

### COMUNICACIONES DE MEDICINA COMUNICACIONES ORALES

#### ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

##### EC-02. VALORACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

L. Márquez López<sup>1</sup>, M. Ortega Reina<sup>1</sup>, L. Beltrán Romero<sup>1</sup>, F. Espinosa Torre<sup>1</sup>, A. Camacho Carrasco<sup>1</sup>, A. González Estrada<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, O. Muñiz Grijalvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- ALARCÓN GARCÍA JC, ESPINO MONTORO A, MUÑIZ GRIJALVO O. Estudio y tratamiento de la Hipercolesterolemia. En: ESPINO MONTORO A, STIEFEL GARCÍA-JUNCO P. *Manual de hipertensión arterial y lípidos: tablas y algoritmos*. 1ª ed. España: You&Us; 2018. p. 265-84.

**OBJETIVOS:** Describir prevalencia y características de la ateromatosis carotídea y femoral en pacientes con HF. Explorar asociación entre la presencia de enfermedad cardiovascular establecida (ECVe) y la ateromatosis subclínica valorada mediante ecografía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó ecografía carotídea y femoral a pacientes con HF. Se evaluaron la presencia de placas, número de segmentos afectos (escore ateromatosis), grosor máximo y signos de alto riesgo trombótico.

**RESULTADOS:** De la cohorte de aproximadamente 700 pacientes con HF con diagnóstico genético confirmado en seguimiento en nuestra unidad, se han incluido hasta el momento 114 pacientes. 50 % varones, 31,6 % hipertensos. LDL medio 122,6 mg/dl. El 95,7 % realizaba tratamiento con estatinas y el 24,6 % con IPCSK9. El 55,3 % presentaba placas carotídeas, el 57,9 % femorales y el 46,5 % afectación de ambos territorios. Los hallazgos ecográficos se muestran en la tabla 1. Los pacientes con ECVe tenían un score carotídeo medio de 3,69, mientras que en los pacientes sin ECVe era de 1,61 (p < 0,001). Los pacientes con ECVe tenían un score femoral medio de 4,2, mientras que en los pacientes sin ECVe era de 1,69 (p < 0,001).

**DISCUSIÓN:** En pacientes con HF y ECVe, a pesar de la preferencia de la enfermedad aterosclerótica por el lecho coronario, frecuentemente coexiste con aterosclerosis subclínica a otros niveles, con una afectación subclínica más extensa y mayor puntuación en los scores de ateromatosis que en pacientes sin ECVe.

**CONCLUSIONES:** La presencia de aterosclerosis subclínica en territorios diferentes al coronario, podría identificar a pacientes con mayor probabilidad de sufrir eventos CV futuros, que fueran candidatos a manejo intensivo de los FRCV.

Pacientes en prevención 1ª	89 (78,1 %)
Placas carotídeas	42 (47,2 %, N=89)
Placas femorales	44 (49,4 %, N=89)
Afectación de ambos territorios	34 (38,2 %, N=89)
Pacientes en prevención 2ª	23 (20,5 %)
Placas carotídeas	20 (87 %, N=23)
Placas femorales	21 (91,3 %, N=23)
Afectación de ambos territorios	19 (82,6 %, N=23)
Pacientes con afectación carotídea de alto riesgo (placa heterogénea o ulcerada)	6 (5,3 %, N=114)
Prevención 1ª	5 (5,6 % N=89)
Prevención 2ª	1 (4,4 %, N=23)
Pacientes con afectación femoral de alto riesgo (placa heterogénea o ulcerada):	20 (17,5 %, N=114)
Prevención 1ª	14 (15,7 % N=89)
Prevención 2ª	6 (26,1 % N=23)

Tabla 1. Hallazgos en ecografía carotídea y femoral

##### EC-06. PREVALENCIA Y CALIDAD DEL TRATAMIENTO ANTI-COAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN EL ÁREA VIRGEN DEL ROCÍO. ESTUDIO POBLACIONAL TAYFA-ROCÍO

L. Giménez-Miranda<sup>1</sup>, M. Calabuig-Sevilla<sup>1</sup>, F. Moreno-Verdejo<sup>2</sup>, M. López-Ríos<sup>1</sup>, L. Abdel-Kader<sup>4</sup>, E. Calderón-Sandubete<sup>2</sup>, J. Rodríguez-Martorel<sup>3</sup>, F. Medrano-Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, CASBE, CIBEResp.

<sup>2</sup>Medicina Interna, Comisión de Trombosis, CIBEResp

<sup>3</sup>Hematología, Comisión de Trombosis. HUVR. Sevilla

<sup>4</sup>Farmacia, CASBE

**OBJETIVOS:** El tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) en fibrilación auricular no valvular (FANV) puede realizarse con antagonistas de la vitamina K (AVK) o anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), con, al menos, similar eficacia y mejor perfil de seguridad que AVK sin requerir monitorización. La información existente en España sobre TAO en FANV es escasa y fragmentaria y no existen estudios poblacionales andaluces que evalúen su empleo. Objetivos: 1) Conocer en el área sanitaria Virgen del Rocío la prevalencia de FANV en TAO y los fármacos utilizados; 2) Evaluar la calidad y adecuación del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño. Estudio observacional, descriptivo de base poblacional con todos los pacientes adultos del área sanitaria Virgen del Rocío con FANV en TAO durante 2018. Fuentes de información: Base de Datos TAONET y base de datos de Farmacia. Variables. Edad, sexo, TAO, duración del tratamiento, modalidad de control, tiempo en rango terapéutico (TRT), fármaco, servicio prescriptor.

**RESULTADOS:** De los 11337 pacientes en TAO, 7850 por FANV; 6591 (84,0%) tratados con AVK y 1852 (23,6%) con ACOD (593 pasaron de AVK a ACOD) (Figura 1). La prevalencia de FANV en TAO fue 1,4% (7850/557576, BDU-2017). La distribución de las variables se muestra en la tabla 1. Existían controles de INR de seis meses disponibles en 4958 de los pacientes con AVK, 2005 (39,7%) con TRT > 60%. 4,1% de los pacientes con TRT < 60% cambiaron a ACOD. Los pacientes que mantuvieron tratamiento con AVK mostraron mayor TRT que aquellos que cambiaron a ACOD (40,8% vs 31,8%, p=0,022; test Chi cuadrado).

**CONCLUSIONES:**

1. La prevalencia de FANV en TAO en nuestro área es actualmente elevada, sugiriendo reducción de la FANV oculta
2. Menos de la mitad de las FANVs tratadas con AVK consiguen un control adecuado
3. La utilización de ACOD es escasa, inferior a la de nuestro entorno y sin adecuarse a las indicaciones autorizadas en nuestro país
4. Teniendo en cuenta el control anticoagulante subóptimo obtenido con AVK en este y otros estudios poblacionales y las evidencias sobre el coste-efectividad de los ACOD, se podrían cuestionar las restricciones existentes actualmente para el uso de ACOD.

Variante	AVK	ACOD
Pacientes, n (%)	6591 (84,0)	1852 (23,6)
Edad en años, media ± DE	72,3 ± 9,7	
Sexo varón, n (%)	3148 (47,8)	
Duración del tratamiento (días), media ± DE	2002,6 ± 1547,2	329,0 ± 140,0
Modalidad de control con AVK, n (%)		
Atención Primaria	5791 (87,9)	
Atención Hospitalaria	800 (12,1)	
Fármaco AVK, n (%)		
Acenocumarol	405 (6,1)	
Warfarina	6177 (93,7)	
TRT últimos seis meses, media ± DE	54,3 ± 22,9*	
TRT > 60%, n (%)	2005 (39,7)*	
Fármaco ACOD, n (%)		
Apixaban		495 (26,7)
Dabigatran		466 (25,2)
Edoxaban		411 (22,2)
Rivaroxaban		480 (25,9)
Servicio Prescriptor ACOD, n (%)		
Cardiología		1255 (67,8)
Medicina Interna		171 (9,2)
Neurología		195 (10,5)
Otro		231 (12,5)

\* Calculado para los 4958 pacientes con al menos 6 meses de seguimiento. ACOD: Anticoagulantes orales de acción directa; AVK: Antagonistas de la vitamina K; DE: Desviación Estándar; TRT: Tiempo en rango terapéutico.

Figura 1.

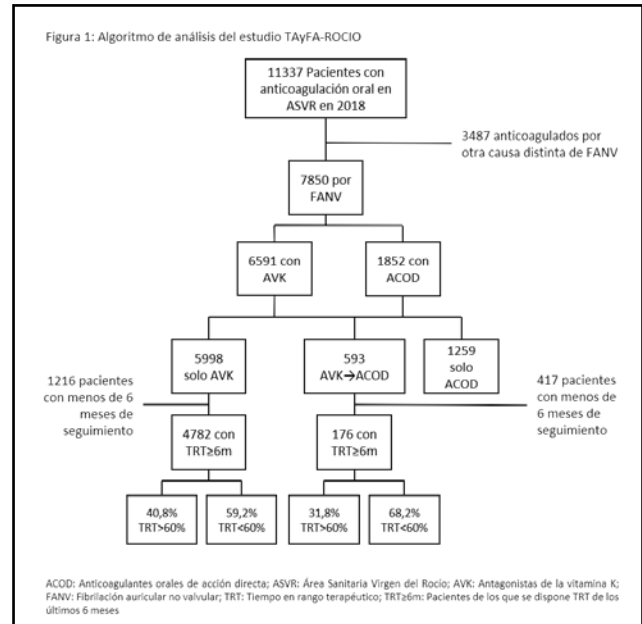


Figura 2.

**EC-08. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, F. Moniche<sup>3</sup>, J. García Garmendia<sup>2</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

- PANNI P, GORY B, XIE Y, CONSOLI A, DESILLES JP, MAZIGHI M, ET AL. ETIS (Endovascular Treatment in Ischemic Stroke) Investigators. Acute Stroke With Large Ischemic Core Treated by Thrombectomy. En: *Stroke*. 2019 May;50(5):1164-1171.

**OBJETIVOS:** Análisis descriptivo de un total de 40 pacientes con diagnóstico de ictus isquémico agudo pertenecientes al área sanitaria Aljarafe que fueron sometidos a trombectomía mecánica desde el año 2017 a 2019.

**RESULTADOS:** La edad media de presentación fue de 65,52 años. EL 42,11% fueron mujeres mientras que el 57,89% fueron hombres.

La localización principal de los procesos isquémicos agudos fue preferentemente en el territorio de la circulación anterior. ACM izquierda (26,31%), ACM derecha (21,05%) y ACI izquierda (15,78%). Mientras que fueron menos frecuentes en los territorios posteriores (31,56%). A. Basilar (15,78%) y A. Cerebelosa derecha. (15,78%).

La puntuación NIHSS media a la activación del código ictus (antes de fibrinólisis) fue de 14,5 puntos de media siendo de 14,09 de media tras la fibrinólisis. Tras la realización posterior de trombectomía mecánica fue de media inmediata tras el intervencionismo 9,25 y a las 48h de 7,6.

Entre los factores etiológicos asociados al evento cerebrovascular agudo se objetivó en un 44,44% de los pacientes un origen cardioembólico del proceso. De estos, un 75% de casos fue debido a una fibrilación auricular (siendo todas paroxísticas salvo un caso). Del resto de etiologías un 27,7% fueron aterotrombóticos y un 16,6% criptogénicos. Hubo

hasta un 12,2% de casos donde la etiología fue indeterminada pues coexistían dos potenciales orígenes del que podrían haber justificado el proceso.

Del total de pacientes analizados la funcionalidad la alta, medida por la escala Rankin se encontraba en 3,18 de media mientras que a los tres meses dicha funcionalidad había mejorado a 2,5 de media.

**CONCLUSIONES:** Aunque la terapia fibrinolítica ha sido clásicamente de elección en el manejo de la patología cerebrovascular aguda, la implantación progresiva de algoritmos de manejo diagnóstico/terapéutico donde se incluye la realización de trombectomía mecánica permite una mayor recuperación tanto clínica y funcional de los pacientes.

#### EC-09. COMPARATIVA DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24 HORAS CON RESPECTO A 3 HORAS PARA DESCARTAR REACCIÓN DE ALERTA

E. Gutiérrez Jiménez<sup>1</sup>, M. Pérez Aguilera<sup>1</sup>, F. Carrasco Sánchez<sup>1</sup>, C. Suárez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid (Madrid).

- MYERS MG. A proposed algorithm for diagnosing hypertension using automated office blood pressure measurement. *J Hypertens*. 2010 Apr;28(4):703-8. doi 10.1097/HJH.0b013e328335d091.

**OBJETIVOS:** Comparar la monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 3 horas con respecto a la monitorización estándar de 24 horas (1) en estudios solicitados para descartar reacción de alerta en pacientes con TA elevada en consulta y que se sospecha síndrome de bata blanca.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han estudiado de forma retrospectiva los registros de MAPAs (monitorización ambulatoria de la presión arterial) realizados durante el mes de noviembre en un hospital de tercer nivel; solicitados por sospecha de reacción de alerta en pacientes con hipertensión arterial en consulta.

Hemos descrito las características basales de los pacientes así como la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Posteriormente se ha realizado una media aritmética de la TA (tanto sistólica como diastólica) de las 3 primeras horas del registro de la monitorización y se ha comparado con la media del total de registro de 24 horas. Se ha considerado buen control tensional la presencia de TAS menor o igual a 130 mmHg y/o TAD menor o igual a 80 mmHg.

**RESULTADOS:** De los 80 MAPAs realizados durante el mes de noviembre, 30 fueron por sospecha de reacción de alerta (37.5%). El 40% de los pacientes de estos registros eran hombres y el 73.3% eran mayores de 50 años. El 30% de los pacientes eran obesos y el 6,7% tenía Diabetes Mellitus.

Según el resultado del registro de 24 horas, el 56,7% de los pacientes tenía buen control tensional. Cuando se analiza la media de los registros de las 3 primeras horas, el 50% de los pacientes tenía buen control. De los 30 registros de MAPA estudiados, en el 80% de los casos se llega a la misma conclusión en cuanto al control tensional.

**CONCLUSIONES:** La monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 3 horas podría servir de ayuda cuando se sospecha que un paciente pueda tener reacción de alerta en la consulta, evitando de esta manera la monitorización durante 24 horas.

## ENFERMEDADES METABÓLICAS

### EM-03. INCIDENCIA DE HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TOMADORES DE METFORMINA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, E. Martín Chacón<sup>2</sup>, R. Fernández Urrusono<sup>3</sup>, S. Gallego Lara<sup>4</sup>, J. García Garmendia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Departamento de informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>4</sup>Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- *Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 3ªed.2018..

**OBJETIVOS:** Conocer la incidencia de hiperlactatemia en pacientes en tratamiento con Metformina que acuden a Urgencias de un hospital comarcal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional en un Hospital comarcal que atiende 294.000 habitantes, de Enero de 2016 a Junio de 2018 (30 meses). Se determinó la prevalencia anual de prescripción de Metformina utilizando la base de datos de prescripciones del SAS. Se analizan todos los pacientes que acuden a Urgencias en tratamiento con Metformina, y que se realizan al menos una determinación de ácido láctico. Se analizan demográficos, niveles de lactato, presencia de acidosis e insuficiencia renal definida como  $FG < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  estimado por la fórmula de MDRD-4. En aquellos pacientes con un FG al ingreso de  $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ , se analizó el FG y Creatinina basales.

**RESULTADOS:** En el periodo de estudio la prevalencia de uso de Metformina fue de 430/10.000 hab/año y se atendieron 9283 episodios de urgencias de enfermos tratados con Metformina, correspondientes a 4898 pacientes distintos, lo que supone 10,2 consultas diarias y 10,6 episodios urgentes/mes/10.000 habitantes. En 719 episodios (7,7%) se realizó lactatemia, y de ellos, en 383 (53%), el valor era  $\geq 2 \text{ mmol/L}$ . Esto supone 12,8 episodios de Urgencias/mes y 9,4 casos/10.000 hab/año con hiperlactatemia. Un 3% de los tratados con Metformina tuvo un episodio en urgencias con hiperlactatemia. En 56 casos (7,8%), se asoció hiperlactatemia con acidosis y fallo renal, de los cuales en 17 (30%) se diagnosticó acidosis láctica asociada a metformina (ALAM). El FG basal de 6 (11%) de estos pacientes era  $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  y en otros 23 (42%) estaba entre  $30-60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ . La tasa de pacientes con Metformina tratados con diálisis fue de 0,32/1000 tratados/año.

**CONCLUSIONES:** La incidencia de hiperlactatemia en Urgencias en pacientes tratados con Metformina llega a un 3% anual, cursando con ALAM en un 5% de los casos, con más de la mitad de estos pacientes con FG basal  $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ . La Metformina debe ser utilizada con precaución en pacientes con disfunción renal.

### EM-04. IMPACTO CLÍNICO Y MORTALIDAD ASOCIADOS A HIPERLACTATEMIA EN PACIENTES TRATADOS CON METFORMINA QUE ACUDEN A URGENCIAS

A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Castejón Ojeda<sup>2</sup>, R. Fernández Urrusono<sup>3</sup>, O. Rufo Tejeiro<sup>4</sup>, J. García Garmendia<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>2</sup>Servicio de informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

<sup>3</sup>Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).