

RESULTADOS: Se incluyeron 129 pacientes. La edad media fue 77,8±7 años y el 62% fueron varones. El diagnóstico principal de ingreso fue el de Insuficiencia cardiaca congestiva (34,8%). Los FRCV y comorbilidades más frecuentes fueron sedentarismo (72%), HTA (79%), y cardiopatía (69,8%). La prevalencia encontrada fue de un 10,1% de AAA y un 13,2% de dilatación subaneurismática. El 77,3% de los aneurismas fueron infrarrenales. El 24% de las mujeres y el 35,8% de los hombres presentaron algún tipo de dilatación. La dilatación, el 76,5% suprarrenales. En un 29,5% de los pacientes no se pudo llevar a cabo la medición de la aorta abdominal debido a mala visualización ecográfica (principal obstáculo la obesidad). Los factores de riesgo de presentar AAA con significación estadística en nuestra muestra han sido el IAM previo (0.036) y la presencia de ERC (0.02).

CONCLUSIONES: Como hallazgo principal del estudio, encontramos una prevalencia elevada de cualquier tipo de dilatación aneurismática, más de la esperada según lo publicado previamente. Teniendo en cuenta que en el 29,5% de los casos no fue posible la medición, en el resto encontramos un 33% de algún tipo de alteración. Llama la atención que en nuestra muestra, a diferencia de lo descrito en la literatura, la diferencia de prevalencia entre hombres (35,8%) y mujeres (24,3%) no es tan marcada ni presenta diferencias estadísticamente significativas. La principal limitación del estudio ha sido la imposibilidad de realización, por mala ventana ecográfica, de la prueba (29,5%). Se podría decir que el principal factor relacionado ha sido la obesidad (En el 100% de pacientes con IMC>4, no se pudo llevar a cabo).

Como conclusión, dada la alta prevalencia encontrada en nuestro estudio, se podría decir que el cribado mediante ecografía supone una posibilidad futura para implementarse como método de prevención y seguimiento de esta patología.

CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PREVALENCIA AAA	P	CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PREVALENCIA AAA	P
SEXO VARÓN	33,8% vs 24,3%	0,245	VALVULOPATIA	31,8% vs 31%	0,96
HTA	32,4% vs 26,3%	0,611	FA	26,8% vs 36,9%	0,431
HABITO TABAQUICO	34% vs 27,9%	0,53	ARTERIOPATIA PERIFERICA	38,3% vs 29,9%	0,536
BEBEDOR	31,3% vs 28,2%	0,88	ACV	16,7% vs 32,1%	0,429
SEDENTARIO	28,8% vs 34,8%	0,52	ARTERIOSCLEROSIS	36,7% vs 32,3%	0,429
DIABETES MELLITUS	29% vs 36,7%	0,101	ERC	31,8% vs 20,3%	0,02
DISLIPEMIA	28,9% vs 32,7%	0,395	PRC ELEVADA	38,6% vs 28,4%	0,140
CARDIOPATIA	31,7% vs 29,4%	0,842	IMC>30	21,3% vs 34,3%	0,101
ANGENA ESTABLE	34,2% vs 32,3%	0,317	ERC	33,3% vs 30,7%	0,82
ANGENA INESTABLE	41,7% vs 29,3%	0,396			
IAM	60% vs 27,3%	0,036			
IC	32,3% vs 30%	0,821			

*Prevalencia de AAA según los factores de riesgo estudiados

Tabla 1.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

PP-01 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMORBILIDADES Y ETIOLOGÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

J. Osuna Sánchez¹, A. Matas Cobos¹, R. Martín-Vivaldi Jiménez¹, B. Jucha Taybi¹, S. Cortiñas Jurado¹, J. Ampuero Ampuero¹
¹Medicina Interna. Hospital Comarcal. Melilla.

- Vege SS, DiMugno MJ, Forsmark CE et al. Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. Gastroenterology 2018; 154: 1103.
- Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revisión of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013; 62: 102.

OBJETIVOS: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con la pancreatitis en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, analizando sus características demográficas atendiendo a sexo, edad, comorbilidades y factores de riesgo principalmente.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes con pancreatitis ingresados en medicina interna desde enero de 2014 a diciembre del 2016. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que

presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

RESULTADOS: Hubo un total de 138 pacientes ingresados. De los cuales un 58% eran mujeres. La media de edad fue de 54,99±20,79 años (15–90). La estancia media fue de 11,38±8,24 días. Un 8,8% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos, un 8% fallecieron durante el ingreso y un 21% no tenían seguridad social. Un 44,2% era de etnia caucásica, un 54,3% bereber y un 1,4% eran judíos. Como principales fármacos que tomaban los pacientes encontramos los IECAs (16,7%), antiagregantes (15,2%), betabloqueantes (13,8%), fármacos dislipemicos (15,9%) y antidiabético oral (12,3%).

Con respecto a los antecedentes personales un 37,7% referían HTA; 5,1% ICC; 5,1% cardiopatía isquémica previa; 21,7% DM; 26,1% dislipemia; un 8% neoplasia (activa o no) y un 26,8% eran obesos.

En cuanto a la etiología un 58,7% era de origen biliar; 18,8% desconocida; 10,1% alcohólica; 4,3% por hipercolesterolemia y 2,9% por cáncer de páncreas entre las más destacadas.

CONCLUSIONES: La Pancreatitis Aguda se define como la reacción inflamatoria aguda del páncreas, que asienta sobre una glándula anteriormente sana y provoca su auto digestión. Su incidencia oscila entre la cuarta y sexta década de la vida, y su mortalidad entre un 30-50% en el caso de pancreatitis grave. La evolución de la enfermedad depende de la extensión de la necrosis pancreática y extrapancreática, del estado físico del enfermo, y del tratamiento intensivo y precoz, cursa con complicaciones locales y sistémicas que condicionan marcada morbimortalidad, existiendo controversia en puntos importantes del manejo médico y quirúrgico.

En nuestro centro y dada nuestra localización geográfica, la edad media de nuestras pancreatitis es menor que en los centros de la península, siendo, de forma global, los pacientes menos comorbidos y teniendo menor mortalidad. La principal etiología es la biliar seguida por la causa criptogenética.

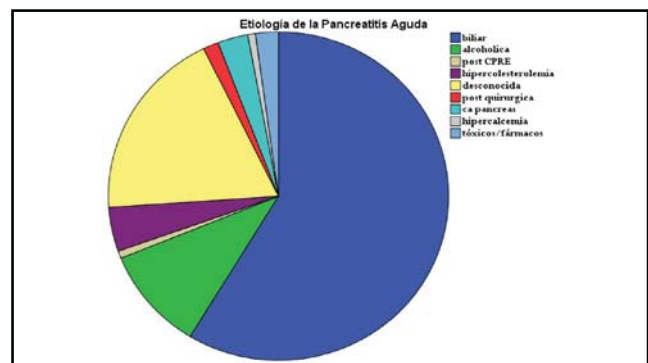


Figura 1.

PP-02 - VALORACIÓN DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL

A. Dil Martínez¹, C. Rodríguez Fernández¹, J. Fernández Calzado¹
¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- Arbués, ER. Cuid Salud / 2017 / 14: 5-24. CDID 703179_1.

OBJETIVOS: Analizar la relación existente entre la situación funcional del paciente y el nivel de sobrecarga que presenta su cuidador. Poner en marcha habilidades que incrementen la seguridad del cuidador.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizó una muestra de 20 pacientes frágiles hospitalizados y a sus respectivos cuidadores

durante el periodo de enero del 2016 a junio del 2016 de la unidad de gestión de medicina interna del C. H. Torrecárdenas.

Para valorar la capacidad funcional del anciano se aplicó un índice de barthel y para valorar la sobrecarga del cuidador se utilizaron la escala de zarit y el test de índice de esfuerzo del cuidador a su ingreso en la unidad.

RESULTADOS: Un 87% de los pacientes estudiados presentaban una dependencia severa en el índice de barthel. Con respecto a los cuidadores, la puntuación media del test de zarit fue de 57% (sobrecarga intensa) y un diagnóstico de sobrecarga según el test de índice de esfuerzo del cuidador con una puntuación superior a 6.

CONCLUSIONES: Después de la interpretación de los resultados obtenidos, observamos que un elevado porcentaje de cuidadores presentan una sobrecarga intensa, siendo una detección precoz de la misma una herramienta fundamental para establecer habilidades e intervenciones que la disminuyan.

PP-03 - ¿MANEJAMOS IGUAL LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE PALIATIVO?

M. Erostarbe Gallardo¹, J. García García¹, S. Vergara López¹, J. Mira Escarti¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla.

- Formiga F, Moreno-Gonzalez R, Chivite D, Franco J, Montero A, Corbella X (2017). High comorbidity, measured by the Charlson Comorbidity Index, associates with higher 1-year mortality risks in elderly patients experiencing a first acute heart failure hospitalization. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0853>.

OBJETIVOS: Describir una población de pacientes con insuficiencia cardiaca que ingresan en un hospital de cuidados paliativos y comparar las diferencias en el manejo y el tratamiento de esta patología frente a los pacientes ingresados en un hospital de agudos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyen aquellos pacientes ingresados durante los años 2015-2016 en Medicina Interna con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca, diferenciando aquellos que ingresan en una planta de cuidados paliativos. Las variables fundamentales incluidas fueron las principales características demográficas, las comorbilidades presentes, el tratamiento al alta, la escala de dependencia Barthel, la escala de comorbilidad Charlson, la etiología y el tipo de insuficiencia cardiaca (preservada, moderadamente reducida y reducida).

RESULTADOS: Se toma una muestra al azar de 113 pacientes, de los cuales, el 61% eran mujeres. La mediana de edad era de 80 años en la planta de agudos y de 86 en la planta de paliativos. La comorbilidad más frecuente era la hipertensión arterial, presente en más del 80% de los casos. El 60% de los pacientes paliativos presentaban una dependencia moderada-severa (Barthel<60), frente al 40% de los pacientes agudos con un p=0.001. El 97% de los pacientes paliativos presentaban una comorbilidad elevada según la escala de Charlson, frente al 74% de los agudos (p=0.02). En el 43% de los pacientes paliativos, no tenemos disponible una ecocardiografía de referencia, a diferencia del otro grupo, donde tan solo no estaba disponible en el 1% de los casos. El 22% de los pacientes ingresados en la planta de agudos presentaba una insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, frente al 2% de los pacientes paliativos. En cuanto a los diuréticos de asa, se encontraban presentes en más del 80% de los casos en ambos grupos (p=0.65). El 83% de los pacientes paliativos no presentaba al alta un antagonista de los receptores mineralocorticoides (p=0.056). El 49% de los pacientes paliativos no presentan al alta un IECA (p=0.135). Con respecto a los betabloqueantes, tan solo estaban presentes al alta en el 33% de los pacientes paliativos frente al 64% de los agudos (p=0.002).

CONCLUSIONES: La comorbilidad y la dependencia son mucho más elevadas en los pacientes que ingresan en las unidades

de cuidados paliativos. La ausencia de pruebas diagnósticas como la ecocardiografía conlleva que el clínico desconozca la presencia de posibles cardiopatías estructurales o de disfunción ventricular. Existen tratamientos que se han mostrado beneficiosos en algunos pacientes con insuficiencia cardíaca, sin embargo, son escasamente utilizados en esta población paliativa.

PP-04 - FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA: CARACTERÍSTICAS Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS TRAS UN PRIMER EVENTO

N. Castillo Fernández¹, C. Ocaña Losada¹, M. Soriano Pérez¹, E. Manzano López¹, J. Rodríguez Rodríguez¹, M. Gómiz Rodríguez¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹

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

- García-Sempere A, Hurtado I, Sanfélix Genovés J, Rodríguez-Bernal C, Gil Orozco R, Peiró S et al. Primary and secondary non-adherence to osteoporotic medications after hip fracture in Spain. The PREV2FO population based retrospective cohort study. *Scientific Reports*. 2017; 7 (1).

OBJETIVOS: La fractura de cadera constituye una consecuencia grave de la osteoporosis, con una mortalidad al año aproximada del 30% y un gran impacto tanto en morbilidad como en calidad de vida. A pesar de su importancia, únicamente el 20-30% de los pacientes reciben algún fármaco osteoprotector tras el evento y, cuando es prescrito, la adherencia al mismo es baja. El objetivo de este estudio es revisar al año del alta hospitalaria tras un primer episodio de fractura de cadera osteoporótica, la supervivencia, la tasa de reingresos y, en los pacientes con tratamiento osteoprotector, la adherencia terapéutica y el seguimiento de las recomendaciones respecto al control de los niveles de vitamina D.

PACIENTES Y MÉTODOS: Realizamos inicialmente una revisión retrospectiva de los pacientes ≥ 65 años con fractura de cadera osteoporótica dados de alta durante los meses de Febrero y Marzo de 2017, describiendo sus características basales básicas y el tratamiento osteoprotector al alta. Posteriormente, revisamos la historia médica y farmacéutica al año de la hospitalización.

RESULTADOS: Un total de 25 pacientes fueron dados de alta por fractura de cadera osteoporótica en el periodo analizado. La edad media fue de 80,64 +/- 7,31 y existía un predominio de mujeres (72%) El 80% (n=20) de los pacientes tuvo una determinación durante el ingreso de niveles de vitamina D. El valor medio fue de 12,11 +/- 6,59 y solo 1 paciente presentaba valores normales. Un 72% (n=18) de los pacientes fueron dados de alta con algún tratamiento osteoprotector: 100% Vitamina D; 66,7 % (n=12) calcio, 16,7% (n=3) denosumab y 5,6% (n=1) bifosfonatos.

La mortalidad a los 12 meses fue del 20% (n=5) con una supervivencia media de 6,44 +/- 5,25 meses. Las principales causas de fallecimiento fueron la patología respiratoria y la oncológica. La tasa de reingreso al año fue del 36% (n=9) con un tiempo medio de reingreso tras el alta de 5,3 +/- 4 meses considerándose solo una de ellas (TVP) directamente relacionada con la fractura de cadera.

Solamente 6 pacientes tuvieron algún seguimiento de los niveles de vitamina D, con un valor medio de 35,35 ng/mL +/- 18,7 y un tiempo medio hasta el control de 4,91 +/- 2,88 meses. Únicamente el 44,4% (n=8) de los pacientes continuaban con tratamiento osteoprotector al año del alta: 100% Vitamina D; 87,5 % (n=7) calcio, 25% (n=2) bifosfonatos y 12,5% (n=1) denosumab. En los 10 pacientes que suspendieron el tratamiento osteoprotector a lo largo del año posterior al alta, el tiempo medio de tratamiento fue de 2,35 meses +/- 1,56 con calcio, 4,07 meses +/- 2,47 con vitamina D y 6 meses con denosumab.

CONCLUSIONES: Los pacientes ingresados con fractura de cadera osteoporótica tienen una edad media muy elevada y una alta prevalencia de déficit de vitamina D. Las tasas de reingreso y de mortalidad al año tras una fractura de cadera son altas (36% y 20% respectivamente) con una media de aparición en torno a los 5-6 meses. La adherencia a las recomendaciones indicadas en el informe de alta, tanto terapéuticas como para el control

de los niveles de vitamina D, es baja. De los 18 pacientes con tratamiento osteoprotector al alta hospitalaria, solo un 44,4% lo continuaba a los 12 meses de la misma y únicamente el 33,3% tuvo un control de los niveles de vitamina D en ese periodo de tiempo.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-01 - TROMBOSIS DE LA RETINA Y SU RELACIÓN CON TROMBOFILIAS

M. Morales Gómez¹, Á. Sánchez de Alcázar del Río¹, C. Borrachero Garro¹, F. Muñoz Beamud¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- Rehak M, Rehak J, Müller M et al. The prevalence of activated protein C (APC) resistance and factor V Leiden is significantly higher in patients with retinal vein occlusion without general risk factors. Case-control study and meta-analysis. *Thromb Haemost* 2008; 99: 925.
- Janssen MC, den Heijer M, Cruysberg JR et al. Retinal vein occlusion: a form of venous thrombosis or a complication of atherosclerosis. A meta-analysis of thrombophilic factors. *Thromb Haemost* 2005; 93: 1021.

OBJETIVOS: Evidenciar la relación entre las trombofilias como causa desencadenante de trombosis de la retina y valorar como subanálisis su relación con la edad de aparición en los pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, realizado con la base de datos del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España; con muestra de 94 pacientes, derivados desde Oftalmología a las consultas de Medicina Interna por diagnóstico de trombosis de la retina.

RESULTADOS: Se observó un ligero predominio en mujeres con respecto a hombres para el desarrollo de OVR; apareciendo en un 56% en mujeres y 46% en hombres.

Al valorar los factores de riesgo para el desarrollo de OVR, se objetiva que un 28% de los pacientes presentaban algún estado de hipercoagulabilidad, siendo el más frecuente el Síndrome antifosfolípido, representando el 38,4% del total de paciente con trombofilias. Así mismo se observó que un 72% de OVR fueron por otras causas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias.

Entre la edad de aparición de OVR en paciente con trombofilias, se determina que un 48% de los pacientes debutaron con OVR siendo menores de 60 años, siendo así un 28% para los paciente con edades comprendidas entre los 50 y 60 años y un 24% en los menores de 50 años.

CONCLUSIONES:

1. En los paciente estudiados existe un ligero predominio de la enfermedad en mujeres.
2. Se coincide con la bibliografía de que los principales factores de riesgo para el desarrollo de la OVR son: la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias.
3. En nuestra población estudiada la trombofilia que más se relaciona con la OVR es el síndrome antifosfolípido, presentándose en 10 de los 26 paciente que presentaban trombofilias.
4. Según los resultados sobre edad de debut de la OVR (48% en menores de 60 años), nos hace plantear si se debe realizar un estudio de trombofilias a los paciente menores de 60 años que debutan con OVR y no por debajo de los 50 años como menciona la literatura.

Trombofilias	28%
Otras causas	72%

Tabla 1. Relación de pacientes con OVR y Trombofilias.

F	56%
M	44%

Tabla 2. Relación de género con aparición de OVR.

Debut de OVR después de los 60 años	48%
Debut de OVR entre 50-60 años	28%
Debut de OVR antes de los 50 años	24%

Tabla 3. Edad de aparición de OVR en paciente con trombofilias.