



*Sociedad de Medicina Interna
de Madrid-Castilla La Mancha*

XIV CONGRESO SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA (SOMIMACA)



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo



LIBRO DE COMUNICACIONES

ÍNDICE

Comunicaciones orales	13
Sesión 1	13
EI-1 USO DE RILPIVIRINA EN INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO EN CASTILLA LA MANCHA	13
A. Vizquete Calero ⁽¹⁾ , J. Yzusqui Mendoza ⁽¹⁾ , M. Torralba ⁽²⁾ , M. Rodríguez Cola ⁽²⁾ , S. Casallo Blanco ⁽¹⁾ , M. Sepúlveda ⁽³⁾ , F. Marcos Sánchez ⁽¹⁾	
<i>(1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)</i>	
<i>(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara</i>	
<i>(3)Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo</i>	
EI-3 FIEBRE BOTONOSA: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID	14
N. Rebollo Aparicio ⁽¹⁾ , Ó. Vázquez Gómez ⁽¹⁾ , F. López Fabal ⁽²⁾ , J. Ruiz Galiana ⁽¹⁾	
<i>(1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Microbiología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)</i>	
EI-12 PREDICTORES DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON COINFECCIÓN POR VIH-VHC: UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS AL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DIRECTOS (ADD)	16
D. Rial Crestelo, M. Torraza González De Suso, C. Hernández Gutiérrez, G. Pindao Quesada, J. Martínez Sanz, M. Mozo Ruíz, S. Laínez Justo, M. Rodríguez-Zapata	
<i>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara</i>	



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

- EI-13 MUJER Y COINFECCIÓN** 17
Á. Gutiérrez Liarte, L. García-Fraile Fraile,
M. Ampuero Morisaki, D. Martín Iglesias, I. Santos Gil
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid
- EI-16 ABSCESO HEPÁTICO: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS A EVOLUCIÓN DESFAVORABLE** 19
G. Pindao, C. Hernández, D. Rial, J. Martínez, M. Mozo,
M. Torralba, M. Rodríguez Zapata
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
- Sesión 2** 21
- PP-1 ANÁLISIS DE LA DEPRESCRIPCIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** 21
F. Marcos Sánchez, J. Magallanes Gamboa, A. Blanco Jarava,
A. Vizuete Calero, M. Yzusqui Mendoza, A. Gallegos Polonio,
K. Marín Mori, I. Hernández Alconchel
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- PP-2 DEPRESCRIPCIÓN EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PRIMARIA INTERNA (UCAPI) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** 22
J. Machin Lazaro⁽¹⁾, M. Gasanz Garicochea⁽²⁾,
E. Martín Alcalde⁽²⁾, I. Pérez Rodríguez⁽²⁾, A. Pereira Julia⁽¹⁾
(¹)Servicio de Medicina Interna-UCAPI, (²)Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
- PP-5 PANICULITIS MESENTÉRICA: ¿UNA ENTIDAD SUPRADIAGNOSTICADA?. A PROPÓSITO DE UNA SERIE UNICÉNTRICA DE 58 CASOS** 24
C. Suárez Acosta, E. Romero Fernández, E. Calvo
Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid

- PP-7 PROGRAMA COMPARTE: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMARCA DEL ALJARAFE. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE POBLACIONES** 26
- J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, S. Delgado Romero⁽²⁾,
C. González Becerra⁽²⁾, A. Fernández Moyano⁽²⁾,
I. Vallejo Maroto⁽²⁾
- (1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*
(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)
- Sesión 3** 28
- ETV-1 TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES AFECTOS DE GLIOBLASTOMA. HALLAZGOS DEL REGISTRO R.I.E.T.E.** 28
- J. Portillo Sánchez⁽¹⁾, I. De La Rocha Vedia⁽²⁾,
F. González Gasca⁽²⁾
- (1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real*
- EC-1 CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN ORAL** 29
- J. Sánchez-Redondo⁽¹⁾, G. Quispe Figueroa⁽²⁾,
N. Rebollo Aparicio⁽¹⁾, E. Merino Lanza⁽³⁾, V. Moreno Cuerda⁽¹⁾,
C. Peña Arce⁽¹⁾, F. Rodeles Melero⁽¹⁾, J. Ruiz Galiana⁽¹⁾
- (1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Urgencias, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)*
- V-4 ESTUDIO DE IMPACTO DEL SAHS EN EL EPOC CATEGORIA B DE LA GOLD FRENTE AL C EN EL ÁREA DE TALAVERA** 31
- A. Gil Fuentes⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽²⁾, D. Rojas Tula⁽¹⁾,
J. Pérez Laya⁽¹⁾, I. Peñas De Bustillo⁽¹⁾, M. Olaverria Pujols⁽¹⁾,
J. Serrano Rebollo⁽¹⁾, Á. Ochoa Ramírez⁽²⁾
- (1)Servicio de Neumología, (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

- V-8 CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL MEDIANTE EL INDICE PRONÓSTICO CONUT** **33**
- A. Ochoa Ramírez⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, V. Notario Barba⁽²⁾, A. Blanco Jarava⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, A. Vizuetes Calero⁽¹⁾, J. Agüero Porcel⁽¹⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾
- (1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*
(2)Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. GAI Talavera de la Reina. Talavera de la Reina (Toledo)
- EI-17 MORTALIDAD POR SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2** **34**
- A. Blanco Jarava⁽¹⁾, A. Vizuetes Calero⁽¹⁾, E. Alonso Campón⁽¹⁾, A. Beteta López⁽²⁾, M. Galán Laredo⁽²⁾, B. Garcia Esteban⁽³⁾, M. Arranz Nieto⁽⁴⁾, J. Álvarez Gregori⁽⁴⁾
- (1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Microbiología, (3)Servicio de Farmacia Hospitalaria, (4)Servicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*
- Comunicaciones orales breves** **37**
- Sesión 1** **37**
- V-1 INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: A PROPÓSITO DE TRES CASOS** **37**
- L. Fernández-Espartero, M. Martín-Toledano, J. Velasco, M. Salas, A. Ruiz, J. Castro, P. Reales
- Servicio de Medicina Interna. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real)*
- EI-2 SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE SOLICITAN PROFILAXIS POSTEXPOSICION EN URGENCIAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID** **38**
- R. De Miguel Buckley, E. Roy Vallejo, A. Gómez Berrocal
- Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid*

- EI-4 COINFECCIÓN VIH-VHC: COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN A LA EDAD** 40
L. García-Fraile Fraile, A. Gutiérrez Liarte, D. Martín Iglesias, M. Ampuero Morisaki, I. Santos Gil
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid
- EI-5 AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO DE NEUMOCOCO EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS SANITARIOS EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2014** 42
Á. Ochoa Ramírez⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, I. Hernández Alconchel⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, K. Marín Mori⁽¹⁾, A. Beteta López⁽²⁾, A. Muñoz Ruiz⁽¹⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Microbiología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- EI-6 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN PATOLOGIA INFECCIOSA RESPIRATORIA EN MEDICINA INTERNA** 43
I. Hernández Alconchel, A. Ochoa Ramírez, A. Gallegos Polonio, J. Magallanes Gamboa, K. Marín Mori, F. Marcos Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- EI-7 COMORBILIDADES EN PACIENTES INGRESADOS POR GRIPE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE LA EPIDEMIA ESTACIONAL 2014-2015** 45
E. Arrieta Ortubay⁽¹⁾, Á. Torralba Morón⁽¹⁾, J. Martínez Ávila⁽²⁾, J. Guerra Vales⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Investigación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

- EI-8 CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH-1 EN TALAVERA DE LA REINA** 46
S. Casallo Blanco, M. Yzusqui Mendoza, A. Vizuite Calero,
A. Gallego Polonio, F. Marcos Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- EI-9 AFECTACIÓN PERICÁRDICA POR PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19: A PROPÓSITO DE 2 CASOS** 48
P. Jiménez Aranda, M. González García, I. Jiménez Velasco,
A. Alguacil Muñoz
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo
- EI-10 IMPACTO CLÍNICO, ANALÍTICO Y ECONÓMICO DE LA RUPTURA DE LA COMBINACIÓN EN PASTILLA ÚNICA ATRIPLA® POR TRUVADA® MÁS GENÉRICO DE EFAVIRENZ, Y DE VIRAMUNE XR® POR GENÉRICO DE NEVIRAPINA** 50
M. Mozo Ruiz, C. Hernández Gutiérrez, D. Rial Crestelo,
G. Pindao Quesada, J. Martínez Sanz, M. Rodríguez Zapata,
M. Torralba González De Suso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
- EI-11 COMPLICACIONES ASOCIADAS A GRIPE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE LA EPIDEMIA ESTACIONAL 2014-2015** 51
Á. Torralba Morón⁽¹⁾, E. Arrieta Ortubay⁽¹⁾, J. Martínez Ávila⁽²⁾,
J. Guerra Vales⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Investigación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

- EI-15 INFECCIONES RESPIRATORIAS POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS: ¿PENSAMOS EN ELLAS?: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS UNICÉNTRICOS** **53**
C. Suárez Acosta, E. Romero Fernández, J. Cabello Carro,
C. Blasco Fanlo, E. Calvo Manuel
Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid
- Sesión 2** **55**
- PP-3 ACTIVIDAD DE LA ENFERMERA DE ENLACE EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PRIMARIA - MEDICINA INTERNA (UCAPI) DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA** **55**
C. Vázquez Pérez, A. Pereira Juliá, J. Hergueta González,
E. Martín Echevarría, J. Machín Lázaro
Servicio de Medicina Interna (UCAPI). Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
- PP-4 ANÁLISIS CLÍNICO DE PACIENTES CON REAGUDIZACIÓN DE EPOC EN MEDICINA INTERNA** **56**
A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, I. Hernández Alconchel⁽¹⁾,
Á. Ochoa Ramírez⁽¹⁾, A. Gil Fuentes⁽²⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾,
F. Marcos Sánchez⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- V-2 CONVENIO DE COLABORACIÓN MEDICINA INTERNA (MIR)-TRAUMATOLOGÍA (COT) COMO MODALIDAD DE ASISTENCIA COMPARTIDA. RESUMEN DE 6 MESES DE ACTIVIDAD** **58**
J. Agüero Porcel, J. Magallanes Gamboa, F. Marcos Sánchez,
A. Vizuete Calero, A. Ochoa Ramírez
Servicio de Medicina. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

- V-3 REVISIÓN DE CASOS DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA SECUNDARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES** **59**
M. Olid Velilla⁽¹⁾, M. Romero Brugera⁽¹⁾, R. García Carretero⁽¹⁾,
Ó. Vázquez Gómez⁽¹⁾, I. Salamanca Ramírez⁽¹⁾, A. Colás Herrera⁽¹⁾,
L. Cortés Lambea⁽²⁾, J. Ruiz Galiana⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)
- PP-6 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ESTANCIAS PROLONGADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** **61**
L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego,
N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)
- V-6 MANEJO AMBULATORIO DEL PACIENTE NEUTROPÉNICO. ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS** **63**
M. Vázquez Ronda⁽¹⁾, S. Martín Barba⁽¹⁾, S. Alonso Soler⁽²⁾,
B. Martínez Carrasco⁽²⁾, A. Herrero Domingo⁽¹⁾,
A. González Ageitos⁽²⁾, A. Viana Alonso⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾
⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Oncología Médica.
Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- V-7 PREVALENCIA Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON EPOC, SHO Y SOLAPAMIENTO EPOC-SHO EN ACIDOSIS HIPOXÉMICA-HIPERCÁPNICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA** **64**
J. Perez Laya, D. Rojas T, A. Gil F., I. Peñas De Bustillo,
M. Olaverria P., A. Ortega González, J. Serrano R., T. Vargas H
Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- EA-4 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE. MÁS FRECUENTE DE LO QUE SE CREE** **66**
Y. Santisteban López, F. Polo Romero, R. Cordero Bernabé,
I. Marañés Antoñanzas, M. Moreno Merino
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete)

Sesión 3

68

DM-1 COMBINACIÓN INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDA: PROGRAMA DEDESARROLLO CLÍNICO

68

J. Gómez Cerezo⁽¹⁾, A. Zapatero Gaviria⁽²⁾, M. García-Consuegra⁽³⁾

(1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid)

(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)

(3)Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid

DM-2 RESULTADOS DE LA FASE 3A DE INSULINA DEGLUDEC/ LIRAGLUTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

69

A. Zapatero Gaviria⁽¹⁾, J. Gómez Cerezo⁽²⁾, M. García-Consuegra⁽³⁾

(1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)

(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid)

(3)Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid

ETV-2 TROMBOLISIS FÁRMACO-MECÁNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ILIOFEMORAL

70

M. Pulfer⁽¹⁾, P. Demelo Rodríguez⁽¹⁾, I. Jiménez Hinarejos⁽¹⁾,

L. Vela De La Cruz⁽¹⁾, J. Del Toro Cervera⁽¹⁾,

M. Echenagusía Boyra⁽²⁾, F. Camúñez Alonso⁽²⁾,

M. González Leyte⁽²⁾

(1)Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa. Medicina Interna, (2)Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

- EC-2 IMPACTO DEL SEGUIMIENTO ESTRECHO DE PACIENTES ANCIANOS PLURIPATOLOGICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE MEDICINA INTERNA** **72**
S. Martín Barba, A. Herrero Domingo, M. Vazquez Ronda,
A. Muñoz Ruiz, K. Marín Mori, I. Alconchel
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)
- EA-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA** **74**
L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego,
N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, J. Bayona León,
J. Sicilia Urbán, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)
- EA-2 EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL** **75**
A. Camacho⁽¹⁾, A. González⁽¹⁾, A. Benito⁽²⁾, M. García⁽²⁾, N. Sirgo⁽¹⁾,
G. Fraile⁽¹⁾
(1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- DM-3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO** **77**
V. Notario Barba⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽²⁾
A. Gallegos Polonio⁽²⁾, A. Blanco Jarava⁽²⁾, A. Vizuetes Calero⁽²⁾,
A. Ochoa Ramírez⁽²⁾, J. Carbayo García⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽²⁾
(1)Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria, (2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

- V-5 MANEJO DE PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUTROPENIA FEBRIL DURANTE 2014** 79
M. Vázquez Ronda⁽¹⁾, S. Martín Barba⁽¹⁾, S. Alonso Soler⁽²⁾,
B. Martínez Carrasco⁽²⁾, A. González Ageitos⁽²⁾,
A. Herrero Domingo⁽¹⁾, A. Viana Alonso⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾
*(1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Oncología Médica.
Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)*
- EA-3 DETERMINACIONES DE ANTICOAGULANTE LÚPICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL PRIMARIO** 80
L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego,
N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, J. Sicilia Urbán,
J. Bayona León, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)
- EC-3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA SEGUIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA INTERNA** 82
A. Herrero Domingo, S. Martín Barba, M. De Vicente Collado,
M. Vázquez Ronda, A. Muñoz Ruíz, K. Marín Mori,
J. Magallanes Gamboa, F. Marcos Sánchez
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado.
Talavera de la Reina (Toledo)*
- Evaluadores de las comunicaciones** 84



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Comunicaciones orales

Sesión 1

EI-1 USO DE RILPIVIRINA EN INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO EN CASTILLA LA MANCHA

A. Vizuete Calero⁽¹⁾, J. Yzusqui Mendoza⁽¹⁾, M. Torralba⁽²⁾,
M. Rodríguez Cola⁽²⁾, S. Casallo Blanco⁽¹⁾, M. Sepúlveda⁽³⁾,
F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

(1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

(3)Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

OBJETIVOS

Análisis de empleo de rilpivirina en pacientes con infección por VIH. Evaluar la eficacia virológica de rilpivirina y análisis de causas de discontinuación. Análisis del perfil lipídico de dichos pacientes tras inicio de rilpivirina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes, longitudinal, retrospectivo en tres hospitales de Castilla La Mancha. Se evaluó la eficacia inmunoviroológica, así como el porcentaje de discontinuaciones por fracaso virológico, porcentaje de blips y evolución del perfil lipídico tras introducción del fármaco. Se incluyeron todos los pacientes a los que se prescribió rilpivirina, bien en pastilla única con tenofovir disoproxil + entricitabina (Eviplera); o bien, sin coformular (Edurant).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 109 pacientes con mediana de edad de 42.1 años (IQR: 34.5-49.1). La mediana de CD4 fue de 560 (IQR: 380-754 cels. /ml). El 78% presentaba CV inferior a 50 cp/ml desde la simplificación. El 99% de los pacientes Naïves tenían una CV inferior a 100000 co/ml. Con una mediana de seguimiento de 7.9 meses (IQR: 5.3-16.8 meses), el 16.6% experimentaron al menos 1 blip; 4.6% experimentaron fracaso virológico (FV); 11% interrumpieron rilpivirina por cualquier causa. Se produjo un reducción de la media de Colesterol Total de 18 mg/L, LDL 12 mg/L y Triglicéridos 33 mg/L, con $p > 0.01$ a los 4 meses.

DISCUSIÓN

En nuestra corte, la rilpivirina se empleó fundamentalmente como estrategia de simplificación más que en el paciente naïve. La eficacia virológica es óptima,

observándose mejoría del perfil lipídico y presentando escasa toxicidad. Los fracasos virológicos se han producido en pacientes que simplifican antes de seis meses con CV suprimida, adherencia irregular, toma de antiácidos.

CONCLUSIONES

La experiencia en nuestra cohorte ha mostrado que la rilpivirina es un análogo no nucleósido eficaz para mantener supresión viral en estrategias de simplificación, mejorando el perfil lipídico.

El porcentaje de blips y fracaso virológicos pueden relacionarse con adherencias subóptimas y uso de antiseoretos gástricos.

EI-3 FIEBRE BOTONOSA: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

N. Rebollo Aparicio⁽¹⁾, Ó. Vázquez Gómez⁽¹⁾, F. López Fabal⁽²⁾, J. Ruiz Galiana⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Microbiología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)

OBJETIVOS

Conocer el número de casos de fiebre botonosa sospechados y diagnosticados por seroconversión en los últimos 5 años en un hospital de carácter urbano y analizar sus características clínicas, analíticas y serológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo usando las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico recogido de Fiebre Botonosa entre los años 2010-2014. Establecemos el diagnóstico clínico en base a la presencia de: fiebre, mancha negra ("tache noire"), rash maculopapular y adenopatías. Entre los datos de laboratorio valoramos: hemograma, perfil hepático, y reactantes de fase aguda. Hacemos el estudio de seroconversión por medio de la técnica de ELISA con reactivo para R. conorii, haciendo la determinación en dos muestras de suero en paralelo separadas por 2-3 semanas.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 69 pacientes, de los que, 58 (84.06%) presentaban clínica compatible y 31 (44.93%) tenían antecedentes epidemiológicos compatibles. Analfíticamente destacó que 65 pacientes (94.20%) tenían leucotrombopenia y 60, (86.96%), elevación de transaminasas. Cincuenta y ocho pacientes (84.06%) fueron tratados con doxiciclina, con excelente respuesta en todos ellos (100%).

Existe confirmación serológica en 19 pacientes (27.54%); 17 (89.47%) presentaban clínica compatible, y 2 (10.53%) manifestaciones menos específicas (sudoración, malestar, fiebre, cefalea). Cincuenta (72.46%) no presentaron seroconversión, aunque



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

17 de ellos(34%) presentaban la triada clásica (mancha negra, fiebre y rash). De entre los confirmados, la clínica más frecuente fue la triada, presente en 16 pacientes (84.21%). Doce (63.16%) pertenecen al género masculino, y 7 (36.84%) al femenino; la edad media fue de 50.36 años (rango 3-75). Analizando los factores predisponentes: la estancia en medio rural está presente en 8 casos (42.11%), la caza, en 4 (21.1%) y el contacto con animales, en 7 (36.84%). Reciben tratamiento con Doxiciclina 16 pacientes (84.21%) con excelente respuesta; los 3 restantes (15.79%) recibieron otro tipo de tratamiento (Levofloxacin, Ceftriaxona y Amoxicilina-Clavulánico), 2 pacientes (10.53%) con buena evolución y 1 (5.26%), que fallece.

DISCUSIÓN

Destaca, en un ámbito urbano una elevada prevalencia de casos compatibles con antecedentes epidemiológicos congruentes, pero, al compararlo con la literatura, la tasa de seroconversión es baja, donde la técnica de ELISA presenta una sensibilidad (85%) y especificidad (100%). Probablemente se deba, en parte, a que el tiempo pasado entre las dos determinaciones sea insuficiente, sugiriendo algunos artículos repetir la determinación pasado dos meses, lo que puede aumentar su sensibilidad. Además existe la posibilidad de otras rickettsiosis con clínica similar que no se determinan con nuestra técnica, y que la técnica de ELISA tiene una sensibilidad algo menor que la inmunofluorescencia. Destaca que al ser el diagnóstico serológico un diagnóstico retrospectivo, con la sospecha clínica se inició tratamiento idóneo con muy buena evolución, confirmándose la importancia de establecer el tratamiento de forma empírica cuando la clínica es altamente sugestiva.

CONCLUSIONES

El diagnóstico clínico es relativamente fácil al encontrarse las manifestaciones clásicas y los antecedentes epidemiológicos compatibles, en un elevado porcentaje de pacientes, siendo esto útil para refrendar este diagnóstico previo a su comprobación serológica. Ante el diagnóstico de sospecha se debería empezar tratamiento con doxiciclina, o bien quinolonas, debido a la buena respuesta y la baja tasa de complicaciones tras el inicio precoz del mismo.

El diagnóstico serológico debe tener en cuenta la sensibilidad y especificidad del tipo de estudio que realiza cada centro, valorando la posibilidad de repetir una determinación tardía serológica (al 2º mes), si este ha sido negativo y la sospecha clínica, elevada.

EI-12 PREDICTORES DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON COINFECCIÓN POR VIH-VHC: UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS AL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DIRECTOS (ADD)

D. Rial Crestelo, M. Torraba González De Suso, C. Hernández Gutiérrez, G. Pindao Quesada, J. Martínez Sanz, M. Mozo Ruíz, S. Laínez Justo, M. Rodríguez-Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS

La infección crónica por virus de la hepatitis C es una causa de fibrosis hepática progresiva, especialmente en el seno de pacientes con infección por VIH. Actualmente disponemos de nuevos fármacos antivirales directos para el tratamiento del VHC. Sin embargo, debido a su elevado precio, sólo se utilizan en pacientes con enfermedad hepática avanzada o que no responden a terapias subóptimas con interferón y ribavirina. Nuestro objetivo es caracterizar el grado de fibrosis hepática en nuestra población de pacientes con infección por VHC y/o VHB mediante la elastografía y detectar variables que se asocien a progresión de fibrosis, y de este modo, conocer qué porcentaje de pacientes serían candidatos a uso de los nuevos fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de cohorte única. Se incluyeron todos los pacientes de la unidad VIH con seguimiento de al menos 1 año. Se determinó el grado de fibrosis hepática mediante elastografía basal y posteriormente con elastografías cada 6 meses o anuales. Se analizó el grado de progresión de la fibrosis hepática en aquellos pacientes con al menos 2 elastografías. Se analizaron variables como sexo, edad, genotipo y carga viral de VHC, polimorfismo del gen de la ILB28 e índice Prometheus. Sólo los pacientes con elastografía basal con más de 9,5 Kpas se consideraron susceptibles de ser tratados con AAD. Los pacientes que tenían contraindicaciones absolutas o relativas para el tratamiento con interferón como epilepsia, embarazo, alcoholismo activo o depresión, entre otros, fueron criterios de exclusión para iniciar tratamiento con IFN+RIB+AAD. Se consideró no subsidiario de administración de ADD a aquellos pacientes con índice prometheus >90% y genotipo 3.

RESULTADOS

Se analizaron 193 pacientes con infección por VIH siendo el 70% varones con una mediana de edad de 49 años.

La prevalencia de serología VHC+ fue del 44% y el 35% tenían PCR VHC+. El 63% presentaban un genotipo 1 y un 17 y 19% genotipo 3 o 4 respectivamente. El 53% presentaban un CV superior a 800.000 copias/ml y un 5,7% presentaban además



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

HBsAg +. Los polimorfismos del gen de la IL28b fueron en un 54% CT, 37,8% CC y 7,5% TT. La elastografía basal reveló un grado de fibrosis F0: 21,2%, F1: 22,9% F2, 14,6% F3, 12,5% y F4: 28,1%. La mediana del índice Prometheus fue de 43,3% (IQR 19,4-79,5). Un 40% de los pacientes coinfectados habían recibido previamente tratamiento con IFN+RIB. El 50% de los pacientes eran candidatos a recibir tratamiento con AAD, siendo F3/F4 y con Prometheus < 90%. Más de la mitad de los pacientes no han iniciado AAD.

Se estudió la progresión a fibrosis en 91 pacientes coinfectados por VIH-VHC, de los que se disponía al menos 2 elastografías. La mediana del índice Prometheus entre éstos fue 46,1% (IQR 19,3-79,8%). No encontramos asociación entre la pendiente de progresión en la fibrosis-año medida por elastografía y la edad, sexo, genotipo 1-4 vs 2-3, CV VHC, IL28b, haber sido tratado con interferón y ribavirina previamente ni con el índice Prometheus. La única variable que se asoció con mejoría de la fibrosis fue el grado de fibrosis basal medida por elastografía ($p < 0,0005$). Tras una mediana de 1,7 años de seguimiento (IQR: 0,96-2,61 años) el 44% permaneció en el mismo estadio de fibrosis, el 28,6 % mejoró y el 27,5% empeoró.

CONCLUSIONES

Aproximadamente el 50% de nuestros pacientes es candidata a la utilización de nuevos fármacos antivirales directos (AAD) en el momento actual para el tratamiento del VHC. NO hallamos buenos predictores de progresión a fibrosis hepática. El único predictor débil de progresión encontrado fue el grado de fibrosis basal.

Los pacientes con mayor grado de fibrosis presentan menor progresión de la fibrosis que aquellos con menor fibrosis

EI-13 MUJER Y COINFECCIÓN

Á. Gutiérrez Liarte, L. García-Fraile Fraile, M. Ampuero Morisaki,
D. Martín Iglesias, I. Santos Gil

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

OBJETIVOS

La coinfección por VHC en VIH es común (20-30%). Se estima que un 20% de los pacientes coinfectados son mujeres. Estudios previos muestran en las mujeres menor progresión de la enfermedad hepática que en los hombres. El objetivo principal del estudio es analizar si existen diferencias en el grado de afectación hepática, según el género, en nuestra cohorte. Como objetivos secundarios, describir las características de las mujeres de la cohorte y sus diferencias con los hombres, así como las diferencias en la respuesta al tratamiento frente al VHC

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas, en una muestra compuesta por 198 pacientes coinfectados VIH/VHC en seguimiento en la consulta externa del H. de la Princesa, que no presentaron resolución espontánea. Se diferenció a los pacientes según su sexo, y se analizó si existían diferencias en sus características, su grado de afectación hepática y la respuesta al tratamiento del VHC. Análisis estadístico con SPSS 22

RESULTADOS

Muestra de 198 pacientes, 45 mujeres (22.7%). Edad media similar [48,54 años en mujeres (M) vs 49.5años en hombres (H)]. Mayor consumo de alcohol en H. Las cifras de nadir de CD4 medio fueron de 228 cel/mm³ en M vs 206 cel/mm³. Similares tasas de TAR (98% M vs 95% H). El tasa de genotipo 1a en H fue más frecuente que en M (12.5%M vs 31.5%H, p= 0.01). La CV de VHC fue <800.000 cp/ml en el 60.5% de las M y el 50% de los H. El número de M con F0 por Fibroscan fue superior al de los H (37% vs 22%, p=0.046). Tasas similares de descompensación hidrópica (4% M vs 5% H), esteatosis hepática (15% M vs 16% H) y varices esofágicas (10% vs 6%). Glucemia media 93 mg/dl en M vs 101mg/dl en H (p=0.047). Colesterol total medio 174mg/dl en M vs 169, con colesterol HDL medio 61mg/dl en M vs 48mg/dl en H (p<0.001), y media de colesterol LDL similar (92.5mg/dl en M vs 94mg/dl). Triglicéridos medios 110mg/dl en M vs 140mg/dl (p=0.013). Valores similares de transaminasas (GOT: 52.6 U/l M vs 59 U/l, GPT: 62 U/l M vs 77 U/l). Recibieron tratamiento para el VHC el 58% de las M vs 70% de los H. Similar distribución en el tipo de tratamiento recibido, siendo el IFNpeg +RBV el más empleado (82% en ambos), con un 14% en M y 9% en H con triple terapia. La tasa de abandonos por RAM fue superior en las M (21% vs 8%, p=0.046). Alcanzarán RVR 37% M vs 28% H; RVP 74% M y 69% H; RFT 72% M y 63% H; RVS 48% M vs 54% H, sin alcanzar la significación estadística. Se observó un 54% de recidiva en las M que no alcanzaron la RVS vs un 24%H, 31% de las M fueron respondedoras nulas vs 42%, 15% respondedoras parciales vs 32%, y ninguna presento breakthrough vs el 3% de los H

DISCUSIÓN

Se observó un perfil de infección más desfavorable entre los varones, con mayor prevalencia de infección por el genotipo 1a y CV de VHC más elevadas. Así mismo el daño hepático fue menor en las mujeres, con mayor frecuencia de F0 medido por fibroscan, aunque tasas similares de complicaciones derivadas de la hepatopatía (descompensación hidrópica, estatosis y varices esofágicas). El perfil cardiovascular de las mujeres coinfectadas fue más favorable, con cifras menores de glucemia y triglicéridos, y cifras mayores de colesterol HDL. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con IFN pegilado + RBV, con tasas superiores de abandono por efectos



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

adversos entre las mujeres. Las mujeres alcanzan la respuesta virológica de forma más precoz que los hombres, sin embargo se observan en este grupo tasas menores de RVS, probablemente debido a mayor frecuencia de recaída

CONCLUSIONES

Las mujeres de esta cohorte presentan menor grado de afectación hepática que los hombres (Fibroscan), sin que esto se traduzca en una mejor respuesta posterior al tratamiento, condicionado en parte por el mayor número de abandonos por efectos adversos y la mayor frecuencia de recaídas

EI-16 ABSCESO HEPÁTICO: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS A EVOLUCIÓN DESFAVORABLE

G. Pindao, C. Hernández, D. Rial, J. Martínez, M. Mozo, M. Torralba, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, de las pruebas complementarias y tratamiento, del absceso hepático piogénico (AHP) e identificar factores asociados a evolución desfavorable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados de AHP en el Hospital Universitario de Guadalajara entre 2008 y 2014. El análisis se realizó mediante recogida de variables de laboratorio, estudios de imagen y tratamiento de la historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes, el 65,3 % fueron varones y la edad media fue de 66 años (IIC: 56-77,5). Los antecedentes de comorbilidad recogidos más frecuentes fueron enfermedad biliar previa (36,8 %) Diabetes Mellitus (28,6%), cirugía abdominal en los últimos 3 meses (28,6%) y patología maligna en el último año (8,2%).

La presencia de fiebre (77,6%), dolor abdominal (57,1%), náuseas y vómitos (30,6%) e hiporexia (34,7%) fueron los síntomas y signos más comúnmente encontrados. La presencia de derrame pleural o atelectasia basal derecha en la radiografía de tórax se observó en 16 pacientes (32,7%). Se realizó ecografía abdominal en el 46,9% de los enfermos y TC abdominal en un 98%; sólo a 7 pacientes se les practicó RMN por dudas diagnósticas. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico radiológico fue inferior a un día en un 75 % de los casos. El tamaño del AHP fue mayor a 5 cm de diámetro en

66,7 %, la localización más frecuente fue el lóbulo hepático derecho (66,7%), siendo múltiple en el 28,7%.

Se extrajeron hemocultivos en 37 pacientes, de los cuales 45,9% fueron positivos, y se obtuvo cultivo de drenaje en 39 pacientes, resultando positivo en 64,1%. En 9 pacientes no se obtuvo ningún cultivo positivo. Los microorganismos más frecuentemente aislados en cultivo de drenaje fueron Streptococo grupo Viridans en 17,9%, E. Coli en un 7,7% y fueron polimicrobianos 28,2 %. El origen de los mismos fue idiopático en 23 casos (48%).

Se prescribió antibioterapia empírica al ingreso a todos los enfermos, siendo de elección Piperacilinatazobactam (38,8%), tras resultados microbiológicos se modificó el tratamiento en 17 pacientes. Se drenó el AHP con colocación de catéter por vía percutánea en el 53,1% (26/49), manteniendo el catéter una de mediana 18 días (IIC: 7-25).

La estancia de media del ingreso fue 21 días (IIC: 14-30). La prueba de imagen para control evolutivo fue la TAC en al menos el 80 % de los pacientes, que mayoritariamente (57,1%) se realizó al mes del alta.

La evolución desfavorable (complicaciones locales y a distancia, sepsis grave, shock séptico, ingreso en Unidad Cuidados Intensivos, fallecimiento y duración del ingreso mayor de 30 días) se observó en 19 pacientes y se relacionó con las siguientes variables: el sexo femenino, antecedente de patología maligna digestiva en el último año, cirugía abdominal en los últimos tres meses, Gammaglutamiltranspeptidasa > 94 UI, Fosfatasa Alcalina (FA) >120 UI, elevación de Creatinina (Cr) (mg/dL) e hipoalbuminemia (g/L). Tras regresión logística multivariante, utilizando como variable dependiente la evolución desfavorable; el sexo, la FA >120 UI y la Cr se mostraron como variables predictoras independientes de mala evolución.

CONCLUSIONES

El AHP se desarrolla en paciente con comorbilidad asociada. La mayoría de ellos han respondido adecuadamente a antibioterapia y drenaje percutáneo. La evolución desfavorable se asocia a sexo femenino, a la elevación de la FA y la creatinina.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Comunicaciones orales

Sesión 2

PP-1 ANÁLISIS DE LA DEPRESCRIPCIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Marcos Sánchez, J. Magallanes Gamboa, A. Blanco Jarava,
A. Vizuete Calero, M. Yzuzqui Mendoza, A. Gallegos Polonio, K. Marín Mori,
I. Hernández Alconchel

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Cada vez hay un mayor número de ancianos. Su consumo de fármacos está aumentando progresivamente, pero a pesar de esto su percepción de salud no crece de forma simultánea. Deprescripción se define como el cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico.

La finalidad de la deprescripción es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando por el conocimiento de la situación del paciente y el estado de sus enfermedades, la indicación de los medicamentos que recibe y su seguimiento posterior. Nuestro objetivo consistía en conocer como actuabamos en cuanto a la deprescripción en un período del 2014, antes de realizar algunas medidas para incrementar la actividad en ésta área. En este primer estudio únicamente valoramos la deprescripción en pacientes polimedificados(6 o más fármacos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un período de unos 2 meses en el último trimestre del 2014, analizamos las altas de hospitalización en relación con los tratamientos medicamentosos con 6 o más fármacos, realizadas por un Servicio de Medicina

Interna de un Hospital del grupo 2. Excluimos del estudio los pacientes que fallecieron, los que ingresaban para la realización de un procedimiento o que habían sido trasladados desde otro Servicio.

RESULTADOS

El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 158. Recibían previamente al ingreso un tratamiento que incluía 6 ó más fármacos un total de 106 pacientes(67%), por lo tanto 52 enfermos(33%), tenían un tratamiento previo con menos de 6 fármacos. Se realizó alguna medida de deprescripción en 17 pacientes (16%, respecto al total de pacientes con 6 o más fármacos previamente).

Analizando la deprescripción por familias de fármacos, se retiró medicación antihipertensiva en 7 pacientes, cinco de ellos eran fármacos de acción diurética, fármacos antiinflamatorios en 5 pacientes, sedantes de la familia de benzodiazepinas en 5 casos, hipolipemiantes en 4 casos, antidiabéticos en otros cuatro casos e inhibidores de la bomba de protones en tres y bifosfonatos en otros tres casos.

En 10 de los 17 pacientes(58%) en los que se realizó deprescripción se retiraron medicamentos de 2 ó más familias simultáneamente.

DISCUSIÓN

Habitualmente tenemos la percepción de que la inmensa mayoría de los pacientes que ingresan en el servicio de Medicina Interna, al tratarse de pacientes crónicos pluripatológicos y en la mayoría de las ocasiones multingresadores, reciben un tratamiento con 6 ó más fármacos. Sin embargo en 1/3 de nuestros pacientes, no fue así en nuestro estudio.

Se realizó en el momento de alta hospitalaria alguna medida de deprescripción en un total de 17 pacientes(16% del total de los pacientes polimedicados) , lo que consideramos es un resultado aceptable.

Pese a que el número de pacientes en los que se actuó retirando algún fármaco fue escaso, sin embargo en más de la mitad de los casos se retiraron medicamentos de 2 ó más familias simultáneamente.

CONCLUSIONES

En la actualidad existen barreras asociadas a la deprescripción, debido a la receta electrónica que reactiva automáticamente la continuidad de las prescripciones, por la existencia de guías y protocolos intervencionistas, educación médica centrada en el medicamento, inercia sobreterapéutica, por reticencia a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos, para no discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia, etc. Es necesario obtener de los medicamentos el máximo partido posible y emplearlos de modo juicioso acorde con las necesidades del paciente y su expectativa y calidad de vida.

PP-2 DEPRESCRIPCIÓN EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PRIMARIA INTERNA (UCAPI) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Machin Lazaro⁽¹⁾, M. Gasanz Garicochea⁽²⁾, E. Martín Alcalde⁽²⁾,
I. Pérez Rodríguez⁽²⁾, A. Pereira Julia⁽¹⁾

*⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna-UCAPI, ⁽²⁾Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara*



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

OBJETIVOS

Realizar una revisión del perfil farmacoterapéutico con el fin de valorar la retirada de fármacos o disminución de dosis y el coste económico asociado a la deprescripción en la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria Interna (UCAPI) del Servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y descriptivo. El periodo de estudio fue de diciembre de 2014 a febrero de 2015. Durante el periodo de estudio se analizaron los pacientes dados de alta en la UCAPI del Servicio de Medicina Interna. Los fármacos a estudio fueron principalmente aquellos más prescritos y que suponían mayor coste/paciente durante el primer semestre de 2014 en el área integrada de nuestra provincia. Los principales fármacos analizados fueron: inhibidores de la bomba de protones (IBP), estatinas e inhaladores (combinaciones LABA + Corticoide).

Se realizó un análisis teniendo en cuenta la indicación de esos fármacos en cada paciente revisando la historia clínica y estableciendo un objetivo terapéutico para cada fármaco conforme a la edad, las condiciones clínicas y las recomendaciones de las últimas guías. Posteriormente se calculó el gasto evitado que supuso la deprescripción. Las variables recogidas fueron edad, sexo, categoría de paciente pluripatológico según clasificación de la SEMI, fármacos a estudio y su indicación.

RESULTADOS

Se revisaron consecutivamente en el periodo estudiado la historia clínica de 68 pacientes (37 hombres y 31 mujeres) con una media de edad de 77,5 años. Cumplían categoría de paciente pluripatológico un 22% (15) siendo las de la categoría A (cardiovascular) y la C (respiratorio) las mayoritaria.

Se identificaron como candidatos a una deprescripción en su tratamiento 44 pacientes, bien por fármacos no indicados (33 pacientes) o bien por necesidad de reducir/aumentar dosis (7 pacientes).

Se localizaron 33 fármacos susceptibles de retirada pertenecientes a los siguientes grupos: 52% IBP, 36% estatinas y 12% otros (benzodiazepinas, anticolinesterásicos, etc); 7 fármacos susceptibles de reducir/aumentar dosis según indicación por dosis excesiva/insuficiente y 2 sustituciones farmacológicas a opciones más costo efectivas (simvastatina - atorvastatina).

Teniendo en cuenta la deprescripción realizada en los fármacos identificados en los 44 pacientes se conseguiría un ahorro estimado al mes de 864.62€ (20 € ahorrados por paciente), restando al gasto real mensual el gasto de retirar, reducir o aumentar dosis.

DISCUSIÓN

Aunque se trata de un estudio pequeño, los resultados obtenidos motivan la revisión periódica de la medicación habitual del paciente así como evaluar la continuidad,

suspensión, ajuste de dosis o sustitución farmacológica en función de la situación funcional del mismo, no solo con vistas al ahorro económico sino también para disminuir posibles efectos adversos.

CONCLUSIONES

La deprescripción es una herramienta útil para conseguir el uso racional de los medicamentos y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Para ello es imprescindible la integración de varios profesionales sanitarios en un equipo multidisciplinar que atienda al paciente (médico especialista, médico atención primaria y farmacéutico).

PP-5 PANICULITIS MESENTÉRICA: ¿UNA ENTIDAD SUPRADIAGNOSTICADA?. A PROPÓSITO DE UNA SERIE UNICÉNTRICA DE 58 CASOS

C. Suárez Acosta, E. Romero Fernández, E. Calvo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

Estudiar las características de los pacientes diagnosticados de paniculitis mesentérica (PM) en nuestro Hospital y analizar posibles factores implicados en la sobreestimación de casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 58 pacientes diagnosticados de PM entre enero de 2009 y marzo de 2015 en el Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid. Se recogieron datos epidemiológicos, sintomatología, tratamiento y evolución. Los datos fueron analizados con el programa informático SPSS Statistics 2.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 58 pacientes (31 hombres y 27 mujeres) con una edad media de 73,81 años y una mediana de edad de 76 años (rango: 38-93). De los 58 pacientes, 14 tenían antecedentes oncológicos siendo la prevalencia de cáncer en nuestra serie del 24% y el tiempo medio desde dicho antecedente hasta el diagnóstico de PM de 5 años. El cáncer más frecuente fue el adenocarcinoma de colon (44%) seguido por el carcinoma de pulmón (21%), melanoma (14%), urotelioma (14%) y carcinoma de cérvix (7%). El 82,5% de los pacientes diagnosticados de PM presentaba dolor abdominal, el 8,5% fiebre, el 7% disnea y el 2% diarrea. Del total de enfermos con dolor abdominal, un 19% de ellos presentaba simultáneamente otras patologías causantes de abdominalgia (9% colecistitis, 4% pancreatitis, 2% apendicitis, 2% hernia abdominal complicada y 2% pseudoobstrucción intestinal). El diagnóstico de PM se realizó de acuerdo a los



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

hallazgos de la tomografía axial computarizada (TAC) en todos los casos y sólo en 3 se realizó estudio anatomopatológico sin confirmarse dicho diagnóstico. Todos fueron tratados por presentar síntomas siendo el reposo intestinal, los AINEs y la antibioterapia las estrategias más utilizadas aunque 10 pacientes recibieron corticoides para control sintomático.

Sólo un paciente falleció.

DISCUSIÓN

La PM es un proceso inflamatorio crónico de la grasa mesentérica que es poco frecuente y que se relaciona con neoplasias, traumatismos abdominales o tabaco aunque su origen puede ser idiopático. En nuestro estudio, detectamos al igual que en la bibliografía mayor frecuencia en la 6ª-7ª década de la vida aunque la frecuencia según sexo fue similar a pesar, de que la relación 2:1 hombre, mujer es la más descrita. En la literatura un 45% son asintomáticos pero en nuestra serie todos presentaban síntomas. A pesar, de que el diagnóstico histológico es el estándar oro sólo en una minoría de los casos publicados se realizó biopsia mesentérica quedando ésta relegada para los casos refractarios al tratamiento habitual lo que unido a la inespecificidad de los hallazgos de la TAC y la frecuente concomitancia temporal del diagnóstico de PM con el de otras patologías causantes de dolor abdominal podría contribuir a una sobreestimación de los casos. Además, en nuestra serie se describen 58 casos diagnosticados en sólo 6 años siendo esta frecuencia elevada si tenemos en cuenta que apenas existen 200 casos descritos en el mundo lo que contribuye a reforzar nuestra hipótesis del supradiagnóstico de esta entidad.

Los pacientes no presentaron diferencias estadísticas entre los tratamientos aplicados y la resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

1) La PM es una rara entidad que podría ser aún menos frecuente de lo descrito, 2) la prevalencia de cáncer en la serie presentada fue del 24% siendo la neoplasia de colon la más frecuente, 3) casi un 20% de los pacientes presentaba concomitantemente otras causas de dolor abdominal en el momento del diagnóstico de PM, 4) El supradiagnóstico podría contribuir a aumentar la morbilidad y los costes derivados de la estancia hospitalaria de estos enfermos debido a la utilización de tratamientos innecesarios por lo que creemos necesaria la incorporación de la biopsia mesentérica como confirmación a los hallazgos de la TC.

PP-7 PROGRAMA COMPARTE: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN LA COMARCA DEL ALJARAFE. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE POBLACIONES

J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, S. Delgado Romero⁽²⁾, C. González Becerra⁽²⁾, A. Fernández Moyano⁽²⁾, I. Vallejo Maroto⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

OBJETIVOS

Nuestro Hospital-Distrito Sanitario cuenta desde el año 2009 con un programa de atención continuada enfocado en la asistencia del paciente crónico complejo. Se basa en un modelo de atención longitudinal entre distintos niveles con la participación de distintos profesionales sanitarios y distintas especialidades. Dicho formato pretende dar respuesta a la atención sanitaria de la población de pacientes crónicos de la comarca del Aljarafe. Una de las estrategias que defiende nuestro modelo es impulsar la continuidad asistencial interniveles mediante la atención reglada del paciente tras un alta hospitalaria. Esta atención tiene como líneas argumentales la visita conjunta (médico/enfermera de familia) en el domicilio en 48-72 horas hábiles tras el alta y revisión del tratamiento farmacológico. El Aljarafe tiene actualmente censados aproximadamente 280.000 habitantes. 9 Zonas Básicas de Salud (ZBS) dependen de nuestro hospital. Nuestro objetivo fue conocer si existen diferencias en la atención de los pacientes incluidos en el programa según las diferentes ZBS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes incluidos en el Programa Comparte con al menos una hospitalización en el año 2014 procedentes de dos áreas geográficas diferentes: S.Juan de Aznalfarache (21663 hab. y sólo a 10 km) y Pilas (13.837 hab. a 33,4 km). Estudiamos como variables: edad, sexo, motivo de inclusión en el programa, número de hospitalizaciones, días de hospitalización, mortalidad intraepisodio, inclusión en atención primaria (AP), visita en 48-72 horas hábiles, visita conjunta y revisión del tratamiento farmacológico en el domicilio.

RESULTADOS

Recogimos un total de 93 pacientes en el periodo analizado: 57 de la localidad de S.Juan (61.3%) y 36 procedentes de Pilas (38.7%). La edad media fue de 78,71 (DE:10,1) años, no existiendo diferencias entre localidades. La distribución por sexo fue de un 47.3% hombres y 52.7% mujeres. La media de días de hospitalización durante el 2014 fue de 10.42 días (DE:8,36). La media de ingresos fue de 1.34 (1-5 máximo.)



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

En relación con la inclusión de los pacientes al alta hospitalaria, 66 pacientes se incluyeron en el Programa en AP, 2 pacientes no fueron incluidos y 25 fallecieron en el episodio de hospitalización. La mayor parte de los pacientes incluidos (64.5%) cumplían criterios de Pluripatología siendo este dato similar en ambas localidades, si bien en Pilas el porcentaje de pacientes oncológicos paliativos incluidos fue superior (33.3% vs 10.5%). En relación con la visita en el domicilio, se realizó en 48-72 horas hábiles en un 85% de los pacientes de la localidad de S.Juan, frente a un 69,2% de los pacientes de Pilas. La visita fue conjunta (médico-enfermera) en un 50% de los pacientes de S.Juan, frente a un 30,8% de los pacientes de Pilas. Se revisó el tratamiento farmacológico en un 82.5% de los pacientes de S.Juan, frente a un 57.7% de los pacientes de Pilas.

DISCUSIÓN

La distribución por sexo y edad, así como el motivo de inclusión, número y días de ingreso es similar en ambas ZBS. La inclusión de los pacientes en AP es casi del 100%. Sin embargo, encontramos diferencias en el cumplimiento de las visitas domiciliarias, visitas conjuntas y conciliación del tratamiento; favorables a la ZBS de S.Juan, localidad más cercana pero sin embargo con una situación económica y cultural más precaria que Pilas. Pensamos que estas diferencias pueden estar en relación con la accesibilidad a nuestro centro hospitalario, la carga asistencial, el distinto perfil de actividad profesional, así como el grado de satisfacción y motivación de los distintos profesionales involucrados.

CONCLUSIONES

Encontramos diferencias en la atención de los pacientes que pueden estar en relación con el distinto perfil de actividad profesional, satisfacción de los profesionales, así como la accesibilidad a nuestro hospital de una u otra localidad. Estos matices están siendo evaluados y serán fruto de próximas comunicaciones.

Comunicaciones orales

Sesión 3

ETV-1 TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES AFECTOS DE GLIOBLASTOMA. HALLAZGOS DEL REGISTRO R.I.E.T.E.

J. Portillo Sánchez⁽¹⁾, I. De La Rocha Vedia⁽²⁾, F. González Gasca⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

OBJETIVOS

Analizar los eventos tromboembólicos venosos (ETV): trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVP) y embolia pulmonar (EP), en pacientes afectados de Glioblastoma, en cuanto factores de riesgo, tromboprofilaxis, tratamiento inicial, recurrencias y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes afectados de TVP) y EP, incluidos en el registro RIETE, en el período 2001-2014, y con antecedentes de Glioblastoma(GI), comparándolos con subgrupos de: (resto cánceres(GII), y sin cáncer(GIII)).Analizamos tipo de evento, factores de riesgo, tromboprofilaxis, tratamiento, complicaciones del mismo y recurrencias. Así mismo se analizó la mortalidad y supervivencia en el subgrupo Glioblastoma.

RESULTADOS

Se analizaron 72 pacientes afectados de Glioblastoma, 61.1% hombres con edad media global de 64(±11.1) años.

Los factores de riesgo relevantes fueron cirugía previa (36.1%), inmovilidad previa > 4 días (31.9%), con menor incidencia de antecedente de TVP(12.5%) que el grupo sin cáncer (16.2%). La tromboprofilaxis se realizó con LMWH en el 23,68% de los casos inferior al 65% del grupo III. La forma predominante de presentación del evento en el GI fue como EP(40-55,6%).El tiempo, en meses, de presentación de la TVP en el grupo Glioblastoma(GI), fue mucho menor ($P<0.001$) (6 ± 6.7) comparado con el resto de pacientes con cáncer GII (32 ± 55.0) El tratamiento inicial del GI, con LMWH fue similar al resto de grupos, siendo como tratamiento prolongado en este grupo, a diferencia del resto de grupos en los que predominó los antivitaminas K. Hubo mayor utilización de filtros de vena cava (8.33%) comparado con el GII(4.59%) y sin cáncer (1.93%).La duración del tratamiento fue menor en el GI –Glioblastoma-, los cuales presentaron mayor porcentaje de complicaciones(56,9%), casi duplicando y quintuplicando a los pacientes de los grupos II y III. Así mismo, el grupo I presentó mayor porcentaje de complicación hemorrágica mayor($p<0.001$) (14.5%) en forma de



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

hemorragia cerebral (3.48%) comparado con los grupos otros grupos de cáncer>(GII-1.06%),y sin cáncer(GIII-0.66%).Hubo mayor porcentaje de recurrencias en grupo I en forma de EP (7,27%).La mortalidad global fue superior en el GI($p<0.001$, siendo la hemorragia y la progresión del cáncer las más frecuentes($p<0.001$). La supervivencia del GI, fué menor en mujeres ($p=0.026$), sobre todo a partir de 3 meses del evento de TVP, con mayor mortalidad en los pacientes afectos de EP aislada o concomitante con TVP.

- Se presentarán Gráficos de Análisis de Supervivencia y tablas de resultados.

DISCUSIÓN

Los pacientes con Glioblastoma multiforme presentan un estado de hipercoagulabilidad generalizada con una incidencia de TVP tras la cirugía del 3 al 60%, y con tasas mortalidad del 9 – 50%. El mayor número de eventos de trombosis venosa se produce en los 3 primeros meses tras el diagnóstico del tumor, confirmandolo en nuestra serie, el cual fué de 134,31 días, lo que nos podría apoyar el proponer realizar una trombotprofilaxis mucho más prolongada y precoz en los pacientes con Glioblastoma. Destacamos los factores de riesgo más predominantes como la Neurocirugía reciente, la inmovilidad, con casi nula incidencia de la existencia de Trombofilia congénita. Se destacan los aspectos de mayor complicación en cuanto recurrencias y hemorragias. mayores y mortalidad en el grupo de Glioblastoma.

CONCLUSIONES

1.- Los eventos de ETV (TVP y EP) en los pacientes con tumor cerebral se relacionan mayoritariamente con cirugía reciente e inmovilidad, realizándose menor nivel de trombotprofilaxis en cuanto dosis y duración. 2.- El tratamiento generalizado es con HBPM, con mayor incidencia global de hemorragias mayores y mayor índice de recurrencias. 3.- Los pacientes con Glioblastoma presentan la mayor mortalidad precoz, predominando la EP.

EC-1 CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN ORAL

J. Sánchez-Redondo⁽¹⁾, G. Quispe Figueroa⁽²⁾, N. Rebollo Aparicio⁽¹⁾, E. Merino Lanza⁽³⁾, V. Moreno Cuerda⁽¹⁾, C. Peña Arce⁽¹⁾, F. Rodeles Melero⁽¹⁾, J. Ruiz Galiana⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Urgencias, ⁽³⁾Servicio de Cardiología. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)

OBJETIVOS

La indicación de anticoagulación oral (ACO) está aumentando en los últimos tiempos, especialmente a expensas de mayor incidencia de Fibrilación Auricular (FA) en la población mayor de 65 años. En algunos casos de FA, a pesar de una clara indicación de anticoagulación, el riesgo hemorrágico supera al embolígeno, limitándose entonces las posibilidades profilácticas en esta clase de pacientes. En la presente comunicación analizamos la experiencia del Hospital Universitario de Móstoles con pacientes a los que se solicitó cierre percutáneo de orejuela izquierda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de cuatro casos en los que se ha realizado cierre percutáneo de la orejuela izquierda, con indicación por riesgo cardioembólico (CHADS2 \geq 2) y hemorrágico (HAS-BLED \geq 3) elevados.

RESULTADOS

Se ha implantado dispositivo de cierre de orejuela izquierda a cuatro pacientes del Hospital Universitario de Móstoles, todos ellos cumpliendo criterio de elevado riesgo cardioembólico (CHADS2 \geq 2) y elevado riesgo hemorrágico. (HAS-BLED \geq 3 o sangrado mayor). Ninguno de ellos presentó complicaciones periprocedimiento. Sólo uno de ellos presentó un evento hemorrágico menor (hematuria) al mes del procedimiento, favorecido por la doble antiagregación que ha de mantenerse los primeros meses.

DISCUSIÓN

El cierre de orejuela se plantea a pacientes con FA con elevado riesgo cardioembólico y elevado riesgo hemorrágico, como alternativa a la anticoagulación. Al no recibir anticoagulación, el riesgo hemorrágico disminuye, con una tasa de eventos cardioembólicos similar a los pacientes tratados con ACO. Sin embargo, no está exento de complicaciones periprocedimiento como puede ser el taponamiento cardiaco o la embolización del dispositivo. Nuestros resultados se asemejan a los recogidos en la literatura, no habiendo presentado ninguno de nuestros pacientes complicaciones al mes del procedimiento.

CONCLUSIONES

El cierre percutáneo de orejuela izquierda supone una alternativa razonable en pacientes con FA y elevado riesgo embólico no candidatos a anticoagulación por riesgo hemorrágico.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

	CHADS	HAS-BLED	Sangrado mayor	Motivo del procedimiento	Tratamiento alternativo	Incidencias posteriores.
Paciente 1. Varón. 64 años	2	3	Hemorragia intracraneal	Hemorragia intracraneal	No	NO
Paciente 2. Mujer. 63 años.	3	4	Anemización severa	Ictus tras retirada de ACO	- Apixaban - Retirada de ACO	NO
Paciente 3. Varón. 78 años	4	5	NO	Hemorragias frecuentes	- Dabigatrán	Hematuria
Paciente 4. Varón. 78 años	3	3	Anemización severa (sangrado digestivo)	Elevados requerimientos transfusionales	No	NO

V-4 ESTUDIO DE IMPACTO DEL SAHS EN EL EPOC CATEGORÍA B DE LA GOLD FRENTE AL C EN EL ÁREA DE TALAVERA

A. Gil Fuentes⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽²⁾, D. Rojas Tula⁽¹⁾, J. Pérez Laya⁽¹⁾, I. Peñas De Bustillo⁽¹⁾, M. Olaverria Pujols⁽¹⁾, J. Serrano Rebollo⁽¹⁾, Á. Ochoa Ramírez⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Neumología, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La última clasificación GOLD de la EPOC clasifica a los pacientes por grupos en base a los síntomas y/o calidad de vida (CVRS) y riesgo de exacerbaciones (FEV1<50% y/o 2 agudizaciones-1 hospitalización en último año). En la cohorte de los estudios Copenhagen y COCOMICS se objetiva que el grupo EPOC B (más síntomas y bajo riesgo) tienen peor supervivencia a 1 y 3 años de seguimiento que el grupo C (pocos síntomas y alto riesgo) y apuntan que podría ser causado por enfermedad cardiovascular, mayor grado de inflamación sistémica y cáncer. La concurrencia de síndrome de apnea hipopnea de sueño (SAHS) en los pacientes EPOC (overlap) no es mayor que en la población general.

Objetivo: Demostrar que los pacientes del grupo B de la GOLD tienen mayor prevalencia de SAHS y alteraciones cardíacas frente al grupo C.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y aleatorizado. Se captan a los pacientes a través del laboratorio de función pulmonar con diagnóstico de EPOC y tras subdividir

en B y C se procede a realizar poligrafía respiratoria domiciliaria con equipo Alice PDx, test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) y ecocardiografía.

Después los resultados se almacenan en una base de datos, analizándose posteriormente.

RESULTADOS

Analizamos 41 pacientes (26 del grupo B y 15 del C). No se objetivan diferencias significativas en relación al sexo y a la edad en ambos grupos (66.2 ± 9.3 para el B y 67.7 ± 7.6 para el C).

Observamos un IMC superior en los pacientes del grupo B frente al C (30.5 vs 26.9) y un % superior de tabaquismo activo en el B (34.6% vs 13.3%, respectivamente). El % de pacientes con HTA y DM en el grupo B y C fue: 46.2% y 26.9% vs 33.3% y 13.3%, respectivamente. La puntuación del CAT en el grupo B fue de 16.1 puntos frente a 6.9 del grupo C.

La distancia en metros caminada en el TM6M fue de 452 metros para el grupo B y de 507.9 metros en el C. El Epworth fue de 8.3 vs 6.9 (B vs C, respectivamente).

En la poligrafía respiratoria, el IAH medio fue de 20.5 (B) frente a 10.9 (C). La SatO₂% media y mínima fue discretamente inferior en el B; y el CT90% e ID \geq 3% superior en el B. El % de no SAHS/SAHS leve en el grupo C fue del 80% mientras que el % de SAHS moderado/severo fue del 54% en el grupo B.

En la ecocardiografía destacamos un % superior de disfunción diastólica en el grupo B vs C (16.7% frente a 8.3%, respectivamente).

El 61.5% de los pacientes del grupo B precisaron CPAP, frente al 26.7% del C.

CONCLUSIONES

Los pacientes del grupo B de la GOLD tienen un mayor IMC y % de tabaquismo activo; y otros FRCV (HTA y DM), además de un % superior de disfunción diastólica que el grupo C.

Los pacientes del grupo B presentan mayor intolerancia al esfuerzo y caminan menos que los pacientes del grupo C.

La prevalencia y gravedad del SAHS fue superior en los pacientes del grupo B frente al C, lo que podría justificar el exceso de mortalidad en este subgrupo.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

V-8 CRIBADO DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL MEDIANTE EL INDICE PRONÓSTICO CONUT

A. Ochoa Ramírez⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, V. Notario Barba⁽²⁾,
A. Blanco Jarava⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, A. Vizuetes Calero⁽¹⁾,
J. Agüero Porcel⁽¹⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

⁽²⁾Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. GAI Talavera de la Reina. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La desnutrición es un problema prevalente en los pacientes hospitalizados y que incrementa la morbimortalidad de los mismos. Se han propuesto diferentes tests y herramientas de screening de desnutrición hospitalaria. El índice pronóstico (IP) CONUT es uno de ellos. Establece 4 categorías de riesgo (sin riesgo: resultado de 0 a 1 punto, bajo: de 2 a 4 puntos, moderado: resultado de 5 a 8 puntos y alto: mayor de 8 puntos) en base a tres parámetros analíticos (colesterol, albúmina y linfocitos) que deben determinarse al ingreso del paciente. Este marcador permite identificar precozmente pacientes con riesgo de desnutrición de una forma eficiente y aplicable a la totalidad de los enfermos. Tiene un mínimo coste y no necesita ser desarrollado por profesionales especializados. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el valor del IP CONUT en los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de un hospital general así como sus implicaciones pronósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado el análisis retrospectivo de todos aquellos pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2014 a quienes se solicitaron durante el ingreso los parámetros analíticos necesarios para calcular el IP CONUT. Analizamos la edad, el sexo, la mortalidad, la estancia media y el IP CONUT. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS

En el periodo analizado se han incluido 155 pacientes. La edad media fue de 76,96 años (DE: 15.58) siendo la cuarta parte de la población estudiada de 75 o más años. La distribución por sexos fue de 52,9% para hombres y 47,1% para mujeres. La distribución de los grupos de riesgo de desnutrición fue de: 12.3% de la población sin riesgo, 32.3% con bajo riesgo, 41.9% con riesgo moderado y 13.5% con alto riesgo de desnutrición. Se considera que los pacientes con IP moderado-alto son susceptibles de intervención nutricional y constituyen el 55.5% de nuestra población. El número de hombres que

requieren intervención nutricional es significativamente mayor que el de mujeres (66.4% vs 38.4%, p 0.015). La estancia media fue de 7.91 +/- 5.56 días. Sigue una clara tendencia de: a mayor IP, mayor estancia hospitalaria; aunque no alcanza la significancia estadística (sin desnutrición 6.05 días, bajo riesgo 7.74 días, riesgo moderado 8.37 días y alto riesgo 8.57 días). La estancia es mayor en pacientes con riesgo moderado-alto de desnutrición, sin llegar tampoco a la significancia estadística (8.42 vs 7.28 días). Finalmente, la mortalidad total durante el ingreso es de 12.3%. El IP CONUT es mayor entre los pacientes fallecidos pero sin alcanzar diferencias significativas (5.16 vs 4.80).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se puede apreciar que más de la mitad de la población hospitalizada presentaban moderado-alto riesgo de desnutrición y eran susceptibles de algún tipo de intervención nutricional. La población masculina fue la más afectada. No se ha podido demostrar asociación entre el IP CONUT y la edad, estancia media o mortalidad. Sin embargo, parece existir una relación entre los mismos, no demostrable probablemente por el escaso tamaño muestral y los bajos niveles de estancia en nuestro centro hospitalario. Consideramos necesario la realización de más estudios con mayor población para demostrar estas tendencias.

CONCLUSIONES

El índice pronóstico CONUT permite estratificar nuestra población hospitalizada según el riesgo de desnutrición. En nuestro estudio no se ha demostrado su asociación con implicaciones clínicas pronósticas como mortalidad o estancia media, aunque parece existir cierta tendencia. Consideramos necesario la realización de más estudios, con mayor población para demostrar dichas tendencias.

EI-17 MORTALIDAD POR SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2

A. Blanco Jarava⁽¹⁾, A. Vizuete Calero⁽¹⁾, E. Alonso Campón⁽¹⁾,
A. Beteta López⁽²⁾, M. Galán Laredo⁽²⁾, B. Garcia Esteban⁽³⁾,
M. Arranz Nieto⁽⁴⁾, J. Álvarez Gregori⁽⁴⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Microbiología, ⁽³⁾Servicio de Farmacia Hospitalaria, ⁽⁴⁾Servicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Evaluar la mortalidad por sepsis grave y shock séptico de los pacientes ingresados, desde el Servicio de Urgencias, en el Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera (HNSP) durante el año 2014.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

MATERIAL Y MÉTODOS

En Octubre de 2012 se puso en marcha en el HNSP un equipo multidisciplinar de colaboración y apoyo asistencial, compuesto por diferentes médicos especialistas, cuya misión era garantizar el diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes con sepsis grave y shock séptico en Urgencias; y proporcionar el soporte asistencial diario de seguimiento de estos pacientes en planta de hospitalización y en UCI.

Para homogeneizar la identificación, el diagnóstico y garantizar un rápido tratamiento se desarrolló una herramienta informática de acceso universal para todos los médicos, incorporada en la historia clínica electrónica del paciente.

En el presente estudio se analiza la mortalidad por sepsis grave y shock séptico de todos los pacientes incluidos en el protocolo de sepsis grave, para seguimiento por el equipo multidisciplinar de sepsis grave, desde el 01 de Enero de 2014 hasta el 31 de Diciembre de 2014.

Los resultados fueron analizados con el programa estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS

Durante el año 2014 se incluyeron un total de 212 pacientes en el protocolo de sepsis grave. De estos, el 74,5% cumplía criterios de sepsis grave y el 25,5% de shock séptico. El 65,8% eran varones. Se decidió, desde el Servicio de Urgencias, realizar limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en el 16,5% de los pacientes incluidos.

Respecto a la aplicación de los paquetes de medidas, dentro de las 3 primeras horas desde la llegada del paciente al Servicio de Urgencias, se realizó extracción de hemocultivos en el 85,3% de los pacientes, se administró tratamiento antibiótico en el 80,9% y se realizó una resucitación adecuada con volumen en el 68,2%.

El tiempo medio para la administración de tratamiento antibiótico fue de 106 minutos y el volumen medio de suero administrado en las 3 primeras horas fue de 1.470 ml. El 19,4% de los pacientes requirieron drogas vasoactivas. La necesidad de ingreso en UCI fue del 25%. De los pacientes con shock séptico, ingresaron en UCI el 76,9%. La mortalidad global de los pacientes incluidos en el protocolo de sepsis grave fue del 18,2%. La mortalidad de los pacientes con sepsis grave fue del 16,3% y de los pacientes con shock séptico fue del 24,1%.

La estancia media de los pacientes incluidos en el protocolo de sepsis grave fue de 10,6 (+/- 9) días.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos por el Equipo Multidisciplinar de Sepsis durante el año 2014 se compararon con los resultados del estudio EDUSEPSIS, realizado en España durante los años 2005 y 2006. La aplicación de las medidas incluidas en el primer "paquete de medidas" en las primeras 3 horas fue superior a los resultados obtenidos en el estudio EDUSEPSIS en las primeras 6 horas.

La mortalidad global por sepsis grave y shock séptico fue inferior a la mortalidad reflejada en el estudio EDUSPIS (39,4%). Estos resultados fueron similares a los obtenidos por otro Hospital que cuenta con equipo/unidad multidisciplinar de atención al paciente con sepsis grave, como es el caso del Hospital de Son Llatzer de Palma de Mallorca.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes incluidos en el protocolo de sepsis grave fueron varones. La aplicación de las medidas incluidas en el primer paquete de medidas fue superior a la descrita en otras series de la literatura.

La mortalidad por sepsis grave fue inferior a la descrita en otras series de la literatura.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Comunicaciones orales breves

Sesión 1

V-1 INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

L. Fernández-Espartero, M. Martín-Toledano, J. Velasco, M. Salas,
A. Ruiz, J. Castro, P. Reales

Servicio de Medicina Interna. Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas (Ciudad Real)

OBJETIVOS

Describir tres casos de Inmunodeficiencia común variable (IDCV), de diagnóstico en edad adulta, atendidos en un Hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Gutierrez Ortega.

RESULTADOS

Caso 1: Mujer de 47 años de edad que consulta por diarrea de mas de un mes de evolución con pérdida de unos 15 Kg de peso. Coprocultivos negativos. Quince días antes de la consulta había presentado una neumonía con mejoría con antibioterapia pero persistiendo la diarrea y la astenia. Como antecedentes: episodio previo de otitis y faringoamigdalitis de repetición. En la analítica destaca una hipogammaglobulinemia (globulina gamma 5.30%), IgG de 291mg/dl, IgA < 24mg/dl. Se completa estudio confirmándose la ausencia de inmunización y descartándose causas secundarias.

Caso 2: Varón de 69 años que consulta por cuadro de infección respiratoria de vías bajas (IRVB) no consolidativa. Como antecedentes presenta múltiples ingresos por neumonía e IRVB. Una lobectomía inferior derecha por una masa que fue compatible con una infección por actinomyces ssp. Diagnóstico de OCFA y se encontraba en estudio por megacolon de origen no filiado. El paciente refería múltiples cuadros de diarreas y dolor abdominal previos al diagnóstico.

En la analítica destaca hipogammaglobulinemia (globulina gamma 5.50% con una IgG de 269mg/dl, IgM < 17.30 mg/dl. Se completa estudio descartando causas secundarias y confirmándose el diagnóstico.

Caso 3: Mujer de 27 años en estudio por cuadros de diarreas en varias ocasiones asociados a hipocalcemia, hipopotasemia e hipomagnesemia y con un prolapso rectal secundario que precisó intervención quirúrgica.

Como antecedentes se encontraba en seguimiento por anemia ferropénica y déficit de

B12. Varios episodios diarreicos con aislamiento de *Campilobacter ssp* en heces. Se realiza gastroscopia observándose gastritis crónica y las biopsias de duodeno se informa la ausencia de células plasmáticas sugiriéndose la posibilidad de enteritis asociada a IDCV que posteriormente se confirma. En analítica presentaba hipogammaglobulinemia (globulina gamma 4.50%) con una ig G 389 mg/dl IgM < 16.9mg/dl, IgA <26 mg/dl. Los tres pacientes reciben tratamiento con gammaglobulinas intravenosas a dosis de 400 mg/kg/cada 4 semanas con disminución importante de los episodios infecciosos. En el primer caso ha remitido la diarrea con mejoría de los parámetros nutricionales. En el último caso la paciente ha precisado tratamiento con prednisona 20 mg/24 h. Ninguno de los pacientes ha presentado complicaciones autoinmunes o neoplásicas.

DISCUSIÓN

La IDCV es una inmunodeficiencia primaria por déficit de anticuerpos que puede presentarse con múltiples fenotipos clínicos. Su incidencia se calcula en 1 de cada 50000 individuos. Dentro de las manifestaciones clínicas están las infecciones recurrentes severas, sobretodo las de origen respiratorio, manifestaciones gastrointestinales, autoinmunes, síndromes linfoproliferativos y un mayor riesgo de neoplasias. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con historia de infecciones recurrentes que presenten disminución importante de inmunoglobulinas. Es importante la sospecha clínica ya que estos pacientes habitualmente sufren un retraso diagnóstico importante. Un adecuado tratamiento puede prevenir futuras infecciones, las complicaciones respiratorias y mejorar espectacularmente la calidad de vida de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La inmunodeficiencia común variable representa un reto en el diagnóstico diferencial del paciente con infecciones de repetición. El desconocimiento de la enfermedad implica la falta de diagnóstico y las complicaciones derivadas de la ausencia de tratamiento.

EI-2 SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE SOLICITAN PROFILAXIS POSTEXPOSICION EN URGENCIAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

R. De Miguel Buckley, E. Roy Vallejo, A. Gómez Berrocal
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

OBJETIVOS

Evaluar el seguimiento en consultas externas de Sº Infecciosas de aquellos pacientes que acuden a Sº Urgencias solicitando profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que acuden a Urgencias para solicitar profilaxis post-exposición no ocupacional (PPENO) al VIH. Los pacientes eran derivados de forma preferente desde el Sº Urgencias a consultas de Infecciosas. Se analiza el seguimiento en consultas externas de Infecciosas, mediante elaboración de una base de datos propia en base a distintos parámetros clínicos y epidemiológicos recogidos a partir de la historia clínica durante el periodo entre Enero 2010 y Septiembre 2014.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 48 pacientes, según los datos recogidos en la historia clínica de Urgencias. De ellos, recibieron PPENO 40/48 (83%) y en el 100% de los casos dentro de las primeras 72 h tras el contacto de riesgo. A todos los pacientes se les ofreció continuar seguimiento en Consultas Externas de Infecciosas. Acudieron a revisión casi el 90% (39/48), sin embargo, tan sólo finalizaron seguimiento el 8% (4/48). Para completar seguimiento se estima oportuno realizar cuatro consultas en un plazo de seis meses desde que se inició la PPENO. De los pacientes que acudieron a Urgencias, el 92% (44/48) fueron hombres, la mitad de ellos de nacionalidad extranjera y con una media de edad de 32 años (rango 18-54 años).

La relación sexual de riesgo se definió como homosexual en un 69% de los casos (33/48). En un 25% (12/48) dicha relación se produjo con pareja VIH conocida, aunque estos pacientes acudieron con mayor frecuencia a revisión en consulta que aquellos con pareja con serología no conocida para VIH (92% vs 75% con pareja VIH negativa o desconocida). La adherencia al tratamiento fue del 97% (39/40). La pauta administrada para PPENO fue Emtricitabina/Tenofovir 200/245 mg un comprimido diario y Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg dos comprimidos cada 12 horas. Se considera que no era necesaria la dispensación de PPENO en 6 casos, en todos ellos por bajo riesgo de la exposición. Se documentó aparición de efectos adversos en trece pacientes (13/28; 46%), siendo el más frecuente diarrea (n=5). Dos pacientes volvieron a solicitar PPENO durante el periodo estudiado. En ese tiempo hubo un único caso de seroconversión.

DISCUSIÓN

Existen diferentes protocolos para administración de PPENO tanto en Urgencias como en consultas externas y sin embargo, hay pocos estudios observacionales acerca de su uso en nuestro medio. En este estudio se observa una eficacia de la PPENO comparable a la que se ha reflejado en otras cohortes y se proporcionan resultados positivos hacia su uso, siempre y cuando esté indicado. Consideramos que la adherencia al tratamiento fue aceptable, aunque sí es mejorable el seguimiento en consultas. No se recogieron en nuestra muestra reacciones adversas de gravedad. Hoy en día hay un amplio interés en desarrollar estrategias para la prevención de la transmisión del VIH. Consideramos oportuno analizar la situación actual para poder

realizar en un futuro otros estudios comparando la PPENO actual con diferentes pautas de tratamiento, tanto en profilaxis post-exposición como en la más novedosa profilaxis pre-exposición.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, la PPENO fue efectiva y con un margen de seguridad que apoya su uso siempre y cuando esté indicado. Conviene realizar protocolos multidisciplinarios para mejorar la adherencia y seguimiento en consultas externas.

EI-4 COINFECCION VIH-VHC: COMPORTAMIENTO EN RELACION A LA EDAD

L. García-Fraile Fraile, A. Gutiérrez Liarte, D. Martín Iglesias,
M. Ampuero Morisaki, I. Santos Gil

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

OBJETIVOS

De los 33 millones de infectados por el VIH a nivel mundial, se estima que un 20% se encuentran infectados por el VHC. La edad de estos pacientes ha ido aumentando por la aparición de tratamientos efectivos, favorecido la cronicidad de la coinfección por ambos virus. Queremos analizar las el comportamiento de aquellos pacientes más mayores de nuestra cohorte de pacientes coinfectados, comparándolos con aquellos pacientes más jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra cohorte está formada por pacientes coinfectados VIH/VHC, seguidos en las consultas de E. Infecciosas en nuestro centro. Diferenciamos dos grupos: menores 50 años y mayores de 49 años. Análisis descriptivo mediante revisión de historias clínicas de las siguientes variables: sexo, edad, toma de alcohol (OH), grupo de riesgo, estado serológico VHB, toma de antirretrovirales (TAR), genotipo VHC, fibrosis hepática por fibroscan (F0-F4, y fibrosis avanzada si F>1); tratamiento VHC: tipo, obtención de respuesta virológica sostenida (RVS), abandono por efectos adversos (EA) y abandono voluntario. Análisis estadístico mediante SPSS 17.0

RESULTADOS

198 pacientes coinfectados. 98 menores de 50 años: 72 hombres, edad media de 45, OH en 26. Grupos de riesgo: drogas por vía parenteral (UDVP) en 74, relaciones homosexuales (MSM) en 11 y vía heterosexual en 13. Contacto con el VHB en 79 de los cuales 5 han cronificado. TAR en 93. Genotipo VHC: 1a en 34, 1b en 12, 1ns en 16, 2 en 1 caso, 3 en 17 y 4 en 16. Fibrosis avanzada por fibroscan en 47 (F0 en 22, F1 en 25, F2 en 18, F3 en 12 y F4 en 17; no valorada en 4). Tratamiento para el VHC en



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

71 de los 98 pacientes. 100 pacientes mayores de 49 años: 78 hombres, edad media de 53. OH en 37. Grupo de riesgo: 85 ExADVP, 4 MSM y 10 heterosexuales. Contacto con el VHB en 84, cronificando uno de ellos. TAR en 96. Genotipo VHC: 1a en 18, 1b en 18, 1ns en 16, 2 en 2, 3 en 28 y 4 en 16 pacientes. Fibrosis avanzada en 45 (F0 en 26, F1 en 22, F2 en 8, F3 en 14 y F4 en 22; no se realiza en 7). Tratamiento para el VHC en 58 de los 100.

129 de los 198 han sido tratados para el VHC (71 jóvenes y 58 mayores). Se obtiene una RVS en 28 de los jóvenes tratados (39,4%) frente a 32 de los mayores (55,2%), sin significación estadística ($p = 0,075$). Abandono voluntario del tratamiento en el 11,3% de los jóvenes y el 5,2% de los mayores; abandono por EA en un 9,9% de los jóvenes y 13,7% en los mayores ($p > 0,05$). Se ha tratado con nuevos antivirales (telaprevir+pIFN+RBV) a 8 jóvenes con 1 caso de RVS frente a 5 mayores con 2 casos de RVS.

DISCUSIÓN

Comparando ambos grupos hallamos una mayor frecuencia de OH entre los pacientes de más edad. Existen diferencias en los grupos de riesgo: mayor prevalencia de UDVP en los mayores frente a un mayor contagio sexual (MSM) entre los jóvenes. A pesar de haber tasas de infección por VHB similares, la cronicidad es más frecuente en los jóvenes. Los genotipos 1b y 3 son más prevalentes en los mayores, mientras que el genotipo 1^a tiene más peso entre los jóvenes; pudiendo deberse esto a las diferencias citadas en los mecanismos de contagio.

Si bien no hay diferencia significativa en la proporción de fibrosis avanzada, hay mayor presencia de estadios F3 y F4 en edades mayores. La proporción de jóvenes tratados para el VHC es mayor pero, se consigue RVS más frecuentemente en los pacientes de más edad. El abandono voluntario se da más entre los jóvenes, pero los EA condicionan más abandonos en los mayores. No podemos concluir sobre la RVS con cada régimen, pero entre los que han recibido nuevos antivirales existe más frecuentemente RVS entre los pacientes mayores.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que se ha producido un cambio en los comportamientos de riesgo de nuestros pacientes, que ha llevado a que se modifique la prevalencia de los genotipos según el grupo de edad. La edad es un factor de mal pronóstico, favorece una mayor evolución a fibrosis/cirrosis hepática (más aún entre coinfectados), y así lo observamos en nuestros mayores. Aunque también se ha descrito como factor negativo para RVS, no hemos observado esta asociación en nuestra muestra, en la que existe mayor tasa de RVS entre los pacientes de más edad. No podemos concluir acerca del comportamiento con nuevos regímenes dado el escaso tamaño muestral.

EI-5 AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO DE NEUMOCOCO EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS SANITARIOS EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2014

Á. Ochoa Ramírez⁽¹⁾, A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, I. Hernández Alconchel⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, K. Marín Mori⁽¹⁾, A. Beteta López⁽²⁾, A. Muñoz Ruiz⁽¹⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Microbiología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Streptococcus pneumoniae (Neumococo) es el principal agente etiológico de Neumonía Asociada a la Comunidad (NAC) siendo el causante de hasta el 40% de las mismas. Nuestro estudio pretende realizar una revisión descriptiva de los distintos tipos de aislamiento de este germen en los pacientes ingresados en Medicina Interna durante el año 2014 con diagnóstico de NAC o NACS (Neumonía Asociada a Cuidados Sanitarios), escogiendo además este último tipo debido al importante aumento de pacientes institucionalizados que son hospitalizados en nuestro Área Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2014 incluyendo a 94 pacientes con diagnóstico de NAC y 76 pacientes con NACS, hospitalizados en planta de Medicina Interna.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica del Hospital Ntra Sra del Prado de Talavera de la Reina (Toledo)

RESULTADOS

En referencia a las NAC (96 pacientes), se solicitaron hemocultivos en 51 pacientes (54% del total) resultando positivos 7 (14%) y, de ellos, sólo en 2 se aisló Neumococo (2.1%). Se solicitaron esputos en 27 pacientes (29% del total), siendo positivos 12 (44%) de los cuales en ninguno se aisló Neumococo. Finalmente se solicitaron antigenurias en 55 pacientes (59% del total) resultando positivas tan sólo en 10 de ellos (18%) En cuanto a las NACS (76 pacientes) se solicitaron hemocultivos en 40 pacientes (53% del total) resultando positivos en 8 de ellos (20%) y, de ellos, se aisló Neumococo en 3 muestras (4%). Se solicitaron esputos en 22 pacientes (29% del total), no aislándose Neumococo en ninguna de las muestras. Por último, se pidieron antigenurias en 37 pacientes (49% del total), resultando positivas para Neumococo en 4 pacientes (11%)

DISCUSIÓN

La neumonía tanto NAC como NACS corresponde una de las causas más frecuentes de ingreso en Medicina Interna. Nuestro estudio pretende analizar de forma descriptiva



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

las técnicas diagnósticas para aislar Neumococo. Analizamos 3 técnicas de aislamiento microbiológico: el hemocultivo, que según la literatura resulta positivo entre el 15 y 25% de los casos; el cultivo de esputo, más variable y que depende en gran parte de la calidad de la muestra, con una sensibilidad (S: 60-100%) y una especificidad (E: 14-100%); por último las antigenurias, cuya S ronda el 50-85% y su E es superior al 95%. Estos datos se asemejan en cuanto a hemocultivos se refieren con los de nuestro estudio, donde obtuvimos un 14% de hemocultivos positivos para Neumococo en NAC y un 20% en NACS. Por su parte, en cuanto a cultivo de esputo no se aisló Neumococo en toda la población estudiada. Este resultado en parte puede deberse a la pobre calidad de las muestras recibidas ya que se considera una buena calidad si se visualizan >25 leucocitos PMN y < 10 células de descamación por campo. Por último, obtuvimos tan sólo un 18% de antigenurias positivas para Neumococo en NAC y un 11% en NACS.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio refleja que, a pesar de la alta incidencia descrita en la literatura de neumonía neumocócica en nuestro medio, existe gran dificultad para llegar a obtener un diagnóstico etiológico de certeza (86% hemocultivos negativos para NAC y 80% para NACS). Además, observamos la baja rentabilidad de solicitar cultivo de esputo en este tipo patologías en gran parte por la baja calidad de las muestras obtenidas y, por último, destacamos también la rentabilidad baja de las antigenurias, a pesar de que obtenemos su resultado muy rápido y tienen una alta sensibilidad y especificidad.

El-6 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN PATOLOGIA INFECCIOSA RESPIRATORIA EN MEDICINA INTERNA

I. Hernández Alconchel, A. Ochoa Ramírez, A. Gallegos Polonio,
J. Magallanes Gamboa, K. Marín Mori, F. Marcos Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La adecuación de la terapia antimicrobiana ocupa una actividad cada vez más relevante en la cartera de servicios de Medicina Interna. Las infecciones del tracto respiratorio inferior suponen la causa más común de infecciones, tanto adquiridas en la comunidad como en el medio nosocomial, siendo responsables de numerosas hospitalizaciones y de importante morbilidad y mortalidad en el servicio de Medicina Interna. Nuestro estudio plantea analizar la terapia empleada en los distintos tipos de infección respiratoria que requieren hospitalización, detallados como Neumonía Adquirida en la Comunidad

(NAC), Neumonía Asociada a Cuidados Sociosanitarios (NACSS), Neumonía Nosocomial (NN), Neumonía Broncoaspirativa (NBA) e Infecciones Respiratorias de Vías Bajas no Condensativa (IRVB).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, llevado a cabo en el año 2014, donde se incluyeron 307 pacientes con patología infecciosa respiratoria hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica, realizándose un análisis estadístico básico.

RESULTADOS

En el año 2014 fueron hospitalizados un total de 307 pacientes debido a patología infecciosa respiratoria, diagnosticándose en el 31% NAC, en el 26% NACSS, en el 22% IRVB, en el 15% NBA, y en el 6.5% NN. En cuanto a sus características basales, la edad media del total de los pacientes fue de 81 años con una relación hombre/mujer 1.4/1, destacándose el alto índice de institucionalización de los mismos alcanzando hasta el 41.6%. En el análisis clínico no hubo diferencias por tipo de infección respiratoria en cuanto a la estancia media en días ni en niveles medios de PCR y leucocitosis. En el cómputo general, la terapia antibiótica más utilizada fue Quinolonas (35%) seguido de Cefalosporinas (26%) y Amoxicilina/Clavulánico (17%). En menor porcentaje se emplearon Carbapenems (12%), combinación de Quinolonas/Cefalosporinas(12%) y otras combinaciones (15%). En el análisis por subgrupo de infección respiratoria obtuvimos los siguientes resultados: en la NAC la terapia de elección fue cefalosporinas (38%) seguido de Quinolonas (11%), aunque en un alto porcentaje se utilizaron de forma combinada (25%). Por el contrario, en las NACSS disminuyó el porcentaje de Cefalosporinas (21%) aumentando el empleo de Carbapenems (20%) manteniendo el uso de Quinolonas en el mismo porcentaje, aumentando en IRVB hasta en el 45% en monoterapia. En cuanto a las NN la terapia empírica de elección fue los Carbapenems hasta un 25% y en la NBA Amoxicilina/Clavulánico (34%).

DISCUSIÓN

En general, las guías de práctica clínica europeas recomiendan como terapia empírica de elección en infecciones respiratorias comunitarias (NAC,NACSS) que requieren hospitalización, el empleo de Cefalosporinas en combinación con Quinolonas o estas últimas en monoterapia. En nuestro ámbito la tendencia es la combinación de ambas, aunque llama la atención el bajo porcentaje relativo del uso de Quinolonas en monoterapia, empleado principalmente ante una Infección de Vías Bajas no Condensativa. En cuanto a las

Neumonías Nosocomiales en paciente no ventilado, las últimas recomendaciones (SEPAR-SEIMC), recomiendan en pacientes del grupo 2 donde se incluirían la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, el uso empírico de Cefepime o Piperacilina/



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Tazobactam+Aminoglucósidos, con alternativa de Quinolona+Aminoglucósido, sin embargo nuestro análisis muestra el uso mayoritario de Carbapenems seguido de Cefalosporinas y ausencia de uso de Quinolonas. Por último, en NBA, fue mayoritario el uso de Amoxicilina/Clavulánico y de Carbapenems.

CONCLUSIONES

En el análisis de la terapia antimicrobiana en nuestro medio, destaca el amplio uso de Cefalosporinas y Quinolonas tanto en monoterapia como en combinación como terapia empírica siguiendo las líneas generales de las principales guías de práctica clínica.

EI-7 COMORBILIDADES EN PACIENTES INGRESADOS POR GRIPE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE LA EPIDEMIA ESTACIONAL 2014-2015

E. Arrieta Ortubay⁽¹⁾, Á. Torralba Morón⁽¹⁾, J. Martínez Ávila⁽²⁾, J. Guerra Vales⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Investigación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia de comorbilidades consideradas de riesgo para sufrir complicaciones en caso de infección por gripe en pacientes ingresados por gripe en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HU12O) durante la primera mitad de la temporada gripal 2014-2015, comparando dicha frecuencia entre pacientes vacunados y no vacunados para la gripe durante esta campaña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registramos los casos microbiológicamente diagnosticados de gripe, A o B, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HU12O entre el 1 de diciembre de 2014 y el 15 de febrero de 2015. Se recogieron estado de vacunación, sexo y edad; así como presencia de comorbilidades consideradas de riesgo para padecer una gripe complicada. Se compararon estas comorbilidades entre pacientes vacunados y no vacunados

RESULTADOS

Se recogieron 84 pacientes (51,2% varones), con una edad media de 78,6 años (DE: \pm 11,5). El 73,8% habían sido vacunados. El 86,9% de los casos correspondieron a gripe A y el 90,5% de los pacientes recibieron tratamiento antiviral con oseltamivir. Entre los pacientes vacunados y no vacunados, no se registraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de cada una de las siguientes comorbilidades: obesidad, Diabetes Mellitus, neumopatías crónicas, enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica, enfermedad hematológica, asplenia e infección por VIH.

Frecuencia de comorbilidades asociadas a gripe en función del estado de vacunación

Comorbilidades	Diabetes mellitus	Neumopatías crónicas	Enfermedades cardiovasculares	Cirrosis hepática	Insuficiencia renal crónica	Enfermedades hematológicas	Infección por VIH
Pacientes no vacunados N=22	8 (36,4%)	14 (63,6%)	12 (54,5%)	1 (4,5%)	6 (27,3%)	3 (13,6%)	1 (4,5%)
Pacientes vacunados N=62	26 (41,9%)	33 (53,2%)	39 (62,9%)	1 (1,6%)	10 (16,1%)	8 (12,9%)	2 (3,2%)
Valor p	0.80	0.46	0.61	0.46	0.34	1.00	1.00

CONCLUSIONES

En nuestra serie, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de comorbilidades consideradas de riesgo para sufrir complicaciones por gripe, entre pacientes vacunados y no vacunados. Son necesarios estudios epidemiológicos con mayor tamaño muestral, con el objetivo de tratar de demostrar diferencias significativas.

EI-8 CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH-1 EN TALAVERA DE LA REINA

S. Casallo Blanco, M. Yzusqui Mendoza, A. Vizuete Calero, A. Gallego Polonio, F. Marcos Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

El objetivo es describir los cambios en el tiempo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que acuden por primera vez a una consulta médica para el control de su infección por el VIH-1, así como analizar los tiempos estimados de demora diagnóstica y asistencial que pueden condicionar una presentación tardía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte trasversal para la recogida de datos y de series temporales para analizar su tendencia a partir de historias clínicas. Se recogieron de forma retrospectiva los datos correspondientes a la primera visita de todos los pacientes que solicitaron atención por presentar una serología positiva confirmada para el VIH-1,



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

desde el primer caso diagnosticado en nuestra área hasta marzo del 2015 (excluyendo los fallecidos).

RESULTADOS

Durante el tiempo del estudio, 148 pacientes solicitaron atención para control de su infección por el VIH-1. Globalmente, el contagio se había producido a través de uso de drogas por vía parenteral (UDVP) en el 27.02% de los casos, por contacto heterosexual (HTX) en el 30.40%, por relaciones sexuales entre hombres (HSH) en el 20.94%, con menos frecuencia transmisión vertical y por hemoderivados en 1.3% en ambos grupos y desconocido en 2.02%. El 68.24% de los pacientes eran varones, y la media de edad en el momento de la primera visita era de 35.6 años, cifra significativamente más alta entre los HTX (40.18 años) y los HSH (34.21 años) con respecto a los UDVP (33.37 años). El 11.8% de los pacientes que consultaron por primera vez eran extranjeros, y su lugar de procedencia eran en el 2.02% de los casos Europa occidental, en el 3.3% África, y el restante 6.08% eran originarios de Sudamérica.

En tiempo medio transcurrido entre el momento estimado de la infección y la primera visita era de 9.29 años. Más de la mitad de los pacientes 56.07% cumplían criterios de PT (16.89%) Y EAP (39.18%). Un total de 42 (28.37%) pacientes presentaban serología positiva para VHB y 58 (39.18%) pacientes eran positivo para el VHC. Se observó que la prevalencia de anti-VHC positivo descendió a lo largo de los años siendo la vía de transmisión diferente. De los 58 con ARN-VHC fueron tratados 15, tres de ellos recibieron tratamiento frente al VHC con antivirales directos. Con respecto a la demora diagnóstica el tiempo estimado entre la infección y la primera visita es cada vez más prolongado si en los años 1999-2003 el tiempo estimado de demora era 7.48 años, en los años 2011 al 2015 fue 9.31 años.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que a lo largo del tiempo de duración de la epidemia se han ido produciendo importantes cambios clínicos y epidemiológicos que se han modificado considerablemente el perfil de los nuevos pacientes. Desde el punto de vista epidemiológico, en el momento de la primera visita los pacientes siguen siendo predominantemente varones pero son unos 7 años mayores que al inicio de la epidemia y la vía de contagio ha pasado a ser fundamentalmente sexual. En cerca de la mitad de los infectados por el VIH el momento de la primera visita se puede considerar tardío; nuestros resultados también son similares a los encontrados en trabajos de nuestro entorno con iguales definiciones, y puede poner de manifiesto que los intentos en identificar precozmente a los pacientes infectados y proporcionarles tratamiento en una fase de mejor situación inmunológica no están teniendo éxito. Las consecuencias: peor pronóstico en términos de morbimortalidad, por otro lado, representan un reservorio de la enfermedad con mayor contagio.

CONCLUSIONES

La información sobre el cambio en las características de los pacientes infectados que inician un seguimiento médico es imprescindible para conocer la situación de la epidemia y actualizar los consejos de prevención. Cada vez se tarda más en tener un diagnóstico serológico, y en demasiadas ocasiones el acceso al tratamiento llega en situaciones inmunológicamente desfavorables.

EI-9 AFECTACIÓN PERICÁRDICA POR PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. Jiménez Aranda, M. González García, I. Jiménez Velasco, A. Alguacil Muñoz
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

OBJETIVOS

El Parvovirus B19 (PVB19) virus DNA, recientemente renombrado erythrovirus B19. El hombre es el único huésped. La presentación clínica es muy variable dependiendo de la edad y grado de inmunocompetencia. Existen pocas publicaciones que describan la afectación pericárdica. El objetivo de nuestro estudio es reseñar las manifestaciones clínico-evolutivas de 2 pacientes ingresados en Medicina Interna con derrame pericárdico moderado en relación a primoinfección por PVB 19.

MATERIAL Y MÉTODOS

#Caso 1: Mujer de 43 años de edad que ingresa por fiebre y clínica respiratoria. En su historia se recoge inicio de la clínica tras proceso viral de un hijo. Refería cefalea, fiebre de 38°, astenia con mialgias, eritema facial y en cara anterior del tórax y dolor torácico. E. física: presentaba febrícula de 37.8° con PA 140/80 mm Hg, Fc 107 L/min y PV normal. Ac tonos rítmicos. No soplos. Abdomen: Normal. Piel: rash eritemoso no pruriginoso en mejillas, espalda y tronco Analítica: Hemoglobina (Hb) 11.6 gr/dL VCM 96fl. Leucocitos, plaquetas y E de coagulación normales. VDS 99 mm PCR 143 mgr/l. Función renal, bioquímica hepática y H tiroideas Normales, EKG: ritmo sinusal a 100l/min QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización Rx de Tórax: Índice cardior torácico normal. Ecocardiograma: VI normal. Derrame pericárdico moderado de 9 mm en cara anterior de AD y surco auriculoventricular derecho. No compromiso hemodinámico. ANA, ANCAS y CCP: negativos. Mantoux: negativo .Serología Ac IgM anti Parvovirus B19 (+) Ac IgM anti Chlamydia pneumoniae y Ac IgM Mycoplasma pneumoniae: negativos La evolución clínica fue favorable con desaparición completo del derrame pericárdico a las 5 semanas #Caso 2: Mujer de 71 años con AP: HTA, Diabetes mellitus tipo 2 .Cardiopatía isquémica. FEVI deprimida e IM ligera moderada. Ingresada por dolor torácico y disnea E. Física: Palidez. PA 130/70 mmHg FC 72 L/



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

min T° 37.3 PV Normal AP: crepitantes en bases AC tonos rítmicos .soplos sistólico enFM. Abdomen: normal. Extremidades: discretos edemas en MMI Analítica: Hb 9.5 g/dLr VCM 89 fl .Leucocitos 10.900(68%N) Plaqueta y E. de coagulación normal VDS 137 mm PCR 83 mgr/l. Creatinina 1.36mgr/dl (Aclr de creatinina 42 ml/min: G3b). Bioquímica hepática y H tiroideas Normales. Troponina y CPK: normales , EKG: Ritmo sinusal. BCRI (ya descrito) con alteraciones secundarias de la repolarización:Rx Tórax: Cardiomegalia .Derrame pleural bilateral Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo: dilatado con función sistólica deprimida. Derrame pericárdico moderado, con aumento de ecogenicidad en su interior sugerente de fibrina localizado a nivel surco AV derecho de 15 y posterior de12 mm. Cava inferior no dilatada con variaciones respirofásicas disminuidas en su calibre. ANCAS y CCP : negativos .Quantiferon: negativo .Estudio de Anemia de trastornos crónicos Ac IgM anti Citomegalovirus Negativo; Ac IgG Ac IgM anti Chlamydia pneumoniae negativo; Ac IgM anti Mycoplasma pneumoniae negativo; Serología Ac IgM anti Parvovirus B19 (+) Se decidió trasfundir 2 CH dosis bajas de furosemida.. Ecocardiograma de control a las 7 semanas: Derrame pericárdico mínimo despegamiento de hojas pericárdicas.

DISCUSIÓN

Los 2 casos presentaban dolor torácico, febrícula, anemia y reactantes de fase aguda elevadas .El derrame pericardio en ambos casos era moderado destacando la presencia de fibrina y dudoso compromiso hemodinámico en el caso 2 y la existencia de un rash facial y tronco en el caso 1 .Existe alguna publicación complicada con miocarditis e insuficiencia cardiaca (ICC). En el caso 2 presentaba ICC que se atribuyó a miocardiopatía dilatada. La evolución en ambos casos fue favorable con resolución del derrame pericárdico entre la 5ª y 7ª semana. Se descartaron razonablemente otras causas.

CONCLUSIONES

- 1) La primoinfección por PVB B19 puede ser causa de derrame pericárdico
- 2) la presencia de rash, mialgias en el contexto de cuadro clínico epidemiológico puede sugerir su diagnóstico
- 3) La evolución fue favorable con resolución del derrame pericárdico

EI-10 IMPACTO CLÍNICO, ANALÍTICO Y ECONÓMICO DE LA RUPTURA DE LA COMBINACIÓN EN PASTILLA ÚNICA ATRIPLA® POR TRUVADA® MÁS GENÉRICO DE EFAVIRENZ, Y DE VIRAMUNE XR® POR GENÉRICO DE NEVIRAPINA

M. Mozo Ruiz, C. Hernández Gutiérrez, D. Rial Crestelo, G. Pindao Quesada, J. Martínez Sanz, M. Rodríguez Zapata, M. Torralba González De Suso
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara.
Guadalajara

OBJETIVOS

A raíz de la introducción de genéricos de efavirenz (gEFV) y nevirapina (gNEV), se ha desdoblado la combinación en pastilla única (single tablet regimen, STR) de Atripla® en Truvada®+gEFV, y se ha sustituido el Viramune XR® por gNEV en nuestro centro. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la sustitución por genéricos y la ruptura de la combinación en pastilla única en la adherencia de nuestros pacientes, y también los efectos a nivel clínico, inmuno-virológico, y en los costes directos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado un diseño de estudio de cohorte única, en el que se analizaron todos los pacientes que se encontraban en tratamiento estable durante un año con Atripla® o bien con Viramune XR® antes de la sustitución por gEFV o gNEV. Se analizó el porcentaje de suspensión o cambio tras el paso a genéricos, la aparición de efectos adversos y la evolución inmunológica y virológica tras el cambio. Además, se analizó también la adherencia antes y después de la introducción de genéricos así como el ahorro de costes directos.

RESULTADOS

Se estudiaron 112 pacientes en tratamiento estable con Atripla® y 19 con Viramune XR®. El 68% eran varones y la mediana de edad fue de 40,3 años (IQR: 41-52). La mediana de CD4 antes del cambio fue de 610 cel/mm³ (IQR: 450-840) teniendo el 78,5% CV < 50 copias/ml y el 92,6% inferior a 200 copias/ml. La mediana de seguimiento desde el cambio de STR a TDF+FTC+gEFV fue de 9,7 meses (IQR 9,2-10,1). Tras el paso a genéricos, el 68,6% de los pacientes mantenían una CV < 50 copias/ml (p=0,10) y un 95% inferior a 200 copias/ml (p=0,607). No se detectaron fracasos virológicos (> 500 copias) confirmados con aparición de resistencias en ningún caso. A pesar de una mejor adherencia en el periodo con los genéricos (p < 0,001), se produjeron 70 repuntes de carga viral (blips) de 477 CV realizadas antes del cambio, y 66 blips de 199 CV realizadas tras el cambio a genéricos (p < 0,0005). Se produjo un incremento de 73,4 CD4 (IC95%: 39-108 cel/mm³; p < 0,0005). Tras el cambio a genérico sólo un paciente cambió Truvada® por Kivexa®. Catorce pacientes suspendieron el gEFV: 8



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

pasaron a Eviplera®, 3 a Stribild®, 2 a LPV/r y 1 a monoterapia con DRV/r por diversos motivos (neurotoxicidad, osteoporosis, deseo de gestación, otros). No se suspendió el gNEV en ningún paciente.

Teníamos 112 pacientes con Atripla® con un coste mensual de 61.066,98€. Tras la ruptura, 96 permanecieron con TDF+FTC+gEFV con un coste de 43.450,57€ y 16 pacientes cambiaron a otras combinaciones con un coste de 9.336,25€ al mes. El ahorro global tras la ruptura fue de 8.278,37€ al mes. Teníamos 19 pacientes con Viramune XR® con un coste de 3.648€ al mes y todos se sustituyeron a Nevirapina genérica con un coste de 239,40€ al mes, con un ahorro global tras la ruptura de 3.408,6€ al mes. El ahorro promedio mensual por paciente fue de 73,9€ por paciente y mes con gEFV (ahorro global de 76.161€ tras mediana de seguimiento de 9,2 meses) y de 179,4€ por paciente y mes con gNEV (ahorro de 3.229,2€ tras mediana de seguimiento de 18 meses).

CONCLUSIONES

La sustitución por genéricos de una pauta STR de Atripla® o bien de Viramune XR® no perjudica a corto plazo la adherencia y es segura desde el punto de vista inmunológico, mejorando los costes directos. Aunque no se detectaron fracasos virológicos con aparición de resistencias, sí se incrementó de forma inesperada el número de blips.

EI-11 **COMPLICACIONES ASOCIADAS A GRIPE EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE LA EPIDEMIA ESTACIONAL 2014-2015**

Á. Torralba Morón⁽¹⁾, E. Arrieta Ortubay⁽¹⁾, J. Martínez Ávila⁽²⁾, J. Guerra Vales⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Investigación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia de complicaciones sufridas por los pacientes ingresados por gripe en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HU12O) durante la primera mitad de la temporada gripal 2014-2015, comparando dicha frecuencia de complicaciones entre pacientes vacunados y no vacunados para la gripe durante esta campaña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Registramos los casos microbiológicamente diagnosticados de gripe, A o B, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HU12O entre el 1 de diciembre de 2014 y el 15 de febrero de 2015. Se recogieron estado de vacunación, sexo y edad; así como presencia de complicaciones atribuibles a este proceso infeccioso: insuficiencia respiratoria, neumonía, sobreinfección bacteriana documentada, necesidad de ingreso en UVI o de

soporte ventilatorio, y mortalidad. Se comparó la frecuencia de complicaciones entre pacientes vacunados y no vacunados.

RESULTADOS

Se recogieron 84 pacientes (51,2% varones), con una edad media de 78,6 años (DE: $\pm 11,5$). El 73,8% habían sido vacunados. El 86,9% de los casos correspondieron a gripe A y el 90,5% de los pacientes recibieron tratamiento antiviral con oseltamivir. Un total de 59 (70,2%) pacientes presentaron insuficiencia respiratoria, y 13 (15,5%) neumonía. Hubo 2 (2,4%) casos de sobreinfección bacteriana demostrada y falleció 1 (1,2%) paciente. Ningún paciente precisó soporte ventilatorio o necesidad de ingreso en UVI.

Aunque se observó cierta tendencia a mayor frecuencia de insuficiencia respiratoria en los pacientes no vacunados frente a los que sí lo estaban, lo cierto es que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de complicaciones en función del grado de vacunación de los pacientes (Tabla 1).

DISCUSIÓN

A pesar de que la vacuna de la gripe ha demostrado disminuir el número de complicaciones provocadas por dicha infección, esto no se ve reflejado en nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

No se ha demostrado diferencia de complicaciones asociadas a gripe según estado de vacunación, en nuestra serie de pacientes ingresados por gripe. Son necesarios estudios epidemiológicos con mayor tamaño muestral, con el objetivo de tratar de demostrar diferencias significativas.

Frecuencia de complicaciones asociadas a gripe en función del estado de vacunación

	Insuficiencia respiratoria	Neumonía	Sobreinfección bacteriana	UVI	Soporte ventilatorio	Muerte
Pacientes vacunados N=62	41 (66,1%)	9 (14,5%)	2 (3,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Pacientes no vacunados N=22	18 (81,8%)	4 (18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Valor p	0,19	0,74	1	1	1	1



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

EI-15 INFECCIONES RESPIRATORIAS POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS: ¿PENSAMOS EN ELLAS?: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS UNICÉNTRICOS

C. Suárez Acosta, E. Romero Fernández, J. Cabello Carro, C. Blasco Fanlo,
E. Calvo Manuel

Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

Se describen continuamente nuevas especies de micobacterias atípicas con diverso grado de patogenicidad si bien, existen dificultades diagnósticas e incertidumbre acerca de las indicaciones terapéuticas y las pautas a utilizar. Dada la controversia existente presentamos nuestra experiencia como Centro a propósito de 3 casos de infección respiratoria por micobacterias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, de nuestro Centro, por infección respiratoria entre septiembre de 2013 y febrero de 2015 identificándose 3 casos de infección respiratoria asociada a micobacterias atípicas en pacientes inmunocompetentes. Caso 1. Mujer de 85 años con EPOC, bronquiectasias e infecciones respiratorias de repetición que presentó un nuevo episodio de infección respiratoria con aislamiento de *Micobacterium avium* en cultivo de esputo y lavado broncoalveolar (LBA). Recibió tratamiento con claritromicina (C) 500 mg/12h, etambutol (E) 300 mg/8h y rifampicina (R) 600 mg/24h diariamente durante 3 meses con mejoría sintomática. Caso 2. Varón de 69 años con EPOC y varios ingresos por infecciones respiratorias que presentó hemoptisis con Ziehl en esputo negativo, y cultivo bacteriológico de esputo positivo para *Micobacterium avium*. Recibió tratamiento con C 500 mg/12h, E 300 mg/8h y R 600 mg/24h tres veces a la semana durante 3 meses con mejoría clínica. Caso 3. Mujer de 60 años con hipertensión arterial, glucemia basal alterada en ayunas e hipercolesterolemia con tos productiva, sin fiebre, y esputos hemoptoicos. En la TC de tórax se detectaron lesiones micronodulares pulmonares y bronquiectasias aislándose mediante broncoscopia, *Micobacterium avium* en el LBA. Actualmente, se encuentra desde hace 4 meses en tratamiento con C 500 mg/12, E 300 mg/8h y R 600 mg/24h tres veces por semana con mejoría clínica.

RESULTADOS

Se presentaron 3 pacientes (2 mujeres y 1 hombre) con una edad media de 71,33 años. De los 3 pacientes, dos tenían EPOC y uno de ellos presentaba múltiples factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, uno de los dos pacientes presentados con EPOC tenía además bronquiectasias siendo la prevalencia de éstas entre pacientes con EPOC en nuestra serie del 50%. Todos ellos presentaban un cuadro de infección respiratoria no consolidativa por *Micobacterium avium*.

DISCUSIÓN

La prevalencia de bronquiectasias en pacientes con EPOC es del 50 % siendo ésta similar a la de nuestra serie.

Durante la historia natural de la EPOC las infecciones respiratorias producen un deterioro funcional respiratorio progresivo. Entre los diferentes microorganismos que se asocian a la agudización del EPOC se encuentran las micobacterias observándose en los últimos años un incremento de éstas aunque su papel en el deterioro respiratorio y las recomendaciones de tratamiento no están plenamente establecidos. Son tres las formas en que las micobacterias se manifiestan clínicamente, a saber: bronquiectasias, bronquiectasias con micronódulos y enfermedad fibrocavitaria. En nuestra serie, dos pacientes tenían bronquiectasias y además uno de ellos, micronódulos pulmonares.

CONCLUSIONES

Creemos que está justificado el despistaje de micobacterias atípicas en los pacientes con EPOC y/o con bronquiectasias que presenten clínica de infección respiratoria ya que estos gérmenes podría estar implicados en las agudizaciones de la EPOC con más frecuencia de lo pensado sobretodo, cuando la respuesta a los tratamientos antibióticos habituales no es adecuada, y no sólo pensar en ellas en los pacientes inmunocomprometidos. Faltan estudios concluyentes acerca del mejor esquema terapéutico a aplicar si bien, éste se debería individualizar según el grado de compromiso respiratorio e inmunitario del paciente.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Comunicaciones orales breves

Sesión 2

PP-3 ACTIVIDAD DE LA ENFERMERA DE ENLACE EN LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PRIMARIA - MEDICINA INTERNA (UCAPI) DEL HOSPITAL DE GUADALAJARA

C. Vázquez Pérez, A. Pereira Juliá, J. Hergueta González, E. Martín Echevarría, J. Machín Lázaro

Servicio de Medicina Interna (UCAPI). Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

OBJETIVOS

Describir la actividad realizada por la enfermera de enlace entre Atención Primaria y Medicina Interna en la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria Interna (UCAPI) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Guadalajara.

El papel principal de la figura de la enfermera de enlace abarca los siguientes campos: Acercar y coordinar la relación entre los niveles asistenciales. Favorecer la continuidad de cuidados en pacientes con pluripatología. Enlace entre el paciente, su familia y los sistemas sanitarios y socio-sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la asistencia realizada por una nueva figura asistencial en enfermería en Castilla La Mancha, entre el 13 de enero de 2013 y el 24 de abril de 2015. Las variables recogidas fueron las demográficas de los pacientes, las actividades de enfermería (diagnósticos de enfermería, técnicas, intervenciones, administración de medicamentos, educación sanitaria, valoración funcional), el origen de la derivación, el destino de los pacientes, seguimiento en planta y por último, como novedad el apoyo a la Enfermera de Atención Primaria mediante consultoría telefónica y programa de alta hospitalaria.

RESULTADOS

Fueron atendidos 2355 pacientes, 989 (42.56%) fueron nuevos y 1366 (51.2%) fueron programados.

La actividad de enfermería fue:

Educación sanitaria en el 100% de los pacientes.

120 Diagnósticos de enfermería.

33 Valoraciones funcionales.

376 Intervenciones de enfermería.

33 Administraciones de medicamentos.

Las técnicas de enfermería realizadas fueron: 562 analíticas, 71 canalizaciones de vía , 1 sondaje vesical y 831 parámetros clínicos. El destino de los pacientes fue: 13 a hospital de día, 741 a planta y 400 a su domicilio. Se establecieron 352 enlaces con la enfermera de Atención Primaria.

DISCUSIÓN

La enfermería de enlace en Medicina Interna es una figura de reciente creación en nuestro ámbito que da soporte y complemento al trabajo realizado tanto en consulta externa como al alta en los pacientes atendidos bajo el binomio de colaboración asistencial entre Atención primaria y Medicina Interna. Desde su puesta en marcha hace 2 años, adquiere gran importancia principalmente en la preparación de alta de pacientes con enfermedades crónicas complejas al transmitir al equipo de atención primaria la situación clínica y los cuidados que va a precisar el paciente en su domicilio, logrando una continuidad asistencial real.

CONCLUSIONES

Este nuevo modelo de enfermería es importante porque el paciente, el cuidador y el personal tanto de Hospital como de Atención Primaria tienen una estrecha y continua relación.

Este modelo de enfermería hace que el paciente sobre todo cuando es dado de alta tenga sus dudas resueltas.

La enfermera de enlace inicia una valoración y un Plan de Cuidados individualizado, facilitando la comunicación y continuidad de cuidados del paciente, con la enfermera de Atención Primaria.

PP-4 ANÁLISIS CLÍNICO DE PACIENTES CON REAGUDIZACIÓN DE EPOC EN MEDICINA INTERNA

A. Gallegos Polonio⁽¹⁾, I. Hernández Alconchel⁽¹⁾, Á. Ochoa Ramírez⁽¹⁾,
A. Gil Fuentes⁽²⁾, J. Magallanes Gamboa⁽¹⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada es una patología común en nuestra Castilla La Mancha, afectando de forma más frecuente a pacientes crónicos complejos y paciente anciano frágil, requiriendo el ingreso en medicina interna. Dados los nuevos cambios en su estadificación y tratamiento, llevamos a cabo un análisis clínico-epidemiológico de los pacientes ingresados por dicha patología a lo largo del año 2014 en el servicio de medicina interna.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, con la creación de base de datos obtenida de historia clínica electrónica, y análisis estadístico básico.

RESULTADOS

A lo largo del año 2014, ingresaron un total de 77 paciente con el diagnóstico de reagudización de EPOC, con una edad media de 82 años y una relación hombre/mujer 5.4/1. Un 36% de los pacientes se encontraban institucionalizados, presentando deterioro cognitivo casi el 40% del total, y siendo dependientes el 60% de los pacientes ingresados. La estancia media fue de 7,56 días, con una mortalidad del 9%. La filiación del grado de severidad no fue determinado hasta en un 58% de los informes de alta, de los restantes, el 65% de los pacientes ya se encontraban en fase moderada-severa de la enfermedad. Se encontraron en similar porcentaje el tipo de infección respiratoria asociada, siendo de un 30% tanto el porcentaje de NAC, de neumonía asociada a cuidados socio-sanitarios como de infección no condensativa. Como patología neumológicas asociadas, el 12% presentaba SOH/SAHS y el 5% asma, sin embargo, en otras comorbilidades destacar que el 79% eran hipertensos, el 56% enfermedad renal, el 45% eran diabéticos, con similar porcentaje los que presentaban insuficiencia cardiaca y el 40% fibrilación auricular. Respecto a hallazgos analíticos, la leucocitosis media fue de 14496 y PCR de 138 al ingreso, y una albúmina de 3.29. Gasométricamente, la mayoría presentaron un pH normal, el 18% acidosis, y el 24% hipercapnea. Como tratamiento antibiótico, fue de elección levofloxacino (45%), seguido de cefalosporinas (39%) o su combinación (15%), con menor porcentaje de amoxicilinaclavulánico o carbapenémicos. La oxigenoterapia fue prescrita a un 17% tras el alta hospitalaria, y uno de cada tres ya la usaba de forma crónica. En cuanto al tratamiento inhalado, el 27% usaba triple terapia, el 22% LAMA, otro 22% LABA+CI y sólo un 5% LAMA+LABA.

DISCUSIÓN

La EPOC reagudizada supone un alto número de ingresos para los servicios de medicina interna, debido a la pluripatología de los pacientes, cada vez más ancianos. Con este estudio descriptivo se pretende evidenciar la situación real de dicho proceso en el área de Talavera de la Reina durante un año. Llama la atención la elevada edad media, con un consecuente grado de dependencia, que alcanza hasta el 60%, y una alta tasa de institucionalización. El grado de obstrucción de la EPOC era severo de forma predominante, y dentro de las comorbilidades, es destacable la hipertensión presente en la gran mayoría de los pacientes, así como la diabetes, la fibrilación auricular, la insuficiencia renal y cardiaca, afectando cada una a la mitad de los ingresados. La mayoría fueron tratados con levofloxacino y/o cefalosporinas, con una estancia media menor a 8 días y una mortalidad menor del 10%. En el tratamiento domiciliario llama

la atención el elevado uso de la triple terapia inhalada, explicable por la situación avanzada de la enfermedad; y la indicación de oxigenoterapia domiciliaria en relación a la alta incidencia de comorbilidades cardiovasculares.

CONCLUSIONES

La reagudización de EPOC en Medicina Interna afecta en alta prevalencia a pacientes ancianos, pluripatológicos y grandes dependientes, precisando de un enfoque global y sistémico de sus entidades nosológicas para un adecuado seguimiento clínico y terapéutico.

V-2 CONVENIO DE COLABORACIÓN MEDICINA INTERNA (MIR)- TRAUMATOLOGÍA (COT) COMO MODALIDAD DE ASISTENCIA COMPARTIDA. RESUMEN DE 6 MESES DE ACTIVIDAD

J. Agüero Porcel, J. Magallanes Gamboa, F. Marcos Sánchez,
A. Vizuete Calero, A. Ochoa Ramírez

*Servicio de Medicina. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina
(Toledo)*

OBJETIVOS

Comprobar la vigencia y cumplimiento del acuerdo de colaboración MIR-COT de 2006. Cuantificar el número total de consultas verificadas por Internistas y determinar el número de ingresos en COT por procesos infecciosos más directamente relacionados con la cirugía (Infecciones de Prótesis, del Material de Osteosíntesis y las Osteomielitis), para determinar su verdadera incidencia sobre la hospitalización del servicio y su repercusión en consultas generadas a Medicina Interna, tomando como base un periodo de 6 meses, entre Octubre de 2014 y Marzo de 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó el convenio MIR-COT como modalidad de asistencia compartida, en todos sus apartados y se compararon éstos, con la verdadera actividad diaria de los Internistas en planta de traumatología en el periodo de 6 meses referido, durante el cual se recopiló diariamente toda nuestra actividad con especial atención en > de 65 años y procesos infecciosos, cotejándolos con la actividad en periodos anteriores y lo pactado en el Convenio. También se analizaron prospectivamente en dicho periodo, con minuciosa revisión al final del mismo, de todas las historias por hospitalizaciones en COT debidas a infecciones, calculando su incidencia sobre el total de altas del servicio y contabilizando el número de consultas que generaron. Se excluyeron otros procesos infecciosos, como Neumonías Hospitalarias, Celulitis, Procesos Urinarios, etc. porque no fueron causa de ingreso.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

RESULTADOS

Se confirma la plena vigencia de Acuerdo MIR-COT en casi todos sus apartados, con menor impacto del esperado en la coordinación/comunicación directa Internista-Traumatólogo. Se contabilizaron 1626 consultas en este periodo (media mensual 271) y 15 hospitalizaciones en COT por las infecciones referidas (11 por infecciones de prótesis), que representaron en torno al 1.9% de las altas del servicio, con una estancia media elevada, mayor a 20 días y, que generaron 222 interconsultas MIR, un 13.5% del total. Destacar la baja tasa anual de mortalidad en el Servicio de Traumatología, 0.6%, y que los 15 ingresos por infecciones fueron altas hospitalarias.

DISCUSIÓN

Se constata que en el día a día se siguen visitando por internistas todos los enfermos ingresados en COT > de 65 años, pendientes o no de Cirugía, y también todos aquellos por los que somos requeridos aunque no tengan esta edad, especialmente pacientes con infecciones, estancias prolongadas o complicaciones postquirúrgicas, tal y como se estipula en el Convenio. En algunas ocasiones o no se contactaba con el Traumatólogo o existía de “facto” una falta de comunicación, que ha dificultado el manejo clínico del Enfermo de forma puntual. Los ingresados por infecciones tienen en general una estancia media mucho mas elevada que el resto, mayor de 20 días, como se preveía, y representan un bajo porcentaje respecto al total de altas (1.9%), con una exigua tasa de mortalidad, nula en el periodo estudiado, pero generando un importante volumen de interconsultas, 222 en esos seis meses, que significaron el 13.5% de las mismas.

CONCLUSIONES

Después de nueve años de aplicación del acuerdo MIR-COT, se confirma su pleno funcionamiento, con clara mejora a todos los niveles de la asistencia prestada, por lo que debería continuar vigente indefinidamente.

Respecto a los ingresos en COT por infecciones, aunque representan un mínimo porcentaje en el total de altas, 1.9%, son importantes fuentes de Interconsultas Médicas y sobre todo, de gran alargamiento de la estancia media.

V-3 REVISIÓN DE CASOS DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA SECUNDARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

M. Olid Velilla⁽¹⁾, M. Romero Brugera⁽¹⁾, R. García Carretero⁽¹⁾,
Ó. Vázquez Gómez⁽¹⁾, I. Salamanca Ramírez⁽¹⁾, A. Colás Herrera⁽¹⁾,
L. Cortés Lambea⁽²⁾, J. Ruiz Galiana⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario De Móstoles. Móstoles (Madrid)

OBJETIVOS

Se realizó una revisión descriptiva de las características clínicas de los pacientes diagnosticados de amiloidosis secundaria en nuestro centro para conocer la incidencia en nuestro medio y comparar las características con otras series publicadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de amiloidosis secundaria entre Agosto 2002 y Diciembre 2014 en el Hospital Universitario de Móstoles. Se analizaron características epidemiológicas, enfermedad subyacente, características clínicas y analíticas, grado de sospecha prediagnóstica y mortalidad.

RESULTADOS

Se realiza una búsqueda de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de amiloidosis secundaria (AA) a partir de los datos proporcionados por nuestro servicio de Anatomía patológica que contemplaban todos los casos de amiloidosis sistémica. Se encontraron 25 pacientes con diagnóstico de amiloidosis de los cuales 4 presentaron diagnóstico de AA (el resto fueron: 1 caso de amiloidosis familiar (AF), 17 de amiloidosis primaria (AL), y 3 casos de causa no filiada). De los casos revisados de AA, el 75% de ellos fueron mujeres. La mediana de edad fue de 65 años (límite de edad comprendido entre 52 y 84 años). Las enfermedades subyacentes encontradas en los 4 casos fueron respectivamente: TBC miliar diseminada, osteomielitis crónica, espondilitis anquilosante y enfermedad de Crohn. En el 75% de los pacientes se sospechó la patología previamente a la confirmación histológica.

Con respecto a la técnica diagnóstica, en el 50% se realizó biopsia indirecta (biopsia subcutánea de grasa abdominal), en el resto la biopsia fue de órgano diana (biopsia renal y biopsia intestinal, ésta última la enfermedad no se sospechada). En cuanto a la afectación sistémica, se observó afectación renal en el 75% de los casos, solo el 25% con proteinuria en rango nefrótico. El valor medio de creatinina al diagnóstico fue de 2.1 mg/dl. En el 50% de los casos había afectación intestinal. En uno de los casos había afectación de médula ósea, cerebral y cutánea. Se analizaron los valores RFA al diagnóstico, con una media de PCR de 173.33 y de VSG de 102.25. El 100% de los casos fallecieron, la causa de éxitus fueron el fallo multiorgánico secundario a TBC en el 25%, y shock séptico en otro 25%, pero desconocida en los restantes.

DISCUSIÓN

El término amiloidosis secundaria engloba a todas aquellas enfermedades sistémicas que tienen como nexo en común el depósito de fibrillas amiloideas insolubles en la matriz extracelular de los tejidos, y produciendo un consiguiente daño en los distintos órganos donde se deposita. Se considera como una complicación de enfermedades inflamatorias crónicas. Esta enfermedad presenta una incidencia muy baja tanto en nuestra serie coincidiendo con las series revisadas. Llama la atención la predominancia



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

del sexo femenino, siendo en la mayoría de las series publicadas una mayoría del sexo masculino. En cuanto a la clínica, la manifestación inicial más frecuente y que debe hacer sospechar la enfermedad es la afectación renal, que suele marcar el pronóstico.

CONCLUSIONES

La amiloidosis es una enfermedad de baja incidencia con afectación mayoritariamente renal, de predominio en sexo masculino en contra de nuestro estudio que se puede justificar por el escaso número de pacientes de nuestra serie. Dada su baja incidencia es preciso realizar un adecuado diagnóstico diferencial que incluya esta patología ante la aparición de complicaciones (deterioro de función renal y otros signos o síntomas inespecíficos) en aquellas enfermedades inflamatorias de carácter crónico.

PP-6 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ESTANCIAS PROLONGADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego, N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

La estancia media hospitalaria, entre otros, puede ser un indicador útil en la valoración de la gestión adecuada de un servicio clínico, cuando la atención a pacientes hospitalizados represente una parte importante de su actividad.

El objetivo del presente estudio es analizar las características generales de los personas que permanecieron ingresadas en nuestro servicio de Medicina Interna-Geriatria durante más de treinta días, durante los años 2013 y 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con estancia hospitalaria superior a 30 días, durante los años 2013 y 2014. Variables recogidas: a) datos demográficos (sexo, edad); b) número de visitas a urgencias e ingresos en el último año; c) reingresos posteriores; d) motivo del alta hospitalaria; e) causa que motivó el ingreso. Fuente de información: programa de historia clínica informatizada (SELENE) y gestión de información DWH.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 111 pacientes con estancia media mayor de 30 días (57 en 2013 y 54 en 2014).

Respecto a la edad, 15 pacientes tenían menos de 50 años (13,5%), en 39 pacientes oscilaba entre 51 y 75 años (35,5%), en 41 pacientes entre 75 y 85 años (36,9%) y el resto (16 pacientes) eran mayores de 85 años (14,4%).

Cincuenta y tres pacientes habían acudido al servicio de urgencias (SU), en el año previo al presente ingreso, en más de 1 ocasión (lo que representa un 47,7%); sólo un 27,9% (31) de los pacientes, no habían visitado el SU durante el período 2013-14. En relación a los ingresos en el año previo, no lo habían hecho 52 pacientes, frente al 53% de enfermos que si habían reingresado (25 pacientes lo hicieron en 1 ocasión y 34 pacientes en más de una ocasión).

En el 78% de los casos no se ha constatado que hayan vuelto a ingresar en los 31 días posteriores al alta hospitalaria; sólo fue necesario volver a ingresar, en 2 ocasiones, a un único paciente.

Las causas que motivaron el ingreso de nuestros pacientes, durante el período analizado (2013-14) fueron: enfermedades respiratorias (21%), patología digestiva (18%), procesos cardiovasculares (16%); el resto de patologías representó un 45%.

El motivo del alta hospitalaria, en el 81% de los pacientes, fue por alta clínica a su domicilio, un 13% por fallecimiento y un 6% por traslado a otros centros hospitalarios.

DISCUSIÓN

Conocer las características de los pacientes que ingresan en nuestros servicios, es útil no sólo para mejorar su asistencia sino también para identificar, aplicando las herramientas adecuadas, cuáles de ellos tienen más posibilidades de prolongar, más allá del tiempo aconsejable, su estancia en el hospital. El presente estudio representa un primer paso en este sentido.

El mejor conocimiento de estos datos nos puede ayudar en el desarrollo y planificación de estrategias dirigidas a reducir la estancia hospitalaria, y todo lo que ésta conlleva (complicaciones, incremento del gasto sanitario, etc.), basadas en alternativas a la hospitalización convencional (atención en hospital de día, hospitalización a domicilio, etc.), y que garanticen una correcta continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes tienen una edad entre 50 y 85 años (72,4%). Acudieron al SU, e ingresaron en nuestro servicio el año previo, el 72,1% y el 53%, respectivamente.

El 55% de la prolongación de la estancia hospitalaria fue debida a enfermedades respiratorias, cardíacas y digestivas. La mayoría de nuestros pacientes fueron dados de alta a su domicilio; sólo una pequeña proporción reingresó de forma precoz por el mismo proceso.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

V-6 MANEJO AMBULATORIO DEL PACIENTE NEUTROPÉNICO. ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS

M. Vázquez Ronda⁽¹⁾, S. Martín Barba⁽¹⁾, S. Alonso Soler⁽²⁾,
B. Martínez Carrasco⁽²⁾, A. Herrero Domingo⁽¹⁾, A. González Ageitos⁽²⁾,
A. Viana Alonso⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

(1)Servicio de Medicina Interna, (2)Servicio de Oncología Médica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Analizar el manejo ambulatorio de pacientes con neutropenia febril y desarrollar un protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional de los pacientes con neutropenia febril y tumor sólido manejados de forma ambulatoria entre Diciembre 2014 y Abril 2015. Se compararon las características de los pacientes manejados de forma ambulatoria con los hospitalizados mediante análisis multivariante, y con ello poder desarrollar un protocolo de actuación. Se define neutropenia febril como aquella situación clínica caracterizada por un recuento de neutrófilos igual o inferior a 500 mm³, y registro de temperatura igual o superior a 38.5°C en toma aislada, o tres tomas superiores a 38°C separados de 4 horas. Se define como neutropenia de bajo riesgo aquella situación clínica en la que la duración anticipada de la neutropenia se estimara inferior a 7 días, el paciente presentaba un tumor sólido en tratamiento de quimioterapia, ausencia de enfermedades o situaciones médicas.

RESULTADOS

Durante los meses de Diciembre-Abril un total de 13 pacientes fueron evaluados por el equipo de oncología médica mediante interconsulta procedente del servicio de Urgencias, y cumplían criterios de neutropenia de bajo riesgo. Todos ellos fueron incluidos a recibir antibiótico con quinolonas (levofloxacino en 9 pacientes, 69.2%, y ciprofloxacino 4 pacientes, 30.8%) durante 7-10 días. Seguimiento en consulta de oncología médica en el plazo de 48 a 96 horas. 8 eran hombres y 5 mujeres. La neutropenia apareció entre los días 7-10 tras la administración del ciclo de quimioterapia. Se administró filgrastin 300 microgramos en 5 pacientes, todos ellos durante 3 días. El control hematológico se realizó en la visita en consulta de oncología médica y en todos ellos a las 48 horas habían superado la cifra de 500 neutrófilos/mm³. La fiebre desapareció en 24-36 horas. Solo en 1 caso se obtuvo aislamientos microbiológicos en una muestra de orina, E. Coli, sin aislamientos en hemocultivos. Ningún paciente presentó complicación clínica y no precisaron ingreso hospitalario. Se retrasó la administración del siguiente ciclo de quimioterapia entre 5-7 días.

DISCUSIÓN

La neutropenia febril es una entidad que confiere un aumento de la morbilidad y mortalidad en pacientes oncológicos por lo que su correcto diagnóstico y manejo es de máxima importancia. La duración y la severidad de la neutropenia confiere un riesgo a diferentes infecciones por bacterias y hongos, con un grupo de población muy heterogéneo. Los antibióticos utilizados deben tener cobertura amplia para gérmenes gram positivos y negativos, especialmente estos últimos. Es importante excluir del grupo de bajo riesgo en neutropenia febril aquellos que hallan recibido previamente tratamiento con quinolonas por el elevado riesgo de resistencias, debiendo ser incluidos en el grupo de alto riesgo. Dentro de las variables que consideramos para incluir a un paciente en el grupo de bajo riesgo encontramos: la edad (< 65 años), ECOG <2, administración del último ciclo de quimioterapia > 10 días, ausencia de diferentes comorbilidades: insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, compromisos cardíaco, sospecha de infección catéter venoso central, hipotensión arterial, deterioro cognitivo, ingreso reciente con sospecha de infección nosocomial. Es importante atender también el deseo del paciente por realizar tratamiento ambulatorio dado la mejor calidad de vida que ello supone. El tratamiento con factores estimulantes de colonias ha demostrado una reducción en el tiempo de neutropenia, con la consiguiente reducción en el tiempo de hospitalización y en costes asociados, asegurando por otro lado la administración del siguiente ciclo de quimioterapia. No se ha demostrado impacto sobre la mortalidad por lo que su uso en pacientes de bajo riesgo está cuestionado.

CONCLUSIONES

El manejo ambulatorio de la neutropenia febril en pacientes bien seleccionados (bajo riesgo) es marca de buena práctica clínica con grandes resultados.

V-7 PREVALENCIA Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON EPOC, SHO Y SOLAPAMIENTO EPOC-SHO EN ACIDOSIS HIPOXÉMICA-HIPERCÁPNICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

J. Perez Laya, D. Rojas T, A. Gil F., I. Peñas De Bustillo, M. Olaverria P., A. Ortega González, J. Serrano R., T. Vargas H
Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

OBJETIVOS

Evaluación de variables demográficas asociadas e EPOC, SHO y solapamiento EPOC-SHO.

Evaluar diagnóstico principal de ingreso.

Conocer grado de acidosis al ingreso.

Evaluar estancia media y mortalidad

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo entre octubre del 2.008 y octubre del 2.013 en pacientes procedentes del servicio de urgencias, ingresados en una unidad de monitorización respiratoria (UMIR) y tratados mediante VMNI por presentar acidosis hipercápnica aguda (N=152). Los datos fueron procesados por el programa Excel 2.010 y presentando en forma de porcentaje, medias y desviación estandar.

RESULTADOS

La edad media fue de edad $72,21 \pm 9,60$ (hombres 78,72%, mujeres 21,27%). Diagnósticos y mortalidad respectivamente: EPOC 42,10% (14,06%), SHO 13,15% (0%), solapamiento EPOC-SHO 6,57% (0%). La estancia media (días UMIR/global) según diagnóstico fue: EPOC $2,49 \pm 2,55 / 9,23 \pm 3,73$, SHO $2,22 \pm 2,06 / 8,3 \pm 3,13$, solapamiento EPOC-SHO $3,43 \pm 1,11 / 10,7 \pm 5,45$. El pH medio al ingreso fue para EPOC 7,27, SHO 7,28 y Solapamiento 7,29.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se demuestra una mayor proporción de hombres y la patología con mayor prevalencia ha sido la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, luego SAHS y posteriormente el solapamiento EPOC- SAHS.

Este último presenta mayor días de hospitalización y que podría explicarse porque ellos presentan un aumento de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y su supervivencia está reducida respecto a los pacientes que sólo presentan EPOC. El tratamiento del síndrome del EPOC, SAHS y solapamiento EPOC-SAHS mediante VNI es muy efectivo y parece normalizar el exceso de mortalidad especialmente en este ultimo grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes con EPOC con acidosis hipercápnica tributaria de VMNI en nuestra unidad fue superior con respecto al SHO y al solapamiento EPOC-SHO y el grado de acidosis probablemente superior, correlacionándose con una mayor mortalidad. Es probable que los pacientes con SHO y solapamiento EPOCSHO presenten una mejor respuesta a la VMNI con un grado de acidosis relativamente menor. Para su valoración sería preciso aumentar el tamaño muestral.

EA-4 SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE. MÁS FRECUENTE DE LO QUE SE CREE

Y. Santisteban López, F. Polo Romero, R. Cordero Bernabé,
I. Marañés Antofañanzas, M. Moreno Merino

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Hellín. Hellín (Albacete)

OBJETIVOS

El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) se diagnostica por la disfunción conjunta de dos o más glándulas asociadas a otras enfermedades no endocrinológicas de etiología autoinmune. El objetivo es analizar los casos diagnosticados de este síndrome en el Hospital de Hellín para un mejor conocimiento y abordaje de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias de los casos diagnosticados hasta este momento en nuestro centro con descripción de sus características demográficas y clínicas. Dentro de las primeras edad y sexo. Entre las segundas, presencia o no de antecedentes familiares, manifestación clínica al diagnóstico, primera enfermedad diagnosticada y desfase en tiempo con la segunda enfermedad, otras manifestaciones clínicas asociadas, realización o no de pruebas funcionales para su diagnóstico y el tratamiento recibido. Por último se ha tenido en cuenta si el diagnóstico se ha llevado a cabo a nivel hospitalario o en consultas externas.

RESULTADOS

Son once pacientes los casos recopilados. De éstos, nueve son mujeres (81%) y dos son hombres. Las edades comprendidas entre 36 y 72 años con mediana de mediada de 46años. Ocho casos de SPA tipo 3 (73%) y el resto SPA tipo 2 (27%). La primera enfermedad diagnosticada en el tiempo es el hipotiroidismo en seis casos (54%) seguidos de otras alteraciones tiroideas (dos casos; 18%) y un caso de insuficiencia suprarrenal, anemia perniciosa y anemia hemolítica autoinmune respectivamente. En la mayoría de los casos la manifestación clínica al diagnóstico fue astenia (seis casos; 54%) acompañada de pérdida de peso en tres de ellos (50%) seguida de anemia y shock séptico en dos casos y un caso de aumento de peso e ictericia respectivamente. En cuatro pacientes (36%) fue posible realizar el diagnóstico de SPA al mismo tiempo. En el resto de los casos el desfase con el diagnóstico de segunda enfermedad está comprendido entre uno y seis años, media de 1.6años.

En dos de los tres casos con insuficiencia suprarrenal en dos de ellos se hicieron test de estimulación con ACTH. Sólo uno de los pacientes de esta serie no está recibiendo tratamiento en relación con estas patologías.

En seis casos (54%) no se ha detectado antecedentes familiares relacionados con este síndrome. En un caso existe antecedente de patología tiroidea y en cuatro (36%) no



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

consta en la historia recogido este dato. El diagnóstico se realiza en 8 casos (72%) en el ámbito ambulatorio de consultas externas y el resto a nivel hospitalario.

DISCUSIÓN

El SPA más frecuente de los descritos en la literatura es el tipo 2. No es así en nuestra revisión, a pesar de que la primera enfermedad detectada es hipotiroidismo, éste se asocia a otras patologías autoinmunes, lo que hace que sea el tipo 3 el más frecuente. Concordante es el hecho que la mayoría de los pacientes sean mujeres, ya que éstas se afectan tres veces más que los hombres, y la mediada de edad porque entre la tercera y cuarta década. Sin embargo en nuestra revisión contamos con dos pacientes de setenta y dos años que corresponden a SPA tipo 3. El desfase que encontramos en nuestra serie es especialmente llamativo porque hasta en cuatro casos se realiza al mismo tiempo y el mayor tiempo es de seis años. En la literatura se describen hasta veinte años en el diagnóstico entre patologías. Merece la pena recalcar que en el momento en que se diagnostique una enfermedad uniglandular autoinmune, debe descartarse la coexistencia con otros procesos y hacer screening con autoanticuerpos específicos para cada patología. En la etiopatogenia de la enfermedad parece existir una predisposición genética siendo relevante el conocimiento de estas patologías en los familiares de los afectados para su seguimiento y diagnóstico.

CONCLUSIONES

El mejor conocimiento de estas patologías y su posible asociación nos habilita para llegar a un diagnóstico más preciso, mejor tratamiento, seguimiento y asesoramiento al paciente.

Comunicaciones orales breves

Sesión 3

DM-1 COMBINACIÓN INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDA: PROGRAMA DEDESARROLLO CLÍNICO

J. Gómez Cerezo⁽¹⁾, A. Zapatero Gaviria⁽²⁾, M. García-Consuegra⁽³⁾

(1)Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid)

(2)Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)

(3)Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid

OBJETIVOS

La mayoría de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) que reciben una insulina basal no alcanzan los objetivos de control glucémico necesarios para reducir el riesgo de complicaciones micro- y macrovasculares y la mortalidad. La intensificación del tratamiento con insulina para lograr un mejor control glucémico se ve dificultada por el riesgo de hipoglucemia, el aumento de peso y la complejidad de los regímenes de tratamiento.

Insulina degludec/Liraglutida (IDegLira) es una combinación a razón fija de una insulina de acción prolongada, insulina degludec, y un análogo de GLP-1, liraglutida, diseñado para optimizar el control glucémico. IDegLira se administra una vez al día e independiente de las comidas; la dosis máxima es de 50 unidades de dosis (50 unidades de insulina degludec y 1,8 mg de liraglutida).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa el desarrollo clínico de fase 3 de IDegLira.

RESULTADOS

La fase 3 de IDegLira incluye dos ensayos clínicos de fase 3a diseñados para demostrar la superioridad de este medicamento respecto a sus componentes individuales (Tabla 1), y cuatro ensayos de fase 3b para explorar la eficacia y seguridad de este producto en otras poblaciones.

CONCLUSIONES

Conclusiones: El programa DUAL proporcionará pruebas de la eficacia y seguridad de IdegLira en diferentes poblaciones de pacientes con DM2 que requieren terapia de intensificación para conseguir el control glucémico.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

Tabla 1. Programa de desarrollo clínico de fase 3a de IDegLira

Nombre	Diseño	Población	Objetivos
DUAL I	26 semanas (+26 semanas de extensión), aleatorizado, no enmascarado, de 3 ramas (IDegLira vs IDeg vs Lira añadidos al régimen previo)	DM2, sin insulina previa y no controlados con metformina \pm pioglitazona	Confirmar la superioridad de IDegLira vs Lira y la no inferioridad vs IDeg en el cambio en la HbA1c
DUAL II	26 semanas, aleatorizado, doble-ciego, de 2 ramas (IDegLira vs IDeg añadidos metformina)	DM2, no controlados con dosis estable de insulina basal + metformina \pm SU o glinidas	Confirmar la superioridad de IDegLira vs IDeg en el cambio en la HbA1c

DM-2 RESULTADOS DE LA FASE 3A DE INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

A. Zapatero Gaviria⁽¹⁾, J. Gómez Cerezo⁽²⁾, M. García-Consuegra⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)

⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes (Madrid)

⁽³⁾Departamento Médico. Novo Nordisk. Madrid

OBJETIVOS

Insulina degludec/Liraglutida (IDegLira) es una combinación a razón fija de una insulina de acción prolongada, insulina degludec, y un análogo de GLP-1, liraglutida, diseñado para optimizar el control glucémico. IDegLira se administra una vez al día e independiente de las comidas; la dosis máxima es de 50 unidades de dosis (50 unidades de insulina degludec y 1,8 mg de liraglutida).

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa DUAL de fase 3a con IDegLira incluyó dos ensayos clínicos multinacionales, aleatorizados, de tratamiento hasta el objetivo. El DUAL I fue un estudio no enmascarado para confirmar la superioridad de IDegLira vs Lira y la no inferioridad vs IDeg, en pacientes que no habían recibido previamente insulina y que no estaban controlados con metformina \pm pioglitazona. El DUAL II fue un estudio doble-ciego diseñado para confirmar la superioridad de IDegLira vs IDeg. En ambos estudios la variable principal fue el cambio a las 26 semanas con respecto a basal en la HbA1c. Las variables secundarias incluyeron, entre otras, cambio en el peso, número de episodios de hipoglucemia confirmados y dosis final de insulina.

RESULTADOS

Los principales resultados de los estudios DUAL I y II se presentan en la Tabla 1.

CONCLUSIONES

Los estudios DUAL I y II muestran que cada componente de IDegLira contribuye al control glucémico, al tiempo que reduce efectos secundarios importantes asociados al tratamiento con insulina como el aumento de peso y las hipoglucemias, en pacientes no controlados con una insulina basal (DUAL II) y en pacientes que no habían recibido insulina previamente y no estaban controlados con metformina±pioglitazona (DUAL I).

Tabla 1. Resultados principales de los estudios DUAL I y DUAL II

Variable	DUAL I			DUAL II	
	IDegalLira	Ideg	Lira	IDegLira	IDeg
N	833	413	414	199	199
Δ HbA1c (%)	-1,9	-1,4	-1,3	-1,9	-0,9
Diferencia estimada en Δ HbA1c de IDegLira vs	-	-0,47 (-0,58 a -0,36)*	-0,64 (-0,75 a -0,53)*	-	-1,1 (-1,3 a -0,8)*
HbA1c<7,0%	81	65*	60*	60	23*
Δ peso (Kg)	-0,5	2,6	-3	-2,7	0
Hipo confirmadas eventos/paciente-año	1,8	2,6*	0,2*	1,5	2,6
Dosis final de insulina (U)	39	62*	NA	45	45

Δ: cambio con respecto a basal en la semana 26; *p<0,05 vs IDegLira

ETV-2 TROMBOLISIS FÁRMACO-MECÁNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ILIOFEMORAL

M. Pulfer⁽¹⁾, P. Demelo Rodríguez⁽¹⁾, I. Jiménez Hinarejos⁽¹⁾,
L. Vela De La Cruz⁽¹⁾, J. Del Toro Cervera⁽¹⁾, M. Echenagusía Boyra⁽²⁾,
F. Camúñez Alonso⁽²⁾, M. González Leyte⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa. Medicina Interna, ⁽²⁾Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

La trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral asocia una elevada morbilidad, en forma de síndrome posttrombótico. La trombolisis fármaco-mecánica mediante la aplicación de fibrinólisis local y trombectomía mecánica es una alternativa a la anticoagulación aislada en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 2 casos de TVP iliofemoral que fueron tratados mediante trombolisis fármaco-mecánica. Se valoran antecedentes personales, curso clínico, diagnóstico, tratamiento y evolución.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

RESULTADOS

Caso 1: Mujer de 38 años que presentó TVP ilíaca externa izquierda hasta vena poplítea en relación con anticoncepción hormonal. Se realizó trombolisis mecánica y farmacológica local utilizando el dispositivo Trellis® en el territorio de la vena femoral superficial, femoral común, ilíaca externa y común izquierdas. A las 72 horas de finalizar el procedimiento, la paciente había experimentado franca mejoría clínica. Fue dada de alta en tratamiento con rivaroxabán. 3 meses después la paciente continúa asintomática.

Caso 2: Mujer de 27 años con antecedente de trombofilia de alto riesgo (doble heterocigota para la mutación Factor V Leiden y FII G20210A) y enfermedad tromboembólica venosa de repetición con hasta 6 episodios de TVP de miembros inferiores, a pesar de múltiples tratamientos anticoagulantes (enoxaparina, acenocumarol, rivaroxabán, warfarina) y portadora de filtro de cava inferior. Ingresó por nuevo episodio de trombosis venosa a nivel de vena cava inferior desde cava infrarrenal en localización del filtro hasta ambas venas ilíacas. Se realizó tratamiento con trombolisis farmacomecánica en dos tiempos: inicialmente se recanalizó el sistema venoso profundo del MID, cava infrarrenal y cava yuxtarenal, por encima del filtro, con extracción de trombo e inyección local de Uroquinasa. Posteriormente se realizó recanalización de sector venoso ilio-femoral izquierdo. La evolución posterior fue favorable, y pudo ser dada de alta en tratamiento con dabigatrán.

DISCUSIÓN

La trombosis venosa profunda proximal se considera aquella que se produce por encima del nivel de la vena poplítea. La afectación ilíaca confiere un peor pronóstico desde el punto de vista funcional, con mayor frecuencia y gravedad en el desarrollo de síndrome postrombótico. En este sentido, la retirada del trombo de forma temprana podría disminuir la morbilidad postrombótica, el reflujo y la obstrucción venosa. En los casos en los que existe afectación ilíaca, la anticoagulación parece ser insuficiente en cuanto a la prevención del síndrome postrombótico.

La trombolisis farmacomecánica utiliza un mecanismo por medio de un catéter que permite la administración directa de agentes fibrinolíticos combinando la fragmentación mecánica del trombo y la aspiración del mismo.

El catéter Trellis®, utilizado en nuestros pacientes, incluye la administración de un agente trombolítico asociado a 2 balones oclusivos que se colocan en ambos extremos del trombo, permitiendo la administración del fármaco a nivel local en el segmento trombosado y añadiendo un movimiento rotacional sinusoidal para la fragmentación del trombo y su aspiración simultánea por medio del catéter. Este sistema evita la existencia de fibrinólisis sistémica.

CONCLUSIONES

- La trombolisis fármaco-mecánica mediante catéter para la repermeabilización en pacientes con trombosis iliofemoral es una técnica que permite una completa eliminación del trombo, con recuperación de la función venosa y prevención del desarrollo de síndrome posttrombótico.
- Aunque los resultados hasta la fecha son prometedores en cuanto a eficacia y seguridad, son necesarios más estudios que apoyen el uso de esta técnica.

EC-2 IMPACTO DEL SEGUIMIENTO ESTRECHO DE PACIENTES ANCIANOS PLURIPATOLOGICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE MEDICINA INTERNA

S. Martín Barba, A. Herrero Domingo, M. Vazquez Ronda, A. Muñoz Ruiz, K. Marín Mori, I. Alconchel

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) constituye la primera causa de ingreso hospitalario por patología médica en mayores de 65 años. En los últimos 10 años, la tasa de hospitalización se ha incrementado en un 45% debido a los reingresos de estos pacientes, en la mayoría de las ocasiones ancianos y pluripatológicos, lo que deriva en un importante consumo de recursos médicos, suponiendo finalmente hasta el 3% del gasto sanitario del país. Una actuación que mejora la calidad de vida de los pacientes con ICC, es implantar programas de seguimiento especiales. Por ello en este tipo de pacientes, parece más apropiado un manejo global de sus problemas, por parte del médico internista.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos hospitalaria de 101 pacientes con ICC seguidos de forma estrecha en régimen ambulatorio semanal, en consulta monográfica de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora del Prado desde Septiembre del 2012 a Abril 2015. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas. Respecto al análisis del impacto del seguimiento estrecho de estos pacientes, comparamos ingresos por IC e ingresos por otras causas pre y postseguimiento ambulatorio y consultas en urgencias por IC y otras causas pre y postseguimiento ambulatorio, ajustando el análisis por tiempo de seguimiento en consulta monográfica. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico, SPSS versión 15.0.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

RESULTADOS

Las características basales de los pacientes analizados mostraron una edad media de 82.4 años. El 60.4 % fueron mujeres. La etiología principal de la ICC fue en un 47% de miocardiopatía hipertensiva, encontrándose en un 32% más de una etiología para la ICC. Respecto a la fracción de eyección (FE) predominó en un 66.3% la FE preservada entendiendo como tal una FE del ventrículo izquierdo (FEVI) mayor o igual al 50%. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron: hipertensión arterial (88.1%), dislipemia (53.4%) y diabetes mellitus (45.5%). Respecto a las comorbilidades, las más frecuentes en orden decreciente fueron: fibrilación auricular (57.4%), anemia (52.5%), enfermedad renal crónica (aclaramiento de creatinina <60 ml/min en un 41.6%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (27.7%).

Respecto a la media de visitas realizadas en consulta monográfica fue 4.4 visitas (mínimo 1-máximo 16). El 47.5% de los pacientes seguidos ambulatoriamente se encuentra en fase de optimización, el 34.7% en fase de seguimiento y se detectó un 17.8% de pérdidas. Respecto al análisis del impacto de nuestra actuación reflejado en el apartado material y métodos, se objetivó un claro descenso de los ingresos postseguimiento, tanto por IC (77%) como ingresos por otras causas (72%), así como un claro descenso en el porcentaje de consultas a urgencias postseguimiento, tanto por IC (55%) como por otras causas (27%).

CONCLUSIONES

Los pacientes registrados en nuestra base de datos presentaron una edad avanzada y criterios de cronicidad y pluripatología, de forma muy similar a como recogen la mayoría de las series de trabajos con similares características.

Respecto al análisis del impacto del seguimiento estrecho de los mismos, parece más que razonable el beneficio de una consulta monográfica dirigida por internistas para pacientes ancianos con ICC y comorbilidad asociada, así como su repercusión sobre la hospitalización, puesto que en este tipo de pacientes la adherencia a un programa de salud protagonizado por internistas y enfermería, basado en un seguimiento estrecho y continuado, donde es posible optimizar los tratamientos de forma individualizada, controlar la comorbilidad, informar y formar, constituye un buen método para conseguir evitar el empeoramiento funcional de los pacientes, disminuyendo las visitas a urgencias y los reingresos, además de reducir la estancia y mortalidad hospitalaria.

EA-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego, N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, J. Bayona León, J. Sicilia Urbán, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

El estudio de los anticuerpos antifosfolípidos (AAF) se utiliza en la práctica clínica con el objetivo de determinar la causa de alteraciones de la coagulación, abortos recurrentes y trombopenia.

El objetivo principal es valorar las peticiones realizadas desde el servicio de medicina interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes a los que se les había solicitado algún anticuerpo antifosfolípido (anticoagulante lúpico, anticardiolipina y antibeta2glicoproteína) entre los meses de julio de 2014 y febrero de 2015, ambos incluidos (se eligieron estos meses puesto que desde julio de 2014 se unificaron las técnicas de determinación de los antifosfolípidos). Variables recogidas: a) número de peticiones y distribución de las mismas; b) tipo de petición (hospitalaria, consulta externa); c) positividad de los mismos y relación entre los mismos.; d) datos demográficos de los pacientes (edad y sexo). Fuente de información: programa de historia clínica informatizada (SELENE).

RESULTADOS

Se han realizado 579 peticiones en el periodo de tiempo descrito, 512 (88,4%) desde el ámbito de consulta y 67 (11,6%) desde el ámbito de hospitalización.

El número total de pacientes fue de 147, 91 mujeres (61,9%) y 56 varones (38,1%) con una edad media de 50,8 años con un rango entre 15 y 86 años.

Respecto al Anticardiolipina IgG y Anticardiolipina IgM, se realizaron 153 peticiones de un total de 141 pacientes: 1 determinación en 131 pacientes; 2 determinaciones en 8 pacientes y 3 determinaciones en 2 pacientes. De Anticardiolipina IgG: 3 determinaciones de 3 pacientes diferentes resultaron positivos, lo que representa el 1,9% de las peticiones y el 2,1% de los pacientes. En relación a las determinaciones de Anticardiolipina Ig M: 10 determinaciones de 10 pacientes diferentes resultaron positivos, lo que representan un 6,5% y un 7% respectivamente.

Si hablamos del antibeta2glicoproteína IgG, se realizaron 136 peticiones de un total de 124 pacientes: 1 determinación en 112 pacientes, 2 determinaciones en 10 pacientes y 3 determinaciones en 1 pacientes. De ellos 2 determinaciones de 2 pacientes resultaron positivas, lo que representa un 1,4% y un 1,6% respectivamente.



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

En relación al anticoagulante lúpico (AL), se realizaron 137 peticiones (55 positivas (40,1%), 14 indeterminadas (10,2%) y 68 negativos (49,6%)) de un total de 115 pacientes: 1 determinación en 93 pacientes, 2 determinaciones en 11 pacientes, 3 determinaciones en 3 pacientes y 6 determinaciones en 1 paciente.

Presentaron un resultado positivo 43 pacientes diferentes (37,4%), 5 pacientes tenían un resultado indeterminado (4,3%) y los 67 pacientes restantes (58,2%) presentaron resultados negativos.

En 2 pacientes se objetivó positividad de Anticardiolipina IgG y AL. 4 pacientes presentaban positividad conjunta de Anticardiolipina IgM y AL. Sólo 1 paciente presentó doble positividad de Anticardiolipina IgG e IgM.

CONCLUSIONES

Los AAF son una determinación cada vez más frecuente en la práctica clínica habitual, siendo interesante conocer las peticiones por parte del servicio de Medicina Interna.

En nuestro caso, el antifosfolípido que más veces resultó positivo fue el AL (37,4%).

Las peticiones y el manejo de las patologías asociadas a AAF es eminentemente ambulatorio.

Nos resulta sorprendente el alto índice de positividad de los AL en las muestras examinadas, más del 37%, dato que no concuerda con la bibliografía.

La positividad de más de un anticuerpo se dio en un número muy bajo de pacientes (7).

EA-2 EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Camacho⁽¹⁾, A. González⁽¹⁾, A. Benito⁽²⁾, M. García⁽²⁾, N. Sirgo⁽¹⁾, G. Fraile⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina Interna, ⁽²⁾Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de linfadenitis histiocítica necrotizante o enfermedad de Kikuchi (EK) incluidos en la base de datos de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con EK desde el año 1993 hasta 2015 en nuestro hospital.

RESULTADOS

En el período de estudio, 22 pacientes tuvieron el diagnóstico de EK con anatomía patológica de linfadenitis histiocítica necrotizante. De ellos, el 90% (20/22) eran caucásicos, un 5% (1/22) africano y un 5% (1/22) asiático. Con un predominio del sexo

femenino del 95% (21/22). La edad media al diagnóstico fue de 28 años (\pm 11,30). Desde el punto de vista clínico, un 59% (13/22) presentaron fiebre y todos, salvo una paciente, debutaron con enfermedad ganglionar a nivel cervical. En 2 pacientes (9%) se objetivaron además adenopatías inguinales.

En lo referente al panel de anticuerpos: un 36% (8/22) de ANA positivo, 5/22 (23%) al diagnóstico de EK, y un 3/22 (14%) lo positivaron en el seguimiento; de ellos, 2 pacientes positivaron anti-DNA. Hubo 3 pacientes con Ro-SSA y La-SSB positivos tras el diagnóstico de la EK. En un 95% se realizó PAAF como primera prueba, siendo diagnóstica en el 100%. En un paciente sólo se realizó biopsia, siendo esta diagnóstica, y en otros 10 la PAAF se confirmó con biopsia. No se realizaron biopsias en todos porque en muchos entre ambas pruebas el cuadro se resolvió y en otros no se consideró necesario. Dos pacientes presentaron diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), uno tras 10 años del diagnóstico de EK, y el otro con datos analíticos tras 5 años con el posterior debut clínico de LES. El síndrome de Sjögren (SS) se describió en 3 pacientes, 1 y 4 años después del diagnóstico de EK, y en la tercera asociado a LES. Hubo un caso de tiroiditis autoinmune y uno con EK tras 5 años de Linfoma de Hodgkin tratado y en remisión.

Microbiológicamente todos los pacientes presentaron Mantoux y la mayoría de ellos serologías negativas para distintos virus (VIH, lúes y VEB). Encontramos positividad para PCR VHH-7 próximo al diagnóstico de EK en un paciente, y infección pasada del VHH-6 en 1/3 pacientes donde se realizó la determinación. Todos los pacientes tuvieron una buena evolución clínica, con recidiva en 3 pacientes, uno de ellos en repetidas ocasiones, que se resolvieron espontáneamente o con mínima dosis de corticoides.

DISCUSIÓN

La EK es una entidad caracterizada por linfadenopatías en general laterocervicales, asociada o no a síntomas sistémicos, autolimitada y presentando un curso benigno en su evolución. De etiología desconocida, hay diversos trabajos que sugieren un papel de las citoquinas inflamatorias, IL6 y interferón gamma, en la patogenia. Estas citoquinas se elevan en la EK y en otras enfermedades autoinmunes. Es bien conocida la asociación con EAS, siendo más frecuente la asociada al LES. En algún caso aislado se ha descrito con el SS, si bien dicha asociación es poco frecuente. Sin embargo, entre nuestros pacientes se han observado tres EK asociadas con SS, circunstancia poco común en otras series. Quizás la activación del linfocito B observada en la EK y el SS, podría ser el nexo de unión, de forma similar al LES. Otro punto a comentar en nuestra serie es la presentación de un caso de EK con un linfoma Hodgkin, no siendo la enfermedad coincidente al diagnóstico.

Dicha asociación parece ser casual, aunque en la literatura se describe algún caso similar.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

En cuanto al diagnóstico la citología en manos expertas está aceptada como técnica diagnóstica.

CONCLUSIONES

La EK es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del paciente con adenopatías y fiebre, descartando un posible linfoma que puede debutar con clínica similar, y considerar la asociación con EAS en el curso de su evolución. La asociación entre linfomas y la EK no está clara por el momento. Se trata de una

DM-3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO

V. Notario Barba⁽¹⁾, J. Magallanes Gamboa⁽²⁾, A. Gallegos Polonio⁽²⁾,
A. Blanco Jarava⁽²⁾, A. Vizuite Calero⁽²⁾, A. Ochoa Ramírez⁽²⁾,
J. Carbayo García⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Analizar las características demográficas, clínicas, analíticas y el tratamiento de pacientes con ERC y diabetes tipo 2 ingresados en un hospital general. Evaluar la adecuación del tratamiento antidiabético a la función renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que analiza las características demográficas, clínicas, analíticas y el tratamiento antidiabético de los pacientes mayores de 18 años con ERC y diabetes mellitus 2 ingresados en el H. General Ntra Sra del Prado, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio de ingreso, filtrado glomerular, estadio ERC, tratamiento antidiabético, adecuación del mismo al alta o tras revisión en AP. Como fuente de información se empleó la historia clínica informatizada Mambrino XXI®. Las indicaciones de cada medicamento fueron realizadas según especificaciones recogidas en ficha técnica y guías de práctica clínica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS

166 pacientes con ERC fueron hospitalizados en el año 2013. El 41,56% (69) eran diabéticos tipo 2. El 86,9% estuvieron ingresados en el área médica y el 13,04% en el área quirúrgica. MIR fue el servicio con mayor número de casos (42%). El 56,5% fueron mujeres y la edad media fue 77,19 +/- 8,67 años. Con respecto a la ERC: el valor medio de la creatinina fue 3mg/dl. El 30,4% se encontraban en estadio 3A; 23,2% en

3B;18,8% en 2;15,9% en 5 y el 11,6% en 4.El 7.2% sólo seguían medidas higiénico-dietéticas para el control glucémico. El 40.6% seguían tratamiento con ADOs;el 34,4% con insulina y el 17.4% con combinación de ambos. Con respecto a los ADOs: 57,2% en monoterapia; 35.7% con doble terapia y el 7.1% con triple terapia.El fármaco más usado en monoterapia fue repaglinida,seguido de metformina (21,4% y 17,9%). En terapia doble,la pauta más frecuente fue metformina y sulfonilureas (14.29%).La triple terapia indicada fue metformina,sulfonilureas e IDPP4 en todos los casos.Con respecto a la terapia combinada,la insulina estaba asociada a un ADO en el 66,7% de los casos,siendo repaglinida la más usada (50%).El 33.3% restantes combinaban insulina con metformina e IDPP4.Teniendo en cuenta las distintas pautas,el ADO más utilizado fue metformina en el 50% de los casos,seguido de repaglinida e IDPP4 (35% y 32,5%).Las insulinas más utilizadas fueron:mezclas (55,5%) y glargina (47,2%).El 84% seguían un tratamiento antidiabético ajustado al grado de disfunción renal.Sólo el 16% requerían modificación del tratamiento (45,5% de los cuales se encontraban en estadio 3B;36,4% en estadio 4 y 18,2% en estadio 5).Sólo se llevó a cabo en el 13% de los casos. La modificación más frecuente fue la suspensión de metformina (63,6%) y la introducción de repaglinida (36.4%).Las modificaciones fueron realizadas en el hospital en el 44.4% y en AP en el 66.6%.

DISCUSIÓN

Una de las principales causas de ERC es la nefropatía diabética. Nuestra prevalencia de diabetes mellitus 2 (41.56%) en ERC es algo mayor que en otras series, probablemente por ser una población hospitalizada con mayor edad y comorbilidad. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes con ERC y diabetes mellitus 2 tienen un tratamiento antidiabético adecuado para el grado de disfunción renal. Sólo el 16% requerían alguna modificación del tratamiento. Se llevó a cabo solo en el 13%, no realizándose en 2 casos, uno de ellos por fallecimiento y el otro por decisión médica. Todo contacto con el sistema sanitario debe ser aprovechado para la revisión y adecuación del tratamiento. El 44,4% de las modificaciones fueron realizadas por especialistas hospitalarios y el 66,6% por el MAP en la primera valoración tras el alta. Aunque la metformina sigue siendo el ADO más utilizado, cada vez es más frecuente el uso de la repaglinida e IDPP4, debido a su mejor perfil de seguridad. Sin embargo, el uso de mezclas de insulina se encuentra aún muy difundido en nuestra población.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, las indicaciones de tratamiento se adecuan, en general, a la función renal.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

V-5 MANEJO DE PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUTROPENIA FEBRIL DURANTE 2014

M. Vázquez Ronda⁽¹⁾, S. Martín Barba⁽¹⁾, S. Alonso Soler⁽²⁾,
B. Martínez Carrasco⁽²⁾, A. González Ageitos⁽²⁾, A. Herrero Domingo⁽¹⁾,
A. Viana Alonso⁽²⁾, F. Marcos Sánchez⁽¹⁾

(1)Servicio de Medicina Interna, (1)Servicio de Oncología Médica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

La asociación entre neutropenia y fiebre es una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes oncológicos. Por ello hay que ser conscientes en el mayor riesgo de infección, ser minuciosos en el diagnósticos y elegir el correcto tratamiento antibiótico para afrontar este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es evaluar el manejo diagnóstico y tratamiento realizado en una planta de hospitalización de Oncología médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión sistemática retrospectiva de cada caso, a través de la historia clínica de los pacientes oncológicos ingresados en planta de hospitalización de oncología médica durante el año 2014.

RESULTADOS

Con un total de 43 pacientes, 22 eran varones (52%) y 21 (48%) eran mujeres. Siguiendo el modelo de clasificación MASCC el 68% (29 pacientes) pertenecen al grupo de alto riesgo, frente al 32% (14 pacientes) que cumplían criterios de bajo riesgo. Los esquemas de quimioterapia con mayor tasa de neutropenia, fueron el uso de taxotere (15%), antraciclinas (12%) y carboplatino/etopósido (14.1%) de los casos. A la hora de elegir la pauta antibiótica, en un 80% recibieron tratamiento de forma empírica, siendo el meropenem el fármaco más utilizado en el 60% de los pacientes. Se administró factores estimulantes de colonias en 85% (37 pacientes), con reducción en el número de días con neutropenia del 26% (3 Vs 5) con reducción de la estancia media hospitalaria asociada. Respecto a los aislamientos microbiológicos en un 71% se obtuvieron cultivos estériles.

Las muestras se obtuvieron en un 89% de sangre (38 pacientes), orina en un 69% (29 pacientes), esputo en un 46% (20 pacientes), heces 18% (8 pacientes), y en un 12% (5 pacientes) no se obtuvo muestra microbiológica.

Al analizar los focos de infección se obtuvo que en un 54% (23 pacientes) no se objetivaba, el respiratorio sumó un 22% (10 pacientes), abdominal un 18% (7 pacientes), y urinario presente en un 16% (4 pacientes). Entre los pacientes con infección documentada el microorganismo aislado con mayor frecuencia fue E. Coli (10%), Pseudomona spp

(8%), *Staphylococo aureus* MS (5%), *Staphylococo aureus* MR (3%), otros (3%). Solo hubo 2 fallecimientos.

DISCUSIÓN

La neutropenia y la fiebre son causas importantes morbilidad y mortalidad en pacientes oncológicos y su no correcto manejo puede suponer entre otras muchas complicaciones el retraso en el tratamiento quimioterápico o su suspensión, con lo que supone una caída en el pronóstico vital. Se debe seleccionar muy bien a los pacientes de alto y bajo riesgo para aportarles medidas de cuidados y tratamiento específicos y evitar las complicaciones derivadas del propio ingreso en aquellos que se pudieran beneficiar de un manejo ambulatorio. Según las series registradas en la literatura, nuestra serie de casos cumple los estándares registrados en cuanto a uso de antibioterapia de amplio espectro y a los hallazgos microbiológicos obtenidos. De la misma forma se respetan las incidencias de neutropenias por los esquemas quimioterápicos reseñados, según lo publicado en diferentes series.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes con neutropenia y fiebre deben ser minuciosamente evaluados para establecer el nivel de riesgo, dado que aquellos pacientes con bajo riesgo deberían ser candidatos a tratamiento empírico ambulatorio (oral o en hospital de día). El uso de antibioterapia de amplio espectro asegura la correcta cobertura en pacientes de alto riesgo, sin podernos guiar por los aislamientos microbiológicos por la elevada tasa de resultados estériles. Los G-CSF reducen el riesgo, la severidad y la duración de la neutropenia, reducen la estancia hospitalaria con la reducción de costes asociados y asegura la administración del próximo ciclo de quimioterapia.

EA-3 DETERMINACIONES DE ANTICOAGULANTE LÚPICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL PRIMARIO

L. Cabeza Osorio, E. Lozano Rincón, M. Arroyo Gallego, N. Torres Yebes, A. Martín Hermida, J. Sicilia Urbán, J. Bayona León, R. Serrano Heranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Henares. Coslada (Madrid)

OBJETIVOS

El anticoagulante lúpico (AL) es un grupo heterogéneo de Inmunoglobulinas (Ig) capaces de prolongar pruebas de coagulación dependientes de fosfolípidos; en la práctica clínica se utilizan para filiar a pacientes con tiempo parcial de tromboplastina activado (APTT) prolongado inexplicado en el curso de un laboratorio de rutina o ante la alta probabilidad de síndrome antifosfolípico (SAF) de acuerdo a sus características clínicas.



19-20 de Junio de 2015
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado
Salón de Actos
Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes a los que se les había solicitado anticoagulante lúpico entre los meses de julio de 2014 y febrero de 2015 ambos incluidos (se eligieron estos meses puesto que desde julio de 2014 se unificaron las técnicas de determinación de los antifosfolípidos).

Para la determinación de AL se utilizó un test integrado, realizando el test de veneno de víbora Russel diluido (TVVR) y tiempo de sílice, con baja y con alta concentración de fosfolípidos de forma paralela, en la misma muestra de plasma. Variables recogidas:

a) número de peticiones y distribución de las mismas; b) tipo de petición (hospitalaria, consulta externa); c) datos demográficos de los pacientes; d) asociación con SAF.

Fuente de información: programa de historia clínica informatizada SELENE.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 579 peticiones de algún anticuerpo antifosfolípido (AAF), de ellas, 137 fueron de AL (55 positivas (40,1%), 14 mal procesadas (10,2%) y 68 negativos (49,6%)) que representan un 23,66%, en un total de 115 pacientes diferentes. Presentaron un resultado positivo 43 pacientes diferentes (37,4%), 5 pacientes tenían un resultado indeterminado (4,3%) y los 67 pacientes restantes (58,2%) presentaron resultados negativos. La edad media de estos pacientes era de 51,8 años, con un rango entre los 15 y 86 años. 70 pacientes fueron mujeres (60,8%) y 45 varones (39,2%). De pacientes con AL positivo únicamente en 20 de los casos (46,5%) presentan criterios clínicos de SAF. Respecto a las características clínicas de estos pacientes: 9 presentaron trombosis venosa profunda (TVP) (45%); 3 presentaron tromboembolismo pulmonar (TEP) (15%); 3 TVP y TEP (15%); 3 accidentes cerebrovasculares (15%) y 2 (10%) trombosis de localizaciones poco frecuentes.

En los 23 pacientes sin clínica sugestiva de SAF, se encontró asociación con otras enfermedades autoinmunes en 7 casos (3 Lupus Eritematoso Sistémico, 1 conectivopatía indiferenciada, 1 enfermedad de Still del adulto, 1 Behcet y 1 déficit de Ig A) lo que representa un 30,4%.

CONCLUSIONES

Nos resulta muy llamativo el alto índice positivos, un 37% de las peticiones realizadas, lo que implica un mayor porcentaje de lo descrito en la bibliografía.

Dentro del subgrupo de AL positivo la enfermedad que más se asociaba a los mismos era el SAF primario (46,5%), pero también encontramos 7 pacientes (15,2%) que asocian alguna otra enfermedad autoinmune.

En los pacientes con SAF el criterio clínico que más se encontró en nuestra población fue la patología tromboembólica venosa (75%), en forma de TVP o TEP.

Dentro de las limitaciones del estudio destacamos que es un estudio retrospectivo y limitado en el tiempo.

EC-3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA SEGUIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA INTERNA

A. Herrero Domingo, S. Martín Barba, M. De Vicente Collado,
M. Vázquez Ronda, A. Muñóz Ruíz, K. Marín Mori, J. Magallanes Gamboa,
F. Marcos Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)

OBJETIVOS

Debido al aumento progresivo de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC), especialmente en aquellos de mayor edad y sus múltiples consultas a urgencias e ingresos hospitalarios, se pone en marcha una consulta monográfica dirigida por internistas y con personal de enfermería cualificado, con la finalidad de realizar un seguimiento estrecho e integral de dichos pacientes, así como una labor educativa para el autocuidado.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con ICC seguidos en dicha consulta, así como la prescripción de fármacos de primera línea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes seguidos en la consulta monográfica de insuficiencia cardiaca de Medicina Interna desde septiembre de 2012 hasta abril de 2015. Los datos se han obtenido de la historia clínica electrónica y se ha realizado el análisis estadístico con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

En el estudio se han incluido 101 pacientes, con una edad media de 82.4 años (64-94), de los cuales el 60.4 % son mujeres. Las causas más frecuentes de insuficiencia cardiaca fueron: HTA (47.5%), cardiopatía isquémica (25%) y valvulopatía (22.8%), aunque el 32% presentaban más de una etiología. El 77% de los pacientes tenían fracción de eyección preservada (FEVI mayor del 40%). En el 47% se objetivó alguna valvulopatía significativa, de las cuales las más frecuentes fueron la insuficiencia mitral y la insuficiencia tricuspídea. En el 45 % de los casos había hipertensión pulmonar moderada o severa. Los factores de riesgo cardiovascular que se encontraron fueron: HTA (88%), dislipemia (53.5%), DM (45.5%), obesidad (32%) y tabaquismo (21%). Las principales comorbilidades asociadas fueron: FA (57%), anemia (52.5%), insuficiencia renal (42%), EPOC (28%), ACVA (14%) y neoplasia (8%). La mayoría de los pacientes remitidos a nuestra consulta procedían del área de hospitalización (57%) y fundamentalmente de Medicina Interna (52.5%), seguidos del área de urgencias



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

(26%) y por último del area de consultas (17%). En cuanto a la prescripción de fármacos de primera línea durante el seguimiento (teniendo en cuenta las distintas fases evolutivas), fue del 74% para IECAS/ARA-II y del 55% para BB. Durante el seguimiento se han perdido 27 pacientes por distintas causas: éxitus (10 pacientes), abandono del seguimiento (7 pacientes), otro diagnóstico (6 pacientes) y alta de la consulta (4 pacientes).

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que los pacientes de Medicina Interna con ICC tienen mayor edad y un claro predominio femenino. En su mayoría presentan una miocardiopatía hipertensiva con fracción de eyección preservada, si bien en muchos casos se asocia alguna valvulopatía significativa. Casi la mitad presentan hipertensión pulmonar al menos moderada, lo que nos da una idea de lo evolucionada que se encuentra su enfermedad. Además, asocian múltiples comorbilidades, siendo las más frecuentes la fibrilación auricular, la insuficiencia renal y la anemia. Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se comparaban los pacientes con ICC de Medicina Interna con los de Cardiología. A pesar de todo ello, se consigue prescripción de fármacos de primera línea en un porcentaje alto de pacientes.

CONCLUSIONES

Los pacientes seguidos en nuestra consulta son ancianos, pluripatológicos y con cardiopatía, en muchos casos, muy evolucionada, que precisan un seguimiento integral y estrecho, que evite la peregrinación por múltiples consultas y detecte precozmente las descompensaciones, para así evitar las consultas a urgencias y los ingresos hospitalarios. En este sentido, la educación de pacientes y familiares es fundamental. De esta manera, es posible optimizar los tratamientos sin aumento de los efectos secundarios, mejorando la tolerancia y la adhesión.

Evaluadores de las comunicaciones

Dr. Fernando Marcos Sánchez

*Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Nuestra Señora del Prado.
Talavera de la Reina (Toledo)*

Dr. Francisco Javier Barbado Hernández

Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Dr. Jesús Canora Lebrato

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Dra. Ana M^a Alguacil Muñoz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Dr. Luis A. Álvarez Sala-Walther

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Dra. Iluminada García Polo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid



19-20 de Junio de 2015

Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado

Salón de Actos

Talavera de la Reina. Toledo

LIBRO DE COMUNICACIONES

S&H Medical Science Congress

C/Espronceda 27, Entreplanta. 28003, Madrid

Tfno:91 535 71 83/ Fax: 91 181 7616

Email: comunicaciones@shmedical.es / sh@shmedical.es

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-606-8742-9



S&H Medical Science Congress
C/ Espronceda, 27, Entreplanta. 28003 Madrid
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 181 76 16
E-mail: congresos@shmedical.es
Página Web: www.shmedical.es