

GALICIA CLÍNICA

Volumen 70
Número 4
Diciembre 2009



Yolanda Carbajales

Fundación Pedro Barrié de la Maza



PROGRAMA DIANA FUNDACIÓN BARRIÉ - USC

MEDICINA PERSONALIZADA

Programa de investigación en farmacogenética, liderado y desarrollado desde Galicia, y financiado íntegramente por la Fundación Pedro Barrié de la Maza con 1.300.000 euros

Desarrollo de la medicina personalizada en cuatro áreas de investigación:

- cáncer
- enfermedades neurológicas
- enfermedades psiquiátricas
- enfermedades cardiovasculares

Equipo interdisciplinar de más de 100 investigadores, facultativos, técnicos y becarios, dirigido por el Dr. Ángel Carracedo



AL SERVICIO DE GALICIA PARA EL MUNDO

Comité editorial

Melchor Álvarez de Mon
Emilio José Casariego Vales
Alfonso Castro Beiras
María de los Angeles Castro Iglesias
José Antonio Díaz Peromingo
Fernando Diz-Lois Martínez
Ovidio Fernández Álvarez
Ricardo Fernández Rodríguez
Carlos González Guitián
Mercedes Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Luis Gutiérrez-Moyano Zimmermann
Fernando Antonio de la Iglesia Martínez
Pedro Mardomingo Varela
Manuel Noya García
José Domingo Pereira Andrade
Roberto Pérez Álvarez
Albino Pérez Carnero
María del Pilar Rozas Lozano
Pascual Sesma Sánchez
Antonio Torre Carballada

Comité científico

Mercedes Bal Álvarez
Arturo Cabarcos Ortiz de Barrón
Elena Fernández Bouza
Manuel Fernández Muínelo
Javier de la Fuente Aguado
Juan Carlos García García
María José García Pais
Juan Antonio Garrido Sanjuán
Arturo González Quintela
José Masterrer Serra
Enrique Miguez Rey
Julio Montes Santiago
Francisco Luis Lado Lado
Victor Manuel López Mourinho
Vicente Lorenzo Zúñiga
Antonio Pose Reino
Isidro Rodríguez López
María Dolores Suárez Sambade

Junta Directiva de la SOGAMI

Fernando de la Iglesia (Presidente)
Julio Montes Santiago (Vicepresidente)
Susana Rivera García (Secretaría)
José Antonio Díaz Peromingo (Tesorero)
José Luis Díaz Díaz (Vocal Coruña)
Carmen Martínez Rey (Vocal Santiago)
Álvaro Fernández Rial (Vocal Ferrol)
M^a José García Pais (Vocal Lugo)
José López Castro (Vocal Ourense)
José María de Lis Muñoz (Vocal Pontevedra)
Martín Rubianes González (Vocal Vigo)
Antonio Eneriz Calvo (Vocal Hospital Comarcal de O Barco de Valdeorras)
Antonio Chamorro Fernández (Vocal Hospital Comarcal de Verín)
Hector Meijide Miguez (Vocal MIR)
Carlos Ulloa (Secretaría Técnica)

Fotografía portada: Yolanda Carbajales

Edita: SOGAMI
ISSN: 0304-4866
Depósito legal: C 3533-2008

www.galiciaclinica.info
ISSN: 1989-3922
www.meiga.info



EDITORIAL

4 La Medicina Interna en un Hospital Comarcal

Internal Medicine in a District Hospital
A. Enériz Calvo, A.J. Chamorro Fernández

ORIGINALES

7 Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica en la Comunidad Autónoma de Galicia

Epidemiology of alcohol withdrawal syndrome in Galicia Autonomic Community
R. B. Puerta Louro, R. Monte Secades, J. de la Fuente Aguado, A. González Quintela, F. J. Fernández Fernández, E. Otero Antón, C. Carballeira Roca

15 Ictus isquémico y enfermedad tromboembólica venosa sintomática en España. Análisis de las hospitalizaciones, costes asociados y diferencia con los ensayos clínicos

Ischemic stroke and symptomatic venous thromboembolism in Spain. Analysis of inpatients, economic burden and differences respect to clinical trials
J. Montes-Santiago, C. Fernández-Méndez, R. Guijarro-Merino, C. San Román-Terán, M. Monreal

21 Unidad de preingreso (UPI): análisis de los ingresos hospitalarios evitados en una unidad de nueva creación

Pre-admission unit (UPI): analysis of avoided hospital admissions in a new unit
P. J. Marcos, C. Díaz-Lagares, L. Ferreira, L. Bello, D. Llinares, M. Trigás

COMENTARIO CLÍNICO

27 ¿Cómo nos puede ayudar la bioética a mejorar la asistencia sanitaria a nuestros pacientes?

How can bioethics help us to improve the sanitary care of our patients?
E. Ameneiros-Lago, C. Carballada-Rico, J.A. Garrido-Sanjuán

29 Enfermedades Crónicas: un reto pendiente para el Sistema Nacional de Saúde

Chronic Diseases: a challenge for the National Health System
F. Rubial Bernárdez

REVISIÓN

33 Bibliosaúde: la biblioteca virtual del sistema sanitario público gallego

Bibliosaúde: the virtual library of the galician public health system
Grupo Técnico BiblioSaúde

CASO CLÍNICO

37 Espondilodiscitis por "Staphylococcus lugdunensis"

Spondylodiscitis caused by "Staphylococcus lugdunensis"
R. Fernández Rodríguez, I. Soto Iglesias, R. C. Gómez Fernández, M. Bustillo Casado, P. Prieto Casal, O. Fernández Álvarez

NOTICIAS SOGAMI

40 Convocatorias de la SOGAMI. Año 2010

41 XXVII Reunión ordinaria de la SOGAMI

IMÁGENES EN MEDICINA

42 Leiomioma uterino gigante

Giant uterine leiomyoma
L. Ferreira González, M. Trigás Ferrín

42 Normas de publicación

43 Índice de autores. Año 2009

La Medicina Interna en un Hospital Comarcal

Internal Medicine in a District Hospital

Antonio Enériz Calvo¹, Antonio J. Chamorro Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Valdeorras. Ourense. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Verín. Ourense.

Introducción

Cuando el director de la Revista nos encargó este editorial, nos dio la oportunidad de expresar nuestra opinión (basada en nuestra experiencia) sobre un tema muy concreto pero bastante variable, ya que no existe un prototipo de hospital comarcal, pues su desarrollo ha sido la mayor parte de las veces resultado de demandas sociales o incluso políticas y no de una planificación de la asistencia sanitaria.

No existe realmente una definición de lo que es un hospital comarcal, ni siquiera aproximada. A pesar de que el término comarcal tiene ciertas connotaciones rurales, una gran parte de estos hospitales está situada en zonas urbanas en la periferia de grandes ciudades¹. Estos hospitales de tamaño pequeño-medio tienen una mayor accesibilidad para los pacientes, tanto por su situación más próxima a su domicilio como por su dimensión más abarcable. Su práctica asistencial se caracteriza por una mayor facilidad de relación con otras especialidades afines y con los servicios centrales (anatomía patológica, radiología, etc.). Una práctica más amplia (menos compartimentada) de la especialidad ofrece a menudo una visión más completa de problemas clínicos interrelacionados. Por otro lado, la relación recíproca que fácilmente se establece con los médicos de asistencia primaria es altamente positiva.

Es probable que en hospitales de ámbito provincial o regional, el internista haya ido perdiendo terreno en favor de las “subespecialidades médicas” (término adecuado si nos ceñimos al origen de las mismas a partir de la Medicina Interna) y allí tenga una falta de ilusión por la especialidad o sufra cierta crisis de identidad. En el hospital comarcal creemos que esto no sucede así, pues aparte de las especialidades contempladas, el internista dispone de un amplio campo para desarrollar su labor tanto en variedad como en cantidad, así como de enriquecer y enriquecerse de conocimientos por el contacto diario con otros especialistas². Las características de ser hospita-

les pequeños con poblaciones también limitadas son unas circunstancias que han sido decisivas para que la Medicina Interna (MI) constituya la pieza fundamental de la asistencia médica.

El nacimiento y crecimiento de estos hospitales con pocas necesidades de “subespecialidades médicas” ha permitido la creación de servicios de MI, de una forma casi casual, sin planificarlo y ha permitido el desarrollo del internista a nivel asistencial, pudiendo realizar la extensa labor para la que está preparado por su amplia formación, mejor que en cualquier otro ámbito laboral. Parece como si, por fruto de la casualidad, la actividad del internista generalista se hubiese mantenido en el pasado, practicada en estos comarcas pequeños, convirtiéndonos en los guardianes de la MI original. Es como si estuviésemos en reductos alejados de la locura superespecialista y fragmentadora que persiste en nuestro sistema y que probablemente la realidad social y económica será la que propicie cambios, ya que no lo hace la razón.³

Desarrollo de los hospitales comarcales

Enero del 2002 fue la fecha tope para la cesión de las últimas transferencias en materia sanitaria realizadas desde el Estado al resto de las autonomías que no las tenían⁴. Debido entre otras cosas a este suceso, hemos asistido en nuestro país a una importante creación de hospitales comarcales, fundaciones sanitarias o empresas públicas sanitarias.

La diferencia entre estos hospitales es básicamente el tipo de administración y el convenio colectivo que rige en ellos. Los hospitales comarcales “clásicos” dependen directamente del servicio de salud y se rigen por el Estatuto Marco del empleado público (son personal “estatuario”). Sin embargo, las fundaciones o empresas públicas son dirigidas por patronatos, los cuales están conformados entre otros por los propios servicios de salud y consorcios de empresas (constructoras, seguros médicos privados...), atienden a una

“no existe un prototipo de hospital comarcal, pues su desarrollo ha sido la mayor parte de las veces resultado de demandas sociales o incluso políticas y no de una planificación de la asistencia sanitaria”

determinada área y se arrienda durante un periodo de tiempo. El convenio colectivo es de tipo “laboral”⁵.

En estos últimos años, los criterios utilizados para la construcción de estos hospitales comarcales han sido desde la descentralización asistencial de los grandes hospitales universitarios (por ej. Madrid, con la creación de hospitales en San Sebastián de los Reyes, Parla, Arganda, etc...) a la atención de determinados núcleos poblacionales (Valencia: Manises, Torreveja... Extremadura: Almendralejo, Talarrubias, Zafra... Castilla la Mancha: Almansa, Tomelloso, Manzanares...). Además, unas comunidades han seguido un modelo “clásico” de gestión (Extremadura, Castilla La Mancha, Cantabria), otras el modelo “fundacional” (Valencia, Andalucía...) y otras han adoptado los dos modelos a la hora de gestionar sus hospitales (Madrid). En todos estos hospitales, se ha partido siempre de un servicio de MI fuerte con jefatura de servicio y la contratación de otros especialistas del área médica para realización de pruebas o como consultores.

Sin embargo, a pesar de la elevada oferta de plazas de MI en estos hospitales; se ha constatado en ocasiones la dificultad para llenar las plantillas ya sea de forma interina (un ejemplo: de los 10 primeros trabajos ofertados entre noviembre y octubre del 2009 en la página web de la Sociedad Española de Medicina Interna, los 7 primeros corresponden a hospitales comarcales) o tras una oferta pública de empleo. Tanto es así, que se dan casos de renuncia a la plaza^{6,7} o llegar al extremo de quedar vacantes plazas en propiedad por no incorporarse a un hospital comarcal⁷.

Algo falla cuando hay compañeros que renuncian a su plaza en propiedad y prefieren seguir con sus contratos de guardias o interinidad en “su hospital”. Seguramente haya múltiples factores (familia, arraigo, promesas de mejoría, etc...) pero uno de ellos es sin duda, el desconocimiento de cómo funciona un hospital comarcal.

Áreas de actividad de la medicina interna en comarcales

Hospitalización

Incluye una serie de labores rutinarias, pero de gran trascendencia para el enfermo, ya que su situación supone una grave fractura en el discurrir normal de su vida personal y familiar. MI debe hacerse cargo de todos los pacientes del área médica hospitalizados para su diagnóstico y tratamiento. Se solicita, si se es preciso, colaboración a otros especialistas, si los hubiera. En caso de necesidad, si no se le pueden satisfacer la demanda que el enfermo requiera se trasladaría al centro de referencia.

Todas las modalidades alternativas a la hospitalización convencional (corta estancia, larga, domiciliaria) pueden realizarse de manera funcional. El Hospital de día es fundamental para la atención de urgencias⁸.

Además de sus propios pacientes el internista colabora con los servicios quirúrgicos en la supervisión de los enfermos crónicos que requieren cirugía, y en las complicaciones que surjan durante su ingreso. Lo ideal sería disponer de un internista que de forma habitual supervisase los enfermos quirúrgicos, que por su patología crónica o por la cirugía puedan sufrir alguna complicación.

Consultas Externas

El internista está capacitado para atender cualquier tipo de patología médica y podría aprovecharse mejor esta versatilidad haciendo de “filtro”, ya que se daría solución a la mayor parte de los casos consultados. Los casos muy específicos o de mayor complejidad diagnóstica o terapéutica serían los que habría que derivar a los especialistas específicos.

En la consulta externa es donde mejor se puede ver nuestro trabajo, pues es donde se atiende la patología más frecuente, que habitualmente es múltiple y que con el tiempo nos va haciendo expertos en ella⁹. El estudio de un enfermo que

sufre varias enfermedades y la aplicación del tratamiento correcto con un número cada vez mayor de fármacos es un reto para todos los profesionales, pero el internista es el único entrenado para hacerlo (por supuesto que también lo es el especialista de Atención Primaria).

En resumen, que aunque resulta evidente que el internista no puede resolver toda la demanda de atención especializada, sí que es, y probablemente será más en el futuro, el médico mejor cualificado para ayudar al paciente que se le ha puesto nombre hace muy poco y que no es otro que el “pluripatológico”; que por otra parte lo seremos todos en el futuro si tenemos la suerte de seguir vivos. Su atención por internistas no haría más que dar agilidad en sus consultas (con una sola consulta se evitarían varias), comodidad para el enfermo y menor consumo de recursos, que además de a los gestores, nos debe preocupar a todos¹⁰.

Relación con Atención Primaria

Los médicos de hospitales comarcales, y en concreto los internistas, nos damos cuenta que el pilar fundamental de la asistencia médica son los generalistas, sin ellos no podemos funcionar adecuadamente³. Con la llegada de los especialistas de Medicina Familiar a los centros de Salud tenemos la base para los cambios futuros. Asistimos atónitos al hecho insólito de que teniendo los médicos con mejor formación de toda la historia, nunca estuvo tan desprestigiada la figura del médico de cabecera como ahora. Uno de los factores que más ha contribuido a ello, ha sido el exagerado “consumo” de consultas al “especialista” en abstracto que parecía ser la solución a todos los problemas. Resulta que en Atención Primaria está el especialista de Medicina Familiar y parece que nadie se ha dado cuenta.

El internista es el “generalista del hospital” y es por lo tanto su colaborador natural a nivel hospitalario. La coordinación entre ambos es necesaria para hacer más eficiente nuestro trabajo. Debemos colaborar para mejorar los dos principales problemas de funcionamiento que tenemos y que son: la demora en consultas (no podemos permitir que haya enfermos sin diagnosticar porque no se han consultado), y la demora en la realización de pruebas, que asimismo retrasa el diagnóstico. En los últimos años han surgido nuevos modelos de consulta externa para paliar estos defectos (consultas de alta resolución, consultas monográficas, consultas-filtro), todo sirve si se hace bien. Nos parece interesante la consolidación de la figura del internista consultor de Primaria, que todavía está por desarrollar, pero que por nuestra

experiencia vamos a exponer algunas actividades que pueden desarrollarse:

- Conexión telefónica directa, abierta durante el horario laboral, accesible que permita un contacto directo entre el médico de primaria y el internista.
- Visitas periódicas del internista a los centros de salud para comentar los casos prácticos de sus propios pacientes.
- Rotaciones programadas y reconocidas como formación continuada de los médicos de cabecera por el hospital (fundamentalmente por consultas).
- Abrir el hospital a los médicos de primaria: sesiones clínicas, participación en comisiones conjuntas, actividades docentes, etc.
- Elaboración conjunta de atención a crónicos y protocolos de seguimiento por procesos conjuntamente que complementen el trabajo de ambos.
- Consideramos poco acertada la iniciativa de realizar consultas especializadas o monográficas en los centros de Salud por especialistas hospitalarios, ya que nos parece un incremento de una oferta ante una demanda desmesurada que no hace más que incrementar lo que debemos reducir. El médico del paciente es el especialista de Primaria (no es un repartidor de “volantes” para los especialistas del hospital), y el resto tenemos que colaborar en lo que nos solicite.

Cuidados especiales

En alguno de nuestros pequeños comarcales tenemos unas unidades con dotación razonable para la Reanimación de los pacientes quirúrgicos y para pacientes con enfermedades “médicas” especiales bien por su complejidad, gravedad o que precisan una estabilidad hemodinámica antes de un traslado largo.

Estas unidades son atendidas por los especialistas que ingresan en ellas a sus pacientes graves, llevando el mayor peso el internista. Tienen personal de enfermería experto y dotación tecnológica adecuada a su función. Creemos que debe existir en todos los comarcales que no dispongan de UCI, pues es útil para ayudar a muchos enfermos y sacarnos de muchos apuros a los médicos

Urgencias

En algunos hospitales comarcales, uno de los puntos más importantes de la relación con la Urgencia es que, aparte de que es el internista el que decide el ingreso, también puede derivarlo a su agenda “personalizada” de consultas para

estudio o seguimiento, tras el alta de urgencias. Además y quizá el punto más fuerte es que el internista que decide el ingreso es también el responsable de su seguimiento hasta el alta. Esto conlleva al menos un día menos de estancia (las pruebas se solicitan el mismo día del ingreso y no al día siguiente como ocurre en la mayoría de los hospitales generales). También hace que el facultativo se implique mucho más en el seguimiento del paciente al conocerlo y hacerle la historia desde el inicio.

Investigación, docencia y formación continuada

Uno de los problemas más comunes que tenemos los internistas en los hospitales comarcales es el cierto nivel de "aislamiento" en lo referente a la investigación y más si cabe en la básica. Esto se debe entre otros motivos, a la escasa relación que existe entre la Universidad y los centros comarcales, en general, más periféricos que los grandes hospitales. Por otra parte es importante tener en cuenta que tanto la docencia como la discencia es más bien escasa, teniendo en cuenta que pocos son los comarcales que tienen acreditada la docencia para tener residentes "propios" por su menor número de camas y otros requisitos exigidos. Sin embargo, en el último plan de formación de residentes, se aconseja la rotación optativa por hospitales comarcales, durante el 4º o 5º año de residencia. Además, la formación continuada queda reducida a los congresos y reuniones propios de la especialidad así como a las sesiones propias del hospital. Debido quizá a un menor apoyo de la industria farmacéutica, tanto la misma asistencia a estos congresos como a otros cursos de actualización, es probablemente algo menor de la ofrecida a otros compañeros de hospitales mayores.

Relación asistencial con el entorno social

Tanto en los Cuidados Paliativos como en la Hospitalización a Domicilio el internista debe hacerse cargo de ellas o colaborar por sus conocimientos y versatilidad. Tenemos un problema pendiente que se va a incrementar en un futuro inmediato y es el colapso (por nuestra escasez de camas) que nos van a provocar los ancianos de las residencias de la 3ª edad, cada vez más numerosos y con más patología. Se necesitan ideas imaginativas, tratando de atender a estos pacientes dignamente sin que lleguen a inutilizar nuestra oferta de camas⁸. En Valdeorras tuvimos una experiencia (habilitando unas camas en una residencia de ancianos) para enfermos con hospitalización prolongada, atendidas por un internista. Después de unos años dejó de funcionar por motivos económicos, por conflictos de intereses al depender el presu-

puesto de más de una consellería y la insignificancia que representa un comarcal en las prioridades sanitarias. Seguro que no tardaremos mucho en tener que retomar alguna iniciativa similar.

Función administrativa y control de calidad

Colaborando en la mejora de la gestión, sin olvidar nunca que nuestro objetivo principal no es la rentabilidad económica, sino la calidad: ofrecer a cada paciente los servicios más adecuados para poder recibir una atención óptima.

Conclusiones

La tendencia actual de la administración sanitaria es convocar oposiciones y concursos de traslados de forma periódica. La MI en los hospitales comarcales, es aún muy potente con una importante presencia de internistas y escasa de otras "subespecialidades médicas". Por tanto, en fechas próximas, probablemente se oferten un mayor porcentaje de plazas en estos hospitales, ya sean en las mismas oposiciones o mediante contratos temporales. Las condiciones laborales del personal temporal, suelen ser mejores que en los "grandes hospitales" pues se suele "mimar" algo más a los facultativos en los comarcales. Es importante, por tanto, dar a conocer el funcionamiento de Servicios de MI, que como se ha explicado hasta ahora, puede que sean uno de los "últimos reductos" de la MI "generalista" con un futuro y desarrollo que más que esperanzador, es una realidad.

Bibliografía

1. Barbeta Sanchez E. La neumología en el hospital comarcal. Arch bronconeumol. 2002;38(12):512-3.
2. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la Sanidad. Med Clin (Barc). 1993;100:587-90.
3. Alcalá Pedrajas J. N., Rodríguez Muñoz L. Reflexiones sobre la Medicina Interna. An Med Interna. 2001;18(7):399-400.
4. Consejo editorial Medifam. Las últimas transferencias sanitarias del INSALUD. Una valoración de urgencia. Medifam. 2002;12(5):311-3.
5. Ruíz Hervella V. La situación laboral en las Fundaciones Sanitarias en Galicia. Cad Aten Primaria. 2004;11:35-8.
6. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. In: Consejería de Sanidad., editor. Boletín Oficial de Castilla y León; 2009. p. 33378-9.
7. Dirección General de Recursos Humanos. In: Consejería de Sanidad. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). editor.: Diario Oficial de Castilla La Mancha.; 2008. p. 31456-8.
8. García Ordoñez M. A, Moya Benedicto R, Villar Jiménez J, Sánchez Lora F. J. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. An Med Interna. 2007;24(12):612-3.
9. Menéndez Caro J. L. Análisis de las fases asistenciales de los pacientes atendidos en consultas por un internista en un hospital comarcal (1992-2004). Rev Clin Esp. 2006;206(9):438-41.
10. Zambrana García J. L., Velasco Malagón M. J., Díez García F., Cruz Caparrós G., Martín Escalante M. D., Adarraga Cansino M. D. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2005;205(9):413-7.

Área restringida a socios

Login

Contraseña

entrar

Recordar código

■ NOTICIAS Y GESTIÓN DE LA SOCIEDAD

- ▶ Información sobre la sociedad
- ▶ Reuniones Ordinarias
- ▶ Cursos y Actividades
- ▶ Editoriales y artículos
- ▶ Grupos de trabajo
- ▶ Ofertas de empleo

■ INFORMACIÓN EN LA RED

- ▶ Guías Clínicas
- ▶ Revistas Médicas
- ▶ Libros
- ▶ Documentos en Medicina Interna

■ MATERIAL DE CONSULTA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

- ▶ Calculadoras de consulta médica
- ▶ Docencia
- ▶ Material de Consulta
- ▶ Medicina Basada en la Evidencia
- ▶ Herramientas en Investigación

■ ENLACES

- ▶ Diarios Médicos
- ▶ Hospitales gallegos
- ▶ Listas y Foros
- ▶ Sociedades médicas
- ▶ Instituciones y organismos
- ▶ Otros



Nuevo

■ BANCO DE PREGUNTAS EN MEDICINA INTERNA

[acceso contenidos](#)

■ HABLANDO EL MISMO IDIOMA

Escalas en Medicina Interna

[acceso contenidos](#)

■ PREGUNTAS CLÍNICAS Y EVIDENCIAS EN M.INTERNA

Escalas en Medicina Interna

[acceso contenidos](#)

■ GUÍAS DE LA SOGAMI

- ▶ Indicaciones y valoración de la MAPA
- ▶ Guías previas

Nuevo

■ CASO DEL MES: DICIEMBRE



[Casos anteriores](#)

■ REVISIONES CLÍNICAS

- ▶ Hipotiroidismo Subclínico. ¿Controversia o consenso?
- ▶ [índice revisiones](#)

■ COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

- ▶ Anticoagulación de la fibrilación auricular en el paciente anciano

[Comentarios anteriores](#)



GALICIA CLÍNICA

XXV ANIVERSARIO SOGAMI

La Medicina Interna como modelo de práctica clínica



■ UN RINCÓN PARA LA HISTORIA



O'KEEFFE, LEMPICKA, KAHLO:
las dolencias y pasiones de tres grandes artistas.



PubMed

la cochrane library
plus en español

Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica en la Comunidad Autónoma de Galicia

Epidemiology of alcohol withdrawal syndrome in Galicia Autonomic Community

Rubén Baldomero Puerta Louro¹, Rafael Monte Secades², Javier de la Fuente Aguado¹, Arturo González Quintela³, Francisco Javier Fernández Fernández¹, Esteban Otero Antón³, Consuelo Carballeira Roca⁴

¹Servicio de Medicina Interna. POVISA hospital. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. ⁴Xefe de Servicio de Codificación. Subdirección Xeral da Análise, Avaliación Asistencial e Atención ao Paciente. Secretaría Xeral de Información e Servizos Tecnolóxicos.

Resumen

Definimos Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) a la aparición de sintomatología relacionada con la disminución o interrupción de consumo de alcohol, que incluyen síntomas como cefalea, sudoración, temblor, insomnio, nerviosismo, náuseas, vómitos, alucinaciones auditivas y visuales, o convulsiones; evolucionando algunos a Delirium Tremens.

Objetivo: Conocer la prevalencia y características epidemiológicas del SAA en Galicia; Comunidad Autónoma española con alta prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas en la que la aparición de sintomatología relacionada con abstinencia alcohólica debe, por lo tanto, ser frecuente.

Material y métodos: Se estudiaron las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) desde 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 2008. Los datos fueron facilitados de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de altas hospitalarias de los hospitales de agudos del Sergas y de Povisa. Recogimos los datos referentes a edad, sexo, estancia media, servicio de ingreso, estancias en diferentes servicios y la evolución.

Resultados: Se identificaron 7990 casos en (6452 pacientes), un 78% AA y un 22% DAA con una estancia media 13,7 días (DE: 14,8). La edad media fue de 52 años (DE 13), 85% varones. La AA o DAA fueron el diagnóstico principal de ingreso hospitalario en el 45% de los casos, y estuvieron presentes en el 73% de las altas cuando consideramos los 3 primeros diagnósticos. El 55% de los pacientes ingresaron inicialmente en el servicio de Medicina Interna (55%), y un 24% precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad fue del 4,6%. El SAA supuso el 0,27% de los ingresos en estos años en el global de los Servicios Hospitalarios, tanto médicos como quirúrgicos. Considerando el servicio de Medicina Interna, dicho porcentaje se elevó al 0,95%. En los años 2007-2008 descendió el número de casos tanto en Medicina Interna (0,76%) como en el resto de los Servicios Hospitalarios (0,24%).

Conclusiones: El SAA tiene una prevalencia relativamente elevada en nuestra comunidad y una mortalidad destacable. Los servicios de Medicina Interna son los más frecuentemente implicados en su atención.

Palabras clave: Alcoholismo. Abstinencia. Epidemiología.

Abstract

We define alcohol withdrawal syndrome (AWS) as a group of symptoms that may occur after decrease or suddenly stopping the alcohol intake, including headache, sweating, tremor, insomnia, nervousness, nausea, vomiting, visual and auditive hallucinations, or convulsions. Some patients evolve to delirium tremens.

Objective: To determine the prevalence and epidemiologic characteristics of AWS in Galicia (Spain), an autonomic community with high prevalence of risk drinkers, where the apparition of alcohol withdrawal symptoms might be frequent.

Patients and methods: We have performed a retrospective analysis of the hospital in Galicia Hospitals with the diagnosis of Alcohol Withdrawal (AW) or Delirium Tremens (DT) from 1 January 1996 to 31 December 2008. Data were provided by the computerized administrative database of the hospitals of Sergas and Povisa. Data were collected regarding age, gender, mean stay, admission department, length of stay and clinical course.

Results: We identified 7990 cases in 6452 patients, 78% AW and 22% DT, with mean stay of 13,7 days (SD: 14,8). Mean age was 52 years old (SD: 13), 85% male. AW or DT were the main diagnosis in 45% of discharges, and in 73% of cases it was into the three main diagnoses. 55% of patients were admitted to Internal Medicine departments and 24% to Critical Care Units. Mortality was 4,6%. AWS was present in 0,27% of all admissions to medical and surgical Hospital-Services. Considering Internal Medicine departments, AWS was present in 0,95% of all discharges. During the period 2007-2008, cases of AW have decreased both in Internal Medicine (0,76%) and other Hospital-Services (0,24%).

Conclusions: The prevalence of AWS in our community is relatively high and its mortality is significant. Internal Medicine services are most frequently involved in its management.

Key words: Alcoholism. Alcohol Withdrawal. Epidemiology.

Introducción

El alcoholismo es un problema de salud frecuente. La población gallega tiene un mayor consumo y frecuencia de bebedores de alcohol frente a otras comunidades, situándose como la cuarta comunidad detrás de Navarra, Comunidad Valenciana y País Vasco¹, siendo la edad, profesión de labrador y bajo estatus socioeconómico factores personales y sociales asociados a mayor consumo².

Hasta más del 71% de los pacientes que se desintoxican manifiestan la aparición de sintomatología relacionada con

la disminución o interrupción de consumo de alcohol³, y que definimos como SAA. Los episodios de Delirium Tremens en el ámbito hospitalario no pasan desapercibidos y suponen un motivo de atención y preocupación, pudiendo tanto incrementar como disminuir la impresión del impacto que el SAA puede tener en nuestros hospitales.

Teniendo en cuenta que en Galicia existe mayor prevalencia de consumidores, la importancia del SAA en nuestros hospitales pudiera ser mayor. Encontramos prevalencias en los servicios de Medicina Interna desde el 2,44% en la década

de los 80⁴ hasta un 4,38% actual⁵. Más recientemente se han descrito las manifestaciones y curso clínico hospitalario del síndrome de abstinencia alcohólica en nuestro medio, aunque sin describir su prevalencia⁶. En todo caso, no se evaluó el impacto que supone el síndrome de abstinencia alcohólica en nuestra Comunidad de forma global, en el ámbito hospitalario.

Material y métodos

Se estudiaron las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) (CIE 291.81 y 291.0) desde 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 2008. Los datos fueron extraídos de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de altas hospitalarias de los hospitales de agudos del Sergas y de Povisa. Recogimos los datos referentes a edad, sexo, estancia media, servicio de ingreso, estancias en diferentes servicios y la evolución.

Figura 1: diagnóstico AA-DAA por año

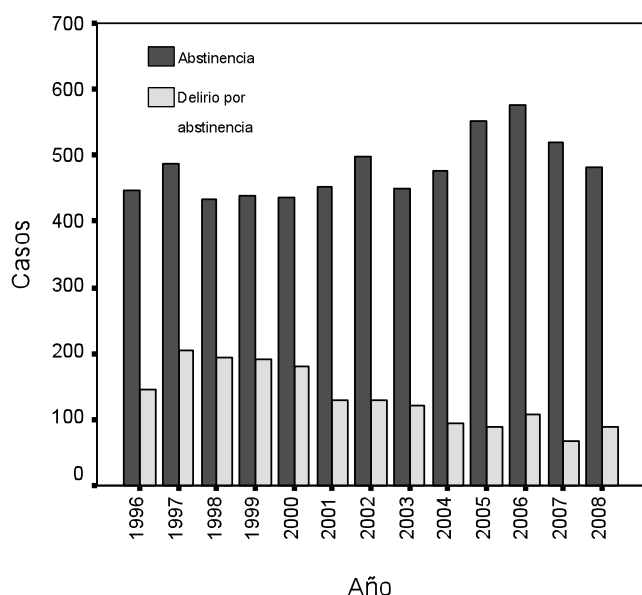
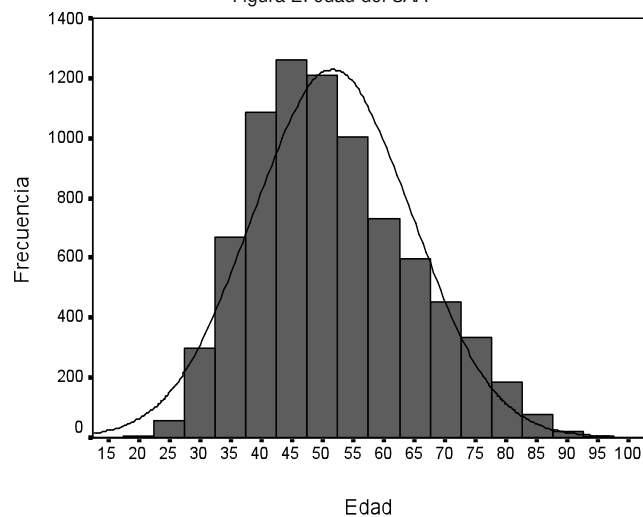


Figura 2: edad del SAA



Resultados

Se identificaron 7990 casos (6452 pacientes), un 78% AA y un 22% DAA (observándose una tendencia a la disminución de los casos de DAA en los últimos años (figura 1). La edad media de los pacientes fue de 52 años (50 años en año 1996 y 54,6 años en año 2007), y el 85% eran varones, manteniéndose la misma proporción de AA y DAA en ambos sexos. La estancia media fue 13,7 días (12,9 días en el año 2000 y 15,12 días en el año 2008).

Cuando analizamos los rangos de edad observamos que el 9% pertenecen al rango 15-35 años, 56% al 35-55 años, 30% 55-75 años, 7% 75-85 años y 1,5% 85-95 años; lo que supone que un 86% de los SAA se encuentran en el rango de edad 35-75 años (Figura 2).

La AA o DAA son el diagnóstico principal de ingreso hospitalario en el 45% de los casos, alcanzando un 73% cuando consideramos los 3 primeros diagnósticos. Otros diagnósticos prevalentes en estos enfermos fueron: epilepsia y otras convulsiones 4,5%, neumonía 4%, fractura 3,75%, cirrosis hepática alcohólica 3,25%, pancreatitis aguda 2,8%, hemorragia digestiva 2,5%, bronquitis crónica 2%, hepatitis alcohólica 2%, otras lesiones hepáticas alcohólicas 1,6%, neoplasia 1,6%. Éstos y otros diagnósticos se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Diagnósticos Prevalentes del SAA

DIAGNÓSTICO	%
Epilepsia y otras convulsiones	4,5%
Neumonía	4%
Fractura	3,75%
Cirrosis hepática alcohólica	3,25%
Pancreatitis aguda	2,80%
Hemorragia digestiva	2,50%
Bronquitis crónica	2%
Hepatitis alcohólica	2%
Otras lesiones hepáticas alcohólicas	1,60%
Neoplasia	1,60%
Trombosis cerebral	1,30%
Hemorragia cerebral	1,20%
Hemorragia intracraneal	1,15%
Infarto agudo de Miocardio	1%
Conmoción-contusión	0,90%
Fracaso respiratorio	0,80%
Anemia	0,40%
Infección Respiratoria	0,15%

EN EL TRATAMIENTO DE LA HTA,

guíe a sus pacientes hacia un nuevo destino



DESTINO



capenon[®]40

olmesartán medoxomilo 40mg / amlodipino besilato 5 y 10mg

CONTROL CON CONTROL⁽¹⁾

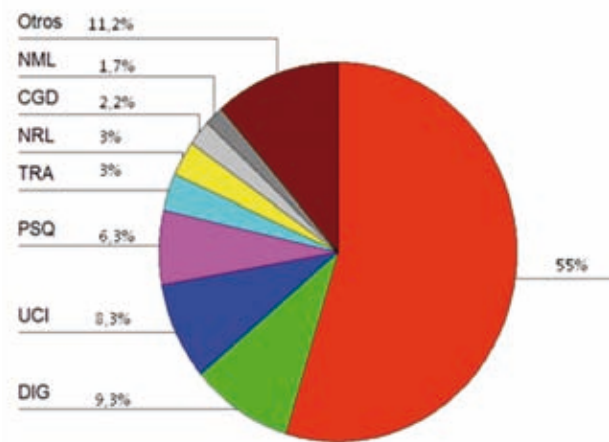
DEL PACIENTE HIPERTENSO

EN EL DESCENSO DE LA PA

Más de la mitad de los casos ingresaron en un Servicio de Medicina Interna. Los siguientes en orden de frecuencia fueron Digestivo 9,3% y Unidades de Cuidados Intensivos 8,3%. Éstos y el resto de frecuencias de los diferentes servicios de ingreso se muestran en la figura 3.

Figura 3: servicio de ingreso del SAA

Servicios de Ingreso del SAA: MI, Medicina Interna; DIG, Digestivo; UCI, Unidad de Cuidados intensivos; PSQ, Psiquiatría; TRA, Traumatología; NRL, Neurología; CGD, Cirugía General y Digestivo; NML, Neumología.

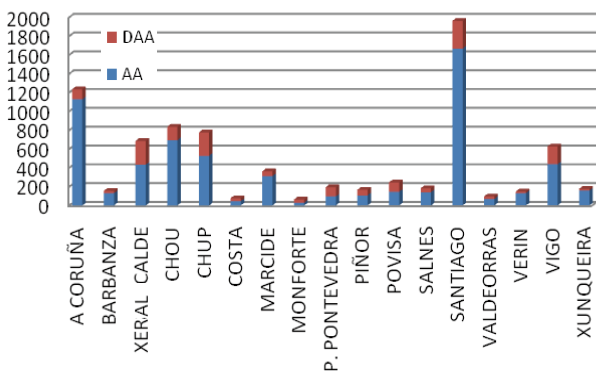


A lo largo de su estancia hospitalaria ingresa en Medicina Interna el 68% y en Unidades de Cuidados Intensivos un 24%. La estancia media fue diferente según el Servicio en el que ingresa el paciente oscilando desde 11,23 días (DS 11,8) del servicio de Medicina Interna a 22,8 días en Traumatología, Neurología 12,5 días, Digestivo 13 días, Neumología 17 días, Cirugía General y Digestivo 18 días, y en Unidades de Cuidados Intensivos 21,4 días.

La evolución fue buena en la mayor parte de los casos con una mortalidad de 4,6% (rango 3,2% 2006 y 5,6% 2002). El SAA supone un 0,27% de los ingresos en estos años en el global de los Servicios Hospitalarios, tanto médicos como quirúrgicos. Cuando el servicio evaluado es Medicina Interna, esta cifra se incrementa hasta un 0,95% del total de las altas.

Existen diferencias entre los diferentes Hospitales de Galicia en el número de casos, desde los 63 casos de Monforte hasta los 1959 casos de Santiago, así como en la proporción

Figura 4: número de casos y AA-DAA por hospital



de DAA, desde el 1% del Hospital del Salnés y Virxen da Xunqueira al 7% del Hospital POVISA (figura 4). La mortalidad oscila entre el 1% del Hospital del Salnés y 6,5% del Hospital POVISA (figura 5), mientras que la estancia media varía desde los 7,6 días del Hospital Virxen da Xunqueira (Cee) hasta los 15,7 días del Hospital Xeral-Calde (figura 6).

Figura 5: mortalidad por hospital

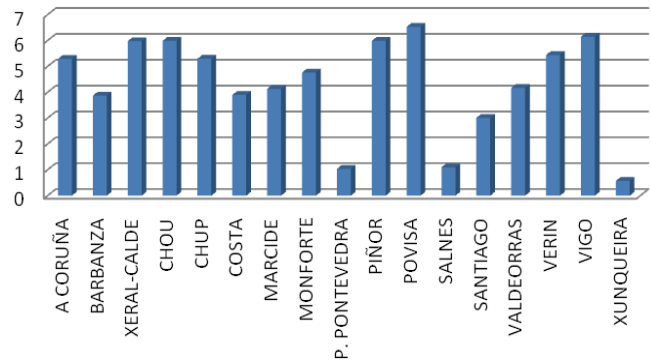
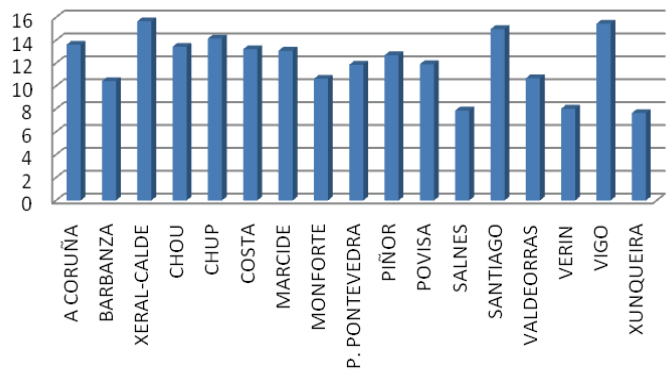


Figura 6: estancia media por hospital (días)



Discusión

Este estudio muestra que el impacto del síndrome de abstinencia alcohólica en el ámbito hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma es elevado, y que los servicios de Medicina Interna son la referencia en su tratamiento. Dos de cada 3 enfermos con AA o DAA son atendidos por internistas durante su ingreso hospitalario. Estas preferencias se deben probablemente a una amplia experiencia en el reconocimiento de sus manifestaciones y clínicas y en el manejo de sus complicaciones. Sin embargo, se observa una frecuencia elevada de traslados a Servicios de Medicina Intensiva (24%), lo que puede interpretarse de varias formas. De un lado cerca de un 10% de los enfermos ingresan directamente en dichas unidades, con cuadros evidentemente evolucionados, lo que podría indicar una tendencia a presentar cuadros graves en nuestros enfermos, que habría que evaluar de forma prospectiva. Por otra parte la ausencia de protocolos estandarizados de reconocimiento del abuso del alcohol en el ámbito hospitalario y de tratamiento de la AA-DAA en muchos de nuestros hospitales puede propiciar un control deficiente de los síntomas de la abstinencia, que



Indicado en
SERETIDE[®] EPOC[®]
Disfruta la vida

Única combinación fija
aprobada para pacientes con
EPOC **moderada/grave***

Ayude a sus pacientes a sentirse mejor todos los días, semanas, meses, años...

Las últimas evidencias demuestran que Seretide mejora y mantiene la calidad de vida a largo plazo^{1,2}.
Ayude a sus pacientes a sentirse mejor durante más tiempo vs control^{1,2}.



www.centrodeinformación-gsk.com

902 202 700
es-ci@gsk.com



GlaxoSmithKline

* Tratamiento sintomático de pacientes con EPOC, con un VEMS < 60% del normal (pre-broncodilatador) y un historial de exacerbaciones repetidas, que continúan presentando síntomas significativos a pesar del uso regular de una terapia broncodilatadora.

Combinación fija: de β_2 de larga duración y corticoide inhalados según fichas técnicas a 31 de enero de 2008.

aumente el porcentaje de traslados a Unidades de Críticos. Se encontraron diferencias entre los distintos hospitales tanto en el número de casos, proporción de DAA, estancia media y mortalidad. Aunque es posible que en algunos casos estas diferencias traduzcan diferencias epidemiológicas entre las diferentes zonas en relación al porcentaje de bebedores excesivos, posiblemente también son reflejo del empleo de diferentes protocolos de tratamiento y vigilancia entre hospitales. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que los hospitales comarcales suelen derivar a aquellos pacientes más graves a sus centros de referencia.

Hasta el año 2005 la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en España y en Galicia se mantenía estable, pero a partir de dicho año puede haber comenzado a descender como queda recogido en el Informe de la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2007/08¹. A pesar de ello un 10,2% de la población lo consume a diario. Este consumo está más extendido en los varones, hasta un cociente de varones/mujer de 3,2 para la prevalencia de consumo diario en el último mes. Es también más prevalente el consumo diario en el rango de edad 35-65 frente a 15-34 (14,5% vs 4%)¹. Estas características de consumo se reflejan en los resultados de nuestro estudio respecto a las características del AA-DAA, en cuanto a predominio de varones y grupos de edad. Asimismo, parece observarse una tendencia a la disminución del número de casos con DAA en los últimos años, que podría estar en relación con la disminución del consumo registrada en dichas encuestas epidemiológicas.

Se considera consumo de riesgo como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico; mientras consumo perjudicial o dañino sería aquel patrón de consumo que causa daño a la salud, físico o mental⁷. La prevalencia de bebedores excesivos ingresados en hospitales españoles es del 10%-12% en unidades de Medicina Interna^{8,9} y 12,8% en Cirugía General¹⁰, menores que los años 80 que alcanzaban 20-30%. Estos pacientes presentan mayor mortalidad y mayor probabilidad de traslado a unidades de cuidados intensivos¹⁰. Es necesario

establecer protocolos de reconocimiento de enfermos con consumos de riesgo de alcohol en nuestros hospitales, con el fin de establecer su diagnóstico y tratamiento, así como poner en marcha los mecanismos necesarios para evitar el desarrollo de AA-DAA. Por otra parte, y vista la heterogeneidad observada en los datos por hospitales, sería deseable la adopción de protocolos estandarizados de manejo de esta patología¹¹.

Agradecimientos

Al grupo de trabajo de "Problemas relacionados con el alcohol" de la SOGAMI.

Bibliografía

- Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES) 2007/08. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-Lopez A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002; 37(14): 1957-76
- Asplund CA, Aaronson JW, Aaronson HE. Regimens for alcohol withdrawal and detoxification. *J Fam Pract.* 2004 Jul; 53(7): 545-54.
- Gippini Pérez A, Rodríguez Lopez I, Torre Carballeda A, Tomé y Martínez de Rituerto S, Barrio Gómez E. Alcohol withdrawal syndrome at the internal medicine department of a general hospital; epidemiology and hospital costs. *An Med Interna.* 1990 Apr; 7(4): 171-3.
- Puerta Louro R, Otero Antón E, Lorenzo Zúñiga V. Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica: mortalidad y factores de mal pronóstico. *An Med Interna (Madrid).* 2006; 23: 307-9.
- Monte Secades R, Casariego Vales E, Pértega Díaz S, Rabuñal Reya R, Peña Zemsch M, Pita Fernández S. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. *Rev Clin Esp.* 2008; 208(10): 506-12.
- Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica* 2008; 69(1): 29-44
- Jarque-López A., González-Reimers E., Rodríguez-Moreno F, Santolaria-Fernández F, López-Lirola A., Ros-Vilamajo R., Espinosa-Villarreal J.G, Martínez-Riera A. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol Alcohol* 2001 Jul-Aug; 36(4): 335-8.
- Rosón Hernández B., Monte Secades R., Gamallo Theodosio R., Puerta Louro R., Zapatero Gaviria A., Puerta Encinas I., Fernandez Solà J., Laso Guzman J. En representación del Grupo de estudio ASMI. Grupo de Estudio de Alcohol y Alcoholismo de la FEMI Estudio ASMI. Prevalencia y registro del consumo perjudicial de alcohol en Hospitales Españoles. Poster del XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Delgado-Rodríguez M., Gómez-Ortega A., Mariscal-Ortiz M., Palma-Pérez S., Sillero-Arenas M. Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study. *Addiction* 2003 May;98(5):611-6.
- Monte Secades R, Otero Antón E, González Quintela A. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 10, Nº. 10, 2008 (Enfermedades del aparato digestivo (X): enfermedades hepáticas, hepatopatías por tóxicos): pags. 678-681.

Ictus isquémico y enfermedad tromboembólica venosa sintomática en España. Análisis de las hospitalizaciones, costes asociados y diferencia con los ensayos clínicos

Ischemic stroke and symptomatic venous thromboembolism in Spain. Analysis of inpatients, economic burden and differences respect to clinical trials

Julio Montes-Santiago^{1*}, Catalina Fernández-Méndez¹, Ricardo Guijarro-Merino², Carlos San Román-Terán³, Manuel Monreal⁴

¹Servicio de Medicina Interna (MI). Complejo Hospitalario Universitario-Meixoeiro, Vigo. ²Servicio de MI. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga. Grupo de Trabajo de Eficiencia de los Servicios de MI de la Sociedad Andaluza de MI (SADEMI). ³Servicio de MI. Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga. Grupo de Trabajo de Eficiencia de los Servicios de MI de SADEMI. ⁴Servicio de MI. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Objetivo. Analizar las características y costes económicos de pacientes hospitalizados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con ictus isquémico que presentaron una Enfermedad Tromboembólica Venosa sintomática (ETVs). Se comparó también dicha población con la incluida en el estudio PREVAIL. **Sujetos y Método.** Comparamos las características de los pacientes del SNS con ictus isquémico/ETVs+ con la de aquellos ictus/ETVs-. Para ello se estudiaron los pacientes >18 años incluidos en el Grupo Relacionado de Diagnóstico (GDR)14 (Trastorno Cerebrovascular Específico excluyendo Accidente Isquémico Transitorio) con un diagnóstico secundario de ETVs [Categoría diagnóstica 415.x (Embolismo pulmonar) o 451.x o 453.x (Trombosis venosa profunda)]. Se determinaron el exceso de estancias en los ictus/ETVs+ y sus costes según los estándares del SNS (2003). **Resultados.** Se obtuvieron 171 pacientes con ictus/ETVs+ y 33953 con ictus/ETVs-. Los ictus/ETVs+ eran de mayor edad, en mayor proporción mujeres y con una prolongación de estancia media de 6,8 días [ictus/ETVs+: 17,5 (IC95%:5,2-19,8); ictus/ETVs-: 10,7 (IC95%: 10,6-10,8)]. No existieron diferencias en mortalidad. Hubo 1433 estancias en exceso en ictus/ETVs+ con unos costes mínimos asociados de 443799 € (0,4% adicional al coste global del GDR14). La población del SNS presentó mayor edad y mortalidad que la del estudio PREVAIL.

Conclusiones. Los pacientes con ictus/ETVs+ muestran mayor morbilidad traducida en alargamiento de las estancias y coste adicional anual cercano a 0,5 millones de euros. Presentan mayor edad y mortalidad que los ensayos clínicos que reclutan poblaciones similares. Es posible que medidas eficaces de tromboprolifaxis puedan minimizar tales complicaciones.

Palabras claves: Costes. Ictus isquémico. Profilaxis. Tromboembolismo venoso.

Abstract

Aim. To analyze the characteristics and economic burden of the patients with ischaemic stroke and symptomatic venous thromboembolism (sVTE+) at the National Health System (NHS). We also compared NHS patients with those included in PREVAIL study. **Subjects and methods.** Patients 18 years older with ischemic stroke/sVTE + and sVTE - were compared. These patients are included in the Diagnostic Related Group (GDR)14 (Specific Cerebrovascular Disorder excluding transient ischemic attack) with a secondary diagnosis of sVTE [Diagnostic Category 415.x (Pulmonary Embolism) or 451.x and 453.x (Deep Vein Thrombosis)]. It was determined the hospital stays in excess and costs in patients with stroke/sVTE+ (2003 NHS standards). **Results.** There were 171 patients with stroke/sVTE+ and 33953 with stroke/sVTE-. Patients with stroke/sVTE+ were older, women in higher proportion, with an increment of 6.8 days in mean stay [stroke/sVTE+: 17.5 (CI95%:15.2-19.8); stroke/sVTE-: 10.7 (CI95%: 10.6-10.8)]. Mortality was similar. There were 1433 stays in excess for stroke/sVTE+ with associated costs of 443799 € (0.4% additional costs to the GDR14 overall budget). The SNS population was older and with greater mortality than patients of PREVAIL study.

Conclusions. Patients with stroke/sVTE+ have greater morbidity with longer stays and additional costs (nearly to 0.5 million euros/year). They are older and have increased mortality in comparison with clinical trials. Effective measures of thromboprophylaxis could minimize such complications.

Key words: Costs. Ischemic stroke. Prophylaxis. Venous thromboembolism.

Introducción

Cada año son hospitalizados en España cerca de 2 millones de pacientes en riesgo para desarrollar una enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Unos 700.000 ingresan por procesos médicos y de ellos 50500 se debe a un accidente cerebrovascular agudo (ACVA)¹. Los últimos constituyen un grupo de especial riesgo para desarrollar ETV, de tal forma que la presencia de hemiplejía aumenta 3-5 veces la posibilidad de presentarla^{2,3}. Sin ninguna profilaxis, el 75% de los pacientes con hemiplejía desarrollarán ETV y un 20% embolismo pulmonar (EP), que será mortal en el 1-2%^{4,5}. Tras la mortalidad por el propio ictus y las infecciones, el EP constituye la 3ª causa de muerte, causando entre el 5-25% de la mortalidad precoz en este tipo de pacientes⁴.

Metanálisis recientes han demostrado la utilidad de profilaxis para la ETV en pacientes médicos hospitalizados⁶, así como la ventaja de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en el caso concreto de los ictus isquémicos⁷. Por eso, tanto las Guías Clínicas sobre ETV, como las de asistencia al ACVA, establecen que dicha tromboprolifaxis es parte fundamental en la asistencia a los pacientes con ACVA agudo, otorgando para esta aserción un grado de evidencia 1A^{8,9}. No obstante, recientes estudios internacionales (DVT-Free¹⁰, IMPROVE¹¹, ENDORSE¹², RIETE¹³) han mostrado una clara discordancia entre lo recomendado y lo usualmente realizado. El estudio PREVAIL¹⁴ comparó heparina no fraccionada (HNF) con enoxaparina en pacientes con ictus isquémicos de diferente gravedad y mostró que la última era más efectiva en

Tabla 1. Comparación entre pacientes con ictus sin enfermedad tromboembólica venosa sintomática (ETVs-) y con ETVs+ en el Sistema Nacional de Salud (2003).

	ETVs-	% (IC95%)	ETVs+	% (IC95%)
Nº (GDR 14>18 años)	33953		171	
Sexo (V)	17888	52,7 (52,2-53,2)	71	41,5 (33,8-49,2)*
Edad (DS)	73,0(12,0)		75,7(11,7)*	
>75	17457	51,4 (50,9-51,9)	105	61,4 (53,8-69,0)*
HTA	18411	54,2 (53,8-54,8)	90	52,6 (44,9-60,4)
Hiperlipemia	3697	10,9 (10,6-11,2)	16	9,4 (4,7-24,0)
Diabetes	10608	31,2 (30,7-31,7)	51	29,8 (22,7-36,8)
FA	7273	21,4 (21,0-21,9)	55	32,2 (24,9-39,5)*
Estancia media (SD)	10,7(11,7)		17,5(15,1)*	
Exitus	2990	8,8 (8,5-9,1)	13	7,6 (3,3-11,9)

*p<0,05

la tromboprofilaxis en estos pacientes (reducción del riesgo de ETV en un 43% con enoxaparina), con un similar perfil de seguridad en cuanto a hemorragias. Sin embargo, dado que se trata de un ensayo clínico surgen ciertas dudas sobre si la población incluida es equiparable al de la práctica clínica real. Tampoco se conocen estudios sobre el impacto sobre la morbilidad, mortalidad y gastos que tiene en la práctica habitual el desarrollo de una ETV en pacientes con ictus.

En consecuencia en este trabajo hemos comparado la población incluida en el estudio PREVAIL con la hospitalizada en el Sistema Nacional de Salud español (SNS), en el mismo lapso de tiempo en que se completó dicho estudio. Así mismo, hemos analizado las características de los pacientes con ACVA en los que se presentó una ETV sintomática (ETVs) y se han intentado cuantificar las consecuencias económicas relacionadas con dicha complicación, así como las derivadas de la aplicación de los resultados del estudio PREVAIL a estos pacientes.

Sujetos y métodos

Se obtuvo del Ministerio de Sanidad la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) correspondiente al año 2003. De dicho CMBD se analizaron los pacientes mayores de 18 años del GDR14 [Trastorno Cerebrovascular Específico excluyendo Accidente Isquémico Transitorio y Hemorragia Intracerebral, de los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC)]. En el CMBD cada GDR lleva aparejado un diagnóstico principal y 14 secundarios y procedimientos. En este estudio se analizó

para el GDR14 los pacientes que presentaban un diagnóstico secundario de ETVs desde el 2º al 8º lugar [Código CIE 9MC: 415.x (Embolismo pulmonar) o 451.x o 453.x (Trombosis venosa profunda)]. En este examen se comprobó que los pacientes con ictus/ETVs presentaban una prolongación de la estancia media de 6,8 días. Pudo determinarse, pues, el exceso de estancias globales causadas en los pacientes con ictus/ETVs y cuantificarse los costes añadidos de esta prolongación hospitalaria según estándares del Ministerio de Sanidad (Coste global del GDR14 (2003): 3313,3 €; estancia media: 10,7 días; 309,7 €/día)¹⁵. Así mismo, se comparó la población >18 años del SNS (2003) con la población del estudio PREVAIL¹⁴, reclutada en periodo análogo (2003-2004)(Tabla 2). Se realizó también una aplicación económica de ese estudio a la población del SNS (Tabla 3). Para dicha extrapolación los GDR empleados y sus costes (en €) fueron: GDR 14 (3313,3); GDR 78, embolismo pulmonar (3710,1); GDR 174, hemorragia gastrointestinal con complicaciones (2710,8); GDR 810, hemorragia intracerebral (3719,7).

Las comparaciones entre pacientes con ictus/ETVs+ e ictus/ETVs- del SNS, así como de las poblaciones del SNS y del estudio PREVAIL se realizó mediante las pruebas χ^2 y t de Student, aceptándose como significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características de los pacientes con ictus/ETVs+ e ictus ETVs- del SNS. Se obtuvieron 171 pacientes >18 años con ictus/ETVs+ y 33953 con ictus/ETVs- (Tabla 1). Los pacientes con ictus/ETVs+ eran de mayor edad, en mayor proporción mujeres y presentaron una prolongación

Tabla 2. Comparación entre las poblaciones del estudio PREVAIL¹⁴ y del SNS.

	PREVAIL	% (IC95%)	SNS	% (IC95%)
N (GDR 14>18 años)	1762		34124	
Sexo (V)	994	56,4 (54,1-58,8)	17959	52,6 (52,1-53,2)*
Edad (DS)	66,0 (12,9)		73,1 (9,2)*	
>75 años	442	25,1 (23,0-27,1)	17562	51,5 (50,9-52,0)*
HTA	1258	71,4 (69,3-73,5)	19691	57,7 (57,2-58,2)*
Hiperlipemia	138	7,8 (6,5-9,1)	3713	10,9 (10,5-11,2)*
Diabetes	536	30,4 (28,2-32,6)	10659	31,2 (30,7-31,7)
Exitus	93	5,3 (4,2-6,4)	3003	8,8 (8,5-9,1)*

*p<0,05

en la estancia media de 6,8 días [ictus/ETVs: 17,5 (IC95%: 15,2-19,8); ictus/ETVs-: 10,7 (IC95%: 10,6-10,8). No hubo diferencias en mortalidad. Respecto a los costes se observa un exceso de estancias en los pacientes con ictus/ETVs+ [Estancias teóricas: Nº casos (34124) x EM (10,7)=365127; Estancias reales observadas=366560; Exceso de estancias: Estancias observadas-estancias teóricas=1433; Coste del exceso de estancias: 1433 x 309,7 (coste diario del GDR 14)=443800 € (0,4% del coste total del GDR 14)].

En la tabla 2 se presenta la comparación entre la población del estudio PREVAIL¹⁴ y del SNS. Los pacientes ingresados en este son de mayor edad, con ligero predominio de mujeres y con mayores antecedentes de hipercolesterolemia, siendo la HTA menos frecuentemente recogida. La mortalidad en el SNS fue mayor.

En la tabla 3 se detalla las consecuencias económicas de la extrapolación del estudio PREVAIL a la población del SNS. Aun teniendo en cuenta las complicaciones en forma de hemorragia clínicamente importante, esta extrapolación se traduciría en un hipotético ahorro estimado de unos 560000 € anuales, utilizando enoxaparina en vez de HFN.

Discusión

Antes de entrar en la valoración de los resultados del presente trabajo es preciso notar algunas consideraciones. En el SNS no es posible saber el porcentaje de pacientes con ictus con trombopprofilaxis considerada correcta, puesto que tal información no es recogida. Así mismo, este estudio está sujeto a las restricciones de la propia base CMBD (que han sido ya comentadas con anterioridad¹⁶: heterogeneidad de codificación, baja notificación de diagnósticos secundarios, falta de datos terapéuticos, etc.) y que limitan la validez de las conclusiones basadas sólo en los datos allí contenidos. Sin embargo, datos de otras fuentes pueden proporcionar información útil y complementaria sobre este aspecto. Recientemente, se ha podido demostrar que los pacientes incluidos en el Registro Informatizado de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (RIETE) muestran características demográficas superponibles a los del SNS¹⁷. El análisis actual del RIETE con 28010 pacientes totales incluidos (agosto-2009), de los cuales 7039 pacientes presentaban

inmovilización reciente por procesos médicos, muestra que 1737 (25%) de los mismos recibieron trombopprofilaxis. Entre ellos se incluyen los 857 pacientes con inmovilización por déficit motor permanente (287 con ictus agudo), de los cuales sólo 176 (20,5%) habían recibido trombopprofilaxis¹⁸. Otro análisis reciente del mismo RIETE constata que fueron los pacientes >75 años con hemiplejía actual y EP masivo los que presentaron el mayor riesgo de fallecimiento a 3 meses (25 veces superior) de entre todos los pacientes médicos incluidos en el mismo¹³. Y, como RIETE y otros estudios demuestran reiteradamente, en los pacientes con ictus^{19,20} y particularmente en ancianos²¹, la mortalidad por EP sobrepasa ampliamente las posibles complicaciones hemorrágicas derivadas del tratamiento. Todo ello destaca la importancia de los esfuerzos por incrementar la trombopprofilaxis en estos pacientes que mayoritariamente no la reciben.

Nuestro estudio muestra, como es frecuente en otros campos terapéuticos, que las poblaciones reales sobre las cuales deben aplicarse los resultados de los ensayos clínicos son de mayor edad y presentan mayor mortalidad. Aunque esto parece claro, como se observa en la tabla 2, hay que reseñar que un subanálisis ofrecido por los investigadores del PREVAIL comparando pacientes >75 años (que comprendían el 25% del estudio) y <75 años mostró beneficios similares en prevención de ETV e incidencia de efectos secundarios (Incidencia de ETV: 16,7%; hemorragia clínicamente importante: 3,1% en >75 años vs. 21,3% y 1,7%, respectivamente, en <75 años, sin significación estadística en ambos parámetros)²². Por tanto, al menos con respecto a la edad, podrían seguir siendo aplicables las condiciones del estudio a la población general.

Aunque no se observó aumento de la mortalidad en ictus/ETVs+, sí se observó mayor morbilidad, traducida en la prolongación de la estancia media, con unos costes mínimos adicionales de 443800 €. Ello sugiere que una trombopprofilaxis adecuada puede suponer un ahorro considerable, si se tiene en cuenta que en España se producen cerca de 79.000 hospitalizaciones anuales por enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica, con 29.000 fallecimientos, la mayor parte en el primer mes²³.

Tabla 3. Aplicación de los datos del estudio PREVAIL¹⁴ a la población del SNS.

	PREVAIL (N=1762)			SNS (N=34124)	
	Enoxaparina	HNF	Diferencia		Ahorro estimado
Nº Eventos tromboembólicos					
ETV	68	121	53	1026	
EP	1	6	5	97	359344
ETV sintomática	2	7	5	97	360068
ETV asintomática	66	114	48	930	
Nº Efectos secundarios					
HIC	4	6	2	39	104998
Hemorragia clínica importante	11	6	-5	-97	-262494
Total					561915

SNS: Sistema Nacional de Salud; HNF: Heparina no fraccionada; ETV: Enfermedad tromboembólica venosa; EP: embolismo pulmonar; HIC: hemorragia intracerebral.

Extrapolando los resultados del estudio PREVAIL al SNS se observa que podrían ahorrarse teóricamente unos 560.000 € anuales si se utilizaran HBPM (ya de uso mayoritario en nuestro país) en vez de HNF (más arraigadas en países anglosajones).

Es preciso, no obstante, comentar algunas limitaciones del actual estudio. Debe advertirse el limitado porcentaje de pacientes con un diagnóstico secundario de ETVs (171/34124; 0,50%). Tal infranotificación es inherente a todas las bases administrativas de datos y, aunque bajo, tal dato no está alejado del hallado en otros países cuando se emplean análisis similares. Además, se ha comprobado que no se ha modificado en un lapso de 25 años (tasas de ETV de 1,17% en ictus isquémico en EEUU en el periodo 1979-2003)²⁴. Aproximadamente, un tercio de los pacientes con ETVs en el SNS presentaban fibrilación auricular, y por tanto, en cuantía imposible de determinar, podrían estar con descoagulantes orales. Aun así, como es costumbre generalizada, a cierto porcentaje se les pudieron retirar al ingreso hospitalario, por el temor a convertir un ictus isquémico en hemorrágico, aunque esta práctica aumentaría el riesgo de ETV.

Respecto a los análisis económicos ha de decirse, como ya se ha advertido, que se han realizado con referencia a pacientes sintomáticos, tanto en lo que respecta al desarrollo de ETV como a los efectos secundarios derivados del tratamiento. En efecto, en el estudio PREVAIL¹⁴ el mayor beneficio se obtuvo en la reducción de las trombosis venosas proximales (TVP) asintomáticas, cuya trascendencia clínica es objeto de muy viva discusión actual, pues mientras algunos dudan de esta^{25,26}, otros defienden su relevancia^{7,14,22}. Sin embargo, aproximadamente la mitad de las TVP asintomáticas detectadas fueron proximales y la reducción en ellas fue del 43% (y 47% en un metanálisis⁷ que incluyó al PREVAIL). En dichas TVP proximales sí parece haber mayor acuerdo en que son un heraldo de gravedad y pueden ocasionar aumento de la mortalidad por su mayor probabilidad de ocasionar EP²⁷⁻²⁹. Por tanto, aunque en el SNS es imposible analizar la cuantía de ETV asintomáticas, al no realizarse su búsqueda activa como en los ensayos clínicos, es probable que muchas muertes en pacientes con ictus, en los que no consta un diagnóstico de ETV, sean ocasionadas por estas y hubieran podido evitarse.

En resumen, nuestro análisis pone de manifiesto que las poblaciones reales de pacientes con ictus y ETVs presentan mayor edad y mortalidad que las incluidas en los ensayos clínicos, aunque en el estudio PREVAIL pudo demostrarse el beneficio de la tromboprofilaxis con HBPM en >75 años. La coexistencia de ETVs no parece afectar a la mortalidad, pero sí a la morbilidad en forma de prolongación de estancias hospitalarias. Esto expone a los pacientes a otras complicaciones derivadas de ellas y determina mayores gastos, cifrados como mínimo en 0,5 millones €/año. La aplicación de la tromboprofilaxis con HBPM parece ser coste-efectiva en términos de ahorro aun cuando se observa un porcentaje mayor de complicaciones hemorrágicas.

Bibliografía

1. Cohen AT, Agnelli G, Frederick A, Arcelus JI, Bergqvist D, Brecht JC, et al., for the VTE Impact Assessment Group in Europe (VITAE). Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemost.* 2007; 98:756-64.
2. Heit JA, O'Fallon WM, Petterson TM, Lohse CM, Silverstein MD, Mohr DN, et al. Relative impact of risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med.* 2002; 162:1245-8.
3. Samama MM, Dahl OE, Quinlan DJ, Mismetti P, Rosencher N. Quantification of risk factors for venous thromboembolism: a preliminary study for the development of a risk assessment tool. *Haematologica.* 2003; 88:1410-21.
4. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physician Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition). *Chest* 2008; 133 (Suppl 6):381S-453S.
5. Skaf E, Stein PD, Beemath A, Sanchez J, Olson RE. Fatal pulmonary embolism and stroke. *Am J Cardiol.* 2006; 15: 97:1776-7.
6. Dentali F, Douketis JD, Gianni M, Lim W, Crowther M. Meta-analysis: Anticoagulant prophylaxis to prevent symptomatic venous thromboembolism in hospitalized medical patients. *Ann Intern Med.* 2007; 146:278-88.
7. Shorr AF, Jackson WL, Sherner JH, Moores LK. Differences between low-molecular-weight and unfractionated heparin for venous thromboembolism prevention following ischemic stroke. A meta-analysis. *Chest.* 2008; 133:149-55.
8. Hirsh J, Guyat G, Albers GW, Harrington R, Schünemann HJ. Executive Summary. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Anti-thrombotic and thrombolytic therapy. *Chest.* 2008; 133:71S-105S.
9. Adams HP Jr, Del Zoppo G, Albers MJ, Bhatt DC, Brass L, Furland A et al. Guidelines for the early management of adults with Ischemic Stroke. A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. *Stroke.* 2007; 38:1655-1711.
10. Piazza G, Seddighzadeh A, Goldhaber SZ. Double trouble for 2,609 hospitalized medical patients who developed deep vein thromboses. *Chest.* 2007; 132:554-61.
11. Tapson VF, Decousus H, Pini M, Chong BM, Froehlich JB, Monreal M, et al., for the IMPROVE investigators. Venous thromboembolism prophylaxis in acutely ill hospitalized patients. Findings from the International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism. *Chest.* 2007; 132:936-45.
12. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, et al., for the ENDORSE Investigators. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet.* 2008; 371:387-94.
13. Laporte S, Mismetti P, Decousus H, Uresandi F, Otero R, Lobo JL, et al.; RIETE Investigators. Clinical predictors for fatal pulmonary embolism in 15,520 patients with venous thromboembolism: findings from the Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbolica Venosa (RIETE) Registry. *Circulation.* 2008; 117:1711-6.
14. Sherman DG, Albers GW, Bladin C, Fieschi C, Gabbai AA, Kase CS, et al., on behalf of the PREVAIL Investigators. The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke: an open-label randomized comparison. *Lancet.* 2007; 369:1347-55.
15. Ministerio de Sanidad y Política Social. Pesos españoles y coste. Año 2003. Agrupador_GR-DAPv.18.0. [Consultado 02_07_2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/InfRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>.
16. Grupo Multidisciplinar para el Estudio de la Enfermedad Tromboembólica en España. Enfermedad Tromboembólica Venosa en España. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna y S&H Medical Science Service; 2006.
17. Guijarro R, Montes J, San Román C, Monreal M, for the RIETE investigators. Venous thromboembolism in Spain. Comparison between an administrative database and the RIETE Registry. *Europ J Intern Med.* 2008; 19:443-6.
18. Registro RIETE. Análisis de profilaxis. Inmovilización. [Consultado 13-08-2009]. Disponible en: <http://www.riete.org>.
19. Blanco-Molina A, Palma I, Rubio C, Suárez C, Barba R, Gutiérrez MR, et al.; Grupo RIETE. Enfermedad tromboembólica venosa en los enfermos neuroquirúrgicos y con ictus. Hallazgos del RIETE. *Med Clin (Barc).* 2004; 123:416-8.
20. Kamphuisen PW, Agnelli G. What is the optimal pharmacological prophylaxis for the prevention of deep-vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with acute ischemic stroke? *Thromb Res.* 2006; 119:265-74.
21. López-Jiménez L, Montero M, González-Fajardo JA, Arcelus JI, Suárez C, Lobo JL, et al.; RIETE Investigators. Venous thromboembolism in very elderly patients: findings from a prospective registry (RIETE). *Haematologica.* 2006; 91:1046-51.
22. Sherman DG on behalf of PREVAIL investigators. Prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke. *Lancet.* 2007; 370:736-7.
23. Marrugat J, Arboix A, García-Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C, et al. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica en 2002. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60:573-80.
24. Skaf E, Stein PD, Beemath A, Sanchez J, Bustamante MA, Olson RE. Venous thromboembolism in patients with ischemic and hemorrhagic stroke. *Am J Cardiol.* 2005; 96:1731-3.
25. Ricci S, Celani MG, Righetti E, Dennis M, Sandercock P. Prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke. *Lancet.* 2007; 370:735.
26. Saravá Martins H, Scalabrini-Neto S, Tadeu Velasco I. Prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke. *Lancet.* 2007; 370:736.
27. O'Donnell M, Kearon C. Thromboembolism prevention in ischaemic stroke. *Lancet.* 2007; 369:1313-15.
28. Tapson VF. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med.* 2008; 358:1037-52.
29. Vaitkus PT, Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AG, Olsson CG, Goldhaber SZ. Mortality rates and risk factors for asymptomatic deep vein thrombosis in medical patients. *Thromb Haemost.* 2005; 93:76-9.

Unidad de preingreso (UPI): análisis de los ingresos hospitalarios evitados en una unidad de nueva creación

Pre-admission unit(UPI): analysis of avoided hospital admissions in a new unit

Pedro J. Marcos¹, Cándido Díaz-Lagares¹, Lucía Ferreira², Laura Bello¹, Diego Llinares¹, María Trigás².

¹Unidad de Preingreso. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

RESUMEN

OBJETIVOS: Analizar las características de los pacientes en los que se ha evitado el ingreso hospitalario tras su paso por una Unidad de Preingreso (UPI) y las vías de seguimiento de los mismos. Describir las patologías más frecuentes, la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días de los pacientes dados de alta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y prospectivo de las altas hospitalarias de la UPI entre 1 de Junio de 2007 a 1 de Abril de 2008. En la UPI permanecen aquellos pacientes ingresados que están a la espera de una cama de hospitalización en su servicio correspondiente. Los pacientes analizados fueron aquellos dados de alta según el criterio de los médicos de la unidad y antes de ser requeridos en la planta de hospitalización convencional. Se analizan datos demográficos, diagnóstico, destino al alta, reingreso a 72 horas, 10 y 28 días, características del reingreso y mortalidad a 30 días.

RESULTADOS: Se evitaron 1005 ingresos, con una tasa de ingreso evitado de 100.5/mes. La edad media era de 67.7± DE 17.1 (Rango 16-102 años), siendo la mayoría varones con 626(62.3%) casos. El diagnóstico más frecuente fue de infección respiratoria de vías bajas con 149(14.9%) casos, seguido de dolor torácico con 122(12.2%), insuficiencia cardíaca 117(17.7%), exacerbación de EPOC 81(8.1%) y enfermedad vascular cerebral con 61(6.1%) de casos. Al alta 564(54.3%) fueron remitidos a su médico de cabecera, a 138(13.7%) pacientes se les hizo un seguimiento precoz en la consulta de la UPI, 34 pacientes fueron derivados a Hospitalización a domicilio, requiriendo el resto algún tipo de seguimiento especializado a nivel ambulatorio. El número de reingresos a las 72 horas, 10 y 28 días fue de 14(0.1%), 42(0.4%) y 123 (12.3%), respectivamente. Del total de reingresos a 28 días 77(62.3%) pacientes reingresaron por la misma patología. Las patologías que más reingresaron fueron exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca e infección respiratoria con 20(15.7%), 19(15%) y 14(11%) pacientes. La mortalidad a 30 días fue de 14(1,4%) pacientes; 6 (42.9%) de los cuales por la misma enfermedad principal que motivo el alta índice.

CONCLUSIONES: Un manejo especializado y multidisciplinar en un área de preingreso, permite disminuir el número de ingresos por distintas patologías, principalmente a costa de un seguimiento ambulatorio estricto y precoz en cuadros agudos y optimización del estudio de determinadas patologías a nivel ambulatorio, todo ello sin mermar significativamente la calidad asistencial.

Palabras clave: unidad de preingreso, alternativas a la hospitalización, adecuación de ingresos, unidad de corta estancia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Analyze the characteristics of the patients who had avoided hospital admission after passing through a pre admission unit (UPI) and the ways of tracking them. Describe the most common diseases, the rate of readmissions and mortality at 30 days of discharged patients.

MATERIAL AND METHODS: Prospective, descriptive study of discharged patients from the UPI between June 1, 2007 to April 1, 2008. Patients are admitted to the UPI while waiting for a hospital bed in its respective service. Patients analyzed were those discharged from the UPI before being transferred to wards. We analyzed demographic data, diagnosis, discharge destination, readmission at 72 hours, 10 and 28 days, and mortality at 30 days.

RESULTS: 1005 admissions were studied, with a rate of 100.5/month admissions to wards avoided. Mean age was 67.7 (SD 17.1, range 16-102 years), with 626 (62.3%) males. The most frequent diagnosis were low respiratory tract infection with 149 (14.9%) cases, chest pain in 122 (12.2%), heart failure 117 (17.7%), COPD exacerbation 81 (8.1%) and cerebral vascular disease with 61 (6.1%) cases. At discharge 564 (54.3%) were referred to their general practitioner, 138 (13.7%) patients were followed up early at the UPI clinic, 34 patients were referred to hospitalization at home, and the remaining were referred to specialized outpatient clinic. 14 (0.1%), 42 (0.4%) and 123 (12.3%) patients were readmitted at 72 hours, 10 and 28 days, respectively. 77 (62.3%) patients were readmitted during the first 28 days because of the same disease. The most frequent diagnosis in readmitted patients were exacerbation of COPD, heart failure and low respiratory tract infection in 20 (15.7%), 19 (15%) and 14 (11%) patients. Mortality at 30 days was 14 (1.4%) patients, 6 (42.9%) of them with the same disease that prompted the previous admission.

CONCLUSIONS: A specialized and multi-disciplinary management in an area of pre-admission reduces the number of admissions to medical wards for various diseases, mainly at the expense of a strict and ambulatory monitoring in acute diseases and early optimization study of certain diseases at the outpatient clinic, without significantly impairment of the quality of care.

Key words: pre-admission unit, alternatives to admission, suitability of revenue, short stay unit.

Introducción

En los últimos años se está viviendo un incremento progresivo en la demanda asistencial sanitaria por parte de la población. Este mayor requerimiento es consecuencia tanto de un aumento de las enfermedades crónicas, paralelo al envejecimiento de la población, como de una mayor esperanza de vida, del desarrollo de nuevas tecnologías

y también debido a unas mayores expectativas para una sociedad cada vez más informada¹⁻⁴. La sobrecarga de pacientes en las consultas de atención primaria, las excesivas listas de espera en consultas de medicina especializada o en la realización de pruebas diagnósticas provocan una situación de inseguridad e intranquilidad que afecta tanto al paciente, a su familia o al médico de cabecera.

Esta situación, en ocasiones, termina provocando un aumento de las consultas en los Servicios de Urgencia (SU) hospitalarios. Todo ello favorece que un alto porcentaje de los pacientes que terminan ingresando en un centro hospitalario provengan del SU, llegando a suponer en ocasiones más de un 50% del total de los ingresos⁵⁻⁶.

La habitual limitación que existe del número de camas de hospitalización convencional, unido a la necesidad de contención del gasto sanitario ha provocado por parte de las administraciones sanitarias la búsqueda de alternativas a la hospitalización clásica⁷. Así en los últimos tiempos hemos asistido a la creación y desarrollo de nuevas unidades asistenciales como son la hospitalización a domicilio⁸, el hospital de día⁹ o unidades de cuidados paliativos¹⁰. Así mismo con la idea obtener la máxima eficiencia en el uso de los recursos disponibles se han creado unidades de corta estancia médica^{11,12}, tanto de patología médica general como más específica^{13,14}.

En ocasiones la gran saturación hospitalaria provoca que algunos pacientes ingresados deban permanecer en el SU esperando a que puedan ser trasladados a una cama de hospitalización convencional. Esta situación provoca un estado de incomodidad que afecta tanto al paciente, que en ocasiones debe permanecer en localizaciones no óptimas como un pasillo, como a los familiares, con unos horarios de visita que en los SU suelen ser muy limitados. También afecta al personal sanitario del SU, ya que estos pacientes en ocasiones ocupan espacios necesarios para atender nuevos enfermos que consultan en el SU o bien presentan una complejidad tal que exceden las competencias potenciales de un médico de urgencias. En otras ocasiones, el hecho de que estos pacientes ingresados aún no hayan sido ubicados físicamente en su servicio correspondiente provoca que, frecuentemente, su manejo no sea asumido en su totalidad ni por los médicos del SU, que es donde está localizado el paciente, ni por los de los servicios donde el paciente va a ser ingresado.

Como parte de un programa de intervención para mejorar el SU del Complejo Hospitalario de A Coruña, se decidió habilitar un área independiente del SU, denominada la Unidad de Preingreso (UPI). La UPI comienza a funcionar como unidad independiente, adscrita a la Dirección Médica en 2007, está dotada con 33 camas y una consulta de seguimiento precoz ambulatorio. El personal médico consta de 3 facultativos, 2 especialistas en medicina interna y un neurólogo. En la UPI se encuentran todos aquellos pacientes ya ingresados en el hospital por la guardia del área médica y que permanecen a la espera de cama en las plantas de Hospitalización convencional.

El objetivo de este trabajo es analizar las características de los pacientes atendidos en la UPI a los que se ha evitado el ingreso hospitalario y las vías de seguimiento de los mismos, describir las patologías más frecuentes de este grupo de pacientes, así como conocer la tasa de reingresos y mortalidad de los pacientes dados de alta.

Pacientes y métodos

El Complejo Hospitalario de A Coruña (CHUAC) tiene una población de referencia de más de 500000 habitantes. Este complejo hospitalario dispone de 1432 camas repartidas en 4 hospitales, siendo el Hospital de A Coruña con 871 el de mayor capacidad y el que atiende las Urgencias hospitalarias.

Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo, prospectivo de las altas hospitalarias de la UPI en sus primeros 10 meses de funcionamiento (1 de Junio de 2007 - 1 de Abril de 2008). Se registran los datos demográficos, el ingreso hospitalario en el año previo, los diagnósticos principales y destino al alta. Se evaluó a las 72 horas, 10 y 28 días del alta la presencia de reingreso, entendiéndose como tal si el paciente fue ingresado en el hospital independientemente de la causa. Se determinó el momento en que se produjo el reingreso, el tipo de reingreso (urgente o programado) y si el motivo coincidía con el diagnóstico principal del ingreso índice. Se evaluó la mortalidad de los pacientes a los 30 días del alta y la causa del mismo.

Todos los pacientes habían acudido directamente al SU, siendo atendidos inicialmente por los facultativos de dicho servicio y posteriormente, en los casos que así lo consideraron oportuno, valorados por el cuerpo de médicos que forman la guardia del área médica, que son en última instancia quienes realizan el ingreso. Esta guardia está formada por dos facultativos especialistas del área médica que comprende medicina interna, neumología, oncología, endocrinología, neurología, reumatología además de 3 a 5 residentes de entre segundo y último año de formación de esas especialidades.

Se define como ingreso hospitalario a aquel paciente que tras su paso por el Servicio de Urgencias, ha sido valorado, se le ha puesto un tratamiento y ha sido solicitada la cama a través del Servicio de Admisión del hospital por parte de cualquier facultativo del área médica. Se define como ingreso en UPI, a aquel ingreso hospitalario cuyo ingreso ha sido tramitado por parte del Servicio de Admisión, pero sin todavía cama asignada en una sala de hospitalización convencional. Ingreso evitado en planta será todo ingreso en UPI que está pendiente de una cama de sala de hospitalización convencional y que antes de que sea reclamado para subir a esa planta, el paciente es dado de alta por cualquier facultativo de los que componen la UPI.

En el momento que se ha decidido el ingreso de un paciente por parte de los facultativos del área médica siempre que hay camas disponibles, el paciente pasa a la planta de hospitalización convencional correspondiente; mientras que si no hay camas en dichos servicios, estos enfermos permanecen a la espera en la UPI.

Los objetivos de la unidad de preingreso son: 1) valoración y seguimiento de dichos pacientes, ajustando los tratamientos y previniendo el potencial desarrollo de complicaciones;

2) detección de los ingresos inadecuados, con el intento de derivar a los mismos a las consultas más apropiadas; 3) ponderar la posible alta de aquellos pacientes con patología crónica descompensada y que han alcanzado durante su estancia en la unidad un grado de estabilidad clínica adecuada que permite un seguimiento ambulatorio. El tiempo máximo que un paciente podría estar en la unidad era de 48 horas aproximadamente. Si se preveía que el paciente podría ser dado de alta en las siguientes 24 horas, se podía mantener en la unidad ese espacio de tiempo, en caso contrario el paciente pasaba a hospitalización convencional cuando hubiera una cama disponible.

Las directrices de funcionamiento de la unidad se basan en el trabajo multidisciplinar, estableciendo lazos asistenciales tanto con el SU como con el resto de servicios del hospital, principalmente del área médica.

Análisis estadístico:

Se ha realizado una descripción de las características de los pacientes atendidos, para el global y según el diagnóstico principal. Para describir las variables cualitativas se ha calculado la frecuencia absoluta y relativa en porcentajes, de cada uno de los valores de las variables, y para las cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación estándar (media \pm DE). Para el estudio de la influencia de las variables clínicas en el destino de los pacientes se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado para las variables cualitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas. En todos los contrastes de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el programa SPSS v.12.

Resultados

Entre el 1 de Junio de 2007 y el 1 de Abril de 2008 fueron dados de alta un total de 1005 pacientes, reflejando una Tasa de ingresos evitados de 100.5/mes. La edad media de estos pacientes fue de $67.7 \pm DE 17.1$ (Rango 16- 102 años), siendo la mayoría significativamente varones con 626(62.3%) casos ($p < 0.001$). Un total de 225(22.4%) de los pacientes habían estado ingresados en el hospital durante el año previo al evento.

La Tabla 1 recoge los diagnósticos principales de los pacientes a los que se le evitó el ingreso hospitalario, ordenados por orden de frecuencia. El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria de vías bajas en 149 casos, de los cuales 79 fueron por neumonía adquirida en la comunidad (NAC), representando un 7.9% del total de altas. La segunda causa de alta hospitalaria fue debida al dolor torácico en 122(12.2%) de casos, 12 de ellos fueron catalogados como de dolor osteomuscular y 73 casos de dolor torácico no isquémico, tras haberse descartado dicho origen tras la realización de una ergometría por parte de la Unidad de dolor torácico del centro; los 33 casos restantes fueron definidos como inespecíficos.

Tabla 1: distribución global de los diagnósticos más frecuentes de los pacientes a los que se le evito el ingreso hospitalario en la UPI

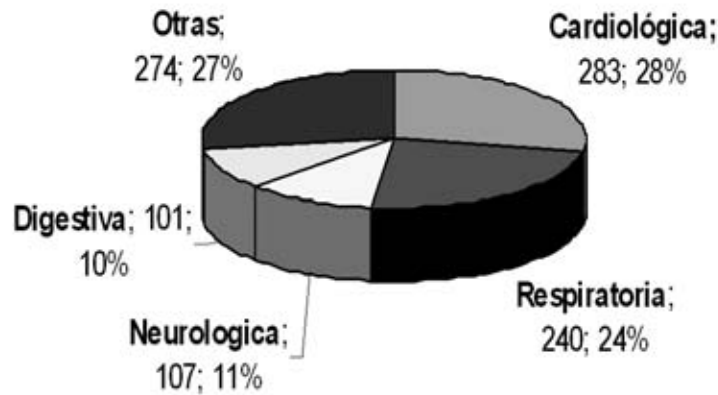
Diagnóstico	Total (N= 1005)	%
Infección respiratoria de vías bajas*	149	14.9
Dolor torácico	122	12.2
Insuficiencia cardiaca	117	11.7
Exacerbación de EPOC	81	8.1
Enfermedad vascular cerebral	61	6.1
Arritmia	57	5.7
Exacerbación de Asma	37	3.7
Alteración en la exploración y/o pruebas complementarias	36	3.6
Infecciones no respiratorias	29	2.9
Hemorragia digestiva	28	2.8
Dolor abdominal	26	2.6
Cardiopatía isquémica	25	2.5
Sincope	23	2.3
Anemia	20	2
Gastroenteritis aguda	20	2
Síndrome general	12	1.2
Efectos secundarios farmacológicos	11	1.1
Derrame pleural	10	1
Crisis comicial	10	1
Complicaciones de diabetes mellitus	7	0.7
Fiebre sin foco	7	0.7
Traumatismos	7	0.7
Otros	110	11

*incluye neumonía adquirida en la comunidad

En la figura 1 podemos apreciar los diagnósticos principales agrupados por aparatos o sistemas, en donde se observa que la patología más prevalente es la cardiológica con 283(28.2%) casos, seguido de la respiratoria con 240(23.9%), neurológica 107(10.6%) y digestiva con 101(10%) pacientes. Un 33% de los pacientes que se fueron de alta habían tenido al menos un ingreso hospitalario en el último año.

Al alta, fueron remitidos al médico de cabecera un total de 546(54.3%) pacientes. El resto requirieron un seguimiento o consulta especializada tras el alta. Así se realizó un seguimiento ambulatorio precoz en las primeras 24-72 h en la consulta externa de la UPI a 138(13.7%) pacientes, se remitieron a hospitalización a domicilio (HADO) a 34(3.4%) pacientes y el resto se remitieron a consultas externas de otras especialidades, siendo las más frecuentes Medicina Interna 134(13.3%), Cardiología 54(5.4%) y Neumología 46(4.6%). El número de reingresos a las 72 horas, 10 días y 28 días fue de 14(0.1%), 42(0.4%) y 123 (12.3%), respectivamente. Del total de reingresos a 28 días 77(62.3%) pacientes reingresaron por la misma patología, 16 (13%) de ellos fueron ingresos programados, fundamentalmente para realizar alguna técnica diagnóstica mas agresiva o bien para

Figura 1: diagnósticos principales agrupados por aparatos o sistemas



ser sometidos a una intervención quirúrgica relacionada con la patología recién diagnosticada (Figura 2). Las causas principales de reingreso fueron exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca e infección respiratoria con 20(15.7%), 19(15%) y 14(11%) pacientes. De los pacientes que fueron revisados de manera precoz desde la consulta externa de la UPI únicamente reingresaron 21 de los 138 pacientes revisados (15.2%)

En el seguimiento realizado a 30 días, fallecieron 14 (1,4%) pacientes; 6 (42.9%) de los cuales por la misma enfermedad principal que motivo el alta índice.

Discusión

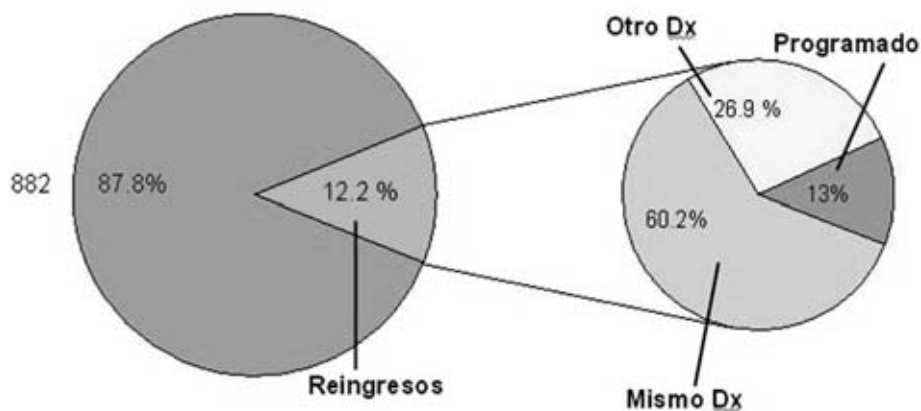
Los resultados obtenidos evidencian que mediante un manejo especializado y multidisciplinar, en un área con unas características determinadas como es una unidad de preingreso, se consigue evitar un número considerable de ingresos en planta de hospitalización convencional sin disminuir significativamente los estándares de calidad, principalmente en cuanto a tasa de reingreso y mortalidad.

Las 1005 altas realizadas en la UPI durante los primeros 10 meses de funcionamiento de la unidad, refleja que aproxi-

madamente se les ha evitado el ingreso hospitalario a unos 100 pacientes al mes, que, de no existir la unidad habrían sido admitidos en planta de hospitalización convencional. Sin haber realizado un análisis económico es posible que el beneficio en términos monetarios no sea nada desdeñable, puesto que uno de los principales condicionantes económicos de las patologías son el gasto que supone la cama de hospitalización.

Los resultados obtenidos están claramente influenciados por el sesgo de ingreso. Existe una gran variedad de circunstancias que pueden influir a la hora de decidir el ingreso hospitalario de un paciente. Por un lado está el médico que decide el ingreso quien ante una misma patología puede indicar la admisión, mientras que otro facultativo ante un paciente con características semejantes le da el alta del hospital. En este punto influirían tanto la especialidad como la experiencia del facultativo, además de si es especialista o residente^{15,16}. En otras ocasiones, los potenciales ingresos están relacionados con situaciones relacionadas con la propia patología o con características del paciente o su entorno. Así, es posible que en horario de mañana estos problemas podrían ser resueltos sin demasiada complejidad, en ocasio-

Figura 2: reingresos y causas



nes simplemente contactando con su médico responsable a nivel ambulatorio, mientras que durante la guardia y ante la ausencia de determinados especialistas o la imposibilidad de hacer alguna prueba complementaria sea imposible su resolución y genere un ingreso. Por último, en determinados momentos cuando existe un sobresaturación y una máxima presión asistencial en el SU no es posible dejar a algún paciente a evolucionar un periodo de tiempo en una sala de observación de urgencias, puesto que estas localizaciones se necesitan para atender a pacientes "nuevos", siendo la opción más "práctica" la hospitalización convencional.

Aunque la UPI no es en el sentido estricto una unidad médica de estancia corta (UMEC) si que tiene una serie de características que las hacen comparables. Por un lado ambas tienen como objetivo evitar, en la medida de lo posible, el uso de camas de hospitalización convencional por parte de aquellos pacientes que han presentado un cuadro agudo con una evolución satisfactoria en las primeras horas y que no precisan recursos extraordinarios así como de aquellos con enfermedades crónicas donde el objetivo fundamental es su estabilización y que no obtendrían un beneficio añadido con dicho ingreso. De este modo al comparar las patologías más frecuentes dadas de alta en la UPI, aunque con pequeños matices, son muy semejantes a las referidas en otros trabajos de UMEC generales^{11,12,17}. Es posible que la alta incidencia de dolores torácicos detectada en nuestro trabajo responda a las características organizativas de la Unidad de Dolor torácico del Servicio de Cardiología, puesto que aquellos pacientes que consultaban por dolor de características coronarias durante el fin de semana pasaban a la UPI hasta ser reevaluados el lunes, y si fuera necesario ser sometidos a test diagnósticos, principalmente la ergometría de esfuerzo.

En nuestra serie no podemos analizar la estancia media de nuestros pacientes, puesto que por definición ésta es una unidad de tránsito, y solo se actuaba sobre aquellos pacientes que se pudieran beneficiar del alta durante su estancia en la unidad y mientras no fuera reclamado por la planta de hospitalización convencional. De esta manera los pacientes fueron dados de alta en un intervalo comprendido entre unas 12 horas de llegada al SU y el máximo referido de 48 horas. Así, referenciando una estancia media sobreestimada de 48 horas, sería, en cualquier caso, inferior a la de otras series, sin que cambien significativamente los parámetros de reingreso y mortalidad. Así, por ejemplo, al comparar con una cohorte de los pacientes de la UMEC de nuestro propio hospital y publicada en 1997, la estancia media reflejada sería ligeramente superior con 3.7 días¹⁸.

Al analizar la tasa de reingresos observamos una baja tasa a las 72h (0.1%), así como a los 10 días (0.4%) en comparación con otras series en donde oscila entre un 3.6 y un 20 por ciento, muy superiores a las de nuestro trabajo (3.6% vs 0.4%) si bien al analizar los reingresos a 28 días, nuestros resultados son ligeramente superiores (9.7% vs 12.3%)¹⁹⁻²¹.

La baja tasa de reingresos en las primeras 72 horas observada en nuestra cohorte podría reflejar la adecuada indicación del alta de estos pacientes. Así mismo consideramos que una consulta externa como la de la UPI en la que se fueron revisados algunos pacientes agudos, en ocasiones ya en las primeras 24 horas del alta hospitalaria, pueda explicar esta baja de reingresos inicial, observación ya destacada por otros autores^{12,22}. Esta mejora aparente en los parámetros asistenciales y de gestión se ha conseguido sin disminuir de manera significativa la calidad asistencial como se ve por los resultados de mortalidad y reingreso a 30 días²³.

Entre los factores que creemos que justifican el número de ingresos evitados son varios que nos gustaría comentar. Primeramente, el hecho de que los facultativos de la UPI estuvieran comprometidos con los objetivos fundamentales de la unidad, como el detectar los ingresos inadecuados o valorar cuáles había mejorado suficientemente tras su paso por el SU, ha permitido evitar la admisión de un gran número de pacientes, en ocasiones a expensas de seguimientos muy estrictos de carácter ambulatorio y subsecuentemente a costa de una mayor sobrecarga laboral. De esta manera se ha evitado el ingreso en planta de hospitalización a pacientes que en condiciones habituales, una vez introducidos en la dinámica habitual del hospital, hubieran presentado probablemente una mayor estancia hospitalaria, incluso para procesos de complejidad semejante, hallazgo ya detectado por este grupo en patologías como las neumonías comunitarias²⁴. Por otro lado, el hecho de estar en una ubicación independiente del SU, en un área más confortable, en ocasiones permite mejorar la comunicación con el paciente o la familia, explicando tanto las razones del alta, el tratamiento que precisa o el seguimiento que se le va a hacer, consiguiendo así un alta que durante el proceso de una guardia, con la carga asistencial, los horarios, etc...no habría sido posible. La presencia de un facultativo especialista en neumología en la unidad en colaboración con los especialistas en medicina interna, ha sido otro de los factores que haya favorecido un importante número de altas por patología respiratoria como neumonías, exacerbaciones de asma y EPOC, en concordancia con experiencias publicadas en unidades de corta estancia neumológica¹³. Por último el perfil multidisciplinar del equipo de la UPI y su amplio contacto con otros Servicios ha permitido contar con valoraciones e intervenciones, en ocasiones altamente especializadas (broncoscopias, biopsias hepáticas, estudios hemodinámicas cardíacos...), que han permitido evitar otro número significativo de ingresos.

Este estudio tiene algunas limitaciones que nos gustaría destacar. No conocemos con exactitud la estancia media de los pacientes dados de alta, si bien, por las características de la unidad en donde un paciente no podía estar más de 48 horas, esta estancia máxima no debería superarla; si bien es cierto que en situaciones concretas de gran saturación hospitalaria estas 48 horas podrían haberse superado. Tampoco se ha analizado la adecuación de los ingresos

hospitalarios, por lo que no podemos saber si cada uno de los ingresos evitados estaban pertinentemente indicados. Esto se habría podido valorar de haber aplicado alguna de las escalas orientadas a la detección de estos ingresos como por ejemplo la escala "Appropriateness evaluation protocol" (AEP), traducida al español y validada en nuestro medio²⁵. Al no haber analizado este dato desconocemos la incidencia real de ingresos inadecuados, pero por otro lado nuestros datos reflejan la práctica clínica habitual en un hospital determinado. Es por ello que consideramos que los resultados obtenidos en un hospital como es el Complejo Hospitalario de La Coruña, hospital terciario, con una organización y estructura determinada, no deberían generalizarse a la globalidad de los centros. Podemos concluir que en un centro de las características del CHUAC, un manejo especializado y multidisciplinar en un área de preingreso, permite disminuir el número de ingresos por distintas patologías, principalmente a costa de un seguimiento ambulatorio estricto y precoz en cuadros agudos y optimización del estudio de determinadas patologías a nivel ambulatorio, todo ello sin mermar significativamente la calidad asistencial.

Agradecimientos:

A los Doctores José Manuel Vázquez, Fernando Diz Lois, Alejandra Otero y José Antonio Lorenzo Porto por su preocupación, dedicación y apoyo, así como a todo el personal que trabaja o ha trabajado en la unidad.

Bibliografía

- Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Llibre, 1992.
- Marín N, Caba A, Ortiz B. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108: 726-9.
- Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41: 309-18.
- González JI, Baztán JJ, Rodríguez L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103: 441-4.
- Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 2007. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI_2007.pdf (Consultado el 22-05-2009).
- Graff, L. (1999) Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med*, 17, 208-9.
- Colomer J, González Montalvo JI, González Ramallo, VJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda de los servicios de salud. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; p. 359-62.
- Shepherd S, Iliffe S. Hospital at home. An uncertain future. *BMJ* 1996; 312:923-4.
- Schwartzman K, Duquette G, Zaoude M, Dion MJ, Lagacé MA, Poitras J, Cosio MG. Respiratory day hospital: a novel approach to acute respiratory care. *CMAJ*. 2001 ;165: 1067-71.
- Centeno C, Heller KS. Palliative care in Spain: an evolving model. *J Palliat Med*. 2000;3: 123-7.
- De la Iglesia Martínez F, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Castro Romero B, Rodríguez Sotillo A, Diz-Lois Martínez F. The short-stay medical unit of La Coruña: our experience. *An Med Interna*. 1997 ;14:125-7.
- Guirao Martínez R, Sempere Selva MT, López Aguilera I, Sendra Pina MP, Sánchez Payá J. Short-Stay Medical Unit, an alternative to conventional hospitalization. *Rev Clin Esp*. 2008 ;208:216-21.
- Broquetas JM, Pedreny R, Martínez-Llorens JM, Sellarés A, Gea J. Unidad neumológica de estancia corta: un nuevo dispositivo asistencial de hospitalización. *Arch Bronconeumol*. 2008 ; 44: 252-6.
- Pastor Torres LF, Pavón-Jiménez R, Reina Sánchez M, Caparrós Valderrama J, Mora Pardo JA. Unidad de dolor torácico: seguimiento a un año. *Rev Esp Cardiol* 2002;55: 1021-7.
- Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1992; 267:1624-30.
- Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Gorordo I, Martínez Urquiri A, Idoiaga I, Bilbao A. Pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad: estudio comparativo de resultados según la especialidad médica. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41:300-6.
- Juan A, Salazar A, Alvarez A, Perez JR, Garcia L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J*. 2006 ;23:833-7.
- De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Estancia Médica (UCEM) de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna* 2001; 18: 166.
- Diz-Lois Palomares MT, de la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Diz-Lois Martínez F. Predictive factors of unplanned hospital readmission in patients discharged at a short stay medical unit. *An Med Interna*. 2002 ;19 :221-5.
- Phillips RS, Safran C, Cleary PD, Delbanco TL. Predicting emergency readmissions for patients discharged from the medical service of a teaching hospital. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 400-5.
- Kwok T, Lau E, Woo J, Luk JK, Wong E, Sham A, et al. Hospital readmission among older medical patients in Hong Kong. *J R Coll Physicians Lond* 1999 ; 33: 153-6.
- Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Avanzas González E, Galiana Martín D, Morís de la Tassa J. Are short stay medical units an appropriate place to manage community-acquired pneumonia?. *An Med Interna*. 2006 ;23:416-9.
- Marco J, Jusdado JJ, Plaza S, Rondón P, Torres R, Solís J. Diseño e implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de corta estancia. Repercusión y actividad asistencial. *Gestión y evaluación de costes sanitarios*. 2002;3: 64-73.
- Sanjuán P, Marcos PJ ; Díaz C, Bello L; Llinares D; Ferreira L; Trigás M. Estudio comparativo de las neumonías adquiridas en la comunidad de buen pronóstico a las que se le evita el ingreso frente a aquellas que ingresan en planta de hospitalización. *Pneuma* 2008 ; 4 : 132.
- Peiró S, Meneu R, Reselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-9.

¿Cómo nos puede ayudar la bioética a mejorar la asistencia sanitaria a nuestros pacientes?

How can bioethics help us to improve the sanitary care of our patients?

Ameneiros-Lago E^{1,3}, Carballada-Rico C², Garrido-Sanjuán JA^{1,3}

¹Servicio de Medicina Interna. ²Unidad de Hospitalización a Domicilio. ³Comité de Ética Asistencial. Área Sanitaria de Ferrol.

¿Cómo nos puede ayudar la bioética a mejorar la asistencia sanitaria a nuestros pacientes?

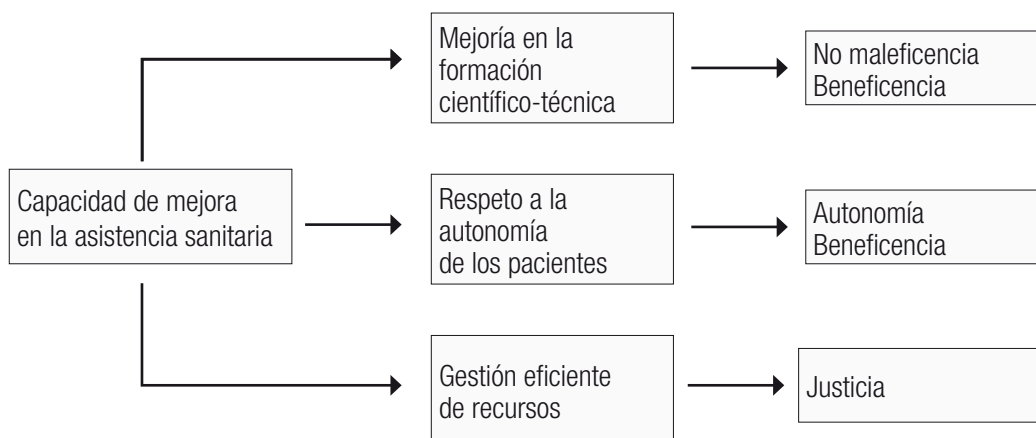
En las últimas décadas se han producido algunos cambios en la práctica clínica que suponen la fuente de los principales conflictos éticos. Por un lado, se ha producido un cambio en las relaciones sanitarias, pasando de una relación paternalista en la que el médico decidía y el paciente obedecía, a una relación menos asimétrica entre dos personas responsables y autónomas. Por otro lado los grandes avances científico-técnicos nos llevan a cuestionarnos si se debe hacer todo lo técnicamente posible, todo lo que se puede. El tercer elemento implicado es el acceso igualitario a la sanidad y la obligación de hacer una distribución equitativa de unos recursos que son limitados.^{1,2}

En este escenario, para prestar una asistencia de calidad a nuestros pacientes no basta con una buena formación científico-técnica. Esta es una condición necesaria pero no suficiente. Es necesario introducir en nuestros razonamientos el respeto a la autonomía de las personas, que no queda invalidada por el hecho de vivir una situación de vulnera-

bilidad como es la enfermedad. Pero esto puede generar conflictos cuando el paciente nos reclama algo que no nos parece apropiado o rechaza algo que los profesionales le aconsejamos. Por otra parte, en un sistema sanitario público, con recursos limitados, los médicos clínicos también tenemos una importante función como gestores de recursos. Así cuando prescribimos un determinado fármaco cuya indicación no está muy clara, o cuando un paciente nos solicita una prueba complementaria que creemos que no está indicada o cuando accedemos a enviarlo a una consulta especializada sólo porque él nos lo pide, estamos invirtiendo recursos de forma inapropiada, dejando de invertirlos en mejorar otras situaciones que claramente son deficitarias.³ La bioética surge para intentar dar respuesta a los conflictos o problemas que plantean las ciencias de la vida. La capacidad de mejora en la asistencia sanitaria guarda una estrecha relación con el respeto a los principios bioéticos. Fig. 1 En la práctica clínica la bioética nos proporciona un método que nos va a permitir analizar los casos en los que se detectan conflictos éticos, para tomar decisiones pruden-

Figura 1: capacidad de mejora en la asistencia sanitaria y su relación con los principios de la Bioética.

La capacidad de mejorar la asistencia sanitaria por parte del profesional sanitario implica un esfuerzo para reforzar cada uno de los tres pilares de este "trípode": mejoría en la formación científico-técnica, respeto a la autonomía de los pacientes y gestión eficiente de recursos. Cada uno de estos pilares se relaciona con alguno de los principios de la bioética; así la mejoría en la formación científico técnica tiene que ver con los principios de No Maleficencia y Beneficencia. El respeto a la Autonomía de los pacientes con los principios de Autonomía y Beneficencia y por último la gestión eficiente de los recursos con el principio de Justicia.



tes. Cuando atendemos a un paciente seguimos un método como es la realización de la historia clínica para llegar a un diagnóstico y a un tratamiento. Esto es la deliberación clínica, aquella que el profesional realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto. Del mismo modo es necesario aprender la deliberación ética. La deliberación ética no es fácil, muchos no saben deliberar y otros no creen que sea necesario o importante. Al igual que en la clínica hay profesionales que toman decisiones en acto reflejo, apelando al "ojo clínico", sin pasar por el proceso de evaluación del paciente, también cuando surgen conflictos éticos hay profesionales que se creen dotados de "olfato moral" y que creen saber la respuesta ya de antemano sin necesidad de deliberación. Las decisiones que se toman sin deliberación suelen estar influidas por las emociones y éstas suelen llevar a adoptar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales. Para evitar caer en estas posturas extremas debemos someter cada caso a un análisis crítico, que debe constar siempre de unos pasos básicos, que son los siguientes: presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión; discusión de los aspectos clínicos de la historia; identificación de los problemas éticos que presenta; elección del problema ético que nos preocupa y que queremos que se analice; identificación de los valores en conflicto; identificación de los cursos extremos de acción; búsqueda de los cursos intermedios; análisis del curso de acción que consideramos óptimo; toma de una decisión final y por último comprobación de la consistencia de dicha decisión, sometiéndola a la prueba de

la legalidad (¿es legal esa decisión?), a la de la publicidad (¿estaríamos dispuestos a defenderla públicamente?) y a la de la consistencia temporal (¿tomaríamos la misma decisión en caso de esperar unas horas o unos días?).⁴

La formación en bioética resulta fundamental, por tanto, como ayuda al clínico para la resolución de conflictos éticos. Pero además, de manera refleja, ayuda a mejorar otros aspectos de la asistencia clínica diaria. Por una parte, al aplicar el método deliberativo siempre comenzamos con el análisis de los hechos, de los datos clínicos de un caso y a veces al hacer esto nos encontramos con que no estamos ante problemas éticos sino ante errores técnicos y su identificación nos puede ayudar a corregirlos. En este sentido el análisis ético actúa como un estímulo para la formación continuada y por tanto contribuye a mejorar la formación científico-técnica. Por otra parte la bioética estimula la formación del profesional en habilidades de comunicación. Estas son una herramienta fundamental a la hora de la aplicación real del consentimiento informado, del manejo de las situaciones de conflicto y en otras cuestiones relacionadas directamente con la bioética, como puede ser la valoración de la capacidad.

Bibliografía

1. Altisent R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8 (1): 63-73.
2. Garrido Sanjuán JA. La bioética como herramienta de ayuda para el análisis de conflictos éticos. En: Acortar la muerte sin acortar la vida. Madrid: PPC; 2006: 19-36.
3. Carballo F, Júdez J, Abajo F, Violan C. Uso racional de recursos. Med Clin 2001; 117 (17): 662-675.
4. Gracia D. La deliberación moral el método de la ética clínica. Med Clin 2001; 117 (1): 18-23.

Enfermedades Crónicas: un reto pendiente para o Sistema Nacional de Saúde

Chronic Diseases: a challenge for the National Health System

Félix Rubial Bernárdez

Presidente do Comité Científico. II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

O extraordinario incremento acadado na esperanza de vida ao longo do século XX trouxo consigo unha serie de consecuencias para as que os sistemas de saúde están pouco preparados. Unha delas é o rápido crecemento na prevalencia de enfermidades crónicas e incurables, que pasaron a constituír o principal reto ao que deben enfrontarse as políticas de saúde do século XXI, tanto polo seu impacto directo como polas súas repercusións. Segundo datos da Organización Mundial da Saúde (OMS), as enfermidades do aparello circulatorio, a diabetes, o cancro e as enfermidades respiratorias crónicas causaron aproximadamente 35 millóns de mortes en 2005, o que representa un 60% da mortalidade total. Ademais, e contra o que se podería pensar, o 80% desas mortes producíronse en países con niveis de renda baixos e medios, o que está a ampliar aínda máis as desigualdades en saúde vinculadas ao grao de desenvolvemento. Estes feitos, xunto coa constatación de que a ameaza das condicións crónicas pode ser abordada con solucións existentes de eficacia probada e altamente custoefectivas, fixeron que a OMS iniciase unha estratexia global para a abordaxe das enfermidades non transmisibles. Esta estratexia artéllase a través dun plan de acción que ten por obxectivo a modificación de catro condicións e factores de risco nas que moitas delas teñen a súa orixe: unha dieta pouco saudable, a inactividade física, o consumo de tabaco e o consumo de alcol.

Un recente informe da Unión Europea incide no peso das enfermidades crónicas como causa de mortalidade e morbilidade no vello continente, e atribúe ás mesmas un 77% dos anos de vida axustados por discapacidade (DALY's) e un 86% das mortes prematuras. Fai así mesmo fincapé, na crecente carga que representarán condicións como a diabetes e a depresión e sobre todo a demencia.

En España existen estudos que revelan que un 80% das consultas de Atención Primaria e un 60% dos episodios de hospitalización son debidos a enfermidades crónicas, que representan globalmente un 70% do gasto sanitario. Esta situación é aínda máis delicada naquelas Comunidades Autónomas con poboación envellecida, xa que nas persoas maiores de 65 anos a posibilidade de sufrir varias enfermidades crónicas simultaneamente podería elevarse até un 25%. Estamos, por tanto, ante unha auténtica pandemia de consecuencias e duración impredecibles.

Cambios fronte á nova realidade

Parece evidente que este cambio de patrón epidemiolóxico supón unha nova realidade para os servizos de saúde. Pero non é este o único cambio que cómpre entender e afrontar. Tecnoloxías e pacientes teñen experimentado cambios moi relevantes nos últimos tempos. Os pacientes son cada vez máis activos na toma de decisións, mellor informados, máis esixentes, con expectativas crecentes non sempre satisfeitas. Pola súa banda, a tecnoloxía ofrece maiores e mellores aplicacións de apoio á decisión clínica, á planificación de intervencións, aos telecoidados, ou ao uso compartido da información; circunstancias todas elas que supoñen unha enorme oportunidade para cambiar o modelo e transformar un sistema que cura nun sistema que cuida. Na actualidade o modelo asistencial imperante –reactivo, episódico e hospitalocéntrico– está organizado para tratar eficazmente as fases agudas das enfermidades, pero xestiona deficientemente as condicións que necesitan coidados prolongados ou desenrolar unha medicina proactiva e preventiva.

Dende o ano 2000, a OMS traballa nun marco conceptual que permita reorientar os actuais sistemas de saúde cara outros que respondan ás necesidades do paciente crónico. Este programa denomínase *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC), e prantexa un modelo de atención para as enfermidades crónicas baseado no *Chronic Care Model* (CCM) desenrolado por Wagner e colaboradores do *McColl Institute for Healthcare Innovation*, no que aspectos como a prevención e o diagnóstico precoz, o papel das novas tecnoloxías, os novos profesionais e as novas responsabilidades, etc., incorpóranse como elementos clave da atención. Máis recentemente, en febreiro de 2009, na conferencia “*Securing Europe's Healthcare Future*” celebrada en Praga promovida e amparada pola Unión Europea, foi presentado o documento “*Managing Chronic Disease in Europe*” coordinado polo Prof. Busse da Universidade de Berlín. O citado informe fixa o foco de actuación con respecto ás enfermidades crónicas no noso entorno, e ademais de incidir en aspectos xa descritos introduce novos elementos que deberemos contemplar como a farmacoterapia personalizada ou a incentivación adecuada dos profesionais.

Entre ambos os dous documentos de referencia son moitos os estudos e propostas que se teñen publicado refren-

dando unhas ou outras actuacións. Non obstante parece existir coincidencia en que unha das claves do éxito pasa pola actuación simultánea sobre varias delas. De seguido presentamos o decálogo das máis importantes:

1.- Apoio a un cambio de modelo.

A diminución das enfermidades transmisibles e o envellecemento poboacional, entre outras, ten producido un incremento das condicións dexenerativas e crónicas e un desequilibrio entre os problemas de saúde máis prevalentes e o tipo de atención que se dispensa, axeitado para a atención á patoloxía aguda, pero ineficaz ante a cronicidade. É imprescindible un cambio do modelo asistencial que se adapte a esta nova realidade.

2.- Manexo do entorno político.

O proceso de cambio debe ser impulsado dende o entorno político, facilitando que pacientes, familiares, clínicos, xestores, etc., se incorporen decididamente ao mesmo dende as súas respectivas responsabilidades, de xeito que todos se orienten na mesma dirección.

3.- Desenrolo da atención integrada.

A integración baséase no feito de que habitualmente o manexo das condicións ou enfermidades crónicas non pode facerse de xeito illado. Constitúe o elemento básico do modelo e fundaméntase en cinco piares: a visión global do sistema de saúde, o enfoque poboacional, a coordinación de servizos, a continuidade da asistencia e a atención centrada no paciente. Presta especial atención aos elementos de interacción entre organizacións, profesionais e pacientes. Os resultados agardados dos servizos integrados son melloras en saúde, maior calidade na atención, menor ineficiencia e maior satisfacción en usuarios e profesionais.

A complexidade e variedade de persoas que precisan coidados esixe un grande esforzo de coordinación que non emerge espontaneamente e que é preciso impulsar dende a Administración Sanitaria, demarcando responsabilidades e competencias de xeito concreto e habilitando as actividades formativas necesarias para que todos os profesionais implicados cumbran a súa misión efectiva e eficientemente.

4.- Aliñamento das políticas sectoriais para a saúde.

Resulta clave a implementación de políticas e intervencións cun enfoque intersectorial como poden ser as de tipo regulatorio. Un exemplo da súa efectividade atopámo-lo, por exemplo, na normativa sobre o tabaco.

5.- Un papel máis eficaz dos profesionais da saúde.

Os cambios descritos esixen un cambio cultural e unha adaptación dos profesionais á nova realidade, potenciando capacidades como o traballo en equipos multidisciplinares e multiespecialidade (no caso do persoal facultativo), fomentando a xestión por procesos, reducindo a variabilidade, ou incorporando decididamente as novas tecnoloxías da información e da comunicación nas rutinas de traballo. Tamén será preciso contemplar

a aparición e desenrolo de novos perfís profesionais e a difuminación das liñas de demarcación entre as existentes, o que pode constituír unha grande oportunidade para axustar oferta e demanda asistencial. Todos os autores consideran imprescindible o novo papel da enfermería neste terreo, con figuras como a enfermería de enlace, a enfermería comunitaria ou a enfermería xestora de casos.

Así mesmo deberán establecerse sistemas de incentiación que reforcen a continuidade de coidados e que recoñezan o papel do equipo multidisciplinar marcando incentivos para todos os seus membros e aliñándoos na mesma dirección, evitando diferenzas e frustracións.

6.- Atención centrada no paciente e no seu entorno familiar.

No manexo das condicións crónicas é imprescindible reforzar a responsabilidade central do paciente, asegurando que el mesmo se converte no mellor xestor da súa enfermidade. Moitas destas patoloxías requiren de modificacións dos estilos de vida dos enfermos, polo que autocontrol e autocoidado son elementos a desenrolar. Pacientes e familias deben adoptar un papel moito máis activo na atención, aunque para iso deberán dispoñer do necesario apoio e soporte.

7.- Xeración de apoio para o paciente no seu entorno social.

O coidado dos pacientes non debe reducirse ás fases de interacción directa co sistema sanitario, senón que é preciso o apoio no entorno domiciliario e o traballo comunitario. A educación sanitaria convértese nunha compoñente que é preciso reforzar.

8.- Énfase na prevención e na detección precoz.

A maioría das condicións crónicas, incluídas as súas complicacións son prevenibles, ou cando menos permiten controlar certas reagudizacións e ralentizar o deterioro que algunhas destas patoloxías conleva. Cómpre combinar estratexias preventivas individuais e poboacionais que resulten eficaces na modificación de comportamentos non saudables.

9.- Aplicación das novas tecnoloxías.

A irrupción definitiva das novas tecnoloxías, tanto no ámbito da información e da comunicación como da propia asistencia, son elementos de apoio fundamentais para o cambio de modelo. O acceso sinxelo á toda a información asistencial do paciente no momento e lugar no que precise, a prescrición electrónica, a telemedicina, a telemonitorización, os telecoidados, etc., constitúen exemplos significativos e consolidados de posibles dispositivos e actuacións que permiten o mellor control dos pacientes con patoloxía crónica, proporcionando soporte efectivo e eficiente.

10.-Establecemento de medidas de avaliación.

A avaliación das actuacións debe constituír unha parte indisoluble dos programas de mellora do manexo das enfermidades crónicas. Efectuarase dacordo cos estándares comunmente aceptados, baseados na evi-



Spectracef[®]

cefditoren (pivoxilo)

En pacientes con **exacerbación de la EPOC o NAC**¹

Spectracef[®] consigue **altas tasas de erradicación bacteriológica** de los principales patógenos implicados en estas infecciones del tracto respiratorio inferior²

Spectracef[®] presenta **buen perfil de tolerabilidad**^{3,4}

Spectracef[®] es una apropiada terapia secuencial^{5,6}

2 tomas **día**¹ 

RECOMENDADO POR:

SEPAR-ALAT⁷
Guía SANFORD⁸



www.centrodeinformación-gsk.com

902 202 700
es-ci@gsk.com



GlaxoSmithKline

dencia e a ser posible monitorizarán aspectos relacionados tanto con estrutura e proceso, como, a ser posible, cos resultados.

II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

Neste escenario cambiante xorden experiencias e iniciativas a distintos niveis coa finalidade de proporcionar respostas e abrir camiños ante o reto das condicións crónicas. Coa finalidade de dar voz a esas estratexias, modelos e intervencións e traballar conxuntamente na dirección correcta celebrárase en Santiago de Compostela o “II Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico” (www.cronicos-compostela2010.org), que terá lugar o 25 e 26 de febreiro de 2010. Baixo o lema “Caminando juntos para mejorar los cuidados del paciente crónico” pretendemos consolidar un foro de participación no que compartamos e analicemos dende unha óptica multidisciplinar todos aqueles aspectos que nos axuden a acadar o obxectivo.

Non podería rematar sen facer aínda que só sexa unha breve mención ao papel que os médicos especialistas en Medicina Interna veñen desempeñando no manexo dos pacientes con patoloxías crónicas, da pluripatoloxía e da complexidade, ou como profesionais de soporte para a toma de decisións no primeiro nivel asistencial. Son moitas as experiencias específicas que dirixidas ou participadas por internistas veñen tendo lugar na mellora da xestión asistencial da cronicidade,

e son moitas tamén as iniciativas que se están a levar en Galicia. Atrévome, por tanto, a solicitarvos a vosa participación neste Congreso, e especialmente a que nos fagades chegar as vosas liñas de traballo ao respecto a través das vosas comunicacións. Poucos especialistas como os internistas teñen acadado como colectivo o grao de convencemento que tendes acadado vós con respecto á necesidade de consolidar un cambio de modelo. E cómpre compartir coñecemento para seguir avanzando xuntos no camiño correcto.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Report by the General Director. Geneva: WHO; 2000.
2. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. May meeting report. Geneva: WHO; 2001.
3. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patient with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74 (4): 511-44.
4. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Report by the General Director. Geneva: WHO; 2007.
5. Bengoa R, Nuño R (eds). *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
6. Busse, R, Blümel M, Scheller-Kreisen D, Zentner A. *Managing Chronic Disease in Europe. Securing Europe's Healthcare Future Conference.* Prague: 2009.
7. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. www.risai.org. 2009.
8. Ham C. Chronic Care in the English National Health Service: Progress and Challenges. *Health Affairs*, 2009, 28 (1): 190-201.
9. Hernández C, Jansa M, Vida IM, Núñez M, Bertrán MJ, García-Aymerich J, Roca J. The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: a cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *Q J Med*, March 2009, 91: 755-766.

Bibliosaúde: la biblioteca virtual del sistema sanitario público gallego

Bibliosaúde: the virtual library of the galician public health system

Grupo Técnico BiblioSaúde*

* Sobrido Prieto M^{a1}, González Guitián C¹, Gutiérrez Couto U², Rodríguez Otero MC³, Cibeira Badía M⁴, Cabana Insua T⁵, Fernández Corral B⁶, Osorio Calles J¹, Pazo Martínez RM⁴, Sanmartín Reinoso Y⁴, Casal Acción B⁸, Pérez Rodríguez U⁹, Loroño Mondragón S¹⁰, Delgado Rey C¹¹, Rodríguez Currais L¹², Carrera Carreiro J¹².

¹Biblioteca Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Biblioteca. Area Sanitaria de Ferrol. Hospital Arquitecto Marcide. ³Biblioteca. Complejo Hospitalario de Ourense. ⁴Biblioteca. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Biblioteca. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ⁶Servizo de Documentación, Publicacións e Estudos. Consellería de Sanidade. ⁷Biblioteca. Complejo Hospitalario de Pontevedra. ⁸Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. ⁹Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria. ¹⁰Biblioteca. Hospital do Salnés. ¹¹Biblioteca. Hospital da Costa de Burela. ¹²Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información. Consellería de Sanidade.

Resumen

Bibliosaúde es la biblioteca virtual del sistema sanitario público gallego para apoyar la actividad asistencial, docente e investigadora.

Son muchos y variados los recursos que se ofrecen: acceso a diferentes bases de datos, colección de revistas o a diferentes libros en formato electrónico, monografías o a otras herramientas de gran interés para el profesional, como calculadoras clínicas, gestores de referencias bibliográficas o bancos de imágenes, entre otros. Bibliosaúde ofrece una serie de servicios: catálogo de libros y de revistas de todas las bibliotecas de la red del Servicio Galego de Saúde y la opción de Solicitud de artículos permite solicitar artículos no accesibles a través de la plataforma a su biblioteca de referencia o formación de usuarios. Bibliosaúde dispone de un buscador propio, denominado Mergullador que da acceso a los recursos desde fuera de la institución. Bibliosaúde no ha dejado de crecer en su oferta de recursos y servicios. En este proceso de mejora continua, son varias las propuestas de trabajo que está previsto realizar en un futuro próximo.

Palabras clave: biblioteca virtual, internet, Galicia, servicios de información.

Abstract

Bibliosaúde is the virtual library of the Galician public health care system to support the healthcare, teaching and research activity

Many and varied are the resources offered: access to different databases, journals collections, electronic books, monographs and or other tools of great interest for the professional, such as clinical calculators, references managers or image banks, among others. Bibliosaúde offers a range of services such as books and journals catalogue from the Galician Healthcare System network of libraries. The option "Article request" allows asking for items not available through the platform to your reference library or training. Bibliosaúde has its own search engine, called Mergullador, which offers access to those resources outside the institution. Bibliosaúde's resources and services have continuously been increasing. In this process of constant improvement, there are several working proposals planned in the near future.

Keywords: Digital library, internet, Galicia, information services.

Bibliosaúde¹ es la biblioteca virtual del sistema sanitario público gallego. Nace con el objetivo de establecer las bases para una adecuada gestión del conocimiento y garantizar el acceso de sus profesionales a una serie de servicios y recursos documentales y de este modo apoyar la actividad asistencial, docente e investigadora.

Esta iniciativa surge en 2008 auspiciada por la Subdirección Xeral de Investigación e Docencia, con la colaboración de la Vicesecretaría de la Consellería, la Subdirección Xeral de Tecnoloxías da Información y ha sido desarrollada por un grupo técnico de profesionales compuesto por los responsables de todas las bibliotecas del sistema sanitario de Galicia, un técnico de la Subdirección Xeral de Investigación e Docencia, personal informático y dos documentalistas de AVAIA-T.

En la actualidad se ha formalizado su dependencia estructural orgánica desde la Secretaría Xeral de la Consellería, mediante la publicación del decreto 310/2009 (2)

La aparición de Bibliosaúde viene a transformar y eliminar una serie de obstáculos con que el profesional se encontra-

ba en el acceso a la información científica. La consulta a los recursos estaba restringida a las bibliotecas de los grandes centros hospitalarios o a la intranet de estos. Los centros de primaria y la mayor parte de los hospitales comarcales, no disponían de biblioteca propia y por tanto no podían acceder a información científica.

Bibliosaúde aporta al sistema sanitario público gallego múltiples recursos y servicios, de gran utilidad para la práctica profesional diaria.

Son muchos y variados los recursos que a través de Bibliosaúde se ofrecen:

Permite el acceso a diferentes bases de datos tanto gratuitas como suscritas por el Servicio Galego de Saúde, de diferentes ámbitos temáticos. Sobre todas ellas destacan dos bases de datos:

MEDLINE-PubMed es la base de datos bibliográfica de referencia médica. Elaborada por la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos, abarca los campos de medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública etc. Bi-

bliosaúde ofrece el acceso a PubMed, un sistema de búsqueda que proporciona acceso a MEDLINE y a las diferentes bases de datos compiladas por la Biblioteca Nacional de Medicina.

Por otra parte, Embase (Excerpta Medica Database) es una base de datos bibliográfica producida por Elsevier, con especial incidencia en psicología, farmacología y toxicología. Junto a estas dos potentes bases de datos, Bibliosaúde oferta el acceso a otras bases de datos de gran interés. Así en el campo farmacológico, cabe destacar la suscripción de International Pharmaceutical abstracts (IPA) y Micromedex, en psicología de Psycinfo y en Enfermería de Ciber Index que ofrece acceso a la base de datos Cuiden Plus. Cabe destacar el acceso a la plataforma Web of Knowledge, que permite acceder a diferentes bases de datos como Science Citation Index, Current Contents, o el Journal Citation Reports entre otras, así como el uso del gestor bibliográfico Endnote de forma gratuita e individual.

Uno de los capítulos más importantes de Bibliosaúde, lo constituyen la colección común de revistas de más de 1700 títulos. En ellos se incluyen revistas tanto Open Access como revistas suscritas por Bibliosaúde (más de 300 títulos).

Asimismo permite el acceso a diferentes libros en formato electrónico, monografías de referencias entre las que cabría destacar la versión en español del Harrison de medicina interna, así como i-Medicinas. Este recurso en realidad se constituye como un conjunto de publicaciones farmacológicas y médicas destacadas como el Martindale: Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica, Stockley Interacciones Farmacológicas, Stockley Alertas de Interacciones.

Además de todos estos recursos de uso habitual, Bibliosaúde ofrece acceso a otros recursos de gran interés, como bases de datos especializados en guías de práctica clínica. Cabe destacar el acceso a los llamados recursos para la toma de decisiones clínicas, herramientas diseñadas para la recuperación de evidencias desde el punto de atención al paciente. Responden preguntas simples acerca de hechos básicos de una enfermedad. Cabe destacar el Clinical Knowledge of Summaries (conocido como CKS) elaborado por el Instituto de salud inglés, el E-Medicine, Clinical Evidence o Fisterrae.

Además Bibliosaúde ofrece otras herramientas de gran interés para el profesional, como calculadoras clínicas, programas específicos para la gestión de referencias bibliográficas o bancos de imágenes, entre otros.

Junto a los recursos ofertados, Bibliosaúde ha querido ir más allá ofreciendo una serie de SERVICIOS que tradicionalmente sólo se ofrecían en las bibliotecas presenciales.

- Permite la consulta del catálogo de libros y de revistas de todas las bibliotecas de la red del Servicio Galego de Saúde y en el caso de no estar disponible en la biblioteca de referencia está disponible la opción de solicitud en préstamo.

- La opción de Solicitud de artículos es uno de los servicios más demandados por los usuarios ya que permite solicitar artículos no accesibles a través de la plataforma a su biblioteca de referencia, sin necesidad de desplazarse a la biblioteca. Esta opción está disponible a través de Bibliosaúde, o desde la propia página del Pubmed. Gracias a los gestores de enlaces, si nos encontramos en Pubmed, en una referencia no disponible, se ofrece la posibilidad de solicitar directamente el artículo.
- La formación de usuarios en el uso de recursos documentales dado que la información científica representa un recurso para la mejora de la calidad asistencial, la docencia y la investigación. Con la aparición de Bibliosaúde, se ha tratado de incorporar esta función a un entorno virtual, creando cursos en línea, elaborando manuales y guías de uso... Tres son las líneas de trabajo que se ofrecen; formación presencial, en donde se informa de los cursos previstos y/o impartidos en los diferentes centros del Servicio Galego de Saúde, formación virtual, diseñada por la Consellería de Sanidade, y elaboración de manuales y guías de uso que puedan orientar al usuario sobre como emplear determinados recursos documentales.

¿Cómo puedo consultar Bibliosaúde desde mi casa?

Bibliosaúde dispone de un buscador propio, denominado Mergullador³ que da acceso a los recursos desde fuera de la institución. El acceso al Mergullador presenta dos modalidades de acceso: acceso básico universal para las personas ajenas a la Consellería de Sanidade (sólo tendrán acceso a recursos gratuitos) y acceso completo restringido a los trabajadores de la institución. El reconocimiento se realizará mediante las mismas contraseñas que se utilizan para acceder al correo electrónico.

El Mergullador se estructura en 5 grandes apartados, de acuerdo a las posibilidades de búsqueda y recursos ofertados:

a.-Buscar recursos-e: Localiza recursos electrónicos como bases de datos, libros electrónicos, portales, etc. Permitirá enlazar a la web propia del recurso -aun en el caso de que necesite suscripción ya que este sistema redirecciona como si estuviésemos trabajando desde la propia institución, tras habernos identificado con nuestro usuario y contraseña institucionales, o bien si el recurso tiene una lupa, nos permitirá buscar directamente desde la plataforma del Mergullador, sin necesidad de cambiar de pantalla. Ofrece varias opciones de búsqueda a través de las diferentes pestañas, tal y como se muestra en la imagen; por Título (barra A-Z o por un buscador), por Materia (sistema clasificador de materias y submaterias) o desde la pestaña Buscar (localiza un recurso por uno o varios criterios de búsqueda como título, proveedor, materia, etc).

Figura 1: pantalla de búsqueda de recursos-e



b.- Buscar revistas-e permite localizar revistas-e suscritas por la Consellería de Sanidade, de Acceso Abierto (conocidas como Open Access) o de acceso gratuito. Ofrece varias posibilidades de búsqueda: por título, materia, búsqueda avanzada. Además ofrece el llamado localizador de artículos, que permite completar una referencia en el caso de que esté incompleta.

Una vez localizada la revista y comprobado su acceso al texto completo (en los resultados aparecerán, junto a la revista, el proveedor y años disponibles), se mostrará una pantalla que permite acceder al artículo completo rellenando los datos bibliográficos. En el caso de que la revista no esté suscrita, la plataforma oferta la posibilidad de solicitar el documento a la biblioteca de referencia a través de la opción solicitud de artículos.

Además, y gracias al desarrollo de esta plataforma y a la implantación de los llamados gestores de enlaces, se accede a los textos completos de revistas suscritas por Bibliosaúde, directamente desde bases de datos como pubmed y las plataformas de OvidSP: Embase, IPA, PsycINFO y la plataforma de revistas electrónicas. Cada una de las revistas presentes en estos recursos aparecerán claramente identificadas con el logo de la Xunta. Si hay texto completo lo enlaza y si no, da acceso a los servicios, como el formulario de solicitud del artículo a la biblioteca de referencia.

Figura 2: pantalla de búsqueda de revistas-e



En los últimos meses se ha llevado a cabo una importante mejora de los servicios disponibles, como la búsqueda a través de google scholar de recursos suscritos y accesibles a través de Mergullador. Para la personalización del google académico y su enlace con los fondos de las revistas de Bibliosaúde, es a través del enlace <http://scholar.google.es/mergullador.sergas.es:2048/>. Una vez activada la personalización, junto al listado de resultados aparecerá un icono de FULL TEXT BIBLIOSAÚDE. Desde aquí se podrá acceder al menú de servicios de SFX de Mergullador: texto completo, acceso al resumen de pubmed, ampliación de la búsqueda en Google académico o en Google books del texto completo, formulario de solicitud del artículo a su biblioteca de referencia, factor de impacto...

c.- Metabúsqueda: Permite realizar consultas simultáneas en varios recursos-e seleccionados por el propio usuario (hasta un total de 10), situados en diferentes carpetas o materias. Aunque puede resultar más complejo, es el más flexible y con mayor potencialidad para personalizar las consultas de los usuarios más avanzados. Varias son las posibilidades de búsqueda disponibles:

Figura 3: pantalla de metabúsqueda



d.-La búsqueda por categorías permite buscar información en un conjunto predefinido de recursos. Se constituye como la mejor opción para localizar de forma rápida y sencilla artículos, libros, tesis, etc. sobre una materia. Cada categoría contiene los recursos más importantes en un área temática. Esta opción ofrece dos pestañas que permiten realizar la búsqueda de modo simple o Avanzada.

Figura 4: pantalla de búsqueda por categorías



Figura 5: pantalla personalizada de "mi espacio"

e-Shelf

Formato tabla Formato detallado Formato completo

Carpeta: **Basket (93)** 🔍 🏠 ⚙️ **Avanzada**

1-20 de 93 Registros Seleccionados Anterior Siguiete

Seleccionar todo | Vaciar todo

No.	Autor	Título	Recurso	Acciones
<input type="checkbox"/>	1. Harel-Meir, Michal	Tobacco smoking and autoimmune rheumatic diseases.	PubMed	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	2. Su, Ben	Ischemia heart disease and greater waist circumference are risk factors of renal function deterioration in male govt patients.	PubMed	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	3. Dehart,William Kelly	A rare case of melanoma recurring as subcutaneous metastatic melanoma with overlying ecchymoses.	PubMed	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	4. Frampton J E.	Celecoxib: A review of its use in the management of arthritis and acute pain	EMBASE, Excerpta Medica (Ovid)	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	5. Liu Y.	Does direct-to-consumer advertising affect patients' choice of pain medications?	EMBASE, Excerpta Medica (Ovid)	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	6. Smith Trevor	Alcohol and breast cancer.	CancerLit	🔍 📄
<input type="checkbox"/>	7. Hegelein Maria	Dietary phytoestrogens are not associated with risk of overall breast cancer but diets rich in coumestrol are	CancerLit	🔍 📄

e.Mi Espacio. Es el área personalizable del Mergullador, accesible solo para usuarios identificados del sistema sanitario público gallego. Dado que se trata de un área personalizable, permite organizar y clasificar la información en carpetas, enviar la información por correo electrónico, establecer preferencias y alertas o exportarlos a un gestor de referencias, guardar los accesos directos de nuestras revistas favoritas:

Perspectivas de futuro

Desde su inauguración en octubre de 2008, y con el fin de facilitar el acceso a la información científica a los usuarios de la Consellería de Sanidade, Bibliosaúde no ha dejado de crecer en su oferta de recursos y servicios. En este proceso de mejora continua, son varias las propuestas de trabajo que está previsto realizar en un futuro próximo.

Fruto del esfuerzo por la mejora continua, han surgido numerosos productos como la integración de otros recursos en la red: Google Scholar o el enlace a través de SFX de las revistas con del factor de impacto del Journal Citation Reports. En la actualidad, el acceso a través de Mergullador tan sólo contempla la colección de recursos comunes de la Consellería, pero no el acceso a las colecciones individuales de cada uno de los centros. Actualmente se está trabajando por la integración de suscripciones Individuales. Además de esta colección común, las suscripciones individuales estarían recogidas en la plataforma. Con el simple reconocimiento de

claves, la plataforma identificaría el centro de cada usuario y ofrecería acceso a dichas suscripciones individuales de modo adicional.

Junto a los proyectos de mejora, destaca sobre todos ellos la creación de un repositorio institucional, común a todo el Servicio Galego de Saúde. Se trata de una archivo digital que gestiona y almacena los trabajos elaborados por todos los trabajadores del Servizo Galego de Saúde. Su puesta en marcha conllevará numerosas ventajas, tanto para la institución como para sus investigadores. Por un lado, la publicación en acceso abierto producirá un cuantioso aumento de la visibilidad de los trabajos científicos del personal investigador. Desde el punto de vista de la institución, el repositorio facilitará la organización y gestión de las publicaciones, así como su preservación.

Se está trabajando en una importante mejora de los servicios disponibles, como la creación de servicios de boletines especializados de información de gestión sanitaria o el formulario de solicitud de búsquedas bibliográficas.

Bibliografía

1. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. BiblioSaúde [Internet]. Servicio Galego de Saúde; 2009 [acceso 6/7/2009]. Disponible en: <http://bibliosaude.sergas.es>
2. Decreto 310/2009, de 28 de mayo de la Comunidad Autónoma de Galicia, por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad. Diario Oficial de Galicia, nº 124 (5 de junio de 2009).
3. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Mergullador [Internet]. Servicio Galego de Saúde; 2009 [acceso 6/7/2009]. Disponible en: <http://mergullador.sergas.es>

Figura 6: menú de servicios de SFX de Mergullador

<http://biblioteca.sergas.es> - SFX by Ex Libris Inc. - Microsoft Internet Explorer

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Título: Stroke.
Fuente: The Lancet [0140-6736] Davis Año:2008 vol.:371 iss:9624 pág.:1612 -23

🔍 Texto completo disponible via ELSEVIER

🔍 Resumen disponible en PubMed del NCBI

🔍 Búsqueda de información en Google Scholar

Article Title

Términos de la búsqueda:

🔍 Factor de impacto Factor de impacto 2008
Nota:28.409

© 2009 SFX by Ex Libris Inc.

Espondilodiscitis por “*Staphylococcus lugdunensis*”

Spondylodiscitis caused by “Staphylococcus lugdunensis”

Ricardo Fernández Rodríguez, Ignacio Soto Iglesias, Rocío del Carmen Gómez Fernández, María Bustillo Casado, Pedro Prieto Casal*, Ovidio Fernández Álvarez

Servicio de Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Servicio de Radiología*. Hospital Cristal. Complejo Hospitalario de Ourense

Staphylococcus lugdunensis es un estafilococo coagulasa negativo (SCN) descrito por primera vez en 1988 en la ciudad de Lyon. Es comensal de la piel, en especial en la zona perineal, y actualmente es reconocido como patógeno en un amplio espectro de infecciones: endocarditis, sepsis/bacteriemias, infecciones asociadas a catéter y a prótesis intravasculares, infecciones de piel y tejidos blandos, mastitis, artritis y osteomielitis, infecciones urinarias, infecciones del sistema nervioso central, peritonitis asociadas a diálisis, endoftalmítis postquirúrgicas y conjuntivitis, otitis, ... entre otras. En todas ellas *S. lugdunensis* es una etiología infrecuente, a menudo de adquisición nosocomial y relacionado con estados de inmunodepresión, aunque también puede ser responsable de infecciones comunitarias y en individuos sanos^{1,3}. Las infecciones que causa se asemejan más a las producidas por *S. aureus* que a las ocasionadas por otros SCN; destaca el curso agresivo de las endocarditis que a menudo requieren tratamiento quirúrgico^{4,5}. Son excepcionales los casos de infecciones óseas o articulares por *S. lugdunensis*; presentamos una espondilodiscitis por este germen en una paciente previamente sana.

Mujer de 54 años que consulta por lumbalgia de 1 mes de evolución. No refería síndrome constitucional ni sensación febril. Exploración: Tª 37°C, auscultación cardíaca normal, existía dolor a la presión en apófisis espinosa de L3 y L4. La exploración neurológica era normal. PPD (+) 18 mm. Hemograma: 4600 leucocitos /µl, Hb 12,2 g/dl, VSG 25 mm. Rx de Tórax: normal. Rx de columna: rectificación lumbar sin otras anomalías. RMN lumbar (FIG 1): Hallazgos sugestivos de espondilodiscitis con irregularidad de los platillos vertebrales, alteración de la señal de la esponjosa ósea en L3 y L4, e hiperseñal en T2 del disco intervertebral. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Serología a Brucella: negativa. Se procedió a punción-biopsia discal percutánea guiada por TAC. En la extensión de la muestra se observaron polimorfonucleares y cocos Gram (+); se cultivó *S. lugdunensis* sensible a ciprofloxacino, gentamicina, rifampicina, eritromicina, linezolid y glicopéptidos, resistente a cloxacilina y amoxicilina-clavulánico. En el estudio anatomopatológico no había granulomas. La tinción de auramina fue negativa y el cultivo de Lowenstein resultó negativo a las seis semanas. Se realizó ecocardiograma transtorácico que fue normal. Se indicó tratamiento con levofloxacino 500 mg vía oral / 24 h y

Figura 1: RM con secuencias sagitales ponderadas T1 (a) y T2 (b): Hallazgos sugestivos de espondilodiscitis con irregularidad de los platillos vertebrales, alteración de la señal de la esponjosa ósea e hiperseñal en T2 del disco intervertebral.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA:** SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido recubierto con película contiene 200 mg de cefditoren, correspondientes a 245,1 mg de cefditoren pivoxilo. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido recubierto con película contiene 400 mg de cefditoren, correspondientes a 490,2 mg de cefditoren pivoxilo. **Excipientes:** Núcleo: Caseinato de sodio, croscarmelosa de sodio, manitol E421, tripolifosfato de sodio, estearato de magnesio. Cubierta: Opadry Y-1-7000 (hipromelosa, dióxido de titanio E171, macrogol 400) y cera carnauba. **Tinta de impresión OPACODE S-1-20986 azul** (goma de barniz, laca azul brillante, dióxido de titanio E171, propilenglicol, solución concentrada de amoníaco). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido recubierto con película. Comprimido blanco de forma elíptica impreso por una cara con el logotipo "TMF" en tinta azul. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPECTRACEF está indicado en el tratamiento de las siguientes infecciones producidas por microorganismos sensibles (ver apartado 5.1. Propiedades farmacodinámicas): Faringoamigdalitis aguda. Sinusitis maxilar aguda. Exacerbación aguda de bronquitis crónica. Neumonía adquirida en la comunidad, leve a moderada. Infecciones no complicadas de piel y tejidos blandos, tales como celulitis, heridas infectadas, abscesos, foliculitis, impétigo y forunculosis. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** La pauta posológica recomendada está en función de la gravedad de la infección y el estado basal del paciente, así como de los microorganismos potencialmente implicados. **Forma de administración:** Los comprimidos deben ingerirse enteros, con una cantidad suficiente de agua. Los comprimidos deben ser administrados con comidas. **Posología: Adultos y adolescentes (mayores de 12 años):** Faringoamigdalitis aguda: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 10 días. Sinusitis maxilar aguda: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 10 días. Exacerbación aguda de bronquitis crónica: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 5 días. Neumonía adquirida en la comunidad: En casos leves: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 14 días. En casos moderados: 400 mg de cefditoren cada 12 horas durante 14 días. Infecciones no complicadas de piel y tejidos blandos: 200 mg cada 12 horas durante 10 días. **Niños menores de 12 años:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de SPECTRACEF en pacientes menores de 12 años. **Anzianos:** En pacientes de edad avanzada no se precisarán ajustes de dosis excepto en casos de deterioro avanzado de las funciones hepática y/o renal. **Insuficiencia renal:** No se precisa ajuste de dosis en pacientes con alteración de la función renal de carácter leve. En pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) la dosis diaria total no debe superar 200 mg de cefditoren cada 12 horas. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) se recomienda una dosis única de 200 mg al día. No se ha determinado la dosis apropiada en pacientes sometidos a diálisis (ver apartados 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo y 5.2. Propiedades farmacocinéticas). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh A) a moderada (Child-Pugh B) no es necesario modificar la posología. En casos de insuficiencia grave (Child-Pugh C), no se dispone de datos que permitan hacer una recomendación de dosis (ver apartado 5.2. Propiedades farmacocinéticas). **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cefditoren u otra cefalosporina o alguno de los excipientes del comprimido. En pacientes con hipersensibilidad a la caseína, deberá tenerse en cuenta que este medicamento contiene caseinato de sodio. **Alergia reciente y/o reacción de hipersensibilidad grave a penicilina o cualquier otro principio activo beta-lactámico.** Al igual que otros fármacos que dan lugar a la formación de pivalato, cefditoren pivoxilo está contraindicado en casos de deficiencia primaria de carnitina. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Antes de instaurar la terapia con cefditoren, se debe solicitar información para determinar si el paciente ha tenido reacciones de hipersensibilidad anteriores al cefditoren, cefalosporinas, penicilinas, u otro principio activo beta-lactámico. Cefditoren debe administrarse con precaución en pacientes que hayan tenido algún tipo de reacción de hipersensibilidad a penicilina o cualquier otro principio activo beta-lactámico. Se ha detectado diarrea asociada a antibióticos, colitis y colitis pseudomembranosa con el uso de cefditoren. Estos efectos deberán ser tenidos en cuenta en cualquier paciente que desarrolle diarrea durante, o en un breve periodo de tiempo tras el tratamiento. La administración de cefditoren se ha de suspender si durante el tratamiento aparece diarrea grave y/o diarrea sanguinolenta, instaurando un tratamiento sintomático adecuado. Cefditoren se ha de utilizar con precaución en individuos con historia de molestias gastrointestinales, en particular colitis. En pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave, la concentración y duración de la exposición al cefditoren se incrementa (ver sección 5.2.). Por esta razón, la dosis total diaria debe reducirse cuando cefditoren se administra a pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica, de moderada a grave, para evitar posibles consecuencias clínicas, tales como convulsiones (ver sección 4.2). Los antibióticos cefalosporínicos se deben administrar con precaución en pacientes que estén recibiendo tratamiento concomitante con principios activos nefrotóxicos, como antibióticos aminoglucósidos o potentes diuréticos (como la furosemida), ya que estas combinaciones pueden tener un efecto indeseable sobre la función renal y se han asociado con ototoxicidad. El uso prolongado de cefditoren puede dar lugar a un sobrecrecimiento de microorganismos no sensibles, como *Enterococci* y *Candida* spp. Durante el tratamiento con cefalosporinas puede producirse un descenso en la actividad de la protrombina, por lo que el tiempo de protrombina debería monitorizarse en pacientes de riesgo tales como pacientes con insuficiencia hepática o renal o pacientes que estén en tratamiento con terapia anticoagulante. La administración de profármacos de pivalato se ha asociado con la disminución en plasma de la concentración de carnitina. Sin embargo, estudios clínicos concluyeron que la disminución de carnitina asociada con la administración de cefditoren pivoxilo no tenía efectos clínicos. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película contiene 1,14 mmoles (aprox. 26,2 mg) de sodio por dosis, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con dietas pobres en sodio. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Anticídios: La administración simultánea de anticídios conteniendo hidróxido de magnesio y aluminio y cefditoren pivoxilo junto con comida reduce la C_{max} y el AUC del 14% y 11% respectivamente. Se recomienda dejar transcurrir un periodo de 2 horas entre la administración de anticídios y cefditoren pivoxilo. **Antagonistas de los receptores H₂:** La administración simultánea de famotidina por vía intravenosa y cefditoren pivoxilo oral, reduce la C_{max} y el AUC de cefditoren en un 27% y un 22% respectivamente. Por tanto no se recomienda el uso concomitante de cefditoren pivoxilo con antagonistas de los receptores H₂. **Probenecid:** La administración simultánea de cefditoren pivoxilo con probenecid reduce la excreción renal de cefditoren, produciendo un aumento del 49% en la C_{max}, del 122% en el AUC y del 53% en la semivida de eliminación. **Anticonceptivos orales:** La administración de cefditoren pivoxilo no alteró las propiedades farmacocinéticas del anticonceptivo etinil estradiol. Cefditoren pivoxilo puede tomarse simultáneamente con anticonceptivos orales que contengan etinil estradiol. **Medicamentos/Interacciones con pruebas de laboratorio:** Las cefalosporinas pueden inducir resultados falsos positivos en la prueba directa de Coombs, que puede interferir con pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea. Pueden darse resultados falsos positivos en la determinación de glucosa en orina mediante métodos de reducción de cobre, pero no con los métodos enzimáticos. Pueden obtenerse resultados falsos negativos con el método del ferrocianuro en la determinación de glucosa en sangre o plasma, por lo que se recomienda utilizar el método de la glucosa oxidada o hexoquinasa para determinar los niveles de glucosa en sangre o plasma en pacientes que reciban cefditoren pivoxilo. **Embarazo y lactancia:** Embarazo. No se dispone de datos clínicos de cefditoren pivoxilo en mujeres embarazadas. Aunque los estudios en animales no indican que se produzcan efectos embriotóxicos o teratogénicos, debido a la ausencia de datos, la administración de SPECTRACEF durante el embarazo no está recomendada. Lactancia. No se dispone de datos suficientes que permitan descartar la presencia del fármaco en la leche materna, por lo que no se recomienda la administración de SPECTRACEF durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Cefditoren pivoxilo puede causar mareos y somnolencia (ver sección 4.8), que puede interferir con la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** En los ensayos clínicos aproximadamente 6000 pacientes recibieron cefditoren en dosis de 200 mg o 400 mg dos veces al día hasta un máximo de 14 días. Aproximadamente el 24% de los pacientes comunicaron al menos una reacción adversa. En un 2,6% de los pacientes se interrumpió el tratamiento como consecuencia de las reacciones adversas. Las reacciones adversas más comunes descritas con cefditoren pivoxilo fueron las de tipo gastrointestinal. En la mayoría de los estudios, se observó aparición de diarrea en más del 10% de la totalidad de los pacientes y más frecuente con la dosis de 400 mg que con la de 200 mg. Las reacciones adversas observadas se describen a continuación: **Infecciones e infestaciones. Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100)** Infección fúngica. **Sistema orgánico: Trastornos en sangre y sistema linfático. Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000)** Anemia hemolítica, linfadenopatía. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición. Reacciones adversas poco frecuentes(>1/10.000, <1/100):** Anorexia. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000).** Deshidratación. **Desórdenes psiquiátricos: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000)** Demencia, despersonalización, debilidad emocional, euforia, alucinaciones, alteraciones del pensamiento, incremento de la libido. **Trastornos del sistema nervioso: Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Cefalea. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Nerviosismo, mareos, insomnio, somnolencia, trastornos del sueño. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Amnesia, descoordinación, hipertensión, meningitis, tremor. **Trastornos oculares: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Fotosensibilidad, ambliopía, trastorno ocular, dolor ocular, blefaritis. **Trastornos del oído y del laberinto: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Tinnitus. **Trastornos cardíacos: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Fibrilación auricular, fallo cardíaco, síncope, taquicardia, extrasístole ventricular. **Trastornos vasculares: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Hipotensión postural. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Faringitis, rinitis, sinusitis. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Asma. **Trastornos gastrointestinales: Reacciones adversas muy frecuentes (>1/10):** Diarrea. **Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Náuseas, dolor abdominal, dispepsia. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Estreñimiento, flatulencia, vómitos, candidiasis oral, eructación, sequedad de boca, dispepsia. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Estomatitis, úlceras bucales, colitis hemorrágica, colitis ulcerosa, hemorragia gastrointestinal, glositis, hipo, decoloración de la lengua, diarrea asociada a *Clostridium difficile*. **Trastornos hepatobiliares: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Alteración de la función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Erupción cutánea, prurito, urticaria. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Acné, alopecia, eccema, dermatitis exfoliativa, herpes simple. **Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conectivo y del hueso: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Mialgia. **Trastornos renales y urinarios: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Disuria, dolor en la cavidad renal, nefritis, nicturia, poliuria, incontinencia, infección urinaria. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Candidiasis vaginal. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/1.000, <1/100):** Vaginitis, leucorrea. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Mastalgia, trastornos menstruales, metrorragia, disfunción eréctil. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Fiebre, astenia, dolor, sudoración. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Olor corporal, escalofríos. **Hallazgos del laboratorio: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Reacciones adversas poco frecuentes (>1/1.000, <1/100): Leucopenia, trombocitosis, elevación de ALT. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Prolongación del tiempo de coagulación, hiperiglicemia, hipocalcemia, bilirrubinemia, elevación de AST, elevación de las fosfatasa alcalina, albuminuria, eosinofilia, trombocitopenia, disminución del tiempo de tromboplastina, alteración plaquetaria, elevación de LDH, hipoproteíнемia y elevación de creatinina. Las siguientes reacciones adversas se han observado con otras cefalosporinas por lo que pueden aparecer tras la administración de cefditoren: reacciones de hipersensibilidad incluyendo síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, reacción de la enfermedad del suero y necrosis epidérmica tóxica, disfunción renal, nefropatía tóxica, colestasis y anemia aplásica. **Sobredosis:** No se han descrito casos de intoxicación con SPECTRACEF. Con antibióticos cefalosporínicos se ha descrito que la sobredosisificación puede producir irritación cerebral que da lugar a convulsiones. En caso de sobredosis deberá practicarse el lavado gástrico. El paciente deberá ser sometido a observación estrecha y se le administrará el tratamiento sintomático y de apoyo preciso. Cefditoren pivoxilo puede ser eliminado parcialmente a través de hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS: Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película: 3 años. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película: 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en su envase original. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Blister alveolar unidosis de Aluminio/PVC y lámina de PVC/aluminio/PA. Cada envase de SPECTRACEF 200 mg contiene 20 ó 500 comprimidos recubiertos con película. Cada envase de SPECTRACEF 400 mg contiene 10 ó 500 comprimidos recubiertos con película. Pueden no estar comercializados todos los formatos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** GLAXOSMITHKLINE, S.A. Severo Ochoa 2, 28760 - Tres Cantos (España). **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. **PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO:** Spectracef 200 mg, comprimidos recubiertos con película: Envase con 20 comprimidos: PVP: 38,47€. PVP IVA: 40,01€. Spectracef 400 mg, comprimidos recubiertos con película: Envase con 10 comprimidos: PVP: 38,47€. PVP IVA: 40,01€. *"Para más información consultar la ficha técnica completa del producto"*. Fecha de última actualización: Febrero 2006.

Licencia de Meiji Seika Kaisha, Ltda.

Bibliografía: 1. Ficha técnica Spectracef (feb 2006). 2. Granizo JJ, Jiménez MJ, Barberán J, et al. The efficacy of Cefditoren Pivoxil in the treatment of lower respiratory infections, with a focus on the peritubercular bacteriologic response in infections caused by streptococcus pneumoniae and haemophilus influenzae: A pooled analysis of seven clinical trials. *Clinical Therapeutics* 2006; 17: 2061-2069. 3. Fogarty CM, Cyganowski M, Palo WA, Hom RC, Craig WA. A comparison of cefditoren pivoxil and amoxicillin/clavulanate in the treatment of community-acquired pneumonia: a multicenter, prospective, randomized, investigator-blinded, parallel-group study. *Clin Ther*. 2002 Nov;24(11):1854-70. 4. Wellington K, Curran MP. Cefditoren pivoxil. A review of its use in the treatment of bacterial infections. *Drugs* 2004; 64:2597-2618. 5. Reyes Calzada S, Martínez Tomas S, Menéndez Villanueva R, et al. Pacientes hospitalizados con infección del tracto respiratorio inferior: ventajas del tratamiento secuencial. *Med Clin*. 2006; 7:30-35. 6. Hernández-Martin J, Romá E, Salavert M, Doménech L, Poveda JL. Cefditoren pivoxil: A new oral cephalosporin for skin, soft tissue and respiratory tract infections. *Rev Esp Quimioter*. 2006 Sep;19(3):231-46. 7. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2007. www.separ.es (<http://www.taiss.com/gepoc/e011.htm>). 8. Guía Sanford Guía de terapéutica antimicrobiana 2007. Versión española de la edición 2007. Baquero F, Bouza E, Garau J, García-Rodríguez JA, Gobernado M, Honorato J, Prieto J, Editorial Médica.

rifampicina 600 mg vía oral /24 h, seis semanas. La enferma tuvo una franca mejoría clínica con desaparición de la lumbalgia a las 3- 4 semanas de iniciar antibioterapia. La RMN lumbar a los 4 meses de finalizar el tratamiento apreció una disminución de la señal en la esponjosa de L3-L4, con altura normal de los cuerpos vertebrales y señal normal en el disco. Al año de finalizar el tratamiento antibiótico la paciente continúa asintomática.

SCN son una importante causa de infecciones nosocomiales, sobre todo bacteriemias e infecciones asociadas a dispositivos médicos. El curso de estas infecciones suele ser subagudo a diferencia de las producidas por *Staphylococcus aureus*. Las especiales características microbiológicas, de virulencia y de sensibilidad a antimicrobianos hacen que *S. lugdunensis* sea un caso especial de SCN que destaca por su capacidad para producir infecciones supuradas, agresivas y de rápida evolución. *S. lugdunensis* tuvo gran notoriedad por ser causa de endocarditis severas, tanto en válvulas nativas como protésicas, que requerían tratamiento quirúrgico y se asociaban con una alta mortalidad. Las complicaciones con destrucción valvular y abscesos piógenos remedian las endocarditis causadas por *S. aureus*^{2,5}.

El amplio espectro de infecciones en las que se reconoce actualmente como patógeno a *S. lugdunensis* son a menudo abacteriémicas y de menor agresividad que las endocarditis. La virulencia de *S. lugdunensis* se debe a múltiples mecanismos: producción de proteínas de superficie adherentes, formación de biofilm, factor de afinidad por el fibrinógeno o *clumping factor*, hemolisina δ like. Puede ser confundido con *S. aureus* debido a la producción de *clumping factor* que permite a *S. lugdunensis* dar un resultado positivo tanto en la prueba de coagulasa en el portaobjetos con plasma humano como en las pruebas rápidas comerciales de aglutinación con látex. La prueba de la coagulasa "en tubo" es negativa y la identificación bioquímica completa de *S. lugdunensis* se basa en la producción de ornitina descarboxilasa y la positividad de la prueba de la pirrolidónil-arilamidasa. Otra característica que lo diferencia de otros SCN es que la mayoría de las cepas de *S. lugdunensis* tienen sensibilidad a un gran número de antimicrobianos; la producción de betalactamasas es poco frecuente^{2,3}.

Se han descrito casos aislados de infecciones óseas o articulares por *S. lugdunensis*, algunos asociados a cirugía previa o prótesis articulares, otros sin factores de riesgo aparente. En algunas de estas excepcionales comunica-

ciones se alerta sobre la gravedad del cuadro clínico, la dificultad diagnóstica y terapéutica de las infecciones osteoarticulares por *S. lugdunensis*, entre ellas espondilodiscitis y discitis; en otros casos se señala un cuadro clínico más benigno y una evolución satisfactoria^{6,10}. Como ocurre con nuestra enferma, la ausencia de fiebre y de leucocitosis con una VSG normal no debe hacer excluir el diagnóstico de espondilodiscitis por este germen⁹. La duración del tratamiento antibiótico en las espondilodiscitis por *S. lugdunensis* no está determinada: 6-8 semanas como en nuestra paciente que tuvo una pronta y favorable evolución⁹ hasta un año en el caso de una respuesta clínica tardía al mismo⁸.

Es preciso identificar la especie de SCN para un mejor conocimiento de los factores de virulencia de microorganismos como *S. lugdunensis*. La incidencia de infecciones por *S. lugdunensis* puede seguir aún subestimada si no se efectúa una búsqueda activa del mismo diferenciándolo de *S. aureus* y de otras especies de SCN. Un patrón de sensibilidad a los antimicrobianos tan amplio, como en el caso de nuestra enferma, debe hacer sospechar *S. lugdunensis*. Su pronta identificación con la instauración de la antibioterapia adecuada puede evitar un peor pronóstico^{3,6,10}. Se debe descartar la presencia de una endocarditis por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que comporta.

Bibliografía

1. Frank KL, Del Pozo JL, Patel R. From clinical microbiology to infection pathogenesis: how daring to be different works for *Staphylococcus lugdunensis*. Clin Microbiol Rev. 2008; 21: 111-33.
2. Cercenado E. *Staphylococcus lugdunensis*: un estafilococo coagulasa negativo diferente de los demás. Enf Infecc Microbiol Clin 2009; 27:139-42.
3. Hellbacher C, Törnqvist E, Söderquist B. *Staphylococcus lugdunensis*: clinical spectrum, antibiotic susceptibility and phenotypic and genotypic patterns of 39 isolates. Clin Microbiol Infect 2006; 12:43-9
4. Zinkernagel AS, Zinkernagel MS, Elzi MV, Genomi M, Gubler J, Zbinden R, Mueller NJ. Significance of *Staphylococcus lugdunensis* bacteremia: report of 28 cases and review of the literature. Infection 2008;36:314-21.
5. Liñares P, Moure R, Cerqueiro J, Abalde M, Míguez E, Echániz A, Guerrero A. Endocarditis causada por *Staphylococcus lugdunensis*. Enf Infecc Microbiol Clin 1998;16:233-6.
6. Mei-Dan O, Mann G, Steinbacher G, Ballester SJ, Cugat RB, Álvarez PD. Septic arthritis with *Staphylococcus lugdunensis* following arthroscopic ACL revision with BPTB allograft. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2008;16:15-8
7. Hernández JL, Calvo J, Antolínez X, Gutiérrez-Rubio F, Fariñas C. Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*. Enf Infecc Microbiol Clin 2001 ; 19:414.
8. Camacho M, Guis S, Mattei JP, Costello R, Roudier J. Spondylodiscite à *Staphylococcus lugdunensis*: suivi à trois ans. Rev Rhum 2002;69:94-6
9. Guttman G, Garazi S, Van Linthoudt D. Spondylodiscitis due to *Staphylococcus lugdunensis*. Clin Exp Rheumatol 2000;18:271-2
10. Cooke R.P.D., James S.E., Sallomi D.F. Infective endocarditis due to *Staphylococcus lugdunensis* – a case of missed opportunity. Br J Biomed Sci 2003;60:162-4

Convocatorias de la SOGAMI

Año 2010

Ayuda para realizar proyectos de investigación en el área de medicina interna en Galicia

La SOGAMI convoca la quinta edición de ayudas para realizar un Proyecto de Investigación en el Área de la Medicina Interna en Galicia. Las bases de la convocatoria son las siguientes:

1. En 2010 se convoca una ayuda de 4.000 euros, única e indivisible, para el proyecto ganador.
2. Podrán concurrir investigadores individuales o en grupo, pero el primer firmante y responsable del proyecto ha de ser socio de la SOGAMI.
3. Los proyectos de investigación han de ser nuevos en su concepción y diseño, si bien es factible que formen parte de un proyecto más amplio financiado previamente por otra entidad.
4. Los proyectos de investigación pueden centrarse en cualquier aspecto de la investigación clínica, como aspectos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. y tendrán una duración máxima de un año.
5. Los trabajos se presentarán en un espacio máximo de 12 folios y contendrán como mínimo los siguientes apartados: antecedentes, objetivos concretos, hipótesis operativa, diseño del estudio, variables, métodos de recogida de variables, análisis estadístico, cronograma, presupuesto económico, trayectoria investigadora previa del equipo y bibliografía (máximo 10 citas). En caso de ser necesario se incluirán, además, los aspectos éticos y legales precisos.
6. La documentación deberá ser remitida a través del enlace que se establecerá al efecto en la web www.meiga.info antes del 15 de mayo de 2010.
7. El jurado del proyecto estará constituido por los miembros de la Junta Directiva de la SOGAMI. Su fallo será inapelable.
8. La ayuda se entregará de forma pública en la XXVII Reunión de la SOGAMI a celebrar en Santiago de Compostela los días 25 y 26 de Junio de 2010.
9. El ganador se compromete a:
 - a. Redactar un resumen del proyecto para su publicación en la revista de la SOGAMI, Galicia Clínica.
 - b. Presentar sus resultados en el Congreso del año siguiente.
 - c. Presentar una memoria explicativa del desarrollo del proyecto y de los gastos realizados con las correspondientes facturas al terminar el proyecto.
 - d. Incluir la fuente de financiación en las publicaciones resultantes.
10. La no realización de alguna de las memorias requeridas supondrá la rescisión del contrato y subsiguiente devolución de la ayuda prestada.
11. Los proyectos no ganadores podrán ser publicados, previo permiso de sus autores, en la web oficial de la Sociedad (www.meiga.info).

Ayuda para realizar estancias formativas en centros situados fuera de la comunidad autónoma de Galicia

La SOGAMI convoca la quinta edición de ayudas para realizar estancias formativas en centros situados fuera de la comunidad autónoma de Galicia. Las bases de la convocatoria son las siguientes:

1. En 2010 se convoca una ayuda de 3.000 euros, única e indivisible, para el proyecto ganador.
2. Podrá concurrir a ello cualquier socio de la Sociedad Gallega de Medicina Interna.
3. Se presentará una breve memoria explicativa de la finalidad de la estancia que se va a realizar.
4. Se presentará asimismo carta o documentación pertinente de aceptación en el centro en el que se va a realizar dicha estancia con identificación clara de la persona de contacto responsable.
5. La duración mínima de la estancia será de 15 días sin límite máximo.
6. La documentación deberá ser remitida a través del enlace que se establecerá al efecto en la web www.meiga.info antes del 15 de mayo de 2010.
7. El jurado del proyecto estará constituido por los miembros de la Junta Directiva de la SOGAMI. Su fallo será inapelable.
8. La ayuda se entregará de forma pública en la XXVII Reunión de la SOGAMI a celebrar en Santiago de Compostela los días 25 y 26 de Junio de 2010.
9. El ganador se compromete a:
 - a. Redactar un resumen del proyecto para su publicación en la revista de la SOGAMI Galicia Clínica
 - b. Presentar una memoria completa a la SOGAMI en los 3 meses siguientes a terminar la estancia formativa.
10. La no realización de la estancia supondrá la devolución por parte del beneficiario de la cantidad entregada.



Premio a las mejores comunicaciones presentadas al congreso de la sociedad

La SOGAMI ha establecido aumentar el número de premios que se otorgan a las mejores Comunicaciones que se presenten en la próxima XXVII Reunión de la Sociedad Gallega de Medicina Interna, a celebrar en Santiago de Compostela los días 25 y 26 de junio de 2010 de forma que se premiarán las 4 mejores comunicaciones; asimismo se ha aumentado la dotación económica, recibiendo cada premiado 400 euros.

Las comunicaciones se presentarán de la forma habitual a través de la web del congreso.

La evaluación será realizada por el Comité Científico de la Reunión, siendo su decisión inapelable. La notificación y entrega de premios tendrá lugar durante la ceremonia de clausura de la Reunión.

Premio a la mayor colaboración con el banco de preguntas en medicina interna

Para fomentar la participación de todos los socios en el Banco de preguntas en Medicina Interna (accesible a través de la web www.meiga.info), la Junta Directiva de la SOGAMI ha acordado establecer un premio, consistente en una inscripción completa en la Reunión Ordinaria de la SOGAMI a celebrar en Santiago de Compostela los días 25 y 26 de junio de 2010, a los dos socios que colaboren con mayor número de preguntas aceptadas. La valoración se llevará a cabo con las preguntas incorporadas en la base de datos con fecha límite de 30 de abril de 2010.



Reunión SOGAMI

Santiago de Compostela

25-26 Junio 2010

Programa provisional

Viernes, 25 Junio

- 16:30 Entrega de documentación
- 16:30 **Presentación** del programa
- 17:00 Comunicaciones **Orales**. Sala "A"
Comunicaciones **Poster**. Sala "B"
- 18:15 Pausa-Café
- 18:30 Mesa redonda
Actualización diagnóstica y terapéutica en enfermedades autoinmunes
Moderadores:
Dr Roberto Pérez. Hospital Meixoeiro
Dr Carlos Dias. Hospital Oporto
- 19.45 Inauguración **Oficial**
- 20:00 Conferencia inaugural
Hepatopatía alcohólica
Michael Lucey. Universidad de Wisconsin
- 20:30 **Asamblea General Ordinaria** de la SOGAMI
- 22:30 Cena

Sábado, 26 Junio

- 09:00 Comunicaciones **Orales**. Sala "A"
Comunicaciones **Poster**. Sala "B"
- 10:30 Charla- coloquio
Futuro de la enseñanza de la Medicina (Plan Bolonia) en Galicia. Papel del internista
Dr. Torre Carballada. Santiago de Compostela
- 11:00 Pausa-Café
- 11:15 Mesa redonda
Avances en Riesgo Cardiovascular
Moderador:
Dr. Antonio Pose. Santiago de Compostela
- 12:30 Conferencia Clausura
Dr. Carracedo
- 13:00 **Entrega de premios** y clausura de la XXVI de la Reunión de la SOGAMI

Imágenes en medicina

Una mujer de 42 años consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal de seis meses de evolución y sensación de ocupación epigástrica. En la exploración física se aprecia una masa abdominal, de consistencia firme y no dolorosa a la palpación, que se extiende desde la región suprapúbica hasta epigastrio. El estudio TC reveló una gran masa abdominal compatible con conglomerado de miomas uterinos.

Dado el tamaño de la masa y los síntomas de ocupación, se practica una histerectomía total y anexectomía izquierda. La histopatología reveló leiomiomas múltiples, 3 serosos y 2 subserosos.

Los miomas uterinos son los tumores sólidos pélvicos más comunes en mujeres y la primera indicación para histerectomía. La mayoría son asintomáticos, pero pueden crecer de forma significativa y con una tasa de crecimiento rápida.

Diagnóstico:

Leiomioma uterino gigante

Giant uterine leiomyoma

Lucía Ferreira González

Hospital Arquitecto Marcide

María Trigás Ferrín

Hospital Arquitecto Marcide

Como citar este artículo: Ferreira González L, Trigás Ferrín M.

Masa abdomino-pélvica. *Galicía Clin* 2009; 70 (4): 42

Recibido: 20/10/2009; Aceptado: 11/12/2009



Normas de publicación

GALICIA CLÍNICA evaluará para su publicación trabajos médicos relacionados preferentemente con la Medicina Interna y sus subespecialidades, y/o con problemas médicos prevalentes en nuestra comunidad autónoma. Se podrán publicar trabajos en castellano, gallego, inglés y portugués.

La revista presenta las siguientes secciones:

Editoriales

Habitualmente encargados por la dirección de la revista. Su extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y quince citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de dos.

Revisiones

Habitualmente encargadas por la dirección de la revista. La extensión máxima recomendada del texto es de 20 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 6 figuras y 6 tablas, y un máximo de 50 citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de tres.

Originales

Trabajos de investigación sobre cualquier aspecto médico. La extensión máxima es de recomendada del texto es de 14 páginas de 30 líneas, a las que se podrán añadir 5 figuras y 5 tablas, y un máximo de 30 citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de ocho.

Originales breves

Trabajos de investigación que por sus características no precisan un mayor espacio. Su extensión máxima será de 6 páginas de 30 líneas, 3 figuras, 3 tablas y 20 citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de seis.

Notas clínicas

Descripción de casos clínicos de excepcional interés. El número máximo de firmantes será de cuatro.

Cartas al director

Comentarios, opiniones u observaciones sobre los diversos trabajos publicados con anterioridad en la revista. La extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas y se admitirá una figura o una tabla y diez citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de cuatro.

Preguntas clínicas

En esta sección se tratará de responder de forma concreta y sucinta a preguntas clínicas concretas que, bien han motivado una controversia, o cuestionan actitudes arraigadas en la práctica diaria. La extensión máxima será de 3 páginas de 30 líneas, dos figuras y dos tablas y 15 citas bibliográficas. El número máximo de firmantes será de dos.

Imágenes médicas

Imágenes curiosas, insólitas o demostrativas. Se acompañarán con un texto breve, de aproximadamente 15 líneas. El número máximo de firmantes será de dos.

Resúmenes de Tesis doctorales

Elaborados por el autor, describirán el trabajo realizado; su extensión máxima será de 2 páginas de 30 líneas. Debe incluirse un apéndice con los datos correspondientes a Universidad, departamento, director de la tesis y fecha de presentación.

Otros

La dirección de la revista considerará para su publicación cualquier artículo relacionado con la medicina en cualquier aspecto, aunque

no se incluya exactamente dentro de los supuestos anteriores. En este caso se recomienda antes de su envío contactar con la dirección para acordar las características del mismo.

La estructura general de los trabajos será la tradicional: resumen (en el idioma original y en inglés), palabras clave, introducción, material y método, resultados, discusión y bibliografía. Las figuras y tablas irán en archivo aparte. Se recomienda el empleo de los programas más habituales (Ej., Word, Excel) tanto para el texto como para las tablas. En el caso de las figuras o imágenes se enviarán como PDF o como archivo de imagen (jpeg o similar) con una resolución de 300 ppp. a tamaño de impresión definitivo.

Los trabajos reunirán los requisitos de uniformidad habituales en revistas biomédicas. Dichos requisitos se pueden consultar en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, Updated October 2007", disponible en www.icmje.org.

Se recomienda encarecidamente leer dicho artículo y seguir fielmente sus indicaciones a la hora de redactar el trabajo a enviar.

Para el envío de originales se ha habilitado un formulario en la página web www.galiciaclinica.info. El sistema confirmará la entrega y permitirá consultar el estado del manuscrito. No se aceptarán originales enviados por otros métodos.

Los trabajos publicados serán propiedad de GALICIA CLÍNICA, cediendo los autores todos los derechos sobre la misma.

Índice de autores

Volumen nº 70. Año 2009

A

Amador L	(1) 8
Ameneiros Lago E	(4) 27
Arévalo Gómez A	(1) 34, (2) 21
Arias Cuadrado A	(3) 25
Asensi A	(1) 8

B

Bello L	(4) 21
Blanco Sánchez MJ	(1) 38
Bustillo Casado M	(4) 37

C

Cabana Insua T	(4) 33
Cabrera H	(3) 41
Canedo Magariños MC	(1) 29
Carballada Rico C	(4) 27
Carballeira Roca C	(4) 9
Carrera Carreiro J	(4) 33
Casal Acción B	(4) 33
Casariego Vales R	(1) 6
Castelo Corral L	(2) 11
Chamorro Fernández AJ	(1) 43, (4) 4
Cibeira Badía M	(4) 33
Coello JM	(1) 43

D

de la Fuente Aguado J	(4) 9
de la Iglesia Martínez F	(1) 25, (2) 4, (2) 11
del Campo V	(1) 19
Delgado Rey C	(4) 33
Delgado Roel M	
Delgado Roel M ^a	(1) 47, (2) 20
Díaz Lagares C	(4) 21
Díaz Peromingo JA	(1) 51
Diz-Lois F	(1) 8
Doval Domínguez L	(1) 34

E

Egurbide Arberas MV	(1) 31
Enériz Calvo A	(4) 4

F

Felpeto I	(1) 19
Fernández Álvarez O	(4) 37
Fernández Corral B	(4) 33
Fernández Fernández FJ	(4) 9
Fernández Méndez C	(4) 15
Fernández Prado R	(1) 47, (2) 20
Fernández Rodríguez R	(1) 6, (4) 37
Fernández V	(1) 8
Ferreira González L	(4) 42
Ferreira L	(4) 21
Fraga XA	(1) 4

G

García Salcedo J	(2) 20
García Sanz MT	(1) 11
Garet E	(1) 19
Garrido López MP	(1) 38
Garrido Sanjuán JA	(4) 27
Gómez Fernández RC	(4) 37
González Barcala FJ	(1) 11
González Fernández A	(1) 19
González Guitián C	(4) 33
González Quintela A	(4) 9
González Rivas D	(1) 47, (2) 20
Gude Sampedro F	(2) 7
Guijarro Merino R	(4) 15
Gutiérrez Couto U	(4) 33
Gutiérrez Molina AM ^a	(2) 7

I

Iglesias Gallego M	(1) 51
--------------------	--------

L

Linares D	(4) 21
López Agreda H	(2) 17, (2) 51
Loroño Mondragón S	(4) 33

M

Marcos PJ	(4) 21
Martínez Coba M	(3) 7
Martínez Lago V	(1) 34, (2) 21
Mediero Domínguez A	(1) 19
Mena de Cea A	(1) 25
Méndez Fernández P	(3) 13
Mirón JA	(1) 43
Monreal M	(4) 15
Monteagudo Romero J	(2) 7
Monte Secades R	(1) 15, (4) 9
Montes Santiago J	(1) 6, (1) 15, (1) 19, (4) 15

O

Osorio Calles J	(4) 33
Otero Antón E	(4) 9

P

Pachón Olmos V	(1) 38
Paradela de la Morena M	(2) 20
Paz Fuentes F	(2) 17
Pazo Martínez RM	(4) 33
Pazos Ferro A	(2) 17, (2) 51, (3) 50
Peña Zemsch M	(2) 17, (3) 50
Pérez Rodríguez U	(4) 33
Prieto Casal P	(4) 37
Puerta Louro RB	(4) 9
Pujol Farriols R	(3) 9

R

Rabuñal Rey R	(1) 15
Rey García G	(1) 19
Rivera García S	(1) 34, (3) 45
Rodríguez Currais L	(4) 33
Rodríguez Otero MC	(4) 33
Rubial Bernárdez F	(4) 29

S

Sánchez E	(1) 8
San José González MA	(3) 13
Sanmartín J	(1) 8
Sanmartín Reinoso Y	(4) 33
San Román Terán C	(4) 15
Seoane B	(1) 8
Seoane González B	(1) 25, (2) 11
Sobrido Prieto M ^a	(4) 33
Soto Iglesias I	(4) 37

T

Trigás Ferrín M	(4) 42
Trigás M	(4) 21
Trindade e Silva LP	(3) 41

U

Ulibarrena C	(1) 43
--------------	--------

V

Varela Durán J	(1) 11
Vidal Pardo JI	(3) 5



Esta é a nosa mellor ferramenta para coidar de ti.

Os **médicos internistas** tratamos ás persoas de idade avanzada con patoloxías crónicas, a quen ten varias doenzas en diferentes órganos do corpo, a persoas con SIDA e outras doenzas infecciosas...

Os Internistas temos unha visión global do enfermo, e facilidade para coordinar un tratamento en equipo.

Pero, para coidar de ti, sabemos que a mellor ferramenta da que dispoñemos é algo tan simple como escoitarte.



www.meiga.info