablemente muy modificada por los prescriptores considerando posologías cómodas e instrucciones adecuadas sobre el uso de los fármacos.

PP-12 / INTERVENCIÓN EN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS POLIMEDICADOS MEDIANTE INFORME DE INTERACCIONES Y ACEPTACIÓN POR PARTE DEL CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Hernández Quiles¹, J. Galindo Ocaña¹, M. Nieto Guindo², P. Bohórquez³, M. Gil Navarro²,
 S. García Morillo¹, M. Ortiz Camúñez³, M. Ollero Baturone¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia, ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Camas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Valorar la aceptación de un programa de intervención en interacciones medicamentosas, mediante informe de alerta y recomendaciones, en una cohorte de pacientes pluripatológicos polimedificados en Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte de pacientes pluripatológicos polimedificados identificados en Atención Primaria según criterios diagnósticos del Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico (edición 2002) que estén recibiendo al menos 5 fármacos simultáneamente. Periodo estudio: septiembre 2004-marzo 2005. Encuesta presencial en la que se recoge el total de fármacos prescritos. Detección de interacciones relevantes mediante programa Drug-Reax System[®] de Micromedex[®]. Emisión por correo de informe redactado por el Servicio de Farmacia para asesoramiento del médico de familia, con la descripción de las interacciones detectadas y recomendación práctica sobre cada una de ellas. Evaluación de aceptación de las recomendaciones del clínico, por respuesta mediante Fax o teléfono. Análisis descriptivo mediante paquete informático SPSS 13.0.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 339 interacciones relevantes, 302 moderadas (89%) y 37 severas (11%). El mecanismo de interacción implicado fue farmacodinámico (35,7%), farmacocinético (43,1%) o desconocido (21,2%). Farmacocinético (%): potenciación de absorción (5,6%), inhibición de absorción (5,6%), potenciación del metabolismo hepático (1,8%), inhibición del metabolismo hepático (17,4%), potenciación de eliminación renal (0,9%), inhibición de eliminación renal (2,9%), desplazamiento de proteínas plasmáticas (8,8%). Recomendaciones emitidas 338 (%): suspensión del fármaco (22%), modificar el tratamiento (17%), monitorización clínica (16%), monitorización analítica (14%), monitorización de niveles del fármaco (12%), monitorizar clínica + niveles del fármaco (4%), monitorización clínica + analítica + fármaco (2%), suspender o modificar el tratamiento (2%) y suspender o monitorizar clínica (1%). Aceptación del clínico: Sí 284 (83,8%), NO 55 (16,2%). Motivos de no aceptación: exitus del paciente 6 (10%), suspensión actual del fármaco implicado 20 (36%), no coincidencia respecto a la relevancia de la interacción 5 (9%) y otros motivos 25 (45%).

DISCUSIÓN

Los motivos de no aceptación fueron dependientes del paciente en 46% y por no coincidencia con la recomendación en un 9%. La mayor parte de las recomendaciones terapéuticas fue valorada como útil por parte de los clínicos responsables directamente de los pacientes. Algunos estudios demuestran la efectividad de la intervención de los servicios de Farmacia en la mejora de los cuidados médicos en pacientes ancianos, reduciendo la mortalidad (hasta un 20%) y los ingresos hospitalarios, aunque otros no, atribuyéndose el fracaso a la escasa interrelación entre farmacéuticos y clínicos en la intervención estudiada. Las interacciones farmacológicas representan un porcentaje importante de eventos adversos a medicamentos, de graves consecuencias clínicas, incluyendo necesidad de ingreso hospitalario y mortalidad. Estos eventos son previsibles, y por tanto mediante una detección adecuada previa de las dosis inadecuadas o interacciones posibles y la modificación consecuente del régimen terapéutico puede reducirse el número de ingresos y urgencias hospitalarias, si se tiene en cuenta al médico responsable del paciente.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa de intervención de asesoramiento terapéutico en interacciones mediante informe por correo puede ser efectiva.

PP-13 / GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DISFAGIA: MANEJO DE LA TOLERANCIA

E. España Cobo, M. Bono Herrerías, A. Ibáñez Miras, E. Lao Puertas, V. Navarro Bautista,
L. Magaña Hernández, R. Gallego Robles, E. Rueda Capel.

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

OBJETIVOS

-Aumentar la calidad de los cuidados al paciente con disfagia - Unificar criterios. - Desarrollar un plan decuidados. - Detectar precozmente las complicaciones de los pacientes con alteración de la deglución.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar: Enfermeros, Auxiliares, Médico Internista, Dietista. Revisión bibliográfica sistematizada en las principales bases de datos. - Elaboración de una guía de cuidados en la que se incluye un plan de cuidados estandarizado al paciente con deterioro de la deglución.

RESULTADOS

-Guía de cuidados al paciente con deterioro de la deglución: Valoración global del paciente y su cuidador, valoración de signos y síntomas de disfagia: protocolo de disfagia, plan de cuidados. - Circuito de planificación del alta. - Documento de recomendaciones al alta. - Guía de apoyo al cuidador (con tríptico) - Planificación de talleres de apoyo a cuidadores.

DISCUSIÓN

Con la elaboración de la guía se pretende unificar criterios de actuación que permitan aumentar la calidad de los cuidados, prevenir complicaciones, y por tanto aumentar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores. La preparación del paciente y familia comienza en el hospital. El enfermero tiene que ir educando en cuanto a los procedimientos a seguir, sobre el material y el tipo de dieta que deberá seguir el paciente, su conservación, problemas potenciales que suelen surgir y sus soluciones y maneras de contactar ante situaciones de urgencia.

CONCLUSIONES

La disfagia se asocia con un gran número de afectaciones neurológicas y a personas mayores sanas debido a los cambios que se producen en la orofaringe por causas propias del envejecimiento. La detección precoz y la correcta derivación son procesos esenciales. El rol de enfermería en este proceso consiste en observar, valorar, monitorizar e informar. El conocimiento de los factores de riesgo y de los signos de la disfagia, junto con la observación de los hábitos de alimentación, dieta y signos de una adecuada nutrición e hidratación, son necesarios para la identificación temprana de los problemas en la deglución y sus complicaciones. Tener unos criterios unificados basados en la evidencia y una herramienta metodológica que nos permita valorar tanto al paciente en su globalidad y su disfagia como al cuidador habitual resulta esencial si pretendemos que los cuidados de enfermería sean de la máxima calidad.

PP-14 / GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL: DISPOSITIVOS DE AYUDA ALTERNATIVOS

V. Navarro Bautista, M. López Roca, E. Lao Puertas, E. España Cobo, A. Ibáñez Miras, M. Correa Casado, F. Peso Boffa, M. Estévez Morales.

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

OBJETIVOS

- Aumentar la calidad en el cuidado al paciente con nutrición enteral. - Unificar criterios. Plan de cuidados. Detección precoz de complicaciones asociadas a la nutrición enteral.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Formación de un equipo multidisciplinar - Revisión bibliográfica en las principales bases de datos. - Elaboración de una guía de cuidados al paciente con problemas de deglución que precisa de dispositivos de ayuda alternativos: SNG y PEG. - Difusión e implantación de la guía.

RESULTADOS

* Guía de cuidados al paciente con problemas de deglución que precisa de dispositivos de ayuda alternativos. LA alimentación oral es la forma natural de nutrirse, pero hay muchas circunstancias por las que resulta imposible realizarse, lo cual nos lleva a recurrir a otra técnica de nutrición artificial como la sonda nasogástrica (SNG) y la Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). * Plan de cuidados al paciente con problemas de deglución que precisa de dispositivos de ayuda alternativos: individualización del plan a través de la personalización de los cuidados. * Tríptico informativo a los usuarios/cuidadores: El uso de dispositivos alternativos produce un cambio, en ocasiones, permanente y completo del individuo. Estos pacientes requieren importantes cuidados debido a sus múltiples complicaciones (distensión abdominal, aumento del residuo gástrico, vómitos/regurgitación, diarrea...), de tipo preventivo, asistencial y de rehabilitación. * Planificación de talleres de apoyo a cuidadores: El proceso de atención a estos pacientes requiere de un esfuerzo prolongado de enfermería y de sus cuidadores, así como motivación y conocimientos. Implicarlos en el plan de cuidados y ofrecerle apoyo es fundamental para que el resultado sea lo más favorable para el paciente.

DISCUSIÓN

- Mediante la guía de cuidados se consigue unificar criterios para que todos los profesionales implicados en el proceso trabajen en la misma línea aumentando la calidad de los cuidados. - La detección precoz de las posibles complicaciones mejora el pronóstico, aumenta la calidad de vida del paciente, disminuye la estancia media, la morbimortalidad y por lo tanto el gasto sanitario.

CONCLUSIONES

La necesidad del uso de dispositivos de ayuda alternativos para la alimentación en pacientes con problemas de deglución supone un cambio importante para él mismo y sus cuidadores. Es esencial que enfermería y los cuidadores habituales sean capaces de reconocer y manejar los distintos dispositivos de ayuda alternativos que requieren estos pacientes para asegurar una adecuada alimentación y así prevenir las posibles complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de los mismos. De ahí la necesidad de asegurar una personalización de los cuidados mediante la elaboración de una guía que nos permita una base para mantener la calidad de los cuidados que prestamos.

PP-15 / CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Almendros Vilchez¹, A. López Montes¹, L. Más Ruiz¹, S. Domingo González¹, M. García de Lucas¹, D. Martín Escalante¹, R. Rivera Irigoín², J. García Alegría¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga).

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes con gastrostomía percutánea en un servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes con gastrostomía percutánea indicada por el servicio de Medicina Interna del Hospital Costa del Sol, Marbella desde enero de 2004 al primer trimestre del 2008.

RESULTADOS

Se efectuó gastrostomía en 31 pacientes durante el periodo de estudio, con una edad media de 69,4 +/- 15 años. 21 eran hombres. Se realizó en 23 pacientes durante el ingreso y en 8 de forma ambulatoria. La estancia media de los ingresados fue 26,8 días. En 24 casos se indicó por una enfermedad irreversible potencialmente prolongada (9 pacientes con demencia, 7 ACV, 3 Parkinson, 3 Encefalopatía postanóxica y 2 Esclerosis lateral amiotrófica) y en 7 por una enfermedad tumoral en fase terminal (cara, cuello, cardias y esófago). Destacar que 9 de los casos con enfermedad neurológica habían presentado neumonía aspirativa de repetición. Como comorbilidad encontramos que 14 pacientes eran hipertensos, 11 diabéticos, 6 con ACV previo, 5 dislipemia, 5 enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 5 insuficiencia cardiaca, 4 hepatopatía crónica, 3 insuficiencia renal crónica y 2 cardiopatía isquémica. El índice de Charlson fue de 6,7 puntos. El índice de Barthel fue de 13 y el de Braden de 10 puntos. El 65 % tenían una desnutrición moderada-severa. La técnica de la gastrostomía fue endoscópica en todos los casos con una sonda estándar de 22 French. 14 pacientes han fallecido en el seguimiento, 8 de ellos durante el primer año. En 4 casos apareció alguna complicación menor tras la realización de gastrostomía que no obligó a su retirada.

DISCUSIÓN

Al tratarse de un estudio retrospectivo hemos identificado en que patologías se indica la técnica pero desconocemos si ha habido una mejoría sobre el estado nutricional tras la gastrostomía.

CONCLUSIONES

1. En nuestra serie, predomina la realización de gastrostomía percutánea en hombres, con comorbilidad grave, desnutridos, estancia hospitalaria prolongada y alto grado de dependencia. 2. La demencia y el ACV son las causas más frecuentes de gastrostomía percutánea en nuestro estudio. 3. El ser una práctica indicada en enfermedades irreversibles prolongadas y terminales hace que la mortalidad esperable a medio plazo sea alta. 4. A pesar de ser una técnica segura es infrutilizada en patologías muy prevalentes con elevada discapacidad y desnutrición.

PP-16 / RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS PERMANENTES EN PACIENTES CRÓNICOS NO ONCOLÓGICOS

F. Muñoz Beamud¹, B. Barón Franco², T. Martínez García², B. Pérez Muñoz¹, E. Pujol de la Llave¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

OBJETIVOS

Evaluar la indicación, eficacia y seguridad del empleo de RVSP en pacientes con diversas enfermedades crónicas de naturaleza no neoplásica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de las historias de los pacientes con reservorio venoso subcutáneo permanente colocado durante el periodo 2003 a 2007 en una Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), presentando los resultados según estadística descriptiva simple.

RESULTADOS

Se colocaron 7 RVSP (3 mujeres, 4 varones) por vía venosa yugular interna derecha en 6 ocasiones e izquierda en la restante. La edad media fue de 72,1 años. Los diagnósticos principales fueron Insuficiencia Cardíaca (predominantemente de etiología isquémico-hipertensiva), presente en los 7 pacientes, EPOC tipo bronquitis crónica en 4 casos, Insuficiencia Renal Crónica en otros tantos casos y por último, AVC isquémico con déficit residual en 3 de los 7 pacientes. Las indicaciones para su colocación fueron: 1) imposibilidad de extracciones analíticas frecuentes en 3 pacientes (42.8% casos), 2) imposibilidad de administrar medicación endovenosa con numerosos ingresos en 3 pacientes (42.8% casos) y 3) necesidad de transfusiones periódicas de hemoderivados en 1 paciente (14,2%). Su colocación no presentó complicaciones mayores como el neumotórax, y sólo menor en 1 caso, consistiendo en hematoma en la zona periimplante. Tras su colocación, el uso de los RVSP osciló desde los 7 meses hasta los 2,5 años, apareciendo complicaciones secundarias en un solo caso, 1 episodio de trombosis venosa profunda sobre miembro superior derecho a los 4 meses del implante, que se trató con HBPM y que no obligó a su retirada, no habiendo aparecido otras complicaciones como infecciones ni hemorragias. En todos los pacientes el dispositivo se usó tanto en Atención Primaria, como Urgencias como la planta de UCA.

DISCUSIÓN

Los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas cada vez viven más años, precisando mayor atención hospitalaria. Dentro de este grupo existen pacientes con gran dificultad de acceso a vías venosas periféricas, lo que dificulta la extracción de sangre para analítica, medicación endovenosa y transfusiones sanguíneas. Si bien su uso está extendido en paciente oncológicos, se propone la colocación de un reservorio venoso subcutáneo permanente (RVSP) como solución en este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

El empleo de RVSP en ciertos enfermos crónicos no oncológicos en los que los accesos venosos periféricos son necesarios pero escasos y de mala calidad, constituye una opción eficaz y segura para el manejo de las descompensaciones y para evitar la interrupción de tratamientos necesarios para el control de las mismas, con escaso número de complicaciones. Se necesitan estudios más amplios para definir claramente en qué pacientes estarían indicados en base al riesgo-beneficio, no obstante, desde nuestro punto de vista, el enfermo pluripatológico parece cumplir el perfil más acorde.

PP-17 / NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Moreno Higuera¹, A. Pardo Cabello¹, P. Giner Escobar¹, M. García Morales¹, C. Tomás Jiménez¹, D. Vinuesa García¹, G. Urbano García², S. Moya Roldán¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermería Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes anticoagulados que ingresan en un Servicio de Medicina Interna y valorar el riesgo de la anticoagulación oral (ACO), sobre todo en relación con el nivel de dependencia y el deterioro cognitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna durante el periodo de Noviembre 2007- Febrero 2008. Los datos recogidos fueron edad, sexo, tiempo transcurrido desde el inicio de la ACO, motivo del inicio de la misma, seguimiento adecuado y complicaciones hemorrágicas desde el inicio de la ACO. Se calculó el riesgo de sangrado mediante la escala "Outpatient Bleeding Risk Index (OBRI)" y el nivel de dependencia física mediante el Índice de Barthel. Se consideró la presencia de deterioro cognitivo cuando éste figuraba como diagnóstico previo entre los antecedentes del paciente.

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 36 pacientes (23 mujeres y 13 hombres) con una edad media de 77 ± 7.5 años. El 25% había sido diagnosticado previamente de deterioro cognitivo. El Índice de Barthel era ≥ 70 puntos en el 44.4% y < 70 en el 55.6% de los pacientes. La ACO se inició en los últimos 6 meses en el 3.3% de los casos, entre 6 y 12 meses en el 11.7%, entre 1 y 5 años en el 51.7% y hacía más de 5 años en el 33.3%. La causa de inicio más frecuente de ACO fue la fibrilación auricular (72%), seguida de enfermedad tromboembólica venosa (11.1%), cardiopatía valvular embolígena/válvula protésica (8.3%) y varias (8.3%). El 83.3% referían realizar un seguimiento y cumplimentación adecuada del tratamiento. Presentaron complicaciones hemorrágicas un 33.3% desde el inicio de ACO hasta el momento de la inclusión en el estudio. A su llegada a Urgencias, un 75% de los pacientes tenía el INR fuera de rango, de los que el 55.5% lo eran por elevación del mismo. De acuerdo a los criterios de OBRI el 2.8% presentaban un riesgo bajo de sangrado, el 55.6% moderado y el 36.2% alto. No hubo asociaciones estadísticamente significativas entre un Índice de Barthel < 70 y un alto riesgo de sangrado o complicaciones hemorrágicas desde el inicio de la ACO.

DISCUSIÓN

Aunque no existe una edad límite para iniciar la ACO, ésta es un tema controvertido en el anciano, dado que la edad es un factor de riesgo tanto para la aparición de enfermedad cerebrovascular embolígena en los no anticoagulados, como para el sangrado en aquellos que sí lo están. La posibilidad de conseguir un adecuado control de la ACO es uno de los factores decisivos a la hora de iniciar el tratamiento. La dependencia física ha sido sugerida por algunos autores como un contraindicación relativa para la ACO. En nuestro estudio, destaca un alto porcentaje de pacientes dependientes (55.6%), a pesar de lo cual no habían desarrollado más complicaciones hemorrágicas que los menos dependientes. Es de destacar el elevado número de pacientes que presentaba un INR fuera de rango a su ingreso, posiblemente en relación con el proceso agudo que motivó el mismo. No obstante, sería necesario adoptar medidas para optimizar el seguimiento de estos pacientes, que por otra parte presentan en gran medida un riesgo moderado-alto de sangrado.

CONCLUSIONES

Aunque un porcentaje elevado de los pacientes anticoagulados que ingresan en Medicina Interna es dependiente, éste no se correlaciona con un alto riesgo de sangrado ni con la aparición de complicaciones hemorrágicas desde el inicio de la ACO.

PP-18 / APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO E INFORMATIZADO A ENFERMOS CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

C. Flórez Almonacid, S. Ojeda.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Identificar el grado de implementación y personalización del plan de cuidados estandarizado e informatizado para enfermos con trombosis venosa profunda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Sujetos de estudio: enfermos hospitalizados durante el año 2006 y 2007 en el Servicio de Medicina Interna del hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba con diagnóstico médico de Trombosis Venosa Profunda. INSTRUMENTALIZACIÓN: Plan de cuidados de Enfermería estandarizado e informatizado para 9 días, que contiene la valoración del estado de salud, etiquetas Diagnósticas, según la taxonomía de la NANDA, resultados esperados según la taxonomía NOC, las intervenciones de enfermería según la taxonomía NIC, Complicaciones posibles, Requerimientos terapéuticos e informe de continuidad de Cuidados.

RESULTADOS

Se realizaron 115 planes de Cuidado de Enfermería, de las etiquetas Diagnósticas estandarizadas se utilizaron: Deterioro de la movilidad física en el 85.48%, Conocimientos deficientes en el 40.32%, Ansiedad en el 82.25%, Disposición para mejorar conocimientos el 82.25%. En cuanto a las posibles complicaciones las intervenciones de enfermería se centraron 77.48% en los cuidados del embolismo pulmonar y periférico, 62,90% en vigilancia de la piel y un 100% en vigilancia (Tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura), en los requerimientos terapéuticos al 100% se le administró medicación vía oral y al 88.70% medicación subcutánea. De la individualización del plan de cuidados las principales etiquetas diagnósticas fueron: Manejo inefectivo del régimen terapéutico 3% síndrome de desuso 3.22%, Fatiga 1.61%, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 9.67%. Riesgo de Infección 16.16%. En el informe de continuidad de cuidados el 90% contenía los cuidados para prevenir el síndrome post flebitico, un 11.30 % las indicaciones sobre la administración del anticoagulante vía oral y un 88.70% la administración de la heparina de bajo peso molecular Subcutánea

CONCLUSIONES

De cada 10 planes de cuidados de enfermería realizados, en siete planes se utilizaron las etiquetas diagnósticas propuestas en el plan de cuidado estandarizado. Uno de cada 10 planes de enfermería realizado además contenía etiquetas diagnósticas no incluidas en el plan estandarizado. Nueve de diez enfermos recibió el informe de continuidad de cuidados. La estandarización e informatización de los planes de cuidados utilizando las taxonomías NANDA; NOC y NIC ha contribuido que en un 95% de los enfermos ingresados con trombosis venosa profunda se les haya realizado su seguimiento y cuidados de Enfermería durante su estancia hospitalaria y además el 100% de estos enfermos se beneficien del informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria, para su seguimiento con la Enfermera de atención primaria.

PP-19 / IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS GUÍA DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AGUDO (ACV)

M. Aranda Gallardo, G. López Rojas, E. Rosa Camacho, J. Canca Sánchez, M. Martín Escalante, J. García Alegría, C. Romero Gómez, M. Corrales González.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa Del Sol 1. Marbella (Málaga).

OBJETIVOS

Evaluar el grado de implantación y cumplimentación de un plan de cuidados guía de enfermería de atención al paciente ingresado por ACV en la Unidad de Medicina Interna de un hospital general

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evalúa una muestra aleatoria (N=68) del total de ingresos por ACV en la Unidad de Medicina Interna (N= 228) en el periodo Abril-Diciembre de 2007. Los criterios de evaluación fueron definidos por la Comisión de Evaluación de la Práctica Enfermera para los planes de cuidados guía del hospital.

RESULTADOS

El grado de cumplimiento fue el siguiente: 1.Registro de plan de cuidados específico para pacientes con ACV: 100% de los casos. 2. La Valoración de Enfermería por necesidades en las primeras 24 horas: 86%. En el resto de las historias no se especificaba la fecha y hora. 3. Evaluación con escalas de Barthel, Braden e índice de riesgo nutricional: 90%. 4. Cronograma educativo: 40% de las historias. Se registraron acciones de educación sanitaria en las observaciones de enfermería de forma habitual. 5. Informe de continuidad de cuidados al alta: 75%.

DISCUSIÓN

En nuestra experiencia el grado de seguimiento de planes de cuidados al ACV ha sido alto. Se ha detectado la necesidad de incidir en la anotación de la fecha de la valoración, de realizar informe de continuidad de cuidados al alta, y, sobre todo hay que insistir en la cumplimentación del programa educativo sobre el autocuidado.

CONCLUSIONES

Trabajar con planes de cuidados guía permite homogeneizar las actuaciones de Enfermería y disminuir la variabilidad de la práctica clínica. En el caso de los pacientes con ACV, una de las patologías más prevalentes en nuestro Servicio, la medida de los resultados de implantación del plan de cuidados específico permite detectar e implantar medidas de mejora.

PP-20 / ASISTENCIA AL ICTUS EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE CÓRDOBA

M. García de Lucas, D. Martín Escalante, S. Domingo González, R. González Vega, C. Romero Gómez,
F. Moreno Martínez, R. Quirós López, J. García Alegría.

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

OBJETIVOS

Conocer la asistencia hospitalaria a la ECVA durante el año 2004 en el área sanitaria del Valle de los Pedroches en la provincia de Córdoba y la supervivencia a los seis meses, con el objetivo de emprender los cambios necesarios para mejorar la atención en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de los pacientes ingresados con el diagnóstico de ACVA y de la supervivencia a los seis meses mediante entrevista personal.

RESULTADOS

Ingresaron 110 pacientes durante el periodo de estudio. La edad media fue superior a otras series (75.7), 44.5% mujeres y 55.5% hombres. No hay un perfil de síntomas clínicos característico. Destacan entre los factores de riesgo cardiovasculares analizados, la elevada prevalencia de hipertensión arterial (75,5%). La proporción de ECVA isquémica y hemorrágica fue la habitual, 91 isquémicos y 19 hemorrágicos. A los 110 pacientes se les realizó TAC craneal al ingreso. El compromiso del nivel de conciencia, la senectud, el ictus hemorrágico, la peor puntuación en la Escala Canadiense y las complicaciones marcaron la mortalidad. El 20% murieron durante el ingreso y el 19,1% de los supervivientes en los seis meses posteriores. Solo el 30,9% realizaba rehabilitación al alta. En el 55,5% el cuidador principal era el cónyuge. A los seis meses el 79 % tenía secuelas que limitaban su autonomía.

DISCUSIÓN

De los datos previos se desprende la necesidad de protocolizar la actuación frente al ACVA para mejorar el diagnóstico y la asistencia lo que redundaría en una disminución de la morbimortalidad y de las secuelas tan graves. Debe acometerse con energía desde la Atención Primaria y la Especializada el control de los factores de riesgo tan prevalentes como la HTA.

CONCLUSIONES

Deberían generalizarse los medios para la realización de un diagnóstico y terapéutica rápidos y eficaces que garanticen una práctica clínica adecuada y la disminución del daño cerebral y su dependencia. Es imprescindible mejorar la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovascular para frenar la progresión de la ECVA.

RV-01 / UNA COHORTE DE HTA RENOVASCULAR

M. Ayala Gutiérrez¹, B. Sobrino Díaz¹, M. López Carmona¹, M. Chaves¹, J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz², P. Aranda Lara³, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Escuela Medicina Deportiva. Universidad de Málaga. Málaga, ³Unidad de Hipertensión. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

La enfermedad ateromatosa renovascular es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente, así como con una serie de entidades nosológicas (la insuficiencia renal, la proteinuria, y la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente) que derivan en una disminución de la esperanza de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 53 pacientes con Hipertensión renovascular y la valoración de diversas variables que puedan influir en la evolución, Trento y pronóstico. Revisamos 53 casos constatados de HTA renovascular (33 mujeres, 62,3%; Edad: 58,11, SD: 15,4). Criterios de inclusión: Hiperaldosteronismo, hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular; y en los casos de sospecha de enfermedad bilateral, además arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

RESULTADOS

Descripción de la muestra al inicio del estudio: TAS: 158,3 ± 27; 66%. TAD: 88,45 ± 13,3; 33%. El IMC 30,30 kg/m² ± 5,19. Perímetro abdominal 104,40 ± 12,92. Factores y marcadores de riesgo: Sedentarismo: 79%. Obesidad: 40%. Diabetes 26,4%. Hiperlipemia 56%. Tabaquismo 40%. El 86% de las mujeres eran postmenopáusicas. El 75% los pacientes tenían claros antecedentes familiares. Daño de órgano diana: Enf. Renal: 37%. Enf. Cardíaca: 28%. Enf. Cerebro-vascular 17%. Variables analíticas: glucosa: 119,7; ± 49,4. Creatinina: 1,21; ± 0,46. Colesterol total: 205,15; ± 36,6. Col-ldl: 128,95; ± 32,50. Col-hdl: 51,21; ± 23,25. Triglicéridos: 144,69; ± 84,35. Na: 141,09; ± 2,66. K: 4,41; ± 0,51 (Solo un paciente con K menor de 3,5 mmol/l). Na U: 110,27; ± 43,1. K U: 32,70; ± 20,70. Micrbalb: 96,7 ± 162,7 (50% de los pacientes >30 mg/gr); Aldosterona: 373,5 ± 234,6 (Rango: 80-1205); ARP: 17,6; ± 37,05. Se consiguió un control de la TA el 34 casos (66%) Para obtener los mejores resultados en TA se precisó Tratamiento con 3 o más fármacos (3 ± 1,14): Inh-eje RAA: 83%. ARA-II: 67,9%. Asa: 33%. Tiazidas: 39,6%. Inh-ald: 26,4%. B-Bloq: 24,6%. Diagnóstico de imagen: La HTA renovascular fue bilateral en 9 pacientes. En 7 pacientes aparecía doble sistema pielocalicial, y en 4 casos aparecían arterias polares (11 casos no candidatos de inicio a angioplastia).

DISCUSIÓN

Solamente en 4 casos fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia. El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y K normales. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA.

CONCLUSIONES

Conclusiones: En el 66% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA. Solo se corrigió por angioplastia al 7,5% de los pacientes y 11 casos (25% aprox) no fueron candidatos de inicio a angioplastia (arterias polares o sistemas pielocaliciales dobles).

RV-02 / POTASIO E HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

**B. Sobrino¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Chaves¹, M. López Carmona¹, M. Ayala Gutiérrez¹,
J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³, R. Gómez Huelgas¹.**

¹Servicio de Medicina Interna, ²Escuela de Medicina Deportiva. UMA (Málaga), ³Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente. El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 30 pacientes con Hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 53 casos constatados de HTA renovascular (33 mujeres, 62,3% Edad: 58,11, SD: 15,4). Criterios de inclusión: Hiperaldosteronismo, hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular; y en los casos de sospecha de enfermedad bilaeral, además arteriografía o angio-RMN de arterias renales. Valoramos los niveles de potasemia, en relación con los datos clínicos, tratamiento, y datos bioquímicos, con especial atención a la natremia, natriuria, función renal, niveles de ARP, aldosterona, e iones.

RESULTADOS

Factores de riesgo: Sedentarismo; 79%. Obesidad; 40%. Diabetes 26,4%. Hiperlipemia 56% Tabaquismo 40%, el 86% de las mujeres eran postmnpausicas. Daño de órgano diana: Enf. Renal: 37%. Enf. Cardíaca; 28%. Enf. Cerebro-vascular 17%. Presión arterial al inicio del estudio: TAS: 158,3± 27; 66%. TAD: 88,45±13,3; 33%. Variables analíticas: glucosa; 119,7; ± 49,4. Creatinina; 1,21; ± 0,46. Colesterol total: 205,15; ± 36,6. Col-ldl; 128,95; ± 32,50. Col-hdl; 51,21; ± 23,25. Triglicéridos: 144,69; ± 84,35. Na; 141,09; ± 2,66. K; 4,41; ± 0,51 (Solo un paciente con K menor de 3,5 mmol/l). Na U; 110,27; ± 43,1. K U; 32,70; ± 20,70. Micralb; 96,7 ± 162,7 (50% de los pacientes >30 mg/gr); Aldosterona; 373,5 ± 234,6 (Rango: 80-1205); ARP; 17,6; ± 37,05. Tratamiento: Inh-eje RAA: 27 pacientes; 90%. ARA-II; 18; 60%. Asa; 10; 33%. Tiazidas; 11; 36,6%. Inh-ald; 4; 13,3%. B-Bloq; 8; 26,6%. Diagnóstico de imagen: La HTA renovascular fue bilateral en 9 pacientes. Factores de riesgo: El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y k normales, en su gran mayoría con K mayor de 4. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA.

DISCUSIÓN

Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por la función renal y el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

RV-03 / HTA EN ADOLESCENTES, ESTUDIO DE CAMPO: PRESIÓN ARTERIAL Y MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS. ESTUDIO ESCCOLA

M. Chaves¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Ayala Gutiérrez¹, J. Alvero Cruz², E. Álvarez Carnero³, J. Barrera Expósito³, L. Sardinha³, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ²Escuela de Medicina Deportiva. Universidad de Málaga. Málaga. ³Laboratorio de Ejercicio y Salud, Facultad de Movimiento Hum. Universidad Técnica de Lisboa. Portugal.

OBJETIVOS

La cifras elevadas de presión arterial (PA) en la infancia y adolescencia es un factor de riesgo precoz para las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y se ha asociado positivamente con varias variables morfológicas. En España no se conocen estudios en adolescentes que relacionen de manera específica la PA con variables de composición corporal. PROPÓSITO: Explorar la relación entre la PA y las medidas antropométricas (AM) en adolescentes en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS: Ciento cincuenta adolescentes sanos participaron en este estudio (edad $14,8 \pm 1,9$ años, estatura $164 \pm 9,5$ cm, peso $60,3 \pm 14,2$ kg y el IMC $22 \pm 3,8$ kg.m⁻²). AM fueron tomadas utilizando el protocolo de la International Society for Advancement in Kinanthropometry (ISAK). Se calcularon el Porcentaje de masa grasa (%FM) por antropometría utilizando la ecuación de Slaughter. IMC, índice cintura cadera (WHR), ratio Subscapular: Tríceps (STR) y la masa libre de grasa (FFM). BP se midió bajo condiciones estandarizadas. Se calculó el Coeficiente de correlación de Pearson entre las variables. La significación estadística fue establecida para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los niños tienen mayores valores promedios para el peso, talla, circunferencia de cintura, WHR, la PA sistólica (SPB) ($p < 0,001$) y la PA diastólica (PAD) ($p < 0,005$), y las niñas presentan mayor grosor en los pliegues del tríceps y medio de Muslo ($p < 0,001$) y la pantorrilla ($p < 0,005$). Se encontraron correlaciones significativas entre PAS y AM: peso ($r = 0,41$ y $r = 0,37$, $p < 0,001$), Perímetro de cintura ($r = 0,364$ $r = 0,45$, $p < 0,001$), pliegues grasos supracrestal ($r = 0,36$; $0,379$, $p < 0,001$) y abdominal ($r = 0,38$, $0,39$, $p < 0,001$), IMC ($r = 0,41$ $p < 0,001$; $0,29$ $p < 0,05$), % FM ($r = 0,34$; $0,304$ $p < 0,05$) en chicos y chicas respectivamente; por otro lado la PAD se correlaciona con el IMC ($r = 0,33$ $p < 0,05$), % FM ($r = 0,26$ $p < 0,05$) y la edad ($r = 0,28$ $p < 0,05$), aunque sólo en los varones.

DISCUSIÓN

AM estaban relacionados con la PAS en los adolescentes, nuestros datos están de acuerdo con otros estudios similares con muestras de otros países. Se encontraron diferencias entre los niños y las niñas, por ejemplo, la PAD se correlaciona con variables de composición corporal en niños sólo.

CONCLUSIONES

Estas relaciones pueden ser de interés para comprender el mecanismo fisiológico de los factores de riesgo del síndrome metabólico en niños. Este tema tiene muchas preguntas por responder, así que se necesita más investigación en este terreno.

RV-04 / ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN PARÁMETROS CLÍNICO-BIOLÓGICOS DE RIESGO VASCULAR EN LA EVALUACIÓN TRAS LA GESTACIÓN ENTRE MUJERES CON PREECLAMPSIA Y MUJERES CON OTRAS FORMAS DE HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO?

A. Vallejo Vaz, V. Alfaro Lara, L. Beltrán Romero, M. Miranda Guisado, E. Pamiés Andréu, S. García Morillo, P. Stiefel García-Junco, J. Villar Ortiz.

Unidad de Riesgo Vascular - UCAMI, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Valorar diferentes parámetros de riesgo vascular en la evaluación precoz tras la gestación en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo (THE) según hubieran presentado Preeclampsia (PC) u otras formas de hipertensión durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 553 mujeres atendidas en el Hospital Maternal con THE y revisadas 15 semanas tras el parto en consulta de Medicina Interna, de Diciembre-2003 a Diciembre-2006. Se clasificaron según hubieran presentado o no PC. Se excluyeron los casos de HTA crónica con PC superimpuesta y HTA secundaria.

RESULTADOS

PC: n = 188 (35,9%); HTA sin PC: n = 335 (64,1%). No hubo diferencias en el perfil glucídico (glucemia basal y HbA1c) ni homocisteína. Edad (años)_ PC: $31,2 \pm 5,9$; HTA sin PC: $32,6 \pm 4,7$; $p=0,012$.

DISCUSIÓN

Diferentes estudios sugieren que la HTA durante el embarazo aumenta el riesgo futuro de enfermedad cardiovascular, mediante alteraciones metabólicas, inflamatorias y vasculares a largo plazo. Cambios fisiológicos durante la gestación normal incluyen hiperlipemia y estados proinflamatorio y de hipercoagulabilidad, los cuales podrían estar acentuados en los casos de THE. Diferencias en la presentación clínica entre PC y otros THE pueden deberse a diferentes mecanismos patogénicos subyacentes, lo cual podría tener implicaciones de cara al riesgo vascular futuro.

CONCLUSIONES

Encontramos diferencias en la evaluación precoz a las 15 semanas tras el parto. Así, las mujeres con PC eran ligeramente más jóvenes y presentaron niveles inferiores de presión arterial, menor frecuencia de tabaquismo e IMC, un perfil lipídico caracterizado por niveles superiores de LDL y HDL e inferiores de triglicéridos; los valores de PCRus, como marcador de respuesta inflamatoria, fueron más elevados en mujeres con HTA sin PC.

	HTA sin Preeclampsia	Preeclampsia	P
Peso Fetal (gr)	3122,9 ± 641	2053,4 ± 798	< 0,001
Gestación múltiple	3,3 %	13,8 %	< 0,001
Fumadoras	24,1 %	14,5 %	0,003
AF (1º grado) HTA	76,5 %	57,8 %	< 0,001
TA Sistólica (mmHg)	133,6 ± 13,7	118,7 ± 10,9	< 0,001
TA Diastólica (mmHg)	87,9 ± 9,4	77,9 ± 7,0	< 0,001
IMC (kg/m ²)	30,7 ± 6,3	26,4 ± 5,0	< 0,001
Colesterol total (mg/dl)	193,3 ± 34,5	199,9 ± 36,7	0,048
LDL (mg/dl)	115,6 ± 31,6	122,4 ± 33,0	0,027
HDL (mg/dl)	58,7 ± 13,8	61,7 ± 14,8	0,019
Triglicéridos (mg/dl)	96,8 ± 54,6	79,0 ± 40,7	< 0,001
Ácido Úrico (mg/dl)	4,8 ± 1,1	4,5 ± 0,9	0,012
PCR-us (mg/l)	3,6 ± 3,1	2,6 ± 2,9	< 0,001

RV-05 / ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ESCALA SCORE

B. Sobrino Díaz¹, L. Valiente de Santis¹, S. Jansen Chaparro¹, R. Guijarro Merino¹, A. Baca Osorio², J. Mancera Romero², M. Ayala Gutiérrez¹, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Determinar el riesgo cardiovascular estimado mediante la escala SCORE en sujetos con síndrome metabólico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con síndrome metabólico según los criterios de la IDF, detectados en un grupo de 2278 sujetos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Se excluyeron del análisis a aquellos que hubiesen presentado cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica. En pacientes con diabetes mellitus, el riesgo estimado se multiplicó por 2 (en varones) o por 4 (en mujeres). Se consideraron tres categorías de riesgo (bajo: SCORE < 3%, intermedio: SCORE 3-4% y alto: SCORE ≥ 5%). El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 546 sujetos (45,2% mujeres y 54,8% varones). El 27% era fumador, el 58% hipertenso y el 14% diabético conocido. El 43% presentaba sobrepeso y el 50% obesidad. Según la escala SCORE, el 71,2% tenían riesgo cardiovascular bajo, 12,1% intermedio y 16,5% alto.

CONCLUSIONES

Según la escala SCORE, casi un 17% de los pacientes con síndrome metabólico de nuestra población tiene un riesgo cardiovascular elevado. Estos pacientes precisan un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular para evitar la aparición de eventos cardiovasculares.

RV-06 / PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

P. Gallardo Jiménez¹, D. López Carmona¹, S. Jansen Chaparro¹, I. Portales Fernández¹, R. Guijarro Merino¹, A. Baca Osorio², J. Mancera Romero², R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Atención Primaria. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia de síndrome metabólico en la población urbana de nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal sobre una muestra de 2167 sujetos mayores de 18 años y de ambos sexos obtenida aleatoriamente de la población adscrita a un Centro de Salud del Distrito Málaga. A todos los sujetos se les determinó el peso, la talla, el perímetro de la cintura y la presión arterial y se les realizó un análisis de sangre tras 12 horas de ayuno para obtener las concentraciones de glucosa y lípidos plasmáticos. Para determinar la existencia de síndrome metabólico se emplearon los criterios del ATP-III y de la IDF.

RESULTADOS

La edad media de la población estudiada fue de 43.6 años, y el 50,3% de la misma eran mujeres. Se encontró sobrepeso u obesidad en el 61,5% de la muestra (sobrepeso 38,4% y obesidad 23,1%). El 16% de la muestra era hipertensa (19% de varones y 13% de mujeres) y el 5,1% eran diabéticos (hombres 5% y mujeres 5,3%). Se detectó hipertrigliceridemia en un 18,6% (24,5% de los varones y 12,8% de las mujeres) y HDL-colesterol bajo en el 25,3% (24% hombres y 26,6% mujeres). La prevalencia de síndrome metabólico fue del 27,2% (617 sujetos) según los criterios de la IDF y del 23,1% (474 individuos) según los del ATP-III. El grado de concordancia entre ambos criterios fue alto (κ 0.775).

DISCUSIÓN

Se analiza la prevalencia de síndrome metabólico en la población de nuestro medio con resultados similares al resto de poblaciones españolas.

CONCLUSIONES

Aproximadamente la cuarta parte de la población de nuestro medio presenta síndrome metabólico. Estos pacientes precisan un control estrecho de sus factores de riesgo cardiovascular para prevenir la aparición de eventos cardiovasculares.

RV-07 / PERÍMETRO DE CINTURA Y TRIGLICERIDEMIA BASAL EN POBLACIÓN DEMANDANTE DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

C. Peñas Espinar, J. Reveriego Blanes, A. Prados Gallardo, M. Rey Rodríguez, P. Retamar Gentil, J. Sojo Dorado, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Investigar la relación entre diferentes niveles de perímetro de cintura y trigliceridemia basal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomaron datos de pacientes (hombres y mujeres) no diabéticos sin tratamiento hipolipemiente que acudieron a la consulta de Medicina Interna durante 2 meses consecutivos. Variables en estudio: edad (año), perímetro de cintura (cm), trigliceridemia basal (mg/dl), hipertrigliceridemia: valores iguales o mayores de 150 mg/dl. Estadística: coeficiente de correlación de Pearson, regresión lineal.

RESULTADOS

Se estudiaron 24 pacientes: (12 hombres y 12 mujeres) con las siguientes medias: Edad = 54.0 +- 18.8, Perímetro de cintura = 93.4 +- 14.8, Trigliceridemia basal = 107 +- 73.8. Hipertrigliceridemia: 7 pacientes (29%). En la totalidad de la muestra se detectó una asociación directa y significativa ($p < 0.02$) entre el perímetro de cintura y los valores de trigliceridemia basal, con independencia de la edad y el sexo.

DISCUSIÓN

El trabajo demuestra una asociación directa entre los valores crecientes de perímetro abdominal y las cifras de trigliceridemia basal.

CONCLUSIONES

El aumento del perímetro de cintura se asocia a incrementos paralelos de la trigliceridemia basal, aumentando progresivamente el riesgo cardiovascular.

RV-08 / RELACIÓN ENTRE EL PERÍMETRO DE CINTURA Y EL ÍNDICE COLESTEROL TOTAL / HDL-COL EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

C. Peñas Espinar, B. Gutiérrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos, I. Marín Montín, A. Prados Gallardo, M. Rico Lucena, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Investigar la relación entre diferentes valores del perímetro de cintura y del índice colesterol total / HDL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomaron datos de pacientes sin tratamiento hipolipemiente que acudieron a la consulta de Medicina Interna durante 2 meses consecutivos. Variables en estudio: edad (año), perímetro de cintura (cm), índice colesterol total / HDL-Col, perfil lipídico aterógeno: para valores de CT/HDL igual o mayor de 5. Estadística: coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se estudiaron 31 pacientes (17 hombres y 14 mujeres) con las siguientes medias: Edad = 56.5 +- 15.3, Perímetro de cintura = 95.8 +- 15.7, índice colesterol total / HDL = 4.01 +- 1.2. 7 pacientes presentaron un perfil lipídico aterógeno (23 %) En la totalidad de la muestra se detectó una asociación directa y significativa ($r = 0.43$, $p < 0.02$) entre el perímetro de cintura y los valores del índice colesterol total / HDL-Col.

DISCUSIÓN

El trabajo demuestra una asociación directa entre los valores crecientes de perímetro abdominal y las cifras del índice colesterol total /HDL.

CONCLUSIONES

Los valores crecientes del perímetro de cintura se asocian a incrementos paralelos del índice colesterol total / HDL, aumentando el riesgo aterógeno. Este trabajo demuestra la asociación entre obesidad abdominal y un perfil lipídico aterógeno.

RV-09 / PREVALENCIA DE HIPERALFALIPOPROTEINEMIA EN PACIENTES DE CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

M. Rey Rodríguez, C. Peñas Espinar, F. Olmo Montes, B. Gutiérrez Gutiérrez A. Prados Gallardo, J. Sojo Dorado, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

El aumento de la lipoproteína de alta densidad (HDL) se asocia a un riesgo disminuido de la enfermedad cardiaca coronaria. Nuestro objetivo ha sido valorar la prevalencia de hiperalfalipoproteinemia entre los pacientes que son estudiados en nuestras consultas por otros motivos y analizar factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Población de 1268 pacientes valorados en consulta de medicina interna. Criterio de hiperalfalipoproteinemia: HDL igual o mayor a 60 mg/dl en hombres y 70 en mujeres, con LDL < 150 mg/dl y TG < 200 mg/dl. Variables en estudio: edad, sexo, prevalencia de obesidad, consumo habitual de alcohol, trastornos tiroideos.

RESULTADOS

La prevalencia de hiperalfalipoproteinemia fue 4.2 % (53 pacientes), con ligero predominio en el sexo femenino (5 % vs 3.4%). La edad media fue de 63.5 +- 16.3 años. Resto de resultados (ver tabla)

DISCUSIÓN

Destaca una prevalencia alta de obesidad, mayor de la que cabría esperar en esta alteración lipídica.

CONCLUSIONES

Los pacientes a los que se diagnostica de hiperalfalipoproteinemia a nivel de la población demandante son más obesos y de mayor edad que aquellos sobre población no demandante. Nuestro estudio ha sido realizado con "pacientes" cuyo motivo de estudio no era una dislipemia, por lo que los resultados difieren con estudios epidemiológicos previos.

FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERALFALIPOPROTEINEMIA

VARIABLES	
Obesidad	43%
Consumo habitual de alcohol	63%
Patología tiroidea	13%
Perímetro de cintura (hombres)	93.1 ± 18.1
Perímetro de cintura (mujeres)	90.4 ± 19.9

RV-10 / PREVALENCIA DE HIPOALFALIPOPROTEINEMIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

C. Peñas Espinar, M. Soriano Pérez, M. Rey Rodríguez, F. Olmo Montes, M. Rico Lucena, V. Morales Cabellero de León, F. Guerrero Igea, M. Aguayo Canela.

Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Los niveles reducidos de HDL contribuyen a incrementar el riesgo cardiovascular. El objetivo de trabajo fue conocer la prevalencia de la hipoalfalipoproteinemia a nivel de una consulta de medicina interna y los factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio sobre una población demandante de 1268 pacientes (596 mujeres y 672 hombres), recogiendo datos sobre valores de HDL, edad, sexo, hábito tabáquico y patología asociada (obesidad, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica). Se definió hipoalfalipoproteinemia para valores de HDL igual o inferiores a 40 mg/dl en mujeres y a 35 mg/dl en los hombres. Estadística: descriptiva; comparación de medias y variables cualitativas.

RESULTADOS

Se detectaron 78 hombres y 37 mujeres con hipoalfalipoproteinemia. (11.6% y 6.2%, respectivamente). Véase tabla.

DISCUSIÓN

Existe un aumento del consumo de cigarrillos en los pacientes varones con hipoalfalipoproteinemia.

CONCLUSIONES

Los pacientes varones de la consulta presentan un incremento de prevalencia de hipoalfalipoproteinemia, asociado a un aumento de consumo de cigarrillos y de prevalencia de Cardiopatía isquémica.

COMPARACIÓN DE DIFERENTES VARIABLES EN AMBOS GRUPOS

VARIABLES	Hombres	Mujeres	P
Edad	60 ± 19.2	62 ± 19.2	NS
HDL	31.1 ± 2.8	35.4 ± 4.4	<0.01
Obesidad	60.3%	63%	NS
Diabetes Mellitus	43.6%	48.6%	NS
Cardiopatía isquémica	25.6%	18.9%	NS
Consumo de cigarrillos	45.3%	25%	<0.04

RV-11 / CARACTERÍSTICAS Y GRADO DE CONTROL METABÓLICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)

M. Ayala Gutiérrez¹, C. García Fernández¹, F. Miralles², L. Hidalgo³, A. Michán Doña⁴, S. Jansen Chaparro¹, J. Rosal Obrador⁴, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ²Servicio de Medicina Interna. Clínica Parque San Antonio. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

OBJETIVOS

La DM es una enfermedad de gran prevalencia y con una incidencia creciente que hace necesario un mayor conocimiento de la misma. Los registros informáticos multicéntricos como el DIAMI (Registro de Diabetes en Medicina Interna) son un buen instrumento para ello.

MATERIAL Y MÉTODOS

DIAMI es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por Medicina Interna tanto en régimen ambulatorio como hospitalizados. Presentamos los casos de pacientes ambulatorios recogidos durante enero y febrero de 2008.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 pacientes (114 varones, 95 mujeres), con una edad media de 73.8 años. El 92.3% son DM 2. La evolución media de DM es de 10.6 años. Un 48% de los pacientes tenían estudios primarios o inferiores. El 87.4% tomaba antidiabéticos orales, (metformina en el 83.43%) y el 32.8%, insulina. Destaca el uso de insulina basal (60.3%) siendo la más utilizada la insulina glargina (75.61%). El 72.5% estaban antiagregados, el 80.7% tomaban hipolipemiantes (estatinas en el 73.4%) y el 85.5%, antihipertensivos (bloqueantes del SRA en el 81%). Sólo el 26.1% de la población estudiada recibió la vacunación antigripal en el último año y el 1.9%, antineumocócica. Destaca la proporción de pacientes con insuficiencia renal severa tratados con metformina (6.3%), sulfonilureas (0.5%) y diuréticos tiazídicos o ahorradores de potasio (3.9%). Un 23.2% tenían proteinuria, 15% neuropatía y 12.6% retinopatía. Un 27.5% presentaban insuficiencia renal: moderada, 16.4% y severa, 11.1%. La complicaciones macrovasculares más frecuente fue la cardiopatía isquémica (16.9%). El 18.4% había estado hospitalizados en el último año: 39.5% por enfermedades cardiovasculares y 26% por descompensación metabólica. La glucemia media fue de 147.3 mg/d. Un 80.2% tenían glucemias en ayunas > 110 mg/dl y el 51.7%, HbA1c > 7%. Un 12.1% habían registrado hipoglucemia en el último mes, el 80% asociado a insulino terapia.

DISCUSIÓN

Las consultas de Medicina Interna atienden diabéticos de edad avanzada, fundamentalmente diabéticos tipo 2 de larga evolución y bajo nivel cultural. El uso de metformina, siguiendo las actuales recomendaciones, es generalizado (83%).

CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes diabéticos atendidos en consultas de Medicina Interna son tipo 2 de larga evolución con una edad media elevada y un nivel cultural bajo. 2. Las pautas de tratamiento predominantes se basan en el empleo de metformina y en análogos de insulina basal. 3. > 80% reciben medicación antiagregante/anticoagulante, hipolipemiente y antihipertensiva. 4. La tasa de vacunación antigripal y antineumocócica es muy baja. 5. La población estudiada tiene una elevada comorbilidad micro y macrovascular. Casi el 20% ingresaron en el último año, sobre todo por patología cardiovascular. 6. Más de la cuarta parte de la población presenta una disfunción renal moderada o severa. Más del 10% de estos pacientes recibían fármacos contraindicados en insuficiencia renal. La determinación sistemática del aclaramiento de creatinina debería ser una prioridad en estos pacientes. 7. <50% presenta un buen control metabólico de su diabetes. El 12% presentó alguna hipoglucemia reciente. 8. Es necesario implementar protocolos específicos de actuación, acordes con las características de nuestra población diabética, para mejorar el control global del riesgo cardiometabólico en la misma.

RV-12 / PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)

M. Ayala Gutiérrez¹, C. García Fernández¹, J. Sampedro², S. Jansen Chaparro¹, D. Peña Jiménez¹, R. Molero Cabrilla³, J. Rosal Obrador⁴, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares (Jaén) ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba (Córdoba). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

OBJETIVOS

La DM tipo 2 se caracteriza por la agrupación de otros factores de riesgo encuadrados dentro del concepto de Síndrome Metabólico. El tratamiento de estos pacientes requiere un abordaje integral de dichos factores de riesgo relacionados con la resistencia a la insulina y/o a la adiposidad abdominal. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de Síndrome Metabólico en una población diabética atendida en consultas de Medicina Interna en Andalucía. Para ello, hemos utilizado los datos del registro informático DIAMI

MATERIAL Y MÉTODOS

DIAMI es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por los servicios de Medicina Interna tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. Presentamos los datos de pacientes ambulatorios recogidos durante enero y febrero de 2008.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 pacientes (114 varones y 95 mujeres), con una edad media de 73.8 años. El 92.3% tenían diabetes tipo 2. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue 10.6 años. Respecto al nivel educativo, un 48.08% de los pacientes tenían estudios primarios o inferiores, un 21.05% estudios secundarios o de formación profesional y un 16.27% estudios superiores. El 23.7% de los pacientes eran fumadores y un 28% exfumadores. Sólo el 42.5% de la población mantenía un nivel de actividad física cardiosaludable (caminar al menos 150 minutos semanales). El 51.2% de la población tenía obesidad (IMC > o = 30 kg/m²), el 39.1% tenía sobrepeso (IMC = 25-30) y un 10% normopeso (IMC < 25). El perímetro de cintura medio fue 105.8 cm en los hombres y 100.9 cm en las mujeres. Según criterios de la ATP-III, la prevalencia de obesidad abdominal fue del 31.8% en hombres y del 39.1% en mujeres. Siguiendo los criterios de la IDF, la prevalencia de obesidad abdominal fue de 48.3% en hombres y de 42% en mujeres. El 60.9% de la población tenía mal control tensional (PAD > 130 mmHg y/o PAD > 80 mmHg). El HDL medio en hombres fue 44.3 mg/dl, y un 23.7% tenían niveles < 40 mg/dl. En mujeres el HDL medio fue 53.1 mg/dl, y 17.9% tenían niveles < 50 mg/dl. El 32% presentaba niveles de triglicéridos > o = 150 mg/dl, siendo los niveles medios de 147.4 mg/dl. La prevalencia de Síndrome Metabólico según los criterios del NCEP-ATP-III fue del 69.57%, y según los criterios de la IDF del 87.7%

DISCUSIÓN

La población diabética tiene una elevadísima tasa de obesidad o sobrepeso (superior al 90%), tal como se viene insistiendo en la literatura. Casi el 60% de la población estudiada es sedentaria y una cuarta parte es fumadora. El nivel educativo de la población estudiada es bajo, lo que puede estar relacionado con estos malos hábitos de vida. La mayoría de los diabéticos tienen Síndrome Metabólico. La prevalencia de Síndrome Metabólico fue mayor con los criterios de la IDF (cercana al 90%) que con los criterios del NCEP-ATP-III (70%).

CONCLUSIONES

1. La población diabética estudiada tiene una elevada prevalencia de obesidad, de obesidad abdominal y de Síndrome Metabólico. 2. Hemos registrado una elevada tasa de sedentarismo y de tabaquismo. 3. Estos resultados nos alertan sobre la necesidad de intensificar las medidas dirigidas a la modificación del estilo de vida para conseguir un mejor control de los factores de riesgo en la población diabética.

RV-13 / CONTROL GLOBAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA. PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO INFORMÁTICO DE DIABETES EN MEDICINA INTERNA (DIAMI)

M. Ayala Gutiérrez¹, C. García Fernández¹, F. Miralles², L. Hidalgo³, J. Rosal Obrador⁴, R. Molero Cabrilla⁵, D. Peña Jiménez¹, R. Gómez Huelgas¹.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Málaga. ²Servicio de Medicina Interna. Clínica Parque San Antonio. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga). ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

El control intensivo y multifactorial de los factores de riesgo ha demostrado ser una estrategia básica para reducir la morb-mortalidad en la población diabética. Los registros informáticos multicéntricos como el DIAMI (Registro de Diabetes en Medicina Interna) son un buen instrumento para mejorar el conocimiento en el campo de la diabetes y pueden contribuir a mejorar nuestra práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

DIAMI es un registro informático multicéntrico de pacientes con DM atendidos por los servicios de Medicina Interna tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. Presentamos los datos de pacientes ambulatorias recogidos durante enero y febrero de 2008.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 pacientes (114 varones y 95 mujeres), con una edad media de 73.8 años, el 92.3% son diabéticos tipo 2, con un tiempo medio de evolución de 10.6 años. El 23.7% eran fumadores y el 57.5%, sedentarios. El 51.2% de los pacientes eran obesos (IMC > 30 kg/m²) y el 39.1% tenían sobrepeso (25 > IMC < 30). El 85.5% de los pacientes eran hipertensos; el 60.9% de la población tenía PAD > 130 mmHg y/o PAD > 80 mmHg. El 80.7% tenían dislipemia. La media de colesterol total fue 183.5 mg/dl. El 57.5% tenía un LDL > 100 mg/dl. El 23.7% de los hombres y el 17.9% de las mujeres tenían niveles de HDL < 40 mg/dl y < 50 mg/dl, respectivamente. El 32% presentaba niveles de triglicéridos > o = 150 mg/dl. El 51.7% tenían una HbA1c > o = 7%. El 87.4% de los pacientes tomaban antidiabéticos orales: 83.4%, metformina. La mayoría estaban antiagregados (72.5%), un 2.9% con doble antiagregación, y el 9.2% recibían anticoagulación. El 80.7% tomaban hipolipemiantes (estatinas en el 73.4%). El 85.5% reciben tratamiento antihipertensivo (el 81% ARA II o IECA). Un 15% presentaba neuropatía y un 12.6% retinopatía. El 42.5% presentaba datos de disfunción renal (Cockcroft < 60 ml/min, proteinuria o creatinina > 1.4 en mujeres o > 1.5 en hombres). Las complicaciones macrovasculares más frecuentes fueron cardiopatía isquémica (16.9%) y ACV (11.6%).

DISCUSIÓN

La población diabética atendida en consultas de Medicina Interna tiene una edad avanzada y una DM tipo 2 de larga evolución. La prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular en esta población es muy elevada, generalmente con un mal control de los mismos.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes diabéticos atendidos en consultas de Medicina Interna son diabéticos tipo 2 de larga evolución con una edad media elevada e importante comorbilidad vascular. 2. La obesidad y sobrepeso son casi generalizados. 3. Encontramos unas elevadas tasas de tabaquismo y de sedentarismo. 4. Más del 80% reciben medicación adecuada (metformina, antiagregantes/anticoagulantes, estatinas, ARA-II o IECA). 5. A pesar del amplio uso de estatinas, casi el 60% de los pacientes no alcanzan un LDL < 100 mg/dl, lo que sugiere que existe una infradosificación de la terapia hipolipemiente. 6. El control de la presión arterial, especialmente de la PAS, es inadecuado en casi el 60% de la muestra. 7. El control glucémico es inadecuado en más del 50% de los pacientes. 8. Menos del 1% tiene un control integral de los factores de riesgo. 9. Para mejorar estos resultados, es necesario implementar nuevos modelos asistenciales que permitan modificar el estilo de vida de los pacientes e intensificar las medidas farmacológicas.

RV-14 / PERÍMETRO DE CINTURA Y NIVELES DE INSULINEMIA BASAL EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS NORMOGLUCÉMICAS

C. Peñas Espinar¹, B. Escolano Fernández², M. Rico Lucena¹, B. Gutiérrez Gutiérrez¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹, A. Montilla Burgos¹, F. Guerrero Igea¹, M. Aguayo Canela¹.

¹Servicio de Medicina Interna A. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

OBJETIVOS

Investigar la relación entre diferentes valores de perímetro de cintura e insulinemia basal en mujeres premenopáusicas normoglucémicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomaron datos de mujeres premenopáusicas normoglucémicas que acudieron a la consulta de Medicina Interna durante el 2007. Variables en estudio: edad (año), perímetro de cintura (cm), insulinemia basal (uU/ml)(como indicador inverso del grado de sensibilidad a la insulina en normoglucemicas). Estadística: coeficiente de correlación de Pearson, regresión lineal.

RESULTADOS

Se estudiaron 19 mujeres premenopausicas con las siguientes medias: Edad = 29.1 +- 8.6, Perímetro de cintura = 76.1 +- 12.3, Insulinemia basal = 6.6 +- 2.7. Se detectó una asociación directa y significativa entre el perímetro de cintura y los valores de insulinemia basal.

DISCUSIÓN

El trabajo demuestra una asociación directa entre los valores crecientes de perímetro abdominal y los niveles de insulinemia basal.

CONCLUSIONES

Los valores crecientes del perímetro de cintura, que traducen un aumento del depósito de grasa abdominal, se asocian a una disminución del grado de sensibilidad a la insulina, aumentando progresivamente el riesgo cardiovascular.

RV-15 / VALORACIÓN DE LA MEJORÍA METABÓLICA TRAS INTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTO INSULÍNICO: EFECTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

B. Gutiérrez Gutiérrez¹, J. García-Quirós², C. Morales Portillo², A. Valiente Méndez¹, M. Rico Lucena¹, A. Montilla Burgos¹, M. Aguayo Canela¹, Á. Sendón Pérez².

¹Servicio de Medicina Interna "A"; ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Comprobar los resultados de la intensificación de tratamiento insulínico en el control de la Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2 (DM1 y DM2) a través de un dispositivo asistencial de atención ambulatoria, el Hospital de Día de Diabetes (HDD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 100 pacientes diabéticos (30% DM1 y 70% DM2) derivados al Hospital de Día de Diabetes (HDD) durante el año 2007 por descompensación glucémica. Se excluyeron los casos de DM de debut. Un 45% eran mujeres y 55% varones. La "intensificación de tratamiento" consistió en modificar las pautas insulínicas (de Mezclas a Bolus-Basal en DM1; de Basal a Mezclas, de 2 a 3 Mezclas y de Mezclas a Bolus-Basal en DM2), además de un refuerzo educativo. Se analizaron determinaciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c), peso, dosis de insulina, glucemia media y variabilidad glucémica en la primera visita (mes 0) y a los tres meses (mes 3). En el periodo de estudio se realizaron una media de 3,06 visitas por pacientes.

RESULTADOS

En DM1 la media de HbA1c descendió de 10,2 (DE 2,3) a 8,3 (DE 1,6), mientras que en los pacientes con DM2 el descenso fue de 9,9 (DE 1,9) a 7,9 (DE 1,3). Se muestran resultados en tablas adjuntas, siendo los valores expresados las medias en cada grupo y, entre paréntesis, las desviaciones estándar. En el grupo de pacientes con DM1 el descenso medio de HbA1c fue de 10,2 (DE 2,3) a 8,3 (DE 1,6); el de glucemia media de 213 a 167 mg/dL; y el de variabilidad glucémica de 86,3 a 80,3. En el de DM2 el descenso medio de HbA1c fue de 9,9 (DE 1,9) a 7,9 (DE 1,3); el de glucemia media de 243,6 a 174,1 mg/dL; y el de variabilidad glucémica de 72,9 a 59,6. En ningún grupo hubo cambio significativo del promedio de peso de los pacientes.

CONCLUSIONES

El Hospital de Día de Diabetes (HDD) ha mostrado ser un dispositivo asistencial útil para mejorar el control metabólico de los pacientes, consiguiendo descensos significativos en la HbA1c, glucemia media y variabilidad glucémica tanto en DM1 como en DM2. La reducción de los niveles de HbA1c en este estudio fue mayor cuanto más altos fueron los valores de inicio. El HDD es el medio idóneo para el manejo de los pacientes con peor control metabólico, permitiendo de manera segura y eficaz la optimización del tratamiento insulínico sin necesidad de ingreso hospitalario.

Resultados globales (DM1 + DM2) por estratos de HbA1c de partida.

Todos los pacientes (N=100)	HbA1c mes 0	HbA1c mes 3
HbA1c < 8%	7,67 (0,2)	7,42 (0,7)
HbA1c 8-10%	9,04 (0,5)	7,36 (0,8)
HbA1c >10%	12,09 (1,7)%	9,19 (1,4)

Resultados sobre la HbA1c en DM2 según las pautas insulínicas empleadas.

Pacientes con DM2	HbA1c mes 0	HbA1c mes 3
De (Basal + ADOs) a Mezclas	10,3 (2,8)	7,9 (0,5)
Pasar de 2 a 3 Mezclas	10,0 (2,2)	7,9 (0,8)
De Mezclas a Bolus-Basal	9,4 (1,2)	8,1 (1,9)

RV-16 / INICIO DE LA INSULINIZACIÓN: EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

B. Gutiérrez Gutiérrez¹, C. Morales Portillo², J. García Quirós², A. Valiente Méndez¹, A. Montilla Burgos¹, M. Rico Lucena¹, M. Aguayo Canela¹, A. Sendón Pérez².

¹Servicio de Medicina Interna "A", ²Servicio de Endocrinología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar la eficacia y seguridad de la insulinización de pacientes diabéticos en un dispositivo asistencial de tipo ambulatorio, el Hospital de Día de Diabetes (HDD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 2007 se han incluido en un programa estructurado de insulinización a 165 pacientes con Diabetes Mellitus (67,3% mujeres), con una edad media de 45,4 años (DE 18,9), y un tiempo medio de evolución conocida -en los pacientes con DM2- de 9,8 años (DE 7,7). En el grupo analizado había pacientes en debut de DM1 y DM2, diabéticos tipo 2 que habían fracasado a la terapia con ADO, casos de Diabetes Gestacional (DG) y algunos pacientes con diabetes secundaria (DS). La intervención evaluada consistió en una valoración inicial clínica y analítica, conjunta entre médico y enfermera, en el ámbito de un hospital de día monográfico para diabetes, instaurándose una pauta insulínica que se optimizaba en las siguientes revisiones. Además se impartía a cada paciente una educación diabetológica en la primera visita, donde se explicaban técnicas de inyección, modificación de dosis, autocontroles, reconocimiento y tratamiento de hipoglucemias, etc.. Se evaluaron los resultados en razón de los valores medios de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al comienzo y a los 3 meses, la glucemia media y los episodios semanales de hipoglucemia.

RESULTADOS

El grupo evaluado estaba distribuido en DM2 (49,7%), DM1 (31,4%), DG (13,4%) y DS (5,5%). Por procedencia, los pacientes acudían derivados desde Ginecología (32,7%), Urgencias (31,4%), consultas de Endocrinología del área (14,5%), Centro de Salud (9,7%), hospitalización (9,1%), otras consultas especializadas (1,8%), o por iniciativa propia (0,6%). Las pautas instauradas fueron: Basal + ADO (13,95), 2 inyecciones de I. Mixta (9,1%), 3 inyecciones de I. Mixta (13,9%), Bolus Basal (24,2%), I. NPH + Análogos (38,2%), e I. Inhalada (0,6%). Los principales resultados se muestran en la tabla adjunta.

CONCLUSIONES

El HDD es un instrumento asistencial eficaz para la insulinización de los pacientes diabéticos, al proporcionar un dispositivo funcional, cercano al paciente, con posibilidades para la educación diabetológica individualizada y con flexibilidad en las citas de revisiones a fin de conseguir una óptima titulación de dosis. Así mismo se muestra seguro, pues las hipoglucemias observadas no fueron significativamente diferentes a las comunicadas en grandes series, y el incremento de peso fue similar al descrito en la literatura. Creemos que el trabajo conjunto entre el endocrinólogo y la enfermería, especialmente entrenada como educadora, es fundamental para conseguir los objetivos terapéuticos.

Principales resultados por grupos (entre paréntesis DE= desviación estándar).

N= 165	Edad media	HbA1c previa	HbA1c mes 3º	Hipogluc./ semana	Cambio de peso	Nº visitas
Debut DM1 n= 33	29,9	11,1 (2,4)	6,9 (1,6)	1,07	+ 3,54	4,3
Debut DM2 n= 17	59,9	12,2 (1,6)	6,6 (1,2)	0	+ 2,73	2,8
DM2 no controlada n= 43	66,2	10,5 (1,5)	7,5 (1,5)	0,2	+ 1,5	2,8
Diabetes y embarazo n= 63	33,0	5,5 (0,7)	5,2 (0,5)	0	NE	3,4
DM secundaria n= 9	63,6	8,7 (1,7)	7,6 (2,2)	1	0	3,7

RV-17 / ATENCIÓN INTEGRAL A LA DIABETES EN MEDICINA INTERNA: EXPERIENCIA EDUCATIVA EN ENFERMERÍA

E. Rosa Camacho¹, L. Hidalgo Rojas¹, M. Aranda Gallardo¹, J. Canca Sánchez², J. Sepúlveda Sánchez¹, J. García Alegria¹, F. Ruiz Pajares¹, G. López Rojas¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Dirección de Enfermería. Hospital Costa del Sol 1. Marbella (Málaga).

OBJETIVOS

Presentar la experiencia educativa de Enfermería en hospitalización y consultas externas de una Unidad de Medicina Interna en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro centro desde 2006 funciona una consulta de Enfermería de Educación Diabetológica, dependiente del servicio de Medicina Interna, que tiene los siguientes objetivos: 1. Dar cuidados específicos tras la hospitalización a los pacientes que debutan con diabetes. 2. Identificar las necesidades educativas del diabético. 3. Facilitar al paciente y/o familiar los conocimientos y habilidades que le permitan ser parte activa en su problema de salud. 4. Garantizar un programa educativo estructurado y continuado dentro del ámbito hospitalario.

RESULTADOS

Con el plan de cuidados se han detectado como diagnósticos enfermeros más prevalentes: Conocimientos deficientes (00126), Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) y Deterioro de la adaptación (00070), desarrollándose intervenciones NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y criterios de resultados NOC (Clasificación de Resultados en Enfermería) para cada uno de ellos. En el cronograma educativo se planificó, de forma sistemática, la educación durante 4-5 días en el ingreso (por debut o descompensación). Posteriormente se facilita la continuidad del programa educativo en la consulta, trabajando de forma individual los diagnósticos descritos anteriormente. En el año 2007 se hicieron un total de 322 visitas.

DISCUSIÓN

La atención integral a la diabetes en Medicina Interna de enfermeras y médicos ha permitido coordinar y estandarizar las actividades de tratamiento y educación a los diabéticos de nuestro hospital desde su diagnóstico inicial en hospitalización. La evaluación del plan de cuidados guía de diabetes ha permitido identificar las intervenciones más necesarias para satisfacer las necesidades educativas.

CONCLUSIONES

Con la experiencia hemos desarrollado una herramienta (registro informatizado de enfermería en una base de datos) específico de diabetes que permite la simplificación de la información, la estandarización de los cuidados y el análisis de calidad de resultados. La incorporación de nuestro plan educativo de autocuidados en diabetes se ajusta a los criterios de calidad de la American Diabetes Association (ADA), del Plan Integral de Diabetes y de Joint Commission on Accreditation of Healthcare por lo que necesita ser enfatizado.

RV-18 / CONTRAINDICACIONES AL TRATAMIENTO CON METFORMINA ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

A. Pardo Cabello, D. Sánchez Rico, C. López Robles, F. Anguita Santos, S. Moya Roldán, P. Giner Escobar, M. Moreno Higuera, J. Aguilar Martínez.

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

OBJETIVOS

Determinar el tratamiento farmacológico antidiabético que reciben los diabéticos tipo 2 a su ingreso en una Sala de M.Interna y al alta. Valorar la presencia y naturaleza de las contraindicaciones al tratamiento con metformina entre dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las historias clínicas de 119 pacientes con diagnóstico de DM-2 ingresados en una Sala de Medicina Interna durante el año 2007 recogiendo el tratamiento diabetológico que recibían al ingreso (metformina, glitazonas, sulfonilureas, insulina). Se registraron las contraindicaciones formales al tratamiento con metformina en los 3 meses previos al ingreso (alergia o intolerancia a metformina; episodios de coma diabético/situación hiperosmolar; insuficiencia renal definida como creatinina >1.5mg/dl en dos determinaciones diferentes; hepatopatía crónica definida como GGT >100U/l; insuficiencia cardíaca que precise tratamiento con furosemida; infarto agudo de miocardio; situación de insuficiencia respiratoria con hipoxemia grave y enolismo). Asimismo, se recogieron los tratamientos prescritos al alta de Medicina Interna y las contraindicaciones a la utilización de metformina cuando ésta fue recetada.

RESULTADOS

Del total de la muestra (n=119), el 54.5% eran mujeres y el 45.5% varones con una edad media de 77.6±10 años. En relación a los tratamientos al ingreso, el 43.7% recibían tratamiento con metformina (de éstos, el 30% asociaban además glargina/detemir), el 9.2% con glitazonas, el 17.6% con sulfonilureas, el 58% con insulina. El 48% de los pacientes de la muestra presentaba al ingreso alguna contraindicación formal al tratamiento con metformina. De los 52 pacientes que recibían metformina al ingreso, el 52% presentaba alguna contraindicación formal: intolerancia a metformina el 3.8%; insuficiencia renal el 17.3%; hepatopatía crónica el 7.7%; insuficiencia cardíaca el 40.4%; insuficiencia respiratoria el 26.9% y enolismo 9.6%. No se encontraron pacientes que hubieran presentado coma diabético o infarto de miocardio en los tres meses previos al ingreso. De los 52 pacientes ingresados con metformina al ingreso fallecieron el 21% y fueron dados de alta con metformina el 53.8%, con glitazonas el 5.8%, con sulfonilurea el 7.7% e insulina el 50%. Presentaban alguna contraindicación formal para la metformina al alta el 57.7%: el 13.5% insuficiencia renal; hepatopatía el 3.8%; insuficiencia cardíaca el 40.4%; infarto de miocardio el 3.8%; insuficiencia respiratoria el 38.5% y enolismo el 5.8%.

DISCUSIÓN

Son muchos los autores que sugieren que el riesgo de acidosis láctica en pacientes tratados con metformina es mucho menor que el estimado antes de la generalización de su uso como tratamiento de la DM-2. Diversos trabajos muestran que a menudo existe poca adherencia a las contraindicaciones publicadas (entre el 42 y 60%). Al igual que en éstos, nosotros encontramos un alto porcentaje de pacientes en tratamiento con metformina y contraindicaciones formales para su uso. Como en otras series, un elevado número presentaba insuficiencia cardíaca, contraindicación por otra parte, para la que existe escasa evidencia concluyente. La insuficiencia renal fue la 2ª contraindicación más frecuente. Destaca el alto porcentaje de pacientes que es dado de alta a pesar de estar contraindicado el tratamiento, lo que comprueba la escasa adherencia de los médicos a las contraindicaciones reconocidas. Sería conveniente realizar trabajos encaminados a demostrar el riesgo real de acidosis láctica con las contraindicaciones actuales con objeto de delimitar de forma más fiable las contraindicaciones reales.

CONCLUSIONES

Existe un elevado porcentaje de pacientes tratados con metformina a pesar de tener contraindicaciones formales para su uso. La insuficiencia cardíaca seguida de la insuficiencia renal fueron las más frecuentes.

RV-19 / DIAGNÓSTICO PRECOZ DE OBESIDAD EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

B. Escolano Fernández, M. González Benítez, A. Pérez Rivera, M. Godoy Guerrero, A. Muñoz Morente, M. Barón Ramos, M. Grana Costa, A. Ruiz Cantero.

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

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de obesidad en los pacientes que consultan por cualquier motivo en una consulta de medicina interna de un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió a todos los pacientes atendidos por primera vez en una consulta semanal de medicina interna de un hospital comarcal desde marzo de 2007 a marzo de 2008, independientemente del motivo de consulta, realizando de forma sistemática la medida del peso, la talla y el perímetro de cintura. Se realizó un estudio descriptivo, resumiéndose las variables cuantitativas en medias \pm DE y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Se utilizaron los criterios de obesidad central según la ATP-III y de obesidad según los de la OMS.

RESULTADOS

Fueron estudiados 145 pacientes (61 hombres, 84 mujeres) con una edad media de 54 ± 19 años. El IMC fue de 27,43 (24,06, 31,02). El perímetro abdominal medio fue 98.08 ± 13.84 cms en hombres y 92.23 ± 16.88 cms en mujeres. Encontramos obesidad central en 69 pacientes (50%). La distribución en función del IMC fue la siguiente: 49 pacientes (33.8%) presentaban normopeso, 53 pacientes (36.6%) sobrepeso y 43 pacientes (29.7%) obesidad. El motivo más frecuente de consulta fue dolor articular/osteomuscular (43 pacientes, 30.3%), seguido de cefalea (26 pacientes, 17.9%) y sólo 7 pacientes (4.8%) consultaron por motivos relacionados con riesgo vascular.

DISCUSIÓN

Hemos encontrado una prevalencia elevada de obesidad (29.7% frente al 14 % en la población española adulta), siendo especialmente llamativo que el 66.3% de los pacientes estudiados presentaban sobrepeso u obesidad. La mayoría de estos pacientes desconocían que se encontraban por encima del peso considerado sano.

CONCLUSIONES

Al realizar la detección sistemática de obesidad en todos los pacientes que acuden a nuestra consulta, se diagnostica un elevado número de casos de sobrepeso y obesidad, lo cual permite introducir de forma precoz consejo dietético y de hábitos de vida saludable.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

Hombres	61 (42.1%)
Mujeres	84 (57.9%)
Edad (años)	54 ± 19
IMC (kg/m^2)	27.43 (24.06, 31.02)
P. abdominal hombres (cms)	98.08 ± 13.84
P. abdominal mujeres (cms)	92.23 ± 16.88
Obesidad central	69 (50%)
Normopeso	49 (33.8%)
Sobrepeso	53 (36.6%)
Obesidad	43 (29.7%)

RV-20 / CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, I. Portales Fernández, N. Macías Vega, A. Villalobos Sánchez, S. Jansen Chaparro, J. Perelló González-Moreno, R. Guijarro Merino.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Conocer las características de una muestra de pacientes oncológicos con Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE) entendiendo por ésta Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Embolismo Pulmonar (EP) Describir el manejo clínico-terapéutico, los factores de riesgo añadidos y la evolución de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de la práctica clínica. Se incluyen pacientes oncológicos entre Enero de 2005 y Septiembre de 2007 con diagnóstico de ETE, revisados en una consulta monográfica de ETE de Medicina Interna, aplicando un protocolo de recogida de datos de 88 variables todas predefinidas.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes (20 varones y 22 mujeres) cuya edad media fue de 59,7+13,3 años (r 31-87años) En el 84% (35 casos) la neoplasia era conocida al ingreso y en el 16% (7 casos) se diagnóstico simultáneamente a la ETE, en todos con enfermedad metastásica. Dos pacientes tenían antecedentes de ETE en el año previo. El 50% ingresó por ETE y el resto por motivos relacionado con su proceso oncológico. El 50%ingresa en Medicina Interna y el 14% en Hospitalización domiciliaria, el resto ingresó en otros servicios. La localización del tumor primario fue en varones: pulmón (45%), colon (20%), próstata (15%) y primarios del Sistema Nervioso Central (SNC) (10%), y en mujeres: colon (22,5%), SNC (18%) y tumores ginecológicos (18%). El 76,2% presentaba metástasis en el momento de la ETE. La Histología fue de Adenocarcinoma en el 54,8%, 12% escamocelulares de diferentes localizaciones, 7,1% gliomas y 7,1% meningiomas. El 69% de la muestra presentaba otros factores de riesgo para desarrollo de ETE además de la neoplasia, como inmovilización por causas no quirúrgicas (44%), Intervenciones quirúrgicas recientes (29%), infecciones postquirúrgicas (42%), catéteres venosos (17%). Se realizó tromboprofilaxis con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) en 13 pacientes con factores de riesgo previsibles (inmovilización e intervención quirúrgica) Las localizaciones de ETE fueron TVP en el 73,8% (31 casos) y EP en 26,6% (11 casos) (16,7% asocia EP y TVP). El Eco-doppler fue diagnóstico para TVP en 35 de 36 casos en que se realizó, en uno además se confirmó con Flebografía. El EP se diagnosticó por AngioTAC en 9 casos (positivo en el 69% de los realizados por alta probabilidad pre-test de EP) y con gammagrafía V/Q en 4 (resultó positiva en el 80%). Además a 25 pacientes (61%) se le practicó TAC Toraco-Abdominal que demostró TVP de localizaciones atípicas (intraabdominales) en 19 casos (46,3%) El tratamiento en fase aguda en todos los casos fue HBPM (dosis medias de 8658,5+-3023,7UI) Cinco pacientes precisaron filtros de cava. El 83,3% recibió tratamiento de mantenimiento con HBPM (6439,4+-2642,1 UI) El tiempo medio de tratamiento fue de 6+-4,65 meses. El 23% presentó complicaciones en relación con el tratamiento anticoagulante: 12,5% Hemorragia Mayor, 5% Hemorragia Menor, 5% Trombopenia sin significación clínica. 24 pacientes evolucionaron hacia la curación del evento trombotico con 9 recidivas a 6 meses con un tiempo medio de recidiva de 5,7+-5,2 meses. En 13 casos se describió aumento de la extensión de la trombosis. La mortalidad bruta en 6 meses fue del 52,6%, y a los 30 días del diagnóstico de ETE del 26%. La Mortalidad atribuible a ETE fue del 35%.

CONCLUSIONES

Los pacientes oncológicos son una población de riesgo para desarrollar ETE en los que suelen aglutinarse múltiples factores de riesgo Parece claro la importancia del uso de tromboprofilaxis en situaciones que aumentan el riesgo para desarrollar ETE. Los Adenocarcinomas y los tumores del SNC parecen ser los que más riesgo de ETE suponen. El diagnóstico parece que debe ser precoz y por medios objetivos y el tratamiento indicado parecen ser las HBPM. La mortalidad atribuible a la ETE en oncológicos parece ser muy alta.

RV-21 / MORBIMORTALIDAD EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR ATENDIDO POR MEDICINA INTERNA

B. Cervantes Bonet¹, A. Barnosi Marín¹, S. López Palmero¹, G. Gómiz¹, V. Rodríguez Martínez¹, M. Martínez Cortés¹, F. Díez García¹, H. Kessel Sardiñas².

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Geriátria. Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVOS

Principal: describir los eventos cardiovasculares (IAM, angor inestable, ictus isquémico e insuficiencia cardíaca descompensada) que ocurren en pacientes que ingresan en un Servicio de Cirugía Vascular con el diagnóstico de isquemia arterial crónica agudizada grado III-IV. Secundarios: conocer las características de estos pacientes, el porcentaje de ingresos que precisan revascularización y amputación, los reingresos por causa vascular y la mortalidad. En este Servicio están adscritos dos internistas con objeto de prevenir y tratar las posibles complicaciones médicas perioperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Revisión de informes de alta hospitalaria de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Torrecárdenas durante un periodo de tiempo de 6 meses (desde Julio hasta Diciembre de 2007) con el diagnóstico de isquemia arterial crónica grado III-IV como motivo de ingreso.

RESULTADOS

Ingresaron un total de 300 pacientes en C. Vascular, de los cuales el motivo de ingreso fue la isquemia crónica grado III-IV en el 24% (74 pacientes). El 74,3% (55 pacientes) eran hombres y el 25,7% (19 pacientes) eran mujeres. El 96% de los pacientes (71) presentaban uno o varios FRCV, siendo los más frecuentes la DM y la HTA. El 55,4% de los pacientes (41) había presentado al menos un evento cardiovascular previamente: 11 pacientes tenían historia de cardiopatía isquémica, 16 habían presentado un ictus isquémico y en 7 pacientes coexistían ambas patologías. El 60,8% (45 pacientes) tenían diagnóstico previo de enfermedad arterial periférica. El 10,8% de los pacientes (8 pacientes) presentaron un evento cardiovascular durante el ingreso (3 casos de insuficiencia cardíaca descompensada, 2 casos de ictus isquémico y 3 casos de síndrome coronario agudo). En el 59,4% de los casos (44 pacientes) se realizó cirugía revascularizadora y el 29,7% de los casos (22 pacientes) precisó algún tipo de amputación. En el periodo de tiempo descrito reingresaron 21 pacientes (28,4%). La mortalidad global en el Servicio de C. Vascular fue del 3,6% (11 éxitus) y la mortalidad en los pacientes estudiados fue del 2,7% (2 éxitus).

CONCLUSIONES

Los pacientes ingresados en C. Vascular con diagnóstico de isquemia arterial crónica grado III-IV son pacientes con importante comorbilidad. Las complicaciones cardiovasculares durante el periodo perioperatorio en un servicio donde se realiza una evaluación pre y posoperatoria por internistas son poco frecuentes.

S-01 / SUPERVIVENCIA DE UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (IDIOPÁTICA O ASOCIADA) TRATADOS CON BOSENTAN

R. Garrido Rasco¹, P. Montero Benavides¹, F. García Hernández¹, R. González León¹, E. Chinchilla Palomares¹, M. Castillo Palma¹, A. Bautista Lorite², J. Sánchez Román¹.

¹Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), ²Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad con curso fatal (supervivencia media de 2,5 años). Bosentan (BST) ha demostrado previamente su utilidad en estos pacientes. Comunicamos nuestra experiencia con dicho tratamiento en HAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con HAP tratados con BST en una cohorte seguida a lo largo de 10 años. Todos se sometieron a estudio protocolizado y el diagnóstico definitivo se estableció mediante cateterismo derecho. Se controlaron periódicamente y se recogieron de forma protocolizada datos clínicos relacionados con HAP, clase funcional (CF) y respuesta a la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M). La dosis inicial de BST fue de 62,5 mg/12 horas con ascenso a 125 mg/12 horas al cabo de 4 semanas vigilando la presencia de efectos adversos. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como media \pm desviación estándar (DE). La supervivencia se calculó por el método Kaplan-Meier. Se realizó una comparación entre la curva de supervivencia "real" de los pacientes con la "teórica" según fórmula de D'Alonzo ("log rank").

RESULTADOS

En una cohorte de pacientes seguidos entre marzo-1998 hasta marzo-2008, se trataron 46 con BST. Veintisiete con formas asociadas (HAPA): 20 con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS): 6 LES, 1 AR, 1 DM/PM, 1 Sjögren y 11 ES; 3 con cardiopatía congénita (CIA), 2 con VIH, 1 tromboembólica y 1 con patología portopulmonar; 19 con forma idiopática (HAPI). Ninguno fue "respondedor" en el test vasodilatador. Tiempo medio de seguimiento: 46.44 meses. BST fue el tratamiento inicial en 27. Se utilizó tratamiento combinado en 29. Durante el seguimiento murieron 16 (34,78 %), 6 por insuficiencia cardíaca, 2 por infección respiratoria, 1 tras trasplante hepático y 7 por causas desconocidas. Sobreviven 30 pacientes (20 con BST; 11 de ellos en monoterapia). Supervivencia acumulada a 1, 3 y 5 años: 84,1; 73,3 y 64,7 %, respectivamente (teóricas de 73, 53 y 42%). La supervivencia fue menos favorable en pacientes en CF-IV (75, 60 y 53.8%) que en los de clase II-III (85, 80 y 72%). No hubo diferencias de supervivencia entre pacientes con HAPI y HAPA ($p=0,7$). Efectos secundarios: hepatotoxicidad reversible en 4 pacientes.

DISCUSIÓN

Observamos una respuesta muy favorable al tratamiento con BST en nuestra serie de pacientes con HAP (tanto HAPI como HAPA). Tradicionalmente, los pacientes con HAPA a EAS, tenían una supervivencia mucho peor que los pacientes con HAPI, tanto en ausencia como en presencia de tratamiento. Otros autores como Mukerjee comprueban que la supervivencia pacientes con HAPA a ES es semejante a la de los pacientes con HAPI, cuando se tratan activamente. Al igual que otros autores, no apreciamos diferencias en la supervivencia entre formas HAPI y HAPA. Esta observación, limitada por el pequeño número de nuestra muestra, se refuerza por una conclusión idéntica al analizar el total de nuestra serie de 107 pacientes con HAP (incluidos los valorados aquí). Carrington, en un estudio publicado en 2008 acerca de la variación en el pronóstico de la HAP en los últimos 20 años, concluyen que la tasa anual de letalidad por dicha causa, ha disminuido progresivamente en los pacientes con EAS incluso por debajo de la de pacientes con HAPI. Aluden al hecho de que, en grupos de riesgo, la realización sistemática de cribajes permite diagnosticar a estos pacientes en fases más precoces del proceso e instaurar tratamientos de forma también más precoz.

CONCLUSIONES

Conclusiones: BST, en nuestra serie, se comportó como un fármaco muy eficaz para mejorar la supervivencia de pacientes tanto con HAPI como con HAPA.

S-02 / USO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA

E. Chinchilla Palomares¹, F. García Hernández¹, A. Ortiz Carrellán², J. López Haldón², R. Garrido Rasco¹, M. Castillo Palma¹, Á. Martínez Martínez², J. Sánchez Román¹.

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es uno de los principales factores pronósticos en pacientes con esclerodermia (ES). La detección precoz de hipertensión pulmonar (HP) no detectable en reposo puede mejorar el pronóstico. Nuestro objetivo fue valorar la utilidad del ecocardiograma-Doppler (eco-D) durante el esfuerzo en la detección de valores alterados de presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) en un grupo de pacientes con ES con valor normal en reposo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 20 pacientes con ES controlados en una consulta especializada no seleccionados y sin HP en eco-D basal. La HP se definió en función del gradiente pico de la insuficiencia tricúspide (IT), considerándose patológico un valor >30 mm Hg. Se realizó un eco-D de esfuerzo sobre bicicleta ergométrica dinámica adaptable a posición de decúbito lateral sin suspender el ejercicio. Se definió la aparición de HP patológica con el esfuerzo en función del análisis del incremento proporcional o no del gasto cardíaco. Se realizó test de esfuerzo con incremento progresivo de la carga de trabajo hasta alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima. Se extrajeron muestras para medir NT-proBNP en reposo y al máximo esfuerzo.

RESULTADOS

De los 20 pacientes estudiados, 18 (90%) eran mujeres. El 95% (19) presentaba disnea en clase funcional (CF) II de la NYHA; el paciente restante estaba en CF I. La edad media era de 52,55 +/- 12,4 años y el tiempo medio de seguimiento fue 7,6 +/- 3,6 meses. Seis pacientes (30%) desarrollaron incremento patológico de la PAPs durante la eco-D de esfuerzo, con elevación paralela en todos ellos de los valores de NT-proBNP y reproducción de la clínica de disnea. Se realizó nuevo eco-D basal durante el seguimiento. Se comprobó la aparición de HP en reposo en el 84% de los pacientes que la habían desarrollado al esfuerzo, mientras que no se comprobó desarrollo de HP en ninguno de los pacientes con estudio de esfuerzo previo normal.

DISCUSIÓN

La ES se considera que es la enfermedad sistémica que con mayor frecuencia se asocia a HAP. Su prevalencia estimada es muy variable y depende, entre otros factores, del método empleado para el diagnóstico y del punto de corte escogido para la presión pulmonar. Habitualmente, los estudios de los que se dispone basan el diagnóstico casi exclusivamente en la valoración mediante ecocardiografía-Doppler (eco-D). Hachulla et al, empleando un algoritmo que combina datos clínicos, de función respiratoria, ecocardiográficos y hemodinámicos, observan una prevalencia de HAP de 7,85 % (excluyendo pacientes con fibrosis pulmonar o disfunción ventricular izquierda) en un estudio multicéntrico sobre 599 pacientes con ES entre los que figuraban 29 con HAP previamente conocida y 18 diagnosticados a lo largo del estudio. Nosotros, en una serie de pacientes con ES no diagnosticados previamente de HAP, comprobamos su presencia en el 12,5% de ellos utilizando una sistemática de estudio semejante a la de Hachulla et al. La presencia de disnea inexplicable por otra razón, en pacientes con ES, especialmente durante el esfuerzo, debe hacer sospechar la presencia de HAP incluso aunque no sea demostrable mediante eco-D realizada en reposo. En estas circunstancias se ha aconsejado la realización de eco-D de esfuerzo. En nuestra propia experiencia, una serie de 20 pacientes con ES, con disnea, todos ellos con un gradiente pico de insuficiencia tricúspide <30 mmHg) en eco-D en reposo, se sometieron a un nuevo estudio mediante eco-D de esfuerzo. Seis pacientes (30 %) desarrollaron incremento patológico de la PAP durante la prueba con elevación concomitante de los valores de NT-proBNP y reproducción de la disnea. Durante el seguimiento, se pudo comprobar la aparición de HP en reposo en 5 (84 %) de estos 6 pacientes.

CONCLUSIONES

La eco-D de esfuerzo es una técnica útil para la detección precoz de HP en pacientes de alto riesgo. El análisis del NT-proBNP ayuda al diagnóstico diferencial de la disnea secundaria a HP.

S-03 / ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA EN GRANADA

R. Ríos Fernández, D. Sánchez Cano, J. Callejas Rubio, N. Ortego Centeno.

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

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con ES atendidos en nuestra Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de las historias clínicas para recoger las siguientes variables: edad, sexo, subtipo, tiempo de evolución de la enfermedad, manifestaciones cutáneas, digestivas, respiratorias, cardíacas, renales y datos inmunológicos.

RESULTADOS

Se recogió información de un total de 69 pacientes; de las cuales 62 (90%) eran mujeres. La edad media de la cohorte fue de 58,5 años (rango 23-83); con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9,5 años (rango 2- 42 años). Doce (17.4%) eran difusas y 57 (82.6%) limitadas. Entre las manifestaciones clínicas de inicio, el fenómeno de Raynaud fue la más frecuente (62 pacientes; 90%), seguido de las artralgias (5 casos), los trastornos digestivos (1 caso) y la esclerosis cutánea (1 caso). Las manifestaciones clínicas acumuladas incluyeron: fenómeno de Raynaud en 68 casos (98.5%); úlceras cutáneas 28 (31%); telangiectasias 44 pacientes (63.8%); 11 (16%) calcinosis. Entre las manifestaciones articulares 38 (55%) pacientes tenían artralgias, y 8 (12%) artritis. Cinco pacientes (7%) presentaban miopatía inflamatoria y otros tantos roces tendinosos. La afectación digestiva más frecuente fue la esofágica, 52 (75%) pacientes, presentándose con disfagia en 18 casos, pirosis en 36 y esófago de Barret en 3. Sólo un paciente presentó malabsorción; hubo afectación hepática en 5 casos (dos CBP, una colangitis autoinmune, una esteatosis y una elevación de transaminasas de etiología no filiada). En cuanto a la afectación pulmonar: 13 pacientes (19%) presentaban una enfermedad intersticial difusa y 14 (20%) hipertensión pulmonar. Dieciséis pacientes presentaron patología cardíaca: dos valvulopatías aórticas, tres hipertrofias del ventrículo izquierdo, 4 valvulopatías mitrales, una bradicardia, una angina vasoespástica, un septo interauricular aneurismático, un bloqueo AV de primer grado y otro de tercer grado y 4 pericarditis. Cinco pacientes tenían afectación renal de los cuales dos habían tenido crisis renales. Veinticinco pacientes (36%) tenían sequedad de mucosas asociada. En cuanto al patrón inmunológico, 63 pacientes tenían ANA positivos, 33 tenían anticentrómero positivo, 7 anti Scl 70, 5 anti RNP, 5 anti Ro, 1 anti La, 3 anti Sm, 1 anti PM-Scl. Se realizó determinación de anticuerpos anticardiolipina en 41 pacientes de los cuales en 7 fue positivo. Entre otros anticuerpos encontramos 1 con antiperoxidasa, 2 con AMA, 1 antitiroideos, 1 anti dsDNA. El factor reumatoide fue positivo en 13 casos. Se realizó la capilaroscopia a 66 pacientes, siendo un patrón activo en 29, lento en 27 y 10 pacientes presentaban alteraciones inespecíficas. Un paciente desarrolló un linfoma B y otra un cáncer gástrico. Tres pacientes habían fallecido, uno de sepsis y dos de insuficiencia respiratoria.

CONCLUSIONES

El fenómeno de Raynaud sigue siendo la manifestación clínica más frecuente de los pacientes con esclerodermia, seguido de la afectación digestiva y articular. En comparación con otras series nuestros pacientes presentan una frecuencia mayor de telangiectasias (63.8% vs 14-53%), menor frecuencia de úlceras cutáneas (31% vs 49-82%), de disfagia (26% vs 52-57%) y reflujo gastroesofágico (52% vs 62-71%). La afectación intersticial se encuentra dentro del rango encontrado para otras series (14-32%), pero la frecuencia de hipertensión pulmonar es mayor (20% vs 3-6%) (Semi Arthritis Rheum 2002; 332-346). Aunque la afectación pulmonar (enfermedad intersticial e hipertensión pulmonar) es menos frecuente, puede llegar a ser causa de muerte en algunos pacientes.

S-04 / HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN UNA SERIE DE PACIENTES EVALUADOS MEDIANTE UN PROGRAMA DE CRIBAJE

E. Chinchilla Palomares¹, R. Garrido Rasco¹, F. García Hernández¹, R. González León¹, M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, Á. Martínez Martínez², J. Sánchez Román¹.

¹Unidad Colagenosis e Hipert. Pulmonar (Med. Int.), ²Servicio de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Los pacientes afectos de lupus eritematoso sistémico (LES) constituyen un grupo de riesgo conocido de hipertensión arterial pulmonar (HAP) susceptible de ser valorado para el diagnóstico y tratamiento precoz de dicha entidad. Sin embargo la indicación de estudios de cribaje no está establecida de una forma tan explícita en ellos como la que existe para los pacientes con esclerodermia (ES). Nuestro objetivo es valorar la prevalencia de HAP en una cohorte de pacientes con LES a partir de un protocolo de cribaje sistemático clínico y ecocardiográfico, con aplicación posterior de un algoritmo diagnóstico para establecer el diagnóstico de certeza.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cribaje sistemático de HAP desde octubre de 2003, basado en interrogatorio dirigido y ecocardiograma-Doppler (eco-D), sobre una cohorte de 757 pacientes con LES. También se valoró la historia clínica de los pacientes previamente diagnosticados de HAP. Se consideró PAPs elevada si >35 mm Hg (HAP leve moderada < 50; grave >50); se mantuvo vigilancia si PAPs <50 mm Hg si el paciente estaba asintomático, y se inició estudio diagnóstico si PAPs >50 mm Hg o paciente sintomático, con algoritmo diagnóstico validado. Análisis de datos: media aritmética (desviación estándar) para variables paramétricas y porcentajes para no paramétricas. Estudio de asociaciones mediante t de Student para variables continuas y ji-2 (con corrección de Yates o sustituida por la prueba exacta de Fisher según el tamaño muestral) para no paramétricas. Se rechazó la hipótesis nula si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se diagnosticó HAP a 7 pacientes fuera del programa de cribaje (6 antes de iniciarlo y 1 tras ser remitida con diagnóstico probable. Confirmación con cateterismo cardiaco derecho (CCD) en 5 casos. Cribaje de HAP a 210 pacientes hasta el 15 de marzo de 2008 (94'3 % mujeres). Edad media 39'8 (14'1) años, tiempo medio de evolución del LES 12'6 (8'5) años. Se detectó PAPs elevada en 11 casos (5'2 %), leve-moderada en 7 (63'6 %) y severa en 4 (36'3 %). Una paciente tenía cardiopatía izquierda subyacente y la PAPs resultó normal en eco-D repetidas en 3 pacientes. Se hizo cateterismo cardiaco derecho a 4 pacientes tras descartar otras causas de HAP; resultó normal en 2 y confirmó el diagnóstico en los otros 2. Finalmente, 3 pacientes se mantienen bajo vigilancia por detección de elevación leve-moderada y asintomática de la PAPs. Así, se mantiene el diagnóstico de HAP posible o confirmada en 5/11 pacientes en los que se detectó una PAPs elevada mediante el programa de cribaje (2'4 %). Si extrapolamos estos datos a la serie completa de pacientes, la prevalencia de HAP oscilaría entre un valor mínimo del 1 y un valor máximo del 5 %. Se encontró una asociación estadísticamente significativa con serositis y tendencia a la asociación con los anticuerpos antiRo, tendencia que desapareció al considerar sólo los casos con diagnóstico firme.

DISCUSIÓN

Se ha comunicado una prevalencia de HAP en LES del 0'5-14%, pero el diagnóstico en la mayoría de estudios se basa exclusivamente en eco-D y usa puntos de corte muy bajos (30 mm Hg) con riesgo de sobreestimar la frecuencia. Nuestro estudio, ajustado a las guías internacionales de diagnóstico de la HAP, encuentra una prevalencia en el rango inferior de lo comunicado (1-5%).

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de HAP en nuestra población de pacientes con LES, tras aplicar un protocolo de cribaje y diagnóstico ajustado a las recomendaciones internacionales, es del 1-5 %. 2. Creemos que esta prevalencia, muy superior a la poblacional, y el tratarse de una población diana limitada hace aconsejable el cribaje ecocardiográfico en LES, igual que en la ES.

S-05 / TRATAMIENTO CON ANTI TNF-ALFA EN UVEITIS

J. Callejas Rubio¹, C. Fernández Roldán¹, M. García Jerez¹, D. Sánchez Cano¹, R. Ríos Fernández¹, J. García Serrano², I. Domínguez², N. Ortego Centeno¹.

¹Unidad Enfermedades Sistémicas, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Describir el perfil clínico y la respuesta al tratamiento en 9 pacientes diagnosticados con diferentes formas de uveítis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las características clínicas, los tratamientos empleados, el tiempo de evolución y la respuesta a anti-TNF se refleja en la siguiente tabla

RESULTADOS

En nuestra serie de pacientes el tratamiento con anti-TNF controló los brotes de actividad en pacientes con formas recurrentes de la enfermedad. En dos pacientes (coroidopatía de Birdshot y en vasculitis retiniana bilateral grave) se administró como tratamiento de primera línea con buena respuesta clínica.

CONCLUSIONES

El tratamiento con antiTNF alfa es eficaz en el control de diferentes tipos de uveítis.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Diagnóstico	Tratamientos previos	Anti-TNF	Tiempo evolución	Respuesta
Sd Cogan	PD, MTX	Adalimumab	30 m	RC
Panuveítis con desprendimiento exudativo de retina B51(+)	PD, MTX, Ciclos A	Adalimumab	22 m	RC
Panuveítis con vasculitis retiniana	6MP, PD, MTX Ciclos A	Etanercept	32 m	RC
Panuveítis en paciente con visión monocular EA B27(-)	PD, MTX	Adalimumab	21 m	RC
Iridociclitis bilateral	PD, MTX	Adalimumab	6 m	Recidiva
Coroiditis Birdshot B29(+)	PD	Infliximab	16 m	RC
Panuveítis con vasculitis retiniana	PD, MTX	Adalimumab	2 m	RC
Panuveítis bilateral con vasculitis retiniana	Bolus 6MP	Infliximab	7 m	RC
Panuveítis y ACJ	PD, MTX	Infliximab	12 m	RC

S-06 / BLOQUEOS CARDIACOS CONGÉNITOS (BCC) ASOCIADOS A LUPUS NEONATAL

R. Garrido Rasco¹, R. González León¹, F. García Hernández¹, E. Chinchilla Palomares¹, P. Montero Benavides¹, M. Castillo Palma¹, I. Wichman², J. Sánchez Román¹.

¹Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), ²Servicio de Inmunología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

1) Describir las características clínicas de una serie de casos de BCC, asociados o no a enfermedad autoinmune (EA) materna, y analizar las diferencias entre estos 2 grupos. 2) Describir las características maternas (diagnóstico previo de EA y tratamiento preventivo durante el embarazo). 3) Comunicar nuestra experiencia en el tratamiento preventivo de BCC con inmunoglobulinas iv (IGIV) en mujeres de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie de casos diagnosticados de BCC en nuestro hospital entre 1986 y 2007. Se analizaron diferencias en cuanto a las características clínicas, diagnóstico y evolución en los casos de BCC asociados a lupus neonatal (LN) y los debidos a otras causas. Se realizó estudio de autoanticuerpos en paralelo en madres y niños. En 3 gestantes con antecedentes de BCC previo se realizó tratamiento preventivo con IGIV (0,4 mg/kg en semanas 12, 15, 18, 21 y 24 de gestación).

RESULTADOS

Se estudiaron 15 casos de BCC: 9 debidos a LN (LN+): 100% tenían anticuerpos Anti-Ro y el 66% Anti-La. En los 6 restantes (LN-) el estudio de autoanticuerpos fue negativo (en el recién nacido y en su madre). Características de los casos LN+: Predominio femenino (5; 56%). Diagnóstico intraútero en 7 (77.7%). BCC completo en 9 (100%). Frecuencia cardíaca ventricular (FCV) <80 lpm en 9 (100%). Cardiopatía estructural en 2 (22%: CIA ostium secundum). Necesitaron marcapasos permanente (MCP) 6 (67%). Mortalidad objetivada en 11% (1 caso). Edad media materna: 31.6 años (rango 24-41). El 100% había tenido gestación previa (10 abortos en 6 mujeres). Una estaba diagnosticada de EA previamente al embarazo (Síndrome de Sjögren; SS). Tras el diagnóstico del recién nacido 5 (62.5%) fueron diagnosticadas de SS. Un caso recibió tratamiento intraútero conocido el diagnóstico de BCC (dexametasona) a partir de la semana 27 sin éxito. Características de los casos LN- (y diferencias respecto a LN+): Predominio masculino (5; 83.3%; NS) Diagnóstico intraútero en 2 (33.3%; NS). BCC en 3 (50%; p=0,044), FCV <80 lpm en 4 (66.6%; NS). Cardiopatía estructural en 1 (16%; NS) en el contexto de otras malformaciones extracardíacas. Necesitaron MCP 2 (33%; NS) y la mortalidad objetivada fue de 33% (2 casos; NS). Edad media materna 33.8 años (rango 29-40). Gestación previa en 4 (66%; NS). Profilaxis secundaria con IGIV: en nuestra serie hemos tratado a 3 mujeres de alto riesgo (BCC LN+ previo): 2 han tenido hijos asintomáticos y 1 está próxima al final de la gestación con feto de momento asintomático.

DISCUSIÓN

El 75% de BCC, está asociados al paso transplacentario de anticuerpos. La mayoría de las madres no presentan EA o desconocen dicho diagnóstico. Las características entre casos de BCC asociados y no asociados a LN apenas difieren salvo por la mayor gravedad del BCC y el mayor riesgo de un nuevo caso en nueva gestación para casos LN+: el riesgo de madres con anticuerpos positivos de tener un hijo con BCC es del 0.5-2% en el primer embarazo y asciende en nuevo embarazo hasta un 20% (en caso de BCC en embarazo previo). Se han ensayado fármacos para prevenir la aparición de BCC (dexametasona o plasmaféresis), tanto en casos detectados intraútero como en profilaxis sin buenos resultados. En los últimos años se ha realizado profilaxis con IGIV con resultados esperanzadores en madres con alto riesgo de tener hijos con BCC.. Aunque nuestra serie es muy corta (realmente no hay series mucho más largas) dicho tratamiento, en nuestra experiencia, está siendo muy efectivo.

CONCLUSIONES

1) Es aconsejable estudiar a todo recién nacido diagnosticado de BCC, ya que hasta un 75% de casos está relacionado con EA materna, así como a sus madres dado que hasta 50% no tienen diagnóstico previo de EA. 2) Es necesario hacer un seguimiento estricto durante el embarazo mediante ecografía, de mujeres consideradas de alto riesgo de tener un hijo con BCC, sobre todo en el periodo de máximo riesgo. 3) El tratamiento en gestaciones de alto riesgo de BCC con IGIV es alentador.

S-07 / EMPLEO DE FÁRMACOS ANTI-TNF EN PATOLOGÍA CUTÁNEA

D. Sánchez Cano, J. Callejas Rubio, R. Ríos Fernández, J. De la Higuera Torres-Puchol, N. Ortego Centeno.

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Medicina. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Describir la respuesta de 7 pacientes con patología cutánea autoinmune o inflamatoria, tratados con anti-TNF en nuestra Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El uso de anti-TNF se indicó por falta de control o efectos secundarios con la terapia estándar, como uso compasivo y apoyado en casos o series de casos de la literatura

RESULTADOS

En la siguiente tabla 1 se presentan brevemente las características de los 7 enfermos. Claves a la tabla: ENC: eritema nudoso crónico; PG: pioderma gangrenoso; VL: vasculitis leucocitoclástica; SAPHO: sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteitis; AA: amiloidosis secundaria; PD: prednisona; COL: colchicina; HCL: hidroxicloroquina; PXF: pentoxifilina; HIA: ácido hialurónico; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; MTX: metotrexate, AZA: azatioprina, CSP: ciclosporina; MFM: micofenolato de mofetilo; AB: antibióticos; C: respuesta completa; R: recidiva; P: respuesta parcial; I: ineficaz.

DISCUSIÓN

La respuesta clínica observada fue de remisión completa en cuatro pacientes. En uno de ellos con recidiva, mientras se mantenía el tratamiento. En uno la respuesta fue parcial y en dos casos no hubo respuesta.

CONCLUSIONES

La terapia anti-TNF se presenta como una alternativa eficaz en algunos casos de patología cutánea autoinmune/inflamatoria resistente, o con efectos secundarios graves, al tratamiento convencional.

TABLA 1

Diagnóstico	Tratamientos previos	Anti-TNF	Tiempo de tratamiento (meses)
Estomatitis aftosa	PD, COL, HCL, PXF, HIA, MTX	Adalimumab	5
	PD, COL, HCL, MTX	Adalimumab	14
	PD, HCL, AINES	Adalimumab	14
	HCL, AINES	Adalimumab	6
	PD, CSP, AZA, MFM	Adalimumab	3
Síndrome SAPHO	PD, AINES	Infliximab	11
Hidradenitis supurativa con AA renal	Antiandrógenos, AB, isotretinoína, cirugía	Infliximab	20

S-08 / REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS POCO FRECUENTES SECUNDARIAS AL USO DE ADALIMUMAB

D. Sánchez Cano¹, J. Callejas Rubio¹, R. Ruiz Villaverde², R. Ríos Fernández¹, M. Fernández Pugnaire³, B. Martínez Pérez¹, C. Cardaña Pérez⁴, N. Ortego Centeno¹.

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ²Unidad de Dermatología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ³Servicio de Dermatología, ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Describir la aparición de reacciones adversas cutáneas poco frecuentes en 3 pacientes tratados con adalimumab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes de nuestra Unidad y Servicio de Digestivo en los que se indicó uso de adalimumab por falta de control de su enfermedad con terapia estándar, siguiendo ficha técnica o bien como uso compasivo y apoyado en casos o series de casos de la literatura.

RESULTADOS

Paciente 1 Mujer de 31 años con diagnóstico de enfermedad de Behçet con afectación cutáneo-mucosa (aftas, erupción acneiforme y vasculitis) y artritis del tobillo izquierdo. Tras la tercera inyección comenzó a presentar lesiones habonosas inicialmente en zona de inyección y después diseminadas, que fueron autolimitadas. Tras la quinta dosis, aparecieron de nuevo habones generalizados junto con angioedema de labios, lengua y faringe, requiriéndose antihistamínicos y corticoides sistémicos. No había habido administración de ningún fármaco nuevo previamente, ni tampoco se detectaron anomalías de base en el estudio de urticaria y angioedema realizado. Tras la suspensión de adalimumab, no se volvió a repetir ningún episodio similar. Paciente 2 Varón de 18 con enfermedad de Crohn de intestino delgado y grueso, y enfermedad perianal grave. Tras la administración de primera dosis (160 mg subcutáneos), el paciente comenzó a presentar en abdomen inferior máculas eritematosas no pruriginosas (figura 1), que iban ascendiendo por tórax hasta llegar al cuello, desapareciendo entonces. Las lesiones fueron autolimitadas, de una hora y media de duración en total. La valoración dermatológica urgente determinó el diagnóstico de eritema figurado. Con la administración de antihistamínicos orales, no han vuelto a aparecer nuevas lesiones con las siguientes dosis. Paciente 3 Mujer de 29 años con enfermedad de Crohn de intestino delgado, sin antecedentes conocidos de psoriasis. Tras 6 meses de tratamiento con adalimumab, la paciente desarrolló dos placas eritemato-descamativas y pruriginosas en talón derecho (figura 2) y 3 pápulas de iguales características en cuero cabelludo. El diagnóstico dermatológico fue de psoriasis vulgaris en talón derecho y psoriasis en gota en cuero cabelludo, confirmados ambos mediante biopsia cutánea. El tratamiento tópico administrado controló las lesiones sin necesidad de suspender adalimumab.

DISCUSIÓN

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal con alta afinidad por el factor de necrosis tumoral, aprobado para el tratamiento de artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn. Al ser completamente humano, no se esperaba que diese lugar a reacciones inmunomediadas como ha ocurrido con infliximab y etanercept. Sin embargo, aunque en escaso número, se han comunicado casos de este tipo reacciones con adalimumab, a los cuales sumamos nuestra experiencia. Llama la atención la aparición de lesiones psoriasiformes, como es el caso de la paciente 3, siendo la psoriasis una de las indicaciones de adalimumab. Se piensa que una alteración de la inmunidad celular debida al bloqueo del factor de necrosis tumoral podría ser la causa de estas reacciones.

CONCLUSIONES

En general, adalimumab es un fármaco seguro, aunque no exento del desarrollo de reacciones adversas cutáneas a pesar de ser un agente completamente humano, por lo que será necesario estar alerta ante cualquier eventualidad de este tipo cuando sea administrado.

S-09 / CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

P. Carrillo Alascio, A. Corrales Torres, F. Laynez Bretones, B. Martín Revelles, J. Baena Delgado, F. Carrasco Miras, J. Pérez Serrano.

Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas de los pacientes atendidos en la consulta monográfica de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) del Hospital Comarcal de Huerca-Overa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional desarrollado desde la puesta en marcha de nuestra consulta (1 de febrero de 2007) hasta el 31 de Marzo de 2008. Se han recogido los datos demográficos, motivo de seguimiento y datos clínicos más relevantes, procesándose en una base de datos Acces, expresándose sus resultados en números absolutos y medias.

RESULTADOS

Se han atendido a 112 pacientes, con una edad media de 56,34 años, 88 mujeres y 24 varones. Los motivos de seguimiento más frecuentes fueron: sospecha de EAS (34), Lupus eritematoso (17), Artritis Reumatoide (15) y Polimialgia reumática (7). La patología asociada más frecuente fue: Artro-mio-entensopatia (51), Neurológica (42), HTA (40), Digestiva (38), Hiperlipemia (33). La afectación orgánica por su enfermedad más frecuente fue: Articular (50), Cutáneo (39), Hematológico (30), Raynaud (24) y síndrome seco (24). Los autoanticuerpos elevados a título significativo más frecuente fueron: ANA (44), FR (22), DNA (19) y anti-Ro (16). Los tratamientos inmunodepresores más frecuente fueron: Corticoides (16) y Metotrexate (16).

DISCUSIÓN

Los pacientes con EAS de nuestra Área de Gestión Sanitaria, hasta la puesta en marcha de nuestra consulta monográfica, eran atendidos por todos los facultativos de Medicina Interna, en muchos casos de forma rotatoria, sin conocer sus características clínicas. La Sociedad Española de Medicina Interna constituyó en Abril de 2005 el grupo de trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, dando así importancia a estas complejas patologías como ámbito de estudio específico y diferenciado para la actividad asistencial en Medicina Interna.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de una consulta monográfica en EAS ha permitido un seguimiento específico de estos pacientes, la atención por facultativos motivados por estas complejas patologías, conociendo mejor sus características clínicas y facilitando una menor variabilidad en su atención médica.

S-10 / NIVELES DE VITAMINA D Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN UNA COHORTE DE ENFERMOS DE CROHN DE LA PROVINCIA DE GRANADA

D. Sánchez Cano¹, R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, C. Cardeña Pérez², M. Gómez García³, B. Martínez López¹, J. De la Higuera Torres-Puchol¹, N. Ortego Centeno¹.

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ²Servicio de Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de la hipovitaminosis D y su posible relación con una baja densidad mineral ósea (DMO) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de la provincia de Granada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 20 pacientes diagnosticados de EC de ambas Áreas Sanitarias de Granada. Las características demográficas de los mismos se describirán en una tabla. Se midieron niveles séricos de 25 vitamina D (25VitD), y se determinó la DMO en cuello de fémur (CF) y columna lumbar (CL) mediante DEXA. Se compararon las medias mediante la prueba T para muestras independientes empleando el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

El 80% de los pacientes de nuestra serie mostraron niveles bajos de 25VitD. Un 10% de los pacientes presentó un Z-score por debajo de -2 en CF, y un 20% en CL. Valorados en función del T-score, el 10 y el 55% presentó, respectivamente, criterios de osteoporosis y de osteopenia en CF, mientras que dichos valores en CL fueron de 5 y 35%, respectivamente. Los pacientes con hipovitaminosis D presentaron una menor masa ósea, en términos de T-score, tanto en CL ($-1,04 \pm 1,65$ vs $-0,67 \pm 0,83$) como en CF ($-1,28 \pm 1,00$ vs $-0,97 \pm 0,47$), aunque no hubo diferencias significativas, posiblemente por el escaso número de pacientes. Tampoco se encontraron diferencias en relación al Z-score, ni en CL ni en CF ($-0,912 \pm 1,69$ vs $-0,548 \pm 0,95$ y $-1,0 \pm 1,04$ vs $-0,875 \pm 0,6$, respectivamente).

DISCUSIÓN

La osteoporosis es una complicación frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal, y sobre todo de la EC. En estudios transversales, se ha estimado que hasta el 30% de los pacientes tendrían una densidad ósea baja. La consecuencia de esto sería el desarrollo de fracturas. Aparte de los factores de riesgo comunes al resto de la población, los pacientes con EC presentan otros factores específicos que también influyen, como los déficits de vitaminas D y K, uso de esteroides, hipogonadismo y la actividad inflamatoria derivada de la propia enfermedad. En concreto, en torno al 65% de pacientes podrían tener niveles bajos de vitamina D. Esto en parte se debe no sólo a la escasa ingesta de lácteos, sino también a la malabsorción intestinal, sobre todo en aquellos que tengan antecedente de resección de íleon. Entre nuestros pacientes, la mayoría de los pacientes presentaron niveles bajos de 25Vit D (80%), y una tendencia hacia la osteopenia tanto en CF como en CL, si bien no fue posible encontrar relación entre ellos.

CONCLUSIONES

La prevalencia de osteoporosis/osteopenia, así como de hipovitaminosis D, en los pacientes con EC es elevada en nuestro medio, con cifras comparables a las descritas en otras latitudes. Aunque los pacientes con hipovitaminosis D presentaron una menor masa ósea, hacen falta estudios con un mayor número de pacientes para conocer su papel exacto en el desarrollo de osteoporosis/osteopenia en la EC.

Índice de Autores

grupo Indal-TB1	50	J. Callejas Rubio	115, 117, 119, 120, 122
grupo Indal-TB2	51	J. Calvo Bonachera	58
grupo Indal-TB6	58	A. Camacho	57
I. Acosta López	16	M. Camacho Fernández	59
M. Adarraga Cansino	59	J. Canca Sánchez	21, 90, 108
M. Aguayo Canela	33, 61, 70, 73, 79, 98, 99, 100, 101, 105, 106, 107	A. Cano Entrena	5
J. Aguilar Martínez	109	T. Cano Rodríguez	76
N. Alba Rodríguez	60	I. Cánovas Mesas	18
F. Albarracín Vilches	71	A. Cantón Cruz	10, 25
A. Alcántara Buendía	23	E. Cañas	57
P. Alcántara Campos	7	M. Cañero Torres	39
F. Alemany Laceras	72	C. Cardaña Pérez	120, 122
V. Alfaro Lara	95	D. Carmona Heredia	20
N. Almendros Vilchez	86	F. Carrasco Miras	121
J. Alonso González	11	D. Carrillo	24
J. Alonso Martínez	17	P. Carrillo Alascio	26, 121
M. Álvarez Alcina	28	M. Carrillo de Albornoz	68, 92, 93, 94
E. Álvarez Carnero	94	R. Casas Moya	26
J. Álvarez Gómez	23	E. Cascos Arias	74
J. Alvero Cruz	94	M. Cassani Garza	81, 82
M. Amaro	24, 78	M. Castillo Palma	113, 114, 116, 118
F. Anguita Santos	109	C. Ceacero Rodríguez	23
I. Aomar Millán	47, 64	J. Ceada Camero	75
M. Aranda Gallardo	21, 90, 108	A. Ceballos Torres	47
P. Aranda Lara	92, 93	A. Cercos Huget	75
R. Arregui Pérez	14	B. Cervantes Bonet	41, 45, 46, 49, 112
A. Arroyo Nieto	44, 56	M. Chaves	68, 92, 93, 94
A. Arroyo Rodríguez	72	M. Chávez Caballero	67
M. Ayala Gutiérrez	68, 92, 93, 94, 96, 102, 103, 104	E. Chinchilla Palomares	113, 114, 116, 118
A. Baca Osorio	96, 97	N. Chueca Porcuna	53, 55
J. Baena Delgado	26, 121	A. Collado Romacho	41, 49, 52, 71
F. Báñez	37, 44	C. Contreras Sánchez	50
A. Barnosi Marín	45, 46, 112	M. Corrales González	31, 32, 90
B. Barón Franco	22, 36, 75, 77, 87	A. Corrales Torres	121
M. Barón Ramos	43, 48, 65, 110	M. Correa Casado	8, 85
J. Barrera Expósito	94	B. Cortés Rodríguez	34
A. Bautista Lorite	113	R. Cotos Canca	29, 30
R. Beltrán López	74	M. De la Fuente Gómez	19, 24, 78
L. Beltrán Romero	95	J. De la Higuera Torres-Puchol	119, 122
M. Benticuaga Martínez	28	R. De la Rosa Morales	28
M. Bernabeu Wittel	80, 81, 82	J. De la Torre Lima	31
P. Bohórquez	83	M. De Torres Villagrà	35
M. Bono Herrerías	8, 84	M. De Tovar Fernández	9
C. Borrachero	36	M. Díaz Benavente	13, 14
L. Boyarizo Rodríguez	10	A. Díaz Cira	13
O. Briones Izquierdo	77	F. Díez García	41, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 58, 112
I. Cabeza Barrera	53, 54, 55	A. Dil Martínez	10, 25
T. Cabezas Fernández	50, 53, 54, 55, 58	S. Domingo González	31, 32, 69, 86, 91
M. Cabrera López	16	I. Domínguez	117
		G. Duro Ruiz	44, 56

C. Echevarría Blanco.....	18	J. García Romero.....	68
A. Escalera.....	22	J. García Serrano.....	117
B. Escolano Fernández.....	43, 48, 62, 105, 110	A. García Vilchez.....	10, 25
J. Espada Echevarría.....	30	J. García-Quirós.....	106
E. España Cobo.....	84, 85	J. Garrido González.....	27
N. Espinosa.....	57	R. Garrido Rasco.....	113, 114, 116, 118
R. Espinosa Calleja.....	28, 67	F. Gavilán Guirao.....	59
M. Estévez Morales.....	8, 16, 85	I. Gea Lázaro.....	44, 56, 57
G. Estrada.....	22	V. Gil Contreras.....	6
R. Expósito Medina.....	19	M. Gil Navarro.....	82, 83
M. Falcón Ortega.....	14	P. Giner Escobar.....	27, 88, 109
D. Fatela Cantillo.....	34	A. Godoy Cano.....	23
M. Fernández Antolí.....	59	M. Godoy Chiclana.....	19, 24, 37, 38, 40, 78
J. Fernández Calzado.....	10, 25	M. Godoy Guerrero.....	48, 62, 65, 110
M. Fernández Fernández.....	25	M. Gómez García.....	122
J. Fernández García.....	11	T. Gómez García.....	23
M. Fernández Martín.....	15	R. Gómez Huelgas.....	68, 92, 93, 94, 96, 97, 102, 103, 104
A. Fernández Moyano.....	28, 67, 72	G. Gómiz Rodríguez.....	41, 45, 46, 49, 52, 112
M. Fernández Pugnare.....	120	M. González Benítez.....	43, 62, 65, 110
L. Fernández Rendón.....	73	R. González Coronel.....	6
J. Fernández Reyes.....	42	R. González León.....	113, 116, 118
C. Fernández Roldán.....	117	M. González Luque.....	64
J. Ferreira.....	63	R. González Vega.....	69, 91
L. Flores Antigüedad.....	5	M. Grana Costa.....	43, 65, 110
C. Flórez Almonacid.....	89	C. Granados García.....	34
J. Fornovi Vives.....	51	F. Guerrero Igea.....	33, 70, 98, 99, 100, 101, 105
S. Francés Morillas.....	18	R. Guijarro Merino.....	96, 97, 111
C. Fuentes Sánchez.....	15	M. Guil.....	66
N. Galdeano Rodríguez.....	25	F. Guil López.....	17, 18
F. Galindo.....	80, 81	B. Gutiérrez Gutiérrez.....	79, 99, 100, 105, 106, 107
J. Galindo Ocaña.....	82, 83	G. Gutiérrez Lara.....	42
P. Gallardo Jiménez.....	97	J. Hernández Burruezo.....	56
M. Gallardo Montoro.....	39	C. Hernández Quiles.....	81, 83
R. Gallego Robles.....	8, 17, 84	J. Hernández Sáez.....	29, 30
C. Gálvez Contreras.....	41, 49, 52	J. Hernández-Burruezo.....	44
C. Gamero González.....	41	C. Herrero Rodríguez.....	44, 56
J. García.....	36	L. Hidalgo Rojas.....	102, 104, 108
J. García Alegría.....	21, 31, 32, 69, 86, 90, 91, 108	C. Hurtado Pedrosa.....	12
D. García de Lucas.....	31	F. Ibáñez Bermúdez.....	60
M. García de Lucas.....	32, 69, 86, 91	C. Ibáñez Camacho.....	6
M. García Espona.....	30	A. Ibáñez Miras.....	84, 85
C. García Fernández.....	102, 103, 104	M. Inmaculada.....	61
R. García Guerrero.....	76	S. Jansen Chaparro.....	96, 97, 102, 103, 111
F. García Hernández.....	113, 114, 116, 118	A. Jiménez Puente.....	21
M. García Jerez.....	117	M. Jiménez Salguero.....	17
M. García Morales.....	88	P. Jódar Morente.....	56
S. García Morillo.....	82, 83, 95	J. Jover Casas.....	19, 24, 37, 38, 40, 42, 78
M. García Muñoz.....	20	F. Juan Pérez.....	26
M. García Ordóñez.....	39, 47, 64	C. Juárez Peregrina.....	35
J. García Quirós.....	107	R. Junco Rionegro.....	5

H. Kessel Sardinias.....	45, 46, 112	M. Martínez Lirola.....	50, 51, 52, 58
I. Lancharro Tavoro.....	12, 67	B. Martínez López.....	122
M. Lao Ferre.....	74	M. Martínez López.....	35
E. Lao Puertas.....	84, 85	L. Martínez Luque.....	59
C. Lara García.....	39	Á. Martínez Martínez.....	114, 116
F. Láynez Bretones.....	26, 71, 121	B. Martínez Pérez.....	120
A. Lazo Torres.....	50, 51, 58	F. Martos Pérez.....	31, 32
E. León.....	57	L. Más Ruiz.....	86
S. Leyva Espadafor.....	35	A. Mata Martín.....	67
D. López Carmona.....	97	P. Medina.....	66
M. López Carmona.....	68, 92, 93	I. Mejías Real.....	60
J. López García.....	10	J. Méndez Moreno.....	76
J. López Haldón.....	114	D. Mendoza Giraldo.....	81
M. López Ibarra de la Cruz.....	9, 72	J. Mesa Valle.....	19
S. López Martínez.....	23	A. Mezquita Pérez.....	80, 81
Á. López Medina.....	74	A. Michán Doña.....	102
A. López Montes.....	86	F. Miralles.....	102, 104
S. López Palmero.....	41, 45, 46, 52, 112	M. Miranda Guisado.....	95
C. López Robles.....	109	R. Molero Cabrilla.....	103, 104
M. López Roca.....	8, 85	M. Molina Arrebola.....	54
G. López Rojas.....	21, 90, 108	F. Molina Molina.....	38, 40, 42, 78
A. Lozano Rodríguez-Mancheño.....	34	L. Montero.....	66
A. Lozano Serrano.....	29, 30, 53, 54, 55	P. Montero Benavides.....	113, 118
C. Lozano Valdivieso.....	10, 25	N. Montiel.....	58
C. Luque Amado.....	43, 62, 65	A. Montilla Burgos.....	70, 79, 99, 105, 106, 107
C. Luque Rivera.....	76	V. Morales Caballero de León.....	33, 101
P. Macías Mir.....	47	C. Morales Portillo.....	106, 107
N. Macías Vega.....	111	L. Moreno Gaviño.....	80, 81
L. Magaña Hernández.....	8, 74, 84	M. Moreno Higuera.....	27, 88, 109
M. Maíz Jiménez.....	43, 62, 65	F. Moreno Martínez.....	32, 69, 91
M. Maleno Maleno.....	17	R. Moya Benedicto.....	64
J. Mancera Romero.....	96, 97	A. Moya García.....	16
Y. Marín Fernández.....	28, 67	S. Moya Roldán.....	88, 109
N. Marín Gámez.....	19, 24, 37, 38, 40, 42, 45, 46, 78	F. Muñoz Beamud.....	87
P. Marín Martínez.....	51	M. Muñoz Conde.....	7
I. Marín Montin.....	70, 99	A. Muñoz Morente.....	43, 48, 65, 110
M. Martín.....	21, 66, 90	V. Navarro Bautista.....	18, 84, 85
D. Martín Escalante.....	31, 32, 69, 86, 91	F. Navarro Casado.....	10, 25
N. Martín Herrada.....	15, 54	E. Navarro Gómez.....	63
S. Martín Matute.....	13	J. Navarro Herrera.....	42
B. Martín Revelles.....	26, 121	M. Navazo Alonso.....	16
J. Martín Rubi.....	71	M. Nieto Guindo.....	83
M. Martínez.....	66	E. Nuevo Lara.....	42
M. Martínez Checa.....	14	C. Ocaña Medina.....	116
M. Martínez Cortés.....	112	S. Ojeda.....	89
P. Martínez Cortés.....	49, 52	P. Olías García.....	76
M. Martínez Fernández.....	77	M. Ollero Baturone.....	80, 82, 83
T. Martínez García.....	22, 75, 77, 87	F. Olmo Montes.....	61, 70, 73, 79, 100, 101
J. Martínez González.....	68, 92, 93	M. Omar Mohamed.....	44, 56
S. Martínez Jiménez.....	18	A. Ortega Cotano.....	9

L. Ortega Parra	26	E. Ramos Calero	9, 72
N. Ortega Centeno	115, 117, 119, 120, 122	F. Reche González	17
M. Ortiz Camúñez	82, 83	A. Reche Molina	27
A. Ortiz Carrellán	114	A. Recio Úbeda	60
J. Ossorio Ortiz	76	P. Retamar Gentil	70, 73, 98
C. Padilla Marín	7	J. Reveriego Blanes	33, 70, 73, 98
M. Palacios	36	M. Rey Rodríguez	73, 98, 100, 101
C. Palmero Palmero	28	M. Rico Lucena	79, 99, 101, 105, 106, 107
M. Palomo Hidalgo	16, 17	C. Ridruejo Delgado	13
A. Palop del Río	38, 40	R. Ríos Fernández	115, 117, 119, 120, 122
E. Pamiés Andrés	95	F. Rivas Quintero	22, 75, 77
A. Pardo Cabello	88, 109	R. Rivera Irigoín	86
M. Pardo Carmona	62	F. Robledo Cárdenas	6
P. Paredes García	76	P. Rodríguez	36
B. Parra García	30	P. Rodríguez Lara	9
G. Parra García	49, 50	V. Rodríguez Martínez	41, 45, 46, 49, 51, 52, 58, 112
A. Parra Juan de la Cruz	18	M. Rogado González	53, 55, 58
T. Parrón Carreño	71	C. Roldán Fontana	56
C. Pavón López	60	J. Roldán Martínez	47
A. Pedrajas Ortiz	47, 64	M. Roldán Perales	26
J. Pena González	47	B. Romera Morgado	13
D. Peña Jiménez	103, 104	C. Romero Gómez	69, 90, 91
M. Peña Martínez	74	E. Romero Sánchez	63
C. Peñas Espinar	33, 61, 70, 73, 79, 98, 99, 100, 101, 105	E. Rosa Camacho	90, 108
A. Pereles Pérez	77	J. Rosal Obrador	102, 103, 104
J. Perelló González-Moreno	111	E. Rueda Capel	8, 16, 17, 84
D. Pérez de Astiarraga	67	J. Rueda Vicente	29
J. Pérez de León	79	A. Ruiz Cantero	43, 48, 62, 65, 110
R. Pérez Espina	75	M. Ruiz Fuentes	23
A. Pérez Mairén	14	A. Ruiz Luque	74
B. Pérez Muñoz	87	F. Ruiz Pajares	108
J. Pérez Parras	64	R. Ruiz Villaverde	120
A. Pérez Rivera	48, 62, 110	J. Salas Coronas	29, 30, 53, 54, 55
M. Pérez Ruiz	12	F. Salas Díaz	6
J. Pérez Sánchez	20	E. Salguero	42
J. Pérez Serrano	121	R. Salinas Vargas	16
F. Peso Bofía	8, 85	J. Sampedro	103
I. Portales Fernández	97, 111	C. San Román	66
F. Poveda Gómez	21	M. Sánchez Benítez	50, 51, 53, 55
B. Poyato González	39, 64	M. Sánchez Benítez de Soto	53, 55
F. Pozo Muñoz	39	D. Sánchez Cano	35, 115, 117, 119, 120, 122
A. Prados Gallardo	61, 98, 99, 100	D. Sánchez Rico	109
E. Prieto Lara	21	J. Sánchez Román	113, 114, 116, 118
I. Puertas Vázquez	74	J. Sánchez Sánchez	29, 30
E. Pujol de la Llave	22, 36, 75, 87	A. Sánchez Valdivieso	71
J. Puyana Domínguez	11	W. Sánchez Yebra	50
R. Quirós López	31, 32, 69, 91	J. Santos	57
E. Raja Díaz	19	B. Santos Ramos	82
N. Ramírez Duque	80	L. Sardinha	94
C. Ramos	66	J. Sedeño Díaz	47

T. Segura García.....	18
Á. Sendón Pérez.....	106, 107
J. Sepúlveda Sánchez.....	108
J. Serrano Carrillo de Albornoz	33, 61, 105
C. Serrano Martino	67
B. Sobrino Díaz.....	68, 92, 93, 96, 111
J. Sojo Dorado.....	33, 61, 73, 79, 98, 100
E. Solís García.....	60
M. Soriano Pérez.....	33, 61, 101
P. Stiefel García-Junco.....	95
N. Susierra Barca	22, 75, 77
E. Terol Fernández	7
R. Tirado Miranda	60
C. Tomás Jiménez	88
J. Torres del Marco.....	9
M. Torres Martín.....	9
A. Torrubia Balagué.....	77
F. Toscano Murillo.....	80, 81
J. Trujillo	24, 44
I. Turanza Pérez.....	12
G Urbano García.....	27, 88
G. Uribarri Sánchez.....	48
A. Valderas García	76
E. Valero Aliaga	13
I. Valero Guerrero	48
L. Valiente de Santis	96, 111
A. Valiente Méndez	106, 107
I. Vallejo Maroto.....	28
A. Vallejo Vaz.....	95
I. Vargas	36
F. Vargas Mones.....	72
J. Vázquez Villegas	53, 54, 55
T. Vega Muñoz.....	5
M. Velasco Malagón	59
A. Vera Carmona	39
R. Vera Cosmo	12
A. Vicente Pintor.....	54
M. Vilches.....	11
I. Villalba Campanario	34
A. Villalobos Sánchez.....	111
J. Villar Jiménez	64
J. Villar Ortiz.....	95
A. Villar Ruez.....	23
A. Villarejo Ordóñez	29
I. Villegas Domínguez.....	35
D. Vinuesa García	88
I. Wichman.....	118
F. Yelamos Rodríguez	71
J. Zambrana García	59
R. Zamora García	7



Sademi
Sociedad Andaluza de **Medicina Interna**



*Ayuntamiento de
Roquetas de Mar
(Almería)*

S&H
MEDICAL
SCIENCE
CONGRESS

*Secretaría Técnica
S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda, 27, 1º A y Ático 28003, Madrid
Tel. 91 535 71 83 / Fax. 91 181 76 16
e-mail: congresos@sbmedical.es*