



SOCIETAT  
CATALANOBALEAR  
DE  
MEDICINA INTERNA



*L'Acadèmia*

# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -



## LIBRO DE COMUNICACIONES

Reconegut d'Interès Sanitari per la Direcció General d'Ordenació Professional  
i Regulació Sanitària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona



Congrés de la  
Societat Catalano-Balear  
de Medicina Interna

- XVII Edició -



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

## **CAPÍTOL 1. COMUNICACIONS ORALS A LA TAULA**

### **1.1 TAULA RODONA 1: ACTUALIZACIÓ EN PATOLOGIA RESPIRATORIA**

- MP-3 PAPEL DEL PET EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE DERRAME PLEURAL EXUDADO CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD 8
- MP-4 REINGRESSOS PER MPOC EN EL SERVEI DE MEDICINA INTERNA DE HUGTIP L'ANY 2016 9

### **1.2 TAULA RODONA 2: NOVETART EN PATOLOGIA CARDIOVASCULAR**

- T-1 SÍNDROME METABÒLICA COM A FACTOR DE RISC DE TEP 11
- T-2 TRACTAMENT DOMICILIARI DE L'EMBOLISME PULMONAR. EXPERIÈNCIA D'UN HOSPITAL COMARCAL 12

### **1.3 TAULA RODONA 4: MALALTIES AUTOINMUNES SISTEMIQUES**

- IF-2 EUROAPS: REGISTRO EUROPEO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO OBSTÉTRICO 14
- IF-3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA SIN ANTICUERPOS ESPECÍFICOS 16

### **1.4 TAULA RODONA 5: INFECCIONS**

- I-2 CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LAS BACTERIEMIAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN NUESTRO MEDIO 17
- I-4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS NO VIH 19



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 1.5 TAULA RODONA 6: CONTROVÈRSIES TERAPÈUTIQUES EN MALALTS D'EDAT AVANÇADA

EA-3 CÀNCER EN L'ANCIÀ: FORMA DE PRESENTACIÓ, ACTITUD TERAPÈUTICA I PRONÒSTIC	20
EA-8 UTILITAT PRONÒSTICA A CURT I MIG TERMINI D'UNA VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL EN PACIENTS D'EDAT AVANÇADA INGRESSATS PER UNA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	22

## CAPÍTOL 2. PÒSTERS AMB EXPOSICIÓ ORAL PRESENTADES

### 2.1 ÀREA TEMÀTICA: MALALTIES INFECCIOSES

#### 2.1.1 MALALTIES INFECCIOSES

I-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INFECCIÓ POR GRIPE EN PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO EN UN HOSPITAL TERCIARIO	24
I-3 AVALUACIÓ DEL MANEIG DE LA PNEUMÒNIA ADQUIRIDA A LA COMUNITAT (PNAC) AL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (CST)	25
I-5 BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE EN EL ÀREA DE TARRAGONA ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2015	27
I-6 CARACTERÍSTIQUES I EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB INFECCIÓ PER PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR I XDR TRACTADES AMB CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM	29
I-7 NOUS TRACTAMENTS DE L'HEPATITIS C EN UN HOSPITAL COMARCAL	32
I-8 LA FEBRE Q A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA (HUGJT): REVISIÓ DE 7 CASOS ENTRE 2009 I 2016	33



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

#### 2.1.2 HIV

I/H-1	INCIDÈNCIA DE CÀNCER EN PACIENTS AMB INFECCIÓ PER VIH DURANT 30 ANYS (1983-2003)	36
-------	--	----

#### 2.2 ÀREA TEMÀTICA: PACIENT PLURIPATOLÒGIC / EDAT AVANÇADA

EA-1	ANÀLISI DESCRIPTIU DE L'ACTIVITAT D'UN HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL	39
EA-2	CÀNCER EN L'ANCIÀ: ALTERACIONS ANALÍTIQUES I ESTADIATGE AL MOMENT DEL DIAGNÒSTIC	40
EA-4	PREVALENCIA Y GRADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS O PLURIPATOLOGICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DIA	42
EA-5	SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE TRES INSTRUMENTOS DE USO CLINICO RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA EN PACIENTES PLURIPATOLOGICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DIA	44
EA-6	MORIR EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO: ANÁLISIS DE LA TOMA DE DECISIONES	45
EA-7	LA FRACTURA DE FÈMUR: UN PROBLEMA SOCIO-MÈDIC A L'ALÇA	46
EA-9	EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE SANT RAFAEL	48

#### 2.3 ÀREA TEMÀTICA: GESTIÓ CLÍNICA

G-1	PLA DE CRONICITAT D'UN HOSPITAL COMARCAL A BARCELONA	51
G-2	GRUP DE RESIDENTS PER A LA BONA PRÀCTICA CLÍNICA	52
G-3	IMPLANTACIÓ D'UN NOU PROJECTE DE MEDICINA INTERNA I RESULTATS AL 1R ANY	54



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 2.4 ÀREA TEMÀTICA: INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

- IC-1 EXPERIENCIA EN LA CORRECCIÓN DEL DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE SANT RAFAEL 56

## 2.5 ÀREA TEMÀTICA: INFLAMACIÓ / MALALTIES AUTOINMUNES

- IF-1 ARTERITIS DE TAKAYASU: AFECTACIÓ CARDÍACA COM A PRIMERA MANIFESTACIÓ 58
- IF-4 SÍNDROME DE SJÖGREN EN MALALTS D'EDAT AVANZADA, DIFERÈNCIES AMB PACIENTS MÉS JOVES 59
- IF-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA AFECCIÓN RENAL INTERSTICIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN SEGÚN LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 61
- IF-6 UTILITAT DEL 18F-FLORBETAPIR (FBP) EN L'AMILOÏDOSI SISTÈMICA 63

## 2.6 ÀREA TEMÀTICA: MPOC I PATOLOGIA RESPIRATÒRIA

- MP-1 FACTORS DE RISC DE MORTALITAT EN UNA COHORT DE PACIENTS INGRESSATS PER UNA AGUDITZACIÓ DE LA MPOC 65
- MP-2 ESTUDI DE LA HIPERGLICÈMIA EN L'AGUDITZACIÓ DE LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA. (MPOC) 66

## 2.7 ÀREA TEMÀTICA: MALALTIES RARES

- MR-1 MIOPATIES CONGÈNITES EN L'ADULT 68

## 2.8 ÀREA TEMÀTICA: VARIS

- V-1 PAPER DE LA FIGURA D'INTERCONSULTOR MÈDIC AL SERVEI DE CIRURGIA VASCULAR 70



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

V-2 EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DE COACHING EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA	71
V-3 EL ANÁLISIS DEL PERFIL LIPÍDICO MEDIANTE RMN PERMITE IDENTIFICAR LAS PARTÍCULAS HDL COMO BIOMARCADORES DE LA EXTENSIÓN RADIOLÓGICA Y LA NECESIDAD DE INGRESO EN UCI EN RELACIÓN A LA REGULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA	74
V-4 HIPOMAGNESÈMIA: REVISIÓ D'UNA DISELECTROLITÈMIA INFRADIAGNOSTICADA	75
V-5 SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA: ¿UNA CONSECUENCIA EVITABLE?	77
V-6 LA FRACTURA DE FÈMUR, UN REPTE PER A L'INTERNISTA	78
V-7 CIRURGIA MAJOR ORTOPÈDICA PROGRAMADA, CAL L'INTERNISTA?	80



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## CAPÍTOL 1. COMUNICACIONS ORALS A LA TAULA

### MP-3 PAPEL DEL PET EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE DERRAME PLEURAL EXUDADO CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD

J. García Pérez<sup>(1)</sup>, M. Simó Perdigó<sup>(2)</sup>, A. Jáuregui Abularach<sup>(3)</sup>,  
B. Montoro Ronsano<sup>(4)</sup>, E. Pallisa Núñez<sup>(5)</sup>, A. Vázquez Suárez<sup>(1)</sup>,  
E. Cañas Ruano<sup>(1)</sup>, C. Alemán Llansó<sup>(1)</sup>

*(1)Servicio de Medicina interna, (2)Servicio de Medicina nuclear, (3)Servicio de Cirugía Torácica, (4)Servicio de Farmacia, (5)Servicio de Radiología. Hospital Universitari General de la Vall D'Hebron. Barcelona*

#### OBJETIVOS

El TC torácico ha demostrado su utilidad en el diagnóstico por la imagen para diferenciar entre derrame pleural de etiología benigna y maligna. Sin embargo, también presenta sus limitaciones. Ante la evidencia reciente de que el uso de imágenes obtenidas por PET y su lectura semi-cuantitativa pueden ser de utilidad en el diagnóstico del derrame pleural se realiza un estudio para valorar su papel frente al TC en aquellos pacientes con sospecha clínica de etiología tumoral pero con hallazgos no diagnósticos previos a la pleuroscopia.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo de casos consecutivos en los que se realizó biopsia pleural por pleuroscopia tras la obtención de resultados citológicos negativos por toracocentesis. Los criterios de inclusión fueron la presencia de derrame pleural y hallazgos clínicos sugestivos de malignidad, tales como: síndrome constitucional, exposición previa a asbesto de alta intensidad, derrame pleural superior a un tercio del hemitórax, aspecto serohemático y progresión durante el seguimiento. A todos los pacientes se les realizó TC torácico y PET-TC previo a la pleuroscopia con toma de biopsias. Se clasifica los pacientes en etiología benigna o maligna tanto por TC como por PET-TC según características morfológicas en el caso del TC y morfometabólicas en el caso del PET-TC y se compara con la pleuroscopia como Gold Standard. Se realiza análisis estadístico comparativo entre ambas pruebas de imagen y se analizan parámetros de sensibilidad, especificidad, VPN y VPP en cada una de ellas.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes de los cuales 25 fueron diagnosticados como derrame pleural benigno y 17 como derrame pleural maligno. Tanto en la etiología benigna como maligna la edad media fue de 68 años. No hubo diferencias clínicas entre ambos grupos así como tampoco en la exposición a asbesto o presencia de neoplasia previa. Se analizó





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

parámetros bioquímicos así como aspecto del líquido pleural no hallando diferencias significativas. Respecto a la pleuroscopia se realizó comparación de presencia de tabiques, placas pleurales, síndrome de pulmón atrapado y presencia de masas o engrosamientos pleurales sin hallar diferencias significativas, sin embargo; el derrame de etiología maligna sí presentó mayor volumen (1593ml vs 750ml -  $p<0.009$ ) y presencia de nódulos en pleuroscopia (7 vs 0 -  $p<0.001$ ). Cuando se evalúa el TAC de tórax en este grupo de pacientes, la presencia de engrosamiento pleural de aspecto nodular en combinación con la afectación de la pleura mediastínica también nodular y adenopatías en el ángulo cardiofrénico permiten establecer la sospecha de malignidad del derrame pleural en el 82.9% de pacientes. Cuando se evalúa el PET-TC, la combinación de cualquier engrosamiento pleural con un nivel de SUV mayor a 5.64 y la existencia de adenopatías en cadena mamaria con un nivel de SUV superior a 6.34 permiten establecer la sospecha de malignidad del derrame pleural en el 92.3% de pacientes

#### **DISCUSIÓN**

La utilización del PET-TC permite establecer la sospecha de malignidad en el 92.3% de los pacientes respecto al 82.9% obtenido por TC. La aportación de información metabólica obtenida por el PET ha demostrado en este grupo de pacientes una mayor utilidad. Según los datos obtenidos (a falta de futuros estudios), en aquellos pacientes con derrame pleural y sospecha de malignidad se debe tener en cuenta el PET-TC.

#### **CONCLUSIONES**

El papel del TC en el diagnóstico del derrame pleural es indiscutible. Sin embargo, en nuestro estudio se objetiva un rendimiento del PET-TC superior en el subgrupo de pacientes con sospecha de etiología tumoral.

#### **MP-4 REINGRESSOS PER MPOC EN EL SERVEI DE MEDICINA INTERNA DE HUGTIP L'ANY 2016**

C. Tudela Cuadros, X. García Clavo, A. Esquerrà Molas, S. Gutiérrez Serra, J. Tor Aguilera, C. Tural Llacher

*Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.  
(Barcelona)*

#### **OBJETIVOS**

Analisi dels reingressos per MPOC al servei de Medicina Interna de Hospital Germans Trias i Pujol a l'any 2016



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

S'han utilitzat dades de les altes donades al servei de Medicina Interna i Unitat de Geriatria d'Aguts de HUGTIP i s'ha calculat el nombre de reingressos per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) com a primer diagnòstic.

S'ha classificat els reingressos segons els criteris MSIC en relacionats i no relacionats. Definint els reingressos relacionats com a nombre d'altes amb un reingrés posterior urgent i relacionat clínicament, durant l'interval de temps seleccionat (30 dies). Subdividint els reingressos relacionats en: recurrents en cas en que el diagnòstic principal es de l'aparell respiratori sense causa externa; per cronicitat, aquells en que el diagnòstic principal és una patologia crònica que no és de l'aparell respiratori o, per complicació, ja sigui relacionada o no amb la assistència.

## **RESULTADOS**

De les 2717 altes donades al servei de Medicina Interna durant 2016 s'ha calculat un 14.07% de reingressos per qualsevol causa al cap de 30 dies, un 0.45% més respecte l'any anterior. En el cas de la MPOC l'increment ha estat del 5.2% respecte l'any 2015, si separem Medicina Interna i UGA veiem que l'increment ha estat del 8.18% i del 3.3% respectivament.

Si analitzem per serveis segons la classificació de reingrés de MSIC (taula 1) veiem que al servei de pneumologia el 78.9% dels reingressos són recurrents, mentre que al servei de Medicina Interna i UGA augmenta molt el pes dels reingressos per complicació o cronicitat arribant gairebé al 50% dels casos.

Els temps de estada mitja també es diferent en els serveis, essent de 9.37 dies (+/- 7.75) a pneumologia i de 12.8 dies (+/-6.82) al servei de Medicina Interna, amb un temps fins al reingrés de 13.26 dies (+/-7.71) i 12.55 dies (+/-9.95) respectivament.

## **DISCUSIÓN**

La MPOC és una patologia molt prevalent i amb el pas dels anys afecta a pacients amb més comorbiditat, en el servei de Medicina Interna veiem que la taxa de reingressos per MPOC es cada vegada més elevada i amb més patologia crònica associada.

## **CONCLUSIONES**

La taxa de reingressos per MPOC en el servei de Medicina Interna ha augmentat un 5.2% respecte anys previs, amb un pes important dels reingressos per cronicitat i per complicacions. Es tracta de pacients amb edat avançada i múltiples comorbiditats. També s'ha observat una estada mitja més elevada i un temps fins al reingrés més curt respecte altres serveis.

## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

Taula 1. Distribució de reingressos per MPOC per servei i segons classificació

SERVEI	RELACIONATS (n)	RECURRENTS, n (%)	PER COMPLICACIÓ, n (%)	PER CRONICITAT, n (%)
PNEUMOLOGIA	38	30 (78.9%)	5 (13.1%)	3 (7.8%)
MEDICINA INTERNA	20	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)
ALTRES	22	13 (59.1%)	5 (22.7%)	4 (18.2%)

#### T-1 SÍNDROME METABÒLICA COM A FACTOR DE RISC DE TEP

J. Binetti, I. Pérez Peris, E. Yeregui Etxeberria, M. Roca Herrera, C. Aucejo Mollà, E. Nart Puente, A. Ceausu, J. Porras Ledantes  
*Medicina Interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona*

#### OBJETIVOS

Determinar la relació del diagnòstic de tromboembolisme pulmonar (TEP) provocat i no provocat, i la prevalença de la síndrome metabòlica (SM) en els pacients ingressats a l'Hospital Joan XXIII de Tarragona durant el període 2007-2015.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudi observacional, descriptiu i retrospectiu que compara la prevalença de SM en els pacients diagnosticats de TEP entre gener 2007 i juny de 2015. S'identifiquen els subjectes amb SM en presentar almenys tres dels criteris diagnòstics NCEP/ATP III 2005. Es recullen dades epidemiològiques (sexe i edat); factor de risc desencadenant de TEP (provocat i no provocat); mortalitat per totes les causes i per TEP als 30 dies; i recidiva trombòtica. Les dades van ser analitzades amb el programa estadístic SPSS 23.0.

#### RESULTADOS

Durant el 2007 i 2015, van ingressar a Medicina Interna 415 pacients per TEP, dels quals 223 es corresponia a dones (53,7%) i 192 a homes (46,3%) amb una edat mitjana de 71,44 i 64,89 anys respectivament. Els pacients que presentaven SM van ser 117 (28,2%), distribuïts en 66 dones (56,41%) i 51 homes (43,6%) ( $p = NS$ ), en contraposició als 298 pacients que no presentaven SM. Quant a la possible relació de TEP i SM; tenien TEP no provocat i SM: 37 pacients de 132 (28%), i TEP provocat i SM: 80 pacients de 283 (28,3%) ( $p = NS$ ). La mortalitat per totes les causes i per TEP als 30 dies va ser de 13 pacients de 117 (11,1%) diagnosticats de TEP i SM, i 37 pacients de 298 sense SM (12,4%) ( $p = NS$ ). Els episodis de recidiva trombòtica es van registrar en 7 pacients de 117 (6%) diagnosticats de TEP i SM, i 16 de 298 sense SM (5,4%) ( $p = NS$ ).



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## DISCUSIÓN

En el passat, s'entenen la trombosi arterial i venosa com dues malalties completament diferents. Resultats d'estudis epidemiològics recents demostren que l'aterosclerosi i la malaltia tromboembòlica són estats d'inflamació crònica que comparteixen factors de risc, com edat, obesitat, tabaquisme i síndrome metabòlica. Per tant, es podria pensar a priori que la prevalença de SM és més gran en els pacients diagnosticats de TEP no provocat ja que s'ha demostrat que els subjectes amb malaltia trombòtica idiopàtica presenten un risc augmentat d'esdeveniments cardiovasculars, i que l'aterosclerosi té el potencial de promoure el desenvolupament de desordres trombòtics. En analitzar les dades obtingudes, s'observa una distribució més gran de dones i pel que fa al factor desencadenant la proporció de pacients diagnosticats de TEP amb SM, i sense SM associat es manté homogènia i sense diferències significatives. El mateix s'observa en quant a la mortalitat i recurrències en els pacients amb TEP i SM.

## CONCLUSIONES

L'aterosclerosi i la malaltia tromboembòlica comparteixen factors de risc, com edat, obesitat, tabaquisme i síndrome metabòlica. En el nostre estudi no resulta significativa la relació entre TEP no provocat i SM. Queda per dilucidar quina connexió existeix entre els factors de risc arterials versus venosos.

## T-2 TRACTAMENT DOMICILIARI DE L'EMBOLISME PULMONAR. EXPERIÈNCIA D'UN HOSPITAL COMARCAL

F. Muñoz Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. Arjol Boga<sup>(2)</sup>, B. Vilaseca Arroyo<sup>(1)</sup>,  
M. Plasin Rodríguez<sup>(1)</sup>, A. Fernández Luque<sup>(1)</sup>, E. Mauri Nicolas<sup>(1)</sup>,  
P. Vázquez Belles<sup>(1)</sup>, J. Tricas Leris<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Unitat d'hospitalització domiciliària. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès. (Barcelona)*

## OBJETIVOS

Conèixer el percentatge i les característiques dels pacients amb embolisme pulmonar que són donats d'alta de forma precoç en el nostre centre hospitalari i tractats en el seu domicili mitjançant una Unitat d'Hospitalització Domiciliària (UHdD). Avaluar la seva evolució als 30 dies del diagnòstic comparant-los amb els pacients tractats a l'àmbit hospitalari.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Anàlisi retrospectiu dels pacients diagnosticats d'embolisme pulmonar durant els anys 2014-2016. L'estratificació del risc es va realitzar mitjançant l'escala PESI simplificada (PESIs). Un valor de 0 identificava els pacients de baix risc. Amb un valor  $\geq 1$  es



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

valorava la disfunció de ventricle dret amb proves de imatge (ecocardiografia o TAC) y/o biomarcadors (troponina o Nt-proBNP). També s'avaluava el risc hemorràgic mitjançant l'escala RIETE. S'oferia l'alta hospitalària i el seguiment per l'equip de la UHaD a aquells pacients identificats de baix risc segons el protocol preestablert, la decisió final del metge responsable del pacient i la disponibilitat de trasllat a la UHaD. Es programava una visita de control als 30 dies de l'alta mèdica. Es van considerar episodis d'hemorràgia, recurrència i mortalitat per qualsevol causa com evolució desfavorable.

### **RESULTADOS**

Durant aquest període es van diagnosticar 59 pacients (53% dones) amb una edat mitja de 66 (23-94) anys. Majoritàriament es tractava d'un episodi idiopàtic (56%). Vint-i-tres (39%) pacients van ser tractats a domicili i la seva estada mitja hospitalària va ser significativament inferior als pacients ingressats (4,7 vs 8,1 dies;  $p < 0,0001$ ). També puntuaven significativament més baix en la escala PESIs (0,65 vs 1,39;  $p = 0,003$ ) i en la escala de risc de sagnat (1,74 vs 2,38;  $p = 0,041$ ). El percentatge de pacients de baix risc tractats a domicili va ser similar als tractats a l'hospital (39% vs 31%;  $p = ns$ ). En el seguiment al mes 9 (15,3%) pacients de la població total van patir una evolució desfavorable amb una mortalitat global del 14% (8 pacients) i una recurrència (1,7%). Les causes de mort van ser càncer en 4 pacients, hemorràgia en 2 pacients, pneumònia nosocomial en 1 pacient i embolisme pulmonar en 1 pacient. Globalment 20 (34%) pacients eren de baix risc i aquests van evolucionar significativament millor que els pacients d'alt risc segons l'escala PESIs amb menys complicacions (0% vs 23%;  $p = 0,02$ ) i menys mortalitat (0% vs 21%;  $p = 0,04$ ). Només dos pacients tractats a domicili van evolucionar desfavorablement i els dos tenien un PESIs superior a 1. Un va morir per la seva malaltia neoplàsica concomitant i l'altre va patir una recurrència tromboembòlica. Vint-i-tres (39%) pacients tenien disfunció de ventricle dret valorada per tècniques de imatge i/o biomarcadors, però no vam observar associació entre dita disfunció i una evolució desfavorable o mortalitat als 30 dies.

### **DISCUSIÓN**

Les societats científiques suggereixen l'alta hospitalària precoç als pacients diagnosticats d'embolisme pulmonar de baix risc i el seu tractament domiciliari. Malgrat aquestes recomanacions és una pràctica poc estesa i la majoria dels pacients són tractats a l'àmbit hospitalari. La creació de les UHaD pot facilitar l'alta precoç d'aquests pacients. Per seleccionar aquells pacients amb embolisme pulmonar que poden ser tractats al seu domicili de forma segura, disposem d'eines de fàcil aplicació com és l'escala clínica PESIs.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## CONCLUSIONES

Es important estratificar el risc dels pacients diagnosticats d'embolisme pulmonar. L'escala PESIs és una eina que ens permet de forma ràpida i senzilla identificar pacients de baix risc. Els pacients de baix risc segons aquesta escala es poden tractar de forma segura en el seu domicili.

## IF-2 EUROAPS: REGISTRO EUROPEO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO OBSTÉTRICO

E. Esteve Valverde<sup>(1)</sup>, R. Ferrer Oliveras<sup>(3)</sup>, A. Martí Cañamares<sup>(4)</sup>,  
A. Arnau Bartés<sup>(5)</sup>, J. Trapé Pujol<sup>(6)</sup>, M. Baraldès Farré<sup>(1)</sup>, J. Alijotas Reig<sup>(2)</sup>

*(1)Medicina Interna, (4)Ginecología y Obstetricia, (5)Salud Pública, epidemiología e investigación biomédica, (6)Laboratorio y Autoinmunidad. Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa (Barcelona)*

*(3)Ginecologia y Obstetricia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona*

*(2)Medicina Interna. Hospital Universitari General de la Vall D'Hebron. Barcelona*

## OBJETIVOS

Presentar un resumen de los datos actuales obtenidos tras analizar el registro EUROAPS y comparar los datos clínicos, analíticos, de morbilidad, tratamiento y seguimiento entre mujeres con complicaciones obstétricas relacionadas con anticuerpos antifosfolipídicos (aPL) pero que no cumplan con los criterios de clasificación de Sidney.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico retrospectivo y prospectivo realizado en más de veinte hospitales terciarios europeos. Los datos fueron introducidos en el Registro Europeo del Síndrome Antifosfolipídico incluido en el marco del Foro Europeo sobre Anticuerpos Antifosfolípidos y ubicado en un sitio web desde junio de 2010 hasta el momento actual.

(<https://euroaps.wordpress.com>)

## RESULTADOS

Se analizaron 1000 mujeres: 575 cumplieron los criterios de Sidney (grupo OAPS) y 425 no (grupo OMAPS). En el grupo OMAPS, 88/425 (20,70%) cumplieron los criterios de laboratorio de Sidney pero no clínicos (subgrupo A), y 337/425 (79,29%) tenían un título de aPL medio/bajo o transitoriamente positivo (subgrupo B). En general, las categorías de laboratorio de anticuerpos antifosfolipídicos en OAPS vs. OMAPS mostraron diferencias: 171/575 (29,73%) frente a 95/425 (22,35%) ( $p < 0,0001$ ) para la categoría I ( $\geq 2$  aPL positivo), 404 / 575 (70,26%) vs. 330/425 (77,64%) ( $p < 0,0001$ ) para la categoría II (1 aPL positivo). No se observaron diferencias cuando se compararon las complicaciones





## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

obstétricas actuales ( $p < 0,005$ ). 447/575 (77,73%) de las mujeres OAPS tratadas versus 292/425 (68,71%) de OMAPS tratadas ( $p < 0,002$ ), bajo el esquema terapéutico aspirina + heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica ( $p < 0,004$ ). No se observaron diferencias entre los nacidos vivos de los grupos tratados.

#### **DISCUSIÓN**

El síndrome antifosfolípídico obstétrico (SAFO) es una variante del síndrome antifosfolipídico (SAF) clásico. De acuerdo con las recomendaciones actuales, el SAFO incluye abortos espontáneos recurrentes antes de la 10ª semana de gestación no explicados por otra causa, pérdidas fetales, prematuridad, retraso del crecimiento fetal y preeclampsia de inicio precoz. Consideramos como SAFO aquellos casos que cumpliendo los criterios de SAF obstétrico, no hayan presentado anteriormente episodios trombóticos de acuerdo con los criterios de Sídney. Algunas pacientes presentan problemas obstétricos como fracaso recurrente implantatorio, menos de 3 abortos consecutivos, pre-eclampsia tardía o puerperal, rotura prematura de membranas o hematoma retroplacentario; pero, no cumplen los criterios clínicos o analíticos de SAFO. Esta situación se denomina SAFO incompleto o, siguiendo la nomenclatura del European Registry on Obstetric Antiphospholipid Syndrome (EUROAPS Project), "Morbilidad Obstétrica relacionada con los Anticuerpos Antifosfolipídicos (OMAPS por sus siglas en inglés). Dada la mejoría en el pronóstico en pacientes tratadas frente a las no tratadas, la búsqueda de nuevos criterios diagnósticos y grupos multidisciplinares de abordaje conjunto se debería considerar prioritario.

#### **CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta que las tasas de tratamiento fueron ligeramente mayores en OAPS, ambos grupos compartieron características clínicas similares. Se encontraron diferencias significativas entre las categorías de laboratorio entre los grupos. Ambos grupos OAPS y OMAPS tuvieron resultados fetales-maternos similares cuando se trataron. La propuesta de ampliar los criterios de clasificación de los OAPS, en su mayoría requisitos de laboratorio, se ve reforzada por estos resultados.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## IF-3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA SIN ANTICUERPOS ESPECÍFICOS

E. Callejas-Moraga<sup>(1)</sup>, A. Guillén-Del Castillo<sup>(1)</sup>, I. González Nieto<sup>(1)</sup>,  
A. Marín-Sánchez<sup>(2)</sup>, E. Balada<sup>(1)</sup>, J. Martín<sup>(3)</sup>, V. Fonollosa Plà<sup>(1)</sup>,  
C. Simeón-Aznar<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Inmunología. Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron. Barcelona

<sup>(3)</sup>Instituto de Parasitología. Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. Granada

### OBJETIVOS

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune cuyas manifestaciones clínicas se relacionan estrechamente con el autoanticuerpo específico que se exprese. El objetivo principal de este trabajo fue analizar las características clínicas de la ES en pacientes con anticuerpos antinucleares (ANAs) positivos, comparando los que no presentaron anticuerpos específicos de la ES, frente a pacientes con alguna especificidad positiva.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos de la cohorte del Hospital Vall d'Hebron de pacientes diagnosticados de ES desde 1980. Se seleccionaron 221 pacientes con ANAs positivos y se analizó la reactividad frente a anticuerpos específicos mediante la técnica de inmunoblot en papel (EUROLINE Systemic Sclerosis Profile). Cuarenta y cinco pacientes no expresaron ninguna reactividad frente a anticuerpos específicos y se compararon con 176 que sí la presentaron. Se analizaron diferentes variables epidemiológicas, clínicas, capilaroscópicas e inmunológicas. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 20.0. Se consideró significación estadística  $p < 0.05$ . Se utilizó test exacto de Fischer y la chi-cuadrado de Pearson.

### RESULTADOS

De los pacientes analizados, 45 (20,3%) no mostraron reactividad frente a ningún anticuerpo, 79 (35,7%) presentaron reactividad anti-centrómero, 48 (21,7%) anti-topoisomerasa, 21 (9,5%) anti-RNA polimerasa III, 14 (6,3%) anti-PM-Scl, 5 (2,2%) anti-RNP, 5 (2,2%) anti-fibrilarina, 2 (0,9%) anti-Ku y 1 (0,5%) anti-Th/To. En la cohorte global el sexo femenino fue el más frecuente (192, 86,9%), la media (desviación estándar) de edad al inicio fue 39,6 (15,9) años, y de edad al diagnóstico 45,9 (15,7). Se encontró menor retraso diagnóstico en el primer grupo (4,5 vs. 6,8 años,  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias en cuanto a la forma de inicio como fenómeno de Raynaud (75,6 vs. 77,8,  $p = 0,7$ ), ni en relación al subtipo cutáneo difusa (22,2% vs. 31,8%,  $p = 0,21$ ). Se cumplieron





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

con menor frecuencia los criterios ACR/EULAR 2013 (66,7% vs. 90,9%,  $p < 0,05$ ) en el primer grupo. En cuanto a las manifestaciones vasculares, hubo tendencia a presentar menor frecuencia de fenómeno de Raynaud (93,3 vs. 98,9%,  $p = 0,06$ ) y telangiectasias (62,2 vs. 76,1,  $p = 0,06$ ) en el primer grupo, el cual mostró menor frecuencia de úlceras digitales (35,6 vs. 53,4  $p < 0,05$ ). No se hallaron diferencias en cuanto al predominio de dilatación capilar en la capilaroscopia (62,2% vs. 56,8%,  $p = 0,78$ ). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la afectación pulmonar en forma de enfermedad pulmonar intersticial (42,2% vs 42%,  $p = 0,31$ ) ni hipertensión arterial pulmonar (11,1% vs. 10,2%,  $p = 0,79$ ). No se observaron diferencias en cuanto a la afectación digestiva global (88,9% vs 80,7%,  $p = 0,19$ ), ni en la afección gástrica (13,3% vs. 16,5%,  $p = 0,42$ ), esofágica (86,7% vs. 74,4%,  $p = 0,17$ ), intestinal (8,9% vs. 17%,  $p = 0,23$ ) o hepática (2,2% vs. 8%,  $p = 0,31$ ). El grupo de especificidades negativas mostró una tendencia a presentar menos artritis (8,9% vs. 21%,  $p = 0,06$ ). No existieron diferencias en la afectación cardiaca (80% vs. 73,3%,  $p = 0,35$ ) ni en el desarrollo de crisis renal (0% vs 2,2%,  $p = 0,58$ ). En relación a la expresión de otros autoanticuerpos no se hallaron diferencias. No hubo diferencias en la prevalencia de cáncer (6,7% vs. 13,1%,  $p = 0,23$ ) o de fallecimiento (4,4% vs. 9,7%,  $p = 0,37$ ).

## CONCLUSIONES

Los pacientes sin anticuerpos específicos de ES cumplieron en menor medida los criterios de ACR/EULAR 2013, presentaron menor prevalencia de úlceras digitales, aunque con menor retraso al diagnóstico de la enfermedad respecto a los pacientes con positividad frente a algún anticuerpo específico.

## I-2 CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LAS BACTERIEMIAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN NUESTRO MEDIO

R. Cardona<sup>(1)</sup>, N. Benito<sup>(3)</sup>, B. Mirelis<sup>(2)</sup>, V. Pomar<sup>(3)</sup>, J. López-Contreras<sup>(3)</sup>,  
C. Romero<sup>(1)</sup>, M. Gurguí<sup>(3)</sup>, J. Casademont<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(3)</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>(2)</sup>Microbiología.  
Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

## OBJETIVOS

*Pseudomonas aeruginosa* es uno de los principales patógenos implicados en las infecciones nosocomiales y conlleva una importante morbimortalidad. El objetivo de este estudio es analizar las características y pronóstico de los pacientes que han tenido una bacteriemia por *P.aeruginosa* en los últimos años en nuestro centro.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio retrospectivo de cohortes. Criterios de inclusión: todos los pacientes mayores de 18 años con un primer episodio de bacteriemia por *P. aeruginosa*, diagnosticados y tratados en un hospital terciario entre 2013 y 2015. Bacteriemia por *P. aeruginosa* como el aislamiento de dicho microorganismo en al menos un frasco de hemocultivo con clínica compatible. Criterios de exclusión: Bacteriemias polimicrobianas y recurrencias en un mismo paciente. Se identificaron los casos a través del laboratorio de Microbiología. Se definió una cepa como multiresistente cuando esta no era sensible al menos un antibiótico de tres familias de antibióticos antipseudomónicos, según la definición de Magiorakos et al (Clin Microbiol Infect 2012;18:268–81).

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se produjeron 50 episodios de bacteriemia por *P. aeruginosa* en nuestro centro: 13 casos en 2013, 18 casos, en 2014 y 19 casos en 2015. La edad mediana de los pacientes fue de 68 años (AIC 24), siendo su mayoría varones ( 60%). El foco más frecuente fue el urinario (14 casos, 28%), seguido del foco desconocido (9 casos, 18% ) y del abdominal (8 casos, 16%). La bacteriemia adquirida en relación con la atención sanitaria fue la más frecuente, con 30 episodios (67% ), seguida de la comunitaria, con 12 episodios (27%) y la nosocomial, con 3 (7% ). La cepa de *P. aeruginosa* fue multiresistente en 17 casos (34%): 3 (23%) en 2013, 7 (39%) en 2014, 7 (37%) en 2015. El tratamiento antibiótico empírico fue adecuado de acuerdo con el antibiograma en 40 casos (80%). Fallecieron 11 pacientes (22%) en los 30 días siguientes al episodio de bacteriemia. La inadecuación del tratamiento empírico se relacionó significativamente con una mayor mortalidad: 6 casos (60%) en los pacientes que recibieron antibioterapia inadecuada vs 5 casos (12%) en los pacientes que recibieron antibioterapia adecuada ( $p=0,004$ ). El tratamiento empírico fue adecuado con mayor frecuencia en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y nosocomiales (28; 85%) que en las infecciones comunitarias (7; 58%); no obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,101$ ). La mortalidad fue más frecuente en los pacientes con infecciones comunitarias (6; 50%), que en las relacionadas con la atención sanitaria (4; 13%) o las nosocomiales (0);  $p=0,023$ . No se hallaron diferencias significativas de mortalidad entre los pacientes con infecciones por bacterias multiresistentes (2; 12%) que entre los demás pacientes (9; 27%);  $p=0,292$ .

## DISCUSIÓN

El tratamiento de las bacteriemias por *P. aeruginosa* es cada vez más complejo, debido al elevado porcentaje de resistencias que se encuentran. Las bacteriemias adquiridas en la comunidad cursan con una mortalidad superior; esto probablemente se debe a la inadecuación del tratamiento antimicrobiano empírico en este grupo y posiblemente a un retraso del diagnóstico.



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## CONCLUSIONES

En la actualidad las bacteriemias por *P. aeruginosa* diagnosticadas en un hospital terciario se adquieren mayoritariamente en relación con la atención sanitaria. Más de la tercera parte se producen por bacterias multirresistentes. La mortalidad (22%) es significativamente superior en los pacientes con infección comunitaria y en los que reciben un tratamiento empírico inadecuado.

### I-4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS NO VIH

B. Dietl<sup>(1)</sup>, L. Boix-Palop<sup>(1)</sup>, J. Pérez<sup>(2)</sup>, E. Picó<sup>(2)</sup>, C. Esteve Martí<sup>(1)</sup>, E. Calbo<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. (Barcelona)

<sup>(2)</sup>Microbiología. CATLAB. Viladecavalls (Barcelona)

## OBJETIVOS

Describir las características demográficas, clínicas, el manejo terapéutico, evolución y pronóstico de los episodios de NPJ en pacientes IS-no-VIH comparándolo con los pacientes con infección por el VIH (IS-VIH).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital de agudos; 410 camas. Periodo:enero 2011-diciembre 2016. Casos:episodios de NPJ identificados a través del laboratorio de Microbiología mediante PCR cualitativa para *P.jirovecii* en muestras respiratorias excluyendo los pacientes colonizados. Variables:demográficas, comorbilidades, características clínicas y radiológicas, tratamiento y evolución.

## RESULTADOS

Se identificaron 31 episodios de NPJ, 7 (23%) en pacientes IS-VIH y 24 (77%) en pacientes IS-no-VIH. El 57% en el grupo de IS-VIH y el 71% en el de pacientes IS-no-VIH eran hombres. Los pacientes IS-VIH presentaban una mediana de edad de 44 años (RIQ 22) frente al grupo de IS-no-VIH (mediana 66 años, RIQ 20). La mediana de días de clínica en el grupo IS-VIH fue de 15 días (RIQ 23); en el grupo de pacientes IS-no-VIH, de 3 (RIQ 5). El 71% de IS-VIH presentaron fiebre (el 58% de IS-no-VIH), el 100% tos (62% en los IS-no-VIH) y el 43% disnea (58% de IS-no-VIH).El diagnóstico en los pacientes IS-VIH se realizó por PCR de lavado broncoalveolar (BAL); en los IS-no-VIH, por PCR de BAL en 22 (92%) y de esputo en 2 (8%). Se realizó tinción de Gomori en 6 (86%) IS-VIH (positiva en todos) y en 15 (62%) IS-no-VIH (un resultado positivo). El 85% de IS-VIH presentó insuficiencia respiratoria (58% de los IS-VIH), el 29% de IS-no-VIH requirió



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

ventilación mecánica (33% de IS-VIH). La mediana de días desde el ingreso hasta el diagnóstico en los IS-VIH fue de 2 (RIQ 4) respecto a 6 (RIQ 11) en el grupo IS-no-VIH. La mortalidad intrahospitalaria en el grupo de IS-VIH fue del 0%, frente al 33% del grupo IS-no-VIH. Ningún paciente había realizado profilaxis primaria. Todos los pacientes recibieron tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol; se asoció corticoterapia en 6 (86%) IS-VIH y en 21 (87%) IS-no-VIH.

## CONCLUSIONES

El creciente empleo de fármacos inmunosupresores ha provocado un aumento de la incidencia de la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) en pacientes inmunosuprimidos sin infección por VIH (IS-no-VIH). En nuestra serie el 77% de los episodios de NPJ se diagnosticaron en IS-no-VIH. Más de la mitad de los IS-no-VIH recibían tratamiento con corticoides y/o inmunomoduladores. Las características clínicas de la NPJ en los IS-no-VIH difieren de los IS-VIH en: mayor edad de los pacientes, curso clínico más agudo y hallazgos radiológicos no típicos. Los pacientes IS-no-VIH presentan mayor retraso en el tiempo diagnóstico y una mortalidad intrahospitalaria superior (30%).

## EA-3 CÀNCER EN L'ANCIÀ: FORMA DE PRESENTACIÓ, ACTITUD TERAPÈUTICA I PRONÒSTIC

A. Tomé, P. Garrido, A. Ladino, H. Ventosa, C. Zamora, E. Sacanella,  
A. López-Soto, F. Masanés  
*Servei de Medicina Interna. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

## OBJETIVOS

Avaluar la forma de presentació, l'actitud terapèutica, el pronòstic i l'evolució a l'any de pacients geriàtrics que ingressen a la unitat de Medicina Interna en un hospital de tercer nivell i són diagnosticats de càncer.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudi descriptiu retrospectiu, incloent tots els pacients  $\geq 65$  anys diagnosticats de càncer admesos en el servei de Medicina Interna durant un període de 8 mesos en el 2015. Es van registrar dades demogràfiques i clíniques per caracteritzar el tipus de neoplàsia, estadi al diagnòstic, tractament i mortalitat a l'ingrés i a l'any del diagnòstic.

## RESULTADOS

Durant el període analitzat van ser diagnosticats de càncer 108 pacients, essent el 61% homes. Pel que fa a la clínica de debut, el 21% va presentar síndrome constitucional, 17% símptomes respiratoris, 13% clínica digestiva, 9% neurològica i en el 10% es va objectivar una alteració analítica o a la prova d'imatge. El 34% de les neoplàsies



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

van ser d'origen gastrointestinal (incloent hepatobiliar), 23% broncopulmonars, 11% hematològiques i 8% urològiques. En el 8% dels casos no es va localitzar el tumor primari. El 26% dels pacients havien patit una neoplàsia d'un altre tipus prèviament. El diagnòstic histològic es va realitzar en el 77% dels casos (44% per biòpsia i 32% per citologia). El 46% dels pacients van ser diagnosticats en estadi IV de la malaltia i en un 40% no es va estadiar. En el moment del diagnòstic es va interconsultar amb especialista corresponent en el 76% dels casos. Quant als tractaments utilitzats, el 22% van tenir intenció curativa, completats en un 66% dels casos. El 46% van rebre tractament paliatiu (27% cirurgia, 20% quimioteràpia, 10% radioteràpia, en alguns casos tractaments combinats). La mortalitat durant l'ingrés va ser d'un 20%, mentre que el 49% dels pacients van ser donats d'alta a domicili, 20% a centres paliatius i 11% a programes d'atenció domiciliària. Finalment, el 50% dels pacients supervivents van requerir un ingrés en l'any posterior, amb una mortalitat del 51,6% (pèrdua de seguiment del 20% dels pacients).

#### **DISCUSIÓN**

La majoria de pacients en edat geriàtrica diagnosticats de càncer al servei de Medicina Interna són homes. Cal destacar que en un 10% dels casos es va donar de manera incidental per troballes analítiques o radiològiques, podent correspondre's a estats més precoços de la malaltia. En una quarta part dels casos no es va realitzar diagnòstic histològic. Encara que no es coneixen les raons, és molt probable que el diagnòstic no canviés el maneig posterior donat l'estat avançat de la malaltia. En un 25% dels casos havien presentat una neoplàsia prèvia, pel que es podria considerar com a factor de risc per desenvolupar altres neoplàsies. Tenir en compte que la majoria dels pacients que van rebre tractament amb intenció curativa el van completar, la mitat dels quals estaven lliure de malaltia després d'un any, pel que l'estadiatge en aquests pacients resulta clau de cara plantejar un correcte abordatge terapèutic.

#### **CONCLUSIONES**

La majoria de pacients geriàtrics diagnosticats de càncer en un servei de Medicina Interna es troben en estadis avançats de la malaltia, pel que en la majoria dels casos es planteja tractament paliatiu. Encara així, l'evolució sol ser favorable en aquells pacients que se sotmeten a teràpia amb intenció curativa. Finalment, destacar l'alta mortalitat en aquest grup de pacients, tant durant l'ingrés com en el primer any després del diagnòstic.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## EA-8 UTILITAT PRONÒSTICA A CURT I MIG TERMINI D'UNA VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL EN PACIENTS D'EDAT AVANÇADA INGRESSATS PER UNA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA

S. Yun Viladomat<sup>(1)</sup>, S. Ibars Campaña<sup>(2)</sup>, T. Aiello<sup>(1)</sup>, L. Simón Pascua<sup>(1)</sup>,  
S. Valdivielso Moré<sup>(2)</sup>, T. Giralte Borrell<sup>(2)</sup>, F. Escudero Villar<sup>(2)</sup>,  
F. Padilla Marchán<sup>(2)</sup>

*(1)Medicina Interna, (2)Cardiologia. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.  
Terrassa (Barcelona)*

### OBJETIVOS

És ben conegut que la incidència de la Síndrome Coronària Aguda (SCA) augmenta amb l'edat, essent altament prevalent en la població d'edat avançada. En aquesta població, la prevalença de comorbiditat i fragilitat és elevada, el que comporta una elevada taxa de complicacions, una major estància hospitalària i un índex de mortalitat més elevat.

L'objectiu del nostre estudi és determinar les característiques de la població d'edat avançada que ingressa per SCA en el nostre medi i avaluar si variables relacionades amb la fragilitat com la comorbiditat, el deteriorament cognitiu i el grau de dependència són millors predictors pronòstic a curt (1 mes) i mig (1 any) termini en comparació amb les escales de risc utilitzades actualment en la pràctica mèdica habitual.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Registre prospectiu i descriptiu dels pacients d'edat avançada ( $\geq 75$  anys) ingressats al Servei de Cardiologia del nostre centre entre Agost del 2013 i Octubre del 2015. Es registraren variables epidemiològiques, clíniques i de laboratori. Per la valoració geriàtrica integral s'aplicà en tots els pacients l'índex de Barthel per la valoració de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), el test de Pfeiffer pel cribatge de deteriorament cognitiu i l'índex de comorbiditat de Charlson. En el seguiment, es registrà la mortalitat i els events cardiovasculars (CV) (definitos com la variable combinada de mort, re-infart de miocardi [re-IAM], revascularització miocàrdica, accident vascular cerebral [AVC] o insuficiència cardíaca aguda [ICA]) als 30 dies i al any de l'alta hospitalària.

### RESULTADOS

S'analitzaren 126 pacients – 73% homes – amb una edat mitja (DS) de 81.8 (4.6) anys. L'incidència d'events als 30 dies i a l'any de seguiment va ser del 13.5% i del 38% respectivament, essent la mortalitat per qualsevol causa a l'any de seguiment del 13%. L'índex de Bartel (IB)  $< 80$  fou la variable que s'associà de forma estadísticament significativa amb la mortalitat global a l'any de seguiment des de l'alta hospitalària ( $p < 0.0001$ ; HR 7.9; CI 2.9-22). Pel que fa referència a la presència d'events CV a l'any de seguiment, les variables associades foren l'IB  $< 80$  ( $p < 0.0001$ ; HR 7.5; CI 2.7-20.9), la





## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

diabetis mellitus ( $p = 0.009$ ; HR 2; CI 1.2-3.5) i els nivells baixos d'hemoglobina (Hb) ( $p = 0.02$ ; HR 2.38; CI 1.4-4.1). L'event CV més prevalent a l'any de seguiment fou l'ICA (1.3%) i les variables relacionades amb la seva presentació foren el no tractament amb inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina (IECA) o antagonistes del receptor de l'angiotensina II (ARAI) ( $p = 0.006$ ; HR 0.27; CI 0.1-0.7), la diabetis mellitus ( $p = 0.025$ ; HR 3.2; CI 1.2-9.1) i els nivells baixos de Hb sèrica ( $p = 0.03$ ).

#### **DISCUSIÓN**

Els predictors clàssicament utilitzats per a una avaluació pronòstica dels pacients ingressats per SCA no s'associaren ni amb la mortalitat ni amb la taxa d'events CV globals el nostre estudi. Paràmetres relacionats amb la fragilitat, sobretot el grau de dependència funcional per a les ABVD i comorbilitats com la diabetis mellitus i nivells baixos de Hb, són les variables associades amb l'aparició de nous events CV o amb la mortalitat a l'any de seguiment.

#### **CONCLUSIONES**

Considerem que la valoració dels pacients d'edat avançada ( $\geq 75$  anys) que ingressen per SCA hauria de ser diferent a la dels pacients més joves, incloent sempre el grau de deteriorament cognitiu, la comorbilitat i, sobretot, una valoració de l'estat funcional.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna - XVII Edició -

## CAPÍTOL 2. PÒSTERS AMB EXPOSICIÓ ORAL

### 2.1 ÀREA TEMÀTICA: MALALTIES INFECCIOSES

#### 2.1.1 MALALTIES INFECCIOSES

##### I-1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INFECCIÓN POR GRIPE EN PACIENTES QUE REQUIEREN INGRESO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

T. Garzón Morales<sup>(1)</sup>, A. Oller Pérez-Hita<sup>(1)</sup>, A. Castro Guardiola<sup>(1)</sup>,  
X. Salgado Serrano<sup>(1)</sup>, C. Batlle Perales<sup>(1)</sup>, D. Domènech Bagué<sup>(2)</sup>,  
M. Fusellas Masgrau<sup>(2)</sup>, F. García-Bragado Dalmau<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Medicina Preventiva. H. U. Doctor Josep Trueta. Girona

#### OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir epidemiológica y clínicamente los adultos ingresados por gripe en nuestro centro durante el período de gripe estacional. Como objetivos secundarios, estimar la eficacia de la vacuna, identificar los microorganismos que coinfectan con más frecuencia y analizar las relaciones entre factores de riesgo y criterios clínicos de gravedad.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que ingresaron en el H. U. Doctor Josep Trueta de Girona por infección de gripe A diagnosticados por RT-PCR, excluyendo los casos nosocomiales, entre el mes de octubre de 2016 y el 19 de enero de 2017.

Se consideraron como variables epidemiológicas: género, edad y presencia de factores de riesgo ( $\geq 65$  años, hábito tabáquico, obesidad mórbida, enfermedades crónicas e inmunodepresión). Se analizó si los pacientes cumplían criterios de vacunación según las indicaciones de la Generalitat de Catalunya y cuantos de éstos habían recibido la vacuna.

Se usó la historia clínica para ver si presentaron insuficiencia respiratoria, coinfección bacteriana, shock séptico, ingreso en UCI, exitus letalis y días de ingreso.

Los datos se analizaron mediante SPSS Statistics, considerando  $p < 0.05$ .

#### RESULTADOS

Se obtuvo una  $n = 84$ , siendo un 45.2% hombres y un 54.8% mujeres, con edad media de 75.2 años (DE 14.2). De ellos, un 79.8% tenía  $\geq 65$  años, un 47.6% sufría una enfermedad respiratoria crónica, un 46.4% era fumador/exfumador, un 23.8% era diabético, un 22.6% tenía insuficiencia renal crónica, un 15.5% tenía insuficiencia cardíaca, un 15.5% tenía alguna enfermedad hematológica/oncológica y un 15.5% estaba inmunodeprimido. Un





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

97.6% debería haberse vacunado, pero sólo en un 46.4% constaba su vacunación. En cuanto a los criterios clínicos de gravedad, un 60.7% presentaba insuficiencia respiratoria aguda, un 13.1% requirió VMNI, un 8.3% presentó shock séptico, un 8.3% ingresó en UCI y un 9.5% fueron exitus letalis. La estancia media fue de 6.32 días (DE 5.4).

En un 97.6% de las PCR sólo se detectó gripe A en el resto VRS y gripe B concomitante y el 100% fue tratado con oseltamivir. Un 81% necesitó antibiótico y de estos 68 pacientes en los que se sospechó coinfección bacteriana, se aisló el patógeno en 18, con la siguiente distribución: Streptococcus pneumoniae (6), Haemophilus influenzae (4), SARM (2), Streptococcus pyogenes (2), Escherichia coli (2), otros (2).

Usando tablas de contingencia, se observó que de forma estadísticamente significativa, los pacientes con antecedentes de hábito tabáquico, obesidad mórbida y enfermedad pulmonar crónica, necesitaban más tratamiento con VMNI y que existe una relación con  $p = 0.052$  entre la IRC y exitus letalis.

### CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes que ingresan por gripe A son: enfermedad respiratoria crónica (47.6%), antecedente de hábito tabáquico (46.4%), diabetes mellitus (23.8%) e insuficiencia renal crónica (22.6%).
- El principal responsable de las coinfecciones es S. pneumoniae, seguido de H. influenzae.
- Hasta un 46.4% de los pacientes que requirieron ingreso, estaban vacunados.
- La obesidad mórbida, el hábito tabáquico y la enfermedad pulmonar crónica se relacionan con necesidad de VMNI de forma estadísticamente significativa.

### I-3 AVALUACIÓ DEL MANEIG DE LA PNEUMÒNIA ADQUIRIDA A LA COMUNITAT (PNAC) AL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (CST)

R. Borrallo Almansa, E. Falcó Puig, M. Andres Santamaría, H. Espejo Arenas, E. García Restoy

*Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)*

### OBJETIVOS

- Determinar la prevalença d'ingrés per PNAC als diferent àmbits de l'Hospital de Terrassa
- Avaluar el maneig ambulatori previ a l'ingrés per PNAC al CST
- Analitzar l'estada mitjana (EM) d'ingrés i factors que hi influeixen



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## MATERIAL Y MÉTODOS

-Estudi descriptiu retrospectiu basat en la revisió d'històries clíniques de pacients ingressats en el nostre hospital amb diagnòstic principal (DP) de PNAC durant l'any 2014

-Obtenim una mostra representativa estratificada per GRD (segons el manual de descripció dels grups relacionats pel diagnòstic AP-GRD v.25.0), dels ingressos per PNAC al Servei de MI, que correspon aproximadament al 20% del total ( 54 casos). S'ha revisat a través de l' OMI (programa de gestió clínica utilitzat en els CAP del CST) quin havia estat el maneig ambulatori que s'havia fet en cada cas durant les 15 dies abans de l' ingrés hospitalari.

-S'han considerat indicadors indirectes de fragilitat: a) La necessitat d'intervenció de la UFISS, b) La presència d'alguna problemàtica social i/o c) El requeriment de fisioteràpia funcional a la planta de Medicina

## RESULTADOS

- Es van registrar 673 ingressos per PNAC a l'any 2014 en majors de 16 anys. Quatre cents quinze (62%) van ser donats d'alta al Servei de Medicina Interna (MI), 111 (16%) a Urgències, 71 (10.5%) a Unitats de Geriatria, 63 (9.3%) a especialitats mèdiques i 13 (2%) a l' Unitat de cures intensives.

- Dels 54 casos revisats, 29 eren homes i 25 dones, amb una edat mitjana de 72 anys.

- La revisió de l'OMI ens ha mostrat: que 19 pacients (35%) havien mort en el transcurs del següent any natural a l'ingrés. Dels 22 casos que es van poder revisar, 8 (36.5%) havien arribat a urgències remesos pels seus metges de família, 6 d'ells sense estudi radiològic ni haver- se iniciat tractament antibiòtic empíric. Onze pacients (50%) no havien consultat prèviament al seu equip de primària.

- L'estada mitjana global era de 9.2 dies. En 41 (76%) dels pacients es va detectar alguna comorbiditat. Les malalties cròniques més freqüentment descompensades eren la MPOC, en 29 pacients (53.7%) i la insuficiència cardíaca, en 10 (18.5%). No obstant, les EM d'aquests no es veien allargades respecte a la global (9.5 dies i 9.4 dies, amb  $p < 0.8$  i  $p < 0.6$  respectivament). L' EM dels casos amb fragilitat superava els 14 dies ( $p < 0.01$ ). Nou dels 54 pacients (16.7%) van requerir valoració per la UFISS, amb una EM de 13.9 dies. Presentaven alguna problemàtica social 6 casos (11%), amb una EM de 14.2 dies i van fer fisioteràpia funcional a la planta de Medicina Interna 22 pacients (40.7%), amb estada de 11.4 dies.

## DISCUSIÓN

Els ingressos per PNAC solen estar determinats per les complicacions de la pròpia malaltia i la comorbiditat dels pacients. Aquests factors podrien explicar que les estades mitjanes siguin altes en el global de la mostra. No obstant, el que es relaciona significativament amb estades més llargues són l'afectació funcional i els problemes socials que se'n



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

deriven, reflectides en la necessitat de rehabilitació i en la intervenció de la UFISS.

Un altre punt de discussió gira al voltant de l'efectivitat del maneig ambulatori de la PNAC amb el model tradicional d'assistència, clarament millorable amb dispositius d'intervenció precoç ambulatoria tals com les unitats d'hospitalització domiciliària, sobre tot quan s'acompanyen de recursos d'hospitalització de curta estada en els primers dies d'evolució.

### CONCLUSIONES

- Tres quartes parts dels pacients que ingressen per PNAC ho fan al Servei de MI
- La meitat dels pacients que van ingressar per PNAC al 2014 van consultar directament al servei d'urgències.
- El percentatge de pacients amb algun signe de fragilitat és alt, sent la seva EM significativament més llarga.
- Apreciem una alta mortalitat a l'any en els pacients ingressats per PNAC

### I-5 BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE EN EL ÁREA DE TARRAGONA ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2015

C. Aucejo Mollà, A. Martí Abella, M. Roca Herrera, I. Pérez Peris, M. Ruiz Gorrin, J. Binetti, E. Nart Puente, T. Auguet Quintanilla  
*Medicina Interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona*

### OBJETIVOS

El staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) se ha convertido en un patógeno hospitalario muy prevalente en los últimos años.

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la asociación entre antibioterapia empírica administrada y evolución de los pacientes con bacteriemia por SAMR atendidos en nuestro centro durante el período 2009-2015.

Como objetivos secundarios:

- Describir la supervivencia global en el período tras sufrir una bacteriemia por SAMR
- Estudiar la asociación entre supervivencia y diferentes factores relacionados con la bacteriemia
- Describir las características de la bacteriemia según el lugar de adquisición (infección nosocomial, IRAS o comunitaria)

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo tipo serie de casos. Se han incluido consecutivamente todos los pacientes diagnosticados de bacteriemia por SAMR durante



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

el período, que cumplían los criterios de inclusión: Mediante análisis univariable se evaluó la asociación entre las variables recogidas y el lugar de adquisición de la bacteriemia, la adecuación del tratamiento empírico y la mortalidad global.

## RESULTADOS

En relación a la mortalidad en la muestra de estudio a los 30 días fué de 20% y a los 2 años, del 40%. El análisis de supervivencia de Kaplan Meier no ha mostrado asociaciones significativas entre la evolución y los distintos factores estudiados, ni en la mortalidad precoz ni en la global, salvo la colonización previa que muestra una asociación con menor mortalidad ( $p < 0.03$ ).

En cuanto a los resultados de la MIC de los diferentes antibióticos, se ha encontrado y Linezolid son puntuales. No se ha encontrado asociación significativa entre el lugar de adquisición de la bacteriemia y MIC de Vancomicina.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en el análisis de la supervivencia.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la bacteriemia por SARM no presenta diferencias en cuanto al tratamiento y evolución según lugar de adquisición. Al estudiar factores relacionados, vemos que el foco de origen y el estado de portador previo conocido si muestran diferencias.

Entre los pacientes con infección nosocomial, el estado de portador previo es conocido con mayor frecuencia. Aunque en el análisis univariable hemos hallado que los pacientes con colonización previa conocida tienen mejor supervivencia, en concordancia con los estudios previamente citados, no se mantiene la asociación significativa en el análisis multivariable, al ajustar por Charlson, adecuación de tratamiento y MIC de vancomicina. Por ello, aunque a priori pudiéramos pensar que conocer el estado portador en un paciente, nos permite indicar más rápido y de forma más adecuada la terapéutica antibiótica, permitiendo así un tratamiento más eficiente, esta hipótesis no es corroborada con nuestros datos.

## CONCLUSIONES

A diferencia de los resultados de otras series, en nuestro estudio, no se relaciona de forma significativa el aumento de la CMI para Vancomicina en los últimos años, con el aumento de mortalidad.

Nuestra serie tiene limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra, que puede relacionarse con falta de potencia para encontrar asociaciones y ser motivo de las discrepancias con los resultados obtenidos por otros autores.



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## **I-6 CARACTERÍSTIQUES I EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB INFECCIÓ PER PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR I XDR TRACTADES AMB CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM**

L. Fresco<sup>(1)</sup>, S. Paredes<sup>(1)</sup>, M. Xipell<sup>(1)</sup>, E. López<sup>(2)</sup>, F. Marco<sup>(3)</sup>, J. Martínez<sup>(1)</sup>, M. Bodro<sup>(1)</sup>, À. Soriano<sup>(1)</sup>

*(1)Malalties Infeccioses, (2)Farmàcia, (3)Microbiologia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

### **OBJETIVOS**

Les infeccions per *Pseudomonas aeruginosa* (PA) MDR i XDR estan limitades per la manca d'antibiòtics efectius davant aquests microorganismes i la seva toxicitat (com aminoglicòsids i colistina). L'objectiu és revisar l'evolució de malalts tractats amb ceftolozano-tazobactam (C/T).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisió retrospectiva de 15 pacients amb infecció per PA-MDR/XDR tractats amb C/T. S'analitzen les variables: dades demogràfiques, comorbiditats, origen de la infecció, patró de susceptibilitat antimicrobiana, tractament i evolució.

### **RESULTADOS**

S'analitzen 15 pacients, predominantment homes (3:1) de 57 anys de mitjana (DS 13). El primer grup inclou 6 pacients amb infecció respiratòria. 4 són traqueobronquitis: 3 presenten curació després de 7 dies de tractament (DS 1.5) (2 associen colistina nebulitzada i 1 tobramicina ev i nebulitzada). L'altre pacient es tracta durant 13 dies associant colistina nebulitzada amb disminució de paràmetres inflamatoris i cultius posteriors negatius però dues setmanes després mor per la seva malaltia de base. 2 són pneumònies: 1 es tracta amb C/T i amikacina nebulitzada presentant mala evolució i mort i l'altre evoluciona correctament després de 8 dies amb C/T, amikacina i colistina nebulitzades però presenta recaiguda al mes de tractament. El segon grup inclou 5 pacients amb afectació cutània i teixits tous: 2 cel·lulitis, 1 infecció en la zona d'inserció d'un dispositiu d'assistència ventricular, 1 mediastinitis i 1 fascitis submandibular amb bacterièmia. La durada del tractament és de 17 dies (DS 6). Les dues cel·lulitis es tracten amb associació d'amikacina i ciprofloxacino respectivament. El tercer pacient es tracta en monoteràpia i es recanvia el dispositiu d'assistència ventricular. Els dos restants es tracten amb amikacina associada. Es realitza desbridament quirúrgic en 3 dels 5 pacients. Tots presenten bona evolució excepte el darrer que és èxitus 12 dies després del tractament per xoc sèptic no remuntable. Malgrat tot, un dels pacients amb cel·lulitis té posteriorment una infecció del tracte urinari per PA (següent grup). El tercer grup inclou 3 infeccions del tracte urinari, 2 de les quals evolucionen correctament en monoteràpia



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

(7 dies de tractament en un malalt renal crònic, 14 dies en un trasplantat de medul·la òssia).  
1 pacient amb cirrosi hepàtica descompensada presenta mala evolució amb mort després de 7 dies de tractament en monoteràpia. Finalment 2 pacients amb infecció hepàtica. Un amb abscess hepàtic secundari a una fuita biliar post cirurgia d'adenocarcinoma de colon que requereix tractament durant 6 setmanes associat inicialment a colistina ev. El segon, un trasplantat hepàtic per colangitis esclerosant amb episodi de colangitis i bacterièmia, es tracta en monoteràpia durant 4 setmanes. Tots 2 casos amb una evolució favorable.

## **DISCUSIÓN**

La taxa de curació de l'episodi infeccions fou del 80% (12/15) amb una recaiguda en un pacient i una mort posterior per malaltia de base, amb una eradicació del 68%. La mortalitat als 30 dies fou del 25%, menor que a altres sèries. La pneumònia va tenir un 50% de mortalitat i un 50% de recaigudes. S'ha vist que el drenatge de l'inòcul si escau afavoreix la bona evolució. No s'han detectat efectes adversos destacables.

## **CONCLUSIONES**

En cas d'infeccions per PA-XDR/MDR amb escasses alternatives terapèutiques cal plantejar-se l'ús de C/T en combinació amb un segon antibiòtic actiu. L'experiència clínica és molt escassa pel que cal ampliar aquesta línia d'investigació.



# 4 i 5 de maig de 2017

## Casa de Convalescència. Barcelona

Taula 1

Sexe Edat	Comorbiditat	Origen (i cultiu)	Sensibilitat (CMI ug/mL)	Dosi i Durada de C/T	Altres antibiòtics associats	Eradicació del focus (cultius posteriors negatius)	Evolució
D/49	Limfoma B amb uropatia obstructiva i perforació colònica. Traqueotomia	Traqueobronquitis (espurt i aspirat traqueal)	Aminoglicòsids Colistina C/T (2)	1/0,5g/8h 8 dies	Tobramicina ev 5 mg/kg/d i nebulitzada 4 dies	Sí	Favorable
H/49	Cirrosi hepàtica enol Child A, sagnant per varius esofàgiques. IOT	Traqueobronquitis (BAS)	Amikacina Cefazidima (8) Colistina C/T (1)	1/0,5g/8h 6 dies	Colistina nebulitzada Amikacina nebulitzada	No disponible	Favorable
H/64	Disfuncció multiorgànica tòxica Traqueotomia amb ventilació mecànica	Traqueobronquitis (BAS)	Amikacina Colistina C/T (1,5)	1/0,5g/8h 7 dies	Colistina nebulitzada	Sí	Favorable
H/61	Insuficiència respiratòria aguda amb IOT, EPOC	Traqueobronquitis (aspirat traqueal, BAS)	Tobramicina Colistina C/T (8)	1/0,5g/8h 13 dies	Colistina nebulitzada	Sí	Favorable Però el pacient fou èxitus dues setmanes després de finalitzar el tractament per malaltia de base.
H/69	Postoperatori d'aneurisma cerebral trombosat amb bypass + clipage, ictus isquèmic	Pneumònia (BAS)	Amikacina Colistina C/T (0,75)	1/0,5g/8h 6 dies	Amikacina nebulitzada	Sí	Èxitus Sense clara milloria dels paràmetres inflamatoris
H/52	Trasplantat renal i hepàtic, Immunodeficiència variable comú, Limfoma Burkitt	Pneumònia (espurt)	Amikacina Cefazidima (8) Colistina C/T (1)	1/0,5g/8h 8 dies	Colistina nebulitzada Amikacina nebulitzada 8 dies	No disposem de cultius posteriors. Però al mes repetí el quadre.	Curació inicial clínica, radiològica i analítica. Reinfecció al cap d'un mes amb el mateix quadre.
H/26	Leucèmia mieloblàstica aguda, allotransplantament medul·lar ossia	Gangrena de Fournier (frotis cutani, abscess ferida, hemocultiu)	Aminoglicòsids Cefazidima (4) Colistina P/T C/T (1)	2/1g dosi única i 1/0,5g/8h 25 dies	Amikacina ev 1g/24h 11 dies Desbridament quirúrgic	Sí	Favorable
		Infecció tracte urinari (urinocultiu)	Aminoglicòsids Colistina P/T C/T (1)	1/0,5g/8h 14 dies	No	Sí	Favorable
H/61	Diabetis mellitus amb cetoacidosis	Cel·lulitis peu diabètic (frotis ferida, frotis osteoarticular)	Aminoglicòsids Ciprofloxacino Colistina C/T	1/0,5gr/8h 14 dies	Ciprofloxacino ev 400mg/24h 10 dies Desbridament quirúrgic	Sí	Favorable
H/68	Miocardiopatia dilatada idiomàtica amb assistència ventricular esquerra	Infecció sortida de driveline (frotis cutani, driveline)	Colistina Aminoglicòsids C/T (2)	1/0,5g/8h 12 dies	Recanvi dispositiu	Sí	Favorable
D/80	EPOC, insuficiència cardíaca valvular	Cirurgia de pròtesis vàlvula aòrtica biològica amb mediastinitis (frotis mostres)	Amikacina Colistina Cefazidima (8) C/T (1)	1/0,5g/8h 3 setmanes	Amikacina ev 500mg/24h 2 setmanes	Sí	Favorable
D/49	Aplàsia medul·lar greu	Bacterièmia per foscitis submandibular (hemocultiu)	Amikacina Colistina C/T (1)	1/0,5g/8h 8 dies 2/1g/8h 4 dies	Amikacina ev 1g/24h 4 dies Desbridament quirúrgic	No Bacterièmia persistent malgrat	Èxitus
H/65	Malaltia renal crònica estadi IIIb	Infecció tracte urinari (urinocultiu)	Amikacina Colistina C/T (1,5)	700/250mg/8h 8 dies	Dosi única amikacina 1g ev	No disponible	Favorable
H/51	Cirrosi hepàtica per enol descompensada	Infecció tracte urinari (urinocultiu)	Colistina C/T (1)	1/0,5/8h 7 dies	No	No	Èxitus
H/74	Hepatitis C, cirrosi hepàtica, adenocarcinoma de colon amb metastasis hepàtiques	Abscess hepàtic (abscess; on també creix <i>Enterococcus faecium</i> )	Amikacina Colistina C/T (3)	1/0,5g/8h 6 setmanes	Colistina 2 MU/8h ev 10 dies.	Sí	Favorable
H/44	Trasplantat hepàtic, colangitis esclerosant amb colangitis recurrents	Xoc séptic per colangitis (hemocultius)	Colistina Amikacina C/T (1)	1/0,5g/8h 4 setmanes	No	Sí	Favorable

Taula 1: Infeccions per *Pseudomonas aeruginosa* multiresistent tractades amb cefzolozano/tazobactam. C/T: Cefzolozano-Tazobactam; P/T: Piperacil·lina-Tazobactam; IOT: Intubació orotraqueal



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## I-7 NOUS TRACTAMENTS DE L'HEPATITIS C EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Mas<sup>(1)</sup>, S. Ruiz<sup>(1)</sup>, M. Duran<sup>(1)</sup>, X. Cervantes<sup>(2)</sup>, S. Blanch<sup>(2)</sup>, I. Saéz<sup>(2)</sup>,  
C. Torres<sup>(1)</sup>, J. Márquez<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Digestiu. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

### OBJETIVOS

L'aparició dels nous fàrmacs per l'hepatitis C ha suposat un canvi radical amb menor duració del tractament, menys efectes adversos i millors resultats segons els estudis publicats. Estudiem doncs els resultats finals en els nostres pacients tractats, amb resultats generals i segons genotip. A més, com objectiu secundari estudiem diferències entre mono i coinfectats per VIH.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudi observacional retrospectiu dels pacients tractats des del febrer 2015 al juliol 2016. Es realitza l'estudi generalitzat, i a posteriori, segons genotip i subdivisió en mono i coinfectats. Programa SPSS 19.0 Windows.

### RESULTADOS

156 pacients, relació home/dona 2/1 amb edat mitja 58.5 anys (DE=12.4), el 66,7% d'ells naïve. Els genotips predominants són 1a i 1b (25% i 45,5% respectivament) i es tractament majoritàriament graus de fibrosis F3 i F4 (22,6% i 49,7% respectivament). Els tractaments més utilitzats són SOF+DCV+/-RBV (15,4%), Viekirax+Exviera+/-RBV (37,8%) i SOF+LDV+/-RBV (28,8%); a 12 setmanes el 89,7%. Un pacient va suspendre tractament a la setmana 2 per presentar un infart agut de miocardi. Es redueix dosis de RBV en 17 pacients (11%), retirant-se en 2, majoritàriament per anèmia (94,1%). Al final del tractament el 100% de pacients presenten RNA VHC indetectable, existint rebrot virològic en dos pacients a les 12 setmanes post-tractament (RVS 98,3%). A la taula; resultats segons genotipatge. Del total de pacients un 77,6% són monoinfectats (121) i el 22,4% coinfectats (35) amb edat mitja de 60.4 anys (DE=13.2) i 51,8 anys (DE=5,3) significativament diferents ( $p=0,000$ ). En monoinfectats la relació home/dona és de 1,2/1, sent naïve el 62%; el genotip predominant és el 1b (56,2%) i es tracten majoritàriament els graus de fibrosis F3 i F4 (20,8% i 54,2%). Els fàrmacs més utilitzats són Viekirax+Exviera+/-RBV i SOF+LDV+/-RBV (41,3% i 30,6%); a 12 setmanes el 88,4%. A final de tractament el 100% tenen RNA VHC indetectable, amb rebrot virològic a les 12 setmanes post-tractament de 2 pacients (RVS 97,9%). En coinfectat; home/dona és 10.6/1, naïve el 82,9%; el genotip predominant és el 3 (40%), majoritàriament graus de fibrosis F3 i F4 (28,6% i 34,3%). El fàrmac predominant és SOF+DCV+/-RBV (45,7%); a 12 setmanes el 94,3%. A final de tractament el 100% tenen RNA VHC indetectable, sense cap rebrot virològic a les 12 setmanes post-tractamento (RVS 100%).



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

## DISCUSIÓN

Resultats molt similars als publicats fins al moment. A curt plaç són resultats molt positius amb supressió virològica en la majoria dels pacients. Sense diferències segons genotipatge, ni tampoc si existeix coinfecció amb VIH.

## CONCLUSIONES

Els nous fàrmacs pel tractament del VHC suposen un canvi radical pel pacient i el facultatiu donats els excel·lents resultats que presenten amb menor duració del tractament.

Taula 1. Resultats segons classificació per genotip

Genotip	VHC-VIH	Naïve	F4	Tx	12s	RVS
1a (39)	20,5% (8)	61,5% (24)	51,3% (20)	SOF+LDV+/-RBV	94,9% (37)	100% (39)
1b (71)	4,2% (3)	64,8% (46)	53,5% (38)	Viekirax+Exviera+/-RBV	94,4% (67)	100% (71)
2 (3)	33,3% (1)	66,7% (2)	66,7% (2)	SOF+RBV	100% (3)	100% (3)
3 (28)	50% (14)	71,4% (20)	40,7% (11)	SOF+DCV+/-RBV	67,9% (19)	92,9% (26)
4 (15)	60% (9)	80% (12)	40% (6)	SOF+LDV+/-RBV	93,3% (14)	100% (15)

## I-8 LA FEBRE Q A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DOCTOR JOSEP TRUETA (HUGJT): REVISIÓ DE 7 CASOS ENTRE 2009 I 2016

G. Policarpo Torres, I. Abascal Cambra, J. Chara Cervantes, F. García-Bragado  
*Medicina Interna. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona*

## OBJETIVOS

La febre Q (FQ) és una zoonosi mundial produïda per un bacteri gramnegatiu intracel·lular, *Coxiella burnetii*, que presenta múltiples formes clíniques, diagnòstic per serologia o tècniques moleculars i, tot i que pot autolimitar-se, tractar-la amb doxiciclina escurça la simptomatologia i preveu la cronicitat. L'objectiu de l'estudi és descriure les característiques clínico-epidemiològiques i evolutives de la FQ a l'àrea corresponent a l'HUGJT.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es revisaren retrospectivament els casos codificats com a FQ en el sistema de gestió hospitalari SAP entre 2009 i 2016, incloent aquells amb serologia positiva i classificant-



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

los com a FQ aguda si presentaven anticossos IgG $\geq$ 200 i IgM+ contra antigen Fase II, o un augment  $\geq$ 4 vegades superior de IgG anti-fase II entre la fase aguda i la convalescent; i com a FQ crònica segons les Guies de Consens de Dutch.

Els resultats s'expressen com la mitjana (Me) acompanyada entre parèntesis del rang interquartílic, excepte en els casos indicats. Les marques temporals es van comptabilitzar des de l'inici dels símptomes.

## RESULTADOS

Es revisaren set casos amb serologia positiva de FQ. El 86% foren homes, amb una edat mitjana de 49.86 anys $\pm$ 10 (desviació estàndard). El 43% vivien en àmbit rural i un 72% va tenir contacte amb animals (43% domèstics i el 29% remugants). El 71% aparegué a la primavera. Com a FQ agudes es presentaren 4 en forma de pneumònia alveolo-intersticial, 2 síndromes febrils i una hepatitis colestàsica; i com a cròniques, una endocarditis, diagnosticada amb PCR de teixit valvular. Sis casos presentaren febre elevada; quatre, tos seca, diaforesi, astènia i pèrdua ponderal; i un, hepatoesplenomegàlia. Tots evidenciaren anèmia normocítica; el 57%, limfopènia absoluta; i el 43%, trombopènia lleu. El 71% presentaren TTPA prolongat (Me = 43,8s) cap als 17 dies [9-29.5]; el 57% elevaren GGT (Me = 210 U/L) i FA (Me= 166 U/L) cap als 11.5 dies [8.75-24.75]; i dos casos, transaminases i bilirubina. Cinc casos augmentaren la PCR (Me = 12.45 mg/dL); i quatre de cinc, la VSG (Me=119mm); mentre que la procalcitonina i l'LDH no s'elevaren en cap cas. Un de quatre casos presentà anti-coagulant lúpic; i un de tres, anticossos anti-cardiolipina i factor reumatoïdal. Tots els hemocultius foren negatius.

Es realitzaren serologies inicials, cap als 18.5 dies [12.8-23.5] sense tenir en compte la FQ crònica, resultant: cinc indeterminades, una infecció aguda i una altra crònica. Dels casos indeterminats, serologies posteriors confirmaren dues infeccions agudes en fase convalescent, una altra com a possible crònica en fase post- tractament (amb pèrdua del seguiment final) i dos es perderen en seguiment.

Tots els casos requeriren hospitalització per a estudi, durant aproximadament 6 dies [4-28], amb sospita diagnòstica cap als 19 dies [13-31], i iniciant tractament dirigit sobre els 31 dies [21-38], cinc d'ells encara ingressats. Totes les FQ agudes sospitades es tractaren amb doxiciclina durant 11.50  $\pm$  1.85 dies de mitja. La FQ crònica es tractà amb doxiciclina i levofloxacina durant 18 mesos i recanvi valvular. Les quatre infeccions confirmades es consideraren curades durant el seguiment i no aparegueren complicacions.

## DISCUSIÓN

El diagnòstic de FQ presenta una gran dificultat donada la presentació de manera aguda majoritàriament asimptomàtica o paucisintomàtica, però també com a pneumònia, hepatitis o síndrome febril; i crònica, sobretot com a endocarditis. Per aquest motiu, és necessari tenir una gran sospita clínica per tal de poder tractar-la.



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

### **CONCLUSIONES**

La FQ es va presentar en el nostre estudi majoritàriament com a pneumònia alveolo-intersticial aguda en pacients amb importants antecedents epidemiològics. Destacà la presència de limfopènia, colèstasi dissociada i TTPA prolongat, normalment sense anticossos anti-fosfolipíd. Les serologies foren principalment indeterminades durant les tres primeres setmanes, cosa que retarda el diagnòstic i el tractament, tot i que sense repercussió pronòstica; pel que serien útils mètodes moleculars davant la sospita diagnòstica en aquest període.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -



## 2.1.2 HIV

### I/H-1 INCIDÈNCIA DE CÀNCER EN PACIENTS AMB INFECCIÓ PER VIH DURANT 30 ANYS (1983-2003)

C. Tudela Cuadros<sup>(1)</sup>, B. Revollo Barriga<sup>(2)</sup>, D. Buccione<sup>(1)</sup>,  
G. Rocamora Blanch<sup>(1)</sup>, C. Tural Llacher<sup>(1)</sup>, G. Sirera<sup>(2)</sup>

*(1)Medicina Interna, (2)Unitat VIH. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol de Badalona. Badalona (Barcelona)*

#### OBJETIVOS

Estimar la incidència i tipus de neoplasies en pacients amb infecció per VIH al llarg de 30 anys.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudi retrospectiu. S'ha utilitzat les bases de dades del departament d'anatomia patològica i de la unitat de VIH, incloent pacients infectats per VIH amb diagnòstic de càncer entre l'abril de 1983 i el març de 2013. Aquests 30 anys d'han dividit en 3 períodes: Pre-HAART (PH) (1983-1996), early-HAART (EH) (1997-2000) i late- HAART (LH) (2001-2013). Segons criteris de la CDC, s'han agrupat els tipus de neoplàsia en càncer definitori de SIDA (ADC) i no definitori (NADC), estimant la incidència de càncer i tipus amb interval de confiança del 95%.

#### RESULTADOS

Dels 6229 pacients seguits en la Unitat de VIH durant aquests 30 anys, 472 van ser diagnosticats de càncer (519 si s'inclouen segones neoplasies) amb una incidència acumulada de 7.6% (IC 95%: 6.9%-8.3%) amb 3.7% de neoplasies definitòries de SIDA i 3.9% NADC. L'edat mitja va ser de 38 anys (Min 12a - Màx 66a) en ADC i 45 anys (6-87) en NADC. La mitjana de CD4 (min i màx) al diagnòstic del càncer era de 129 cèl/mm<sup>3</sup> en ADC (0-1154) i de 352 en NADC (3-1580). Estratificant per períodes (PH, EH i LH) el percentatge de ADC era de 73.9%, 58.1% i 35.4% respectivament i 26.1%, 41.9% i 64.6% en el cas de les NADC (Fig 2). Dividint per tipus de neoplàsia en PH i LH el percentatge de càncer de pulmó augmenta de 0.8 a 8.3%, digestiu de 0 a 11.8%, de pell 11.8 a 18.8% i limfoma de Hodgkin de 5 a 4.8%.(Fig1)

#### DISCUSIÓN

La milloria en el tractament del VIH ha augmentat la esperança de vida dels pacients infectats, assimilant-se a la de la població general, comportant: un major temps de exposició a factors de risc, un estat proinflamatori crònic i envelliment d'aquesta població. Per tant, s'han observat canvis en la incidència i el tipus de neoplàsies al llarg dels anys.

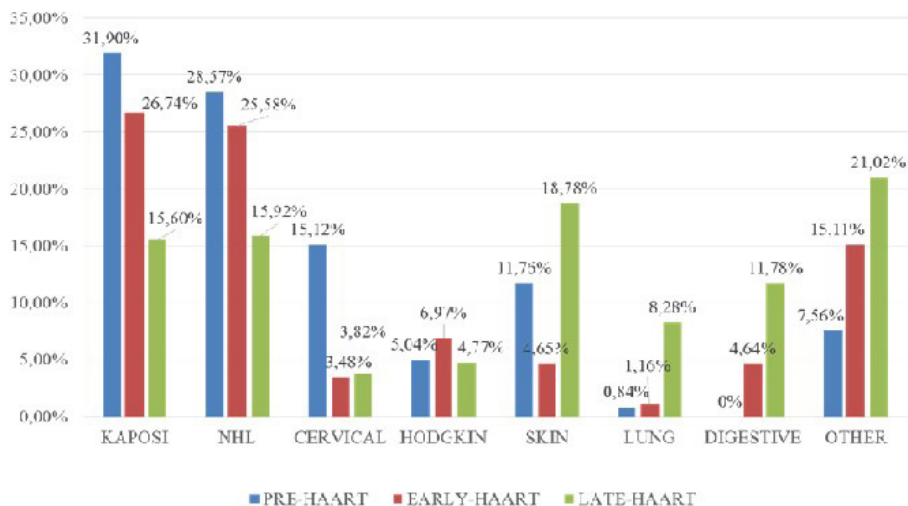
# 4 i 5 de maig de 2017

## Casa de Convalescència. Barcelona

### CONCLUSIONES

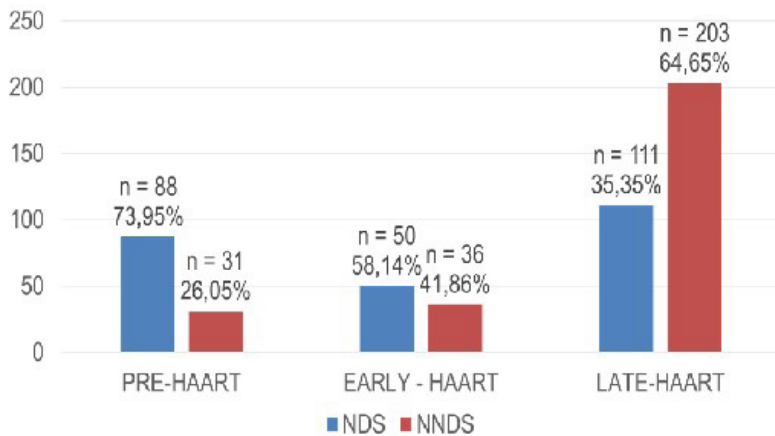
La incidència del càncer de pulmó, digestiu i de pell (NADC) en pacients amb VIH ha augmentat després de introduir TARV, probablement en context de l'augment de l'esperança de vida d'aquests pacients. El limfoma de Hodgkin no ha canviat al llarg dels anys. No hi ha una clara relació entre l'estat immunitari i les neoplàsies no definitòries de SIDA. Tal com esperàvem, s'ha observat un descens en les neoplàsies definitòries de SIDA al llarg dels anys, quedant en fase de meseta en l'actualitat. S'ha objectivat una alta incidència de segones neoplàsies en l'estudi, s'hauria de comparar amb la població general.

Fig. 1



Congrés de la  
Societat Catalano-Balear  
de Medicina Interna  
- XVII Edició -

Fig. 2





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## 2.2 ÀREA TEMÀTICA: PACIENT PLURIPATOLÒGIC / EDAT AVANÇADA

### EA-1 ANÀLISI DESCRIPTIU DE L'ACTIVITAT D'UN HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL

C. Bracke Manzanares, J. López Núñez, X. García Calvo, C. Tural Llacher, J. Tor Aguilera

*Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona. Badalona (Barcelona)*

#### OBJETIVOS

Els hospitals de dia són un recurs assistencial que milloren la transició del pacient de l'hospitalització a l'Atenció Primària. A l'hospital de dia de Medicina Interna (HDMI) de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP) s'hi realitza activitat dos dies a la setmana durant quatre hores i s'hi poden realitzar exploracions complementàries de baixa complexitat així com tractaments iv . El pacient candidat a ser derivat és el que requereix un control clínic estret a l'alta hospitalària, tractament intravenós (iv) o està pendent d'algun resultat, i aquells procedents de les consultes externes, d'urgències o atenció primària amb algun problema diagnòstic. L'objectiu del nostre estudi és fer una descripció de l'activitat realitzada en un HDMI d'un hospital de tercer nivell i analitzar si té alguna incidència en la taxa de reingressos hospitalaris.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Es realitza un estudi retrospectiu de les 897 visites consecutives registrades a l'HDMI de l'HUGTiP entre el 01/05/2015 i 31/12/2016. S'han recollit les característiques basals dels pacients, el tipus de visita realitzada, la procedència i destí del pacient, les comorbilitats i complexitat del pacient mitjançant els índex de Charlson i de Pfeiffer, la fragilitat del pacient, i els reingressos a l'any previ i el motiu que motiven un reingrés. El reingrés es defineix com aquell ingrés per qualsevol causa en un temps igual o menor als 30 dies de l'alta hospitalària. Hem definit malalt reingressador com aquell amb almenys un reingrés l'any previ, i malalt reingressador habitual aquell amb dos o més reingressos l'any previ.

#### RESULTADOS

La cohort està composta de 355 pacients que van requerir de 897 visites, amb una mitja de 2,53 visites per pacient. En quant a les característiques basals, presenten una mediana d'edat de 76 anys (64-84) i el 53,5% (190 pacients) són homes. El 86,5% dels pacients procedeix de la planta d'hospitalització, un 5,4% de CCEE, 5,6% d'urgències, i 2,5% d'atenció primària. Dels pacients que procedeixen d'hospitalització, la mediana de dies d'ingrés és de 9 dies (5-13). La mediana de l'índex de Charlson va ser de 2 (1-4) i de l'índex de Pfeiffer de 1 (0-3). Del total de pacients amb pla d'intervenció individual de cures





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

(PIIC) el 17,2% són pacients crònics complexos (PCC) i un 5,6% tenen malaltia crònica avançada (MACA). Els diagnòstics més freqüents a l'alta van ser pneumònia i anèmia, present en 12,4% dels pacients, seguit de infecció respiratòria de vies baixes (10,7%), insuficiència cardíaca (10,1%), síndrome tòxic a estudi (9,3%) i infecció urinària (8,7%). El número de pacients reingressadors i reingressadors habituals va ser de 39 pacients (10,9%) i 16 pacients (4,5%), respectivament. Un 11,4% dels pacients va precisar de tractament iv, tractant-se de feroteràpia endovenosa un 72,5% dels casos i de transfusió d'hemoderivats en un 38,2%. El destí a l'alta més freqüent va ser a atenció primària (158 pacients, 44,5%). Van reingressar als 30 dies de l'alta hospitalària 21 pacients (5,9%). En quant als malalts reingressadors i reingressadors habituals, va haver-hi una taxa de reingressos de 10,3% (4 pacients) i 12,5% (2 pacients), respectivament. Dels pacients que van reingressar, 8 (38%) van fer-ho per la mateixa causa de l'ingrés previ i 13 (62%) per un motiu diferent. La mediana de dies entre l'alta i el reingrés va ser de 16 (10-24,25).

## DISCUSIÓ

Els HDMI constitueixen una important eina de suport a la planta d'hospitalització, especialment en pacients amb elevada comorbiditat que condicionen una major fragilitat i, per tant, major risc de reingrés (pacients reingressadors i reingressadors habituals). Tot i així, la taxa de reingrés als 30 dies de l'alta ha estat baixa, no sent el motiu de reingrés el mateix que va motivar l'ingrés previ en un 62% dels pacients. Destaca que la mediana de temps que en que es produeix el reingrés és de 16 dies.

## CONCLUSIONES

L'HDMI és un recurs apropiat en el control clínic en els pacients que s'atenen en els serveis de medicina, especialment en aquells amb elevada comorbiditat. La baixa taxa de reingressos en el nostre estudi suggereix que l'HDMI pot ser un recurs important per evitar admissions hospitalàries i millorar l'estada mitja.

## EA-2 CÀNCER EN L'ANCIÀ: ALTERACIONS ANALÍTIQUES I ESTADIATGE AL MOMENT DEL DIAGNÒSTIC

I. Macaya, P. Garrido, J. Marco-Hernández, C. Gabara, M. Torres, F. Masanés, A. López-Soto, E. Sacanella

*Servei de Medicina Interna, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona*

## OBJETIVOS

Analitzar les principals alteracions analítiques, l'estadi de la malaltia i la mortalitat a curt termini d'una cohort de pacients  $\geq 65$  anys diagnosticats de càncer en un servei de Medicina Interna d'un hospital universitari.





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Es van incloure retrospectivament tots els pacients  $\geq 65$  anys que havien ingressat al servei de Medicina Interna entre gener i maig de 2015 i que van ser diagnosticats de càncer. Es va obtenir una mostra final de 108 pacients. Es van recollir dades sobre el tipus de neoplàsia i l'estudi d'extensió efectuat, així com dades analítiques (hemoglobina, FA, GGT, LDH i marcadors tumorals) al moment de l'ingrés i la mortalitat a curt termini ( $< 1$  mes). Es va estudiar la prevalença d'alteracions analítiques, observant la seva possible relació amb l'estadi de la malaltia al diagnòstic i amb la mortalitat durant l'ingrés. Es va realitzar l'anàlisi estadístic mitjançant SPSS v22.

## **RESULTADOS**

Es van incloure 108 pacients, dels quals 66 (61%) eren homes i 42 (39%) dones. Un 49% dels pacients eren fumadors. L'origen més freqüent de la neoplàsia va ser: digestiu (34%), broncopulmonar (23%), hematològic (11%) i urològic (8%). Fins un 8% de les neoplàsies l'origen va ser indeterminat. Al moment del diagnòstic un 70% dels pacients presentaven anèmia, un 97% alteració de la FA (48% amb valors elevats en més de dues ocasions), un 54% alteració de la GGT (39% amb valors elevats en més de dues ocasions) i un 54% alteració de la LDH (22% amb valors elevats en més de dues ocasions). Els marcadors tumorals més freqüentment alterats van ser CYFRA (63%), Ca 12.5 (53%), CEA (44%) i NSE (35%). Fins a un 20% dels pacients van tenir tots els marcadors tumorals avaluats dins dels valors de normalitat, mentre que en un terç dels pacients en estadis III/IV tansols un 25% dels marcadors tumorals van ser patològics. L'estudi d'extensió no procedia o no es va realitzar en un 40% dels casos. En els que es va realitzar es va observar que en 3,7 % dels casos el càncer es trobava en estadi I, en el 4,6% en estadi II, en el 5,6% en estadi III i en el 46,3% en estadi IV. Per últim, la mortalitat durant l'ingrés va ser d'un 20%.

## **DISCUSIÓN**

En aproximadament un 70% dels pacients  $\geq 65$  anys diagnosticats de neoplàsia es va objectivar anèmia i en entre un 54-97% es va objectivar alteració en la FA, GGT i LDH. La positivitats en els marcadors tumorals és clarament inferior (10-63%). Aquesta elevada prevalença d'alteracions analítiques podria explicar-se pel fet de que, en els pacients que es va realitzar un estudi d'extensió, un 75% van presentar un estadi IV al moment del diagnòstic de la neoplàsia, sent la freqüència d'alteracions analítiques en aquest subgrup més elevada. A més, la mortalitat durant l'ingrés és elevada (20%) i arriba fins a un 26% en el mes següent al diagnòstic.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## CONCLUSIONES

1. Els pacients amb edat  $\geq 65$  anys que van ser diagnosticats de càncer es trobaven majoritàriament en fase molt avançada (46,3% estadi IV). Aquest fet probablement condiona una incidència elevada de mortalitat a curt termini (26%).
2. Les alteracions analítiques (Hb, FA, GGT i LDH) són molt freqüents en la població estudiada i especialment en pacients amb malaltia més avançada.
3. La positivitat de marcadors tumorals és relativament baixa (10-60%) i fins un 20% dels pacients va presentar tots els marcadors tumorals avaluats dins la normalitat.

## EA-4 PREVALENCIA Y GRADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS O PLURIPATOLOGICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DIA

C. Serra Centelles<sup>(1)</sup>, M. Cabré Roure<sup>(1)</sup>, R. Monteis Cahis<sup>(2)</sup>,  
E. Sánchez Barbas<sup>(2)</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>(3)</sup>, M. Serra Prat<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Hospital de día de pacientes crónicos complejos. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

<sup>(3)</sup>Unidad de Investigación. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona)

## OBJETIVOS

Los términos “multimorbilidad” o “pluripatológicos” y “fragilidad” se utilizan cada vez más en la literatura médica y entre los profesionales de la salud. Suelen utilizarse para medir el perfil de riesgo de un individuo con el fin de apoyar las decisiones clínicas y diseñar intervenciones específicas y apropiadas.

El paciente crónico complejo tipo presenta unos rasgos específicos que serían la presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente (HTA, Diabetes, MPOC, obesidad, etc.), la alta utilización servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante un mismo año. La atención de estos pacientes requiere el impulso de estrategias combinadas poniendo en marcha diferentes acciones a la vez con un abordaje interdisciplinario.

La fragilidad es un síndrome multi-dimensional caracterizado por la pérdida de reserva física y cognitiva que condiona un aumento de la vulnerabilidad con un incremento del riesgo de sufrir resultados adversos como la discapacidad, la dependencia y la institucionalización y / o muerte. Tanto la multimorbilidad como la fragilidad se incrementan con la edad y muchos de los pacientes comparten ambas condiciones.

Las medidas de fragilidad más conocidas son el fenotipo de fragilidad de Fried y el índice de fragilidad por acumulación de déficits de Rockwood.



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

El objetivo es conocer la prevalencia y grado de fragilidad en pacientes crónicos complejos o pluripatológicos atendidos en un hospital de día.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional de una cohorte de 401 pacientes atendidos desde el 1/9/2012 hasta el 1/9/2015. Factores de estudio: edad, sexo, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, funcional, nutricional, depresión, disfagia, calidad de vida, trastornos del sueño, polifarmacia, mortalidad al año. Para medir el grado de fragilidad se usaron tres escalas o índices de fragilidad por acumulación de déficits: La escala de fragilidad: Clinical Frailty Scale (K Rockwood 2005), Escala de fragilidad eFI (A Clegg 2016) y la escala Índice frágil VIG (J Amblàs 2017). Se calculó la prevalencia y grado de fragilidad para cada escala y el grado de concordancia entre ellas y también si existía relación entre el grado de fragilidad.

#### **RESULTADOS**

Se estudiaron 401 pacientes (61,3% mujeres), edad media de 85,4 DE 6,8 años. Mortalidad al año 182 (45,6%). La prevalencia de fragilidad medida por la (1) Clinical Frailty Scale fue moderadamente frágil 161 (40,4%) pacientes y severamente frágil 95 (23,8%) pacientes. La prevalencia medida por la (2) eFI fue: fragilidad moderada 155 (38,7%) pacientes y severa 200 (49,9%) pacientes y la (3) escala Índice frágil VIG, fue: fragilidad moderada 135 (37%) y severa o avanzada 66 (18,1%). Los valores kappa entre 1 y 2 fue .062, entre 1 y 3 fue .012 y entre 2 y 3 fue (-.077).

#### **CONCLUSIONES**

Los pacientes crónicos complejos atendidos en un hospital de día, la mayoría son moderadamente o severamente frágiles medida por diferentes escalas de fragilidad por acumulación de déficits con resultados distintos para cada escala y con escasa concordancia entre ellas. Estos resultados confirman que estos pacientes a parte del manejo de la pluripatología presentan condiciones crónicas que requerirán un abordaje interdisciplinario.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## EA-5 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE TRES INSTRUMENTOS DE USO CLINICO RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA EN PACIENTES PLURIPATOLOGICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE DIA

C. Serra Centelles<sup>(1)</sup>, M. Cabré Roure<sup>(1)</sup>, R. Monteis Cahis<sup>(2)</sup>,  
E. Sánchez Barbas<sup>(2)</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>(3)</sup>, M. Serra Prat<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina interna, <sup>(2)</sup>Hospital de día de pacientes crónicos complejos.

Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

<sup>(3)</sup>Unidad de Investigación. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona)

### OBJETIVOS

El envejecimiento progresivo de la población que es un logro de las sociedades modernas, ha provocado la aparición de un número creciente de personas con multimorbilidad. Muchas de ellas sufren enfermedades crónicas avanzadas con necesidades de atención complejas que comporta un incremento muy elevado de recursos sanitarios. Conocer si están en una situación de final de la vida sería muy útil para el paciente y su familia para atender sus necesidades e implementar una atención sanitaria adecuada (atención paliativa, deprescripción, reducción de ingresos hospitalarios, etc.) con una muy probable reducción del gasto sanitario. Existen varios índices pronósticos con el fin de identificar a los pacientes que van a morir dentro de un corto período de tiempo. Hasta el momento no existe un instrumento excelente para identificar estos pacientes.

El objetivo es conocer la sensibilidad y especificidad de unas escalas o índices de uso clínico habitual relacionadas con el diagnóstico de situación de final de vida en pacientes pluripatológicos y seleccionar la más útil para la práctica clínica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de una cohorte de 401 pacientes atendidos desde el 1/9/2012 hasta el 1/9/2015. Factores de estudio: edad, sexo, comorbilidades, síndromes geriátricos, estado cognitivo, funcional, nutricional, depresión, disfagia, calidad de vida, trastornos del sueño, polifarmacia, mortalidad al año. Para definir aquellos pacientes que están en situación de final vida se usaron 3 instrumentos: 1) Índice Louise C Walter (JAMA 2001) > de 6 puntos, 2) Instrumento NECPAL CCOMS-ICO (Necesidades paliativas) y 3) Índice PROFUND > de 11 puntos.

Se calculó la sensibilidad (S) y especificidad (E) con el valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) para cada instrumento así como la curva ROC (área bajo la curva) de los instrumentos con variables continuas.



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

## RESULTADOS

Se estudiaron 401 pacientes (61,3% mujeres), edad media de 85,4 DE 6,8 años. Mortalidad al año 182 (45,6%). Del índice Walter C Louise la S 34,8% E 90,3%, VPP 75,0%, VPN 62,4% y la Curva ROC 0,725; el instrumento NECPAL + la S 72,6%, E 66,0%, VPP 64,0%, VPN 74,3%. Índice PROFUND la S 59,9%, E 64,5%, VPP 58,6%, VPN 65,7% y la Curva ROC 0,667.

## CONCLUSIONES

En la población estudiada ninguno de los 3 instrumentos alcanza una buena sensibilidad y especificidad. El índice Walter C Louise tiene poca sensibilidad per una muy buena especificidad y VPP, con la mejor curva ROC respecto al resto de instrumentos. El instrumento NECPAL es superior al índice PROFUND en este estudio tanto en la S como en la E. Estos instrumentos para el diagnóstico de situación de final de vida en pacientes ancianos pluripatológicos deben usarse con prudencia y solo utilizarlos como un elemento más de la valoración clínica.

## EA-6 MORIR EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: ANÁLISIS DE LA TOMA DE DECISIONES

C. Araguás Flores<sup>(1)</sup>, A. Bruguera Del Río<sup>(4)</sup>, M. García González<sup>(4)</sup>,  
M. Gómez Larrea<sup>(2)</sup>, D. Martínez Cuenca<sup>(5)</sup>, S. Montero Martínez<sup>(2)</sup>,  
L. Torner Valdés<sup>(3)</sup>, I. Coll Rolduà<sup>(1)</sup>

*(1)Medicina Interna, (4)Terapia ocupacional, (2)Enfermería, (5)Fisioterapia,  
(3)Neuropsicología, Centre Assistencial Prytanis. (Barcelona)*

## OBJETIVOS

Evaluar los aspectos relacionados con los últimos días de vida y la toma de decisiones paliativas en los pacientes fallecidos en dos centros sociosanitarios durante un año.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes fallecidos en los Centros Sociosanitarios Prytanis durante el año 2016 recogiendo datos demográficos, enfermedad principal, estado funcional y cognitivo de los pacientes al ingreso mediante las escalas de Barthel y MEC de Lobo respectivamente, las intervenciones diagnósticas (analítica de sangre, sedimento urinario y cultivo microbiológico) y terapéuticas (oxigenoterapia, antibiótico y tratamiento endovenoso) realizadas en el centro durante el último mes, incluyendo las derivaciones al hospital, así como la existencia o no de órdenes escritas sobre reanimación cardio-pulmonar (RCP) y/o derivación hospitalaria, de información dada a la familia, y de retirada de la medicación habitual e inicio de tratamiento farmacológico paliativo así como resultados en el control de síntomas.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## RESULTADOS

Se incluyeron 118 pacientes, de los cuales un 48,3% eran >85 años. El 55,1% eran mujeres. Un 72% estaban en situación de dependencia funcional severa y un 64,4% con deterioro cognitivo grave. Sólo un 20,3% tenían diagnóstico de enfermedad neoplásica. En el último mes de ingreso se pautó oxigenoterapia a un 55,1%, antibiótico a un 58,5% y tratamiento endovenoso a un 55,1% de los pacientes. 17 (14,4%) pacientes fueron derivados y a un 19,5% se les realizaron exploraciones complementarias. En el 91,5% de los casos existían órdenes sobre RCP y/o derivación y en el 95,7% se había informado a la familia. En el 73,7% se realizó adecuación farmacológica y en el 82,2 % se inició tratamiento paliativo logrando un buen control sintomático en el 91,5% de los casos.

## DISCUSIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y consecuentemente el aumento de pacientes frágiles con pluripatología crónica y alta dependencia funcional hacen que cada vez sea mayor el número de personas que fallecen en centros sanitarios. A nivel hospitalario es conocida la dificultad de conseguir un manejo no intervencionista y consensuado con la familia. Sin embargo el entorno sociosanitario permite dispensar una correcta atención paliativa de cara a mejorar la calidad de vida de estos pacientes en su fase final.

## CONCLUSIONES

- En el ámbito sociosanitario se identifica de manera adecuada a los pacientes con enfermedad terminal no oncológica que se encuentran en situación de final de vida.
- Los centros sociosanitarios garantizan un final de vida confortable, sin intervencionismo y consensuado con las familias.
- El médico internista puede jugar un papel importante en la atención del paciente frágil paliativo en el ámbito sociosanitario.

## EA-7 LA FRACTURA DE FÈMUR: UN PROBLEMA SOCIO-MÈDIC A L'ALÇA

J. Sellarès<sup>(1)</sup>, T. Sanclemente<sup>(2)</sup>, S. Ponce<sup>(2)</sup>, M. Garrido<sup>(2)</sup>, E. Ruiz<sup>(3)</sup>,  
J. Teixidor<sup>(2)</sup>, M. Villar<sup>(1)</sup>, J. Mestre<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Traumatologia, <sup>(3)</sup>HAD, Hospitals Vall D'Hebron.  
Barcelona

## OBJETIVOS

La fractura de fèmur és una patologia amb impacte sobre la qualitat de vida del pacient. Comporta una pèrdua d'autonomia i l'exacerbació de les comorbiditats. La seva incidència a Catalunya es situa en unes 720 fractures/100.000 habitants i any, essent la primera causa d'incapacitat subaguda en dones >65 anys. La mortalitat el primer any





## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

arriba al 24%. Es preveu un increment d'aquesta incidència en els propers anys degut a l'envelliment de la població. En el nostre centre el 44% dels pacients retornen a domicili a l'alta. El destí més freqüent és el centre sociosanitari (CSS). Aquestes derivacions no solen estar motivades per motius mèdics, sinó que responen a demandes socials. Es postula que el retorn a domicili augmenta la satisfacció del pacient i cuidador, disminuint el reingrés i frenant el declivi funcional secundari a aquesta patologia. En aquest context estem realitzant l'estudi "SWEET HOME" (SH), prospectiu, no aleatoritzat, amb 2 fases seqüencials d'inclusió que pretén avaluar si una intervenció multidisciplinària centrada en les necessitats del pacient i del cuidador augmenta el percentatge de pacients que retornen a domicili a l'alta. OBJECTIU: Estudi descriptiu de la cohort d'intervenció de l'estudi SH.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Els pacients inclosos són aquells que conformen la cohort d'intervenció de l'estudi SH. Les variables s'han recollit entre Feb'16 i Gen'17. S'ha inclòs informació de la destinació a l'alta, situació funcional, qualitat de vida, durada de l'ingrés i complicacions. S'ha fet una anàlisi descriptiva de les variables estudiades amb Stata i s'han aplicat tests de significació estadística (paramètrics si la variable estudiada és normal i no paramètrics en el cas contrari) per analitzar la relació entre les variables. La significació estadística s'ha prefixat en  $p < 0.05$ .

#### **RESULTADOS**

La cohort està formada per 66pacients: 22% homes, edat mitjana 83.9 anys. Ha retornat a domicili el 71.2%. El 19,4% de la cohort havia presentat caigudes prèvies i el 56% polifarmàcia ( $\geq 5$  fàrmacs). L'índex de comorbiditat de Charlson (ICC) pre-ingrés té una mitjana de 1.77 i el Pfeiffer realitzat en les primeres 48h mostrà una mitjana d'1.74 errors. El Barthel mitjà inicial era de 85.8p, objectivant-se un descens mitjà de 45p a l'alta. Pel que fa a les complicacions, un 61.9% dels pacients han presentat  $\geq 1$  complicacions amb una mitjana de 1,63complicacions/pacient. Les més freqüents són restrenyiment (25%) i necessitat de transfusió (31,7%). Els pacients que han retornat a domicili presentaven un Barthel a l'ingrés i a l'alta significativament major ( $p = 0.007$  i  $p < 0.001$ ) que els que van a CSS. L'estada hospitalarà ha estat menor en aquells que han retornat a domicili (16.6 vs 11.6 dies,  $p < 0.005$ ). No hem trobat diferències en la demora quirúrgica així com tampoc en l'ICC. L'edat dels que han retornat a domicili ha estat menor si bé no s'han objectivat diferències significatives (82.9 anys vs 86.4 anys,  $p = 0.07$ ). El nombre de complicacions no s'ha correlacionat amb la destí a l'alta ( $p = 0.39$ ).





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## DISCUSIÓN

En el present treball s'ha observat una alta taxa de pacients que retornen a domicili després d'una intervenció multidisciplinària, destacant que entre aquests pacients es troben els que presenten menys comorbiditats, millor estat funcional basal i un menor deteriorament a l'alta. Els pacients que retornen a domicili tenen una estada mitjana menor però no una diferència en el temps de demora quirúrgica. Pensem que aquest fet s'ha d'atribuir al temps d'espera per ser derivat a un CSS. Queda per fer l'anàlisi comparativa entre la cohort estudiada en aquest estudi i la cohort de control de l'estudi SH i valorar si el retorn a domicili realment es tradueix en una millora en la qualitat de vida i disminució de les complicacions. Considerem que les principals limitacions del nostre estudi són que es tracta d'una població seleccionada amb molt bon estat funcional basal i que s'haurà de veure l'aplicabilitat de les conclusions que se'n derivin a la pràctica clínica habitual.

## CONCLUSIONES

Les fractures de fèmur constitueixen un problema mèdic i social. En la cohort estudiada s'ha evidenciat que es tracta d'una cirurgia amb complicacions freqüents. La situació funcional a l'ingrés i el seu declivi durant aquest són importants de cara a predir la destinació a l'alta. Queda pendent realitzar la comparació amb la cohort de control per estudiar l'efectivitat de la intervenció educativa per poder extreure conclusions més robustes.

## EA-9 EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE SANT RAFAEL

M. Ruiz Pombo, M. Latorre Marín, J. Ibáñez Nolla  
*Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona*

## OBJETIVOS

Favorecer un control de calidad y excelencia al paciente complejo.

El objetivo principal del estudio es hacer una descripción de la actividad realizada en el Hospital de Día de Medicina de nuestro hospital de agudos y analizar si hay alguna incidencia en el índice de ingresos evitables hospitalarios así como en el número de visitas a urgencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 264 sesiones consecutivas registradas en el HDM del HSR, correspondientes a un número total de 86 pacientes, entre Noviembre del 2016 y el 24 de marzo del 2017. De aquellos pacientes que han precisado mas



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

sesiones en HDM debido a su refractariedad se valoró el índice de reingresos el año previo. Se define reingreso como aquel ingreso por cualquier causa en un tiempo igual o inferior a los 30 días del alta hospitalaria. Enfermo reingresador a aquel que al menos ha hecho un ingreso el año previo y reingresador habitual a aquel con 2 o más ingresos el año previo.

### **RESULTADOS**

Se analizó una cohorte de 86 pacientes que requirieron un total de 264 sesiones. La media de edad fue de 80 años. El 54% (47 pacientes) eran mujeres y el 46% hombres (39 pacientes). De los pacientes atendidos en el HDM, un 21% (18 pacientes) habían sido derivados desde Atención Primaria (AP) y el resto, 79% (68 pacientes) eran derivados de planta de hospitalización. El diagnóstico más frecuente de los pacientes que se valoraron en nuestro HDM fueron, insuficiencia cardiaca (IC) con déficit de hierro 29% (25 pacientes), IC y anemia (28%) 24 pacientes, IC sin anemia ni déficit de hierro 9% (8 pacientes), anemia sin IC 9% (14 pacientes), EPOC 10% (9 pacientes) y los 6 casos restantes fueron por diagnóstico de pielonefritis, prostatitis aguda por *Morganella morganii* BLEE, absceso perianal, DPC con aislamiento de *Escherichia coli* BLEE, NIU e ictericia obstructiva. Las sesiones de tratamiento llevadas a cabo en el HDM fueron las siguientes; 125 sesiones descongestivas, 64 administraciones de hierro carboximaltosa (HCM), 19 tratamientos broncodilatadores, así como 17 tratamientos mixtos (descongestivo y broncodilatador), 27 sesiones de administración de antibióticos, 10 sesiones de transfusión sanguínea, en dos ocasiones se practicaron toracocentesis evacuadoras y dos pautas de oxigenoterapia domiciliaria. En dichas sesiones también se practicaron 52 titulaciones de fármacos, principalmente betabloqueantes, tratamiento deplectivo e IECAS-ARA-II. Los paciente reingresadores y reingresadores habituales fueron 10 pacientes (14%). En dicho periodo de seguimiento tan sólo dos pacientes requirieron ingreso hospitalario por causa relacionada en un caso a las 72 horas del alta en HD.

### **DISCUSIÓN**

El Hospital de Día de Medicina ofrece una alternativa asistencial en un sistema integral, como unidad de soporte a la atención primaria y a la atención urgente de enfermos principalmente PCC, evitando de esta forma el ingreso hospitalario no programado, resultando un sistema más sostenible y mejorando en gran medida la calidad de vida del enfermo y de los cuidadores.

### **CONCLUSIONES**

El Hospital de Día de Medicina es un soporte asistencial muy beneficioso para el seguimiento del paciente complejo pluripatológico. La baja incidencia de reingresos en nuestro estudio, a pesar del escaso tiempo valorado, sugiere que el HDM podría reducir el índice de reingresos y consultas a urgencias.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

La mayor parte de los pacientes que se tratan en HDM son pacientes con patología cardiovascular, patología pulmonar crónica y anemia.



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

## 2.3 ÀREA TEMÀTICA: GESTIÓ CLÍNICA

### G-1 PLA DE CRONICITAT D'UN HOSPITAL COMARCAL A BARCELONA

J. Ibañez Nolla

*Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona*

#### OBJETIVOS

La posta en marxa d'alternatives a la hospitalització és un dels punts clau per a la milloria del tractament i cura del grup poblacional de pacients crònics complexos (PCC), pacients que estan a la punta de la piràmide poblacional descrita per Kaiser Permanent d'estratificació de la població segons el risc. Es poden establir diferents indicadors a nivell hospitalari, sociosanitari de Primària a tenir en compte en cadascuna de les patologies que es vulgui analitzar. Hem desenvolupat un Pla de Cronicitat del centre per a poder actuar en aquests grups de pacients.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Medicina Interna atén tot tipus de pacients amb patologia mèdica amb especialistes de suport en Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Digestiu i Neurologia, en un centre comarcal de segon nivell. La població de referència de les nostres àrees bàsiques és de 87.112 persones. Les patologies més freqüents als 3 ABS són: HTA (16.573), MPOC/Asma (7.374), DM (5.268), ICC (2.006), Cirrosi (525), AVC (2.270), Depressió (9.430) i Demència (1.448).

#### RESULTADOS

La taxa d'envelliment de majors de 64 anys entre un 22% a un 27% i un índex de sobre envelliment superior al 20%, superior a la mitjana de Catalunya (17%). Els pacients de medicina provenen principalment de les Urgències d'un hospital de tercer nivell i són pacients amb una mitjana de 84 anys d'edat amb comorbiditats i sovint amb fragilitat associada definida per edat superior al 85 anys, test de Barber alt i alt risc social.

Percentatge alt de pacients codificats com a Insuficiència Cardíaca superior a centres del mateix nivell (13% vs 7% CatSalut). Com a model que s'ha iniciat al centre hi ha: Posta en marxa de l'Hospital de Dia; estudi des del primer moment la posta en marxa de projectes de telemedicina pel seguiment dels pacients a domicili; posta en marxa d'Unitat de Diagnòstic Ràpid.

#### DISCUSIÓN

La Telemedicina en pacients PCC-MACA és una fita en el seguiment dels pacients amb patologia crònica sigui avançada o no. Donada la importància que té el control a nivell domiciliari dels pacients, la seva manca de mobilitat i sobretot, que és el sistema que dona voltes a l'entorn del pacient, i no al revés, cal fer intervencions pensades per a actuar a



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

distància a través de telemedicina. En aquest sentit es poden utilitzar les següents eines, algunes ja comercialitzades, i d'altres en fase de disseny: 1) APPs, SMS o similars per potenciar adherència a fàrmacs, sistemes d'avís que alertin al pacients i/o cuidadors de la presa de fàrmacs i a les hores que toquen.

2) Sistemes de televigilància sobre el pes, utilitzant una balança amb via de comunicació externa, com per exemple bluetooth, el pes és un dels paràmetres més importants de control indirecte dels signes de descompensació, per tant crucial pel seguiment. 3) Call center, possibilitat d'establir un centre de seguiment, ideal les 24 hores del dia, i que no només sigui per a insuficiència cardíaca sinó per altres malalties com MPOC o oncologia. 4) Saturacions basals o amb oxigen i sistemes d'enviament, sistema de control de signes que dona a més la freqüència cardíaca, per a poder avaluar si esta descompensat. 5) Monitoratge de moviments a domicili o fora de domicili en pacients amb cert grau de demència per a valorar caigudes o que el pacient es perdi.

## CONCLUSIONES

La posta en marxa d'alternatives a la hospitalització ha de tenir en compte la telemedicina com a eina imprescindible per a l'atenció més adequada, propera i de qualitat dels pacients crònics PCC-MACA a domicili, evitant per tant la seva institucionalització així com un suport més correcte que afavoreixi a pacients, cuidadors i personal sanitari. L'Hospital de Dia Mèdic i la Unitat de Diagnòstic Ràpid són dues eines que faciliten accés i rapidesa en l'atenció d'aquesta població.

## G-2 GRUP DE RESIDENTS PER A LA BONA PRÀCTICA CLÍNICA

G. Lucchetti, M. Feliu Naudi, J. Diez De Los Ríos, D. Nunes Lopes

O. Mascaró Cavaller

*Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona)*

## OBJETIVOS

Fomentar aspectes relatius a la seguretat dels pacients entre els nostres residents, així com aprendre pràctiques clíniques sostenibles. El Consorci Hospitalari de Vic (CHV) ha creat el Grup de Residents per a la Bona Pràctica Clínica (GRBPC), format pels residents de Medicina Interna del CHV. L'any 2016 es van revisar les peticions de TAC Cranial a Urgències i les bacteriúries a Urgències. Definim així 2 objectius: (1).la creació d'una cultura de revisió de la pròpia pràctica clínica entre els residents de Medicina Interna del CHV, orientada a la qualitat (2).Revisió sistemàtica de la nostra pràctica clínica en relació a la petició urgent de TAC Cranial i la interpretació dels sediments urinaris patològics.



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Pel que fa a la utilització de la TAC Cranial a Urgències: Estudi observacional retrospectiu des de juliol de 2015 fins desembre de 2015. Es van recollir dades epidemiològiques, horaris i torns de realització, així com el motiu de petició. Pel que fa a l'estudi de les bacteriúries: Estudi observacional, retrospectiu des de juliol de 2014 fins desembre de 2014. Es van recollir dades dels sediments d'orina patològics realitzats a Urgències i a Consultes Externes, revisant la clínica urinària associada a cada cas, i revisant els resultats dels urocultius i antibiogrames.

## **RESULTADOS**

(1). S'ha consolidat el GRBP al sí de la organització del CHV, cimentant les bases d'una cultura de millora contínua de la qualitat entre els nostres residents

(2). Es van analitzar 599 peticions de TAC (5.4% homes, amb una mitjana d'edat de 65.2 anys). El motiu més freqüent de petició va ser el dèficit neurològic (45.4%), TCE (26.5%), altres (12.4%) i cefalea (8.3%). Les peticions van ser més nombroses en el torn de 17h a 8h (guardia mèdica). El 72.6% de les TACs van ser normals. El 85.10% de les TAC estava indicat segons les diferents guies de les societats científiques.

(3). Un' alta proporció de les bacteriúries (54%), sense indicació de tractament, han rebut antibioticoteràpia. L'etiologia més freqüent es la E. Coli. El 81% dels urocultius positius per P. aeruginosa, es va identificar en pacients amb alteració anatòmica de la via urinària. La presència de BLEA i carbapenemassa és inferior a la descrita a la literatura. La identificació d'aquests gèrmens ha estat majoritàriament en la comunitat. Les comorbiditats/FRs més prevalents són la Diabetis Mellitus i l'antecedent de procediments urològics.

## **DISCUSIÓN**

El GRBPC ha suposat una millora en la docència dels residents de Medicina Interna del CHV, cobrint un dels aspectes de la seva formació que fins ara no estava explicitat en el nostre programa docent. Educar en la millora contínua de la qualitat, incorporant aspectes de "right care" al seu recorregut formatiu, és una manera de sensibilitzar la resta del Servei i de l'hospital i obliga el metge en formació a un exercici de reflexió sobre la seva pròpia pràctica mèdica. Més enllà dels resultats concrets dels dos temes tractats, la mera creació del Grup ha estat una iniciativa valorada com a molt positiva tant pels residents com per la pròpia institució. Pel que fa a la TAC Cranial a urgències, el grau d'indicació correcta està per sobre d'altres estudis, pel que s'han dut a terme sessions de difusió de l'estudi, emfatitzant les indicacions generalment acceptades de petició de la prova. Pel que fa l'estudi de les bacteriúries, s'està duent a terme una sensibilització pels diferents Serveis de les indicacions de tractament, i de la correcta selecció de l'agent antibiòtic en cas de ser necessari.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## CONCLUSIONES

Cal estimular la revisió crítica d'aspectes de la pràctica clínica per part dels residents, i instaurar aspectes i activitats orientades a la millora continua de la qualitat en la formació dels nostres residents. Una manera d'incorporar el concepte de "right care" entre els nostres metges en formació, alhora que sensibilitzaem la resta de l'hospital, és la creació de grups de revisió i anàlisi de diferents aspectes de la pràctica clínica.

## G-3 IMPLANTACIÓ D'UN NOU PROJECTE DE MEDICINA INTERNA I RESULTATS AL 1R ANY

G. Corominas Lasalle<sup>(1)</sup>, X. Pla Salas<sup>(1)</sup>, X. Gimeno Moñart<sup>(1)</sup>,  
M. Baldà Masmiquel<sup>(1)</sup>, D. Lopes Nunes<sup>(1)</sup>, G. Lucchetti<sup>(1)</sup>, L. Montero Aliguer<sup>(2)</sup>,  
M. Bosch Garcia<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Infermeria HdiaMI. Hospital General de Vic. Vic  
(Barcelona)

## OBJETIVOS

Amb la intenció de millorar la cartera de serveis del Medicina Interna (MI), optimitzar els circuits de contacte amb AP i reduir el nombre de ingressos i estades hospitalaries a les sales de Medicina, el Servei de MI del Consorci Hospitalari de Vic (CHV) va iniciar un projecte amb diferents vessants: 1) Hospital de dia polivalent (HdiaMI); 2) Unitat de diagnòstic Ràpid (UDR); 3) Programa de Reunions periòdiques amb metges d'Atenció Primària (R-AP).

L'objectiu del treball, és reflexar la tasca realitzada el primer any de instauració del projecte, en les seves 3 fases, els pacients crònics avaluats, els diagnòstics realitzats, les sessions compartides i els resultats en termes de hospitalització mèdica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Recollida de dades demogràfiques i patològiques dels pacients crònics. Avaluació de la seva evolució entre abans i després de l'atenció a HdiaMI.
- Recollida dels síndromes a diagnòstic més freqüents i el seu diagnòstic final (dx), requeriment de ingrés i retard diagnòstic.
- Recollida del número i caràcter de les R-AP. Avaluació de la satisfacció de metges AP mitjançant enquesta d'opinió.
- Comparació de l'ús d'hospitalització l'any anterior i posterior a la implantació del projecte.





4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## RESULTADOS

- HdiaMI: n=194 pacients amb 1)IC 49% (etiologies més freqüents: HTA, c.isquèmica, valvulopatia) 48% amb FE baixa, 2)Pneumopatia 35% (MPOC, OCFA, restricció) obstructiu i restrictiu sever 44% i 37%. 3)CH 16% (enòlic) 87% Child B o C. Charlson mitjà 2.75, Mortalitat 15%. Derivació AP 33%, Urgències 29%, Hospitalització 26% i CCEE 11%. Seguiment mig de 2.6m. Reducció del -53% en ingressos, -44% d'estades i -63% d'atencions a UCIES ( $p<0,001$ ) des del seguiment a HdiaMI.
- UDR: n=277. Grups sindròmics més rellevants i dx: Anèmia 20% (ferropènica 86% Causes digestives 70,7%), Sdr. tòxica 17% (causes tumorals 40% sdr. ansiosa-depressiva 26%), Febre 11,2% (infeccions 68% infecció respiratòria 42%), Adenopatia 8% (malignitat 36% TBC ganglionar 27%). Retard dx global 0,8m, Ingrés 6,5%.
- R-AP: 68 sessions en 11 CAP, mitjana de 6.2 sessions/Centre AP. 79% sessions de casos clínics, 16% reforç de circuits derivatius, Enquesta de satisfacció 52 enquestes amb respostes tipus Likert (aproximadament 40% respostes). Valoració rapidesa en l'atenció 8,3, resposta rebuda 8,5, eficàcia en el maneig del crònic i dx 8,5 i
- 8,3. Utilitat reunions 7,9, format reunió 7,6, nivell mèdic 8,1. 80% considera que ha disminuït la derivació a UCIES i/o CCEE d'especialistes.
- En l'anàlisi comparatiu d'ús de llits hospitalaris entre l'any anterior i l'any de implantació del programa s'ha detectat una disminució del 14,4% de ingressos (-493 ingresos,  $p=0,003$ ) i del 17,2% d'estades (- 4185 estades  $p<0,001$ ).

## CONCLUSIONES

- Durant el primer any, El HdiaMI del CHV, s'han valorat pacients crònics, sobretot IC. I s'ha disminuït els ingressos, estades i atencions a UCIES en tots ells.
- A la UDR, s'han valorat molts pacients i s'ha mostrat eficient en grups sindròmics com l'anèmia, el sdr. tòxic, la febre i les adenopaties, amb baix retard dx i baix requeriment de ingrés.
- S'han fet >6 sessions a cada CAP durant aquest any. I els metges d'AP han mostrat un alt grau de satisfacció amb les R-AP i amb el funcionament del HdiaMI i de la UDR.
- La implementació del nou projecte de MI, s'ha relacionat temporalment amb una disminució notable dels ingressos i estades hospitalaries.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 2.4 ÀREA TEMÀTICA: INSUFICIÈNCIA CARDÍACA

### IC-1 EXPERIENCIA EN LA CORRECCIÓN DEL DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE SANT RAFAEL

M. Ruiz Pombo, J. Ibáñez Nolla, M. Latorre Marin  
*Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona*

#### OBJETIVOS

Nuestro objetivo es describir el perfil de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) que ingresa en el HDM, indicando aquellos que presentaban déficit de hierro, anemia o bien sólo IC, intentando relacionar estos grupos con la FEVI. Asimismo se intenta detectar precozmente el déficit de hierro en pacientes con IC con el objetivo de conseguir corrección de los depósitos de hierro y de esta forma evitar los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca y mejorar la clase funcional por los criterios de NYHA.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en HDM del Hospital Sant Rafael entre noviembre del 2016 y 29 de marzo del 2017. Con el objetivo de una detección precoz del DH en pacientes con IC, y según recomendaciones del Consenso SEC-SEMI 2016, se realiza el estudio de los parámetros férricos en pacientes con sospecha de IC; ante progresión de clínica de IC; cuando hay datos de progresión de la enfermedad en ausencia de empeoramiento clínico; si existe aumento de los péptidos natriuréticos o disminución de la fracción de eyección y ante la presencia de anemia. Se considera la corrección del DH en aquellos pacientes con IC asintomáticos asociada a anemia y en aquellos pacientes con DH sintomáticos. Se define DH, ferritina <100 mcg/ml o ferritina entre 100-300 mcg/ml y IST <20%; anemia, Hb <12 g/dl mujeres y Hb <13 g/dl en hombres. Se estudia a través del Test paramétrico ANOVA, la relación entre el valor de la FEVI con los subgrupos de IC (con DH, con anemia y sin DH). El esquema de tratamiento seguido fue el del Consenso SEC-SEMI 2016, donde según la Hb y el peso se administra 500-1000 mg de HCM repetido en 1 semana según valor de Hb.

#### RESULTADOS

De los 88 pacientes del HDM, 56 pacientes se diagnosticaron de IC (63,6%). De ellos 31 (55%) son mujeres y 25 (45%) son hombres. La edad media 82.2 años. De los pacientes afectos de IC con CF NYHA II-IV, 26 pacientes (46%) presentan DH, 21 pacientes (37%) presentan anemia y 9 pacientes (16%) sin DH. Se tratan 47 pacientes (83%) con HCM y al resto sólo con tratamiento descongestivo con furosemida. A los pacientes tratados con HCM (47 pacientes), tanto los que tienen anemia como los que únicamente tienen DH,



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

se les reinterroga a los 2 meses para valorar la CF NYHA. Mejoran de CF NYHA de III a II 35 pacientes (74%), de CF NYHA IV a III 2 pacientes (4%), 4 pacientes (8%) no refieren mejoría y en 6 pacientes no se pudo hacer seguimiento por dificultad para acudir al HDM. Se valora a través del test paramétrico ANOVA la relación entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) con los 3 subgrupos de pacientes con IC estudiados, sin haber diferencias significativas.

#### **DISCUSIÓN**

En condiciones de DH sin anemia, la liberación de oxígeno no se ve alterada, pero sí es defectuosa la utilización de oxígeno a nivel mitocondrial, resultando baja energía y clínica de fatiga. Si hay DH y anemia, se ven afectadas ambas vías, liberación de oxígeno defectuosa y disfunción mitocondrial más marcada con mayor fatiga. El tratamiento con HCM está indicado en aquellos casos con DH asintomáticos asociados a anemia y pacientes sintomáticos. Se recomienda tratamiento con HCB a pesar de FE conservada ante el gran beneficio en los casos de función sistólica preservada; la mayoría de los pacientes del estudio. A pesar del escaso tiempo de observación de los pacientes tratados con HCM, los resultados obtenidos demuestran la mejora de la clínica.

#### **CONCLUSIONES**

El DH por sí mismo se considera un objetivo terapéutico en la IC, aun sin la presencia de anemia. La mayoría de los pacientes con IC sintomática y DH tratados con HCM mejoran la CF NYHA. Respuesta favorable al tratamiento con HCM en pacientes con función sistólica conservada.

No se puede concluir, por el escaso tiempo de observación, la repercusión en cuanto el número de reingresos. No existe significación estadística entre la FE y los diferentes subgrupos de pacientes con IC estudiados.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 2.5 ÀREA TEMÀTICA: INFLAMACIÓ / MALALTIES AUTOINMUNES

### IF-1 ARTERITIS DE TAKAYASU: AFECTACIÓ CARDÍACA COM A PRIMERA MANIFESTACIÓ

C. Esteve<sup>(1)</sup>, M. Rodríguez<sup>(1)</sup>, F. Martínez<sup>(2)</sup>, J. Loureiro<sup>(2)</sup>, O. Orozco<sup>(2)</sup>,  
R. Solans<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

<sup>(2)</sup>Medicina Interna. H. Universitari General de la Vall D'hebron. Barcelona

### OBJETIVOS

La arteritis de Takayasu (TAK) és una vasculitis granulomatosa que afecta principalment a artèries de gran i mitjà vas. L'afectació fonamental és a l'Aorta i les seves branques principals, especialment els troncs supra-aòrtics. Entre un 10-30 % dels malalts presenten afectació coronària. És una inflamació crònica i destructiva, que comporta la formació d'estenosis u oclusions arterials (>90%) i amb menor freqüència (25%) aneurismes. A nivell coronari la estenosis comporta un risc vital, Per aquest motiu és important un diagnòstic precoç i un tractament eficaç d'aquesta malaltia, que afecta principalment a dones joves entre 15-40 anys.

OBJECTIU: Descripció dels pacients amb TAK que han debutat amb afectació cardíaca

### MATERIAL Y MÉTODOS

S'han registrat tots el pacients amb TAK que es controlen a les Unitats de Malalties Autoimmunes dels Hospitals Vall d'Hebrón i Mutua de Terrassa des de 1989 fins 2016. S'han analitzat els pacients que van debutar amb afectació cardíaca.

### RESULTADOS

Es van recollir un total de 29 pacients. D'aquests 5 van debutar amb afectació cardíaca; 4 eren dones i 1 home. La mitjana d'edat de debut va ser de 39 anys (DE 11). Com antecedents rellevants: 2 eren hipertensos i 1 dislipèmic. En quant a la clínica d'inici, 4 presentaven dolor toràcic entre d'altres manifestacions com: febrícula, quadre tòxic, claudicació en membres inferiors o superiors, Raynaud, artràlgies o carotidinia (1 cas cada símptoma). En dos pacients el diagnòstic de isquèmia coronària va precedir al de TAK; el retard des de l'inici dels símptomes cardíacs fins al diagnòstic de TAK es de 18 setmanes de mitjana. En quant a l'exploració, en 2 casos es va detectar un buf a nivell d'arteria subclàvia esquerra, en 2 un buf carotí bilaterral, en 2 bufs abdominals, y en 1 un buf femoral bilaterral. Un malalt presentava signes d'insuficiència cardíaca.

Analíticament, destacava un mínim augment de la VSG en 4 casos (13-99mmHg), amb PCR normal, leucocitosi i anèmia normocítica en 3 casos. Quant a l'estudi d'autoimmunitat, en dos casos els ANA eren positius. A nivell de proves d'imatge, 1 malalt



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

presentava cardiomegàlia en la radiografia de tòrax; en 3 casos es va fer ecografia de TSA que va ser patològica en 2 (1 amb afectació carotídia bilateral i afectació d'artèria vertebral esquerra, i 2 amb afectació d'artèria subclàvia esquerra). En 1 cas es va fer angio-TC de TSA que va confirmar l'afectació carotídia a nivell de tronc comú i afectació d'artèria coronària dreta. En 4 casos es va fer angio-RM de TSA i aorta (normal en 2 i afectació carotídia i aòrtica en 1). Es va realitzar un PET-TAC en 2 pacients i sols en 1 va mostrar hipermetabolisme a nivell subclàvies, caròtides aorta toràcica i abdominal, que es va confirmar mitjançant arteriografia. La mitja de retràs diagnòstic des de l'inici dels símptomes va ser de 18 setmanes (RIQ 30setmanes).

Pel que fa al tractament, els 5 pacients van rebre corticoesteroids sistèmics. Sols 1 va precisar bolus de metilprednisolona. Es va administrar tractament immunodepressor en 3 casos (metotrexate en 3 i ciclofosfamida en 2). Un va rebre Adalimumab per mal control de la clínica abdominal. Dos pacients van requerir intervenció per coartació aòrtica i afectació de tronc comú. Els 5 van requerir stents coronaris i dos d'ells by-pass coronari. Els efectes adversos del tractament van ser: síndrome de Cushing en 3 casos, fractura vertebral en 1 i desenvolupament d'una neoplàsia (melanoma) en un altre.

#### **DISCUSIÓ**

En la nostra experiència el 17% dels pacients amb TAK tenen afectació cardíaca, i en tots els casos aquesta està present en moment del diagnòstic. Les proves d'imatge (ecografia, angioRMN), són fonamentals pel diagnòstic, donat que l'anàlisi és molt inespecífica. En la nostra experiència el PET no ha estat útil. El tractament immunosupressor i endovascular permet controlar la malaltia, pel que és fonamental el diagnòstic precoç. Per tant, davant una dona jove amb afectació coronària cal tenir present la TAK dintre del diagnòstic diferencial., especialment si no hi han associats factors de risc cardiovascular

#### **IF-4 SÍNDROME DE SJÖGREN EN MALALTS D'EDAT AVANZADA, DIFERÈNCIES AMB PACIENTS MÉS JOVES**

M. Pérez Bocanegra, J. Mestre Torres, S. Bujan Rivas, F. Martínez Valle, R. Solans Laqué

*Medicina Interna. Hospital Universitari General de la Vall D'Hebron. Barcelona*

#### **OBJETIVOS**

Analitzar les característiques clíniques d'una serie de pacients  $\geq 65$  anys diagnosticats de síndrome de Sjögren (SS) a la Unitat de Malalties Autoimmunes Sistèmiques de l'hospital Vall d'Hebron. Analitzar les diferències entre pacients amb SS  $\geq 65$  anys i  $< 65$  anys al moment del diagnòstic, respecte a forma de presentació i manifestacions



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

clínicas. Analitzar el temps entre el diagnòstic de SS i l'aparició de manifestacions extra-glandulars. Analitzar la influència de la edat en la mortalitat.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Pacients diagnosticats de SS segons els criteris americans-europeus de 2002, i controlats a la Unitat. Registre de variables demogràfiques, presència de manifestacions de síndrome sec, parotidomegàlia, afecció d'òrgans interns, aparició de limfoma, tractament i mortalitat. A tots els pacients se'ls va fer analítica de sang completa i determinació de paràmetres immunològics, així com determinació de Ac-anti VHC.

## **RESULTADOS**

Dels 249 pacients amb SS, 81 (33,2%) tenien 65 anys o més al moment del diagnòstic. La manifestació inicial més freqüent en els > 65 anys va ser el síndrome sec, en 55 (67,9%), es va objectivar xeroftalmia en 78/81 (96,3%) i xerostomia en 65/81(80,2%) casos. El 35,8% de pacients  $\geq$ 65 anys va tenir afecció pulmonar, el 17,3% afecció neurològica i el 4,9% afecció renal. Del subgrup de pacients d'edat avançada, 8 (9,9%) van presentar un limfoma durant l'evolució. En tots els pacients  $\geq$  65 anys els ANA van ser positius, 44 tenien Ac anti-Ro i 21 anti-La. Al comparar els malalts de 65 anys o més amb els de menys de 65 anys, no es van objectivar diferències respecte a la presència de síndrome sec; la parotiditis va ser més freqüent en els <65 anys (OR 4,34); no es van trobar diferències respecte a les afeccions orgàniques entre els dos grups, ni respecte a l'aparició de limfomes. Els pacients < 65 anys tenien més anti-Ro i anti-La, així com hipergammaglobulinèmia i leucopenia. No es van objectivar diferències respecte a la demora diagnòstica des de l'aparició del primer símptoma. Es va realitzar un sub-anàlisi del grup de malalts amb fibrosi pulmonar (FP) (34/249 pacients, 13,7%), es va objectivar que en el 64,3% de pacients  $\geq$ 65 anys i en el 21,1% dels de menys de 65 anys el diagnòstic de la FP va ser previ o simultani al del SS; el temps mig entre el diagnòstic de SS i de FP en  $\geq$ 65 anys va ser de 9 mesos i en els < 65 anys de 5,7 anys ( $p < 0,001$ ); la mortalitat dels més grans va ser del 57,1% i dels menors del 42,1% ( $p < 0,005$ ). En l'anàlisi multivariat, en el grup d'edat avançada es va veure una associació estadísticament significativa entre la mortalitat i la presència d'anèmia al diagnòstic del SS, l'aparició de FP, d'afecció hepàtica i de neoplàsies.

## **DISCUSIÓN**

Una tercera part dels nostres pacients amb SS es diagnostiquen amb 65 anys o més. No es van trobar diferències associades a l'edat respecte a la presència o no de síndrome sec, ni diferències en les manifestacions cutànies, ni en les manifestacions extra-glandulars, i tampoc respecte a l'aparició de limfomes. La hipergammaglobulinèmia, la leucopenia, els Ac anti-Ro i els Ac anti-La van ser més freqüents en els malalts joves. La fibrosi pulmonar (FP) es va diagnosticar amb més freqüència en un moment més proper o inclús abans





4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

que el diagnòstic del SS en els pacients més grans. En el estudi multivariat com a factors relacionats amb la mortalitat es van trobar: la FP, l'afecció hepàtica, l'anèmia i l'edat de 65 anys o més en al moment del diagnòstic.

### **CONCLUSIONES**

El SS no és infreqüent en pacients d'edat avançada. Les alteracions immunològiques són menys freqüents en pacients d'edat avançada. No es van trobar diferències associades a l'edat respecte a les manifestacions extra- glandulars. La FP apareix més aviat en els pacients grans. La mortalitat va ser major en els pacients d'edat avançada amb SS.

### **IF-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA AFECCIÓN RENAL INTERSTICIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN SEGÚN LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

I. González-Nieto, J. Mestre-Torres, E. Callejas-Moraga, F. Martínez-Valle, R. Solans-Laque

*Medicina Interna, Hospital Universitari General de la Vall D'Hebron. Barcelona*

### **OBJETIVOS**

Describir las características de los pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren con afección renal intersticial y su asociación con otras manifestaciones clínicas de la enfermedad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo de los pacientes con afección renal intersticial de los pacientes con Síndrome de Sjögren diagnosticados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebrón hasta la actualidad. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS versión 20.

### **RESULTADOS**

Se han incluido 317 pacientes, 298 mujeres (94%) y 19 hombres (6%, relación 16:1) con una edad media del diagnóstico de 55.5 años (rango de 17-92 años). Todos ellos cumplen los criterios de clasificación americano- europeos del año 2002; los pacientes diagnosticados y en seguimiento pero que no cumplen estrictamente estos criterios no han sido incluidos. De los 317 pacientes, 21 pacientes (6.62%) han presentado afección renal intersticial, de los cuales 20 eran mujeres (95.24%) y 1 hombre. La afección renal intersticial ha sido en forma de: 18 casos de Nefritis intersticiales (85.71%) con filtrados glomerulares comprendidos entre 37-55 ml/min, 1 de Glomerulonefritis membranosa asociada a afectación túbulo-intersticial (4.76%), 1 de Poliangeítis microscópica (4.76%) y 1 de Nefropatía linfoidea (4.76%) La edad media de diagnóstico del Síndrome de





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

Sjögren fue a los 55.2 años (rango de 23-80 años) El tratamiento realizado: corticoides en los 21 casos (100% de los pacientes con afección renal intersticial), ciclofosfamida en 4 (19.05%), micofenolato en 3 (14.29%), ciclosporina + tacrolimus en 2 (9.52%) y rituximab en 2 (9.52%) Además, 4 pacientes necesitaron tratamiento renal sustitutivo en forma de hemodiálisis (19.05%) El total de éxitus ha sido de 6 pacientes (28.57%): 4 de causa infecciosa (1 sepsis asociada a catéter, 3 neumonías), 1 evento cardiovascular y 1 fracaso renal secundario a desarrollo de PAM. El análisis estadístico muestra asociación significativa entre la afección renal intersticial con: Bronquiectasias (p 0.001, OR 4.53), Colangitis Biliar Primaria (CBP) (p 0.007, OR 4.64), y Fatiga (p 0.032, OR 2.80) Analíticamente destaca la asociación con Anemia (p 0.000, OR 5.32) y Beta-2 microglobulina elevada al momento del diagnóstico (p 0.000, OR 27.53) No hallamos asociación significativa con fenómeno de Raynaud, vasculitis, artritis, linfoma, afección neurológica, tiroidea, respiratoria ni digestiva. Tampoco hallamos relación con anti-Ro60, anti-La, anti-Ro52 ni ACA, crioglobulinemia ni hipocomplementemia.

## DISCUSIÓN

En nuestra serie de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Sjögren, la afección renal intersticial es una manifestación clínica poco frecuente (6.62%), y su forma de presentación principal es la Nefritis intersticial (5.61% del total) Todos ellos han recibido tratamiento corticoideo, y el fármaco inmunosupresor más utilizado ha sido la ciclofosfamida (19.05%), seguido por micofenolato (14.29%); 4 necesitaron hemodiálisis (19.05%) El análisis estadístico muestra asociación significativa con CBP, fatiga, anemia y elevación de b-2 microglobulina al diagnóstico, destacando la asociación con bronquiectasias, no referido en otras series. No hallamos asociación significativa con anti-Ro+ a diferencia de lo referido por otros autores, ni tampoco con éxitus, probablemente debido a la baja "n" (6 de los 21 pacientes con nefropatía han fallecido, 28.57%, superior a la serie global), en otras series con más enfermos hallan relación.

## CONCLUSIONES

La afección renal intersticial es una manifestación clínica poco frecuente en el Síndrome de Sjögren, que requiere tratamiento corticoideo e inmunosupresor. A pesar del mismo algunos pacientes requieren hemodiálisis. En nuestra serie la afección renal fue significativamente mas frecuente en pacientes con bronquiectasias, CBP y fatiga, y en pacientes con la anemia y elevación de b-2 microglobulina al diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo no presenta asociación significativa con manifestaciones clínicas de peor pronóstico.



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

#### **IF-6 UTILITAT DEL 18F-FLORBETAPIR (FBP) EN L'AMILOÏDOSI SISTÈMICA**

J. Mestre<sup>(1)</sup>, C. Lorenzo<sup>(2)</sup>, G. Cuberas<sup>(2)</sup>, M. Gironella<sup>(3)</sup>, N. Ramos<sup>(4)</sup>,  
E. Cañas<sup>(1)</sup>, A. Fernández<sup>(1)</sup>, F. Martínez- Valle<sup>(1)</sup>

*(1)Medicina Interna, (2)Medicina Nuclear, (3)Hematologia, (4)Nefrologia.*

*Hospitals Vall D'Hebron. Barcelona*

#### **OBJETIVOS**

L'amiloidosi és una malaltia multisistèmica que es caracteritza pel dipòsit de proteïnes en conformació beta- plegada. El seu diagnòstic és difícil, requerint múltiples exploracions complementàries per a la seva caracterització clínica i pronòstica. El FBP és un radiotracador amb tropisme per les proteïnes en conformació beta-plegada. Estudis previs han demostrat la seva eficàcia en l'estudi del sistema nerviós central en la malaltia d'Alzheimer. Per tot això, s'ha postulat la seva utilitat en el diagnòstic d'extensió de l'amiloidosi. Objectiu: estudiar la utilitat del PET amb FBP en l'estudi d'extensió de l'amiloidosi.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

S'ha comparat una cohort afecta d'amiloidosi amb un grup control (afecte d'Alzheimer) de pacients que són seguits a HVH. L'estudi clínic inclou la realització d'una anàlisi general, orina de 24 hores, ecocardiograma, ressonància magnètica cardíaca (cRMN), electroneuromiograma. Altres proves s'han realitzat d'acord a la simptomatologia de cada pacient. Tots els pacients tenen confirmació histològica. Per a la realització del PET s'ha administrat 370mBq de FBP i s'han calculat les ROIs (region of interest) en els òrgans d'estudi. S'han comparat les troballes de SUV<sub>màx</sub> en pacients clínicament negatius, pacients clínicament positius i controls. La significació s'ha fixat en  $p < 0.05$ . Per altre costat, s'ha estimat com a límit de normalitat el percentil 95 de la distribució mostral del grup control. S'han caracteritzat com a positius aquells pacients que tenen una SUV<sub>max</sub> major que el valor límit ajustat per òrgan.

#### **RESULTADOS**

S'han inclòs 13 pacients afectes d'amiloidosi amb edat mediana ( $\pm$  RI) de 67.1 (61.5 – 75.5) anys; seguits durant 23 (1.51 – 36.9) mesos. L'etiologia ha mostrat: amiloidosi per cadenes lleugeres (n=8), amiloidosi per TTR no mutada (n=1), amiloidosi per SAA (n=2) i amiloidosi per TTR mutada (n=2). L'avaluació orgànica per tècniques tradicionals mostra una afectació de: cor (53.8%), ronyó (84.6%), SNP (61.5%), llengua (15.4%), tiroides (15.4%), estòmac (7.7%). L'estudi per PET mitjançant SUV<sub>max</sub> mostra uns valors  $4.3 \pm 1.18$  vs  $2.05 \pm 0.48$  a nivell de llengua ( $p = 0.02$ ) pels pacients clínicament positius vs controls; i  $5.12 \pm 4.95$  vs  $2.46 \pm 0.84$  a nivell de cor ( $p = 0.066$ ) de forma similar. A nivell pulmonar no hi ha pacients que siguin clínicament positius però els valors per pacients



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

vs controls són de  $1.57 \pm 3.2$  vs  $0.38 \pm 0.12$ . A nivell tiroïdeu només disposem de dos casos clínicament positius amb un SUVmax de 16.65 vs  $1.41 \pm 0.4$  en els controls. A totes aquestes localitzacions existeix una bona correlació entre la clínica y el PET. Finalment, a nivell renal els valors de pacients clínicament positius vs controls són  $3.43 \pm 2.57$  vs  $2.62 \pm 0.96$  (no diferències significatives). Quan caracteritzem els pacients com a positius si tenen un SUVmax major que el percentil 95 dels controls podem identificar noves localitzacions: 1 cas a nivell cardíac, 6 a nivell lingual, 4 d'afectació tiroïdal i 5 a nivell de pulmó.

## DISCUSIÓN

Aquest és el primer estudi que avalua la càrrega de malaltia en l'amiloïdosi mitjançant FBP. Es tracta d'una cohort similar a estudis previs i amb una etiologia variada, tot i que predomina l'AL. L'estudi amb FBP ha mostrat un bon rendiment diagnòstic a nivell de llengua, essent estadísticament significatiu, i a nivell de tiroïdes i pulmó (tot i que  $p > 0.05$ ). A nivell cardíac el rendiment ha estat inferior en comparació amb altres series, tot i que la tècnica d'estudi actual era diferent d'aquestes. Tot i així, disposem d'altres tècniques àmpliament validades per estudiar aquest òrgan (ecocardiograma i cRMN). Tots els pacients han presentat com a mínim una localització afecta per PET. Pensem que aquesta tècnica pot esdevenir una eina útil pel diagnòstic dels pacients amb amiloïdosi. Queda per veure quina és la resposta evolutiva per PET en malalts sota tractament i si és de utilitat de cara a valorar la evolució del diposits totals de amiloide. . Com a limitacions destaquen el tamany de l'estudi i el no disposar de biòpsies que confirmin totes les localitzacions.

## CONCLUSIONES

El PET amb FBP és una bona tècnica per a l'estudi global del pacient amb amiloïdosi.



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## 2.6 ÀREA TEMÀTICA: MPOC I PATOLOGIA RESPIRATÒRIA

### MP-1 FACTORS DE RISC DE MORTALITAT EN UNA COHORT DE PACIENTS INGRESSATS PER UNA AGUDITZACIÓ DE LA MPOC

C. Lopera<sup>(1)</sup>, R. Arànega<sup>(1)</sup>, R. Boixeda<sup>(1)</sup>, V. Vicente<sup>(1)</sup>, P. Fernández<sup>(1)</sup>,  
C. Serra<sup>(1)</sup>, E. Palomera<sup>(2)</sup>, J. Capdevila<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

<sup>(2)</sup>Unitat de Recerca. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona)

#### OBJETIVOS

Analitzar els factors de mortalitat d'una cohort de pacients ingressats per una agudització de la MPOC, així com noves aguditzacions en els 6 mesos posteriors a l'alta hospitalària.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

L'estudi VIRAE és una cohort de 132 pacients ingressats per una agudització de probable causa infecciosa de la MPOC en un període de 2 anys. Es van analitzar els factors de risc de mortalitat i nova agudització en els períodes de 6 mesos i 1 any després de l'ingrés per a l'agudització. En el moment de l'ingrés es va recollir una anàlisi bàsica amb un proteinograma, i al mes de l'alta es va realitzar una espirometria i un test de marxa per poder calcular l'índex BODE. Es va realitzar un seguiment de les aguditzacions fins als 6 mesos i es va avaluar la mortalitat a l'any amb trucada telefònica.

#### RESULTADOS

Els pacients inclosos a l'estudi tenien una edat mitja de 72,9 anys, essent la majoria homes (97,5%) i el grau de l'obstrucció pulmonar era d'un FEV1 post-broncodilatació del 44%.

A l'analitzar en un anàlisi multivariant les variables associades a recaiguda, nova agudització o nou ingrés hospitalari en el seguiment 6 mesos després de l'ingrés hospitalari, l'única dada observada era la presència de nivells baixos de la fracció gamma del proteinograma en el moment de l'ingrés hospitalari, amb significació estadística a través d'una regressió de Cox (RR 4,38; IC 95% 1,27-15,1), amb una  $p = 0,019$ . Pel que fa a la mortalitat a l'any, també hem observat una bona relació amb la fracció gamma del proteinograma, tot i que no existeixen diferències estadísticament significatives. A l'analitzar amb un anàlisi multivariant les variables associades, hem observat com a factors associats la tensió arterial diastòlica (RR 0.37; IC 95% 1,009-1,345;  $p = 0.037$ ), i el test de marxa (RR 0.22; IC 95% 0.947-0.996;  $p = 0,022$ ).

#### DISCUSIÓN

Hem analitzat els factors associats a reingrés en els 6 mesos posteriors i mortalitat a l'any en una cohort de pacients ingressats per una agudització de la MPOC. Hem observat com la



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

troballa d'uns nivells baixos de la fracció gamma del proteinograma s'associa al reingrés als 6 mesos. És el primer estudi que relaciona el proteinograma com a factor pronòstic en les aguditzacions de la MPOC. La mortalitat a l'any s'associa al test de marxa de 6 minuts i a la tensió arterial diastòlica en el moent de la consulta a urgències.

## CONCLUSIONES

Els nivells baixos de la fracció gamma del proteïnograma s'associen a reingrés als 6 mesos d'un ingrés per una agudització de la MPOC. La mortalitat s'associa a tensió arterial diastòlica i al test de marxa de 6 minuts.

## MP-2 ESTUDI DE LA HIPERGLICÈMIA EN L'AGUDITZACIÓ DE LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC)

L. Pacho Millan<sup>(1)</sup>, R. Boixeda i Viu<sup>(1)</sup>, M. Bartolomé<sup>(2)</sup>, M. García Caballero<sup>(3)</sup>, M. Moreno<sup>(4)</sup>, E. Palomera<sup>(5)</sup>, J. Juanola<sup>(6)</sup>, J. Almirall<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(5)</sup>Unitat de Recerca, <sup>(6)</sup>Pneumologia, <sup>(7)</sup>UCI. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona)

<sup>(2)</sup>ABS Mataró Centre, <sup>(3)</sup>ABS Cirera Molins. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona)

<sup>(4)</sup>ABS Vilassar de Dalt. ICS. Institut Català de la Salut. Vilassar de Dalt (Barcelona)

## OBJETIVOS

Conèixer la prevalença de la hiperglucèmia induïda per corticoids en els pacients hospitalitzats per una agudització de MPOC, tant en pacients diabètics com en pacients sense diabetis mellitus coneguda i determinar la relació entre la hiperglucèmia induïda per corticoids i factors pronòstics com la mortalitat i el re-ingrés en 30 dies. Conèixer la implementació del protocol insulina basal bolus en les hospitalitzacions per les aguditzacions de la MPOC. Estimar la relació entre la hiperglucèmia > 200 mg/dl, respecte a les dosis màximes de corticoids que han rebut els pacients.

## MATERIAL Y MÉTODOS

S'ha realitzat un estudi poblacional d'incidència de les aguditzacions de la MPOC en tres ABS de la zona de referència de l'Hospital de Mataró. Dels pacients identificats de l'abril del 2015 al març del 2016 es realitza un estudi descriptiu retrospectiu que analitza 42 pacients que han requerit un ingrés hospitalari per l'agudització. S'han exclòs aquells pacients que eren menors de 35 anys i/o aquells pacients que no tenien el diagnòstic d'MPOC confirmat mitjançant espirometria (IT < 70%).



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

## RESULTADOS

Hem analitzat un total de 42 pacients, dels quals hem exclòs 8 per no complir criteris diagnòstics espiromètrics ( $IT < 70\%$ ). Un 79.41% ( $n=27$ ) eren homes. Del total de la població, un 29.40 % eren diabètics ( $n=10$ ). Dels 10 pacients diabètics, 3 eren insulinodepenents, 7 estaven tractats amb antidiabètics orals i 1 pacient amb terapia combinada. En general, 7 (20.6%) dels pacients estaven tractats amb corticoides de base per la seva malaltia pulmonar. Pel què respecta al tractament de la reagudització, un 91.2% ( $n=31$  pacients) van rebre corticoteràpia sistèmica, d'ells el 26% van rebre una dosi superior a 1 mg/kg/dia. Un 25.80% d'aquests pacients van patir una hiperglicèmia  $> 200$  mg/dl durant l'ingrés. Respecte a la insulinoteràpia, la meitat van rebre insulina basal-bolus i la resta van ser tractats amb pauta correctora d'insulina ràpida, destacant que un terç d'ells van estar tractats amb antidiabètics orals intrahospitalàriament. La hiperglicèmia no s'ha relacionat amb un reingrés als 30 dies i sí amb la mortalitat intrahospitalària. Com a factors de risc per a patir una hiperglicèmia durant l'ingrés per reagudització hem observat una relació entre els pacients amb  $HbA1c > 7\%$  i els que tenen un índex de Charlson  $> 0 = a 3$ , tenen més risc de patir hiperglicèmia.

## DISCUSIÓN

S'ha descrit que els corticosteroids que s'administren en les aguditzacions de la MPOC en els pacients que precisen ingrés hospitalari poden causar una hiperglucèmia que s'ha associat a un augment de la mortalitat, de l'estada hospitalària i a una major taxa de reingressos. Hem avaluat els pacients ingressats durant un any per una agudització de la MPOC, identificant la troballa d'una hiperglicèmia  $> 200$  mg/dl i la seva relació amb la corticoteràpia sistèmica. Igualment hem aprofitat per avaluar la implementació de la pauta insulina basal-bolus, implementada recentment al nostre centre. Hem observat que una quarta part dels pacients ingressats presentaven hiperglicèmia sense clara relació amb la dosi de corticoteràpia rebuda però sí amb l'antecedent de diabetis mellitus.

## CONCLUSIONES

Identifiquem la presència d'una hiperglicèmia en els pacients ingressats per una agudització de l'MPOC, més en relació de la diabetis com a antecedent, que no per l'ús de la corticoteràpia sistèmica.

Després de la implementació de la pauta bolus-basal en el nostre centre, només en la meitat dels pacients se'ls hi havia implementat i fins i tot persistia el tractament amb antidiabètics orals.





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 2.7 ÀREA TEMÀTICA: MALALTIES RARES

### MR-1 MIOPATIES CONGÈNITES EN L'ADULT

H. Ventosa<sup>(1)</sup>, M. Pellicé<sup>(1)</sup>, L. González-Quereda<sup>(2)</sup>, P. Gallano<sup>(2)</sup>,

A. Sánchez<sup>(3)</sup>, X. Tomás<sup>(4)</sup>, A. García<sup>(4)</sup>, J. Milisenda<sup>(1)</sup>

*(1)Unitat de Malalties Musculars. Servei de Medicina Interna, (3)Servei de Bioquímica i Genètica Molecular, (4) Servei de Radiodiagnòstic. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.*

*(2)Servei de Genètica. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

### OBJETIVOS

1. Descripció de dos casos de miopatia congènita diagnosticats a l'edat adulta.
2. Aportació de noves dades sobre la correlació genotip-fenotip en la miopatia centronuclear i la multiminicore.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Es descriuen les característiques clíniques, histopatològiques i moleculars de dos casos de miopatia congènita, pertanyents a la sèrie de la unitat de patologia muscular de l'Hospital Clínic de Barcelona.

### RESULTADOS

Cas 1: Home de 72 anys. Pare amb debilitat muscular a l'edat adulta no estudiada. Consulta per camptocòrnia i debilitat muscular progressiva de 10 anys d'evolució, amb empitjorament els últims 3 mesos. EF: debilitat axial, proximal i distal en EESS (4/5 i 3/5), debilitat distal en EEII, impossibilitat de caminar de puntetes o talons.

Reflex rotulià i aquil·li abolits, no fasciculacions. No disfàgia ni afectació de la musculatura facial. EMG amb patró miopàtic. CPK 350 UI/L. Biòpsia muscular (bíceps) amb canvis suggestius de miopatia congènita centronuclear (figura 1-A). RMN cos sencer amb infiltració grassa i atròfia muscular simètrica i difusa, amb tènues zones d'edema a cintura escapular (figura 2). L'estudi molecular identifica una mutació patogènica al gen DYN2 (c.1106G>A).

Cas 2: Home de 66 anys, sense antecedents familiars d'interès. En seguiment en un altre centre des de 2003 per miàlgies i debilitat muscular en EEII i EESS. L'any 2004 constava un EMG sense alteracions, l'any 2009 una RMN muscular amb infiltració grassa en ambdós bessons i una biòpsia muscular en deltoïdes, mostrava canvis patològics no concloents. Havia rebut dosis baixes de prednisona, sense milloria. A la nostra valoració l'any 2016, presenta debilitat proximal i distal a EESS (3+/5 i 3+/5) i EEII (4/5 i 3+/5) amb impossibilitat de caminar de puntetes. CPK 488 UI/L. RMN muscular: atròfia muscular lleu-moderada, d'aspecte emplastrat i distribució simètrica, afectació paravertebral, glutis



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

majors, semimembranosos i bessons interns. No zones d'edema muscular significatiu (figura 2). La biòpsia muscular a gastrocnemi mostra canvis suggestius de miopatia congènita multiminicore (figura 1-B). La seqüenciació del gen SEPN1 no ha identificat mutacions patogèniques. Actualment, resta pendent l'estudi dirigit de possibles variants del gen RYR1.

### **DISCUSIÓN**

La miopatia congènita centronuclear és una malaltia neuromuscular hereditària de presentació clínica variable. L'ampli espectre comprèn des de formes neonatals greus, fins a casos lleus d'aparició tardana en adults. A dia d'avui se'n coneixen majoritàriament tres gens responsables, MTM1 (lligat al X) que comporta una malaltia greu neonatal; DNM2 (autosòmica dominant) i BIN1 (autosòmic recessiu o dominant). En una cohort italiana de 54 pacients s'identificaren 11 casos amb miopatia de presentació en l'adult, pels quals únicament es en 7 casos es trobà una alteració genètica, totes elles al gen DYN2.

La miopatia congènita multiminicore és una malaltia muscular congènita recessiva produïda per mutacions en dos gens: SEPN1 i RYR1. La prevalença n'és desconeguda i la variabilitat clínica es correspon a la gran heterogeneïtat genètica. El fenotip clàssic es caracteritza per rigidesa espinal, escoliosi prematura i afectació respiratòria originada per mutacions al gen SEPN1. Les mutacions a RYR1 s'associen a un ampli rang de característiques clíniques que comprenen oftalmoplègia externa, debilitat distal i afectació de la cintura pelviana similar a la miopatia central core. En aquestes últimes formes poden aparèixer canvis histopatològics comuns, la qual cosa reflecteix l'existència d'una base genètica comuna.

### **CONCLUSIONES**

Las miopatías congénitas són malalties que també es presenten en adults, on la història familiar és crucial per orientar el diagnòstic, així com la biòpsia muscular, el patró d'afectació de la RM i la confirmació molecular.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## 2.8 ÀREA TEMÀTICA: VARIS

### V-1 PAPER DE LA FIGURA D'INTERCONSULTOR MÈDIC AL SERVEI DE CIRURGIA VASCULAR

R. Arànega<sup>(1)</sup>, R. Boixeda<sup>(1)</sup>, P. Carreño<sup>(2)</sup>, S. García<sup>(2)</sup>, E. Martínez<sup>(2)</sup>,  
J. López<sup>(2)</sup>, J. Alós<sup>(2)</sup>, A. Felip<sup>(1)</sup>

*<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Cirurgia Vascular. Consorci Sanitari del Maresme.  
Mataró (Barcelona)*

#### OBJETIVOS

Avaluar la necessitat d'un interconsultor mèdic a un servei quirúrgic amb alta comorbilitat. Analitzar les intervencions mèdiques durant un ingrés hospitalari en un servei quirúrgic.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Durant un període de tres mesos es realitza un seguiment mèdic dels pacients ingressats a la unitat de cirurgia vascular d'un hospital comarcal de segon nivell.

En tots els pacients ingressats per un període superior a 24 hores es realitza una visita mèdica per part d'un adjunt de medicina interna, avaluant la patologia mèdica associada així com la indicació de modificació de tractament o de proves complementàries addicionals. Es realitza seguiment de descompensacions mèdiques i processos intercurrents fins l'alta hospitalària.

Al finalitzar el primer període de l'estudi es fa un anàlisi dels resultats observats, identificant el número de visites per pacient, els canvis terapèutics i les proves complementàries demanades així com les descompensacions mèdiques durant l'ingrés i el destí a l'alta.

Amb les dades obtingudes es realitzarà una sessió conjunta amb el servei de cirurgia vascular i es completarà l'estudi amb un segon període de tres mesos, fins al 31 de maig de 2017.

#### RESULTADOS

Els pacients avaluats presenten una alta comorbilitat acompanyant valorada amb l'índex de Charlson de 4.12 (DE 1.96).

S'han valorat un total de 41 pacients, amb un nombre de visites per pacient de 2.98 de mitja (DE 2.4; Rang 1-15). Un 48.8% dels pacients han precisat més de dues visites durant l'ingrés hospitalari.

Pel que fa a la revisió del tractament, un 61.5% dels pacients han necessitat ajust de dosis d'insulina, un 26.2% ajust d'hipotensors, i un 22% ajust d'analgèsia, heparina i retirada de tractament amb Metformina.

Les complicacions durant l'ingrés més freqüents han estat la insuficiència cardíaca



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

(14.6%), hipoglicèmia (12%), la hipotensió (7.3%) i insuficiència renal aguda (7.3%). Les dades analítiques de la nostra població mostren una glucosa de 158 mg/dl (DE 85), creatinina 1.2 mg/dl (DE 0.6), filtrat glomerular del 54.6 (DE 23.2), hemoglobina 11.4 mg/dl (DE 2.2), proteïna C reactiva 8.6 mg/dl (DE 8) i unes proteïnes totals de 6.1 mg/dl (DE 0.5). Segons l'evolució durant l'ingrés hospitalari, un 9.8% van precisar ingrés a la UCI. La destinació a l'alta va ser en un 61% dels casos a domicili, un 14.6% a centre socio-sanitari i un 12.2% a Hospital a domicili. Van precisar reingrés als 30 dies un 7.3% dels pacients. En un anàlisi univariat, els pacients que van precisar més de dues visites durant el període d'ingrés necessitaven un major ajust de l'analgèsia ( $p$  0.032) i requerien més quantitat d'analítiques ( $p$  0.014).

#### DISCUSIÓ

Segons els nostres resultats el pacient ingressat al servei de cirurgia vascular presenta una alta comorbiditat, amb un índex de Charlson de mitja de 4 i es beneficia de l'optimització del maneig mèdic amb una mitja de 3 visites durant el període d'ingrés per la revisió de la pauta de tractament, valoració de necessitat de proves complementàries i el seguiment de les possibles complicacions degudes tant a la comorbiditat com a les intervencions realitzades durant l'ingrés. Amb aquestes dades, valorades conjuntament amb el servei de cirurgia vascular, continuarem amb l'estudi durant tres mesos més.

#### CONCLUSIONES

S'analitza la tasca assistencial de la figura de l'interconsultor mèdic en un servei quirúrgic. Es tracta de pacients amb elevada comorbiditat, que apart de la intervenció per part del cirurgià corresponent, es poden beneficiar del seguiment per part d'un internista a fi de valorar i tractar de forma precoç les possibles complicacions mèdiques.

#### V-2 EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DE COACHING EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

R. Salas Campos<sup>(1)</sup>, E. Coloma Galdós<sup>(2)</sup>, À. Martos Rodríguez<sup>(3)</sup>,

R. Muñoz García<sup>(2)</sup>, N. Parra Macías<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Docencia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

<sup>(3)</sup>Educación Médica. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat (Barcelona)

#### OBJETIVOS

Analizar la evolución de competencias en residentes que cuentan con un apoyo a la acción tutorial basado en la intervención de un coach, comparada con la de residentes que sólo reciben acción tutorial.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Ensayo clínico no aleatorizado, multicéntrico, con dos ramas de estudio (grupo control: R1 y R3 que siguen su programa de formación guiados por su tutor; grupo intervención: R2 y R de último año que cuentan con un soporte a la acción tutorial basado en la intervención de un coach). Los participantes eran residentes de FSE del grupo quirónsalud en Cataluña. Se recogieron variables de filiación, sociodemográficas y relativas al programa de formación que cursaban, junto con las valoraciones obtenidas de múltiples observadores (tutor, adjunto, co-residentes y propio residente) a través de un instrumento de feedback múltiple 180° basado en el modelo de formación basada en competencias del Hospital de Cruces (Fig 1,2). Las mediciones se realizaron en 4 tiempos distribuidos a lo largo de un curso académico. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables. Se realizó un análisis por intención de tratar. Para el cálculo de la consistencia interna del instrumento 180° se utilizó el alfa de Cronbach. Para medir el grado de acuerdo entre observadores, utilizamos el coeficiente de correlación intraclase (de un factor).

## **RESULTADOS**

La participación fue del 86,8% (53 R) sobre el total de las UD invitadas, con un 75,5% mujeres y edad media 27,3 años. El 45% de residentes se asignó al grupo C. Se observaron diferencias entre inicio y final de curso a favor de la intervención en la evaluación global ( $p=0,008$ ), profesionalidad ( $p=0,001$ ), comunicación ( $p=0,0001$ ), cuidados del paciente ( $p=0,0001$ ), conocimientos ( $p=0,047$ ), práctica basada en el sistema de salud ( $p=0,005$ ), práctica basada en aprendizaje ( $p=0,001$ ) y no así en el manejo de información ( $p=0,398$ ). El 82,1% de los residentes del grupo I considera la intervención necesaria y útil en su formación.

## **DISCUSIÓN**

El reto de los médicos de hoy está en saber responder de forma eficiente a las necesidades de la sociedad y a la confianza otorgada por los pacientes. Y ello pasa por el desarrollo de competencias técnicas y personales.

Trabajar la mejora de competencias vinculadas al terreno personal es un aspecto para el que el tutor refuerza su labor con la ayuda de otras figuras docentes como un coach. Destaca el hecho que de manera secundaria el programa de coaching mejora las competencias técnicas.

## **CONCLUSIONES**

La acción tutorial complementada con la intervención del coach facilita la adquisición de competencias del residente y su mejoría en el proceso formativo.

4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

Taula 1

CUESTIONARIO DE 180°															
Hospital / Centro				Unidad Docente					Programa de FSE		MIR FIR				
Nombre del residente				Especialidad					Año de residencia						
Nacionalidad del residente	Años de residencia en España			Año de nacimiento					Lengua materna						
Nombre del tutor				Categoría del evaluador		TUTOR	ADJUNTO	RESIDENTE		AUTOEVALUACIÓN					
Fecha				Nº de evaluación					E1	E2	E3	E4			
				Nada		Poco			Regular		Bastante		Mucho		No aplica
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA
Actitudes/valores profesionales (profesionalidad)	Demuestra integridad, acepta su responsabilidad, cumple las tareas														
	Trabaja dentro de los límites de sus capacidades; pide ayuda cuando es necesario														
	Demuestra respeto e interés por los pacientes y sus familiares														
Comunicación	Es puntual y cumple el horario de trabajo														
	Comunicación efectiva con pacientes y familiares														
	Comunicación efectiva con otros miembros del equipo de trabajo														
Cuidados del paciente y habilidades clínicas	Comunicación efectiva con el resto del personal sanitario														
	Obtiene una historia clínica y un examen físico completos														
	Solicita las pruebas diagnósticas necesarias														
Conocimientos	Integra la información para un correcto diagnóstico diferencial														
	Planifica un plan de tratamiento adecuado														
	Demuestra destreza en la realización de procedimientos técnicos para su nivel														
Práctica basada en el contexto del sistema de salud (salud pública y sistemas sanitarios)	Está al día de los conocimientos clínicos														
	Pregunta con rigor														
	Utiliza el conocimiento y el pensamiento analítico para resolver los problemas clínicos														
Práctica basada en el aprendizaje y la mejora continua (análisis crítico-autoaprendizaje)	Demuestra juicios clínicos adecuados														
	Usa racionalmente los recursos sanitarios														
	Trabaja para garantizar la seguridad del paciente, identificando causas de errores; sigue las guías de práctica clínica (protocolos)														
Manejo de la información	Valora críticamente la literatura científica y utiliza la evidencia científica disponible para el cuidado de los pacientes														
	Autoevalúa su práctica clínica y cambia comportamientos														
	Facilita y colabora en el aprendizaje de los compañeros del equipo de trabajo														
EVALUACIÓN GLOBAL	Busca, interpreta y aplica adecuadamente la información clínica y científica														
	Documenta y mantiene los registros clínicos de acuerdo con los procedimientos establecidos														
				Muy mala		Mala			Regular		Buena		Excelente		
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Taula 2

SATISFACCIÓN CON EL PROCESO DE EVALUACIÓN FORMATIVA Y/O COACHING									
Hospital / Centro				Unidad Docente		Programa de FSE		MIR FIR	
Nombre del residente				Especialidad		Año de residencia			
Nacionalidad del residente	Años de residencia en España			Año de nacimiento		Lengua materna			
¿Te has sentido violentado/amenazado por esta evaluación?				SÍ				NO	
¿Crees que la evaluación y sus resultados son útiles en tu formación?				SÍ				NO	
¿Crees que la evaluación es importante para tu formación?				SÍ				NO	
¿Repetirías esta evaluación en un futuro durante la residencia?				SÍ				NO	





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## V-3 EL ANÁLISIS DEL PERFIL LIPÍDICO MEDIANTE RMN PERMITE IDENTIFICAR LAS PARTÍCULAS HDL COMO BIOMARCADORES DE LA EXTENSIÓN RADIOLÓGICA Y LA NECESIDAD DE INGRESO EN UCI EN RELACIÓN A LA REGULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA

A. Catala Vaño<sup>(1)</sup>, M. Benavent Benavent<sup>(1)</sup>, M. Saballs<sup>(3)</sup>, S. Parra Pérez<sup>(1)</sup>, N. Amigó<sup>(2)</sup>, G. Otón Aguilar<sup>(1)</sup>, M. Garcés Valentín<sup>(1)</sup>, A. Castro Salomó<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

<sup>(3)</sup>Medicina Interna. Servei Medicina interna/ Hospital CIMA. Barcelona

<sup>(2)</sup>Medicina Interna. Centre for Omic Sciences. IISPV. Reus (Tarragona)

### OBJETIVOS

Investigar la asociación entre las poblaciones lipídicas analizadas por RMN con las variables clínicas, analíticas y radiológicas de los pacientes ingresados por NAC así como su evolución clínica, escalas de pronóstico (PSI- FINE y CURB65), necesidad de ingreso en UCI, presencia de shock y mortalidad a los 30 días y a los 90 días.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional PROSPECTIVO. Criterios de inclusión pacientes ingresados en planta de hospitalización del servicio de medicina interna con la orientación diagnóstica de NAC con uno o más de los siguientes síntomas: tos, expectoración purulenta, fiebre, dificultad respiratoria, dolor torácico de tipo pleurítico, más sospecha clínica de condensación pulmonar en la exploración física y/o confirmación radiológica. Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años o que se nieguen a participar en el estudio o firmar el consentimiento informado. La extracción de la muestra de sangre venosa se realiza la primera mañana del ingreso procesando al almacenamiento en el banco de muestras en el área de BIOBANC (Colección NAC-HDL) para el análisis del perfil lipídico mediante RMN. 3 semanas después del alta se cita a los pacientes en el hospital de día para control clínico y analítico.

### RESULTADOS

Se han reclutado 93 pacientes de los que se han excluido 3 pacientes con otro diagnóstico. El 63,1% de los pacientes son hombres, con una media de edad de 67,54 (28-97) años. Los pacientes que precisaron ingreso en UCI presentaron niveles significativamente menores de HDL-c (22,3(198) respecto 36,7(16,5); P = 0.018. Menores niveles de HDL-c se asociaron de forma directa a una mayor extensión radiológica (sin condensación (43,24(16,17))<lobar(40,5(18.1))<bilobar(29,37(13,15))<bilateral15,5(11,5)); P = 0.003). Los niveles de HDL-c se correlacionaban de forma inversa con la PCR (r = -0.480,



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

$P < 0.001$ ) y fibrinógeno ( $r = -0.353$ ,  $P < 0.010$ ). No hemos observado una asociación entre los niveles de HDL-c y la puntuación PSI-FINE o CURB65. Los pacientes con criterios de SIRS presentaron diferencias respecto el número de partículas de colesterol HDL que transportan triglicéridos (13.91(4.2)vs 17,26(6,08);  $P = 0.017$ ). Los pacientes con criterios de SIRS también presentaron niveles significativamente menores de partículas de colesterol HDL que transportan triglicéridos (13.91(4.2) vs 17,26(6,08)  $P = 0.017$ ). Los niveles de HDL-c se normalizaron a las 3 semanas del alta (32,2(17,5)- 49,5(23,8)mg/dl);  $P < 0.0001$ ) igual que los niveles de PCR 18,6(11,1)-3,46(5,4);  $P = 0.028$ ).

### DISCUSIÓN

La NAC es una de las infecciones que más ingresos hospitalarios genera y se asocia a una alta morbilidad. Una de las causas de fracaso terapéutico es el desarrollo de una respuesta inflamatoria excesiva. Las partículas de colesterol HDL poseen funciones moduladoras de la respuesta inflamatoria sistémica y en la inmunidad innata, por lo que su posible papel como biomarcador durante esta infección aguda debería ser considerado.

### CONCLUSIONES

El nivel plasmático de colesterol HDL-c es un potencial biomarcador de la necesidad de ingreso en UCI y la extensión radiológica de las NAC en relación a su función reguladora de la respuesta inflamatoria sistémica. El análisis de partículas lipoproteicas permite identificar la asociación entre las partículas de colesterol HDL pequeñas y densas con la respuesta inflamatoria sistémica, los parámetros inflamatorios, la extensión radiológica de las NAC y la necesidad de ingreso en UCI.

### V-4 HIPOMAGNESÈMIA: REVISIÓ D'UNA DISELECTROLITÈMIA INFRADIAGNOSTICADA

J. Pellejà Carnasa<sup>(1)</sup>, M. Mas Puig<sup>(2)</sup>, G. Mariné Llauredó<sup>(3)</sup>, M. Real Álvarez<sup>(1)</sup>,  
Á. Navarro Batet<sup>(1)</sup>, A. Malo Cerisuelo<sup>(1)</sup>, M. Feliu Masgoret<sup>(1)</sup>,  
A. Castro Salomó<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona)

<sup>(2)</sup>Medicina Interna. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

<sup>(3)</sup>Medicina Familiar i Comunitària. Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat. Cambrils (Tarragona)

### OBJETIVOS

Conèixer la situació actual de la hipomagnessèmia en els pacients hospitalitzats del nostre àmbit d'actuació en base a treballles en diferents aspectes per tal d'incidir en un diagnòstic actiu precoç i un posterior maneig adequat.



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Realització d'estudi observacional retrospectiu descriptiu basat en revisió d'històries clíniques de pacients diagnosticats d'hipomagnessèmia durant ingrés hospitalari a planta de Medicina Interna durant el període 2014-2016. Avaluació de múltiples variables epidemiològiques, clíniques, analítiques, etiològiques, terapèutiques i pronòstiques prèviament determinades.

## **RESULTADOS**

Durant el període d'estudi es van realitzar 14 diagnòstics d'hipomagnessèmia. Epidemiològicament s'objectiva presència d'un 64% de sexe masculí amb edat mitja de 72 anys. Clínicament destaca absència de simptomatologia específica atribuïble en un 64% dels casos seguit de clínica neuromuscular en un 28% i simptomatologia cardiovascular en un 8%. A nivell analític es va objectivar magnessèmia mitjana de 1.1 mg/dl. Paral·lelament, es va detectar hipocalcèmia en un 50% dels casos i hipopotassèmia en un 29%. L'estudi metabòlic complet (incloent calci, fòsfor, potassi, vitamina D i PTH) es va sol·licitar en un 57% dels casos. El diagnòstic a l'ingrés va ser insuficiència cardíaca en un 64% dels casos seguit d'estudi de síndrome tòxica i ictus isquèmic en un 14% respectivament i finalment crisi comicial en un 8%. A nivell farmacològic, va destacar presa d'inhibidors de bomba de protons en un 85% dels pacients i de diürètics en un 71%. L'orientació diagnòstica va ser l'origen farmacològic en un 71% seguit d'etiologia multifactorial en un 28%. Es va prescriure suplementació en un 85% dels pacients (90% via oral). La mortalitat va ser del 21% als 6 mesos.

## **DISCUSIÓN**

El magnesi constitueix un important electrolit de l'organisme tant per freqüència (segon catió intracel·lular, quart catió extracel·lular) com per l'elevada implicació en múltiples funcions vitals. La hipomagnessèmia té una prevalença estimada del 10-20% entre els pacients hospitalitzats. Clínicament es caracteritza per la presència d'escassa simptomatologia fins a una moderada disminució de magnessèmia, havent-se relacionat amb un ampli espectre clínic (predominantment neuromuscular) i amb diselectrolèmies secundàries, així com amb múltiples comorbiditats cròniques (tipus arteriosclerosi). Una de les principals etiologies és la farmacològica. El tractament en aquest cas està basat en la retirada de l'agent causal i la suplementació. En relació a les troballes descrites, el perfil de pacient del nostre estudi és similar al descrit habitualment a la literatura. Paral·lelament, destaca l'escassa incidència en relació a la potencial prevalença estimada, el nombre d'estudis metabòlics incomplets i l'impacte en forma de mortalitat.

## **CONCLUSIONES**

La hipomagnessèmia és una diselectrolèmia habitualment infradiagnosticada amb implicació clínica significativa i elevat impacte en forma de morbimortalitat. El seu maneig



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

adequat requereix d'un diagnòstic precoç basat en una elevada sospita diagnòstica i cerca activa rutinària en relació a un perfil de pacient segons criteris epidemiològics, clínics i analítics. L'inici de tractament específic precoç podria suposar un potencial benefici en termes de morbimortalitat.

#### V-5 SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA: ¿UNA CONSECUENCIA EVITABLE?

M. Ruiz Gorrin, E. Yeregui Echeverria, J. López Dupla, I. Pérez Peris, J. Binetti, A. Marti Abella, C. Aucejo Molla, M. Roca Herrera  
*Medicina Interna. Hospital Joan XXIII. Tarragona*

#### OBJETIVOS

Estudiar dos casos de mielinólisis pontina/extrapontina asociados a hiponatremia y la implicación de la corrección de la natremia en su desarrollo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

El síndrome de desmielinización osmótica (SDO) es un trastorno neurológico poco frecuente causado por un daño a la vaina de mielina de las neuronas, clásicamente llamado mielinólisis pontina (MP), pero las manifestaciones extrapontinas (mielinólisis extrapontina o MEP) son bastante frecuentes.

#### RESULTADOS

Caso 1: Mujer de 61 años que consulta por bradipsiquia, ataxia y bradilalia, con vómitos frecuentes los 3 días previos. Tenía antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida, lormetazepam y codeína. Entre los datos analíticos en sangre destacaba: Na 104 mEq/L, K 2.9 mEq/L, osmolaridad 208 mosm/L, pH: 7.58, hormonas tiroideas normales, cortisol normal. En orina presentaba: Na 9 mEq/L, osmolaridad 995mosm/L. El TC craneal fue normal. Se inició reposición de sodio inicialmente con suero salino hipertónico al 3% y posteriormente al 0,9%, corrigiéndose 20mEq/L de sodio en las primeras 20 horas. En las horas siguientes se resuelve la clínica neurológica, pero a las 72 horas desarrolla nuevamente bradipsiquia, bradilalia y ataxia. Se realizó un RM cerebral que mostró discreta alteración de señal bilateral y simétrica de los núcleos caudado y putamen. Tanto la PET-TC como el EEG mostraron hallazgos compatibles con MEP. Se inició tratamiento rehabilitador gracias al cual ha obtenido la práctica recuperación tras 2 meses.

Caso 2: Mujer de 40 años, con antecedentes de varios intentos autolíticos en contexto de depresión severa, traída a urgencias por disminución del nivel de consciencia. Llevaba tratamiento con hidroclorotiazida, olanzapina y oxcarbacepina. En la valoración inicial



# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

destacaba anisocoria (D>I), con Glasgow de 9 puntos, y en la analítica sanguínea destacaba Na 107mEq/L, K 2.1 mEq/L y natriuria de 190mEq/L. Se inició terapia correctora con suero salino hipertónico al 3%. Se realizó TC craneal que resultó normal. El Na se corrigió 15 mEq/L en las primeras 24 horas. Se realizó RM de urgencias que mostró inicialmente hiperintensidad, de forma bilateral y simétrica, de ambos núcleos caudados y putamen. El EEG mostró un patrón característico de encefalopatía grave. Ingresó en UCI con status epiléptico, tras lo cual se realizó RMN que mostró afectación prouberancial, desarrollando desconexión del medio y tetraparesia, la cual aún se mantiene 12 meses después.

## DISCUSIÓN

La MP se relaciona con una reposición rápida de una hiponatremia severa. Clásicamente se presenta con un curso bifásico con signos de encefalopatía inicial que mejora gradualmente, y empeoramiento posterior manifestado por disartria, disfagia, disfunción oculomotora y tetraparesia. Ante una hiponatremia severa, se recomienda una reposición a un ritmo máximo de 1 mEq/h en las primeras tres horas, con posterior reducción del mismo para no sobrepasar un límite máximo de 8-10 mEq en las primeras 24 horas, lo cual debe ir acompañado de una estricta monitorización analítica del paciente.

## CONCLUSIONES

La reposición de la hiponatremia severa ha de ser lenta y siguiendo las recomendaciones establecidas y con controles analíticos periódicos cada 4 horas. En los casos de hiponatremia de larga evolución, la reposición debe ser incluso más lenta y controlada. Se aconseja ser especialmente cuidadoso en el manejo de esta situación clínica, para evitar complicaciones fatales ya que la evolución posterior de la MP/MEP una vez instaurada la clínica no es predecible, pudiéndose producir una recuperación completa o quedar el paciente con secuelas neurológicas irreversibles.

## V-6 LA FRACTURA DE FÈMUR, UN REPTE PER A L'INTERNISTA

G. Ortiz Llauradó<sup>(1)</sup>, E. Llinàs Coronado<sup>(1)</sup>, D. Iglesias Sáenz<sup>(1)</sup>,  
F. Oblitas Béjar<sup>(1)</sup>, E. Romero Mamani<sup>(2)</sup>, E. García Restoy<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Terrassa.  
Terrassa (Barcelona)

## OBJETIVOS

L'objectiu primari fou definir el perfil dels pacients amb el diagnòstic de fractura de fèmur atesos per la unitat de suport del servei de Medicina Interna (SMI). Els objectius secundaris foren detectar la freqüència i tipus de complicacions postquirúrgiques per a



4 i 5 de maig de 2017

Casa de Convalescència. Barcelona

intentar minimitzar-les. Tot això ens podria aportar dades sobre l'impacte de l'actuació mèdica en el tractament durant l'ingrés i l'alta, l'estada mitjana, dies de seguiment i la destinació a l'alta.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

S'ha realitzat un estudi observacional, descriptiu i retrospectiu amb una mostra de 181 casos del servei de Traumatologia (COT), amb el diagnòstic de fractura de fèmur proximal, atesos per un equip de suport quirúrgic a l'Hospital de Terrassa entre novembre 2013 i agost 2016. Els pacients van ser visitats fins al moment de l'alta, canvi de servei, mort o estabilització clínica. S'han analitzat les variables procedents de la història clínica: edat, sexe, patologia de base, situació basal, tractament previ, complicacions relacionades amb la cirurgia, tractament durant l'ingrés i l'alta, estada mitjana, dies de seguiment i destí a l'alta. Per a això s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS 23.0. Les variables quantitatives es descriuen amb la mitjana i la seva desviació estàndard i les categòriques amb el nombre absolut o percentatge.

### **RESULTADOS**

L'edat mitjana dels pacients va ser de  $82.6 \pm 9.6$  anys i el 75.7% eren dones. Un 97.8% dels pacients tenia algun tipus de patologia de base entre les que destaquen HTA (78.5%), deteriorament cognitiu (47%), dislipèmia (41%) i diabetis mellitus (28.2%). El 33% dels pacients tenia un índex de Charlson igual o major a 3 i un 50% realitzava tractament amb 8 o més fàrmacs. Es va observar algun tipus de dependència en un 70.6% dels pacients (38.9% lleu, 31.7% moderada o greu). Es van operar 177 (97.8%) dels pacients estudiats. La totalitat de la mostra va presentar algun tipus de complicació sent l'anèmia la més freqüent (98.3%), es van transfondre un 62%, amb una hemoglobina pretransfusional mitjana de  $8.09 \pm 0.9$  g/dl. L'anèmia va ser valorada com simptomàtica en un 44.8%. A destacar també el deteriorament de la funció renal (55.8%) i la síndrome confusional aguda (45.9%). En menor grau s'han documentat complicacions infeccioses intrahospitalàries (19%), sobretot infeccions del tracte urinari (8.5%), i complicacions cardio-respiratòries (<15%). L'estada mitjana va ser de  $13.8 \pm 8$  dies amb un seguiment pel nostre servei de  $8.7 \pm 6.3$  dies. Un alt percentatge (59%) va requerir ingrés a la Unitat de Convalescència, un 29% van ser donats d'alta a domicili i van morir 21 pacients durant l'ingrés (11.6%).

### **DISCUSIÓN**

Els pacients del nostre estudi són predominantment dones, d'edat molt avançada, amb comorbiditat i sobretot alta prevalença de deteriorament cognitiu i algun grau de dependència. En la seva totalitat presenten complicacions durant l'ingrés, majoritàriament anemització, deteriorament de funció renal i síndromes geriàtriques (especialment síndrome confusional aguda). El perfil dels nostres pacients presenta una mortalitat no





# Congrés de la Societat Catalano-Balear de Medicina Interna

- XVII Edició -

despreiable i elevada necessitat de recursos terapèutics i assistencials (ingrés en unitat d'aguts i convalsència).

## CONCLUSIONES

La fractura de fèmur implica un repte per a l'internista per l'alta complexitat del pacient, la freqüència de les seves complicacions i el consum de recursos. La visió holística de l'internista permet un abordatge global del pacient complex atès en aquest tipus de serveis.

## V-7 CIRURGIA MAJOR ORTOPÈDICA PROGRAMADA, CAL L'INTERNISTA?

E. Llinàs Coronado, G. Ortiz Llauradó, F. Oblitas Béjar, D. Iglesias Sáenz,  
E. Garcia Restoy

*Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona)*

## OBJETIVOS

Valorar la necessitat de suport mèdic especialitzat en pacients sotmesos a cirurgia major ortopèdica electiva d'edat avançada i/o comorbiditat i/o polifarmàcia. Per a això vam estudiar les complicacions presentades durant l'ingrés i l'impacte de la nostra actuació. Paral·lelament, vàrem avaluar les possibilitats de millora en l'atenció d'aquests pacients.

## MATERIAL Y MÉTODOS

S'ha realitzat un estudi observacional, descriptiu i retrospectiu amb una mostra de 121 casos del servei de Traumatologia (COT), en els quals s'han realitzat artroplastia total de maluc (60) o de genoll (61), atesos per un equip de suport quirúrgic a l'Hospital de Terrassa entre novembre 2013 i agost 2016. Els pacients van ser visitats fins al moment de l'alta, canvi de servei, mort o estabilització clínica. S'han analitzat les variables procedents de la història clínica: edat, sexe, tipus d'intervenció, patologia de base, situació basal, tractament previ, complicacions relacionades amb la cirurgia, tractament durant l'ingrés i l'alta, estada mitjana, dies de seguiment i destí a l'alta. Per a això s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS 23.0. Les variables quantitatives es descriuen amb la mitjana i la seva desviació estàndard i les categòriques amb el nombre absolut o percentatge.

## RESULTADOS

L'edat mitjana dels pacients va ser de  $74.7 \pm 9.6$  anys i el 55% eren dones. Un 97.5% dels pacients tenia algun tipus de patologia de base entre les que destaquen HTA (81.1%), dislipèmia (58.2%), diabetis (21.3%) i patologia cardio-respiratòria (entre 10-20%). Un 41.3% tenien algun grau de dependència, la majoria lleu (29.8%). Un 50.8% de la mostra realitzava tractament amb 8 o més fàrmacs. Gairebé la totalitat de la mostra va presentar algun tipus de complicació (96.7%) sent l'anèmia la més freqüent (92.6%), i



## 4 i 5 de maig de 2017

### Casa de Convalescència. Barcelona

es van transfondre un 40.2% amb una hemoglobina pretransfusional mitjana de  $8.15 \pm 0.7$  g/dL. L'anèmia va ser valorada com simptomàtica en un 32% dels casos. En un terç es va detectar deteriorament de la funció renal. Com altres complicacions es van registrar la infecció intrahospitalària (19.7%) sent la de focus urinari la més freqüent (9%) i vàrem trobar un baix percentatge de complicacions cardio-respiratòries (<10%). L'estada mitjana va ser de  $8.7 \pm 5.2$  dies amb un seguiment pel nostre servei de  $6.2 \pm 5.1$  dies. La majoria dels pacients van retornar a domicili (80.3%), precisant ingrés en Unitat de Convalescència un 15.6% i va morir 1 pacient per isquèmia intestinal.

#### **DISCUSIÓN**

Els pacients atesos presenten freqüentment algun tipus de complicació però la majoria les podríem considerar com a menors i per tant, probablement, no subsidiàries de suport mèdic especialitzat. Les complicacions es relacionen principalment amb l'anemització després de la cirurgia. El llindar d'hemoglobina pretransfusional del nostre estudi, se situa per sobre del recomanat a les guies de pràctica clínica. Hi ha un percentatge de pacients (8-9% a la nostra sèrie) que es van transfondre tot i tenir una anèmia asimptomàtica. Pensem que aquest grup es podria beneficiar de mesures d'estalvi transfusional. Sorpren la baixa incidència de complicacions cardio- respiratòries rellevants donat el perfil clínic dels nostres pacients.

#### **CONCLUSIONES**

El nostre estudi qüestiona la necessitat de suport mèdic especialitzat en pacients considerats de risc postquirúrgic i sotmesos a cirurgia major ortopèdica programada, donat que les complicacions que presenten es poden considerar com a menors. Probablement els esforços hagin d'orientar-se en desenvolupar mesures d'estalvi transfusional.



Congrés de la  
Societat Catalano-Balear  
de Medicina Interna

- XVII Edició -



4 i 5 de maig de 2017  
Casa de Convalescència. Barcelona

Editado por: **S&H Medical Science Congress**  
C/Espronedada 27, Entreplanta. 28003, Madrid  
Tfno: 91 535 71 83 / Fax: 91 181 7616  
Email: [comunicaciones@shmedical.es](mailto:comunicaciones@shmedical.es) / [sh@shmedical.es](mailto:sh@shmedical.es)

© Reservado todos los derechos a la Sociedad Catalanoblear de Medicina Interna (SCBMI). Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

**ISBN: 978-84-697-3780-4**



S O C I E T A T  
C A T A L A N O B A E L A R  
DE  
M E D I C I N A I N T E R N A



**S&H**  
M E D I C A L  
S C I E N C E  
C O N G R E S S

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