



15-16
JUNIO DE 2018



Hotel Galúa
La Manga del Mar Menor



III Congreso Regional
de la Sociedad de
Medicina Interna
de la Región de Murcia (SOMIMUR)

www.somimur.org



SUMARIO

COMITÉ ORGANIZADOR Y COMITÉ CIENTÍFICO	2
PRESENTACIÓN	3
PROGRAMA	4
Viernes, 15 de junio	4
Sábado, 16 de junio	5
PONENTES Y MODERADORES	7
RELACIÓN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	8
ÍNDICE DE AUTORES	56



Congreso Regional de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia (SOMIMUR)

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Mª Teresa Herranz Marín, Presidenta de la SOMIMUR

Dr. Javier Trujillo Santos, Vicepresidente de la SOMIMUR

Dr. Antonio Martínez Blázquez, Secretario de la SOMIMUR

Dr. José Miguel Gómez Verdú, Tesorero de la SOMIMUR y vocal del Hospital Virgen del Castillo

Dr. Vladimir Salazar Rosa, Vocal de Organización y del H.C.U. Virgen de la Arrixaca

Dr. Jesús Lozano Herrero, Vocal de Investigación y del H.G.U. Morales Meseguer

Dr. Miguel Martín Cascón, Vocal de Formación y Redes Sociales

Dr. Fernando Oliván Roldán, Vocal de Centros Privados

Dra. Ana García Pérez, Vocal de Médicos Residentes

Dr. Vicente David de la Rosa Valero, Vocal de Médicos Residentes

Dr. Manuel Jiménez Pascual, Vocal del H.G.U. Santa Lucía

Dra. Ana Peláez Ballesta, Vocal del H.G.U. Rafael Méndez

Dra. Eva García Villalba, Vocal del H. Comarcal del Noroeste

Dr. Francisco Román López Andreu, Vocal del H.G.U. Reina Sofía

Dr. José María Alonso Pardo, Vocal del H.G.U. Los Arcos del Mar Menor

Dr. Francisco de Asís Sarabia Marco, Vocal del H. Lorenzo Guirao

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Marina Gandía Herrero, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia

Dra. Eva García Villalba, H. Comarcal del Noroeste, Caravaca

Dr. Francisco Román López Andreu, H.G.U. Reina Sofía, Murcia

Dr. Antonio Martínez Blázquez, H.G.U. Reina Sofía, Murcia

Dra. Gabriela Poza Cisneros, H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Dr. Javier Trujillo Santos, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

Dr. Francisco Jesús Vera Méndez, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros y socios de la Sociedad Murciana de Medicina Interna

A través de estas líneas, y en nombre de la Junta Directiva actual de SOMIMUR, quiero expresar nuestro reconocimiento y gratitud a todos los que habéis venido a participar en el Congreso de nuestra Sociedad.

Desde que asumimos la responsabilidad de liderar este proyecto, hemos trabajado con ilusión para responder al compromiso que adquirimos. Y empezamos a dar respuesta con la celebración del III Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia, el tercero de la historia de nuestra sociedad, pero el primero que se organiza de manera exclusiva por y para los internistas de nuestra región (como sabéis, los previos fueron congresos conjuntos con la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana en el año 2011 y con la Sociedad Española de Medicina Interna en el Congreso Nacional que se celebró en Murcia en el año 2014).

Hemos pretendido que las mesas del congreso sean plurales, incluyendo temas que a todos nos interesan y que son novedad tanto desde el punto de vista clínico como de la gestión de nuestra práctica asistencial y del futuro de nuestra especialidad. Pero también pretendemos que el congreso sea un encuentro de compañeros y amigos donde intercambiar y compartir experiencias, en buena compañía.

Esperamos estar a la altura de vuestras expectativas y contar con vuestro apoyo para seguir impulsando el desarrollo de nuestra especialidad en la región de Murcia. El futuro sostenible del sistema sanitario es un gran reto que entre todos debemos asumir, y los internistas tenemos en nuestras manos la oportunidad de convertirnos en líderes de los cambios que necesariamente habrá que afrontar. En este sentido, la Sociedad Murciana de Medicina Interna debe ser motor que dinamice nuestro papel y nos ponga en línea de salida para emprender el camino.

Deseo que disfrutéis de estas jornadas y que os llevéis a casa un agradable recuerdo que os anime a volver al que será nuestro IV Congreso de la SOMIMUR en 2020.

Un afectuoso saludo,



Mª Teresa Herranz Marín

Presidenta de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

PROGRAMA

Viernes, 15 de junio

14:00 – 16:00 **Entrega de documentación**

Cóctel de recepción

15:30 – 16:30 **Comunicaciones orales y póster fórum**

MODERADORA

Dra. Eva García Villalba. H. del Noroeste, Caravaca

EPISODIOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA.

Guirado Torrecillas, Leticia¹; Cotugno, M¹; Guirado Torrecillas, M. Isabel²; Castillo Navarro, Antonia¹; Martín Romero, Miguel¹.

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

[2] Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafaél Méndez (Lorca).

INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

Sánchez Lucas, Juan¹; Burrueto López, Ana²; Pagán Escribano, Javier¹; Bernal José, Lorena¹; De la Cierva Delicado, Alicia¹.

[1] Medicina Interna.

[2] Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Jose M^a Morales Meseguer. Murcia.

PALUDISMO IMPORTADO EN CARTAGENA: ANÁLISIS DEL PERÍODO 2010-2017.

Ruiz Belmonte, Elena¹; Alcaraz Vidal, Begoña¹; Escribano Viñas, Paloma¹; Rojano Torres, Rocío¹; García Pérez, Ana¹.

[1] Medicina Interna. Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena).

RECURRENCIAS TROMBÓTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO TROMBÓTICO Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NO PERSISTENTES. ESTUDIO PROSPECTIVO.

J. Pagán Escribano¹, J. Lozano Herrero¹, MJ. Hernández Vidal¹, L. Bernal José¹, M. Herranz Marín¹.

[1] Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer.

NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN PACIENTES VIH NAIVE PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

J. Pagán Escribano¹, J. Sánchez Lucas¹, Carmen Olagüe Baño¹, M. Moreno Hernández¹, F. Gutiérrez Rodero².

[1] Servicio de Medicina Interna Hospital Morales Meseguer.

[2] Servicio de Medicina Interna HGU de Elche.

16:30 – 17:30 **NOVEDADES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

MODERADOR

Dr. Bartolomé García Pérez, H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Dra. Isabel María Carpena Martínez, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia

Antibióticos: PK/PD para “dummies”

Dra. Nazaret Cobos Trigueros, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

Infecciones en viajeros a paraísos tropicales

Dr. Enrique Bernal Morell, H.G.U. Reina Sofía, Murcia

VIH: El largo camino hacia la curación

Dr. Santiago Moreno Guillén, H. Ramón y Cajal, Madrid

17:30 – 18:00 **Pausa - café**18:00 – 19:00 **GESTIÓN DE LA CRONICIDAD: EL PAPEL DEL INTERNISTA**

MODERADORA

Dra. Raquel Barba Martín, H. Rey Juan Carlos, Móstoles**Dra. Mª Teresa Herranz Marín**, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia**Programa de gestión de pacientes crónicos complejos:****Experiencia en el área VI****Dr. Miguel Torralba Saura**, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia**Planificación estratégica para la atención a la cronicidad****del Servicio Murciano de Salud****Dr. Asensio López Santiago**, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud19:00 – 19:30 **INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO**

MESA DE AUTORIDADES

Excmo. Sr. D. Manuel Villegas García, Consejero de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**Dr. Asensio López Santiago**, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud**Dr. Antonio Zapatero Gaviria**, Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna**Dra. Mª Teresa Herranz Marín**, Presidenta de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia19:30 – 20:00 **CONFERENCIA INAUGURAL**

PONENTE

Dr. Jordi Varela i Pedragosa, Experto en gestión clínica. Exgerente de los hospitales de Sant Pau y del Mar. Colaborador docente de ESADE. Consultor y editor del blog “Avances en Gestión Clínica”**El papel del internista en el hospital del futuro:****la Medicina Interna de Alto Valor**22:00 **Cena oficial del III Congreso de la SOMIMUR.**
Restaurante Club Náutico Dos Mares

PROGRAMA

Sábado, 16 de junio

09:00 – 10:00 **Comunicaciones orales y póster fórum**

MODERADORA

Dra. Marina Gandía Herrero, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA SERIE DE CASOS EN ADULTOS.**J. F. Sánchez Martínez¹, M. C. Sánchez Ayala², M. C. García Orenes¹, M. Moreno Hernández¹, J. Sánchez Lucas¹.

[1] Medicina Interna, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

[2] Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-MICROBIOLÓGICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* MULTIRRESISTENTE EN EL AÑO 2017.

García Pérez Ana¹, Sanclemente Juarros Gemma¹, Baraza Pérez Naisa², Alcalde Encinas Mar¹, Cobos Trigueros Nazaret¹.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

[2] Centro de Salud San Antón, Cartagena.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE EL AÑO 2015.

Francisco Javier Hernández Felices, Elena Martínez Cánovas, María Carmen Hernández Murciano, Vicente David de la Rosa Valero, Jacinto Fernández Pardo. Servicio Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

FACTORES PREDICTORES DEL TIEMPO DE ESTANCIA MEDIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Castillo Guardiola, Beatriz¹; Castillo Navarro, Antonia¹; Carpeta Carrasco, Irene¹; Galián Ramírez, José David¹; Salazar Rosa, Vladimir¹.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

J. Pagán Escribano¹, M. Castejón Giménez¹, M. Martín Cascón¹, A. Sánchez Guirao¹, M. Almarcha Menargues.

[1] Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer.

10:00 – 11:30 ACTUALIZACIONES DE INTERÉS PARA EL INTERNISTA (I)

MODERADORA

Dra. Adriana Garre García, H. del Noroeste, Caravaca

Nuevas guías para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC

Dr. Jesús Oliva Navarro, H. del Noroeste, Caravaca

Experiencia con nuevos hipolipemiantes en el manejo de las dislipemias

Dr. Jacinto Fernández Pardo, H.G.U. Reina Sofía, Murcia

Últimas novedades en hipertensión arterial

Dr. Nicolás Ortega López, H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Novedades terapéuticas en diabetes mellitus tipo 2

Dr. José Arribas Ros, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia

11:30 – 12:00 Pausa - café

12:00 – 13:30 ACTUALIZACIONES DE INTERÉS PARA EL INTERNISTA (II)

MODERADOR

Dr. Alfonso Pérez Gracia, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

Insuficiencia cardíaca y síndrome cardiorrenal: nuevos marcadores y herramientas diagnóstico-terapéuticas

Dra. Ana Peláez Ballesta, H.G.U. Rafael Méndez, Lorca

Lupus y síndrome antifosfolípido, ¿algo nuevo?

Dr. Jesús Lozano Herrero, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia

Nuevas evidencias terapéuticas en vasculitis sistémicas

Dr. José Miguel Gómez Verdú, H. Virgen del Castillo, Yecla

Puesta al día en enfermedad tromboembólica venosa

Dr. Javier Trujillo Santos, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

13:30 Entrega de premios a las mejores comunicaciones y Clausura del Congreso.

14:00 Cóctel de despedida.

PONENTES

Dra. Nazaret Cobos Trigueros, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena.

Dr. Enrique Bernal Morell, H.G.U. Reina Sofía, Murcia.

Dr. Santiago Moreno Guillén, H. Ramón y Cajal, Madrid.

Dr. Miguel Torralba Saura, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

Dr. Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud.

Dr. Jordi Varela i Pedragosa, Exgerente de los hospitales de Sant Pau y del Mar.

Dr. Jesús Oliva Navarro, H. del Noroeste, Caravaca.

Dr. Jacinto Fernández Pardo, H.G.U. Reina Sofía, Murcia.

Dr. Nicolás Ortega López, H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Dr. José Arribas Ros, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia

Dra. Ana Peláez Ballesta, H.G.U. Rafael Méndez, Lorca.

Dr. Jesús Lozano Herrero, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

Dr. José Miguel Gómez Verdú, H. Virgen del Castillo, Yecla.

Dr. Javier Trujillo Santos, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena.

MODERADORES

Dra. Eva García Villalba, H. del Noroeste, Caravaca.

Dr. Bartolomé García Pérez, H.C.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Dra. Isabel María Carpena Martínez, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

Dra. Raquel Barba Martín, H. Rey Juan Carlos, Móstoles. Madrid.

Dra. Mª Teresa Herranz Marín, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

Dra. Marina Gandía Herrero, H.G.U. Morales Meseguer, Murcia.

Dra. Adriana Garre García, H. del Noroeste, Caravaca.

Dr. Alfonso Pérez Gracia, H.G.U. Santa Lucía, Cartagena.

RELACIÓN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

01 COMUNICACIÓN

BACTERIEMIA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN UN HOSPITAL GENERAL: ANÁLISIS DE 7 CASOS.

Alcaraz Vidal, B.; Alcalde Encinas, M.; Cobos Trigueros, N.; Jimeno Almazán, A.; Vera Méndez, F..

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: *Listeria monocytogenes* (en adelante LM) es un bacilo gram positivo, anaerobio facultativo, de distribución universal y transmitido a través de alimentos contaminados. Capaz de producir infecciones invasivas muy graves, -generalmente en población en las edades extremas de la vida, gestantes y con alteración de la inmunidad celular-, suele ser considerado como patógeno oportunista. Aunque su incidencia real se desconoce de manera precisa, debido a que no es una enfermedad de declaración obligatoria en nuestro país, se observa una tendencia creciente en el número de casos. El objetivo de nuestro estudio es describir y analizar los casos de bacteriemia por LM observados recientemente en nuestro hospital, atendiendo a la presentación clínica, factores de riesgo/comorbilidad y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de bacteriemia por LM atendidos en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena en los tres últimos años. Se han excluido pacientes en edad pediátrica. Se han analizado las variables: edad, género, factores predisponentes /comorbilidad, presentación clínica, otros aislamientos microbiológicos y evolución.

RESULTADOS: Durante el periodo 2014-2017 se han identificado 7 casos de bacteriemia por LM, destacando que 3 de ellos se presentaron en el plazo de un mes sin que exista evidencia de brote. Se trata de pacientes con edad media de 67 años (rango 59-84), 4 varones y 3 mujeres. Entre los factores predisponentes destacan enolismo (n=2), neoplasia sólida (n=2) (mama y pulmón), diabetes mellitus (n=2), enfermedad autoinmune (LES) (n=1), mieloma múltiples (n=1) y cirrosis hepática (n=1). Cabe destacar dos pacientes sin factores de riesgo identificados salvo tabaquismo. La presentación clínica predominante fue la sepsis (n=4), seguida de meningoencefalitis (n=1), meningo-romboencefalitis (n=1) y gastroenteritis (n=1). En los dos casos de afectación del sistema nervioso central se ha aislado LM en el líquido cefalorraquídeo. Aunque el resultado final ha sido la curación en 6 de los 7 pacientes (85%), falleciendo el que resta, tres de ellos (43%) han requerido Cuidados Intensivos debido a la gravedad del cuadro y diversas complicaciones.

DISCUSIÓN: Las características clínicas y epidemiológicas en nuestra serie es similar a otras publicadas, con una menor mortalidad que postulamos se debe a un reducido tamaño muestral (7 pacientes). Destacamos la ausencia de pacientes con infección VIH y gestantes, probablemente debido a una adecuada profilaxis (cotrimoxazol y medidas higiénico-dietéticas respectivamente).

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie, la bacteriemia por LM se presenta en población de mediana edad con factores de riesgo de inmunosupresión y elevada comorbilidad. 2. La forma predominante de presentación es la sepsis y la afectación del sistema nervioso central. 3. Aunque el curso es agresivo, la evolución es por lo general favorable postulamos debido a un diagnóstico y tratamiento precoces.

02 COMUNICACIÓN

EPISODIOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA.

Guirado Torrecillas, L.¹; Cotugno, M.¹; Guirado Torrecillas, M.I.²; Castillo Navarro, A.¹; Martín Romero, M.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). [2] Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafaél Méndez (Lorca).

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: La oclusión venosa retiniana es una entidad clínica relativamente frecuente (la 2^a retinopatía en frecuencia tras la diabética) y poco conocida asociada con factores de riesgo cardiovascular clásicos y el desarrollo de futuras enfermedades cardiovasculares. El objetivo de este trabajo es evaluar los episodios cardiovasculares desarrollados durante el periodo de seguimiento de pacientes diagnosticados de oclusión venosa retiniana.

MATERIAL/MÉTODO: Se han analizado 48 pacientes diagnosticados de oclusión venosa retiniana en una consulta monográfica de enfermedad tromboembólica que posteriormente fueron seguidos durante un periodo de entre 5-8 años evaluando la presencia de episodios cardiovasculares posteriores al diagnóstico de oclusión venosa retiniana. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0. La comparación entre los dos grupos se realizó con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la Ji al cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher para las variables cualitativas.

RESULTADOS: De un total de 48 pacientes, 30 (62,5%) eran mujeres y 18 (37,5%) varones. Trece (27,1%) eran diabéticos y 4 de ellos (8,3%) tenían metadiabetes, 18 (37,5%) eran dislipidémicos. Había 23 (47,9%) hipertensos y 2 (4,2%) tenía antecedente de accidente cerebrovascular. Sólo 1 (2,1%) tuvo antecedente de cardiopatía isquémica precoz, 2 (4,2%) tenían arteriopatía periférica, 2 (4,2%) insuficiencia cardíaca congestiva y 2 (4,2%) cardiopatía isquémica previa. Doce pacientes (25%) eran fumadores, 9 (18,8%) exfumadores y 27 (56,3%) no fumadores. Sólo 6 (12,5%) pacientes tenían neoplasia, uno de ellos (2,1%) activa. En la ecografía Doppler de troncos supraaórticos se objetivó estenosis significativa en 15 (31,3%) y no significativa en 227 (56,3%). La recurrencia de oclusión venosa retiniana ocurrió en 3 pacientes (6,3%) y 9 de ellos (18,5%) tuvieron un episodio cardiovascular posterior. Cuatro pacientes (44,4%) en forma de infar-

to agudo de miocardio, 4 (44,4%) en forma de enfermedad cerebrovascular y 1 (11,11%) en forma de isquemia arterial periférica. Durante el seguimiento 3 pacientes (6,3%) fallecieron. La edad media de pacientes fue de 62,9 (DE=15,2), glucosa 115,1mg/dL (DE=37,2), HbA1c 6,7% (DE=1,4), colesterol medio 203mg/dL (DE=35,3), triglicéridos 169,4mg/dL (DE=136,8), homocisteína 11 μ mol/L (DE=3,8), fibrinógeno 370mg/dL (DE=77,1).

DISCUSIÓN: A pesar del escaso número de pacientes, casi un 20% de los pacientes diagnosticados de OVR presentaron posteriormente un episodio de enfermedad cardiovascular. El ser varón, tener niveles elevados de glucosa, triglicéridos y colesterol total se encuentra asociado con el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

CONCLUSIONES: Los datos y resultados de este estudio confirman la consistencia de la relación de oclusión venosa retiniana con los factores de riesgo cardiovascular y el desarrollo de futuras enfermedades cardiovasculares. Por ello, es de suma importancia el seguimiento de estos pacientes, el estudio y control adecuado de factores de riesgo cardiovascular con el fin de evitar desarrollo de nuevas enfermedades cardiovasculares.

03 COMUNICACIÓN

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL DE MIEMBROS INFERIORES: ¿SABEMOSTRATARLA?

Cotugno, M.¹, Guirado Torrecillas, L.¹, Guirado Torrecillas, M.I.²

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). [2] Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafaél Méndez (Lorca).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La trombosis venosa superficial (TVs) de miembros inferiores (MMII) es una enfermedad frecuente. En la práctica clínica se aplica una amplia gama de enfoques de tratamiento. El objetivo de este trabajo es describir los factores de riesgo de la TVs y el manejo terapéutico realizado por los médicos de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TVs de MMII en el servicio de urgencias de nuestro hospital. Se han descrito los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, la localización de la trombosis según los datos de la ecografía doppler de los MMII y el tipo de tratamiento prescrito.

RESULTADOS: Se han incluido 19 pacientes con diagnóstico de TVs de MMII (enero del 2017-mayo del 2017). La mayoría eran mujeres (57,8%) con edad media de 63,3 años. En cuanto a los factores de riesgo de ETEV: 3/19 habían presentado TVP previamente, 4 eran fumadores activos, 12 tenían varices y 2 tenían escasa movilidad. La mayoría tenían afectación de la safena mayor (7/19): 1 de la safena menor, 2 de las venas perforantes y el resto venas superficiales pequeñas. En cuanto al tratamiento en 4 casos se recomendaron medidas físicas (frío local), en 6 AINES y en 11 analgésicos (paracetamol o metamizol), 16 de los 19 fueron tratados, independientemente de la localización del trombo, con HBPM (1 con bemiparina, 1 con tinzaparina, 14 con enoxaparina) en dosis profiláctica. En 3 pacientes no se indicó profilaxis anticoagulante. La duración del tratamiento con HBPM fue variable (7-30 días). Se recomendó el uso de medias de compresión en 5 de los 19 y en 2 se indicó tratamiento tópico.

DISCUSIÓN: Los datos del presente estudio evidencian que la mayoría de los pacientes que sufren de TVs de MMII son mujeres con varices donde la trombosis se localiza en la vena safena mayor. En cuanto al tratamiento, a diferencia de la TVP, no hay claras recomendaciones consensuadas. Se acepta que la TVs por debajo de la rodilla precisa de tratamiento sintomático y medias de compresión y que la profilaxis anticoagulante puede estar indicada cuando la TVs se extiende a la unión safeno femoral o unión safenopoplitea. En nuestro estudio, independientemente de la localización de la TVs se ha observado una alta prescripción de HBPM a dosis profilácticas y una baja prescripción de medias de compresión.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la TVs de MMII es controvertido y se centra en la mayoría de los casos en la profilaxis anticoagulante sin tener en cuenta medidas más sencillas como la prescripción de medias decompresión. La dosis de la anticoagulación es discutible; se ha sugerido que las TVs de alto riesgo podrían precisar tratamiento anticoagulante en dosis plenas y las TVs de las venas superficiales distales no precisarían profilaxis con HBPM. En cualquier caso, existe una falta de estudios que lo confirmen.

04 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DE LA EPIDEMIA DE GRIPE 2017/18 EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

Alcaraz Vidal, B.¹; Ruiz Belmonte, E.¹; Escribano Viñas, P.¹; Alcalde Encinas, M.¹; Ramírez Almagro, C.²

[1] Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas. [2] Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La epidemia de gripe de la temporada 2017/18 ha copado gran parte de la actividad asistencial de los servicios de Medicina Interna de nuestra región durante los meses de Diciembre 2017 a Febrero 2018, viéndose incrementado en nuestro hospital en cerca del 50% el número de camas de hospitalización de Medicina Interna. Aunque se trata de una enfermedad prevenible, la tasa de vacunación frente a la gripe continúa siendo baja entre los trabajadores sanitarios. El objetivo de nuestra comunicación es doble: 1) Comunicar los datos de la epidemia de gripe de la pasada temporada, y 2) Analizar la tasa y distribución de la vacunación frente a la gripe en el personal de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de gripe que han precisado ingreso en el Hospital General Universitario Santa Lucía durante la temporada 2017/18 -incluidos los casos de adquisición nosocomial-, atendiendo a distribución por serotipos, gravedad y mortalidad, así como la comorbilidad y vacunación previa. En segundo lugar, se describen las tasas de vacunación del personal de nuestro hospital, desglosadas por categoría profesional y unidad de hospitalización. Asimismo, se comparan los resultados con los obtenidos en la temporada de gripe 2016/17 y 2015/16.

RESULTADOS: Durante la temporada 2017/18 se confirmaron por test microbiológico un total de 930 casos de gripe, de los cuales 390 (42%) requirieron ingreso hospitalario. En anteriores temporadas los ingresos por gripe fueron 84 pacientes (2016/17) y 149 pacientes (2015/16). La distribución por serotipos fue: 65% tipo A y 34% tipo B, mientras que a nivel estatal se ha notificado un predominio de tipo B (67%) frente a tipo A (33%). De los 390 casos, 22 de ellos ingresaron

en UCI - supone el 5% de los ingresados- (63% gripe A y 36% gripe B), siendo el doble respecto al 2% de pacientes que requirieron UCI en 2016/17 (2/84), y similar al 6% en 2015/16 (10/149). Fallecieron 3 de los pacientes con ingreso en UCI, además de otros 14 pacientes con criterios de gravedad que no ingresaron en UCI por comorbilidad. Así, la tasa de mortalidad global fue del 4%, siendo del 13% de los que ingresaron en UCI. Destacamos que, de los pacientes con gripe grave, el 86% tenían factores de riesgo y el 63% no estaban vacunados. Hubo 11 pacientes con gripe de adquisición nosocomial (2.7%), frente a los 4 (4.7%) y 14 pacientes (9%) en las temporadas 2016/17 y 2015/16 respectivamente. El día de máxima ocupación de pacientes con gripe fue el 2 de enero de 2018, con 72 casos ingresados. Según informe de la Unidad de Salud Laboral, la tasa de vacunación global en trabajadores del hospital en la temporada 2017/18 fue del 23%, similar a la pasada. Por categoría profesional, se vacunaron el 43% de los facultativos, 22% de los médicos residentes, 35% de los supervisores de enfermería, 23% de enfermeros y 19% de los auxiliares de enfermería. Destacamos un 14% vacunación en la planta de hospitalización de Oncología y Hematología.

CONCLUSIONES: 1) La actividad de hospitalización durante la epidemia de gripe 2017/18 se ha visto incrementado en más del doble del habitual en nuestro servicio. 2) Las formas de mayor gravedad predominan en los pacientes con mayor comorbilidad y no vacunados. 3) A pesar de la epidemia, la incidencia de contagio intrahospitalario se ha reducido a la mitad y de manera progresiva en las últimas dos temporadas. 4) La tasa de vacunación en el personal de nuestro hospital continúa inferior a las deseables, en especial en Unidades de hospitalización de alto riesgo.

05 COMUNICACIÓN

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE CHARLSON EN LA EVOLUCIÓN DE LA PIELONEFRITIS AGUDA

Mira Bleda, E.¹; Salazar Rosa, V.¹; Castillo Guardiola, B.¹; Carpeta Carrasco, I.¹; Castillo Navarro, A.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pielonefritis aguda (PNA) es una entidad infecciosa que afecta al parénquima renal, englobada dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), cuya prevalencia es muy elevada, pero con escasa morbilidad. Suele afectar principalmente a mujeres jóvenes. El tratamiento ambulatorio se considera adecuado en los casos de gravedad leve o moderada. Cuando requiere hospitalización, la estancia no suele superar los 5 días y las complicaciones son infrecuentes. Nuestro objetivo es describir la relación del índice de Charlson, marcador de comorbilidad, con la evolución de la PNA en un hospital de tercer nivel durante un año.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a pacientes ingresados con el diagnóstico de PNA durante el año 2015 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), en los principales servicios que tratan dicha patología: Unidad de Corte Estancia (UCE), Nefrología, Urología, Medicina Interna, Unidad de Infecciosas y Ginecología. Se analizaron distintas variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. En los pacientes estudiados, se comprobó la presencia de diversos antecedentes, y se calculó el índice de Charlson como indicador general de comorbilidad. Para conocer si este

índice influye en la evolución de la enfermedad, se analizó su relación con la duración de la hospitalización y del tratamiento antibiótico, la presencia de complicaciones y el reingreso por cualquier motivo. Se utilizó el test estadístico *Chi cuadrado* para el estudio de variables categóricas. Para ello, se agruparon los valores de ciertas variables; se distinguió entre índice de Charlson bajo (0-2) y alto (3-6), duración de la antibioterapia 1 semana (0-7 días), 2 semanas (8-14 días) o más de 2 semanas (≥ 15 días) y estancia media corta (2-5 días), media (6-10 días) o larga (≥ 11 días).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 199 pacientes con el diagnóstico de pielonefritis aguda, 29 varones (14.6%) y 170 mujeres (85.4%), con una edad media de 45 años. La estancia media de la hospitalización fue de 5.8 días. No se registró ningún exitus. Al analizar la relación existente entre el índice de Charlson y distintas variables pronósticas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) con la duración de la hospitalización, la presencia de complicaciones y el reingreso por cualquier motivo. Sin embargo, no se encontró relevancia estadística en la duración del tratamiento antimicrobiano. Así pues, en pacientes con índice de Charlson bajo, el 74.7% presentó una estancia corta de hospitalización, el 21.2% media y el 4.1% larga, frente a pacientes con índice de Charlson alto, donde el 43.4% tuvieron una estancia corta, el 35.8% media y el 20.8% larga. Por su parte, con respecto a las complicaciones, en enfermos con Charlson bajo tan solo se vieron en el 2.1%, en contraposición al 11.3% observado en enfermos con un índice de Charlson alto. Por último, en relación con la tasa de reingresos, el 26.4% de pacientes con Charlson alto reingresaron, en comparación con el 10.3% con índice de Charlson bajo.

DISCUSIÓN: La PNA es una patología muy frecuente, aunque habitualmente de baja gravedad. En muchos casos, puede manejarse de forma ambulatoria, y en caso de requerir ingreso hospitalario, la duración suele ser corta, la aparición de complicaciones escasa y la evolución favorable. En ocasiones, el problema que se genera en el servicio de Urgencias es decidir qué pacientes son subsidiarios de un tratamiento ambulatorio y cuáles deberían ser hospitalizados. En nuestro estudio se demuestra que el índice de Charlson podría utilizarse como un marcador pronóstico, ya que los pacientes con una puntuación alta presentan una hospitalización más prolongada, más complicaciones y mayor tasa de reingreso.

CONCLUSIONES: De acuerdo con nuestro estudio, el índice de Charlson podría utilizarse como marcador pronóstico en pacientes diagnosticados de PNA, y podría ayudar a decidir la necesidad de ingreso hospitalario.

06 COMUNICACIÓN

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PIELONEFRITIS AGUDA. REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS DE LABORATORIO MÁS PREVALENTES

Mira Bleda, E.¹; Salazar Rosa, V.¹; Martín Romero, M.¹; Galián Ramírez, J.D.¹; Molina Cifuentes, M.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pielonefritis aguda (PNA) es una entidad infecciosa que afecta al parénquima renal, englobada dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), cuya prevalencia es muy elevada tanto a nivel nosocomial como

comunitario. Sin embargo, sigue existiendo una falta de consenso en cuanto a los criterios diagnósticos, que varían según las fuentes consultadas. Nuestro objetivo es describir la frecuencia observada de los síntomas, signos y hallazgos de laboratorio característicos de PNA, en pacientes diagnosticados y tratados en un hospital de tercer nivel durante un año.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a pacientes ingresados con el diagnóstico de PNA durante el año 2015 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), en los principales servicios que tratan dicha patología: Unidad de Corte Estancia (UCE), Nefrología, Urología, Medicina Interna, Unidad de Infecciosas y Ginecología. Se analizaron distintas variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. En referencia al síndrome clínico, se consideraron dos síntomas, dolor en fossa renal y síndrome miccional (disuria, polaquiuria y tenesmo vesical), y dos signos, fiebre ($T^a \geq 38^{\circ}\text{C}$) y puñopercusión renal positiva. En cuanto a los datos de laboratorio, se prestó especial atención al análisis de orina (anormales y sedimento), en concreto a la presencia de nitritos, leucocitos, bacterias y hemoglobina.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 199 pacientes con el diagnóstico de pielonefritis aguda, 29 varones (14.6%) y 170 mujeres (85.4%), con una edad media de 45 años. Los servicios que acogieron a un mayor número de pacientes fueron UCE (42.2%) y Nefrología (24.1%). Dentro del cuadro clínico, el síntoma más prevalente fue el dolor en fossa renal (65.8%), mientras que un 57.8% de los pacientes presentaron síndrome miccional. Por otra parte, como signos clínicos, el más observado fue la fiebre, presente en el 77.4% de los enfermos, y de forma menos frecuente se comprobó puñopercusión renal positiva (52.3%). En cuanto a los datos de laboratorio, el análisis de orina reveló la presencia de leucocitos (piuria) en el 89.9% de los casos, hemoglobina (hematuria) en el 84.4% y bacterias en el 70.9%. La positividad para nitritos fue el hallazgo más infrecuente, apreciándose tan solo en el 29.1% de los pacientes.

DISCUSIÓN: A pesar de que la PNA es una patología infecciosa muy prevalente, aunque con baja morbilidad, sigue sin existir un consenso en cuanto a los criterios diagnósticos definitorios. Todos los síntomas relacionados con esta entidad son inespecíficos, por lo que se hace necesario definir un síndrome clínicoconcreto, apoyado por unos hallazgos de laboratorio, que establezca el diagnóstico.

En nuestro estudio se comprueba que la fiebre es el signo más frecuente; la asociación con puñopercusión renal positiva y dolor referido a la fossa renal aporta especificidad. Sin embargo, el síndrome miccional es más característico de las infecciones del tracto urinario inferior, como la cistitis, por lo que, si bien puede estar presente, no debe considerarse un criterio diagnóstico.

Por su parte, dentro de los datos referidos al análisis de orina, la leucocituria o piuria y la bacteriuria son los hallazgos más prevalentes. En contraposición, la presencia de nitritos aporta especificidad, pero es relativamente infrecuente, mientras que la hematuria es un dato **más** inespecífico, aunque observado con bastante frecuencia.

CONCLUSIONES: De acuerdo con nuestro estudio, la fiebre, el dolor en fossa renal y la piuria son los hallazgos más prevalentes y definitorios de PNA. La puñopercusión renal positiva y la bacteriuria apoyan el diagnóstico y aportan especificidad, pero presentan menor frecuencia, por lo que no deben considerarse criterios diagnósticos.

07 COMUNICACIÓN

PIELONEFRITIS AGUDA: INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO

Mira Bleda, E.¹; Salazar Rosa, V.¹; Martín Romero, M.¹; Galián Ramírez, J.D.¹; Navarro Rodríguez, M.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pielonefritis aguda (PNA) es una entidad infecciosa que afecta al parénquima renal, englobada dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), cuya prevalencia es muy elevada. En el diagnóstico y, sobre todo, tratamiento, resulta relevante para el clínico disponer de un cultivo de orina positivo que muestre el microorganismo causante, con el antibiograma correspondiente. Sin embargo, no siempre se dispone del mismo, ya sea porque no se ha recogido, o porque resulta negativo, en parte influenciado por antibioterapias previas. Nuestro objetivo es describir los resultados de los urocultivos en pacientes diagnosticados y tratados de PNA en un hospital de tercer nivel durante un año, así como su relación con la administración de antibióticos en los 2 meses previos al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a pacientes ingresados con el diagnóstico de PNA durante el año 2015 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), en los principales servicios que tratan dicha patología: Unidad de Corte Estancia (UCE), Nefrología, Urología, Medicina Interna, Unidad de Infecciosas y Ginecología. Se analizaron distintas variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Dentro de estas últimas, se comprobaron los casos en que se realizó urocultivo, el resultado de este, el aislamiento del microorganismo concreto, así como la sensibilidad a los principales antimicrobianos utilizados en la práctica clínica habitual. Para el estudio de variables categóricas se utilizó el test estadístico *Chi cuadrado*.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 199 pacientes con el diagnóstico de pielonefritis aguda, 29 varones (14.6%) y 170 mujeres (85.4%), con una edad media de 45 años. Los servicios que acogieron a un mayor número de pacientes fueron UCE (42.2%) y Nefrología (24.1%). Se realizó urocultivo en 190 pacientes, de los cuales 109 resultaron positivos (57.4%) y 81 negativos (42.6%). Dentro de los 109 casos en los que se aisló un microorganismo, 82 fueron positivos para *Escherichia coli* (74.5%), constituyendo el microorganismo más frecuentemente aislado. Se analizó la relación del resultado del urocultivo con el antecedente de haber recibido tratamiento antibiótico por cualquier motivo en los 2 meses previos al episodio de PNA actual, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$): el 61.7% de los pacientes con urocultivo negativo habían tomado antibiótico previamente, frente al 38.3% que no lo habían hecho; por otra parte, el 60.6% de los enfermos que presentaron un urocultivo positivo no habían recibido antimicrobianos, en comparación con el 39.4% que sí lo habían recibido.

DISCUSIÓN: A pesar de que la PNA es una entidad con escasa morbilidad, su elevada prevalencia la convierte en una patología tratada con alta frecuencia, tanto de forma ambulatoria como a nivel hospitalario. Además, los pacientes que la padecen a menudo han presentado episodios previos, como resultado de una mayor susceptibilidad a este tipo de infecciones por diversos motivos.

Para la población estudiada, comprobamos que tan solo en algo más de la mitad de los casos obtenemos un resultado

positivo en el cultivo de orina, lo que se encuentra directamente relacionado con el hecho de haber recibido tratamiento antibiótico por cualquier causa, en los 2 meses previos. Este hallazgo confiere una gran importancia al tratamiento empírico, y por lo tanto al análisis de los principales microorganismos y resistencias asociadas, según las regiones geográficas, comorbilidades del paciente, etc.

CONCLUSIONES: De acuerdo con nuestro estudio, existe una relación directamente proporcional entre obtener un resultado negativo en un urocultivo y el haber recibido cualquier tratamiento antibiótico en los 2 meses previos.

08 COMUNICACIÓN

PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE: SERIE DE CASOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

García Noguera, D.; Sarabia Marco, F.A.; Gómez Peña, M.; San Román Montserrat, I.; Moral Escudero, E.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN: Las porfirias agudas son enfermedades hereditarias caracterizadas por alteraciones en la producción del grupo hemo. La mayoría de ellas se deben a una mutación en el gen que codifica la enzima correspondiente, lo que provoca la acumulación de precursores intermediarios (porfirinas) responsables de la manifestaciones clínicas. Nuestro objetivo principal consiste en describir las características y variabilidad clínica en pacientes de nuestra área diagnosticados de Porfiria Aguda Intermitente (PAI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo-descriptivo de datos clínicos y bioquímicos (recogidos a partir de la historia clínica) de pacientes con PAI atendidos en nuestro centro desde el año 2005.

RESULTADOS: Presentamos una serie de casos compuesta por 9 pacientes, 6 mujeres (66.7%) frente a 3 hombres (33.3%). Los síntomas principales por los que consultaron en nuestro centro coincidiendo con las crisis fueron dolor abdominal (88.9%), náuseas (77.8%). Todos ellos presentaron Test de Hoesch positivo. Desde el punto de vista analítico, un 22.2% de los pacientes mostró una elevación moderada de transaminasas coincidiendo con las crisis, mientras que en 33.3% sólo fue leve. En el 33.3% de los casos se evidenció hiponatremia en las crisis. Desde el punto de vista neurológico el 22.2% presentó una polineuropatía axonal porfírica y el 11.2% crisis comiciales coincidentes con la crisis porfírica. En todos los pacientes se demostró un aumento de porfirinas en orina de 24 horas.

En cuanto al manejo terapéutico, a todos los pacientes se les administró hematina en las crisis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Nuestra serie confirma que la enfermedad se desarrolla básicamente en mujeres, nunca antes de la pubertad y debutando (en nuestra serie) en un 66.7% entre los 27-40 años. La mayoría de los pacientes con PAI pueden lograr una remisión clínica duradera (concluyente con otros estudios); excepto en nuestra serie en 3 pacientes: madre fallecida a causa de la enfermedad, hija propuesta para trasplante hepático por difícil control de la misma fallecida por hemorragia digestiva alta masiva y paciente de corta evolución con crisis mensuales en relación con el ciclo menstrual.

Concluimos por tanto, que en nuestra serie existe una gran variabilidad en cuanto a la presentación y evolución de PAI y creemos necesario el plantearnos esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de mujeres en edad fértil con cuadro de dolor abdominal que se acompañen de hiponatremia o emisión de orinas oscuras.

09 COMUNICACIÓN

FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR: CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS Y VARIABILIDAD DE UNA SERIE DE CASOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

García Noguera, D.; Velasco Romero, R.M.; Butazzo, A.; Díaz Chantar, C.; Moral Escudero, E.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN: La fiebre mediterránea familiar es una enfermedad inflamatoria crónica, hereditaria que se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal y poliserositis acompañados de fiebre elevada.

Es una enfermedad de herencia autosómica recesiva y afecta principalmente a descendientes de poblaciones mediterráneas. Se estima que hay 100.000 afectados en todo el mundo y se presenta en el 90% de los casos antes de los 20 años de edad, siendo más frecuente en hombres. En nuestra área de salud hemos podido observar una incidencia mayor de casos (*6 casos nuevos / 9 años / 60.000 habitantes*).

Nuestro objetivo principal consiste en describir las características y variabilidad clínica en pacientes de nuestra área diagnosticados de Fiebre Mediterránea Familiar (FMF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo-descriptivo de datos clínicos y bioquímicos (recogidos a partir de la historia clínica) de pacientes con FMF atendidos consecutivamente en nuestro centro desde el año 2009.

RESULTADOS: Presentamos una serie de casos compuesta por 6 pacientes (50% hombres). Los síntomas principales por los que consultaron en el Servicio de Urgencias de nuestro centro coincidiendo con las crisis fueron dolor abdominal (100%), fiebre (75%). Todos ellos presentaban múltiples episodios similares previos. Desde el punto de vista analítico, el 100% de los pacientes mostró elevación de PCR y VSG coincidiendo con la crisis. En el 33.3% de los casos se evidenció serositis, en el 33% sinovitis y en el 16.6% afectación cutánea. 2 de los pacientes (33%) han desarrollado amiloidosis durante el seguimiento. Todos los pacientes fueron derivados a nuestro centro de referencia para realización de estudio genético.

En cuanto al manejo terapéutico, a todos los pacientes se les administró colchicina a dosis variable y sólo en un paciente se ha pautado anakinra.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: En nuestra serie no podemos confirmar que la enfermedad predomine en varones, hay casos que debutan en la niñez y el resto en la adolescencia/adulto joven. Como reflejan nuestros datos, las crisis han sido múltiples previas al diagnóstico pero se ha conseguido control de las mismas y casi remisión al introducir la colchicina.

Concluimos por tanto, que en nuestra serie existe una gran variabilidad en cuanto a la presentación y evolución de FMF y a su vez creemos necesario el plantearnos esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes con cuadro de fiebre y dolor abdominal sin causa aparente, que se acompañen de serositis y/o sinovitis.

10 COMUNICACIÓN**¿CONOCEMOS LA INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DE NUESTRA ÁREA?**

García Noguera, D.; Nieto Tolosa, J.; González Cánovas, C.; Melgarejo González, A.B.; Moral Escudero, E.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN: La desnutrición en el ámbito hospitalario constituye un problema importante por su prevalencia y morbilidad asociados, a pesar de lo cual continúa pasando desapercibida para la mayor parte de los profesionales y responsables sanitarios.

Nuestro objetivo principal es conocer la prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en el área médica de nuestro hospital y describir características demográficas, clínicas, antropométricas y analíticas de los pacientes con riesgo de desnutrición y desnutrición. Así como analizar los posibles factores relacionados con el riesgo nutricional: edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, situación basal, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, proteína C reactiva, albúmina, colesterol, linfocitos, diagnóstico al ingreso, servicio de ingreso y estancia media hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo, en el que se evaluaron los pacientes ingresados de forma consecutiva en el hospital desde Marzo hasta Mayo de 2017 hasta obtener 99 pacientes del área médica.

A todos ellos se les realizó el cribado NRS-2002 y se registraron datos como la estancia hospitalaria, situación basal, presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica y diagnóstico al ingreso.

RESULTADOS: El cribado de NRS-2002 fue positivo en el 41.4% (41/99) de los pacientes que presentaban un aumento de la estancia hospitalaria de casi 1.5 veces mayor comparado con las pacientes sin riesgo de desnutrición.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: En vista de la elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en nuestro medio (41.4%), recomendamos la utilización sistemática del cribado nutricional NRS-2002, ya que ha demostrado ser un método rápido, simple y eficaz, permitiendo así detectar de forma precoz a los pacientes que requieren un tratamiento nutricional. Dada la relación significativa entre la desnutrición y el aumento de la estancia media con el consiguiente aumento del coste económico y deterioro de la calidad de vida del paciente, el cribado nutricional, debería formar parte de toda valoración médica para conocer la desnutrición e iniciar un tratamiento apropiado de forma precoz.

11 COMUNICACIÓN**PREVENCIÓN SECUNDARIA DE DISLIPEMIA EN ICTUS EN EL AREA IX**

García Noguera, D.; Velasco Romero, R.M.; Nieto Tolosa, J.; Gómez Peña, M.; Butazzo, A.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las enfermedades cardiovasculares, fundamentalmente la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, han tomado relevancia en el ámbito sanitario y social. El ictus constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbilidad en la población adulta en los países desarrollados, siendo la segunda causa de muerte en la población mundial. La etiología del ictus es multifactorial influida notablemente por los factores de riesgo cardiovascular.

A pesar de la aparición de las nuevas guías de control de riesgo cardiovascular y de conocer la importancia de obtener cifras de LDL-colesterol $<70\text{mg/dl}$, el control que realizamos es insuficiente, ¿Sabemos que ocurre en nuestras áreas de salud?

El objetivo de este estudio es conocer el grado de control de uno de los factores de riesgo cardiovascular como es el LDL-colesterol en pacientes que han sufrido un ictus previo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo-descriptivo de datos clínicos y bioquímicos (recogidos a partir de la historia clínica) de pacientes con ictus atendidos consecutivamente en nuestro centro desde el año 2016.

RESULTADOS: Presentamos una serie de casos compuesta por 132 pacientes (54% hombres) de los cuales el 81% eran mayores de 75 años. Se excluyen 20 pacientes por éxito durante el evento cerebrovascular o a posteriori por otro motivo que impide el seguimiento médico. De los pacientes analizados, el 39,3% no tiene control analítico posterior que incluya valores de LDL-col desconocemos el motivo. Sólo en el 25% de los casos se consiguen cifras de LDL-col $<70\text{mg/dl}$ como indican las guías, en el 18,7% de los casos se consiguen cifras menores de 100mg/dl y en el 17 % de los casos son mayores de 100. De esto podemos decir que en el 75,4% de los casos no se consigue cumplir objetivos de prevención secundaria en colesterol en los pacientes con ictus, objetivo secundario conseguido sólo en el 17% de los casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Nuestra serie confirma el mal control dislipémico que realizamos en pacientes con antecedentes de ictus, lo cual no varía mucho de otros estudio previos que oscila entre un 7 y un 29% según las series. El control de la dislipemia en pacientes que han sufrido un ictus es deficiente, por lo que se debe incidir en el conocimiento de las guías y su importancia así como en la aplicación e intensificación del tratamiento farmacológico.

12 COMUNICACIÓN**ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES MAYORES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN H. RAFAEL MÉNDEZ**

López Almela, E.¹; Ruiz Campuzano, M.¹; Sánchez Parra, C.¹; Martínez Pagán, V.¹; Mateo López, A.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la enfermedad arterial periférica (EAP) es la afectación de la circulación arterial sobre todo a nivel de las extremidades inferiores. La prevalencia de esta patología aumenta con la edad. Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional, ésta es una de las enfermedades más frecuentes que encontraremos en el hospital. La mayoría de afectados estarán asintomáticos, lo que supone un reto, ya que hemos de realizar un esfuerzo activo para detectarlos. Los objetivos del estudio son: identificar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) no diagnosticada

mediante la medición del índice-tobillo brazo (ITB), determinar las variables clínicas asociadas a la EAP y comparar la medición del este índice con el cuestionario de Edimburgo como diagnósticos de la EAP.

MATERIAL Y MÉTODO: realizamos un estudio descriptivo no intervencionista en un Hospital General Universitario de segundo nivel perteneciente a la gerencia del Área III del servicio murciano de salud. El objetivo es determinar la prevalencia de EAP mediante la medición del índice tobillo-brazo y sus factores asociados. Se incluyeron en este estudio a los 38 primeros pacientes ingresados en Medicina Interna desde marzo de 2017 con una edad superior a los 70 años. Se realizó la medición del índice tobillo brazo y un estudio de las variables asociadas.

RESULTADOS: la edad media del estudio es de 77.6 años con un 84.5 % de pacientes con enfermedad renal crónica y un 79% de HTA. El 70 % presentaban una comorbilidad alta (según índice de Charlson). Obtuvimos un ITB patológico en el 71% de pacientes, de los que el 50% corresponde a una EAP leve y el 2.6% a enfermedad grave (figura 1). No obtuvimos diferencias estadísticamente significativas con ningún factor de riesgo cardiovascular recogido, ni con la toma previa de AAS (38,5% de los pacientes con ITB patológico) ni estatinas (61,5%). Si encontramos diferencias significativas, con una p: 0,043 con la clínica de claudicación intermitente según cuestionario de Edimburgo.

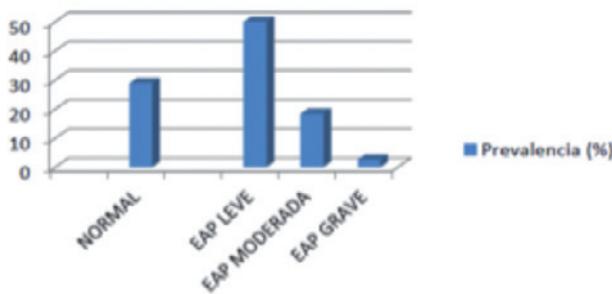


Figura 1. Prevalencia de la EAP

DISCUSIÓN: esta prevalencia de ITB patológico es mayor con respecto a otros estudios en población no diagnosticada de EAP. La alta prevalencia de nuestra muestra puede corresponder a una baja muestra con disminuya la potencia estadística por lo que se necesitan estudios con mayor población y diseño prospectivo para valorar mejor la prevalencia e incidencia de la EAP en nuestra área de salud. Con respecto al estudio del cuestionario de Edimburgo obtenemos una significación estadística ($p=0.043$) con una correlación con el ITB patológico, sobre todo en estadio leve. Entre las limitaciones que condicionan nuestro estudio, destacamos el hecho de ser un estudio descriptivo, con una muestra inferior a otros estudios y con un análisis estadístico no multivariante. Igualmente no ha tenido como objetivo conocer el impacto de estas intervenciones en la calidad de vida, estancia hospitalaria o la morbilidad, sin bien son variables que aportarían rigor y evidencia en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES: en una proporción elevada de pacientes mayores con riesgo cardiovascular se detecta enfermedad arterial periférica asintomática. El índice tobillo-brazo debería medirse sistemáticamente en enfermos con riesgo vascular, evaluados en el ámbito de la medicina interna.

PALABRAS CLAVE: Índice tobillo-brazo. Hospital. Enfermedad arterial periférica. Edimburgo. Ateroesclerosis. Factores de riesgo.

13 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR COLOCADOS EN LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE EL AÑO 2017

Ruiz García, S.; Castillo Navarro, A.; Salazar Rosa, V.; García Pérez, B.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colocación de un filtro de vena cava inferior (FVCI) es el procedimiento indicado en los casos de trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP) cuando el tratamiento anticoagulante no es posible o no es efectivo. Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes a los que se les ha implantado un FVCI durante el año 2017 en un hospital de tercer nivel, con el objeto de analizar los datos más relevantes, servicios desde los que se indican y retirada o no del dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de todos los pacientes a los que se les colocó un FVCI por el Servicio de Radiología Intervencionista durante el año 2017 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, el cual, es centro de referencia para esa actividad de los hospitales que carecen de dicho servicio. Se registraron un total de 32 pacientes, de los cuales, 2 no se pueden analizar por ausencia de datos en su historia clínica. Se revisaron las historias clínicas.

RESULTADOS: De los 32 pacientes analizados, 16 (53.3%) tenían como diagnóstico TVP sin evidencia de EP, 14 (46.7%) tenían como diagnóstico principal EP solo o asociado a TVP (4/16) y en 1 caso a trombosis superficial. En 22 (73.3%) de los diagnósticos estaban asociados a enfermedad tumoral. En 17 (56.7%) de los casos la proximidad de una cirugía es la causa que motiva a la solicitud del procedimiento; en 3 (10%) casos se indica el FVCI por contraindicación de la anticoagulación por alto riesgo hemorrágico debido a otras causas (1 cavernomatosis cerebral y 2 ictus hemorragicos). En 10 (33.3%) casos se coloca por una hemorragia que obliga a suspender la anticoagulación, 5 de origen digestivo, 2 cerebrales, 2 cutáneas y 1 hemorragia de herida quirúrgica. El 80% de los servicios que solicitan la técnica son servicios médicos, de ellos un 46.7% de las solicitudes proceden de Medicina Interna, un 23.3% de Oncología Médica, el 10% restante corresponde a otros servicios como Digestivo [1], Neurología [1] y Neumología [1]. El 20% restante es indicado por los servicios quirúrgicos, procediendo de Cirugía General en su mayoría. El 96.7% de los FVCI fueron colocados con éxito y sin complicaciones. Solo en 1 caso no es posible su colocación por dificultades técnicas. De los 31 filtros colocados, solo 3 (9.6%) de ellos tienen indicación de filtro definitivo. De los 28 pacientes con indicación de filtro provisional, 6 de ellos fallecen por otras causas diferentes al procedimiento en los meses siguientes. De los 21 FVCI restantes colocados y que tienen indicación de retirada solo se solicita su recuperación en 9 (42.95%) casos: 8 de ellos se retiran sin complicaciones y en 1 no es posible su retirada.

DISCUSIÓN: El tratamiento de elección de la TVP y de la EP es la anticoagulación, sin embargo en muchos casos ésta no es posible o está contraindicada. En estas ocasiones la colocación de un FVCI por parte de los servicios de Radiología intervencionista es un procedimiento seguro y mínimamente invasivo hasta la desaparición de la causa que motivó su indicación y reinicio de la anticoagulación. Cuando esto ocurre está indicado retirar el dispositivo en los meses siguientes (idealmente antes de los 3 meses) para evitar complicaciones asociadas como trombosis del filtro, rotura del FVCI, migración del mismo, TVP de miembros inferiores o síndrome postrombótico. La mayoría de los estudios realizados sobre los FVCI se basan en estudios retrospectivos o análisis de casos. Los estudios publicados indican que solo un porcentaje pequeño de los filtros colocados (entre 12-45%) son retirados al igual que ocurre en nuestra serie. Los servicios que suelen indicar la colocación de los FVCI son servicios médicos, mayoritariamente Medicina Interna. El diagnóstico más frecuente es la TVP, sobre todo asociada a enfermedad tumoral. La causa que obliga a suspender la anticoagulación es fundamentalmente la necesidad de cirugía no demorarable.

CONCLUSIONES: La colocación de FVCI suele ser una técnica con pocas complicaciones. Existió un porcentaje elevado de pacientes donde no se indicó la recuperación del mismo. Es aconsejable que los pacientes a los que se les coloque un FVCI se remitan a una unidad especializada que podría ser de Medicina Interna para un correcto seguimiento de los pacientes e indicar su retirada en cuanto ésta sea posible para evitar complicaciones asociadas a la permanencia de los FVCI.

14 COMUNICACIÓN

¿FUERON ADECUADAS LAS SOLICITUDES DE ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE GRIPE EN LA TEMPORADA 2016-2017 EN EL ÁREA VIII?

Sánchez Serrano, A.; León Martínez, M.D.; Aguayo Jiménez, C.; Piñar Cabezas, D.; Pérez Pérez, A.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El diagnóstico de gripe es fundamentalmente clínico, no obstante, la confirmación microbiológica en casos con presentación más grave, atípica y en pacientes con comorbilidades significativas, ayuda a tomar decisiones relativas a la indicación de tratamiento antivírico, ingreso hospitalario y gestión de aislamientos hospitalarios. Desde el año 2015 la PCR de virus influenza está incluida en la cartera de servicios de Microbiología en el área VIII. Esta PCR se realiza sistemáticamente en caso de negatividad de los antígenos de virus influenza A y B en exudado nasofaríngeo. Los resultados microbiológicos se obtienen en un intervalo de tiempo entre 30 y 90 minutos. El objetivo de este estudio es analizar si las solicitudes de estudio microbiológico de gripe (EMG) durante la temporada 2016-2017 se adecuaron a la guía clínica de manejo de pacientes con gripe del área.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron retrospectivamente todas las peticiones de EMG del área VIII durante la temporada gripe 2016-2017. Se recogieron datos relativos al servicio hospitalario solicitante del estudio, datos clínicos de cada paciente (edad, comorbilidades, síntomas de gripe, gravedad de la presentación -insuficiencia respiratoria, neumonía o sepsis-, indicación de ingreso y de tratamiento antiviral. Se cotejó si las solicitudes de

EMG se realizaron de forma adecuada siguiendo las directrices de la guía clínica de manejo de casos de gripe en el área y se clasificaron en dos grupos, adecuadas y no adecuadas.

RESULTADOS: Se analizaron en total 520 peticiones de EMG. El 88% fueron solicitadas desde Urgencias. El 57% de los pacientes a los que se le realizó el EMG eran mayores de 65 años. Los síntomas sugestivos de gripe más frecuentes fueron tos (68%), disnea (59%), fiebre (48%) y malestar general (28%). Se presentaron con insuficiencia respiratoria un 39% de los casos, neumonía un 20% y con sepsis un 2,9%. La diabetes (28,6%), EPOC (15,3%), insuficiencia cardiaca (14,2%), enfermedad renal crónica (12,5%) y asma (10,9%) fueron las comorbilidades más prevalentes. Un 69% de los pacientes a los que se les solicitó el EMG precisó ingreso hospitalario. Se consideró que 443 (84,9%) peticiones de EMG estaban justificadas, mientras que 77 (14,8%) no lo estaban. Fueron positivos 132 (25,3%) EMG, de los cuales 119 se dieron en el grupo de peticiones adecuadas. Se inició tratamiento antiviral (oseltamivir) en un total de 115 pacientes del grupo de peticiones solicitadas adecuadamente.

DISCUSIÓN: Los resultados del estudio muestran una alta adecuación de las solicitudes de EMG con las directrices de la guía clínica de gripe del área. La mayor parte de las solicitudes se realizaron durante la atención en Urgencias, lo que facilitó un diagnóstico etiológico precoz en los casos positivos y, así, una mayor rapidez a la hora de indicar, si procede, el tratamiento antiviral específico y el ingreso hospitalario en base a factores de riesgo y gravedad de la presentación; así mismo permite una mayor rapidez a la hora de indicar el aislamiento en casos en los que se indica el ingreso. El elevado porcentaje de pacientes a los que se les solicitó el EMG y fueron ingresados avala la adecuación de la solicitud en base a la gravedad de la presentación clínica. La mayor parte de los EMG positivos se dieron en el grupo de peticiones consideradas adecuadas y casi todos los pacientes con gripe confirmada fueron tratados con oseltamivir.

CONCLUSIONES: Las solicitudes de EMG realizadas en la temporada gripe 2016-2017 tuvieron una alta adecuación con la guía clínica de gripe del área VIII de salud y fueron solicitadas mayoritariamente por los facultativos del Servicio de Urgencias.

15 COMUNICACIÓN

MUJER DE 41 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL.

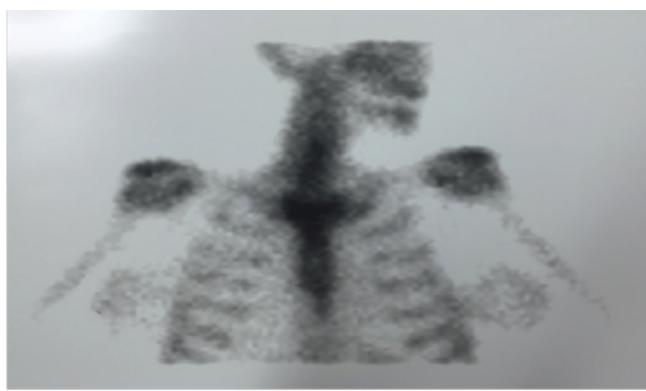
Roura Piloto, A.¹; Gallo Puelles, F.²; García, E.¹; Montoya, J.J.³; Moreno Ramos, M.²

[1] Medicina Interna, [2] Reumatología, [3] Medicina interna infecciosos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

OBJETIVOS: Mujer de 41 años, sin antecedentes de interés, consulta por fiebre, artralgias, tumefacción cervicotorácica y lesiones vesículo-ampollosas en manos desde hace varias semanas, acompañándose de dolor y tumefacción paraesternal y hombro derechos los últimos días.

MATERIAL Y MÉTODOS: Exploración física: eritema y edema cervico-torácico anterior con artritis glenohumeral y esterno-clavicular derechos, y lesiones vesículo-ampollosas difusas palmodorsales de manos (hasta 2mm), pabellones auriculares, cervical y espalda (con acné). No adenopatías ni otros hallazgos.

- Analítica: Leucocitosis 13.400 (10.020 N), plaquetas 68.000, PCR 14,7 (<0,5mg/dl), VSG20mm/1^h. Autoinmunidad, Mantoux, Serología (VHB/C, VIH, LUES) y cultivos negativos (hemocultivos, urocultivos, exudados faríngeo, uretral y pustulas).
- Ecografías cervical, abdominal, Radiografías tórax y hombros: sin hallazgos.
- Biopsia de lesiones cutáneas: compatible con pustulosis palmoplantar.
- Gammagrafía ósea: hipercaptación simétrica en "cabeza de toro" esternoclavicular, compatible con Síndrome de SAPHO.



RESULTADOS: Diagnóstico: Síndrome de SAPHO. Se inició tratamiento con sueroterapia, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides sistémicos (Metilprednisolona 16mgs oral) y tópicos (betametasona-gentamicina pomada), con remisión del cuadro febril, articular, lesiones cutáneas (descamación), y normalización analítica (PCR, leucocitosis y trombopenia previas). Tras descenso de corticoterapia, se inicia metrotexato subcutáneo progresivamente (10 a 20 mgs/semanal) con buena evolución y tolerancia.

DISCUSIÓN: El Síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis), es un infrecuente cuadro de etiología desconocida que afecta a adultos jóvenes con similar distribución por sexos. La mayoría de autores lo clasifican dentro de las espondiloartritis, pudiéndose tratar de una artropatía reactiva secundaria a una infección por un agente de baja virulencia. En ocasiones su diagnóstico puede resultar difícil por solapamiento con otros cuadros de origen infeccioso que debutan con fiebre y lesiones cutáneas. La posterior aparición de edema cervicotorácico, acné y oligoartritis, en ausencia de aislamiento bacteriológico y despistaje de infección, nos hizo sospechar la etiología autoinmune. La biopsia cutánea y los datos gammagráficos, confirmaron posteriormente nuestra presunción diagnóstica.

17 COMUNICACIÓN LA POLIARTRITIS NUNCA RESULTÓ SER TAN DIFÍCIL.

Roura Piloto, A.E.¹; Gallo Puelles, F.²; Montoya, J.J.¹

[1] Medicina Interna, [2] Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia)

OBJETIVOS: CASO CLÍNICO. Mujer de 61 años, consulta por síndrome constitucional y poliartralgias/artritis de más de un año de evolución.

Antecedentes personales: HTA, DM, Dislipemia y Bocio normofuncionante. No Intervenciones quirúrgicas.

Desde hace más de un año, presenta episodios autolimitados de dolor y tumefacción en grandes articulaciones (hombros, codos, carpos) de 48 horas, sin fiebre acompañándose de pérdida de peso de 3 kgs en último mes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Exploración física: BEG. NAD 0 y NAT 0 (no se objetiva sinovitis). Analítica: PCR 23, VSG 40, TSH normal, Discreta anemia (Hb 11), Nc, Nc.

Proteinograma: Hipoalbuminemia, elevación alfa 1,2 globulinas. Estudio Autoinmune negativo. Bioquímica normal. Gammagrafía ósea: captación osteoblástica en rodillas, tobillos y tarsos, sugestiva de patología osteoarticular inflamatoria/ degenerativa.

Se diagnostica inicialmente de Reumatismo palindrómico, solicitando estudio analítico y TAC toraco abdominal. Se pautan esteroides a bajas dosis.

En revisiones posteriores, presenta pérdida de peso progresiva y persistencia de RFA elevados. TAC tóraxabdomen: Adenopatía hilar derecha > 1cm y axilares bilaterales aspecto inflamatorio reactivo, Colelitiasis (sin colecistitis) y posible mesenteritis (adenopatías retroperitoneales y aumento difuso grasa mesentérica). El paciente es derivado a Digestivo.

Dos meses siguientes, presenta además epigastralgia, vómitos postpandriales, diarreas acuosas (3-4/dia), y mayor pérdida peso (hasta 15 kgs) sin fiebre ni otros síntomas. Tras ser valorada, se ingresa para estudio.

RESULTADOS: En planta. EF: Afebril. Auscultación cardiorespiratoria normal; Abdomen: No masas ni megalías, doloroso en hemiabdomen derecho.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hb 10,4 gs/dl., hctc 33. Leucocitos 9.200.

395.000 plaquetas. Bioquímica: creatinina, transaminasas e iones normales. Ferritina, vit B12, ac fólico normales. Urato 6,2. PCR 32,7 mgs/L (hasta 113). Proteínas totales 5,7 gs/dl. Marcadores tumorales: CEA, AFP, Ca 125, Ca 19.9 negativos.

Ac anticeliaquía negativos. Estudio heces: Coprocultivo, cultivo parásitos y toxina clostridium difficile negativos. Hemocultivos negativos.

TAC toraco-abdominal (previamente realizado).

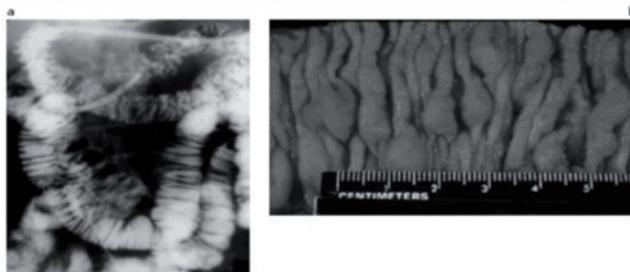
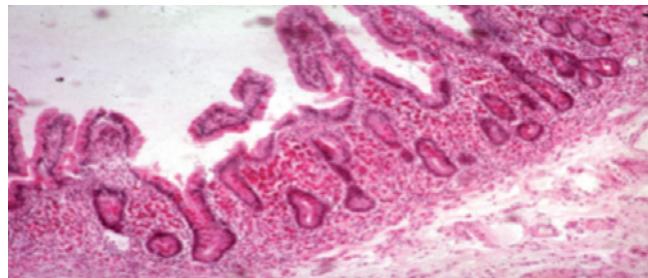
ECO abdominal: Colelitiasis, sin otros hallazgos de interés. Rx tránsito baritado intestinal: engrosamiento difuso pliegues desde duodeno a ileon terminal. Endoscopia Oral: Pólipos de mínimo tamaño en estómago, mucosa duodenal inflamada. Se toman muestras para biopsia fragmentos de tejido grisáceo blanquecino de mucosa gástrica antral con cambios hiperplásicos.

Biopsia de mucosa duodenal: Agrandamiento de vellosidades intestinales, infiltración por macrófagos, PAS +, compatible con Enfermedad de Whipple.

DIAGNÓSTICO FINAL: Enfermedad de Whipple con afectación de intestino delgado y articular.

Se inicia Antibioterapia con ceftriaxona 2gr iv/dia durante dos semanas, y cotrimoxazol 400/80 1c/12hrs hasta un año. Es revisada en consultas, tras antibioterapia, con buena evolución, encontrándose asintomática y sin nuevos episodios de afectación articular.

DISCUSIÓN: La Enfermedad de Whipple es una infección bacteriana crónica extremadamente rara causada por *Tropheryma whipplei*.



18 COMUNICACIÓN UN AUTÉNTICO RETO DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS.

Roura Piloto, A.E.¹; Gallo Puelles, F.²; Montoya, J.J.¹; Hernández Contrera, M.E.

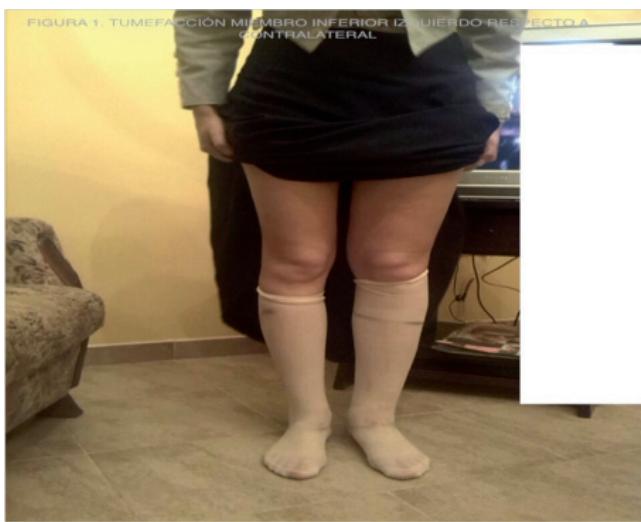
[1] Medicina Interna, [2] Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia)

OBJETIVOS: Caso 1. Mujer 26 años, presentó tumefacción pierna izquierda y claudicación de marcha a 50 metros.

— Antecedentes: fiebre, artralgias y derrame pericárdico dos años previos, diagnosticándose de Fiebre Mediterránea Familiar (Gen MEFV heterocigótico). Remisión al año tras corticoterapia.

— Estudios: Ecodoppler extremidad: disminución flujo vascular, sin trombosis. TAC abdomino-pélvico: masa fibrótica retroperitoneal 78x20x24 mm, disminución calibre vasos iliacos, Hidronefrosis izquierda grado III. No masas adenopáticas. RMN: aspecto fibrótico, colapso vasos. Analítica: Anemia normocítica. PCR 27 (>5 mg/dL). Proteinograma: elevación globulinas. Resto normal. Autoinmunidad negativo. Inmunoglobulinas normales excepto G1184. G4 689mg/dL. Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio focal linfoplasmocitario perivasculares, fibrinosis. Inmunohistoquímica: células plasmáticas IgG4 >15% HPF.

— Diagnóstico: Posible ER-IgG4 asociada a Fibrosis Retroperitoneal, según criterios de Okazaki. Recibió tratamiento con prednisona (50mgs/dia), HBPM y medias compresivas, experimentando mejoría clínica y TAC en 2 meses. Posteriormente, disminuyó corticoterapia continuando mantenimiento con Azatioprina y Rituximab, con estabilización clínica.



TAC ABDOMINAL: Masa fibrótica retroperitoneal.



MATERIAL Y MÉTODOS: Caso 2. Varón de 30 años. Antecedentes: Tiroiditis, Nefropatía membranosa (biopsia), condensaciones pulmonares (TAC tórax) sin clínica, tumoración axilar derecha últimos 3 años.

Derivado para estudio, tras confirmación de "infiltrado inflamatorio difuso de linfocitos CD20 + y c.plasmáticas, fibrosis perivasculares, sin granulomas, depósitos de IgG4" en biopsia tumoral axilar.

Criterios de Okazaki Kazuichi et al. 2012 Enfermedad relacionada con IgG4.
1/ Aumento difuso o local o masas en 1 o más órganos.
2/ Valores elevados IgG4 (>135mg/dl).
3/Datos histopatológicos:
- a. Marcada infiltración de linfocitos y plasmocitos con fibrosis, sin infiltración neutrofílica.
- B. Infiltración importante de células plasmáticas IgG4 (>10-30%, según localización, /HPF y/o ratio IgG4/IgG >40%)
- C. Fibrosis radial
- D. Flebitis obliterativa.
Diagnóstico ER- IgG si sospecha clínica y asociación: 1+2, 1+3 (a,b), 2+3 (a,b) o 3 (a,b,c,d).
Subtipos: Diagnóstico definitivo: 1+2+3; Probable: 1+3; Posible: 1+2

TABLA 1. CRITERIOS DE OKAZAKI KAZUICHI Et al 2012. ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4.

RESULTADOS: Analítica: Elevación RFA. Serología, autoinmunidad negativa. Diagnóstico: ER-IgG4 con afectación renal, pulmonar, tiroidea y pseudotumor axilar. Recibió tratamiento con ciclos [3] de Rituximab, experimentando mejoría clínica y ecográfica de pseudotumor inflamatorio.

DISCUSIÓN: Discusión. ER-IgG4 es un reciente trastorno inmunomedido caracterizado por un infiltrado linfoplasmocitario (células plasmáticas) expresoras de IgG4 en órganos afectos y elevación IgG4 plasmática. Puede manifestarse como inflamación focal-pseudotumor inflamatorio (E.Mikulicz, Tiroiditis Riedel, fibrosis retroperitoneal..) o bien difusa. Aunque más prevalente en Japón (1.08/100.000 hab), en Europa esta entidad presenta una escasa literatura médica y excepcional casuística. Su diagnóstico constituye un auténtico reto, siendo los criterios de Okazaki de gran utilidad ante sospecha clínica.

19 COMUNICACIÓN

PLURIPATOLOGÍA Y MEDICACIÓN: ESTUDIO DESPRES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿REALMENTE DESPRESCRIBIMOS?

Galián Ramírez, J.D.¹; Castillo Navarro, A.¹; Martín Romero, M.¹; Pérez Luján, R.¹.

[1] Servicio Medicina interna Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Proyecto DESPRES es un ensayo clínico centrado en la creación de una herramienta para la desprescripción de medicamentos en pacientes pluripatológicos. El objetivo de esta comunicación es describir la población pluripatológica y si se cumple la retirada de medicamentos en la misma de un hospital de tercer nivel, enmarcado en las premisas del Proyecto DESPRES.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo en donde se incluyeron todos aquellos pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en los meses de marzo y abril de 2017 que cumplían los criterios de inclusión en el Proyecto DESPRES. Para ello se analizan distintos parámetros como: sexo, edad, número de categorías de enfermedades para pluripatología (existiendo 8 categorías en total), número de fármacos al ingreso y al alta, adherencia a dicho tratamiento al ingreso y a los 6 meses, y retirada de fármacos tras una revisión a los 6 meses del último ingreso.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 16 pacientes, 9 mujeres (56.2%) y 7 hombres (43.7%), con una edad media de 82.4 ± 5.4 años. En promedio, el número de categorías de enfermedad para pluripatología fue de 3.5. En cuanto al número

de fármacos crónicos prescritos al ingreso, éste resultó con una media de 11.8; tras el alta hospitalaria, dicha media bajó a 10.4 fármacos. Teniendo en cuenta esto, realmente sólo había 9 pacientes (56.2%) que tomaban de forma correcta dicho tratamiento, siendo 7 (43.7%) los que tenían una mala adherencia terapéutica; resaltar que, en cuanto a sexo, los varones tenían una ligera mayor adherencia (5 casos, 55.5%) frente a las mujeres (4 casos, 44.4%). De entre los 16 pacientes, sólo 6 (37.5%) acudieron al seguimiento a los 6 meses, habiendo en este tiempo 1 éxitus (6.2%). En la revisión se objetivó que 5 casos (38.3%) pertenecían al grupo de los pacientes con mala adherencia al tratamiento; de ellos, 4 (66.6%) habían mantenido un buen control farmacológico tras el ingreso, cambiando a una buena adherencia. Para finalizar, se recogieron datos en cambios de medicación en 5 de los 6 pacientes de revisión, habiendo una pérdida. De esos 5 sólo no se realizó ningún cambio en 1 caso (20%).

DISCUSIÓN: Una prescripción se considera adecuada cuando existe una evidencia clara que apoya su indicación, es tolerada y tiene un perfil coste-efectividad razonable. Por otra parte, una prescripción inadecuada incluye fármacos con ajuste terapéutico erróneo, con elevadas interacciones y la duplicación. De ahí que se realice el Proyecto DESPRES. En nuestro estudio se evidencia que, a pesar de existir una media relativamente baja de categorías pluripatológicas, el número de fármacos era elevado, sumándose a esto que casi la mitad de los pacientes no tomaban de forma correcta la medicación. Sin embargo, pese a intentar el ajuste terapéutico, la disminución media del número de fármacos al alta hospitalaria no resultó llamativa. Sí se puede ver un aumento de la adherencia en aquellos pacientes revisados a los 6 meses, con ajuste de medicación en más de la mitad.

CONCLUSIONES: Aunque los datos recogidos no indiquen una desprescripción llamativa, sí que se evidencia una mejoría en la adherencia y control farmacológico, precisándose de un estudio más amplio para obtener conclusiones satisfactorias.

20 COMUNICACIÓN

RADIOGRAFÍA DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Sánchez Lucas, J.¹; Burrueto López, A.²; Olagüe Baño, C.¹; Moreno Hernández, M.¹; Sánchez Martínez, J.F.¹.

[1] Medicina Interna. [2] Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Jose M^a Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes ingresados en medicina interna (MI) que se trasladan a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron las características clínico-epidemiológicas de los 26 pacientes ingresados en el servicio de MI que fueron admitidos en UCI en el periodo de 6 meses (julio a diciembre de 2017), excluyéndose los otros servicios médicos. Los datos se analizaron con el programa SPSS 17v.

RESULTADOS: Los 26 pacientes representan el 5.5% de todos los pacientes ingresados (495) en la UCI de nuestro hospital en ese periodo. La edad media fue 67 +- 12 años. El 50% eran hombres y el 50% mujeres. El 53.8% era mayor de 68 años y el 23% mayores de 80 años. Casi todos (88.5%) eran hipertensos, 42.7% diabéticos y el 53.8% dislipémicos. El 50% eran fumadores y 4(15.4%) tenían hábito enólico. El 26.9% ingresó anteriormente por insuficiencia cardiaca y 4 sufrieron un ictus previo. El 38.4%

tenían cardiopatía y un 30,8% asma o EPOC. El 11.3% [3] tenían antecedentes de gammapatía y 3 de hepatopatía. El 34.6% (9) tenía un trastorno psiquiátrico (5 síndrome ansioso depresivo y 4 esquizofrenia). El 7.7% [2] tenía enfermedad renal crónica. En cuanto a la situación basal, un 38.5% [10] tenía un grado NYHA III y un sorprendente 11.5% [3] un NYHA IV. El 38.5% [10] necesitaba ayuda para alguna actividad diaria y el 15.4% [4] deterioro cognitivo leve. El 23.1% [6] deambulaba con ayuda y 3 seguían tratamiento con ventilación no invasiva domiciliaria.

DISCUSIÓN: Se entiende al paciente hospitalario de MI como paciente pluripatológico de edad avanzada en el que se toman actitudes conservadoras, sin embargo esta serie muestra una población nada despreciable de este tipo de pacientes admitidos en la UCI, al contrario de la creencia extendida entre los profesionales sanitarios. Se identificaron pacientes ingresados solamente por tener alguna patología psiquiátrica/ enfermedad mental invalidante.

CONCLUSIONES:

1. Los pacientes de medicina interna, a pesar de su complejidad pueden ser subsidiarios de tratamientos agresivos en UCI.
2. Las limitaciones en la situación basal no son definitivas para la admisión en UCI.
3. Se debe tener en cuenta el contexto global del paciente y no presuponer su rechazo en UCI.
4. Existen pacientes considerados de MI por patología psiquiátrica o déficit mental sin otra comorbilidad, por lo que su ingreso en UCI no estaría determinado por la patología crónica.
5. El criterio individual del intensivista y del internista influye claramente en la admisión en UCI.

21 COMUNICACIÓN

INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE PLANTA DE MEDICINA INTERNA.

Sánchez Lucas, J.¹; Burrueto López, A.²; Pagán Escribano, J.¹; Bernal José, L.¹; De la Cierva Delicado, A.¹

[1] Medicina Interna. [2] Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Jose M^a Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO: Analizar los motivos de ingreso, el tiempo de estancia previo en planta hasta la admisión y el horario de la misma de los pacientes de medicina interna (MI) que fueron admitidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron las características clínicas y el tiempo hasta el ingreso de todos (26) los pacientes de MI que fueron admitidos en la UCI de nuestro hospital durante un periodo de 6 meses (julio a diciembre de 2017).

RESULTADOS: Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: la insuficiencia respiratoria (26.9%) seguido de la insuficiencia cardíaca pura (19.2%), las infecciones (19.2%), las arritmias o síndrome coronarios agudos (15.4%), patología digestiva (7.7%) y el deterioro neurológico (7.7%). Una paciente presentó parada cardiorrespiratoria. El 34.6% (9) presentó sepsis al ingreso. El 34.6% (9) ingresaron en UCI por la mañana (entre las 8 y 15 horas), 23.1% (6) por la tarde (entre 15 y 21 h.) y 42.3% (11) por la noche (entre las 21 y 8 h.). Se analizó el tiempo de estancia en planta hasta su ingreso en UCI:

Tiempo en planta hasta ingreso en UCI	Número de pacientes
< 6 horas	2
6-12 horas	7 (26.9%)
12-24 horas	2 (7.7%)
24-48 horas	4 (15.4%)
> 48 horas	11 (42.3%)

El SAPSIII medio al ingreso fue de 54.92 puntos, el APACHE II de 14.4 y la escala SOFA media de 4.5. El 38.5% (10) fallecieron. El 61.5% fue alta de UCI y todos ellos posteriormente recibieron el alta hospitalaria sin nuevos éxitos.

DISCUSIÓN: En esta serie los ingresos no planificados desde MI a UCI corresponden a insuficiencia respiratoria aguda y patología infecciosa, en concordancia con otros autores. El 66.6% ingresó en el horario del internista de guardia y la mitad tras menos de 48 horas previas en planta, destacando la franja entre las 6 y 12 horas de estancia. Existen limitaciones importantes como el tamaño muestral, la ausencia de controles para valorar la identificación temprana o no de los pacientes subsidiarios de soporte avanzado, así como la necesidad de análisis en la relación entre el motivo de ingreso en planta y en UCI en aquellos pacientes de estancia previa prolongada previamente.

CONCLUSIONES:

1. Los motivos más frecuentes de traslado a UCI fueron la insuficiencia respiratoria (con insuficiencia cardíaca asociada o no) y la patología infecciosa.
2. La identificación de pacientes con criterios de UCI parece realizarse con frecuencia en las primeras 48 horas.
3. Ningún paciente falleció en planta de MI tras ser alta desde UCI.
4. Todos los pacientes presentaron puntuaciones elevadas en las escalas de gravedad.
5. Se necesitan más estudios para analizar la efectividad de identificación precoz.

22 COMUNICACIÓN

¿EXISTE LA DISNEA RESIDUAL TRAS UN EPISODIO DE TEP?

Navarro Rodríguez, M.¹; Martín Romero, M.¹; Castillo Navarro, A.¹; Otálora Valderrama, S.¹; Salazar Rosa, V.¹

[1] Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (Murcia).

OBJETIVOS: Describir la existencia de síntomas respiratorios, en concreto disnea residual, tras un episodio de embolia de pulmón (EP) y la posible relación con la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC).

MÉTODOS: Se realizó una encuesta escrita de 1 sola pregunta en la consulta externa de la Unidad de Trombosis del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) a los pacientes diagnosticados de EP desde Febrero de 2009 hasta Octubre de 2015, que acudían a revisión al año.

La pregunta de la encuesta consistía en la existencia de dificultad respiratoria tras el evento, puntuándose con 1 (ausencia), 2 (varias veces a la semana), 3 (una vez a la semana), 4 (menos de una vez a la semana) y 5 (nunca). Posteriormente se comprobó si los hallazgos se correlacionaban con la exis-

tencia de HPTEC confirmada mediante ecocardiografías seriadas y angiotomografía computarizada de tórax (angio TAC).

RESULTADOS: Se realizó la encuesta a 119 pacientes (50 hombres y 69 mujeres) de los cuales la mitad (51,26 %) refirió presentar algún grado de disnea. De estos el 39,34% (24 pacientes, 13 mujeres y 11 hombres con una edad media de 67,05 años) se quejó de una mayor frecuencia de los síntomas (11 enfermos la presentaban todos los días (18,03%) y 13 (21,3%) varias veces a la semana) y el resto (60,6%) indicó presentarla en un grado más leve (el 22,9% una vez a la semana y el 37,7% menos de una vez a la semana). Al comprobar la presencia de HPTEC posterior al evento en estos pacientes, de los 61 pacientes aquejados de disnea, solo 10 presentaban signos ecocardiográficos de hipertensión pulmonar (HTP) y tan solo 1 paciente cumplía criterios de HPTEC. En los 51 enfermos restantes (83,6%) el estudio ecocardiográfico a los 3 meses del evento, no reveló signos de HTP que justificara la disnea.

DISCUSIÓN: El TEP se trata de una patología común y tiene un alto impacto en la morbilidad y mortalidad. El curso natural a largo plazo de los pacientes que sobreviven a un evento agudo puede ser complicado por episodios recurrentes de enfermedad tromboembólica venosa, complicaciones hemorrágicas causadas por anticoagulación y en menor frecuencia la HPTEC. Recientes estudios consideran la HPTEC como la manifestación extrema de un fenómeno mucho más común de cambios permanentes en el flujo de la arteria pulmonar, el intercambio gaseoso pulmonar y/o la función cardíaca causada por la EP aguda, llamado síndrome post-embolia pulmonar (post-EP), el cual va asociado con disnea y disminución de la capacidad de ejercicio. El reconocimiento de este síndrome puede ser relevante para la práctica clínica.

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio concluyó que tras un primer episodio de EP, un alto porcentaje de pacientes presenta una limitación funcional debido a sensación disneica, la cual no se justifica por la presencia de HTP o HPTEC.

Este resultado abre la posibilidad de ampliar el estudio mediante la inclusión de otras variables de comorbilidad cardio-respiratoria y su relación con la clínica respiratoria, así como aumentar estudios sobre el llamado síndrome post-EP, pues muchos de los pacientes sin HPTEC pero afectados de una dificultad respiratoria podría ser explicado por este síndrome.

23 COMUNICACIÓN

PREVALENCIA DE HEMORRAGIAS ASOCIADAS AL USO DE ANTICOAGULANTES. ESTUDIO COMPARATIVO INHIBIDORES DE LA VITAMINA K (AVK) Y ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD).

Cutillas Pérez, M.M.¹; Martín Cascón, M.¹; Castejón Giménez, M.¹; Moreno Hernández, M.¹.

[1] Servicio Medicina Interna H. Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La mayor preocupación del uso de anticoagulantes, fundamentalmente en ancianos, es el riesgo de hemorragias. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de hemorragias asociadas al uso de anticoagulantes orales comparando el uso de los AVK y los ACOD.

MATERIAL Y MÉTODO: Es un estudio transversal descriptivo. De un listado de 1127 pacientes anticoagulados se ha obtenido una muestra representativa de 173 pacientes. Se ha recogido, del informe de alta del último ingreso del año 2016 en cualquier servicio del Hospital Morales Meseguer información sobre el tipo de anticoagulante, motivo de ingreso: hemorragia o no, de qué tipo, eventos hemorrágicos en el ingreso, función renal etc. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS.

RESULTADOS: El 23,1% (40) de los pacientes tuvo un evento hemorrágico. De estos, el 60% tenía un FG menor de 60 ml/min/1.73m² con una p de 0,032. En el 37,5% (15) de los pacientes la hemorragia se produjo durante un ingreso por otro motivo con una estancia media de 11,20 días frente a 7,30 de los que no sangraron. La tabla 1 es una comparativa de las hemorragias con AVK y ACOD y el grado de significación.

Tabla 1	AVK	ACOD	p
Hemorragia registrada	23,9%	19,3%	0,578
Hemorragia Total*	35,2%	22,6%	0,175
Digestiva	29,4%	33,3%	0,907
Otras (epistaxis, hemoptisis)	20,88%	0	0,207
Hematomas partes blandas	17,6%	0	0,244
Causa no aclarada	14,7%	33,3%	0,935
Hematuria	11,7%	16,6%	0,902
Intracraneal	5,9%	16,6%	0,483

Hemorragia total*: H. mayor+ descenso $>0=2$ puntos de Hb. >65 Con ERC, Cardiopatía, EPOC y un FRCV.

DISCUSIÓN: En nuestra muestra, 1 de cada 4 pacientes tuvo un evento hemorrágico, con una asociación estadísticamente significativa con la insuficiencia renal. En un porcentaje importante el sangrado fue una complicación durante un ingreso por otro motivo lo que supuso un aumento de la estancia de 4 días. Se ha estudiado, mediante la prueba de Chi cuadrado, si hay una diferencia estadísticamente significativa en las hemorragias (registradas) asociadas a AVK y ACOD; aunque la tendencia es que los pacientes con AVK sangren más, el resultado no fue estadísticamente significativo ni en general ni por subtipos. Sin embargo, si tenemos en cuenta la hemorragia total* el número de eventos aumenta, así como, la significación estadística (ver tabla 1).

CONCLUSIONES: El riesgo de sangrado asociado a los anticoagulantes orales, tanto AVK como ACOD aumenta en pacientes con insuficiencia renal, de tal forma, que es fundamental, sobre todo, en el ingreso, hacer un seguimiento estrecho de la función renal ajustando la dosis del anticoagulante según sea preciso. En nuestra muestra, la tendencia es a tener más sangrados con AVK que con ACOD, además, un gran porcentaje de pacientes, sin hemorragia registrada, tienen una caída de la hemoglobina que es preciso seguir o estudiar.

24 COMUNICACIÓN**USO DE ANTICOAGULANTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. ESTUDIO COMPARATIVO INHIBIDORES DE LA VITAMINA K (AVK) Y ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA (ACOD).**

Cutillas Pérez, M.M.¹; Martín Cascón, M.¹; Castejón Giménez, M.¹; Moreno Hernández, M.¹.

[1] Medicina Interna Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Ensayos clínicos (RE-LY, ROCKET-AF...) han demostrado que los ACOD no son inferiores a los AVK en la prevención de eventos embólicos con menor tasa de complicaciones en determinadas circunstancias. Sin embargo, la falta de experiencia o su mayor coste limita su uso en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es hacer un análisis del uso de AVK y ACOD en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODO: Es un estudio transversal descriptivo. De un listado de 1127 pacientes anticoagulados se ha obtenido una muestra representativa de 173 pacientes. Se han recogido, del informe de alta del último ingreso del año 2016 en cualquier servicio del Hospital Morales Meseguer, una serie de variables de tipo epidemiológico y clínico.

RESULTADOS: El 82.1% (142) de los pacientes estaban anticoagulados con AVK. En la tabla 1 se hace una comparación de diversas variables en ambos grupos.

Tabla 1	AVK	ACOD	p
EDAD	79,71	79,87	0,978
SEXO	61,3% M, 38,7% H	45,4% M, 54,6% H	0,118
ERC	16,2%	3,2%	0,058
INDICACIÓN	95,1% FA, 4,2% TROMBOSIS.	100% FA	
ANCIANO FRÁGIL*	33,8%	6,45%	0,002
ANT. HEMORRAGIA	21,8%	29%	0,118

Entre los usuarios de ACOD el más usado fue el rivaroxabán (7,5%). En concordancia con las guías clínicas el 92.3% de los pacientes con rivaroxabán, el 66,6% de los pacientes con dabigatrán y solo el 33,3% de los usuarios de apixaban tomaban una dosis adecuada a su edad y función renal. La mayoría, tomaban una dosis menor de la correspondiente.

DISCUSIÓN: En nuestra muestra los AVK fueron los fármacos más utilizados. De las variables comparadas, hay una diferencia estadísticamente significativa (p: 0.002) en anciano frágil, y un mayor porcentaje de pacientes con ERC en el grupo de pacientes que usan AVK. Llama la atención también que haya mayor porcentaje de pacientes con antecedentes de hemorragia en el grupo de ACOD, esto es así porque la mayoría los iniciaron tras un evento hemorrágico con AVK.

CONCLUSIÓN: En la práctica clínica siguen siendo los AVK los fármacos más usados, debido, probablemente a su mayor experiencia de uso, son de elección ante pacientes pluripato-

lógicos y, sobre todo, con enfermedad renal crónica. De forma general, los ACOD se prescriben cuando ha habido algún evento hemorrágico con AVK, y la dosis se elige con cautela, siendo en un gran porcentaje de los casos insuficiente para una anticoagulación plena.

25 COMUNICACIÓN**PROYECTO DESPRES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TRAS 6 MESES DE SEGUIMIENTO.**

Martín Romero, M.¹; Castillo Navarro, A.M.¹; Galián Ramírez, J.D.¹; Navarro Rodríguez, M.¹; Pérez Luján, R.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El proyecto DESPRES es un ensayo clínico basado en la creación de una herramienta para la desprescripción farmacológica en pacientes pluripatológicos (PP). El objetivo de este trabajo es analizar si dicha simplificación del tratamiento crónico, junto con un adecuado seguimiento ambulatorio, mejoran la calidad de vida de los PP y consiguen una mayor adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo en que fueron incluidos pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, entre marzo y abril de 2017, que cumplían los criterios de inclusión en el Proyecto DESPRES, y que fueron revalorados en consultas externas de Medicina Interna (MI) al cabo de 6 meses. Al ingreso se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, número de fármacos al ingreso y al alta, cuestionarios de calidad de vida (EQ-D5), autopercepción en salud y adherencia al tratamiento. En la revisión a los 6 meses se reevaluó todo lo anterior y se analizó la presencia de reingresos o de eventos clínicos que no lo requirieron.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 6 pacientes, todas mujeres y con una edad media de 80,2 años, que formaron parte del Proyecto DESPRES y que acudieron al cabo de 6 meses a consultas externas de MI para nueva valoración. Al ingreso tenían pautados 12,7 fármacos de media, reduciéndose al alta a 11,2; 4 de ellos vieron reducidos el número de medicamentos mientras que a los 2 restantes no se les modificó. Tan solo uno de los pacientes refería una buena adherencia al tratamiento. Durante el ingreso se les realizó un cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud (EQ-D5), obteniendo un resultado superior a 50 (siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud imaginable) en 2 PP (33,3%), con una puntuación media de 46,7. En cuanto a la autopercepción de salud, fue regular en 4 (66,7%) casos, buena en 1 y muy buena en el restante. Al cabo de 6 meses tan solo un paciente precisó un nuevo ingreso hospitalario (rectorragia), mientras que 3 (50%) presentaron un evento clínico reseñable que no lo necesitó (todos infección respiratoria). Se realizó nuevamente el cuestionario EQ-D5, habiendo mejorado la puntuación en 3 pacientes, empeorando en 2 y manteniéndose idéntica en el restante, mientras que la autopercepción en salud mejoró en 4 (66,7%) pacientes, empeorando en los 2 restantes. En cuanto a la adherencia al tratamiento se observó una mejoría significativa, ya que en 5 (83,3%) casos refirieron buena adherencia, frente a un único caso hacia 6 meses.

DISCUSIÓN: La atención a los pacientes con enfermedades crónicas constituye actualmente un gran reto para los clínicos. En particular los PP generan una frecuente demanda de atención sanitaria y consumo de recursos. El Proyecto DESPRES tiene como objetivo la desprescripción de medicamentos en este grupo de pacientes, especialmente aquellos casos de prescripción inadecuada definidos como fármacos con ajuste terapéutico erróneo, elevadas interacciones o duplicación. El objetivo del ensayo clínico es obtener resultados en salud, como la reducción de ingresos hospitalarios y asistencia a servicios de urgencias, aumentar la calidad de vida relacionada con la salud y la adherencia al tratamiento. Se puede intuir que la suspensión de fármacos inadecuados en la medida de lo posible simplifica la labor tanto del paciente como de su cuidador, mejorando la adherencia, y además el hecho de disminuir el riesgo de efectos adversos o interacciones reduce la iatrogenia y secundariamente la necesidad de asistencia sanitaria en los PP. Todo ello podría traducirse en una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud.

CONCLUSIONES: Del presente estudio se extrae que en los PP incluidos en el Proyecto DESPRES en nuestro centro se procuró durante el ingreso simplificar su tratamiento crónico en la medida de lo posible. Al cabo de 6 meses, se observa como en dichos pacientes había mejorado de forma llamativa la adherencia al tratamiento, así como de forma algo menos marcada la calidad de vida relacionada con la salud, valorada a través del cuestionario EQ-D5. Será preciso ampliar el estudio e incluir mayor número de pacientes para seguir extrayendo conclusiones.

26 COMUNICACIÓN

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TROMBOSIS VENOSA RETINIANA EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO INSTAURADO.

Martín Romero, M.; Mira Bleda, E.¹; Castillo Guardiola, B.¹; Carpena Carrasco, I.¹; Salazar Rosa, V.¹

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Trombosis Venosa Retiniana (TVR) se define como una interrupción del flujo sanguíneo en la red vascular venosa retiniana. Es una causa común de pérdida visual en mayores y la segunda causa más frecuente de retinopatía vascular después de la diabética. Su patogenia está poco esclarecida, por lo que a día de hoy sigue sin estar claro cuál es el tratamiento idóneo en estos casos. Por ello se decidió realizar un seguimiento de los pacientes diagnosticados de TVR, analizando el tratamiento instaurado en cada uno de ellos así como su evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional descriptivo de los 135 pacientes diagnosticados de TVR desde enero 2011 hasta enero 2017 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Se analizó el tratamiento sistémico (no oftalmológico) pautado en cada uno de los ellos, estudiando dos posibilidades: tratamiento anticoagulante y/o antiagregante. Además se recogieron los eventos clínicos relacionados por los que consultaron dichos pacientes desde el día del diagnóstico: recidiva de TVR, enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), isquemia arterial, complicaciones hemorrágicas y fallecimientos.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 135 pacientes diagnosticados de TVR entre 2011 y 2017. De ellos se observó que en 22 (16,3%) ocasiones se pautó tratamiento anticoagulante a lo largo de la evolución de la enfermedad: HBPM en 12 casos: Acenocumarol en 8 y en los 2 restantes Rivaroxaban. Además, 36 (26,7%) pacientes no fueron antiagregados en ningún momento, en 88 (65,2%) se indicó antiagregación simple, y los 11 (8,1%) restantes llevaron doble antiagregación. En cuanto a la evolución a lo largo de estos 6 años, en 7 (5,2%) pacientes se produjo recidiva de TVR: 5 no llevaban tratamiento crónico y los 2 restantes antiagregación simple. No hubo casos de ETEV ni complicaciones hemorrágicas. En 7 (5,2%) casos se produjeron episodios de isquemia arterial de distinta localización; de ellos tan solo 3 estaban en tratamiento, todos con antiagregación simple. Por último se produjeron 4 (3%) fallecimientos, de los cuales uno estaba antiagregado y otro anticoagulado con acenocumarol.

DISCUSIÓN: Actualmente en los pacientes diagnosticados de TVR se aconseja la realización de una valoración sistémica que permita dilucidar el tratamiento más apropiado para así prevenir daños sistémicos y la recurrencia de otra TVR. Por desgracia actualmente no existe evidencia científica suficiente respecto al tratamiento sistémico óptimo. Varias opciones han sido utilizadas en la última década con resultados muy dispares (antiagregantes, pentoxifilina, troxerutina, prostacilina, fibrinolíticos, anticoagulantes), la mayoría con estudios muy heterogéneos y de muestras pequeñas.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra se obtuvo una reseñable tasa de recurrencias así como varios casos de eventos isquémicos arteriales, predominando en ambos casos en pacientes a los que no se les indicó tratamiento sistémico. El aumento de morbilidad que generan estas situaciones a lo largo de la evolución de la enfermedad sugiere la necesidad de realizar un manejo adecuado para los casos de TVR, más aún al no haberse observado complicaciones hemorrágicas reseñables en los casos tratados. La ausencia de evidencia científica de calidad al respecto pone de manifiesto la necesidad de promover estudios que determinen el tratamiento sistémico más adecuado.

27 COMUNICACIÓN

TROMBOSIS VENOSA RETINIANA Y SU ASOCIACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR.

Martín Romero, M.¹; Castillo Navarro, A.M.¹; Navarro Rodríguez, M.¹; Molina Cifuentes, M.¹; Salazar Rosa, V.¹

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Trombosis Venosa Retiniana (TVR) se define como una interrupción del flujo sanguíneo en la red vascular venosa retiniana. Es una causa común de pérdida visual en mayores y la segunda causa más frecuente de retinopatía vascular después de la diabética. Su patogenia está poco esclarecida, aunque según los trabajos más recientes parece existir asociación con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Con el fin de analizar dicha asociación se estableció como objetivo del estudio describir el perfil cardiovascular de los pacientes diagnosticados de TVR, así como analizar la aparición posterior de eventos cardiovasculares (ECV) y la mortalidad relacionada con ellos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional descriptivo de los 135 pacientes diagnosticados de TVR desde enero 2011 hasta enero 2017 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), analizando las siguientes variables: edad, sexo, antecedente de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia (DLP) y tabaquismo activo. Además se realizó un seguimiento de dichos pacientes a lo largo de estos 6 años, observándose desde el momento del diagnóstico de la TVR tanto la aparición de nuevos ECV como la mortalidad de origen cardiovascular.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 135 pacientes, 81 (60%) hombres y 54 (40%) mujeres, con una edad media de 63,05 años. De dicha muestra se observó que 73 (54,1%) tenían antecedente de HTA, 100 (74,1%) de DM2, 93 (68,9%) de DLP, y 107 (79,3%) pacientes eran fumadores activos. A lo largo del seguimiento se objetivó aparición de nuevos ECV en 7 (5,2%) pacientes, siendo de distinto origen: 2 casos de infarto agudo de miocardio, 2 de agina inestable, 2 de ictus isquémico, y 1 de isquemia mesentérica. De ellos, tan solo 3 estaban en tratamiento con antiagregación simple. Por último, de los 135 pacientes estudiados en estos 6 años tan solo se produjeron 4 (3%) fallecimientos, de los cuales ninguno fue de causa cardiovascular.

DISCUSIÓN: La TVR es una patología de naturaleza multifactorial, en la que numerosos estudios describen un incremento de su incidencia en pacientes con enfermedad ateroesclerótica. Se señala a la HTA como factor de riesgo principal, pudiendo incluso constituir la primera manifestación clínica de una HTA esencial desconocida, aunque en nuestro estudio se observó mayor relación con DM2 y tabaquismo. Esto indica la importante relación entre TVR y ECV, pudiéndose asociar incluso a una mayor mortalidad por dicha causa, aunque los resultados en los estudios actuales son contradictorios.

CONCLUSIONES: Los pacientes diagnosticados de TVR en el HCUVA presentan un perfil de riesgo cardiovascular elevado, en el que destaca una edad media de 63,05 años, predominio del sexo masculino (60%) e importante relación con los FRCV, especialmente DM2 (74,1%) y tabaquismo activo (79,3%). Muchos de ellos presentaban simultáneamente varios de estos FRCV. Además la aparición a lo largo de estos 6 años de varios casos de ECV subraya la relación entre la TVR y la enfermedad cardiovascular. Sin embargo no parece ser un factor de riesgo independiente de mortalidad cardiovascular al no haberse producido ningún fallecimiento de dicho origen durante el seguimiento, aunque se precisan más estudios para poder afirmar este punto.

28 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE EL AÑO 2017 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Castillo Navarro, A.M.; Martín Romero, M.; Galián Ramírez, J.D.; Mira Bleda, E.; Pérez Luján, R.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVOS: Realizar un estudio descriptivo sobre las características de una serie de enfermos que reunían criterios para ser incluidos en la condición de pacientes pluripato-

lógicos (PP), que ingresaron en Medicina Interna (MI), del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUCVA), de Murcia durante el año 2017.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo a través del informe clínico de alta de los pacientes incluidos. Se recogieron variables de filiación, cuidador principal, criterios de pluripatológico, funcionalidad (Índice de Barthel), estado cognitivo (cuestionario de Pfeiffer), índices pronósticos (Índice de Profund e Índice de Paliar), variables analíticas y adherencia al tratamiento. Se excluyeron los pacientes con presencia de enfermedad neoplásica maligna activa, pacientes con discapacidad neurológica o mental sin representante legal y situación clínica de agonía.

RESULTADOS: Se consideraron las características de 16 pacientes en el periodo de tiempo señalado, 9 mujeres (56%) y 7 hombres (48%), calculando una edad media global de 82,43 años, siendo el valor de creatinina media (mg/dl) de 1,97 que correspondía a un filtrado glomerular (FG), estimado mediante la ecuación de CKD-EPI de 23 ml/min/1,73/m². 5 pacientes (31,2%) vivían exclusivamente con su pareja y la misma proporción lo hacía con sus hijos, mientras que hasta 4 PP (25%) vivían solos. En cuanto a la presencia de un cuidador, 13 enfermos (81,2%) reconocían tenerlo, mientras que 3 de ellos no (18,7%), siendo los hijos en 5 casos (31,2%), 3 PP (18,7%) eran cuidados por su pareja y existía un cuidador formal en otros 3 pacientes (18,7%). El principal motivo de ingreso fue la patología respiratoria hasta en 10 PP (62,5%), siendo la disnea el síntoma guía en todos los casos, y hubo 2 (12,5%) hipoglucemias como causa de hospitalización, con una estancia media para el grupo de 8,64 días. La adherencia al tratamiento era positiva en 9 pacientes (56,2%) y el resto reconocían no tomar la mediación adecuadamente. Los principales índices pronósticos calculados fueron en primer lugar el Profund siendo en 7 pacientes (43,7%) entre 7-10 puntos, 6 de ellos (37,5%) sumaban de 3-6 puntos y 3 PP (18,7%) más de 11 puntos, y el Índice Paliar con el siguiente resultado: 5 pacientes (31,2%) sumaban entre cuatro y siete puntos, y otros 5 (31,2%), por encima de siete puntos y medio para la escala mencionada. El resto de los pacientes se incluían dentro de una puntuación inferior a tres puntos y medio. Por otra parte, se midió el estado cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer obteniendo en 5 pacientes (31,2%) un punto, en 2 pacientes (12,5%) dos puntos, 4 (25%) reunían tres puntos y 5 PP (31,2%) puntuaban 4 o más. Se evaluó el grado de dependencia del que disponían los enfermos a través del Índice de Barthel siendo para 7 PP (43,7%) leve (por encima de 60 puntos), 1 PP (6,2%) de grado moderado (entre 40 y 55 puntos), 3 pacientes (18,7%) era severa y hasta 5 PP tenían (31,2%) un grado de dependencia total (<20 puntos).

DISCUSIÓN: La atención a los pacientes con enfermedades crónicas constituye actualmente un reto para los clínicos. Los PP son aquellos que sufren enfermedades crónicas sintomáticas y progresivas que generan una frecuente demanda de atención, con numerosas visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y consumo de recursos. Del presente estudio se puede extraer que a pesar de el tamaño muestra pequeño, los PP que ingresan en una unidad de MI son más frecuentemente mujeres, con una edad media global de 82 años y deterioro importante de función renal, siendo por otra parte, la patología respiratoria la más frecuente. Llama la atención que el 56% vivían solos o en compañía de su pareja, aunque gran parte de los PP disponía de un cuidador. El principal índice pronóstico representando fue el Profund

que predice un riesgo de muerte al año en torno al 50% y 3 PP (18,7%) más de once puntos correspondiendo a una mortalidad aproximada al año superior al 65%. En cuanto al estado cognitivo de los enfermos, medido a través del cuestionario de Pfiffer, 9 enfermos (56%) tenían deterioro cognitivo moderado o grave siendo el grado de dependencia elevado según datos obtenidos en el Índice de Barthel.

CONCLUSIONES: Del presente estudio se extrae que los PP que ingresan en MI son frecuentemente dependientes, con deterioro cognitivo de grado moderado o severo y un pronóstico de vida al año limitado para gran parte de la muestra, por lo que es necesario otros estudios específicos diseñados para tal fin que nos ayuden con el manejo diario de estos enfermos.

29 COMUNICACIÓN

INHIBIDORES DE PCSK9: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Rojano Torres, R.¹; Ruíz Belmonte, E.¹; Escribano Viñas, P.¹; García Pérez, A.¹; Bruno Pérez, T.¹.

[1] Medicina Interna. Hospital Santa Lucía Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: en el tratamiento de dislipemias se ha aprobado recientemente el uso de inhibidores de la proproteínaconvertasasubtilisinakexina 9 (IPCSK9) en pacientes seleccionados. Nuestro objetivo fue conocer el empleo de ICPSK9 en nuestro centro, las características de la población a la que se dispensa así como los cambios en el perfil lipídico tras su administración.

MATERIAL Y MÉTODOS: se analizan las variables epidemiológicas, analíticas y factores de riesgo cardiovascular presentes en los pacientes que inician tratamiento con IPCSK9 en nuestro centro según el registro de adherencia en el servicio de Farmacología desde junio de 2016 hasta agosto de 2017. Así mismo, se analiza la causa de prescripción, el tratamiento instaurado y el descenso de LDL logrado.

RESULTADOS: Se incluyen un total de 9 pacientes, siendo el 44,4% mujeres y el 55,6% varones. La edad media fue de 49,44 años con desviación estándar 10,5 años. El 66.7% presentaban hipercolesterolemia familiar (HF). Entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el 44,4% presentaban hipertensión arterial (HTA), el 22,2% presentaban diabetes mellitus tipo 2. El 44,4% mantenían tabaquismo activo siendo el 33% exfumadores. El 66,7% de los pacientes presentaban enfermedad cardiovascular (ECV) establecida (66,7% cardiopatía isquémica, 22,2% arteriopatía periférica sintomática, 11,1% accidente cerebrovascular). Del total de pacientes, el 55,5% recibía inicialmente atorvastatina 80mg + ezetimibe 10mg. El resto de pacientes recibían de forma respectiva rosuvastatina 40mg + fenofibrato 250mg (11,1%), rosuvastatina 20mg + ezetimibe 20mg (11,1%), Fluvastatina + ezetimibe 11,1% y monoterapia con pitavastatina 2mg 11,1%. En un 33,3% de los pacientes, la principal indicación de IPCSK9 fue la combinación de HF y objetivo de LDL no conseguido pese a tratamiento óptimo con estatinas. En otro 33,3% se inició por combinación de HF, objetivos de LDL no conseguidos pese al tratamiento pautado asociando intolerancia a estatinas. En el 66,6% se inició tratamiento con evolocumab y en el 33,3% con alirocumab asociados o no a otras terapias. La media de duración del tratamiento fue de 6,44 meses con DE 4,50. El descenso medio de LDL de 131mg/dl (56,6%) obteniéndose un descenso medio de triglicéridos 129,8mg/dl (31%).

Respecto al HDL existe un aumento discreto de sus valores (5,6%). Existe correlación entre la duración del tratamiento con IPCSK9 y el descenso de los valores de LDL sin ser estadísticamente significativa ($p=0.78$). A los IPCSK9 se asoció en el 22,2% atorvastatina 80mg, en 33,3% atorvastatina 80mg junto con ezetimibe el 22,2% no asoció otro tratamiento.

DISCUSIÓN: los IPCSK9 constituyen una herramienta útil para el control de LDL y TG en pacientes seleccionados que no responden al tratamiento inicial con estatinas asociado a otros fármacos o en pacientes intolerantes a estatinas. Por el momento, su uso no está ampliamente extendido debido a la novedad de estas terapias y su elevado coste.

CONCLUSIONES: en nuestro estudio, la principal indicación de IPCSK9 fue la combinación de dos o más factores entre los que se incluyen HF, objetivo de LDL no conseguido y/o intolerancia a estatinas. Observamos correlación entre la duración del tratamiento con IPCSK9 y el descenso de LDL, sin ser estadísticamente significativa, posiblemente en relación al bajo tamaño muestral.

30 COMUNICACIÓN

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN NUESTRO CENTRO.

Rojano Torres, R.¹; Ruíz Belmonte, E.¹; Escribano Viñas, P.¹; García Pérez, A.¹; Bruno Pérez, T.¹.

[1] Medicina Interna. Hospital Santa Lucía Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la endocarditis infecciosa (EI) constituye un reto diagnóstico de gran importancia debido a la alta morbilidad que conlleva. El *Staphylococcus aureus* (SA) es uno de los principales microorganismos causantes de endocarditis infecciosa. Nuestro objetivo fue evaluar las características y evolución de los pacientes que desarrollaron EI por *S. aureus* en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen los pacientes que desarrollaron endocarditis por *S. aureus* entre enero 2016 y febrero 2018 dentro del total de episodios de EI en este periodo. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, comorbilidad, índice de Charlson, clínica de debut, procedimientos relacionados, válvula afecta, complicaciones/fenómenos embólicos, predictores de mal pronóstico y evolución.

RESULTADOS: en el periodo analizado se diagnosticaron un total de 38 EI, 7 de las cuales fueron causadas por *S. aureus* (18,4%). De estas, 4 ocurrieron en varones (57,1%) y 3 en mujeres (42,9%). La edad media fue 75,86 años con una DE 12,1 años. El índice de Charlson medio fue de 6,14. La clínica de debut más frecuente fue fiebre en el 42,9%, insuf. cardiaca congestiva en el 28,6% y manifestaciones por embolismos en el 28,6%. El modo de adquisición fue comunitario en el 57,1%, el 28,6% fueron asociadas a cuidados sanitarios y 1 caso (14,3%) fue nosocomial. Como causas probablemente asociadas al desarrollo de la endocarditis nosocomial y asociada a cuidados sanitarios se encuentran dos cateterismos. La localización fue mitral en 6 casos (85,7%) y en un caso (14,3%) fue una EI aórtica asociando infección de marcapasos. De todos los pacientes, el 57,1% presentaba algún tipo de lesión mitral predisponente (estenosis, insuf. o prótesis) mientras que el 28,6% no presentaba ningún tipo de valvulopatía. Más de la mitad (57,1%) presentaron algún tipo de complicación ecocardiográfica. Precisaron tratamiento quirúrgico 2 pacientes (28,5%), evolucionando uno de ellos de

forma favorable y siendo éxito el otro en el postoperatorio inmediato. Presentaban una media de 5,14 factores predictores de mal pronóstico. En cuanto a la mortalidad del total de los 7 casos, 2 pacientes fueron éxito lo que supone un 28.5%.

DISCUSIÓN: la EI por *S. aureus* presenta una mayor gravedad respecto a la causada por otros microorganismos. Debemos sospecharla en pacientes con bacteriemia por *S. aureus* especialmente si la adquisición es nosocomial y/o asociada a cuidados sanitarios tras procedimientos endovasculares.

CONCLUSIONES: el *S. aureus* constituye una causa frecuente de EI siendo más frecuente en válvula mitral. En nuestro estudio, el riesgo fue mayor en pacientes añosos con una alta comorbilidad y factores de mal pronóstico. La EI por *S. aureus* conlleva una importante tasa de mortalidad por lo que es imprescindible la sospecha y tratamiento precoz.

31 COMUNICACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON INFECCIÓN POR VIH.

Manso Murcia, C.¹; Carrillo Cobarro, M.¹; Albendín Iglesias, H.²; Galera Peñaranda, C.E.²; Encarnación Navarro, J.A.³.

[1] Medicina Intensiva, [2] Medicina Interna, [3] Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El acceso a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha prolongado la supervivencia y mejorado la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH. La tasa de infecciones oportunistas ha disminuido considerablemente y las enfermedades no relacionadas con el VIH representan una proporción cada vez mayor de muertes. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de pacientes que ingresaron en UCI del Hospital de Tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los adultos infectados por VIH que fueron admitidos en el servicio de UCI entre enero del 2013 y marzo del 2018.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, 25 pacientes infectados por VIH precisaron ingreso en UCI. 22 pacientes fueron hombres. La edad media fue 49 años. La vía de adquisición fue: 6 adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) y 13 vía sexual (8 homosexuales, 5 heterosexuales), en el resto no se pudo determinar por proceder de otro centro. El 36% de los pacientes eran fumadores, el 20% tenían hábito enológico el 28 % eran ADVP. 4 pacientes eran hipertensos, 5 diabéticos y 4 dislipémicos. 11 pacientes estaban coinfecados por VHC. 23 pacientes conocían que tenían infección por VIH a su ingreso en UCI, estando 20 en tratamiento y 5 no recibían terapia, 2 de los cuales por desconocimiento de su enfermedad. La viremia era indetectable en 12 de los 20 pacientes que mantenían su tratamiento antirretroviral en el momento del ingreso en la Unidad de Cuidados. Respecto a la situación inmunológica sólo 6 tenían CD4 menores de 200 cel/mm³. Los motivos de ingreso fueron: 11 relacionados con patología infecciosa (una toxoplasmosis cerebral, una meningitis fulminante de etiología no aclarada, una endocarditis infecciosa, una infección por *Pneumocystis* y siete bacteriemias) y 14 no infecciosos (1 trasplante hepático, 3 cirugías cardíacas, 1 hemorragia digestiva alta, 1 hemorragia subaracnoidea, 2 politraumatizados, 1 IAM, 2 intentos de autolisis, 1 cirugía pulmonar, 2 EAP). El APACHE medio fue 22. La estancia en

UCI osciló desde menos de 24 horas a 57 días, siendo la mediana de 2 días. Ocho pacientes fallecieron en UCI (32%), 6 de ellos por etiología infecciosa (5 por sepsis y uno por meningitis fulminante). Un 37,5% del total de los pacientes fallecidos no seguían el tratamiento. Solo dos de los 12 (16.6%) con CV indetectable murieron (por sepsis y por hemorragia digestiva), mientras que de los 13 con viremia aun detectable 6 acabaron falleciendo (46%). Finalmente, un 55% de los pacientes que ingresaron por patología infecciosa acabaron muriendo, mientras que solo un 14% de aquellos que no presentaban patología infecciosa fallecieron.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La terapia TARGA ha supuesto un cambio en el pronóstico de la infección por VIH con una disminución importante de la incidencia de las enfermedades definitorias de SIDA. En nuestro trabajo se puede observar que la patología infecciosa, y en concreto las enfermedades oportunistas, ya no son el principal motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos de los pacientes con infección por VIH. Sin embargo entre los pacientes fallecidos destaca que el 75% murieron por patología infecciosa aunque ninguna relacionada con una enfermedad oportunista. La adherencia al tratamiento y el diagnóstico precoz del VIH continúan siendo dos retos en esta patología. Los pacientes que no tenían control de la infección por VIH, bien por mala adherencia o por ser pacientes naïve, tuvieron una mortalidad más alta por etiología infecciosa que el resto, aunque no se ha podido establecer una relación de causalidad dado lo pequeña de la muestra.

32 COMUNICACIÓN

ICTUS: COMPARATIVA SEGÚN EL TIPO DE EVENTO EN EL ÁREA IX.

Velasco Romero, R.M.¹; García Noguera, D.¹; Nieto Tolosa, J.²; San Román Monserrat, I.¹; Belchí Segura, E.³

[1] Servicio de Medicina Interna. [2] Sección de Cardiología. [3] Sección de Digestivo. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El ictus constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbilidad en la población adulta en los países desarrollados, siendo los factores de riesgo cardiovasculares (en especial la hipertensión arterial (HTA)) una de sus principales etiologías. El objetivo de este trabajo es comparar, en nuestra población, según el tipo de evento (accidente isquémico transitorio (AIT), ictus isquémico o hemorrágico), la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares modificables, la distribución por edad y sexo, los antecedentes de enfermedad cardiovascular y la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con datos recogidos a partir de la historia clínica de los pacientes atendidos desde el 2016 en nuestro centro con el diagnóstico de ictus, analizando los resultados según el tipo de evento.

RESULTADOS: Se analiza una serie de 132 casos:

— AIT(25%): Mujeres el 54.5%. Menores de 65 años el 12.1% y mayores de 75 años el 63.6%. TieneHTA el 78.8%, diabetes (DM) el 54.5% y dislipemia (DLP) el 54.5%. Fuma el 15.2% y son exfumadores el 9%. En el 33.3% de los casos hay cardiopatía previa, ictus previo en el 42.4%, enfermedad vascular periférica (EVP) en el 3% e insuficiencia renal crónica (IRC) en el 9%. No hay éxito durante el ingreso.

- Ictus isquémico (54.5%): Mujeres el 38.9%. Menores de 65 años el 12.5% y mayores de 75 años el 63.9%. Tiene HTA el 72.2%, DM el 43.1% y DLP el 47.2%. Fuma el 11.1% y son exfumadores el 13.9%. El 47.2% tiene antecedentes de cardiopatía, el 25% de ictus previo, el 11% de EVP y el 13.9% de IRC. Un 15.3% de los pacientes fallecieron durante el ingreso.
- Ictus hemorrágico (20.5%): Mujeres el 51.9%. Menores de 65 años el 22.2% y mayores de 75 años el 51.9%. Tiene HTA el 59.3%, DM el 48.1% y DLP el 17.63%. Fuma el 14.8% y son exfumadores el 25.9%. Presentan cardiopatía previa el 44.4%, ictus previo el 33.3%, EVP el 3.7% e IRC el 25.9%. Fallecieron durante el ingreso el 33%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Al comparar los grupos según el tipo de evento, podemos destacar que el ictus isquémico es más frecuente en varones, mientras en el AIT y en el hemorrágico la afectación es similar en ambos sexos. Los pacientes de ictus hemorrágico suelen ser más jóvenes que en los otros dos tipos. Tanto en AIT como en ictus isquémico, hay un mayor porcentaje de hipertensos. Hay un mayor porcentaje de antecedente de IRC en el ictus hemorrágico. Como era de esperar la mortalidad del AIT es la menor (nula en nuestra serie), mientras que el más letal es el ictus hemorrágico.

33 COMUNICACIÓN

UNA VISIÓN AL ICTUS EN EL ÁREA IX.

Velasco Romero, R.M.¹; Nieto Tolosa, J.²; García Noguera, D.¹; Díaz Chantar, C.³; Melgarejo González, A.B.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. [2] Sección de Cardiología. [3] Sección de Neumología.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza). Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Esta entidad engloba la patología vascular coronaria, las enfermedades cerebrovasculares y la patología vascular periférica. La enfermedad cerebrovascular o ictus constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbilidad en la población adulta en los países desarrollados, siendo la segunda causa de muerte en la población mundial.

El objetivo de este trabajo describir en nuestra población la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares modificables, la distribución por edad y sexo, los antecedentes de enfermedad cardiovascular y la mortalidad del evento, diferenciándolos en accidente isquémico transitorio (AIT), ictus isquémico o hemorrágico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de datos clínicos recogidos a partir de la historia clínica de los pacientes atendidos en nuestro centro desde el año 2016 cuyo diagnóstico fue ictus.

RESULTADOS: Se analiza una serie de casos compuesta por 132 pacientes (54.5% hombres) de los cuales el 14.4% eran menores de 65 años y el 61.4% mayores de 75 años. Hubo un 15.2% de exitus durante el ingreso a consecuencia del evento cerebrovascular. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 71.2% presentaba hipertensión arterial, el 46.9% diabetes mellitus y el 52.3% dislipemia. En relación a los hábitos tóxicos, el 12.9% de los pacientes eran fumadores activos, el 15.2% exfumadores y el 71.9% no había fumado nunca. Analizando los antecedentes personales, el 43.2%

presentaba cardiopatía previa, el 31% había tenido un evento cerebrovascular previo, el 7.6% tenía recogido antecedentes de enfermedad vascular periférica y el 15% tenía insuficiencia renal crónica. En relación al tipo de eventos, un 25% fueron AIT, un 54.5% ictus isquémico y un 20.5% hemorrágico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Nuestra serie confirma que los pacientes que han sufrido un ictus presentan como FRCV más prevalente la hipertensión arterial, al igual que sucede en otra serie de casos. La mortalidad del ictus en otros estudios es mayor al 25%, siendo en nuestra serie significativamente menor (15.2%), sin variaciones con respecto al tipo de evento (isquémicos (incluidos AIT) entre un 80-85% y hemorrágicos entre un 15-20% según las series).

34 COMUNICACIÓN

MODIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE HDL COLESTEROL TRAS UN PROTOCOLO CORTO DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

Moreno Hernández, M.¹; González Ortega, M.²; Sevilla Hernández, E.A.³; Olagüe Baño, C.¹; Pérez Paredes, M.²

[1] Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. [2] Cardiología. Hospital Morales Meseguer. [3] Rehabilitación. Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Aunque el objetivo primordial en el marco de la prevención de pacientes de alto riesgo cardiovascular es el nivel de lipoproteínas de baja densidad (LDL), cada vez existe más evidencia de que la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL) está asociada con el pronóstico de dichos pacientes en relación a la multitud de efectos pleitrópicos que presentan. Sin embargo, la elevación de sus niveles es un reto para el clínico. El ejercicio a largo plazo y de forma continuada ha mostrado efectos favorables. Planteamos como el objetivo del estudio valorar la evolución de los niveles de HDL en pacientes de alto riesgo cardiovascular tratados con altas dosis de estatinas, que realizan un programa corto (8 semanas) de rehabilitación cardiaca (PRC).

MATERIAL Y MÉTODO: Se calculó el nivel de HDL tras el evento coronario índice en 91 pacientes consecutivos, previo al PRC y tras el mismo. Todos los pacientes estaban tratados con altas dosis de estatinas (63,7% con atorvastatina, 24,2% con rosuvastatina y 23,1% con ezetrol). El PRC incluye 75 minutos de ejercicio (45 dinámicos, 20 resistencia leve y 10 estiramiento) en el ámbito hospitalario dos veces a la semana y de tres a cinco horas a la semana en el ámbito domiciliario. Junto a esto se establecen objetivos en tabaquismo, alimentación y peso. El grupo de pacientes fue contrastado con un grupo control de 75 pacientes similares previo a la implantación de PRC en nuestro hospital.

RESULTADOS: La población a estudio fue de 78 hombres y 13 mujeres de edad media $59,0 \pm 13,6$. El número de vasos coronarios enfermos fue uno en el 46,2%, dos en el 31,9% y tres en el 12,1%. El 45% eran fumadores, 27,5% diabéticos, 57,1% HTA y 62,6% DLP. Los niveles de HDL previos al PRC fueron de $37,6 \pm 11,3$ y tras el mismo fueron $47,2 \pm 13,1$, $p < 0,001$. El 80% de los pacientes aumentaron su nivel de HDL (71 pacientes). Esto supuso una mejora del 25%. Según las guías vigentes (nivel óptimo de HDL en mujeres $> 48 \text{ mg/dl}$ y $> 40 \text{ mg/dl}$ en hombre), el 67,3% (58,9% hombres y 8,4% de mujeres) de los pacientes estaban por debajo de objetivos antes

del PRC y el solo 36,5% (32,7% de hombres y 3,8% de mujeres) estaban tras dicho programa. Al contrario, en el grupo control los valores de HDL desde un periodo equivalente no mostró diferencias significativas 43.05 +-8 mg/dl a 45.05 +-9 mg/dl ($p=0.15$).

DISCUSIÓN: Se ha demostrado la asociación de los PRC con la mejora del perfil lipídico en pacientes con patología cardiovascular no sólo en una disminución significativa de los niveles de LDL, si no en un aumento de los niveles de HDL. A pesar de que dichos programas tienen una recomendación grado I en este perfil de pacientes, en el mundo sólo están en un 38,8% de los países. En comparación al PRC corto (8 semanas) planteado en nuestro estudio, la mayor duración de los PRC estándar (12 semanas) con hasta 120 minutos de ejercicio en el ámbito hospitalario tres veces a la semana, supone una dificultad añadida para su implantación y desarrollo, con una baja cobertura de los pacientes con indicación. Las Guías de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la SEC afirman que se desconoce la duración óptima de estos programas y echa en falta estudios que lo evalúen

CONCLUSIONES: 1) Un programa de rehabilitación cardiaca de tan solo 8 semanas de ejercicio físico induce mejoría en los niveles de HDL en el 80% de los pacientes, alcanzando un 25% de mejora (8% atribuible al efecto de la estatina), superior a cualquier estrategia de tratamiento farmacológico. 2) Estos datos apoyan el fomento de unidades de rehabilitación cardiaca y de incorporación de los pacientes a dichas unidades.

35 COMUNICACIÓN

MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS UN PROGRAMA CORTO DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

Moreno Hernández, M.¹; González Ortega, M.²; Garrote Moreno, L.C.³; Alemán Belando, S.¹; López Cubero, T.².

[1] Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. [2] Cardiología. Hospital Morales Meseguer. [3] Rehabilitación. Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La rehabilitación cardiaca (RHC) es una indicación tipo I según las diferentes guías de prevención cardiovascular dado el gran beneficio clínico atribuido a la práctica de ejercicio físico. Por motivos asistenciales adoptamos en nuestro centro un protocolo de rehabilitación cardiaca (PRC) corto, con la práctica de 75 minutos de ejercicio físico (dinámico y estático) dos días a la semana durante 8 semanas, que es de menor duración al usado en la práctica habitual. Para la evaluación de estos pacientes es primordial realizar una ergometría mediante el protocolo de Bruce (protocolo estándar para la clínica, etapas de 3 minutos con velocidad y pendiente progresivas, cinta sin fin, limitado por síntomas o datos de riesgo) antes y después del periodo de rehabilitación cardiaca. El objetivo del estudio es valorar si existe mejoría y el grado de la misma en diversos parámetros relacionados con el ejercicio en un grupo de pacientes que realizan un PRC corto. Se analizó posibles diferencias en relación al sexo y la edad.

MATERIAL Y MÉTODO: Los pacientes candidatos a RHC realizaron un ergometría entre 4-6 semanas tras el evento índice que motivó su ingreso en el protocolo y justo después de terminar el PRC. Todos realizaron el mismo protocolo (Bruce) con medida del tiempo de ejercicio (minutos), equivalente metabólico (METS) y doble producto (FCXTA).

RESULTADOS: 100 pacientes, 85 % hombres, de edad media 58,5±13,4 fueron incorporados de forma consecutiva en el PRC. 87 % tras SCA y 13 % tras revascularización en cardiopatía isquémica estable. En la siguiente Tabla se observa el tiempo realizado, los METS y el doble producto previos y tras la realización del PRC.

Tabla.

		Pre-PRC	Pos-PRC	p
Población total	METS	8,9±2,8	10,8±2,6	<0,001
	Duración	7,7±2,8	9,1±2,6	<0,001
	Doble producto	19408,3±4957,6	19920,3±4856,3	0,291
Mujeres	METS	7,7±1,9	9,6±1,9	<0,001
	Duración	6,3±2,2	8,1±1,9	<0,001
	Doble producto	18021,9±4890,4	20186,7±5471,6	0,084
≥65 años	METS	7,6±2,1	9,6±1,8	<0,001
	Duración	7,1±2,9	8,34±2,3	0,002
	Doble producto	18705,7±4708,1	19672,6±5446,6	0,322

DISCUSIÓN: El ejercicio físico es un componente imprescindible dentro de los PRC debido a los beneficios fisiológicos en la salud cardiovascular y a la asociación inversa entre la capacidad funcional y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, se ha documentado una subutilización general de los mismos, la cual se incrementa aún más en dos grupos de pacientes: las mujeres y los pacientes ancianos. Los PRC suelen tener una menor participación y adherencia tanto de las mujeres, debido a factores específicos relacionados con las diferencias de género, como de los pacientes ancianos (>65 años), excluidos clásicamente de los PRC en parte por una percepción de riesgo o de menor beneficio respecto a la población general. La evidencia actual sugiere cada vez más que los beneficios y los resultados de la RHC se evidencian en estos dos subgrupos de pacientes al igual que en el resto de la población.

CONCLUSIONES: 1) Un protocolo de rehabilitación cardiaca de tan solo 8 semanas induce un aumento significativo del tiempo de ejercicio y los METS sin necesidad de aumentar la FC ni TA (doble producto). 2) Las mujeres y los pacientes > 65 años, una población generalmente excluida de los programas de rehabilitación cardiaca, mejoran el tiempo de ejercicio y los METS de forma similar a los hombres y pacientes más jóvenes.

36 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DE LOS NIVELES DE TESTOSTERONA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.

Moreno Hernández, M.¹; González Ortega, M.²; Sánchez Martínez, J.F.¹; Pérez Cutillas, M.M.¹; Pagán Escribano, J.¹.

[1] Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. [2] Cardiología. Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El déficit de testosterona en la edad adulta se relaciona en los últimos años con diversos componentes del síndrome metabólico, así como con alteraciones del perfil lipídico, que a su vez se derivan en un aumento de hasta 5 veces del riesgo de enfermedad cardiovascular. Así mismo, se ha demostrado que el tratamiento sustitutivo con testosterona en aquellos pacientes que tie-

nen niveles bajos de esta hormona comporta una mejora de su perfil cardiometabólico, conllevando de manera asociada una reducción de su riesgo cardiovascular, aspecto de especial interés en pacientes que poseen de base un riesgo elevado. El objetivo de nuestro estudio es analizar la prevalencia del déficit de testosterona en pacientes con cardiopatía isquémica de alto riesgo cardiovascular que fueron seleccionados para la realización de un programa de rehabilitación cardiaca (PRC), y analizar si existe asociación con el perfil lipídico basal alterado y con los componentes del síndrome metabólico en los mismos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una determinación basal de los niveles de testosterona y de las concentraciones de colesterol total, LDL, HDL y TG de pacientes de alto riesgo cardiovascular de forma previa a comenzar un PRC. El estudio estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS: Se calculó el valor de testosterona en 66 pacientes, con edad media de $59,9 \pm 15,2$. El 41,6 % eran fumadores, 30,3 % diabéticos, 57,6 % HTA y 65,2 % DLP. El punto de corte de nuestro laboratorio es de 3 ng/ml. Un 42% (28 pacientes) de nuestra población tuvo niveles por debajo de LN. Encontramos una correlación lineal inversa entre los niveles de testosterona basal y los niveles de TG ($r = -0,4$, $p < 0,01$) e IMC ($r = -0,3$, $p = 0,014$). Otros datos del perfil lipídico y la HbA1c no se correlacionaron de forma lineal con los niveles de testosterona. Los pacientes con hipogonadismo analítico tuvieron una tendencia no significativa a menor nivel de HDL (34,8 vs 39,2, $p = 0,078$) y a mayor nivel de TG (155,3 vs 126,6, $p = 0,087$).

DISCUSIÓN: En la población general la prevalencia de hipogonadismo es del 5-12,3% en varones entre 30-79 años, mientras que dicha prevalencia aumenta en pacientes con síndrome metabólico en el que hasta uno de cada 3 presenta hipogonadismo hipogonadotropo franco o en el límite. En diferentes estudios el hipogonadismo está asociado a niveles elevados de colesterol total, LDL y TG y niveles bajos de HDL, siendo este último efecto más evidente en pacientes con enfermedad cardiovascular. Por su parte, la prevalencia del síndrome metabólico entre pacientes con cardiopatía isquémica de alto riesgo cardiovascular es elevada. Por todo ello, resulta interesante plantear la medición rutinaria de los niveles de testosterona en estos pacientes con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

CONCLUSIONES: 1) Un 42% de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular estudiados en una consulta de prevención secundaria mostraron niveles de testosterona por debajo del valor normal de nuestro laboratorio. 2) Dada la implicación de la testosterona en el metabolismo, estos datos apoyan el estudio rutinario de sus niveles en este grupo de pacientes.

37 COMUNICACIÓN

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA SERIE DE CASOS EN ADULTOS.

Sánchez Martínez, J.F.¹; Sánchez Ayala, M.C.²; García Orenes, M.C.¹; Moreno Hernández, M.¹; Sánchez Lucas, J.¹

[1] Medicina Interna, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. [2] Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome hemofagocítico (SHF) es una patología potencialmente mortal que requiere una sospecha y diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento adecuado. Con este estudio comparamos los criterios clásicos propuestos en 2004 por la Histiocyte Society, los nuevos criterios propuestos en 2009 y el HScore del Hôpital Saint-Antoine, una escala de puntuación que estima la probabilidad de diagnóstico de SHF.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de una serie de 11 casos de SHF diagnosticados durante el periodo 2007-2018 en el Hospital General Universitario Morales Meseguer en base a los criterios diagnóstico clásicos de 2004. Se analizaron las variables necesarias para el cumplimiento de los criterios diagnósticos de 2004, de 2009 y el HScore.

RESULTADOS: Todos nuestros pacientes cumplen criterios diagnósticos de 2004 y 2009 utilizando como criterio ferritina > 500 ng/mL. Algunos autores prefieren utilizar el criterio de ferritina > 3.000 ng/mL para aumentar su especificidad, no diagnosticándose 5 de nuestros pacientes con los criterios de 2004 (sensibilidad 45%), mientras que sí cumplen criterios de 2009 (sensibilidad 100%). El HScore mostró una probabilidad de diagnóstico media del 93% (tabla 1).

Tabla 1

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Criterios 2004 (ferritina > 3.000)	Si	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si
Criterios 2009 (ferritina > 3.000)	Si										
HScore	97%	99%	97%	99%	96%	64%	97%	98%	82%	98%	98%

DISCUSIÓN: Nuestro estudio avala la validez de los nuevos criterios de 2009 para el diagnóstico, ya que muestran una sensibilidad del 100%, mientras que los criterios de 2004 presentan una menor capacidad para establecer el diagnóstico de SHF utilizando un nivel de ferritina más específico. La mayor dificultad del diagnóstico del SHF es la superposición de síntomas, signos o criterios analíticos atribuibles tanto a la etiología como a las propias manifestaciones del SHF, pudiendo esto suponer un retraso en el diagnóstico precoz. El HScore muestra una alta probabilidad media de presentar la enfermedad en nuestros pacientes, pudiendo ser una alternativa ante dudas diagnósticas, evitando la demora en el diagnóstico y el sobrecoste de pruebas adicionales.

CONCLUSIONES: El SHF es una entidad de baja incidencia que requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico. Recomendamos la utilización de los nuevos criterios de 2009 para el diagnóstico de SHF. El HScore puede ser una alternativa para apoyar el diagnóstico del SHF.

38 COMUNICACIÓN

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS EN ADULTOS.

Sánchez Martínez, J.F.¹; Sánchez Ayala, M.C.²; García Orenes, M.C.¹; Sánchez Lucas, J.¹; Pagán Escribano, J.¹

[1] Servicio Medicina Interna, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España. [2] Servicio Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome hemofagocítico (SHF) es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal que requiere el conocimiento de su existencia para un diagnóstico precoz. Evaluamos las características clínicas y analíticas de una serie de casos de SHF diagnosticados en el Hospital General Universitario Morales Meseguer.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva de una serie de 11 casos de SHF en adultos diagnosticados durante el periodo 2007-2018 en el Hospital General Universitario Morales Meseguer. El diagnóstico de SHF se realizó con al menos cinco criterios de los siguientes: 1. Fiebre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. 2. Esplenomegalia. 3. Dos citopenias [hemoglobina (Hb) $< 9\text{ g/dL}$ y/o plaquetas $< 100.000/\mu\text{L}$ y/o neutrófilos $< 1.000/\mu\text{L}$]. 4. Triglicéridos $> 265\text{ mg/dL}$ y/o fibrinógeno $< 150\text{ mg/dL}$. 5. Ferritina $> 500\text{ ng/mL}$. 6. Hemofagocitosis en médula ósea. 7. Actividad disminuida o ausente de células NK. 8. CD25 soluble elevado.

RESULTADOS: En el estudio en total se incluyeron 11 pacientes, cuya media de edad fue 49,45 años, de los cuales 7 fueron hombres (63%) y 4 mujeres (37%). Los antecedentes etiológicos más frecuentes fueron las neoplasias hematológicas (54%), seguidas de las enfermedades infecciosas (46%). Respecto a la presentación clínica, todos los pacientes presentaron fiebre y un 72% esplenomegalia. En cuanto a los datos analíticos el 100% tenían trombopenia [media de 29.000 plaquetas/ μL] e hiperferritinemia (valor medio de 5.856,91 ng/mL), el 90% tenía Hb $< 9\text{ g/dL}$ (Hb media 7,9 g/dL), el 72% tuvo neutropenia moderada (media de 910 neutrófilos/ μL), el 66% presentaba hipertrigliceridemia $> 265\text{ mg/dL}$ (valor medio de 346,2 mg/dL), y el valor medio de fibrinógeno fue de 373,7 mg/dL, solo teniendo hipofibrinogenemia un 20%. Un 72% de los pacientes presentaban hemofagocitosis en médula ósea, siendo necesario medir en uno de los casos los niveles de actividad de las células NK para el diagnóstico. En nuestra serie de casos fallecieron el 36% de los pacientes.

DISCUSIÓN: El SHF es una entidad principalmente pediátrica, pero cada vez es mayor su diagnóstico en adultos. La edad media de nuestros pacientes fue aproximadamente 50 años. El SHF puede ser primario o secundario, siendo en todos nuestros pacientes secundario. En nuestra serie destaca la ausencia de patología autoinmune en todos los casos. En esta serie, todos los pacientes presentaron fiebre, citopenia e hiperferritinemia, y más de la mitad esplenomegalia e hipertrigliceridemia. No se considera necesaria para el diagnóstico la presencia de hemofagocitosis en médula ósea u otros tejidos, pudiendo recurrir a estudios inmunológicos específicos como la actividad de las células NK o el nivel de factor soluble CD25. La mortalidad del SHF en la literatura suele estar en torno al 41%, similar a la de nuestro estudio (36%).

CONCLUSIONES: El SHF es una patología de elevada mortalidad cuyo diagnóstico está aumentando en los últimos años. La presencia de fiebre, citopenias e hiperferritinemia junto con un desencadenante compatible debe hacernos considerar esta entidad.

39 COMUNICACIÓN

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS POR NEUMOCOCO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA (PERÍODO 2015-2018).

Baraza Pérez, N.¹; García Pérez, A.²; Alcaraz Vidal, B.²; Viqueira González, M.³; Alcalde Encinas, M.²

[1] Centro de Salud San Antón-ZBS San Antón. [2] Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas. [3] Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad neumocócica invasiva es una entidad de elevada morbimortalidad. En los últimos años se observa una tendencia creciente asociadas a la elevada comorbilidad y envejecimiento poblacional, siendo vital la vacunación en población general y grupos de riesgo según guías de recomendación. El objetivo de nuestro estudio es describir y analizar las bacteriemias por *St pneumoniae* identificadas en nuestro hospital en los últimos tres años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias por *St pneumoniae* identificadas en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) durante el periodo Enero 2015-Febrero 2018. La recogida de datos se realizó sobre la base de datos de bacteriemias formato Excel, siendo analizadas variables epidemiológicas (edad, género), clínicas (comorbilidad-factores predisponentes y foco), mes de aparición y mortalidad. El análisis de los resultados se realizó con paquete Office 2010.

RESULTADOS: Durante el periodo analizado detectaron 80 episodios de bacteriemia por *S. pneumoniae*, con la siguiente distribución por años: 2015: 17 casos, 2016: 19 casos, 2017: 31 casos, 2018 (enero y febrero): 13 casos. Distribución según género: 46 hombres (57%) y 34 mujeres (43%). El 57% de los pacientes se incluían en grupos de riesgo por edad: mayores de 65 años (45%) y menores de 5 años (10%). Entre las comorbilidades, predominaron neumopatía y cardiopatía crónicas (30%), seguidos de diabetes mellitus (25%), destacando que el 25% de los pacientes (n=20) no presentaban factores de riesgo para infección neumocócica. Se identificaron como focos de bacteriemia: respiratorio (n=68) -de los cuales el 80% presentaban neumonía (n=55)-, meningitis (n=4), infección área ORL (n=2), infección de piel y partes blandas (n=2), bacteriemia primaria (n=2) - uno de ellos neutropenia febril-, y endocarditis (n=1). Destacamos un caso de endocarditis tricuspídea con sacroileitis y absceso glúteo, en paciente de 36 años con abuso de alcohol como único factor de riesgo. Los meses con más episodios fueron enero y febrero (n=16), seguidos de diciembre (n=11) y marzo (n=10). En cuanto a la mortalidad, fallecieron durante el ingreso 17 casos (21%), siendo la distribución por años: 2015: 4 exitus (23%), 2016: 6 exitus (31%), 2017: 9 exitus (29%), y enero/febrero 2018: 3 exitus (23%).

DISCUSIÓN: En el año 2017 se experimentó un aumento significativo de casos totales de bacteriemias por neumococo, tendencia al alza que se observa también en lo transcurrido de 2018. Postulamos una variación de los serotipos, con auge de aquellos no incluidos en la vacunación actual. Además se observa un adelanto estacional en la presentación de los casos en consonancia con la temporada de gripe.

CONCLUSIONES: 1. Existe una tendencia creciente en el número de casos de bacteriemia por *S pneumoniae*, sobre todo en temporada de gripe. 2. Hasta en una cuarta parte de nuestros casos no existe factor de riesgo, aunque la mayoría de los casos se presentan en población con patología predisponente. 3. La mayoría de casos presentan foco respiratorio/neumonía, destacando un caso mortal de endocarditis en paciente joven sin factores de riesgo aparentes. 4. Sería interesante disponer de serotipado y datos de vacunación en nuestro área.

40 COMUNICACIÓN**MORTALIDAD ASOCIADA A LOS INGRESOS EN FIN DE SEMANA Y FESTIVOS EN MEDICINA INTERNA.**

Olagüe Baño, C.¹; Martín Cascón, M.¹; Moreno Hernández, M.¹; Alemán Belando, S.¹; Pagán Escribano, J.¹

[1] Hospital Morales Meseguer, Murcia (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. En la literatura es conocida la existencia de un exceso de mortalidad en los pacientes que ingresan en el fin de semana o en los días festivos, conocido como "efecto weekend". Nuestro objetivo es averiguar si existen, en nuestro Servicio de Medicina Interna, diferencias en la mortalidad entre los pacientes que ingresan en fin de semana o festivo, en comparación con aquellos que ingresan en los días laborables.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron 235 fallecimientos registrados en el Servicio de Medicina Interna desde el 01/01/2017 hasta el 31/12/2017, que se compararon con 209 controles seleccionados mediante un muestreo sistemático de entre todas las altas del año 2017 en el citado servicio. Para cada paciente se obtuvo el día de ingreso (de lunes a domingo) y se identificó si se trataba de un festivo local o regional. En el endpoint primario se incluyó ingreso el viernes, sábado, domingo o festivo. Se realizaron análisis secundarios con variables combinadas para sábado y domingo, y otras combinaciones de días festivos. Se controló la variable principal con la valoración o no del internista durante el fin de semana. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS Statistics v24.

RESULTADOS. El 46% (205) de la población eran varones y el 54% (239) eran mujeres. La mediana de edad era de 83 años (76-88). El martes era el día de la semana con más ingresos a nuestro servicio (19%), seguido por el viernes (16%) y el miércoles (15%). El 75% de ingresos en viernes eran valorados por el internista de guardia al día siguiente. La insuficiencia cardíaca (18%) y la neumonía (17%) representaron los principales motivos de ingreso desde Urgencias. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que ingresaban cualquier día laborable y los que ingresaban en viernes, sábado, domingo, festivo o puente (52% versus 54%, p=0,809). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre los pacientes que ingresaban de lunes a viernes y los que ingresaban fines de semana (52% versus 55%, p=0,672). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad de los pacientes que ingresaban de lunes a jueves y los que ingresaban de viernes a domingo (52% versus 55%, p=0,528). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la mortalidad de cada uno de los días de la semana por separado.

DISCUSIÓN. En nuestro trabajo encontramos que las diferencias de mortalidad encontradas son pequeñas y estadísticamente no significativas. Consideramos que estos resultados suponen una garantía de calidad en la atención al paciente hospitalizado, y una de las razones que creemos que podría justificar la protección frente al "efecto weekend" en nuestro servicio es la valoración de los ingresos por el internista en la mañana del sábado, que en nuestro servicio alcanza el 75% de los pacientes. Como se ha demostrado en algunos estudios, el paro de la actividad ordinaria durante los fines de semana probablemente influya de manera negativa en la salud

de los pacientes. La valoración activa de los pacientes por un internista probablemente actúe de factor protector. La presencia de internistas en planta durante los fines de semana debería ser un objetivo prioritario de los sistemas de Salud.

CONCLUSIONES. No se han establecido diferencias de mortalidad entre los pacientes que ingresan en días laborales y aquellos que ingresan durante los fines de semana, festivos y puentes.

41 COMUNICACIÓN**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES PREDISPONENTES DE LOS PACIENTES CON AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN EL AÑO 2017.**

García Pérez, A.; Sanclemente Juarros, G.; Rojano Torres, R.; Bruno Pérez, T.; Cobos Trigueros, N.

Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar los aislamientos de *Pseudomonasaeruginosamultirresistente* (*Paer-MR*) en el año 2017 en el Hospital Santa Lucía de Cartagena.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con aislamiento de *Paer-MR* en nuestro hospital durante el año 2017. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, procedencia, días de estancia hospitalaria hasta el aislamiento, ingreso previo, servicios de origen, enfermedades de base, exposiciones a antibióticos y dispositivos y cirugías previas.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 31 pacientes con una edad media de 71 años (DE 15), 21 pacientes fueron hombres (70%). La mayor parte de los pacientes procedían de su domicilio (26, 84%), cuatro de una residencia (13%) y uno ingresó desde otro hospital.

La adquisición fue intrahospitalaria, asociada a cuidados sanitarios o comunitaria en un 68%, 20% y 13% respectivamente. En los casos de adquisición nosocomial, la estancia media hasta el aislamiento microbiológico fue de 18 días (DE 27). Del total de pacientes, 15 (48%) habían tenido un ingreso hospitalario en el último mes. Los servicios de origen más frecuentes fueron Medicina Interna (n=10, 32%), Cirugía General (n=5, 16%) y Urología (n=4, 13%). Las enfermedades de base más prevalentes fueron la broncopatía crónica (32%), neoplasia de órgano sólido (32%), enfermedades neurológicas (32%) y diabetes mellitus (20%). En cuanto a las manipulaciones, un 36% de los pacientes eran portadores de algún tipo de sondaje urinario, el 26% había recibido cirugía previa en el último mes y el 26% había sufrido algún otro procedimiento invasivo. El 26% recibía tratamiento con esteroides o inmunosupresores, aunque no hubo ningún caso de neutropenia, y el 7% había estado intubado. El 93% (29 pacientes) había recibido antibioterapia en el mes previo al aislamiento, el 45% un antipseudomónico y el 16% un carbapenem.

DISCUSIÓN: En nuestro medio *Pseudomonaaeruginosa* es el bacilo gramnegativo que con más frecuencia presenta resistencia a carbapenems. Además, suele asociar otros mecanismos de resistencia o tener resistencia a múltiples antibióticos. Dada la progresiva diseminación de este microorganismo, siendo en nuestro caso la adquisición comunitaria de un 13%

y la asociada a cuidados sanitarios de un 20%, es importante tener en cuenta el tipo de paciente susceptible para instaurar un tratamiento correcto precoz.

CONCLUSIONES: Hay que sospechar la presencia de Paer-MR en pacientes con comorbilidades, especialmente enfermedad pulmonar crónica y neoplasias. Además, que tengan antecedente de ingreso previo o prolongado, cirugía u otras manipulaciones y exposición a antibióticos, sobretodo antipseudomónicos y en concreto carbapenems.

42 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-MICROBIOLÓGICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN EL AÑO 2017.

García Pérez, A.¹; Sanclemente Juarros, G.¹; Baraza Pérez, N.²; Alcalde Encinas, M.¹; Cobos Trigueros, N.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena. [2] Centro de Salud San Antón, Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En nuestro hospital, la resistencia a carbapenems es prácticamente exclusiva de *Pseudomonasaeruginosa* multirresistente. El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes con aislamiento de *P. aeruginosa* multirresistente (Paer-MR) en el año 2017 en el Hospital Santa Lucía de Cartagena.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron de forma retrospectiva todos los casos de Paer-MR con resistencia a carbapenems durante el año 2017. Las variables analizadas fueron: infección o colonización, lugar de aislamiento y tipo de foco, estado de portador de bacilos Gram-negativos, patrón de resistencias y presencia de metalobetalactamasa (MBL).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 31 pacientes de los cuales 16 (52%) se consideraron colonizaciones y 15 (48%) infecciones. La colonización más frecuente fue la bacteriuria asintomática (9 casos, 56%), seguida de la respiratoria en pacientes EPOC o con bronquiectasias (5 casos, 31%). El resto de aislamientos fueron en exudado de herida y en líquido peritoneal. Se diagnosticaron 15 casos de infección (48%) siendo las más frecuentes la urinaria (7 casos, 47%) y la neumonía nosocomial/bronquitis aguda (4, 26%). Otros focos infecciosos fueron: intraabdominal, piel y partes blandas y herida quirúrgica. Durante el ingreso se realizó frotis rectal para detección de bacilos gramnegativos multirresistentes a 12 pacientes (40%), siendo positivo en el 50% de ellos (n=6). En cuanto a las cepas aisladas, el 84% eran productoras de MBL. La resistencia de las mismas a los diferentes antimicrobianos fue: 100% a carbapenémicos, 80% a quinolonas, 74% a piperacilina-tazobactam, 77% a cefalosporinas, 64% a amikacina y 39% a aztreonam. Sólo hubo 3 casos (10%) de cepas resistentes a colistina.

DISCUSIÓN: En nuestro medio los aislamientos de Paer-MR se correlacionan con infección sólo en la mitad de los casos, siendo la más frecuente la urinaria seguida de la infección respiratoria. En la otra mitad de los casos se trata de colonizaciones, sobre todo urinarias. El mecanismo de resistencia al carbapenem más prevalente es la producción de MBL, lo que condiciona una mayor sensibilidad al aztreonam respecto al resto de betalactámicos. Todo ello habría que tenerlo en cuenta a la hora de instaurar un tratamiento empírico correcto cuando se sospeche este microorganismo.

CONCLUSIONES: La mitad de los aislamientos de Paer-MR son colonizaciones, por lo que se debe evaluar correctamente al paciente para evitar tratamientos innecesarios. Dada la resistencia tan alta a amikacina y ciprofloxacino, así como la mayor sensibilidad a aztreonam de las cepas productoras de MBL, el tratamiento empírico debería hacerse con una combinación de aztreonam y colistina.

43 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE DURANTE EL AÑO 2017.

García Pérez, A.; Escribano Viñas, P.; Ruiz Belmonte, E.; Bruno Pérez, T.; Cobos Trigueros, N.

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar los casos de infección por *Pseudomonasaeruginosa* multirresistente (Paer-MR) en el año 2017 en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia).

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un análisis retrospectivo de los casos de infección por Paer-MR durante el año 2017. Las variables analizadas fueron: 1) Epidemiológicas: sexo, edad, procedencia, días de estancia hospitalaria y tipo de adquisición; 2) Clínicas: enfermedades de base, pronóstico, presentación, foco infeccioso y evolución; y 3) Tratamiento empírico y definitivo utilizados así como duración del mismo.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 15 pacientes con una edad media de 70 años, 8 pacientes fueron hombres (53%). La mayor parte (12, 80%) fueron nosocomiales, 2 casos (13%) asociados a Cuidados Sanitarios y, por último, hubo un caso de infección comunitaria que fue una infección de piel y partes blandas en una paciente extranjera. En el caso de adquisición intrahospitalaria, la estancia media hasta el aislamiento fue de 23 días. Hubo 10 pacientes (66%) con antecedente de ingreso en un hospital de agudos en el último mes. Entre las enfermedades de base, la más frecuente fue la neoplasia de órgano sólido (6,40%) seguida de enfermedad pulmonar crónica y enfermedad neurológica crónica (3 pacientes, 20%). En cuanto a las condiciones predisponentes, hubo 6 casos (40%) de catéter urinario, 5 casos (33%) de cirugía previa y 4 pacientes (26%) con antecedente de manipulación. Cuatro pacientes (26%) estaban en tratamiento corticoideo y 2 pacientes (13%) cumplían alguna condición de inmunosupresión, aunque no hubo ningún caso de neutropenia. Hubo un caso de antecedente de intubación y ventilación mecánica. El pronóstico era finalmente fatal en 8 pacientes (53%), no fatal en 5 pacientes (33%) y rápidamente fatal en dos casos (13%). La presentación con fiebre se dio en 9 pacientes (60%), con insuficiencia renal aguda en 5 casos (33%) y dos casos debutaron con shock (13%). Un paciente precisó ingreso en UCI y otro paciente falleció en relación con la infección. Los focos infecciosos más frecuentes fueron el urinario (7, 47%) y el respiratorio (4, 27%). El 86% de los pacientes (n=13) habían recibido antibióticos el mes previo al aislamiento: el 33% (n=5) un antipseudomónico y dos pacientes (13%) un carbapenem. Se instauró un tratamiento empírico correcto sólo en dos casos (13%). El tratamiento definitivo, correcto en todos los casos, se administró durante una media de 16 días. La pauta elegida fue monoterapia en 11 pacientes (73%), preferentemente con colistina (36%) seguida de ciprofloxacino y aztreonam. En

cuatro casos (26%) se optó por una pauta combinada de 3 fármacos incluyendo todas ellas colistina (endovenosa o NBZ).

DISCUSIÓN: La infección por Paer-MR es predominantemente de adquisición nosocomial y asociada a cuidados sanitarios, aunque ya se empiezan a detectar casos comunitarios. El perfil de paciente que sufre una infección por este microorganismo es un paciente con mal pronóstico por sus enfermedades de base, que presenta un ingreso prolongado con manipulaciones o cirugías y antecedente de toma de antibióticos (sobre todo antipseudomónicos). Los focos más frecuentes son el urinario y el respiratorio. Aunque el número de casos descrito es escaso, no es despreciable el porcentaje de pacientes que cursan con shock o fallecen en relación a los focos mencionados, probablemente debido a la tasa de tratamiento empírico incorrecto. El tratamiento definitivo se realizó en la mayoría de ellos en monoterapia con colistina, en contra de las recomendaciones actuales que sugieren que la combinación con betalactámico en perfusión puede disminuir la probabilidad de adquisición de nuevas resistencias.

CONCLUSIONES: En nuestra serie el tratamiento empírico correcto fue alarmantemente bajo, así como el tratamiento en monoterapia con colistina. Debemos aumentar la adhesión a las guías actuales que recomiendan el uso de tratamiento combinado de betalactámico con quinolonas / colistina / amikacina.

44 COMUNICACIÓN

EXPERIENCIA CLÍNICA CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA (AAD) DE SEGUNDA GENERACIÓN EN PACIENTES CON MONOINFECCIÓN VHC Y COINFECCIÓN VIH-VHC EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA (PERÍODO 2017-2018).

García Pérez, A.¹; Ruiz Belmonte, E.¹; Escribano Viñas, P¹; Rojano Torres, R.¹; Vera Méndez, F. J.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes monoinfectados VHC y coinfectados VIH-VHC que iniciaron terapia AAD (Enero 2017-Abril 2018), así como el grado de eficacia antiviral (respuesta viral sostenida-RVS-).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo en el que se recogen todos los pacientes que iniciaron tratamiento AAD en la Sección de Medicina Infecciosa en el período referido. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, grado de fibrosis, genotipo y carga viral VHC, así como presencia de coinfección VIH (carga viral, CD4 basal y TARI), esquema de tratamiento AAD y respuesta antiviral (respuesta en semana 4, respuesta fin de tratamiento -RFT- y respuesta viral sostenida-RVS-).

RESULTADOS: Se analizaron un total de 51 pacientes con una edad media de 49 años (DE 7,1). El 80% (41) fueron varones. Veintisiete pacientes (43%) tenían coinfección VHC-VIH, de los cuales, el 74% tenían una CV<50 copias con un valor de CD4 basal de 678/mm³ (DE 366). El tratamiento antirretroviral se muestra en la primera tabla. El genotipo VHC más frecuente fue 1a (18 pacientes, 35%) seguido del 3 (13 pacientes, 25%) y el 4 (10 pacientes, 20%), mientras que los menos frecuentes fueron el 1b (8 pacientes, 16%) y el genotipo 2 (2 pacientes,

4%). La carga viral media previa al inicio de tratamiento fue de 5.850.796 copias (\log_{10} 6,37). Se realizó fibroscan pre-tratamiento a 44 pacientes (86%): 17 (39%) presentaban un grado F2, 14 (32%) grado F0-F1, 5 (11%) grado F3 y 8 (18%) F4. El esquema AAD elegido fue el que se representa en la segunda tabla. La duración del mismo fue de 12 semanas en el 94% (n=48) de los casos y de 8 semanas en el 6% (n=3). Sólo se asoció Ribavirina en 2 casos (4%). No se ha registrado ningún efecto adverso ni abandono en el tratamiento.

Esquema TAR	N	%
2 AN-IG	16	59%
2 AN-IP	3	11%
IP-NN-IG-MAC +/- AN	3	11%
2 AN-NN	2	7%
NN-IG +/- AN	1	4%
otros	1	4%
IP-NN-IG +/- AN	1	4%

Régimen AAD	N	%
Grazoprevir-Elbasvir	16	31%
Sofosbuvir-Velpatasvir	15	29%
Sofosbuvir-Ledipasvir	8	16%
Sofosbuvir-Daclatasvir	5	10%
Paritaprevir-Ombitasvir	4	8%
Glecaprevir-Pibrentasvir	2	4%
Paritaprevir-Ombitasvir- Dasabuvir	1	2%

Actualmente, 47 pacientes han completado tratamiento. La carga viral en la cuarta semana se realizó en 45 pacientes (96%), siendo indetectable en 26 (58%), menor a 15 UI/mL en 11 (24%) y sólo en 8 (18%) pacientes fue mayor a 15 UI/mL. Se ha confirmado la RFT y la RVS en la semana 12 en 42 (89%) y 31 (66%) pacientes respectivamente. Se ha detectado solo en 1 caso (2%) fracaso de tratamiento por fallo virológico, en el cual, se realizó test de resistencias que no secuenciaron sustituciones asociadas a resistencias (RAS). En este caso se optó por una segunda pauta de retratamiento con Sofosbuvir/Velpatasvir durante 12 semanas.

DISCUSIÓN: La mayoría de pacientes tratados fueron varones con edad media cercana a 50 años, con un bajo grado de fibrosishepática y sin descompensación hepática (ChildPugh A5). De ellos, un porcentaje importante tenía coinfección VIH con buen control virológico con regímenes de TAR basados en dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de la integrasa (triple terapia).

CONCLUSIONES: En nuestro estudio se constata una alta eficacia antiviral preliminar con AAD de segunda generación con tasas de curación cercanas al 100%, objetivándose una excelente tolerabilidad y ausencia de abandonos terapéuticos.

45 COMUNICACIÓN

PALUDISMO IMPORTADO EN CARTAGENA: ANÁLISIS DEL PERÍODO 2010-2017.

Ruiz Belmonte, E.¹; Alcaraz Vidal, B.¹; Escribano Viñas, P¹; Rojano Torres, R.¹; García Pérez, A.¹.

[1] Medicina Interna. Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena).

INTRODUCCIÓN: El paludismo es una de las patologías importadas más frecuentes en nuestro medio, ocurriendo la

mayoría de los casos en inmigrantes recién llegados o inmigrantes residentes en España que vuelven a su país (*Visitors Friends and Relatives*, VFR) y no realizan quimioprofilaxis. Enfermedad potencialmente mortal, requiere una elevada sospecha clínica encaminada a un diagnóstico y tratamiento precoces.

OBJETIVO: Conocer las características clínicas y epidemiológicas, así como los métodos diagnósticos, tratamiento y evolución de los casos de paludismo importado diagnosticados en los últimos ocho años en nuestra ciudad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de paludismo importado diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía durante el periodo 1 de Enero de 2010-31 de Diciembre de 2017. Las variables analizadas fueron: epidemiológicas (edad, género, lugar y forma de adquisición); clínicas, analíticas, métodos diagnósticos y especie, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se diagnosticaron en nuestro hospital 22 casos de paludismo importado, de los cuales el 86.36% eran hombres (n=19) y el 13.63% mujeres (n=3) con una edad media de 36 años (DE 8.85). El lugar de adquisición fue África en casi todos los casos (95.45% n=21), por orden de frecuencia: Guinea Ecuatorial, Mali, Ghana, Nigeria, Costa de Marfil, Togo, Senegal y Burkina Faso. Únicamente un caso procedía del continente asiático (India). La mayoría fueron *VFRs* (*Visitors Friends and Relatives*), seguido de viajes de trabajo/cooperación y viajes de ocio. Destacamos cuatro casos asociados a brote tras estancia en Guinea Ecuatorial por motivos laborales, todos por *P falciparum* y con profilaxis incompleta/ausente. La quimioprofilaxis adecuada sólo fue en 3 casos (13.63%). La clínica se inició tras una media de 11.5 días (DE 7.42) del regreso del viaje, siendo principalmente fiebre (95.45%, n=21), cefalea (68.18%, n=15) y molestias digestivas (36.36%, n=8). Los hallazgos analíticos más frecuentemente observados fueron las citopenias: trombopenia 100% (n=22) mayoritariamente moderada-severa, anemia 68% (n=15) y leucopenia 59% (n=13). Un paciente presentó coagulopatía. Dos casos cumplieron criterios de gravedad (parasetemía elevada, hemoglobinuria, fallo renal) requiriendo ingreso en UCI, uno de ellos asociado al brote. El método diagnóstico más utilizado fue el test rápido de detección antigenica (Inmunocromatografía) en el 77.27% de casos (n=17), seguido del frotis y la PCR. La especie de *Plasmodium* predominante *Pfalciparum* (n=17, 77%), seguida de *P vivax* (n=3, 13.6%). Tratamiento utilizado: Atovacuona-Proguanil (n=15, 68%), Quinina más Doxiciclina (n=4, 18%). En uno de los casos de *P. Vivax* se trató con Mefloquina por déficit de G6PDH, y se utilizó Artesunato en dos casos que cumplían criterios de paludismo grave (1 *falciparum*, 1 *vivax*) y precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La evolución fue favorable en todos los casos, con alta a domicilio.

CONCLUSIONES: 1) La mayoría de nuestros pacientes eran varones jóvenes *VFR* que no habían realizado quimioprofilaxis. 2) La forma de presentación predominante fue fiebre, cefalea y trombopenia. 3) La especie más frecuente fue *P. falciparum*, y el tratamiento más utilizado Atovacuona-Proguanil. 4) Destacamos dos casos con criterios de gravedad e ingreso en UCI, uno de ellos asociado al brote de 2015 de trabajadores en Guinea Ecuatorial.

46 COMUNICACIÓN

DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE) EN PACIENTES PLURIPATOLOGICOS (PP).

Guirado Torrecillas, M. I.¹; Arcís Conesa, A.²; Béjar Valera, J.¹; Munuera Martínez, I.³; Hernández Díaz, V.³.

[1] Residentes de Medicina Interna y [1] UCI, [3] Nutricionistas becarias. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La desnutrición relacionada con la enfermedad aguda o crónica se manifiesta por disminución de la ingesta, pérdida de peso y alteración de parámetros nutricionales. Su corrección en poblaciones concretas de pacientes hospitalizados es efectiva y eficiente. Ha sido poco estudiado el beneficio de una intervención nutricional en pacientes pluripatológicos. El objetivo del trabajo es describir la DRE en los PP.

MATERIALES Y MÉTODOS: Durante 14 semanas detectamos entre todos los ingresos en medicina interna y especialidades médicas los PP, y les pasamos cuatro escalas de cribado nutricional: CONUT, MNA, NRS2002 y MUST. Al final del periodo de estudio, a 20 PP consecutivos con una alerta al menos moderada, que aceptaron suplementos nutricionales, se les completó una valoración geriátrica integral.

RESULTADOS: Ingresaron en MI 1579 pacientes de los que 384 (24%) eran PP por criterios SEMI; 67% hombres y 33% mujeres; IMC medio de 29. De ellos se diagnosticó desnutrición o riesgo de ella con las 4 herramientas en distintos porcentajes: CONUT ≥ 9 alerta grave 8%. CONUT ≥ 5 alerta moderada 53%. MNA ≤ 17 desnutrición 27%. MNA ≤ 23 riesgo moderado 76%. NRS2002 ≥ 3 riesgo nutricional 4,8%. MUST ≥ 2 alto riesgo desnutrición 2,4%. La correlación entre las tres últimas herramientas fue significativa ($p < 0.01$); CONUT no se correlacionó con el resto, pero si analizamos la correlación de CONUT ≥ 5 sí fue significativa aunque poco intensa con MUST (I.C. Pearson 0,34 $p < 0,05$) y de CONUT ≥ 9 con MNA (I.C. Pearson -0,18 $p < 0,05$). CONUT se eleva significativamente por encima de los 75 años, y MNA también aumenta con la edad. El IMC se correlaciona con MUST (-0,33 $p < 0,05$) y NRS2002 (0,30 $p < 0,05$). La media de las variables de la valoración geriátrica integral fueron las siguientes: 75% varones. Edad 82 años. IMC 31. CONUT 6,4. MNA 19. MUST 0,75. NRS2002 1,5. Barthel 51. Lawton 2,75. Gijón 12. Charlson 7,4. Pfeiffer 3,5. PROFUND 10,2. Hb 10,5 Creatinina 1,7. Categorías más frecuentes de PP: A1 Insuficiencia cardiaca 65%. C1 Enfermedad pulmonar 60%. B2 Insuficiencia renal 40%. E2 Enfermedad neuromotriz 35%. A2 Cardiopatía isquémica 30%. G1 Anemia 30%. H1 Enfermedad articular 25%. Mortalidad durante el ingreso 18%, que sube al 20% a los 3 meses. Reingresos 38%. Estancias 9,1 días. La calidad de vida relacionada con la salud medida con el SF12 muestra un componente suma física de 19 muy alejado de la media poblacional de 37 en mayores de 75 años de ambos性; destaca muy bajas puntuaciones en las dimensiones de dolor corporal 22, y rol emocional 25. Los síntomas limitantes digestivos más frecuentes son estreñimiento y anorexia, 33% ambos, disfagia 27% y mala dentición 20%.

DISCUSIÓN: Las herramientas de cribado nutricional muestran gran variabilidad diagnóstica. MUST y NRS2002 valoran alto la pérdida de peso y el IMC; nuestra población a diferencia de recientes estudios españoles, tiene un IMC elevado. MNA contiene además del peso, factores de dependencia, calidad de vida y alimentación, y ha sido la que más ha diagnosticado desnu-

trición en nuestra muestra. CONUT, variable automatizada que únicamente valora parámetros analíticos, en su tramo alto, tiene una buena correlación con el resto de herramientas. El bajo número de pacientes estudiados limita nuestras conclusiones.

CONCLUSIONES: Los pacientes pluripatológicos tienen más desnutrición proteica que calórica, con un 40% de obesidad sarcopénica, alta dependencia, baja calidad de vida y posiblemente mayor déficit proporcional de micronutrientes. La alta probabilidad de fallecimiento al año podría matizar la importancia pronóstica de la desnutrición. CONUT de comienzo, como herramienta automatizada y analítica, indicaría el soporte nutricional si es ≥ 9 , completándose el cribaje con MNA si es ≥ 5 y refinar así el diagnóstico de la desnutrición y su tratamiento.

47 COMUNICACIÓN

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL HOSPITAL SANTA LUCÍA DE CARTAGENA.

Sanclemente Juarros, G.¹; Bruno Pérez, T.¹; Viqueira González, M.²; Vera Mendez, F.¹; Cobos Trigueros, N.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna, [2] Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es la principal causa de diarrea de adquisición nosocomial y tiene un papel relevante en la diarrea comunitaria y la relacionada con los cuidados sanitarios. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los episodios de ICD en nuestro hospital y revisar el tratamiento recibido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron de forma retrospectiva todos los casos de ICD diagnosticados durante el año 2017. Se consideraron casos graves o complicados aquellos que cursaron con shock, leucocitos (>15.000 leucocitos/mm³), insuficiencia renal (aumento $>50\%$ de la creatinina basal), o tenían un diámetro de colon transverso >6 cm. Se consideró recidiva la reaparición de diarrea en los dos meses siguientes a un episodio previo de ICD. Se analizó el tratamiento recibido.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 66 episodios de ICD, de los cuales 54 correspondían a un primer episodio y 12 a recidivas (7 primeras recidivas, 4 segundas y una tercera). Veintiséis casos (39%) se consideraron graves o complicados. Cincuenta y dos casos (79%) fueron tratados con metronidazol, 12 (18%) con vancomicina y dos pacientes no recibieron tratamiento por resolución espontánea. La duración media de tratamiento fue de 11 días (DE 4 días). Por ausencia de mejoría con metronidazol, en 13 casos (25%) se modificó el tratamiento (en 11 se cambió y en 2 se pautó tratamiento combinado). Por tipo de episodio, 45 de los primeros episodios de ICD (83%) fueron tratados con metronidazol, así como cuatro de las primeras recidivas (43%), mientras que tres de las cuatro segundas recidivas (75%) fueron tratadas con vancomicina. Sólo cuatro pacientes con ICD grave fueron tratados con vancomicina (15%), no precisando más cambios de tratamiento (5/22, 23%) respecto los casos leves (7/32, 22%, p=0.86). Dos pacientes recibieron fidaxomicina y ninguno precisó enemas de vancomicina. Once de los pacientes que recibieron metronidazol (21%) y dos de los que recibieron vancomicina (17%) recidivaron (p=1). Los dos pacientes que no recibieron tratamiento no recidivaron. Cuatro pacientes fallecieron en relación a la infección; dos fueron tratados con metronidazol y dos con vancomicina.

DISCUSIÓN: En nuestro hospital el tratamiento se adecuó a las guías clínicas en relación al tipo de episodio (primer episodio/recidiva). No obstante destaca la baja prescripción de vancomicina en casos graves, probablemente debido a la poca sensación de gravedad de la leucocitosis y la insuficiencia renal, que son las variables asociadas a gravedad más frecuentes. El bajo número de pacientes estudiado probablemente no permita obtener diferencias en la evolución clínica en relación al tratamiento instaurado. A partir de ahora habrá que modificar el manejo de la ICD dado que las nuevas guías clínicas de la IDSA de 2018 recomiendan el tratamiento con vancomicina como primera opción en todos los pacientes.

CONCLUSIONES: La ICD es una infección frecuente en nuestro medio. La mayoría de pacientes recibieron tratamiento con metronidazol, presentando una correcta evolución aunque en una cuarta parte se debió modificar el tratamiento por ausencia de mejoría clínica. El uso de metronidazol no se asoció a una mayor incidencia de recidivas. Una baja proporción de pacientes con ICD grave recibió tratamiento con vancomicina, sin asociarse a una peor evolución.

48 COMUNICACIÓN

DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS DOTACIONES SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA EN EL AÑO 2015.

Hernández Felices, F.J.; Martínez Cánovas, E.C.; Hernández Murciano, M.C.; de la Rosa Valero, V.D.; Fernández Pardo, J.

Servicio Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

OBJETIVOS: realizar una descripción de los recursos sanitarios disponibles en la Región de Murcia (RM) y compararlos con los existentes en el resto de las comunidades autónomas (CCAA).

MATERIAL Y MÉTODOS: se ha llevado a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, a partir de los datos correspondientes a 2015 (último año disponible), obtenidos de la aplicación de consulta interactiva del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) accesible en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se ha realizado una descripción y comparación de los principales parámetros dotacionales del ámbito hospitalario.

RESULTADOS

	ESPAÑA	MURCIA	RESTO DE C.C.A.A
Número Hospitales	765	26 (3.4%)	739 (96.6%)
- Públicos	453 (59.2%)	11 (42.3%)	332 (44.9%)
- Privados	312 (40.8%)	15 (57.7%)	407 (55.1%)
Camas instaladas	153.881	5.027 (3.2%)	148.854 (96.8%)
- Agudos	107.558 (69.9%)	3.370 (67%)	104.188 (69.9%)
- Psiquiátricos	16.668 (10.8%)	312 (6.4%)	16.356 (15.7%)
- Media/larga estancia	14.142 (9.2%)	1.064 (21.1%)	13.078 (14.4%)

Camas por cada 1.000 habitantes	3.31	3.43	3.31
- Agudos	2.32	2.30	2.32
- Psiquiátricos	0.36	0.21	0.36
- Media/larga estancia	0.30	0.73	0.29
Puestos de Hospital de día médico	8.313	212 (2.5%)	8101 (97.5%)
-Por cada 1.000 habitantes	17.91	14.47	18.02
Quirófanos	4.421	147 (3.3%)	4274 (96.3%)
- Por cada 1.000 hab	0.10	0.10	0.10
Equipos TAC	771	24 (3.1%)	747 (96.9%)
- Por cada 1.000.000 hab	16.61	16.36	16.62
Equipos RMN	597	19 (3.1%)	578 (96.1%)
- Por cada 1.000.000 hab	12.86	12.97	12.86
Equipos PET-TC	70	2 (2.8%)	68 (97.2%)
- Por cada 1.000.000 hab	1.51	1.37	1.51

DISCUSIÓN: El SIAE recoge, entre otros, datos estadísticos de dotación, recursos humanos y actividad de la totalidad de centros hospitalarios tanto, públicos como privados a nivel nacional, siendo una fuente de datos e indicadores que permite el estudio y comparación de los mismos entre las diversas CCAA.

CONCLUSIONES:

- La proporción de hospitales privados/hospitales públicos en la RM es más elevada que en el resto de España.
- En la RM, la tasa de camas instaladas por 1.000 habitantes es similar a la del resto de España, aunque la tasa de camas de media y larga estancia por 1.000 habitantes es mayor.
- El sistema sanitario murciano presenta un menor número de puestos de hospital de día médico por habitante comparado con la media nacional.
- No se observa diferencia en la dotación tecnológica media por habitante estudiada (TC, RMN y PET-TC) entre la RM y el conjunto nacional.

49 COMUNICACIÓN

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE EL AÑO 2015.

Hernández Felices, F. J.; Martínez Cánovas, E. del C.; Hernández Murciano, M. C.; de la Rosa Valero, V. D.; Fernández Pardo, J.

Servicio Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

OBJETIVOS: realizar una descripción y comparar los principales índices de actividad en los servicios de medicina interna (SMI) de la Región de Murcia (RM) y en el conjunto de España.

MATERIAL Y MÉTODOS: se ha llevado a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, a partir de los datos correspondientes a 2015 (último año disponible), obtenidos de la aplicación de consulta interactiva del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) accesible en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se han medido los principales índices de actividad que incluyen volumen, tiempo, recursos y mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS:

	TOTAL ESPAÑA*	TOTAL. MURCIA† (% respecto al total de España)	TOTAL. RESTO DE C.C.A.A‡ (% respecto al total de España)
Camas en funcionamiento	138.368	4.746 (3.4%)	133.622 (96.6%)
Altas (%)	5.302.128	156.405 (2.9%)	5.145.723 (97.1%)
Por 1.000 hab	114.21	106.75	114.46
Estancias (%)	39.017.228	1.335.525 (3.4%)	37.681.703 (96.6%)
Por 1.000 hab	840.47	911.56	838.15
Estancia media (días)	7.36	8.56	7.32
Índice de ocupación (%)§	77.26	77.10	77.26
Índice de rotación¶	38.32	32.96	38.51
Tasa de mortalidad (%)¶	4.03	3.92	4.03

	MEDICINA INTERNA. ESPAÑA (% respecto al total de España)	MEDICINA INTERNA. MURCIA (% respecto al total de Murcia)	MEDICINA INTERNA. RESTO DE C.C.A.A (% respecto al total de MI en España)
Camas en funcionamiento	16.251 (11.7%)	792 (16.6%)	15.459 (95.1%)
Altas (%)	676.955 (12.7%)	35.928 (22.9%)	641.027 (94.7%)
Por 1.000 hab	14.58	24.52	14.26
Estancias (%)	5.600.744 (14.35%)	280.973 (21%)	5.319.771 (94.9%)
Por 1.000 hab	120.65	191.78	118.33
Estancia media (días)	8.27	7.82	8.30
Índice de ocupación (%)§	94.42	97.20	94.28
Índice de rotación¶	41.66	45.36	41.47
Tasa de mortalidad (%)¶	9.69	7.56	9.81

*Datos referidos a todas las especialidades en el conjunto del estado español. †Datos referidos a todas las especialidades en la región de Murcia. ‡Resto de comunidades autónomas sin incluir a Murcia. §Porcentaje de camas ocupadas sobre el total de camas en funcionamiento. ¶Número de pacientes que pasan por cada cama en funcionamiento. ¶ % de altas por éxitos.

DISCUSIÓN: El SIAE recoge, entre otros, datos estadísticos de dotación y actividad de la totalidad de centros hospitalarios tanto, públicos como privados a nivel nacional, siendo una fuente de datos e indicadores que permite el estudio y comparación de los mismos entre las diversas CCAA.

CONCLUSIONES:

- La proporción de camas asignadas a los SMI respecto al total es mayor en la RM que en el conjunto nacional (16,6% vs 11,7%).
- La región de Murcia realiza un mayor número de altas por cada 1.000 habitantes que la media del estado español y del resto de las comunidades autónomas.
- La estancia media de los SMI en la RM es inferior a la del resto de España.
- Los SMI de la RM presentan índices de ocupación y rotación superiores a los del resto de España.
- La tasa de mortalidad intrahospitalaria en los SMI es inferior en la RM.

50 COMUNICACIÓN

IMPLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CORRECTO SOBRE LAS RECURRENCIAS TROMBÓTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO.

Bernal José, L.¹; Lozano Herrero, J.¹; Hernández Vidal, M.J.¹; Pagán Escribano, J.¹; Herranz Marín, M.T.¹

[1] Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad sistémica autoinmune adquirida que se caracteriza por presentar eventos trombóticos y/o complicaciones obstétricas en presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL). La tasa de recurrencia de trombosis en pacientes con SAF oscila entre el 1-16% al año, incluso pese a tratamiento antitrombótico; y es mayor respecto a aquellos que no presentan aFL. Generalmente, el tratamiento antitrombótico indefinido se recomienda tras la primera trombosis, con anticoagulantes antivitamina K (AVK) y/o antiagregantes (AA).

OBJETIVO: Describir en nuestra serie de 84 pacientes con SAF primario (SAFp) el tipo de trombosis y aFL al debut, las recurrencias trombóticas en el seguimiento, el tratamiento antitrombótico previo a éstas y su relación con el retraso diagnóstico del SAF.

MATERIAL Y MÉTODO: Tras revisión de archivos hospitalarios se incluyeron pacientes con SAFp con al menos una trombosis (venosa o arterial) y dos o más determinaciones positivas de aFL entre 1995 y enero de 2014 (criterios de Sídney 2006). Se excluyeron los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica, ANA $\geq 1/160$ y < 18 años. En marzo de 2014, tras firma de consentimiento informado, 84 participantes con SAFp fueron evaluados mediante entrevista clínica, análisis sanguíneo y revisión retrospectiva de historia clínica electrónica con posterior seguimiento prospectivo durante 4 años (fin en marzo/2018). Se recogieron datos acerca de la recurrencia trombótica y el tipo de tratamiento antitrombótico que recibían previamente a dicha recurrencia. Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20.

RESULTADOS: La edad media fue de 53 (DE 13) años, 36 (42,9%) eran mujeres. Al debut la trombosis fue arterial en 24 (28,6%; 18 ictus, 6 IAM) y venosa en 60 (71,4%; 40 TVP, 20 TEP). El diagnóstico de laboratorio se basó en AL positivo en 80/84, aCL IgG en 9/31, aCL IgM 11/34, aB2GPI IgG 3/17 y aB2GPI IgM en 0/7. La mediana de seguimiento desde la primera trombosis fue de 10 años (RIC 8-13). Se objetivaron 38 pacientes con recurrencias, 29/38 (76,3%) con aFL persistentes. 22/38 (57,9%) no recibía ningún tratamiento antitrombótico. La recurrencia de tipo arterial se produjo en 15 (17,9%) pacientes (9 ictus, 4 IAM, 1 arteriopatía periférica), de los que 5 recibían AA, 4 AVK, 1 ambos fármacos y 5/15 (33%) ninguno. La recurrencia fue de tipo venoso en 26/84 (31,0%), de los que 6 recibían AVK, 1 AA y 19/26 (73,0%) no recibía ningún tratamiento. La mediana de retraso diagnóstico en los pacientes que no recibían tratamiento fue superior a los que recibían tratamiento (96 vs 35 meses; $p=0,01$).

DISCUSIÓN: Los pacientes con SAFp presentan una tasa de recurrencia trombótica elevada pese a tratamiento antitrombótico indefinido. El retraso diagnóstico del SAF puede conllevar retirada de tratamiento antitrombótico y un incremento en las recurrencias trombóticas con consecuencias potencialmente letales.

CONCLUSIONES: En pacientes con trombosis arteriales con menos de 55 años sin factores de riesgo cardiovascular asociados y en aquellos con trombosis de tipo venoso sin factor desencadenante o en localización atípica deben solicitarse los aFL, incluyendo AL, aCL IgG/IgM y aB2GPI IgG/IgM.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ruiz-Irastorza G, Cuadrado MJ, Ruiz-Arruza I, et al. Evidencebased recommendations for the prevention and long-term management of thrombosis in anti-phospholipid antibody-positive patients: report of a task force at the 13th International Congress on anti-phospholipid antibodies. *Lupus* 2011; 20: 206-218.
- 2- Legault KJ, Ugarte A, Crowther MA, Ruiz-Irastorza G. Prevention of Recurrent Thrombosis in Antiphospholipid Syndrome: Different from the General Population? *CurrRheumatolRep* 2016;18(5):26.
- 3- Pengo V, Ruffatti A, Legnani C, Gresele P, Barcellona D, Erba N, Testa S, Marongiu F, Bison E, Denas G, Banzato A, Padayattil Jose S, Iliceto S: Clinical course of high-risk patients diagnosed with antiphospholipid syndrome. *J ThrombHaemost*. 2010, 8:237-42.
- 4- Jackson WG, Oromendia C, Unlu O, Erkan D, DeSancho MT. Recurrent thrombosis in patients with antiphospholipid antibodies and arterial thrombosis on anti-thrombotic therapy. *BloodAdv* 2017;1(25):2320-2324.
- 5- Espinosa G, Bucciarelli S, Tàssies D, Bové A, Plaza J, Reverter JC, et al. Persistently positive antiphospholipid antibodies are related with the appearance of thrombosis during follow-up of patients with antiphospholipid syndrome. *ArthritisRheum*. 2007;56 Suppl:S554.
- 6- Medina G, Briones-García E, Cruz-Domínguez MP, Flórez-Durante OI, Jara LJ. Antiphospholipid antibodies disappearance in primary antiphospholipid syndrome: Thrombosis recurrence. *Autoimmun Rev* 2017; 16:352-354.

51 COMUNICACIÓN

DETERIORO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL ALCANZADA AL DETENER LA INTERVENCIÓN ACTIVA TRAS UN CICLO DE MEJORA DE LA TROMBOPROFILAXIS CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES MÉDICOS.

Martín Cascón, M.¹; Pagán Escribano, J.¹; Almarcha Menargues, M.¹; Hernández Vidal, M.J.¹; Trasancos Escura, C.¹

[1] Medicina Interna. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Reevaluar los indicadores de calidad de la tromboprofilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en nuestro centro tres años después de la última intervención realizada.

MATERIAL Y MÉTODO: Fase de reevaluación (monitorización) de un ciclo de evaluación y mejora de la calidad con última intervención realizada en 2015. Se analizaron 96 casos, en los que se estudiaron 4 indicadores de calidad basados en la guía clínica del Servicio Murciano de Salud (SMS) para la prevención primaria de la ETEV: Tromboprofilaxis con HBPM correcta (C1); dosis de HBPM correcta (C2); mantenimiento de la HBPM mientras esté indicado (C3); recomendaciones para prevención de ETEV en el informe alta (C4). Los datos se analizaron con el programa SPSS Statistics v.24.

RESULTADOS: La mejora absoluta respecto a la evaluación inicial fue de 3% ($p>0.05$), 19% ($p=0.013$), 14% ($p=0.019$) y 2% ($p>0.05$) para los criterios C1, C2, C3 y C4 respectivamente. La proporción de cumplimientos e intervalos de confianza de todas las evaluaciones, así como la diferencia entre la 2^a y 3^a evaluación se exponen en la tabla 1.

Tabla 1.

	1 ^a evaluación	2 ^a evaluación	3 ^a evaluación	Diferencia
Criterio				
C1	67 ± 9%	78 ± 8%	70 ± 9%	-8%
C2	57 ± 13%	80 ± 11%	76 ± 10%	-4%
C3	76 ± 11%	88 ± 9%	90 ± 7%	+2%
C4	26 ± 12%	51 ± 14%	28 ± 11%	-23%

DISCUSIÓN: En nuestro estudio hemos detectado una pérdida de la mejora de calidad conseguida para los indicadores C1 y C4 tras pasar 3 años desde la primera intervención (2^a evaluación). Sin embargo, la mejora alcanzada tras la intervención (2^a evaluación) para los indicadores C2 y C3 se ha mantenido en el tiempo. Los ciclos de evaluación y mejora de la calidad precisan la realización de monitorizaciones periódicas y actuaciones (reintervenciones) para mejorar la calidad y asegurar que no se deteriore una vez han sido alcanzados los niveles de calidad deseados.

CONCLUSIONES: Para asegurar el mantenimiento de la calidad en tromboprofilaxis con HBPM en un servicio de Medicina Interna se requiere la monitorización y aplicación de medidas de intervención de manera periódica.

52 COMUNICACIÓN

VALOR PRONÓSTICO DE LA HIPERURICEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN FUNCIÓN DEL SEXO.

Bethencourt, M. K. M.; Albaladejo Rubio, A. M.; Sánchez Romero, A.; Sánchez Guirao, A. J.; Gómez Verdú, J. M.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Castillo. Yecla (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Diversos trabajos han relacionado el aumento del estrés oxidativo con la disfunción miocárdica. El ácido úrico (AU) es un marcador indirecto reconocido de dicho estrés, y ciertos autores han encontrado asociación entre la hiperuricemia y el pronóstico adverso de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo es estudiar la relación entre la hiperuricemia y el pronóstico de los pacientes que ingresa por IC aguda, en función del sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados en nuestro servicio con diagnóstico de IC aguda durante los años 2015 y 2016. Se registraron los datos relativos a edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, índice de Charlson, fármacos que pueden elevar el AU, fracción de eyeción (FE), nivel sérico de AU en los primeros días de estancia (se consideró hiperuricemia una concentración > 8 mg/dl en varones y > 7 mg/dl en mujeres), función renal, mortalidad intrahospitalaria, mortalidad cardiovascular y total en el año siguiente al alta, número de reingresos por IC y por cualquier causa al año. Se excluyeron los pacientes en diálisis. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, las categóricas como frecuencia y porcentaje, la comparación de las características de ambos grupos (hiperuricemia frente a normouricemia) se realizó mediante Chi-cuadrado y la t de student. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyó a un total de 138 pacientes, 68 mujeres (49.3%) con una media de edad de 82.74 ± 10.34 años y una comorbilidad media moderada (2.82 ± 1.81 en índice de Charlson). Del total, 82 (52.4%) mostraron FE preservada ($> 50\%$); usaban diuréticos 96 pacientes (69.6%), IECA o ARA284 (60.9%) y ácido acetilsalicílico a bajas dosis 38 (27.5%). En 47 (34.1%) se documentó hiperuricemia al ingreso, sin diferencia en las características basales de los pacientes con o sin hiperuricemia. Durante el ingreso índice fallecieron 30 pacientes (21.7%) y durante el año de seguimiento, 70 (50.7%) pacientes de los cuales 40 (29%) del total fallecieron por causa cardiovascular. La mortalidad durante el ingreso índice no mostró diferencias entre los grupos de pacientes con y sin hiperuricemia (22.2% vs. 27.0%; $p = 0.67$); sin embargo, la mortalidad por causa cardiovascular, durante el primer año de seguimiento, resultó significativamente más alta entre las mujeres con IC aguda e hiperuricemia (18.2% vs. 42.9%; $p = 0.035$).

DISCUSIÓN: Nuestro análisis encuentra un mayor riesgo de muerte a largo plazo para los pacientes de género femenino ingresados por IC aguda con hiperuricemia. Sin embargo, queda por aclarar si la hiperuricemia ejerce un papel patogénico directo o se trata de un marcador subrogado de mal pronóstico.

CONCLUSIONES: La hiperuricemia podría asociarse a peor pronóstico cardiovascular en mujeres que ingresan por IC aguda.

53 COMUNICACIÓN

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN DEL VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Molina Cifuentes, M.¹; Albendín Iglesias, H.²; Castillo Navarro, A.¹; Menéndez Naranjo, L.³; Galera Peñaranda, C. E.².

Medicina Interna HUVA [1], Unidad de VIH-Medicina Interna HUVA [2], Servicio de Farmacia HUVA [3]

INTRODUCCIÓN: La profilaxis postexposición (PPE) consiste en la administración de tratamiento antirretroviral a personas sanas tras una exposición al VIH. La PPE se divide en ocupacional y no ocupacional en función del medio en el que se desarrolle. Es importante conocer el uso actual de la PPE en nuestro medio. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características los pacientes a los que se administró la PPE, toxicidad del tratamiento y evolución serológica posterior en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

MÉTODOLOGÍA: Se recogieron las prescripciones de profilaxis postexposición del Servicio de Farmacia de nuestro Hospital que se realizaron entre Enero del 2015 y Diciembre del 2017. Se recogieron las variables demográficas, clínicas, evolución serológica y toxicidad del tratamiento mediante la consulta de la historia clínica informatizada.

RESULTADOS: En el periodo del estudio 23 pacientes, 7 mujeres y 16 hombres, tuvieron indicación de PPE. 14 fueron no ocupacionales y 9 ocupacionales. Respecto a la PPE ocupacional hubo 4 mujeres y 5 hombres. La mayor parte de las exposiciones al VIH en medio laboral fueron percutáneas (7 pacientes), hubo un paciente con un mordisco con pérdida de integridad y una exposición a mucosas. Respecto a la PPE no ocupacional hubo 3 mujeres y 11 hombres. El tipo exposición fuera del ámbito laboral fue sexual en todos los casos: 6 heterosexuales (de las cuales 2 fueron agresiones sexuales), y 8 de hombres que tuvieron sexo con hombres (HSH). El tratamiento pautado fue tenofovir/ emcitrabina más raltegravir durante 28 días excepto en un caso que se pautó tratamiento con tenofovir/ emcitrabina más lopinavir/ ritonavir. Tres pacientes presentaron molestias gastrointestinales a pesar de lo que finalizaron el tratamiento. En 2 pacientes se suspendió el tratamiento tras comprobar serología negativa del paciente fuente en el primer caso y en el segundo caso tras averiguar que el paciente fuente tenía carga viral indetectable, ya que era una exposición a mucosas. La PPE ocupacional se administró en las primeras 24 horas en todas las PPE ocupacionales pero 6 pacientes en la PPE no ocupacional tardaron más de 24 horas en iniciarla. En dos casos de PPE no ocupacional era la segunda vez que la tomaban. Dos pacientes tuvieron una uretritis no gonocócica concomitante que requirió tratamiento. Respecto a los controles serológicos un paciente presentaba hepatitis C previa a la exposición. En ningún paciente tras la exposición se evidenció seroconversión en el seguimiento posterior.

DISCUSIÓN: La infección por VIH actualmente en nuestro medio es una epidemia fundamentalmente de transmisión sexual. En nuestro estudio esto se tradujo en que la indicación más frecuente de prescripción de la PPE no ocupacional fue la exposición sexual HSH. En la PPE es clave el inicio precoz de la misma para obtener la máxima eficacia. La PPE no ocupacional tuvo mayor retraso en el inicio del tratamiento antirretroviral que la PPE ocupacional. El trata-

miento se toleró de forma adecuada y en ningún caso en nuestra serie se produjo un contagio de la infección por VIH.

CONCLUSIÓN: La PPE es un tratamiento bien tolerado y efectivo. Sin embargo sería conveniente mejorar el acceso y conocimiento de la PPE no ocupacional dado el retraso en el inicio del tratamiento que hemos observado en nuestro estudio.

54 COMUNICACIÓN

FACTORES PREDICTORES DEL TIEMPO DE ESTANCIA MEDIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

Castillo Guardiola, B.¹; Castillo Navarro, A.¹; Carpena Carrasco, I.¹; Galián Ramírez, J. D.¹; Salazar Rosa, V.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Este estudio tiene como objetivo analizar el tiempo de estancia media hospitalaria de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los distintos servicios hospitalarios de un hospital de tercer nivel y su relación con determinados factores que podrían ayudarnos a predecir la duración de la estancia al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de TEP agudo durante el ingreso entre enero de 2015 y junio 2015 (ambos inclusive) en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se utilizó la historia clínica electrónica para extraer distintos datos como fechas de ingreso y alta, servicio donde ingresa, sexo, edad, constantes vitales al ingreso y etiología del TEP. Además, se calculó en cada uno de ellos el índice de Charlson y el Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar simplificado (PESIs).

RESULTADOS: En total se incluyeron 41 pacientes, 24 mujeres (58,54%) y 17 hombres (41,46%) con una edad media de 69,5 años y un índice de Charlson medio de 5,65. La estancia media global fue de 8,22 días. Según la etiología del TEP, se clasificaron 12 pacientes como TEP idiopático (29,27%) y 29 pacientes como TEP secundario (70,73%). Dentro de los de origen secundario, en 11 pacientes fue por inmovilización, en 10 por neoplasia, en 7 tras cirugía y en 1 por toma de anticonceptivos orales. La estancia media en los TEP idiopáticos fue de 6,33 días mientras que en los TEP secundarios fue de 9 días. Fue posible calcular el PESIs en 34 pacientes (en los 7 restantes no se recogieron las variables necesarias en la historia): 8 de ellos (23,53%) se catalogaron como de bajo riesgo (PESIs=0) y 26 (76,47%) como de alto riesgo (PESIs≥1). En el grupo de bajo riesgo la estancia media fue de 6,63 días mientras que en el grupo de alto riesgo alcanzó los 8,5 días.

DISCUSIÓN: El tiempo de estancia media del TEP ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años. Así lo demuestra la bibliografía disponible más reciente a nivel nacional (2014): mientras que en 2002 se situaba en 12,7 días, en 2011 alcanzó los 9,99 días. A pesar de que la incidencia de hospitalización del TEPva en aumento, el tiempo de estancia media cada vez es menor y la tendencia actual es a intentar reducirlo cada vez más en aquellos pacientes en los que sea posible. Para ello, sería necesario introducir escalas que nos permitan identificar aquellos pacientes que podrían beneficiarse de un alta precoz. Un ejemplo sería el PESIs, una escala ampliamente validada que con tan solo 6 variables nos permite seleccionar aquellos

pacientes con bajo riesgo de complicaciones y mortalidad que podrían ser subsidiarios de alta precoz y manejo ambulatorio.

CONCLUSIONES: Los resultados de este estudio concuerdan con la bibliografía consultada. Existen ciertas variables que se relacionan con el tiempo de estancia media del TEP y que por tanto podrían utilizarse como herramientas predictivas de riesgo. Una de ellas es la escala PESI simplificada cuyo uso es sencillo y debería extenderse para llevar a cabo un manejo terapéutico más adecuado del TEP.

55 COMUNICACIÓN

LA ESTANCIA MEDIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MEDICINA INTERNA.

Castillo Guardiola, B.¹; Castillo Navarro, A.¹; Mira Bleda, E.¹; Navarro Rodríguez, M.¹; Salazar Rosa, V.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Este estudio pretende analizar el tiempo de estancia media de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel y su relación con determinadas variables.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de TEP agudo durante el ingreso entre enero de 2015 y junio 2015 (ambos inclusive) en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se utilizó la historia clínica electrónica para extraer distintos datos como fechas de ingreso y alta, servicio donde ingresa, sexo, edad, constantes vitales al ingreso y etiología del TEP. Además, se calculó en cada uno de ellos el índice de Charlson y el Índice de Severidad del Embolismo Pulmonar simplificado (PESIs).

RESULTADOS: Se recogieron un total de 41 pacientes de los cuales 25 (60,98%) ingresaron a cargo del Servicio de Medicina Interna, 10 (24,39%) a cargo del Servicio de Oncología Médica y los 6 restantes a otros servicios. Dentro del Servicio de Medicina Interna, la mayoría de los pacientes (84%) ingresaron en la Unidad de Corta Estancia. El tiempo de estancia media global a nivel hospitalario fue de 8,22 días mientras que en la Unidad de Corta Estancia descendía hasta 4,1 días. La población de Medicina Interna estaba formada por 17 mujeres (68%) y 8 hombres (32%) con una edad media de 69,56 años y un índice de Charlson medio de 4,36. En 18 pacientes (72%) el índice de Charlson fue ≥ 3 lo que se traduce como comorbilidad alta, mientras en los 7 restantes (28%) fue ≤ 2 . La estancia media fue de 5 días en el grupo de alta morbilidad y de 4,29 días en el de baja morbilidad. Fue posible calcular el PESI simplificado en 22 pacientes (en los 3 restantes no se recogieron las variables necesarias en la historia): 6 de ellos (27,27%) se catalogaron como de bajo riesgo (PESIs=0) y 16 (72,73%) como de alto riesgo (PESIs ≥ 1). En el grupo de bajo riesgo la estancia media fue de 4,6 días mientras que en el grupo de alto riesgo alcanzó los 5,25 días.

DISCUSIÓN: El tiempo de estancia media del TEP ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años. Así lo demuestra la bibliografía disponible más reciente a nivel nacional (2014): mientras que en 2002 se situaba en 12,7 días, en 2011 alcanzó los 9,99 días. A pesar de que la incidencia de hospitalización del TEP va en aumento, el tiempo de estancia media cada vez es menor y la tendencia actual es a intentar redu-

cirlo cada vez más en aquellos pacientes en los que sea posible. Esto se pone de manifiesto en unidades especializadas en enfermedad tromboembólica como es el caso de la Unidad de Corta Estancia de nuestro hospital donde el tiempo de estancia media se sitúa en 4,1 días, muy por debajo de la media a nivel hospitalario y nacional. Esto es posible gracias a determinadas variables y herramientas que nos permiten clasificar a los pacientes según el riesgo que presentan de desarrollar complicaciones. Dos ejemplos serían el índice de Charlson y el PESIs, este último más ampliamente validado en el manejo terapéutico del TEP.

CONCLUSIONES: Tanto nuestro estudio como la bibliografía consultada corroboran la importancia del uso de herramientas pronósticas al ingreso en el manejo terapéutico del TEP. Estas herramientas son sencillas, nos facilitan la toma de decisiones y nos permiten adecuar el tiempo de estancia media según las características del paciente optimizando así el uso de los recursos de los que disponemos.

56 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DE LAS RECIDIVAS DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL HOSPITAL SANTA LUCÍA DE CARTAGENA.

Sanclemente Juarros, G.¹; Bruno Pérez, T.¹; Viqueira González, M.²; Escribano Viñas, P.¹; Cobos Trigueros, N.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna, [2] Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es una causa frecuente de diarrea en nuestro medio. El 10-30% de los pacientes recurren, aumentando con cada recidiva el riesgo de una nueva. Nuestro objetivo fue analizar la recurrencia de la ICD en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron de forma retrospectiva todos los casos de ICD diagnosticados durante el año 2017. Se consideró recidiva la reaparición de diarrea junto con una toxina positiva o respuesta clínica al tratamiento en los dos meses siguientes a un episodio previo de ICD. Se consideraron casos graves o complicados aquellos que cursaron con shock, presentaban leucocitosis (>15.000 leucocitos/ mm^3), insuficiencia renal (aumento $>50\%$ de la creatinina basal), o tenían un diámetro de colon transverso $>6cm$.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 66 episodios de ICD. De ellos, 12 correspondieron a una recidiva (7 primeras, 4 segundas y una tercera recidiva), siendo la incidencia de recidiva tras un primer episodio del 13%, mientras que el 57% de los pacientes presentaron una segunda recidiva. Todos los pacientes que recidivaron fueron mujeres, con una edad media de 67 años (DE 24 años) y un índice medio de comorbilidad de Charlson de 4 puntos (DE 3). Dos pacientes (29%) recibían tratamiento inmunosupresor, cuatro (57%) inhibidores de la bomba de protones y todos habían recibido tratamiento antibiótico en los tres meses previos (excluyendo el tratamiento para la ICD previa). Cuatro pacientes (33%) presentaron una infección grave, y ninguno falleció en relación a la infección. Cuatro pacientes fueron tratados con metronidazol, seis con vancomicina, uno con fidaxomicina y uno no tomó el tratamiento prescrito por mejoría espontánea. El uso de metronidazol fue más frecuente en las primeras recidivas (3/7, 43%) que en las segundas (1/4, 25%). La mitad de los pacientes recibieron pauta descendente de

vancomicina al finalizar el tratamiento. Al comparar los pacientes que recidivaron y los que no, las únicas diferencias fueron la mayor administración de antibiótico tras el primer episodio de ICD (71% los que recidivaron vs 21% los que no, $p=0.014$) y el sexo femenino (100% los pacientes que recidivaron vs 53% los que no, $p=0.033$). Los pacientes que recidivaron tendían a ser más jóvenes, con menos comorbilidad y con cuadros más leves en la ICD previa, aunque sin diferencias significativas. No observamos diferencias en el riesgo de recidiva según el tratamiento instaurado en el primer episodio de ICD.

DISCUSIÓN: Nuestra incidencia de recidiva de ICD es similar a la publicada en la literatura. No hemos observado una mayor mortalidad. El tratamiento instaurado se ajusta a las guías clínicas previas, teniendo en cuenta que las nuevas guías de la IDSA de 2018 recomiendan tratamiento con vancomicina en pauta descendente o con fidaxomicina en el caso de primera recidiva de una ICD. Nuestro uso de fidaxomicina es bajo.

CONCLUSIONES: Un 10% de los pacientes con ICD recidivaron, siendo el riesgo de una segunda recidiva mucho mayor. Los factores asociados a recurrencia fueron el sexo femenino y la toma de antibióticos tras el tratamiento del episodio previo de ICD. Las recurrencias no se asociaron a mayor gravedad clínica ni mortalidad. La mayoría de las recidivas recibieron tratamiento con vancomicina, incluyendo una pauta descendente.

57 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS INFLUENZA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

García Villalba, E.¹; Bernal Morell, E.²; Garre García, A.¹; Oliva Navarro, J.¹; Egea Campoy, M. P.³

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal del Noroeste, [2] Sección de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Reina Sofía, [3] Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección respiratoria por el virus Influenza supone un elevado porcentaje de hospitalizaciones anuales, apareciendo de forma epidémica en los meses más fríos del año. Nuestro objetivo es el de describir las características epidemiológicas y complicaciones clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital comarcal con infección respiratoria por gripe.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas de pacientes hospitalizados en el hospital comarcal del Noroeste de 105 camas, del 23 de Diciembre de 2017 al 23 de Enero de 2018, con test positivo (técnica PCR) para gripe A y B. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), comorbilidad (I. Charlson), uso de antivirales y antibióticos, presencia de neumonía, necesidad de ingreso en UCI, días de estancia y mortalidad intrahospitalaria. Para valorar la asociación entre variables categóricas se usó la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS: De los 27 pacientes, de edad media de 68,4 +/- 37,4 años, el 52% fueron varones. Presentaron gripe A el 55% de los casos, con una adquisición nosocomial en el 7,4% de

los pacientes. Presentaban comorbilidades el 70,4% de los casos, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus 40,7%, la enfermedad neoplásica sólida o hematológica 22,2%, el asma 14,8%, la cardiopatía isquémica 14,8% y la enfermedad renal crónica 14,8%. Presentaban hepatopatía el 11,1% de los pacientes, EPOC el 7,4%, así como el mismo porcentaje en el caso de enfermedad cerebrovascular, demencia e insuficiencia cardiaca (cada uno de ellos un 7,4%). Padecían hemiplejia/paraplejia, enfermedad del tejido conectivo o enfermedad arterial periférica sólo un paciente para cada una de las entidades, al igual que sólo hubo una paciente embarazada. El 89% de los pacientes recibió tratamiento con Oseltamivir y un 81,5 % de los casos simultáneamente antibioterapia. Un 29,6% de los pacientes desarrolló neumonía, siendo más frecuente en la gripe B que en la gripe A (62,5% Vs. 37,5% respectivamente), aunque sin significación estadística. La estancia hospitalaria media fue de 7,8 +/- 8,6 días y un solo paciente precisó ingreso en UCI, aunque 2 pacientes murieron durante el ingreso hospitalario, siendo ambos Gripe B con neumonía.

DISCUSIÓN: En nuestro trabajo se ha puesto de manifiesto que es una enfermedad frecuente y con una morbilidad nada desdeñable, sobre todo en mayores de 65 años, tal como se ha demostrado en otros estudios. Así mismo, los de peor pronóstico han sido pacientes que desarrollaron neumonía, que se ha asociado en la literatura a un riesgo de muerte hospitalaria 1,5 veces mayor. El riesgo de neumonía en este grupo de edad aumenta en pacientes con enfermedades previas, como enfermedades cardíacas y pulmonares crónicas o diabetes, algo muy prevalente en nuestra población analizada.

CONCLUSIONES: La gripe es una patología prevalente en los hospitales en los meses más fríos del año afectando sobre todo a población anciana > 65 años con comorbilidades asociadas, sobre todo diabetes, enfermedades neoplásicas y asma. A pesar del uso de tratamiento antiviral y antibiótico en la mayoría de los casos, supone un número importante de hospitalizaciones prolongadas y en ocasiones un fatal desenlace.

58 COMUNICACIÓN

¿A QUÉ PERFIL DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y TROMBOSIS DE LA VENA PORTA ANTICOAGULAMOS Y QUÉ PAUTA ADMINISTRAMOS?

Escribano Viñas, P.¹; Ruiz Belmonte, E.¹; Rojano Torres, R.¹; García Pérez, A.¹; Bruno Pérez, T.¹

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las indicaciones de anticoagulación en los pacientes con cirrosis hepática y trombosis de vena porta es un tema muy discutido y sin claras evidencias de su beneficio por lo que nuestro objetivo es describir el perfil de paciente al que indicamos anticoagulación para el tratamiento de la trombosis de vena porta según las características epidemiológicas, etiología de la cirrosis, clínica de presentación, valores analíticos y riesgo hemorrágico, y la pauta de tratamiento que administramos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen los pacientes con cirrosis hepática que han sufrido un episodio de trombosis de vena porta aguda desde enero de 2012 hasta Julio de 2017. Comparamos las carac-

terísticas basales de los pacientes, clínica de presentación, etiología de la cirrosis, tipo de trombosis, riesgo hemorrágico y mortalidad entre los pacientes que no reciben tratamiento anticoagulante y los que sí lo reciben.

RESULTADOS: Se registra un total de 22 pacientes, 15 eran varones (68.2%) con una edad media de 63 años (DE: 12.48 años). Al 68.2% reciben tratamiento anticoagulante, siendo el más frecuente el acenocumarol (el 73%). El 60% de los pacientes limitan el tiempo de tratamiento anticoagulante por complicaciones o resolución de la trombosis siendo el tiempo medio de anticoagulación 5,56 meses (DT: 2,3) y sólo el 13% lo mantienen de manera indefinida. El resto lo suspenden por fallecimiento. Al comparar ambos grupos, el porcentaje del lugar de la trombosis (porta aislada o junto con trombosis de vena mesentérica), estadio Child y la presencia de hipertensión portal al diagnóstico de la trombosis fue similar. El porcentaje de varices esofágicas fue menor en el grupo de anticoagulados (66,7% vs 100%, p=0.135). Aunque en el grupo de anticoagulados el porcentaje de cirrosis descompensada fue menor (60% vs 71,4%, p=1) cabe destacar que respecto a los síntomas derivados de la propia trombosis, en el mismo grupo, el porcentaje de pacientes sintomáticos es mayor (78,6% vs 21,4%, p=0,34). Además la media de plaquetas en el grupo que se anticoagula es mayor que la del grupo que no (176029 vs 71571; p=0.034). Respecto a las complicaciones ambos grupos presentan porcentaje similar de sangrado y de persistencia o empeoramiento de trombosis previa. El 77,8% de los pacientes anticoagulados presentan recanalización parcial o total de la trombosis frente al 0% de los pacientes que no se anticoagulan (p=0,109)

DISCUSIÓN: En la cirrosis hepática existe una alteración de la coagulación muy importante debido al déficit de síntesis de factores anticoagulantes y aumento de factores procoagulantes lo que hace que aumente la incidencia de eventos trombóticos en estos pacientes. Sin embargo poseen un alto riesgo hemorrágico por la presencia frecuente de varices esofágicas lo que hace controvertida la indicación de anticoagulación.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de nuestra serie reciben tratamiento anticoagulante, siendo el más usado el acenocumarol durante un tiempo medio de casi 6 meses. El perfil de pacientes a los que se decide iniciar anticoagulación son pacientes con síntomas secundarias a la trombosis, con cifras de plaquetas más altas y menos varices esofágicas con el fin de disminuir el riesgo hemorrágico, aunque casi el 50% de los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante sufren complicaciones hemorrágicas.

59 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y TROMBOSIS DE VENA PORTA AGUDA.

Escribano Viñas, P.¹; Ruiz Belmonte, E.¹, Rojano Torres, R.¹; García Pérez, A.¹, Bruno Pérez, T.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La trombosis portal es frecuente encontrarla en los pacientes con cirrosis hepática y en muchas ocasiones su diagnóstico es casual. Las grandes

complicaciones que puede acarrear hacen de interés identificar aquellos pacientes con mayor riesgo a desarrollar la trombosis con el fin de estar más alerta y poder evitarla. Nuestro objetivo es describir el perfil de pacientes con cirrosis que desarrollan trombosis portal en función de variables dependientes de la propia cirrosis hepática pero también del paciente y de la propia trombosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen los pacientes con cirrosis hepática que han sufrido un episodio de trombosis de vena porta aguda desde enero de 2012 hasta Julio de 2017. Analizamos las características epidemiológicas, lugar de la trombosis, características propias de la cirrosis, clínica al ingreso, otras causas que favorecieran la aparición de trombosis, valor medio de plaquetas, tratamiento anticoagulante y mortalidad al diagnóstico de la trombosis.

RESULTADOS: Se registraron un total de 22 pacientes. 17 presentaban trombosis de vena porta aislada y 5 asociado a trombosis de vena mesentérica superior. El 50% de las trombosis portales eran completas. Las principales etiologías de la cirrosis hepática fueron alcohólicas (36.4%) y secundarias a infección por virus de la hepatitis C (36,4%). 13 pacientes presentaban en el momento del diagnóstico un Child-pugh grado B, 7 pacientes grado A y 2 pacientes grado C. El 95.5% de los pacientes tenían hipertensión portal y el 77.3% varices esofágicas. El 63.4% presentaban en el momento del diagnóstico cirrosis descompensada siendo el principal síntoma asociado a la trombosis el dolor abdominal (en el 40.9%) aunque cabe destacar que 8 pacientes no presentaban clínica sugerente de trombosis venosa. El 36.4% presentaban otros factores protrombóticos siendo 2 pacientes secundarios a cáncer hematológico, 2 pacientes a cáncer sólido, 2 a enfermedades autoinmunes/inmunosupresión y 2 a sepsis biliar. El 59% de los pacientes tenían las plaquetas por encima de 100.000 y ninguno por debajo de 30.000 plaquetas. Respecto al tratamiento el 68,2% recibieron tratamiento anticoagulante, siendo el tratamiento inmediato más frecuente la heparina de bajo peso molecular y a largo plazo el acenocumarol. En 11 pacientes se comprueba la recanalización de la vena porta siendo la recanalización total en 6 pacientes y parcial en 1 paciente. El 23.8 % de los pacientes fallecen durante el mismo ingreso en que se diagnosticó la trombosis portal.

DISCUSIÓN: La aparición de trombo de la vena porta en los pacientes cirróticos es debida a la disminución de velocidad del flujo de la vena porta, la cual está relacionada de manera inversa con la severidad de la cirrosis, y por factores procoagulantes concomitantes, lo que indicaría que aquellos con un estadio más avanzado de la enfermedad o con mayor trastorno de la coagulación deberían sufrir más eventos trombóticos y la falta de diagnóstico en estos casos puede acelerar la evolución natural de la enfermedad.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra es más frecuente encontrar la trombosis de vena porta aislada, siendo la mitad de ellas completas. Principalmente presentaban child B, se encontraban descompensados y cabe destacar que solo el 50% de ellos asociaban síntomas sugerentes de trombosis de vena porta lo que dificulta más su diagnóstico. La presencia de varices esofágicas en un porcentaje alto de los pacientes y el alto riesgo hemorrágico impide la anticoagulación a todos los pacientes.

60 COMUNICACIÓN

FACTORES PRONÓSTICOS DE RECANALIZACIÓN DE TROMBOSIS DE VENA PORTA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LAS DESCOMPENSACIONES Y EN LA MORTALIDAD.

Escribano Viñas, P.¹; Ruiz Belmonte, E.¹; Rojano Torres, R.¹; García Pérez, A.¹; Bruno Pérez, T.¹.

[1] Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La trombosis de vena porta en los pacientes con cirrosis hepática puede aumentar la propia hipertensión portal y sus complicaciones, lo que hace interesante identificar aquellos factores que contribuyan a la recanalización de la vena porta, y si realmente la misma influye en el número de descompensaciones y en el pronóstico de los pacientes. Por ello diseñamos este estudio cuyo objetivo es describir las características de los pacientes con cirrosis hepática y trombosis de vena porta que se recanaliza, identificar factores que predispongan a la recanalización y si realmente la misma influye en el número de descompensaciones y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen los pacientes con cirrosis hepática que han sufrido un episodio de trombosis de vena porta aguda desde enero de 2012 hasta Julio de 2017 a los que se le había realizado prueba de imagen de control. Comparamos las características basales de los pacientes, etiología de la cirrosis, tipo de trombosis y tratamiento elegido entre los pacientes con recanalización de la vena porta y los que no se recanalizan.

RESULTADOS: De los 11 pacientes a los que se comprueba la recanalización de la vena porta el 57.1% de los pacientes que se recanalizaron presentaban trombosis de vena porta aislada y el 42.9% asociada a trombosis de vena mesentérica y otros territorios. La causa más frecuente de cirrosis entre los pacientes que se recanalizaban era la alcohólica (42.9%) seguido de cirrosis criptogénica (28.6%) destacando que no se consiguió en ningún paciente con VHC la recanalización. Respecto al estadio Child, el porcentaje de recanalización fue similar en los estadios A y B. Además 5 pacientes (71.4%) de los pacientes que se recanalizaron presentaban al diagnóstico cirrosis descompensada. El 42.9% de los recanalizados asociaban síntomas de la propia trombosis, destacando que el 100% de los no recanalizados presentaban síntomas. Respecto al tratamiento anticoagulante el 100% de los pacientes que se recanalizan reciben tratamiento anticoagulante y de los que no se recanalizan el 50% (2 pacientes) también se encontraban en tratamiento. El 100% de los pacientes que se recanalizan fallecen durante el seguimiento debido a otras causas. El tiempo medio de seguimiento de ambos grupos es similar (17,7 meses en el grupo de no recanalizados frente a 16 meses) presentando el grupo de recanalizados una media de descompensaciones discretamente mayor que los no recanalizados (2,86 vs 2; p=0.84).

DISCUSIÓN: En la cirrosis hepática, la asociación con la trombosis portal empeora la función hepática y las descompensaciones lo que apoyaría estar a favor de recanalizar la trombosis con tratamiento anticoagulante, sin embargo existe una gran labilidad en la historia natural de la enfermedad lo que convierte en un reto predecir cómo afectará en la evolución del enfermo. Debido al pequeño tamaño muestral no pudimos identificar factores predisponentes de recanaliza-

zación de vena porta. Además el tiempo de seguimiento fue similar en ambos grupos y el número de descompensaciones que precisaron ingreso fue discretamente mayor en el grupo de recanalizados.

CONCLUSIÓN: Las trombosis portales que se recanalizan se encontraron más frecuentemente en pacientes con cirrosis hepática por alcohol o criptogénicas, y descompensados que reciben tratamiento anticoagulante con acenocumarol. No encontramos diferencias en la mortalidad ni el número de descompensaciones anuales entre ambos grupos aunque el bajo tamaño de la muestra ha constituido una gran limitación

61 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Béjar Valera, J.¹; Esteban Garrido, M.¹; López Almela, E.¹; Guirado Torrecillas, M.¹; Lancheros Pineda, Á.F.¹; Miluy Guerrero, M.¹

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Con motivo de la "I Jornada de Comunidad y Salud" del Área III del Servicio Murciano de Salud, diez asociaciones de enfermos del Área presentaron los servicios que ofrecen. Tras la jornada pedimos que nos expusieran sus principales peticiones y elegimos a ALZ (Alzheimer) Lorca para el estudio. Nuestro objetivo es estudiar el grado de cumplimiento en nuestra Área de Salud de las principales peticiones que hace la asociación ALZ Lorca a nuestro servicio sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de un total de 59 pacientes: 34 pacientes no afiliados a ALZ Lorca y, por otra parte, 25 pacientes afiliados a ALZ Lorca. Ambos grupos en seguimiento en consultas externas de Neurología de nuestro hospital por Enfermedad de Alzheimer. Los investigadores no conocen si el paciente pertenece o no a la asociación. Se revisaron los informes de consulta de Neurología entre 2013 y 2016 analizando los siguientes datos: tiempo entre revisiones, tiempo de revisión tras la introducción de nuevo tratamiento, edad, género, GDS (Escala de Deterioro Global), MMSE y estadio de enfermedad. Posteriormente, se realizó una encuesta telefónica al paciente o familiar cercano preguntando si conoce la asociación y cómo, si utiliza sus servicios y si acude a otro centro distinto. Se analizaron los datos obtenidos por el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Las medias de las variables fueron las siguientes: Edad: 80 años, 78% mujeres, tiempo entre visitas: 8,5 meses, tiempo de revisión tras nuevo tratamiento: 8,6 meses, GDS: 5, MMSE: 18, estadio: 1,85 (1-3). El 53% conoce la asociación: 11% a través de un neurólogo, 15% a través de otro sanitario, 11% a través de un familiar y 63% a través de otras vías. El 45% de pacientes de nuestra muestra ha hecho uso de la asociación (42% afiliado a la asociación). Un 15% acuden a otra asociación distinta. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de asociados y no asociados a ALZ Lorca en ninguna de las variables estudiadas (p<0,05).

DISCUSIÓN: Nuestros pacientes aprecian que escuchemos su voz en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, y las asociaciones de enfermos ayudan en esta tarea.

CONCLUSIONES: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de asociados y no asociados a ALZ Lorca.

62 COMUNICACIÓN

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO Y ANTIMICROBIANO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SEPSIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Béjar Valera, J.¹; Esteban Garrido, M.¹; López Almela, E.¹; Guirado Torrecillas, M.¹; Lancheros Pineda, Á.F.¹; Miluy Guerrero, M.¹

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

OBJETIVOS: Analizar las características diagnósticas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de sepsis en 2014 en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Estudiar los microorganismos y las pautas de tratamiento antimicrobiano más frecuentemente empleadas en dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta en planta de hospitalización de Medicina Interna en 2014 con el diagnóstico principal de sepsis (92 pacientes y 94 episodios). Para ello hemos recogido las siguientes variables: edad, éxito, foco de infección primario, disfunciones orgánicas asociadas, intervención quirúrgica para control del foco, microorganismos aislados, antimicrobianos utilizados en pauta inicial, cultivo empleado y porcentaje de aislamiento en cada tipo de cultivo. Analizamos los datos mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Según el foco de infección primario encontramos según frecuencia: sepsis urinaria (35,2%), sepsis respiratoria (23,4%), shock séptico (19,1%), sepsis abdominal (10,6%) y otros (11,7%). Disfunciones orgánicas asociadas encontradas según frecuencia: insuficiencia renal aguda (58,5%), distrés respiratorio (29,8%), afectación hepática (19,1%), disfunción cardíaca (14,9%), CID (10,6%) y encefalopatía (7,4%). En el 12,8% se realizó intervención quirúrgica para control del foco siendo la más frecuente la colecistectomía (25% del total). Microorganismos más frecuentes aislados: *E. coli* (22%), *K. pneumoniae* (9%), *S. pneumoniae* (8%), *Candida* (7%), *E. faecalis* (6%), *E. coli* BLEE (6%), *S. coagulase negativo* (4%), *S. aureus* meticilín resistente (3%), *S. pyogenes* (3%), *S. aureus* (3%), *P. aeruginosa* (3%), *E. aerogenes* (3%), otros (23%). Antimicrobianos más frecuentes empleados en pauta inicial: ceftriaxona (30%), Fluoroquinolonas (15%), carbapenémicos (14%), piperacilina-tazobactam (8%), claritromicina (6%), glicopéptidos (5%), fluconazol (5%), amoxicilina-ácido clavulánico (5%), metronidazol (3%), linezolid (3%), clindamicina (2%), aminoglucósidos (1%), otros (3%). Se encontró aislamiento microbiológico en el 42,7% de los cultivos totales: 32,5% de los hemocultivos: *E. coli* (32%), *SCN* (16%), *K. pneumoniae* (12%), *S. pneumoniae* (12%), otros (28%); 42,2% de los urocultivos: *E. coli* (67%), *K. pneumoniae* (15%), otros (18%); 68,4% de los cultivos de esputo: género *Candida* (38,5%), *S. pneumoniae* (23%), otros (38,5%); 63,2% de los cultivos de exudado: flora polimicrobiana (33,4%), *Enterobacterias* (25%), otros (41,6%); 38,5% de los cultivos de líquido biológico: *S. pneumoniae* (40%), otros (60%). En nuestra serie la mortalidad se ha asociado con una relación estadísticamente significativa con el distrés respiratorio ($p<0,02$) y el shock séptico ($p<0,01$). La edad se correlaciona inversamente con una relación estadísticamente significativa con la obtención de hemocultivos ($p<0,02$).

DISCUSIÓN: Las disfunciones orgánicas asociadas más frecuentes son concordantes a los focos de infección primarios más frecuentes (insuficiencia renal aguda-sepsis urinaria, distrés respiratorio-sepsis respiratoria, afectación hepática-sepsis abdominal).

CONCLUSIONES: Según los resultados de nuestra serie, el foco de infección primario más frecuente es urinario seguido de respiratorio; la disfunción orgánica asociada más frecuente es insuficiencia renal aguda seguida de distrés respiratorio; el microorganismo más frecuentemente aislado es *E. coli* seguido de *K. pneumoniae* y *S. pneumoniae*; el antibiótico más frecuentemente empleado es ceftriaxona seguido de fluoroquinolonas y carbapenémicos.

63 COMUNICACIÓN

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SEPSIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Béjar Valera, J.¹; Esteban Garrido, M.¹; López Almela, E.¹; Guirado Torrecillas, M.¹; Lancheros Pineda, Á.F.¹; Miluy Guerrero, M.¹

[1] Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de sepsis en 2014 en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta en planta de hospitalización de Medicina Interna en 2014 con el diagnóstico principal de sepsis (92 pacientes y 94 episodios). Para ello hemos recogido las siguientes variables: edad, género, condición de pluripatológico, tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, creatinina, INR, bilirrubina total, plaquetas, proteína C reactiva, procalcitoninasemicuantitativa, pH arterial, lactato arterial, volumen de sueroterapia durante la primera hora de atención, éxito, ingreso en UCI y uso de drogas vasoactivas. Analizamos los datos mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: La media de las variables fueron las siguientes: Edad: 72,7 años (56% de mujeres), 26,6% pluripatológicos, tensión arterial sistólica: 107 mmHg, frecuencia cardíaca: 96 lpm, creatinina: 2,3 mg/dL, INR: 1,5, Bilirrubina total: 1,07 mg/dL, plaquetas 199000/mm³, proteína C reactiva: 194 mg/L, procalcitoninasemicuantitativa: 7,13 ng/mL, pH arterial: 7,35, lactato arterial: 3,3 mmol/L, volumen de sueroterapia durante la primera hora de atención: 452 mL. El 36,2% fallecieron. Ingreso en UCI en el 22,3%. El 38,3% requirió el uso de drogas vasoactivas. El 81,9% presentó infección comunitaria y el 18,1% infección asociada a cuidados sanitarios. La mortalidad se ha asociado con una relación estadísticamente significativa con la edad ($p<0,001$), uso de drogas vasoactivas ($p<0,001$), INR ($p<0,01$), procalcitoninasemicuantitativa ($p<0,05$) y lactato arterial ($p<0,03$).

La edad se correlaciona inversamente con una relación estadísticamente significativa con proteína C reactiva ($p<0,002$) e ingreso en UCI ($p<0,01$).

DISCUSIÓN: Los signos de sepsis son menos evidentes en la gran mayoría de los éxitos encontrados en personas de mayor edad por lo que es necesario incrementar la sospecha de sepsis y mejorar en el tratamiento de estos pacientes.

CONCLUSIONES: Según los resultados de nuestra serie, la edad se correlaciona con una relación estadísticamente significativa con la mortalidad e inversamente con la proteína C reactiva. La mortalidad se ha asociado con una relación estadísticamente significativa con la procalcitoninasemiquantitativa.

64 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LOS HEMOCULTIVOS RECOGIDOS EN 2017 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Morellá Fernández, M.¹; Alemán Belando, S.²; Olagüe Baño, C.²; Moreno Hernández, M.²; Castejón Giménez, M.².

[1] Universidad de Murcia (UMU). [2] Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los hemocultivos son una herramienta diagnóstica de uso habitual en la práctica clínica. El objetivo del presente estudio es establecer la proporción de resultados “positivos”, “negativos” y “contaminados” en los hemocultivos de los distintos servicios del HUMM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de los 6433 hemocultivos recogidos en el año 2017. Los datos fueron obtenidos del registro de hemocultivos del hospital. Para su análisis estadístico se empleó el programa SPSS Statistics v24.

RESULTADOS: Los resultados del estudio se recogen en la Tabla 1

Tabla 1. Características de los hemocultivos recogidos en 2017

Servicio	Positivos	Negativos	Contaminados	Otros ³	Total
Urgencias	255(9,1%)	2315(82,7%)	226(8,1%)	3(0,1%)	2799
Oncohematología	98(5,2%)	1621(86,5%)	153(8,2%)	1(0,1%)	1873
Medicina interna	54(8,7%)	505(81%)	64(10,3%)	0(0%)	623
UCI¹	41(8,3%)	392(79,7%)	58(11,8%)	1(0,2%) ²	492
Infecciosas	29(12,8%)	181(80,1%)	14(6,2%)	2(0,9%)	226
Urología	11(10,8%)	86(84,2%)	5(4,9%)	0(0%)	102
Cirugía general	7(8,8%)	68(85%)	4(5%)	1(1%)	80
Traumatología	5(9,4%)	46(86,8%)	2(3,8%)	0(0%)	53
Neumología	2(3,9%)	47(92,2%)	2(3,9%)	0(0%)	51
Digestivo	4(9,6%)	35(83,3%)	3(7,1%)	0(0%)	42
Neurología	1(3,2%)	29(93,6%)	1(3,2%)	0(0%)	31
Otros²	6(9,8%)	52(85,2%)	3(5%)	0(0%)	61
Total	513(8%)	5377(83,6%)	535(8,3%)	8(0,1%)	6433

1. Unidad de Cuidados Intensivos. 2. Cardiología, psiquiatría, oftalmología, sin informe de alta. 3. No recibidos o no aptos para análisis.

DISCUSIÓN: De acuerdo a la literatura, la positividad de los hemocultivos, cuando se recogen de forma adecuada, se encuentra entre el 4-8%. La mayoría de servicios del HUMM se encuentran dentro de este intervalo, o por encima del mismo, con un resultado global del 8% de positividad. Sin embargo, los hemocultivos con resultado “contaminado” no deben exceder el 3%, cifra superada ampliamente de forma global y de forma particular en la mayoría de servicios.

CONCLUSIONES:

1. Existe una proporción adecuada de hemocultivos con resultado “positivo”.
2. La proporción de hemocultivos “contaminados” es superior a la recomendada.
3. Existen grandes variaciones entre los distintos servicios del HUMM.

65 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LAS BACTERIEMIAS DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN 2017.

Morellá Fernández, M.¹; Alemán Belando, S.²; de la Cierva Delicado, A.²; Bernal José, L.²; Sánchez Martínez, J.².

[1] Universidad de Murcia (UMU). [2] Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es describir las características microbiológicas de las bacteriencias de adquisición comunitaria detectadas durante el año 2017.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de las bacteriencias detectadas en 2017. Para ello se ha empleado el registro de hemocultivos del HUMM. Las variables fueron recogidas a través de la plataforma informática de microbiología, los informes clínicos de los pacientes y la plataforma informática “Ágora”.

RESULTADOS: Los resultados del estudio se recogen en la Tabla 1 y la Tabla 2.

Tabla 1. Etiología de bacteriencias comunitarias

Microorganismo	Frecuencia (n= 250)
<i>Escherichia coli</i>	119 (47,6%)
<i>Enterococcus spp</i>	22 (8,8%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	21 (8,4%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11 (4,4%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	9 (3,6%)
<i>Staphylococcus coagulasa negativos</i>	8 (3,2%)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	8 (3,2%)
Otros gram +	36 (14,4%)
Otros gram -	16 (6,4%)

Tabla 2. Foco infeccioso de bacteriencias comunitarias

Foco	Frecuencia (n= 249)
Urinario	123 (49,4%)
Desconocido	42 (16,9%)
Intraabdominal	36 (14,5%)
Respiratorio	22 (8,8%)
Cutáneo	14 (5,6%)
Endocarditis	7 (2,8%)
Óseo	3 (1,2%)
Otros	2 (0,8%)

DISCUSIÓN: La mayor parte de las bacteriencias de origen comunitario fueron debidas a microorganismos Gram negativos, entre los que destaca el *E. coli* como patógeno más fre-

cuente. En cuanto a los focos infecciosos, el más frecuente fue el urinario. Estos resultados son similares a los publicados en otros estudios.

CONCLUSIONES:

1. Las bacteriemias comunitarias tienen como etiología más frecuente microorganismos Gram negativos.
2. *E. coli* fue el patógeno más frecuente.
3. El foco infeccioso más frecuente fue el urinario.

66 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DE LAS BACTERIEMIAS DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN 2017.

Morellá Fernández, M.¹; Alemán Belando, Sergio²; Olagüe Baño, C.²; Pagán Escribano, Javier²; Cutillas Pérez, María del Mar².

[1] Universidad de Murcia (UMu). [2] Hospital Universitario Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo del presente estudio es describir las características microbiológicas de las bacteriemias de adquisición nosocomial detectadas durante el año 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de las bacteriemias detectadas en 2017. Para ello se ha empleado el registro de hemocultivos del HUMM. Las variables fueron recogidas a través de la plataforma informática de microbiología, los informes clínicos de los pacientes y la plataforma informática "Ágora".

RESULTADOS: Los resultados del estudio se recogen en la Tabla 1 y la Tabla 2.

Tabla 1. Etiología de bacteriemias comunitarias

Microorganismo	Frecuencia (n= 126)
<i>Escherichiacoli</i>	31 (24,6%)
<i>Enteroccoccus spp</i>	23 (18,3%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	16 (12,7%)
<i>Staphylococcus coagulasa negativos</i>	14 (11,1%)
<i>Pseudomonaaeruginosa</i>	9 (7,1%)
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	7 (5,6%)
Otros gram -	18 (14,3%)
Otros gram +	8 (6,3%)

Tabla 2. Foco infeccioso de bacteriemias comunitarias

Foco	Frecuencia (n= 126)
Asociado a catéter	30 (24,6%)
Urinario	29 (23,8%)
Desconocido	28 (23%)
Intraabdominal	17 (13,9%)
Respiratorio	9 (7,4%)
Cutáneo	7 (5,7%)
Otros	3 (2,4%)
Óseo	1 (0,8%)

DISCUSIÓN: Las bacteriemias de origen nosocomial fueron producidas en una proporción similar por organismos Gram positivos (46,8%) y Gram negativos (53,2%). *E. coli* fue el patógeno que con más frecuencia produjo bacteriemia nosocomial, aunque también hay que destacar la proporción de bacteriemias debidas al género *Staphylococcus*. El foco infeccioso más frecuente fue el asociado a catéter, seguido por el foco urinario. Estos resultados son similares a los publicados en otros estudios.

CONCLUSIONES:

1. Las bacteriemias nosocomiales fueron producidas en una proporción similar por microorganismos Gram positivos y Gram negativos.
2. *E. coli* fue el patógeno más frecuente, seguido por el género *Staphylococcus*.
3. El foco infeccioso más relevante fue el asociado a catéter.

67 COMUNICACIÓN

PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Pagán Escribano, J.¹; Castejón Giménez, M.¹; Martín Cascón, M.¹; Sánchez Guirao, A.J.¹; Almarcha Menargues, M.

[1] Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) son fármacos muy utilizados en la práctica clínica diaria. Son considerados fármacos seguros, aunque no están exentos de posibles efectos adversos: fracturas osteoporóticas, hipomagnesemia, déficit de hierro o de vitamina B12, entre otros.

OBJETIVOS: evaluar la prescripción de IBPs en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna, y analizar si se cumplen las indicaciones para su uso según las últimas guías de práctica clínica y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio transversal, descriptivo, de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del HGU Morales Meseguer desde septiembre a noviembre de 2017. Se consultaron las bases de datos hospitalarias y la historia clínica electrónica. Se analizaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas. Se consideró indicación adecuada de IBPs las recogidas en la AEMPS y de las últimas guías de práctica clínica sobre el uso de IBPs. Como indicaciones terapéuticas establecimos: úlcera gastroduodenal, hemorragia digestiva alta (HDA), erradicación de *Helicobacter pylori*, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), síndrome Zollinger-Ellison y la dispepsia funcional. Y como indicaciones de profilaxis: prevención de úlceras por estrés, antecedentes de úlcera gastroduodenal o HDA, tratamiento concomitante con otros fármacos gastroresistivos (FG) (AINEs, antiagregantes (AAG), anticoagulantes orales (ACO), corticoides (CT), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y el uso de FG en pacientes ≥65 años. Los resultados se analizaron con SPSS Statistics® v.20.

RESULTADOS: analizamos un total de 96 pacientes. El 52,1% eran hombres. Edad media (DE) 72,85 (19,9) años. El 93,8% (90/96) recibieron tratamiento con IBPs. Un 17,7% (17/96) no tenían indicación de prescripción de IBPs. El IBP más usado fue el omeprazol, 78,9% (71/96). Un 77,1% (74/96) de los pacientes tenían ≥1 indicaciones para recibir profilaxis con IBPs, siendo la indicación más frecuente la toma de AAG en ≥65

años, 55,4% (41/74), seguido del tratamiento con CT en ≥ 65 años, 41,9% (31/74) y de la prescripción conjunta de ISRS con otros FG, 32,4% (24/74). Un 17,7% (17/96) cumplían indicaciones de tratamiento con IBPs. La principal indicación terapéutica fue el antecedente de HDA, 52,9% (9/17) y en segundo lugar el diagnóstico de dispepsia, 41,2% (7/17). De los pacientes que estaban en tratamiento con IBP, un 16,7% (15/90) no cumplían criterios para una adecuada prescripción.

DISCUSIÓN: los IBPs están indicados principalmente en enfermedades relacionadas con la secreción ácida gástrica. Además, se utilizan para la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Su uso no está exento de efectos adversos por lo que se deberían utilizar en los casos en los que estuviera correctamente indicado. El 93,8% de nuestros pacientes recibían tratamiento con IBPs, de los cuales un 16,7% no cumplían criterios para su uso. El omeprazol es el IBP más usado y de elección por su mayor experiencia y menor coste.

CONCLUSIONES: Aproximadamente un 20% de los pacientes no cumplía criterios para prescripción de IBPs. El uso concomitante de fármacos gastrolesivos fue una de las principales indicaciones para el uso de IBPs. Debemos evitar un uso injustificado de los IBPs, y así los efectos adversos, costes e interacciones relacionados con su uso.

68 COMUNICACIÓN

RECURRENCIAS TROMBÓTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO TROMBÓTICO Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NO PERSISTENTES. ESTUDIO PROSPECTIVO.

Pagán Escrivano, J.¹; Lozano Herrero, J.¹; Hernández Vidal, M.J.¹; Bernal José, L.¹; Herranz Marín, M.T.¹

[1] Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: El riesgo de recurrencia de trombosis en pacientes con SAF primario (SAFp) es alto a pesar de tratamiento antitrombótico. Este riesgo es mayor en caso de que los anticuerpos antifosfolípidos (aFL) sean persistentes y con títulos elevados. Por ello, los fármacos anticoagulantes anti-vitamina K (AVK) y/o antiagregantes (AA) se recomiendan tras trombosis de tipo venoso o arterial, respectivamente, de forma indefinida. Sin embargo, en pacientes con SAFp y aFL no persistentes existe poca evidencia sobre la incidencia de recurrencias trombóticas y sangrado mayor, y por tanto del riesgo/beneficio del tratamiento antitrombótico.

OBJETIVO: Describir la incidencia de recurrencia trombótica, de sangrado mayor y las características clínico-analíticas asociadas, en una cohorte de pacientes con SAFp con aFL no persistentes (negativizados) durante un periodo de seguimiento de 4 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Tras revisión de archivos hospitalarios se incluyeron pacientes con SAFp con ≥ 1 trombosis (venosa o arterial) y ≥ 2 determinaciones positivas de aFL entre 1995 y enero de 2014 (criterios de Sídney 2006). Se excluyeron los pacientes con enfermedad autoinmune sistémica, ANA $\geq 1/160$ y < 18 años. En marzo de 2014, tras firma de consentimiento informado, 84 participantes con SAFp fueron evaluados mediante entrevista clínica y análisis sanguíneo incluyendo aFL (AL, ACA IgG e IgM y antiB2-GP1 IgG e IgM). Se recogieron datos relacionados con FRCV. Finalmente se seleccionaron 25 en los que la determinación de aFL en el análisis del estudio fue negativa. Para evaluar

la incidencia de recurrencia trombótica y sangrado mayor realizamos seguimiento prospectivo anual durante 4 años (fin en marzo de 2018) mediante revisión de historia clínica electrónica y llamada telefónica. Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20 Statistics® v.20.

RESULTADOS: Edad media (DE) de 53,4 (12,4) años. El 52% eran hombres. Al debut trombosis arterial en 7/25 pacientes (6 ictus, 1 IAM) y venosa en 18/25 (12 TVP y 6 TEP). Desencadenante conocido de trombosis venosa en 9/18. El diagnóstico de laboratorio: AL positivo en 24/25 y a CL IgM en 2/25. El resto de aFL negativos o no realizados. En la entrevista y análisis sanguíneo de marzo de 2014 se obtuvo que el 42% tenían HTA, 16% DM-2, 84% DLP, 33% tabaquismo, un 48% obesidad. Durante el tiempo de seguimiento (48 meses) 15 pacientes fueron tratados con AVK, 3 con AA y 3 con ambos fármacos (7 sin AVK). A lo largo del seguimiento prospectivo 3 pacientes presentaron una nueva trombosis (1 ictus, en tratamiento con AVK y de alto riesgo cardiovascular, y 2 TVP, 1 sin AVK). Ningún episodio de sangrado mayor.

DISCUSIÓN: En nuestra serie de 25 casos el número de recurrencias trombóticas fue similar al publicado en la mayoría de series de casos anteriores (de 6, 7 y 11 casos). También el número de episodios de sangrado mayor se correlacionó con la serie de Medina et al., de 24 SAFp con aFL negativizados y en tratamiento con AVK. En este estudio un 45,8% (11/24) presentaron recurrencia trombótica (9 TVP, 1 ictus, 1 HTAP) a pesar de un tratamiento adecuado. Ante la falta de una evidencia firme y la discrepancia entre las series de casos publicadas es necesario una valoración de todos los factores de riesgo pro-trombóticos a la hora de decidir la retirada del tratamiento anti-trombótico en este subgrupo de pacientes. Una limitación de nuestro estudio fue la ausencia de estudio genético de trombofilia en los pacientes.

CONCLUSIONES: La estratificación del riesgo cardiovascular y la evaluación de trombofilias en pacientes con SAFp aFL no persistentes es importante a la hora de pautar un tratamiento anti-trombótico adecuado. Es necesario el desarrollo de ensayos clínicos que aporten evidencia científica de calidad para responder esta hipótesis.

69 COMUNICACIÓN

NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN LA COSTA MEDITERRÁNEA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Pagán Escrivano, J.¹; Lozano Herrero, J.¹; Alemán Belando, S.¹; Sánchez Martínez, J.F.¹; Gutiérrez Rodero, F.²

[1] Servicio de Medicina Interna Hospital Morales Meseguer.

[2] Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Elche.

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia de 25-hidroxivitamina D3 (VitD) afecta a más del 50% de la población general. Interviene en una amplia gama de funciones fisiológicas importantes, por lo que es necesario que se encuentre dentro de sus valores óptimos. El déficit de vitamina D en la población general se asocia a la falta de exposición a radiación UVB, el aporte insuficiente en la dieta, el sexo femenino, la edad, el color de piel negro, la estacionalidad y la enfermedad renal crónica, entre otros.

OBJETIVOS: Cuantificar y describir los niveles séricos de VitD en una muestra de población general del área geográfica de la costa mediterránea y evaluar su relación con las siguientes variables demográficas: edad y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, transversal. De la base de análisis clínicos del área de salud del Hospital General Universitario de Elche se seleccionaron pacientes que tenían una determinación de VitD. Se seleccionaron inicialmente 11719 pacientes. Criterios de exclusión: <18 años, no tuviera determinación de creatinina sérica, en tratamiento con suplementos de vitamina D o multivitamínicos, datos de enfermedad renal crónica y/o alteración de los niveles de creatinina sérica (creatinina sérica >1,5 mg / dl) y/o estuviera en seguimiento en la consulta de Oncología, Hematología, Reumatología y/o Nefrología. Se analizaron los niveles de 25-hidroxivitamina D3 de un total de 7762 personas. Se analizaron factores sociodemográficos, clínicos y analíticos. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS Statistics® v.20.

RESULTADOS: un total de 7762 casos. El 21,1% fueron hombres. Edad media de 59,92 ± 15,83 años. Niveles de VitD: sin déficit (VitD>30 ng/ml) 2437/7762 (31,4%); insuficiencia (VitD< 30 ng/ml) 5325/7762 (68,6%) (IC 95%, 67,6%-69,7%); déficit moderado (VitD< 20 ng/ml) 2628/7762 (33,9%) (IC 95%, 32,8%-34,9%); déficit severo (VitD<10 ng/ml) 468/7762 (6%) (IC 95%, 5,5%-6,6%). La insuficiencia y/o déficit de VitD fue más prevalente en mujeres (VitD<30 ng/ml, p<0,001; VitD<20 ng/ml, p<0,001; VitD<10ng/ml, p>0,005) y en >50 años (p<0,001 para todos los umbrales de VitD). El 100% de los casos eran de raza caucásica.

DISCUSIÓN: En los últimos años se han descrito efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios asociados a la vitD. El déficit de vitamina D se ha asociado con un incremento de la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular, diabetes, afectación renal, enfermedades autoinmunes y cáncer. Para el control de los niveles de VitD se recomienda el empleo de los niveles séricos de 25(OH)D3. Estudios realizados en Europa llegan a la conclusión de que existe una elevada prevalencia de déficit de vitamina D, afectando a >50% de la población general. En nuestro estudio, sólo un 31,4% tenía cifras de VitD>30 ng/ml, y hasta un 33,9% niveles de 25(OH)D3 <20 ng/ml. Como en estudios previos, en nuestra muestra el sexo femenino y la edad >50 años se asoció de manera estadísticamente significativa con el déficit de VitD.

CONCLUSIONES: El déficit de vitamina D es un problema frecuente en nuestro medio. El sexo femenino y la edad avanzada se asocian con mayor prevalencia de déficit de vitamina D. La VitD interviene en algunas vías fisiopatológicas, por lo que sería recomendable la determinación de los niveles séricos de 25(OH)D3 en pacientes con riesgo.

70 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ESTACIONALIDAD DE LOS NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN LA COSTA MEDITERRÁNEA.

Pagán Escribano, J.¹; Hernández Vidal, M.J.¹; Castejón Giménez, M.¹; Alemán Belando, S.¹; Gutiérrez Rodero, F.²

[1] Servicio de Medicina Interna Hospital Morales Meseguer.
[2] Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Elche.

INTRODUCCIÓN: La 25-hidroxivitamina D3 (VitD) es una pro-hormona sintetizada mediante la exposición solar de la piel, lo que la convierte en única entre las hormonas. La radiación ultravioleta transforma el 7-dihidrocolesterol pre-

sente en la piel obteniendo la VitD. Entre otras causas, el déficit de vitamina D en la población general se asocia a la falta de exposición a radiación ultravioleta B, más frecuente en los meses de invierno.

OBJETIVOS: Analizar los niveles séricos de VitD en las diferentes estaciones del año en una muestra de población general de la costa mediterránea.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo, transversal. Se seleccionaron inicialmente 11719 pacientes que tenían una determinación de VitD de la base de análisis clínicos del área de salud del HGU de Elche. Criterios de exclusión: <18 años, no tuviera determinación de creatinina sérica, en tratamiento con suplementos de vitamina D o multivitamínicos, datos de enfermedad renal crónica y/o alteración de los niveles de creatinina sérica (creatinina sérica >1,5 mg / dl) y/o estuviera en seguimiento en la consulta de Oncología, Hematología, Reumatología y/o Nefrología. Se analizaron factores sociodemográficos, clínicos y analíticos. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS Statistics® v.20.

RESULTADOS: analizamos un total de 7762 casos. El 78,9% fueron mujeres. Edad media (DE) 59,92 (15,83) años. Niveles de VitD: un 31,4% no tuvieron déficit (VitD>30 ng/ml); el 68,6% insuficiencia (VitD< 30 ng/ml); el 33,9% déficit moderado (VitD< 20 ng/ml); el 6% déficit severo (VitD<10 ng/ml). La insuficiencia y/o déficit fue más prevalente en invierno (VitD<30 ng/ml, p<0,001; VitD<20 ng/ml, p<0,001; VitD<10ng/ml, p<0,001) y en >50 años (VitD<30 ng/ml, p<0,001; VitD<20 ng/ml, p<0,001; VitD<10ng/ml, p<0,001). Los meses de verano se relacionaron de manera estadísticamente significativa con valores de VitD>30 ng/ml (p<0,001).

DISCUSIÓN: En España, la prevalencia de hipovitaminosis D es alta. A pesar de la creencia generalizada de que en España disponemos de un clima que favorece unos adecuados niveles de vitamina D, estos son semejantes, o incluso inferiores, a los descritos para regiones como Europa central. Esto ocurre en otros países de la cuenca del Mediterráneo y se ha tratado de explicar por el déficit en el aporte dietético de vitamina D, que no puede ser compensado por la síntesis cutánea. En nuestro estudio, un 68,6% tenían niveles de 25(OH)D3 <30 ng/ml, y un 33,9% niveles de 25(OH)D3 <20 ng/ml. Al igual que podemos encontrar en la literatura, en nuestra muestra existe una estrecha relación entre los niveles de VitD y la estacionalidad.

CONCLUSIONES: El déficit de vitamina D es frecuente en la costa del Mediterráneo. La síntesis cutánea de VitD no es suficiente en muchos casos para mantener unos niveles séricos adecuados. En nuestro estudio el invierno y la edad avanzada se asocian con una mayor prevalencia de déficit de vitamina D.

71 COMUNICACIÓN

NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN PACIENTES VIH NAIVE PARA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

Pagán Escribano, J.¹; Sánchez Lucas, J.¹; Olagüe Baño, C.¹; Moreno Hernández, M.¹; Gutiérrez Rodero, F.²

[1] Servicio de Medicina Interna Hospital Morales Meseguer.
[2] Servicio de Medicina Interna HGU de Elche.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años el interés por la vitamina D ha ido en aumento. Se ha relacionado a esta hormona con multitud de procesos fisiopatológicos. Se ha reconocido su relación con procesos autoinmunes y su papel protector frente a determinadas enfermedades infecciosas. En el ámbito del VIH su déficit se ha relacionado con mayor progresión de la enfermedad, menor número de CD4 y cifras de carga viral más elevadas.

OBJETIVOS: Estudiar los niveles de 25 hidroxivitamina D3 (VitD) en una población de pacientes VIH positivo naïve para tratamiento antirretroviral (TAR) y su relación con variables sociodemográficas (sexo, edad, raza), clínicas y con la estacionalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se pre-seleccionaron 336 pacientes infectados por el VIH que eran naïve para TAR. Criterios de inclusión: edad >18 años, VIH positivo, una determinación de niveles de VitD. Criterios de exclusión: con TAR en el momento de la determinación de VitD o que hubieran recibido TAR en el pasado, tratamiento con suplementos de vitamina D o multivitamínicos, enfermedad renal crónica y/o alteración de los niveles de creatinina sérica y seguimiento en la consulta de Oncología, Hematología, Reumatología y/o Nefrología. Las variables fueron analizadas con el programa estadístico SPSS-20 Statistics® v.20.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 178 pacientes VIH positivos naïve para TAR. Un 83,7% eran hombres. Edad media (DE) 37,17 (10,02). El 92,7% eran de raza caucásica. Niveles de VitD: 73,6% VitD<30 ng/ml, 38,8% VitD<20 ng/ml y 7,3% VitD<10 ng/ml. Del total de pacientes un 19,1% eran HTA, 3,9% DM-2, 23,6% DLP y 37,1% fumaban. En análisis univariante no hallamos asociación entre los niveles de 25(OH)D3 y la HTA, la DM-2, ni el tabaco. La DLP se asoció con VitD<20 ng/ml ($p<0,01$) y VitD<10 ng/ml ($p<0,01$). El sexo femenino y ser caucásico se relacionaron con niveles de VitD<20 ng/ml ($p<0,05$) y VitD<10 ng/ml ($p<0,05$). La edad no se relacionó de manera significativa con el déficit de VitD. Existía una mayor prevalencia de VitD<30 ng/ml en invierno (OR 5,46; IC 95% 2,28 – 13,07, $p = 0,001$) y menor en verano (OR 0,216; IC 95% 0,087 – 0,536, $p = 0,001$). También con cifras de VitD<20 ng/ml encontramos una diferencia significativa en invierno (OR 3,13; IC 95% 1,67–5,87, $p = 0,001$) y en verano (OR 0,29; IC 95% 0,095 – 0,897, $p = 0,024$).

DISCUSIÓN: La mayoría de los trabajos que podemos encontrar en la literatura actual que estudian la relación entre la infección por VIH y la vitamina D se han llevado a cabo en pacientes con TAR, pudiendo influir este en sus niveles séricos. La prevalencia de déficit de vitamina D en nuestra cohorte fue menor que lo observado en otros trabajos como el de Gredela. K et al, con un déficit de VitD presente en el 58,5%, y resultados del estudio EuroSIDA. La edad no se relacionó con el déficit de vitamina D probablemente por la edad media de nuestra muestra. La principal limitación de nuestro estudio fue el tamaño muestral.

CONCLUSIONES: La prevalencia del déficit de VitD en pacientes con VIH es elevada. Muchos de los factores relacionados con el déficit de 25(OH)D3 en VIH positivos son similares a los encontrados en la población general. Se necesitan nuevos estudios para evaluar posibles relaciones entre el metabolismo de la VitD y la historia natural de la infección por el VIH.

72 COMUNICACIÓN

MICROBIOLOGÍA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA.

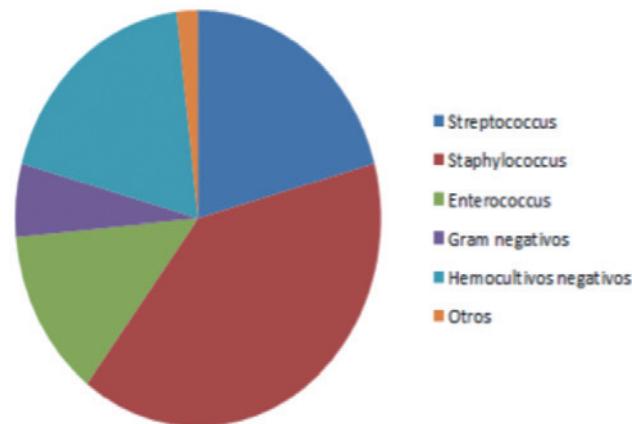
Hernández Murciano, M.C.; Martín Cascón, A.; Iniesta-Pino Alcaraz, I.; Hernández Felices, F.J.; Callejo Hurtado, V.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio de Medicina Interna.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los dos grupos de microorganismos que más comúnmente se relacionan con Endocarditis Infecciosa (EI) son *Staphylococcus* y *Streptococcus*, existen otros microorganismos implicados, en menor frecuencia, como bacilos gram negativos u hongos. En este estudio, hemos analizado datos de pacientes dados de alta entre 2011-2016 en nuestro hospital con diagnóstico de EI. En base a dichos datos, se han estudiado los microorganismos más habituales para comparar si las características de nuestra población se asemejan a las disponibles en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo a partir de datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes (n=52) dados de alta con diagnóstico de EI en el periodo 2011-2016 en el Hospital Reina Sofía. Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Del total de 52 pacientes, se obtuvieron hemocultivos positivos en 42 casos (80.77%), 10 pacientes tuvieron hemocultivos negativos y, en dos de ellos, se encontró serología positiva para *Coxiella* y *Brucella*. El grupo con mayor representación fueron los *Staphylococcus* con un total de 21 resultados (40.38%), seguido de los *Streptococcus* con 11 resultados (21.15%).



DISCUSIÓN: Tras analizar los resultados, pudimos observar que en nuestro medio predominan el grupo *Staphylococcus* y *Streptococcus*. Tiene, por tanto, nuestra población las mismas características microbiológicas que la población general. Un dato a destacar, del total de pacientes con hemocultivos positivos para SAMS, 11 pacientes (21.15%), 4 de ellos eran usuarios de drogas por vía parenteral, relación que también es conocida en la literatura.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, destacar que los microorganismos responsables de la EI en la población del Hospital Reina Sofía sigue el patrón habitual, con predominio del grupo *Staphylococcus* seguido del *Streptococcus*.

73 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA EN EL PERÍODO 2011-2016.

Martínez Cánovas, E.C.; Ferraro, L.; Hernández Felices, F.J.; Martín Cascón, A.; Martínez Martínez, M.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio de Medicina Interna.

OBJETIVOS: En este estudio, hemos analizado datos de los pacientes dados de alta durante el periodo 2011-2016 en nuestro hospital con el diagnóstico de EI y se han estudiado las características epidemiológicas y se han comparado con la evidencia disponible, de forma que pudiéramos valorar la similitud de nuestra población con el resto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional y retrospectivo a partir de datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de EI en el periodo 2011-2016 en el Hospital Reina Sofía. Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Se obtuvo un total de 52 pacientes, de los cuales 33 eran varones (63%) con una edad media de 65 años, predominando el grupo de edad mayores de 74 con un total de 17 pacientes (33%), seguido del grupo 65-74 años con 15 pacientes. La mayoría de raza caucásica, a excepción de un 13%. Los datos de distribución de los factores de riesgo en número de casos y porcentaje se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de factores de riesgo distribuidos en generales y específicos de la endocarditis infecciosa.

Factores de riesgo generales	Número de casos (%)	Factores de riesgo específicos	Número de casos (%)
Varones	33 (63%)	Manipulación dentaria	7 (13%)
No caucásicos	7 (13%)	Dispositivo intracardíaco	7 (13%)
HTA	36 (69%)	Válvula protésica	10 (19%)
DM tipo 2	14 (27%)	Cardiopatías congénitas	0 (0%)
DLP	30 (58%)	Endocarditis previas	5 (10%)
Tabaquismo	15 (29%)	Válvula senil	21 (40%)
ERC	16 (31%)	UDVP	5 (10%)
Cirugía cardiaca previa		Catéter intravascular	6 (12%)
Fístula AV		1 (2%)	
Inmunodeprimidos		4 (8%)	
		17 (33%)	

DISCUSIÓN: En nuestro estudio se observó un predominio de varones y pacientes mayores de 74 años, asemejándose a los datos disponibles de estudios poblacionales previos. Con respecto a los factores de riesgo más frecuentes destacan HTA y DLP, si atendemos a los factores específicos de EI podemos destacar la válvula senil, descrita en ecocardiografía como esclerosis valvular frecuentemente aórtica, y pacientes inmunodeprimidos. En comparación con otras series españolas, en torno al 2.6%, la incidencia en UDVP está aumentada, esto se podría explicar por las variaciones geográficas de ciertos factores de riesgo. El tabaco no es representativo ya que no se recogió adecuadamente en todas las historias.

CONCLUSIONES: Los pacientes de nuestra área que ingresan con diagnóstico de EI son más frecuentemente varones y pacientes de edad avanzada, con HTA y DLP como patologías previas y con patología degenerativa previa valvular e inmunodepresión.

74 COMUNICACIÓN

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ¿CUMPLIMOS OBJETIVOS?

Sarabia Marco, F.A.; Nieto Tolosa, J.; González Cánovas, C.; García Noguera, D.; Velasco Romero, R.M.

Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza (Murcia).

INTRODUCCIÓN: A pesar de que disponemos de recomendaciones claras sobre el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCVs), los pacientes que ya han presentado un evento cardiovascular no logran los objetivos de control en un alto porcentaje. Nuestro objetivo es valorar el grado de consecución de las recomendaciones de prevención secundaria.

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, sobre una población de pacientes con cardiopatía isquémica estable, valorados a lo largo de seis meses de forma consecutiva en consulta de Cardiología, recopilando variables clínicas y analíticas.

RESULTADOS: Se analizaron 117 pacientes (edad media 66 años, 24% mujeres), 49% con IAM previo. La prevalencia de FRCVs fue: HTA 75%, DM 45%, dislipemia 73%, 35% tabaquismo activo. Función renal normal o disfunción ligera (ClCr >60 ml/m²) en el 73%. Los valores medios de LDL fueron 81.84 mg/dl, TAS 131,43 mmHg, HbA1c 6.52% (ver tabla). El uso de tratamiento antitrombótico (AA, ACO), betabloqueantes e IECA/ARA-II en esta población fue del 96%, 76% y 67%, respectivamente, recibiendo un 95% estatinas (figura 1). Se logró objetivo de control en un 81% en cifras TAS (45,4% con 3 o más fármacos), 70% en HbA1c (25% con insulina, 52,8% con 2 o más fármacos) y 36% en LDL (75% estatinas de alta intensidad, 82% en aquellos con LDL>70 mg/dl) (figura 2). Con las restricciones actuales en nuestro medio en esta indicación (LDL>100 mg/dl, uso de estatinas a máxima dosis tolerada), únicamente un 15% de nuestros pacientes tendría indicación de empleo de otros tratamientos hipolipemiantes (inhibidores PCSK9).

CONCLUSIÓN: A pesar del gran esfuerzo terapéutico farmacológico en prevención secundaria, superior al publicado en registros nacionales recientes, un gran porcentaje de pacientes sigue sin alcanzar cifras objetivo de LDL, siendo el control del resto de FRCVs óptimo. El empleo de tratamientos hipolipemiantes más potentes y caros únicamente podría mejorar ligeramente esta situación.

Figura 1. Prescripción fármacos (%)

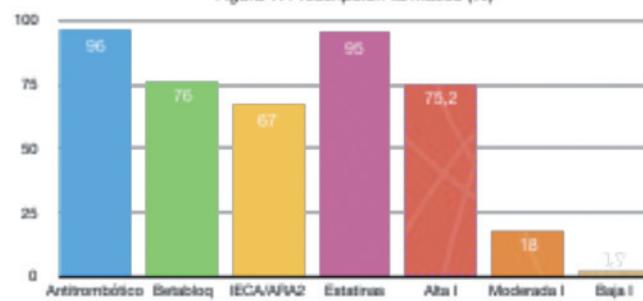
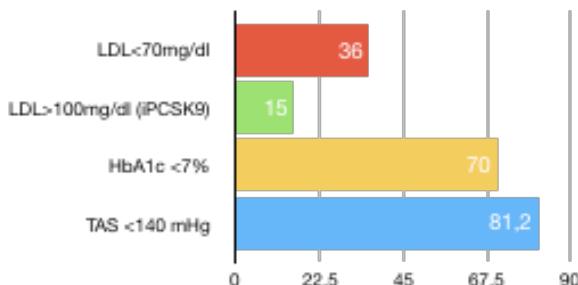


Figura 2. Objetivo FRCV (%)



CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN (N= 177)

Edad (años)	66,1±11	79,5% <75 a.
Sexo (% mujeres)	24	
HTA (%)	75	
DM (%)	45	
Dislipemia (%)	73	
Tabaquismo activo (%)	35	
IAM previo (%)	49	
HbA1c (%)	6,525±1,123	
TG (mg/dl)	146,01±109,79	
Col. T (mg/dl)	157,82±36,68	
LDL (mg/dl)	81,84±27,3	
IMC (kg/m ²)	30,03±5,91	48% >30kg/m ²
TAS (mmHg)	131,43±16,1	
TAD (mmHg)	71,47±9,4	

75 COMUNICACIÓN

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

Bruno Pérez, T.; Sanclemente Juarros, G.; Alcaraz Vidal, B.; Jimeno Almazán, A.; Cobos Trigueros, N.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La incidencia de infección por *Clostridioides difficile* (ICD) ha aumentado desde principios de siglo y es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes actualmente. El objetivo de nuestro estudio fue describir los síntomas, signos y datos de laboratorio y radiológicos en pacientes diagnosticados de ICD en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los casos de ICD diagnosticados en nuestro hospital durante el año 2017, centrándonos en la clínica y las exploraciones complementarias analíticas y radiológicas. El diagnóstico microbiológico de ICD consistió en la determinación inicial del antígeno GDH. En aquellos casos positivos se realizó la determinación de toxina mediante ensayo inmunoensayo (EIA). Cuando éste fue negativo se realizó una determinación de PCR para confirmar o descartar el diagnóstico. Se consideraron casos graves o complicados aquellos que cursaron con

shock, leucocitosis (>15.000 leucocitos), insuficiencia renal (aumento >50% de la creatinina basal), o tenían un diámetro de colon transverso >6cm.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 66 episodios de ICD, correspondiendo a 54 primeros episodios y 12 recidivas. La clínica principal fue la diarrea, con una media de 7 deposiciones diarias (DE: 5). Cuatro pacientes presentaban diarrea crónica. La diarrea fue hemática o con restos de sangre en 10 casos (15%). Veintidós pacientes (33%) presentaron dolor abdominal. La infección cursó con fiebre en 19 casos (29%) con una temperatura media de 38°C (DE: 0,7°C). Desde el inicio de la clínica digestiva hasta el diagnóstico de la ICD transcurrieron una media de 6 días con una mediana de 4 (RIQ: 2-8) y una moda de 1. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante EIA en 29 casos (44%), PCR en otros 29 casos (44%) y en 8 casos no se determinó la presencia de toxina pero respondieron al tratamiento empírico, por lo que se asumió el diagnóstico como probable. En 55 pacientes (84%) se realizaron determinaciones analíticas en el momento del diagnóstico o en los dos días previos o posteriores. La mediana de PCR, obtenida en 52 casos, fue de 7,4mg/dL (RIQ: 3-12,7). Treinta pacientes (55%) presentaron leucocitosis (>10500 leucocitos/mm³), con una media total de 12285 leucocitos/mm³ (DE: 6068) y una media de 9588 neutrófilos/mm³ (DE: 5763). Veinte pacientes (30%) tenían una determinación de leucocitos >15000/mm³. Once pacientes (17%) presentaron insuficiencia renal aguda. La albuminemia se solicitó en 32 casos siendo <3g/dL en el 50% de los casos. Respecto a las pruebas de imagen solo en 16 pacientes (24%) se solicitó una radiografía de abdomen, de los cuales 4 presentaban un diámetro de colon transverso mayor de 6 cm, criterio diagnóstico de megacolon. En 6 casos se realizó colonoscopia, objetivando pseudomembranas en sólo un caso. Veintiséis casos (39%) se consideraron graves o complicados. Tras el inicio de tratamiento dirigido, la media de días de clínica hasta la resolución fue de 12 días (DE: 11). Un paciente cursó con shock (1.5%), 4 pacientes (6%) precisaron ingreso en UCI y uno requirió la realización de una colectomía (aunque en la muestra de anatomía patológica se diagnosticó una colitis ulcerosa). Cuatro pacientes fallecieron en relación a la infección (6%).

DISCUSIÓN: En nuestro estudio destaca la baja realización de exploraciones radiológicas, teniendo en cuenta que el megacolon es un criterio de gravedad, y ello obliga a un tratamiento diferente al de los casos leves. Así mismo también es baja la determinación de albúmina, la cual también se asocia a mal pronóstico. A pesar de ello no observamos un peor pronóstico con mayor mortalidad de la descrita en series previas.

CONCLUSIÓN: La diarrea fue la principal sintomatología de los pacientes con ICD, siendo sanguinolenta en el 15% de los pacientes. Sólo cursaron con fiebre un tercio de los pacientes. El 40% cumplían criterios de gravedad o infección complicada, si bien sólo un 6% precisaron ingreso en UCI, uno requirió una colectomía (aunque podría estar en relación a una enfermedad inflamatoria intestinal subyacente) y un 6% fallecieron. La realización de exploraciones complementarias fue baja, sobre todo las exploraciones radiológicas.

76 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR C.DIFFICILE EN CARTAGENA.

Bruno Pérez, T.; Sanclemente Juarros, G.; García Pérez, A.; Ruiz Belmonte, E.; Cobos Trigueros, N.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es una patología que a pesar de haber cobrado una importancia relevante desde inicio de siglo no cuenta aún con una epidemiología bien caracterizada en nuestro país. Nuestro objetivo fue realizar una descripción de las ICD en nuestro entorno en función de las tres esferas epidemiológicas básicas: persona, lugar y tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los episodios de ICD diagnosticados durante el año 2017 en nuestro hospital. Consideramos infección de adquisición nosocomial aquellos casos en los que la clínica se inició estando el paciente ingresado en el hospital por otro motivo, de adquisición nosohusialestando el paciente en domicilio pero con un antecedente de ingreso hospitalario los 3 meses previos, y en el resto de casos se consideró la infección de adquisición comunitaria. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS v.24.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se diagnostican 66 episodios de ICD, de los cuales 54 correspondieron a un primer episodio y 12 fueron recidivas(7 primeras y 5 segundas o sucesivas). Cuarenta y cuatro pacientes (67%) eran mujeres. La edad media fue de 72 años (DE: 18). La mediana del índice de comorbilidad de Charlsonfue de 5 puntos (RIQ: 3-7). Entre las comorbilidades destacaron 15 pacientes (23%) con neoplasia, de los cuales 7 recibían tratamiento con quimioterapia. Trece pacientes (20%) estaban bajo tratamiento inmunosupresor (11 con corticoides y 4 con otros inmunosupresores). Ningún paciente era VIH. Cuarenta y seis pacientes (70%) recibían tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. En relación a la toma previa de antibióticos, 56 pacientes(85%) habían sido tratados con algún antibiótico en los 3 últimos meses. De ellos los más frecuentes fueron los betalactámicos (47 casos, 71%), especialmente las cefalosporinas (33, 50%) y la amoxicilina-clavulánico (21, 32%). En segundo lugar se encontraron las quinolonas con 22 casos (33%). Tan sólo un paciente había sido tratado con clindamicina. La duración media del tratamiento antibiótico previo al inicio de la ICD fue de 15 días (DE: 15), estando la mitad de los pacientes recibiendo antibiótico en el momento del inicio de la sintomatología digestiva. La infección tuvo un origen nosocomial en 27 casos (41%), nosohusial en 26 (39%) y comunitario en 13 (20%). Entre los episodios de adquisición nosocomial, 21 casos (78%) ocurrieron en salas médicas. La media de días de ingreso hospitalario previo al inicio de la sintomatología digestiva fue de 16 días (DE: 23 días, rango de 1 a 120 días). En relación a la temporalidad de los casos, observamos una mayor proporción de casos en el primer trimestre del año (39,4% de los casos), así como durante el mes de Julio, siendo este el mes con una mayor incidencia, acumulando el 15,2% de los casos, sin que ello formase parte de un brote.

DISCUSIÓN: Nuestros datos epidemiológicos básicos coinciden con los de otros estudios del mismo tipo. En todos ellos la incidencia de ICD es superior en mayores de 65 años, con abundantes comorbilidades, toma previa de antibióticos,

contacto frecuente con el sistema sanitario e ingreso hospitalario prolongado. A pesar de considerarse una infección típicamente nosocomial, hay que destacar una proporción nada despreciable de pacientes con infección comunitaria. El aumento de casos en época invernal, ya previamente descrito, se podría explicar por el mayor consumo de antibióticos para tratamiento de infecciones respiratorias. Como dato discordante, el aumento de casos en julio puede atribuirse a un hallazgo casual debido al bajo número de casos de este estudio y el análisis de sólo un año natural, que constituyen la debilidad fundamental del estudio. Este aumento de los casos no se debe a la existencia de un brote hospitalario.

CONCLUSIONES: La ICD fue una infección frecuente (más de un caso a la semana), que afectó principalmente a pacientes de edad avanzada que habían tomado antibióticos recientemente, especialmente betalactámicos y quinolonas. Aunque la mayoría de los casos fueron de adquisición nosocomial, el 20% fueron comunitarios. La incidencia fue mayor en los primeros tres meses del año. No detectamos ningún brote.

77 COMUNICACIÓN

ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN.

Bruno Pérez, T.; Serrano Ladrón de Guevara, S.; Ruiz Belmonte, E.; Escribano Viñas, P.; Rojano Torres, R.

[1] Hospital General Universitario de Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN: Desde 2012 se ha descrito una enteropatía sprue-like secundaria a olmesartán, similar a la propia de la celiaquía con anticuerpos negativos. Esta entidad se encuentra aún mal definida. Presentamos una serie de 7 casos.

OBJETIVOS: Describir 7 casos enteropatía o probable enteropatía relacionada con el olmesartán ocurridos en nuestro hospital entre el año 2012 y el 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través de la historia clínica electrónica se recogen datos de 7 pacientes de manera retrospectiva. Se recogen las siguientes variables en el ingreso en el que se realiza el diagnóstico: edad, sexo, antecedentes médicos personales, antecedentes quirúrgicos, tratamiento crónico, resultado de gastroscopia, resultado biopsias, resolución y tiempo de resolución.

RESULTADOS: Entre los 7 casos recogidos encontramos varones. El rango de edad va de los 64 a los 91 años siendo 6/7 (85,7%) >65 años. Entre los antecedentes todos los pacientes tenían HTA, 4/7 (57%) dislipemia, 1/7 (14,3%) ERC, 3/7 (43,9%) EPOC de los cuales 2/7 (28,6%) eran exfumadores. Otros antecedentes encontrados de manera aislada fueron hiperplasia benigna de próstata, hipotiroidismo, hipertensión ocular, melanosis coli o encefalopatía de pequeño vaso. Entre los antecedentes quirúrgicos solo en 3 (43,9%) casos figura intervención abdominal previa de los cuales 2 son ooforectomía y 1 es una herniorrafia. En cuanto al tratamiento crónico, un paciente no llevaba olmesartán pautado en el momento del episodio pero si lo había llevado anteriormente. 2/7 (28,6%) casos de pacientes polimedicados (>6 fármacos) con una mediana en número de fármacos de 4 (rango 2-8). 4/7 llevaban otro compuesto para el tratamiento de la HTA de los cuales tres casos eran de hidroclorotiazida. La clínica en todos los casos predominó diarrea acuosa: 4/7 casos presentaron más de 5 deposiciones diarias (rango 2-20). Otros síntomas fueron dolor abdominal 3/7 (43,9%), vómitos 3/7 (43,8%) y pérdida de peso 5/7 (57%).

5 pacientes presentaron insuficiencia renal aguda (71,4%) en 3 casos acompañado de acidosis metabólica y en 1 de hipopotasemia (2,7 mEq/L de K). En 5 ocasiones (57%) los pacientes habían presentado al menos 1 ingreso previo por diarrea siendo 2 el máximo número de ingresos previos (2/7, 28,6%). En otras pruebas complementarias el estudio de celiacos en 4 pacientes de los cuales ninguno tenía anticuerpos positivos y solo 1 era HLA compatible. Se realizó toxina de Clostridium a 5/7 pacientes siendo negativa en todos. La gastroscopia se realizó en 5 pacientes (71,4%). Entre los hallazgos encontramos hernia de hiato (3/5, 60%) y gastritis o duodenitis aguda (2/5, 40%); 1 paciente presentó gastroscopia normal. Las 5 biopsias obtenidas en gastroscopia en duodeno tenían histología patológica: 2/5 (40%) MarshIIIc, 2/5 (40%) Marsh II, 1/5 (20%) MarshIIIb-c. Tras el abandono del olmesartán el cuadro diarreico se resolvió en menos de 1 mes en todos los casos (7/7, 100%) acelerándose la recuperación a menos de 15 días en 5/7 casos (71,4%) y menos de 1 semana en 3/7 casos (43,9%). Contamos con resolución histológica en 3/7 (43,9%) pacientes.

DISCUSIÓN: Desde que se describiera esta patología en 2012 se han descrito varias series de casos. Actualmente la etiología es desconocida y la hipótesis principal postula que se trata de un mecanismo autoinmunitario mediado por linfocitos T CD8+ y desencadenado por el olmesartán. Se trata de una enteropatía indistinguible clínicamente de la enfermedad celiaca que cursa en muchas de las series de casos con diarrea acuosa. Otros síntomas comúnmente descritos son la pérdida de peso, la acidosis metabólica y la hipopotasemia. El diagnóstico diferencial histopatológico de esta enfermedad se debe hacer con la enfermedad celiaca, clínicamente indistinguibles; con el sprue tropical; la enteropatía autoinmune; las enfermedades inflamatorias intestinales y los efectos secundarios a otros fármacos como el ácido micofenólico.

CONCLUSIONES: nos encontramos ante una patología grave de aparición secundaria a fármacos que se manifiesta fundamentalmente con diarrea acuosa y que hemos de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la enfermedad celiaca.

78 COMUNICACIÓN

ESTUDIO GRUPO DE CASOS ENFERMEDAD DE BEHÇET EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS DE M.I.

Iniesta-Pino Alcázar, I.; Martín Cascón, A.; De la Rosa Vale-ro, V.D.; Hernández Felices, F.J.; López Andreu, F.R.

Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad de Behçet es una enfermedad autoinmune que cursa con vasculitis. Se caracteriza por aftas orales recurrentes y manifestaciones sistémicas. El debut y la evolución en cada paciente es distinta y al tratarse de una enfermedad crónica requiere un seguimiento. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la población con este diagnóstico en consulta de Medicina Interna y analizar sus características epidemiológicas y evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo observacional donde se han analizado todas las historias clínicas de 4 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Behçet valorados en consulta de Medicina Interna, en un hospital de segundo

nivel. Se valoraron variables clínicas, edad, sexo, año de debut, forma clínica de debut, presencia HLA B51, gen mica, tratamiento, complicaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 4 pacientes. Siendo 3 mujeres (75%) y 1 hombre (25%). Las edades de debut varían con dos diagnósticos en la 4ª década. Los 4 casos (100%) presentaron úlceras orales en su debut, 3 casos presentaron además eritema nodoso y 2 presentaron úlceras genitales, no se apreció ningún episodio de trombosis al debut. Durante el seguimiento el 100% de los pacientes desarrollaron úlceras genitales en algún momento, el 75% desarrolló clínica articular y ocular siendo el 50% del tipo uveítis. De los pacientes estudiados únicamente uno tiene una determinación positiva de gen HLA B51, quedando todos ellos pendiente de determinación del gen mica. Del apartado de tratamiento el 75% se encuentra en tratamiento con colchicina, habiendo recibido el 50% tratamiento corticoideo y encontrándose el 75% con un inmunosupresor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La mayor incidencia del debut de enfermedad se presentó en edades medias de la vida, presentando predominio por el sexo femenino, sin clara distribución étnica. La forma clínica de debut más común fueron las aftas orales y el eritema nodoso. La sintomatología más comúnmente desarrollada durante el seguimiento fueron las úlceras genitales, destacando además la clínica articular y ocular, siendo de estas la uveítis la predominante. Como tratamiento de primera línea destacan la colchicina y el tratamiento corticoideo, en cuanto a los inmunosupresores utilizados como segunda línea no se aprecia una elección predominante

79 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DE ACTIVIDADES UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Olagüe Baño, C.; Moreno Hernández, M.; Gil López, Josefa; Gandía Herrero, Marina; Pozo Serrano, Isabel.

Medicina Interna. Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los cuidados paliativos tienen, entre otros objetivos, el aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida y el proceso de morir de las personas en fase final de enfermedad. Las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) se organizan para mejorar la atención sanitaria de estos pacientes y de sus familias. Nuestro objetivo es conocer las características de la población atendida.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en la UCP hospitalaria multidisciplinar (Medicina Interna /Oncohematología) del hospital Morales Meseguer. Muestreo consecutivo durante el período enero-abril 2018. Análisis mediante SPSS v22: expresión de variables cualitativas mediante proporción, de variables cuantitativas mediante media \pm desviación estándar (valores percentil 25-75).

RESULTADOS: Ingresan en nuestra Unidad 167 pacientes, 41% mujeres, con edad media 75.2 ± 14.4 años (68-87). El seguimiento fue realizado por Oncohematología en 15% de pacientes. Procedencia: 71% Urgencias, 9% Medicina Interna, 8% Oncología, 3% Digestivo, 2% Neumología, 2% Cuidados Intensivos, 1% Neurología, 1% Cirugía, 1% Corta Estancia, 1% Medicina Infecciosa. Motivos de ingreso: 26% patología infecciosa, 15% deterioro neurológico, 11% patología abdominal, 8% deterioro del estado general, 7% ingreso en situación de

agonía, 5% mal control del dolor y 2% claudicación familiar. Diagnósticos de enfermedad en situación de terminalidad: 60% causa oncológica, 19% demencia, 6% otras enfermedades neurológicas (ictus, esclerosis múltiple o Parkinson), 5% insuficiencia cardíaca, 2% cirrosis, 1% EPOC y 1% fibrosis pulmonar. Recibían seguimiento previo por equipos de soporte extrahospitalario (ESAD) un 22% de pacientes que ingresan. Al alta, un 35% de pacientes que marchan a domicilio comienzan apoyo por ESAD. Estancia hospitalaria: 8.3 ±8.6 días (2-11). Al finalizar el ingreso, un 70% de pacientes fallecieron, 29% fueron alta a domicilio y 2% se trasladaron a otro servicio o Centro. Además, durante este periodo atendimos 88 interconsultas de otros servicios, siendo los pacientes de Neumología los que más necesitaron nuestro seguimiento

Causa terminalidad	% mujeres	% coordinación ESAD	% ingreso Urgencias	% causa infecciosa	% fallecimientos
Oncológicos (n=100)	30	46	73	18	68
Demencias (n=32)	66	9	75	37	70
TOTAL	41	32	71	26	70

DISCUSIÓN: Analizando nuestra serie de pacientes, coincidimos con la perspectiva paliativa en la necesidad de una visión amplia de los cuidados apropiados, no sólo para pacientes con enfermedad oncológica sino también para pacientes con enfermedad crónica orgánica avanzada, demencia senil avanzada y ancianos frágiles. En todos ellos, el objetivo fundamental siempre es la mejora de la calidad de vida, y será la complejidad en la atención a nuestros pacientes la que determinará si precisan intervención del equipo de cuidados paliativos. En ello, intervienen factores como las características del paciente, los síntomas de difícil control (físicos o psicemocionales), las necesidades diagnósticas o terapéuticas, las dificultades de adaptación de la familia y los dilemas éticos.

CONCLUSIONES: 1. Nuestra Unidad de Cuidados Paliativos hospitalaria atiende un volumen considerable de pacientes en fase final de enfermedad, procedentes de una gran variedad de servicios y con una estancia en hospital razonable. 2. Aunque el diagnóstico más frecuente de terminalidad continúa siendo la causa oncológica, las enfermedades crónicas suponen casi la mitad de pacientes. 3. Ha sido imprescindible la coordinación entre niveles asistenciales en un tercio de los pacientes. 4. Los pacientes oncológicos, en comparación con la demencia, presentan menor proporción de mujeres, menor ingreso por causa infecciosa y mayor necesidad de coordinación por ESAD, con similares proporciones de ingreso desde Urgencias y de fallecimientos en hospital.

80 COMUNICACIÓN

PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO EN UN HOSPITAL DE ÁREA.

Martín Cascón, A.¹; Iniesta-Pino Alcázar, I.¹; de la Rosa Valero¹; Hernández Felices, F.J.¹; Vera Sánchez-Rojas, M.C.¹

[1] Medicina Interna, Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas, epidemiológicas y el tratamiento de una serie de pacientes diagnosticados de Síndrome Antifosfolípido Primario (SAFLP) en un hospital de área.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con diagnóstico de SAFLP, en seguimiento en consultas externas de Medicina Interna durante el año 2017. Dicho estudio se ha llevado a cabo, en función de las variables seleccionadas a priori, mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 15 pacientes, de los cuales el 66.6% fueron mujeres y el 33.3% hombres, con una edad media de debut de 35.4 años. De ellos el 46.6% debutó con un tromboembolismo pulmonar, mientras que el 40,0% lo hicieron con una trombosis venosa profunda, coincidiendo ambos en un 20% de los casos. Asimismo, en dos de los pacientes la clínica de debut fue un ictus isquémico, en otro de los casos un infarto renal y un livedo reticular. Ninguna de las pacientes experimentó complicaciones durante el embarazo.

En cuanto a los hallazgos analíticos, en el 86.0% se objetivó un anticoagulante lúpico positivo, en el 66.6% anticuerpos anti-cardiolipinlgG positivos, en el 26.6% anticuerpos anti-cardiolipinlgM positivos y por último, en el 6.6% de los casos anticuerpos anti-D2 glicoproteína positivos. En ningún caso encontramos triple positividad. A su vez, el 53.3% fueron ANA positivos. En ningún caso se objetivó trombocitopenia ni anemia hemolítica.

El 93.3% de los pacientes fueron tratados con antagonistas de la vitamina K, el 33.3% con antiagregantes y el 26.6% recibieron doble terapia. De todos ellos, en un caso se produjo una recidiva pese al tratamiento, que cursó como síndrome anti-fosfolípido catastrófico, ocasionando la muerte del paciente.

DISCUSIÓN: El SAFLP es una trombofilia adquirida mediada por autoanticuerpos, caracterizada por trombosis arterial o venosa recurrente y morbilidad durante el embarazo. Debe ser considerado en el caso de pacientes jóvenes con trombosis, ictus, complicaciones en el embarazo, en presencia de livedo reticular o trombocitopenia. En dichos casos habrá que medir los anticuerpos antifosfolípidos.

CONCLUSIONES: La mayor parte de nuestros pacientes fueron mujeres jóvenes de entre 30-40 años, con clínica de trombosis venosa y sus consecuencias, que no experimentaron manifestaciones obstétricas ni fetales y que presentaban, en su mayoría, determinaciones de anticoagulante lúpico positivo y una buena evolución con antagonistas de la vitamina K.

81 COMUNICACIÓN

¿SABEMOS CUÁNDO HEMOS DE SEDAR A NUESTROS PACIENTES?

de la Rosa Valero, V.D.; Hernández Murciano, M.C.; Martínez Cánovas, E.C.; Ferraro, L.; López Andreu, F.R.

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los profesionales especializados en medicina paliativa entienden bajo el concepto de sedación terminal la administración de medicamentos que reducen el nivel de conciencia del paciente moribundo con el objetivo de aliviar sus síntomas más agobiantes. Así pues, el objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de una muestra de pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna (SMI) de nuestro hospital, su tratamiento farmacológico y no farmacológico, y las distintas indicaciones del mismo por su médico responsable.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo sobre una muestra aleatorizada de pacientes fallecidos en el SMI de nuestro hospital a lo largo de todo el año 2016. Se han estudiado diferentes variables: uso de la sedación paliativa, fármacos usados en los dos últimos días previos al éxodo e indicaciones de su médico (por ejemplo, la no reanimación cardiopulmonar en caso de parada cardiorrespiratoria). Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS: Se han analizado 50 éxitos, registrándose el tratamiento previo al ingreso y durante el mismo. La mayoría de los pacientes eran pluripatológicos (70% estaban diagnosticados de demencia, 51,4% presentaban una enfermedad vascular y el 32% sufrían insuficiencia cardiaca de larga duración). El número de fármacos previos al ingreso de media eran 8,06 con una desviación típica de 4,9. Los diuréticos junto con los ARA II y IECA fueron los más prevalentes estando presentes en un 52% de los pacientes, seguidos de las benzodiacepinas con un 40%, los antiagregantes con un 39% y los anticoagulantes con un 30%. El 20% de los ingresos incluía en su tratamiento crónico la oxigenoterapia domiciliaria, mientras que el 69% precisó de oxigenoterapia en algún momento del ingreso y sólo tres de ellos portaron ventilación mecánica no invasiva. Se indicó alimentación por sonda nasogástrica en el 15% de los pacientes, ingresando con ella únicamente el 5%. Ningún paciente portaba PEG ni fue sometido a su implantación. La media de ingresos de los pacientes en el año previo era 2,13. Se estudió el tratamiento proporcionante de alivio; siendo la analgesia (no opioides) la más frecuente (81,4%), seguida de opioides (en la gran mayoría mórfico) de un 61,4%, neurolépticos (41,4%) y benzodiacepinas de corta duración (32,9%). La sedación paliativa únicamente se encontró en el 25% de los casos, utilizándose perfusiones de mórfico (30%), mórfico junto con midazolam (30%), y los anteriores junto con buscapina (30%). Otro fármaco también añadido a la perfusión fue el haloperidol en determinados casos. Resaltar que únicamente en un 36% de los pacientes estaba indicada la no RCP por su médico en la hoja del tratamiento del paciente.

DISCUSIÓN: Los pacientes fallecidos eran pluripatológicos y polimedicados. La gran mayoría tenían en el tratamiento previo al ingreso IECA/ARAII, antiagregantes, anticoagulantes y/o benzodiacepinas. Los fármacos más utilizados en la sedación paliativa fueron: perfusión de mórfico, de mórfico más morfina, y en tercer lugar, ambos combinados con buscapina.

CONCLUSIONES: La sedación paliativa es una medida necesaria llegado el caso de desenlace fatal inminente procurándose evitar el encarnizamiento terapéutico. En nuestro estudio, observamos una modificación del tratamiento favoreciendo las medidas de alivio, si bien es cierto, parece infrapautada la sedación.

82 COMUNICACIÓN

¿SE CONOCE QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

de la Rosa Valero, V.D.; Ferraro, L.; Iniesta-Pino Alcázar, I.; Santo Manresa, Á.; López Andreu, F.R.

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Cada vez es más frecuente el número de pacientes que reciben cuidados paliativos (CCPP)

dado el aumento de enfermedades crónicas y la mayor supervivencia de pacientes oncológicos. Numerosos estudios ponen de manifiesto el bajo nivel de conocimientos sobre CCPP entre la población general. Nuestro objetivo fue analizar el nivel de conocimiento sobre CCPP que manifestaron los pacientes y acompañantes de un Hospital General del Sistema Murciano de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal cuya unidad de análisis fueron las respuestas de un cuestionario creado por el investigador principal (basado en las encuestas creadas por grupos de trabajo de Cuidados Paliativos de los hospitales más punteros a nivel nacional), realizado a pacientes y familiares elegidos aleatoriamente en los diferentes servicios del hospital.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 40 encuestas. El 70% fueron realizadas a acompañantes y el 30% a pacientes. Un 62,6% fueron mujeres. Un 45,79% eran menores de 50 años. Un 8,4% no tenían estudios, un 36,4% educación primaria, un 20,5% educación secundaria, un 13% algún tipo de formación profesional, un 10,2% bachillerato, un 9,3% grado superior y un universitarios 1,86%. Del total, solo el 17% había tenido contacto previo con CCPP frente al 83% que no lo había tenido. A la pregunta “¿sabes que son los CCPP?”, 50% respondieron que no sabían nada, 15% sabían poco, 15% regular y 20% mucho. Tras explicarles que son los CCPP, el 99% contestaron que desearían recibir CCPP en caso necesario. Seguidamente, a la pregunta, “en caso de necesidad, ¿dónde piensa que se debería recibir CCPP?”, 33% respondieron en domicilio, 33% en el hospital y 34% en ambos. El 94% coincidían en la gran utilidad de los CCPP.

DISCUSIÓN: Se observa un alto porcentaje de encuestados que desconocen que son los cuidados paliativos. De igual modo, es destacable que la gran mayoría desearían recibir esos cuidados en caso de necesitarlo.

CONCLUSIONES: En sintonía con estudios previos, nuestros datos indican que existe un escaso conocimiento sobre los CCPP entre la población. Una vez explicados, la mayoría desearían recibir estos cuidados en caso de necesidad. No existen diferencias entre el grado de formación y los conocimientos de CCPP.

83 COMUNICACIÓN

OFITALMOPATÍA DE GRAVES. SERIE DE CASOS.

Ferraro, L.¹; Hernández Felices, F.J.¹; De la Rosa Valero, V.D.¹; Vera Sánchez-Rojas, M.C.¹; Palazón Moñino, D.¹

[1] Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La oftalmopatía de Graves es una enfermedad autoinmune de los tejidos retroorbitarios. La evolución de la enfermedad es distinta en cada paciente y debido a las exacerbaciones y remisiones es difícil determinar si un tratamiento es efectivo. El objetivo de nuestro estudio era evaluar la función tiroidea, la presencia de anticuerpos anti-TSI y los síntomas percibidos por los pacientes y estudiar si alguno de estos parámetros podría relacionarse con una mejor respuesta al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo observacional, donde se evaluaron las historias clínicas de 6 pacientes que sufren de oftalmopatía de Graves en se-

guimiento por la unidad de enfermedades autoinmunes de nuestro hospital. Se recogieron las variables: sexo, edad de debut, presencia de anticuerpos anti-TSI antes y después del tratamiento, la alteración de la función tiroidea, la puntuación de actividad clínica antes y después del tratamiento (*clinical activity score, CAS*) y los diferentes escalones terapéuticos que habían recibido.

RESULTADOS: Se incluyeron 6 pacientes actualmente en seguimiento, 5 mujeres y 1 varón. La edad de debut se encontraba en torno a la 4^a década de la vida. Todos ellos eran fumadores activos en el momento del diagnóstico. Cuatro de los pacientes presentaron Ac. anti-TSI positivos y cinco presentaron alteración tiroidea asociada que había sido tratada previamente (tiroidectomía). Todos ellos presentaron un CAS > 3 previo al inicio del tratamiento. Como tratamiento de primera línea todos los pacientes recibieron corticoterapia, asociada en uno de ellos a radioterapia. Como tratamiento de segunda línea tres pacientes recibieron Tozilizumab y uno Rituximab. Uno de los pacientes tratados con Tozilizumab presentó mala evolución. Tres pacientes negativizaron los Ac. Anti-TSI tras el

tratamiento. Se observó que el único paciente en el que persistieron fue el varón del estudio, que tenía además un CAS elevado; y que, además, uno de los pacientes con resultado negativo pretratamiento los positivizó tras el mismo. Todos los pacientes presentaron finalmente un CAS <3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La oftalmopatía se presenta en la edad media de la vida, con predominio por el sexo femenino. El tabaquismo fue un factor común entre nuestros pacientes, siendo ya conocido su papel en el desarrollo y empeoramiento de los síntomas. El CAS es parámetro útil para cuantificar la actividad de la enfermedad y predecir la respuesta al tratamiento. Si bien la actividad de la enfermedad mejoró finalmente en todos los pacientes; dos pacientes precisaron 3^a línea de tratamiento, tratándose del paciente sin alteración tiroidea y el paciente que positivizó los anticuerpos tras el tratamiento. Por tanto, no parece clara la asociación de la alteración de la función tiroidea con la actividad de la oftalmopatía y es posible que la persistencia o la positivización de los anticuerpos tras el tratamiento se correlacione con una peor evolución.



ÍNDICE DE AUTORES

A

- Aguayo Jiménez, C. 15
Albaladejo Rubio, A.M. 37
Albendín Iglesias, H. 25, 38
Alcalde Encinas, M. 8, 9, 29, 31
Alcaraz Vidal, B. 8, 9, 29, 32, 50
Alemán Belando, S. 27, 30, 44, 45, 46, 47
Almarcha Menargues, M. 37, 45
Arcís Conesa, A. 33

B

- Baraza Pérez, N. 29, 31
Béjar Valera, J. 33, 42, 43
Belchí Segura, E. 25
Bernal José, L. 19, 36, 44, 46
Bernal Morell, E. 40
Bethencourt, M.K.M. 37
Bruno Pérez, T. 24, 30, 31, 34, 39, 40, 41, 42, 50, 51
Burrueto López, A. 18, 19
Butazzo, A. 12, 13

C

- Callejo Hurtado, V. 48
Carpena Carrasco, I. 10, 22, 38
Carrillo Cobarro, M. 25
Castejón Giménez, M. 20, 21, 44, 45, 47
Castillo Guardiola, B. 10, 22, 38, 39
Castillo Navarro, A.M. 8, 10, 14, 18, 19, 21, 22, 23, 38, 39
Cobos Trigueros, N. 8, 30, 31, 34, 39, 50, 51
Cotugno, M. 8, 9
Cutillas Pérez, M.M. 20, 21, 45

D

- De la Cierva Delicado, A. 19, 44
De la Rosa Valero, V.D. 34, 35, 52, 53, 54
Díaz Chantar, C. 12, 26

E

- Egea Campoy, M.P. 40
Encarnación Navarro, J.A. 25
Escribano Viñas, P. 9, 24, 31, 32, 39, 40, 41, 42, 51
Esteban Garrido, M. 42, 43

F

- Fernández Pardo, J. 34, 35
Ferraro, L. 49, 53, 54

G

- Galera Peñaranda, C.E. 25, 38
Galián Ramírez, J.D. 10, 11, 18, 21, 23, 38
Gallo Puelles, F. 15, 16, 17
Gandía Herrero, M. 52
García, E. 15
García Noguera, D. 12, 13, 25, 26, 49
García Orenes, M.C. 28
García Pérez, A. 24, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 42, 51
García Pérez, B. 14
García Villalba, E. 40
Garre García, A. 40
Garrote Moreno, L.C. 27
Gil López, J. 52
Gómez Peña, M. 12, 13
Gómez Verdú, J.M. 37
González Cánovas, C. 13, 49
Gonzálvez Ortega, M. 26, 27
Guirado Torrecillas, L. 8, 9
Guirado Torrecillas, M.I. 8, 9, 33, 42, 43
Gutiérrez Rodero, F. 46, 47

H

- Hernandez Contrera, M.E. 17
Hernández Díaz, V. 33
Hernández Felices, F.J. 34, 35, 48, 49, 52, 53, 54
Hernández Murciano, M.C. 34, 35, 48, 53
Hernández Vidal, M.J. 36, 37, 46, 47
Herranz Marín, M.T. 36, 46

I

- Iniesta-Pino Alcázar, I. 48, 52, 53, 54

J

- Jimeno Almazán, A. 8, 50

L

- Lancheros Pineda, Á.F. 42, 43
León Martínez, M.D. 15
López Almela, E. 13, 42, 43
López Andreu, F.R. 52, 53, 54
López Cubero, T. 27
Lozano Herrero, J. 36, 46

M

- Manso Murcia, C. 25
Martín Cascón, A. 48, 49, 52, 53
Martín Cascón, M. 20, 21, 30, 37, 45
Martínez Cánovas, E.C. 34, 35, 49, 53
Martínez Martínez, M. 49
Martínez Pagán, V. 13
Martín Romero, M. 8, 10, 11, 18, 19, 21, 22, 23
Mateo López, A. 13
Melgarejo González, A.B. 13, 26
Menendez Naranjo, L. 38
Miluy Guerrero, M. 42, 43
Mira Bleda, E. 10, 11, 22, 23, 39
Molina Cifuentes, M. 10, 22, 38
Montoya, J.J. 15, 16, 17
Moral Escudero, E. 12, 13
Morellá Fernández, M. 44, 45
Moreno Hernández, M. 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30, 44, 47, 52
Moreno Ramos, M. 15
Munuera Martínez, I. 33

N

- Navarro Rodríguez, M. 11, 19, 21, 22, 39
Nieto Tolosa, J. 13, 25, 26, 49

O

- Olagüe Baño, C. 18, 26, 30, 44, 45, 47, 52
Oliva Navarro, J. 40
Otálora Valderrama, S. 19

P

- Pagán Escribano, J. 19, 27, 28, 30, 36, 37, 45, 46, 47
Palazón Moñino, D. 54
Pérez Cutillas, M.M. 27
Pérez Luján, R. 18, 21, 23
Pérez Paredes, M. 26
Pérez Pérez, A. 15
Piñar Cabezos, D. 15
Pozo Serrano, I. 52

R

- Ramírez Almagro, C. 9
Rojano Torres, R. 24, 30, 32, 40, 41, 42, 51
Roura Piloto, A.E. 15, 16, 17
Ruiz Belmonte, E. 9, 24, 31, 32, 40, 41, 42, 51
Ruiz Campuzano, M. 13
Ruiz García, S. 14

S

- Salazar Rosa, V. 10, 11, 14, 19, 22, 38, 39
Sánchez Ayala, M.C. 28
Sánchez Guirao, A.J. 37, 45
Sánchez Lucas, J. 18, 19, 28, 47
Sánchez Martínez, J.F. 18, 27, 28, 44, 46
Sánchez Parra, C. 13
Sánchez Romero, A. 37
Sánchez Serrano, A. 15
San Clemente Juarros, G. 30, 31, 34, 39, 50, 51
San Román Montserrat, I. 12, 25
Santo Manresa, Á. 54
Sarabia Marco, F.A. 12, 49
Serrano Ladrón de Guevara, S. 51
Sevilla Hernández, E.A. 26

T

- Trasancos Escura, C. 37

V

- Velasco Romero, R.M. 12, 13, 25, 26, 49
Vera Méndez, F.J. 8, 32, 34
Vera Sánchez-Rojas, M.C. 53, 54
Viqueira González, M. 29, 34, 39

Edita: Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

ISBN: 978-84-09-02370-7

D.L.: MU 732-2018

ORGANIZA



ENTIDADES COLABORADORAS



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE LA REGIÓN DE MURCIA



Bristol-Myers Squibb



Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones
Sanitarias de la Región de Murcia con 0,6 créditos (7,5 horas)

SECRETARÍA TÉCNICA
Gade Eventos, S.L.

Avda. Teniente Montesinos, nº 8 – Torre A • 4^a planta, 30100, Murcia

T. 968 969 340 – Fax: 968 879 795

www.gadeeventos.com • info@gadeeventos.es

