

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en la mortalidad y los ingresos hospitalarios de un programa de asistencia compartida entre Medicina Interna y Traumatología en los pacientes ancianos que ingresan por una fractura de cadera en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en mayores de 65 años que ingresaron por fractura de cadera osteoporótica entre 2016-2017.

RESULTADOS: Se evaluaron 128 pacientes a su ingreso con seguimiento durante un año. El 33,6% de los pacientes se intervinieron en las primeras 48 horas y el 63,9% antes de las 72 horas. Un 36,1% del total se intervino pasadas 72 h. 4 (3,1%) pacientes fallecieron durante el ingreso y 18 (18,6 %) fallecieron durante los 12 meses siguientes al alta hospitalaria. Hasta 55 (45,5%) pacientes reconsultaron en urgencias en el año posterior a la fractura, los intervenidos después de 72 horas reconsultaron más veces que los intervenidos antes (58,5% frente al 38,7%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,040$). 3 (3,1%) pacientes ingresaron en hospitalización en el año posterior al alta hospitalaria.

DISCUSIÓN: Nuestros resultados arrojan unos porcentajes de mortalidad algo inferiores a lo reportado, ya que aproximadamente 1 de cada 15 pacientes con fractura de cadera muere durante la hospitalización y de los que sobreviven 1 de cada 3 muere al año. En 2010 (1) un meta-análisis concluye que la cirugía precoz (<24, <48 o <72h) disminuye la mortalidad y el número de complicaciones posoperatorias. En esta línea nuestros resultados arrojan una relación estadísticamente significativa entre la cirugía antes de las 72 horas y un número menor de reconsultas en urgencias durante el año posterior a la fractura de cadera.

CONCLUSIONES: Un programa de asistencia compartida entre Traumatología y Medicina interna puede contribuir a disminuir la mortalidad durante el ingreso y el año posterior al alta hospitalaria, así como los ingresos hospitalarios.

La cirugía precoz sí disminuyó el número de reconsultas en urgencias durante el año posterior a la fractura.

PP-10. MARCADORES BIOMOLECULARES ASOCIADOS A FRAGILIDAD Y SARCOPENIA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

C. Jiménez-Juan¹, Á. González-Molina¹, R. Gómez-Díaz², S. Vidal-Serrano³, F. Salgado⁴, M. Soto-Martín⁵, R. Fernández-Ojeda³, M. Bernabéu-Wittel¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

²Laboratorio. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Sevilla

³Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

⁴Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga

⁵Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

- OLLERO M (COORD), ET AL. *Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado*. 3ª Ed. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla; 2018

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de marcadores biomoleculares en sarcopenia y fragilidad de pacientes pluripatológicos (PPP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. La sarcopenia se diagnosticó mediante criterios de EWGSOP y la fragilidad mediante criterios de Fried. Los marcadores evaluados fueron el estrés oxidativo (catalasa (CAT), glutatión-reductasa (GR), poder antioxidante total plasmático (TAC-ROS) y la superóxido-dismutasa (SD)); el acortamiento telomérico (aTL) y la apoptosis. (1).

RESULTADOS: Se incluyeron 444 pacientes ($77,3 \pm 8,4$ años. 55% varones). La sarcopenia estuvo presente en 21,8%, la fragilidad en 62,6% y la sarcopenia combinada con fragilidad en 18% de los pacientes. La mortalidad a los 12 meses fue del 40%. Los parámetros de estrés oxidativo y aTL se detallan en la Tabla 1. No se detectó apoptosis en ningún paciente.

CONCLUSIONES: El estrés oxidativo y el acortamiento telomérico se asociaron significativamente a la sarcopenia y la fragilidad en PPP, y podrían constituirse en futuras dianas terapéuticas para estos síndromes.

SARCOPENIA	NO SARCOPÉNICO	SARCOPÉNICO	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 52 (12.6-82)*	CAT 58 (29.4-87.8)	.16
	GR 9.8 (6.8-13.4)	GR 9.9 (5.5-13)	.45
	TAC-ROS 2.42 (1.8-3)	TAC-ROS 2.29 (1.7-2.8)	.12
	SOD 4.4 (2.7-6.5)	SOD 5.8 (3.7-6.9)	.02
Longitud telomérica absoluta	4.96 (0.7-19)	1.65 (0.6-3.9)	.001
FRAGILIDAD	ROBUSTO	FRÁGIL	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 55.6 (21.7-80)	CAT 51.4 (19-83.5)	.6
	GR 9.1 (5.3-9)	GR 10.2 (6.9-13.5)	.12
	TAC-ROS 3.5 (1.6-9)	TAC-ROS 3.3 (1.9-3)	.044
	SOD 3.8 (2.3-6.2)	SOD 5.1 (3.2-7)	.002
Longitud telomérica absoluta	5.7 (1.7-19)	1.5 (0.6-3.4)	<.0001
SARCOPENIA Y FRAGILIDAD	NO SARCOPÉNICO Y ROBUSTO	SARCOPÉNICO Y FRÁGIL	P
Marcador de estrés oxidativo	CAT 46.4 (46.5-77.5)	CAT 51.5 (26.2-79)	.2
	GR 9.7 (6.7-13.2)	GR 10.1 (5.9-14)	.5
	TAC-ROS 2.4 (1.8-3.1)	TAC-ROS 2.2 (1.8-2.8)	.08
	SOD 4.4 (2.8-6.4)	SOD 5.7 (4.1-6.4)	.0012
Longitud telomérica absoluta	6.5 (0.7-20)	1.5 (0.6-3.8)	<.0001

Tabla 1 (PP-10). Diferencias en los marcadores de estrés oxidativo y longitud telomérica en PPP. *Mediana y RIC.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-02. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU RENDIMIENTO PRONÓSTICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

L. Giménez Miranda¹, J. Anguis Horno², P. Rodríguez Torres³, R. López Alfaro¹, F. Moreno Verdejo¹, L. Suárez Valdivia⁴, R. Otero Candellero⁴, F. Medrano Ortega¹

¹MMedicina Interna y CIBEResp, HUVR. Sevilla.

²EPES. Servicio Provincial de Sevilla.

³Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla.

⁴UMQER. HUVR. Sevilla.

OBJETIVOS: La profilaxis con anticoagulantes es efectiva en la prevención de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes de alto riesgo. Existen diferentes escalas para la valoración de riesgo en sujetos con patología médica validadas para pacientes

hospitalizados, si bien existe poca información sobre su empleo en pacientes ambulatorios. El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento y la concordancia de las escalas de riesgo de ETV disponibles para pacientes médicos hospitalizados (PADUA, IMPROVE, PRETEMED) en pacientes ambulatorios con riesgo de trombosis venosa profunda (TVP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal retrospectivo en el que se incluyeron consecutivamente los pacientes atendidos en la UMQR por sospecha de TVP desde octubre de 2015 hasta completar el tamaño muestral pre-calculado que fue de 199.

Se recogieron los datos demográficos, fármacos, enfermedades, intervenciones y circunstancias clínicas necesarias para el cálculo de las puntuaciones de las tres escalas, así como la presencia o ausencia de TVP por ecografía doppler de miembros inferiores. Se realizaron tablas de contingencia relacionando el riesgo estimado con los diferentes puntos de corte considerados (riesgo moderado o alto) con la existencia o no de TVP según doppler para determinar la especificidad, sensibilidad, valores predictivos y exactitud de las escalas, así como un análisis de concordancia inter-escalas mediante el test kappa de Cohen.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 199 pacientes, de los cuales 42 (21%) habían desarrollado TVP. En la tabla 1 se muestra el rendimiento de las escalas clínicas y en la tabla 2 su concordancia para los diferentes puntos de corte considerados en el estudio.

CONCLUSIONES:

1. En pacientes ambulatorios con patología médica y sospecha clínica de TVP las escalas de riesgo PRETEMED, IMPROVE y PADUA, que permiten estratificar el riesgo de ETV en pacientes hospitalizados, tienen globalmente un bajo rendimiento, sobre todo en lo que respecta a sensibilidad, y mejor comportamiento en cuanto a la especificidad.
2. En nuestro estudio, la escala IMPROVE con punto de corte ≥ 4 , es la que tiene un mejor rendimiento, con una especificidad cercana al 95%, por lo que podría permitir identificar aquellos sujetos de menor riesgo no susceptibles de tromboprofilaxis.

Parámetros	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)	Exactitud (%)
PRETEMED ≥ 4	54,3	58,9	24,7	83,8	58
PRETEMED ≥ 5	37,1	70,2	23,6	81,8	63,6
IMPROVE ≥ 2	45,2	65,6	26	81,7	61,3
IMPROVE ≥ 4	23,8	94,3	52,6	82,2	79,4
PADUA ≥ 4	37,1	66,7	21,7	81	60,8

S: Sensibilidad; E: Especificidad; VPP: Valor predictivo positivo; VPN: Valor predictivo negativo

Tabla 1.

Índice Kappa	TVP	PRETEMED ≥ 4	PRETEMED ≥ 5	IMPROVE ≥ 2	IMPROVE ≥ 4
PRETEMED ≥ 4	0,09	-			
PRETEMED ≥ 5	0,06	0,74	-		
IMPROVE ≥ 2	0,09	0,65	0,6	-	
IMPROVE ≥ 4	0,23	0,19	0,25	0,31	-
PADUA ≥ 4	0,03	0,61	0,6	0,69	0,25

TVP: Trombosis venosa profunda

Tabla 2.

T-03. ESCALAS DE RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y SU APLICABILIDAD EN PACIENTES AMBULATORIOS CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

R. López Alfaro¹, J. Anguis Horno², M. López Ríos¹, L. Giménez Miranda¹, P. Rodríguez Torres³, L. Suárez Valdivia⁴, R. Otero Candellero⁴, F. Medrano Ortega¹

¹Servicio de Medicina Interna-UCAMI y CIBERESP, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

²Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Servicio Provincial de Sevilla. Sevilla

³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla.

⁴Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias - CIB. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

- ENDORSE. Lancet.2008;371:387-394
- BOSSON ET AL. J Inter Med.2006; 260:168-176
- Hasset al. Clin Appl Thromb Hemost.2007;13:7-13
- LAWALL ET AL. Thromb Haemost 2011;105:190-196.

OBJETIVOS: La profilaxis con anticoagulantes es efectiva para prevenir ETV en pacientes de alto riesgo. Existen escalas para la valoración de riesgo en enfermedades médicas validadas para pacientes hospitalizados, aunque existe poca información sobre su empleo ambulatoriamente. El objetivo de este estudio es evaluar la aplicabilidad de escalas disponibles para pacientes médicos (PADUA, IMPROVE y PRETEMED) con sospecha de TVP ambulatoriamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: estudio transversal retrospectivo. Población:5853 pacientes remitidos desde atención primaria, urgencias y especialidades médico-quirúrgicas a consultas monográficas de ETV del HUVR entre 2008-2015 por sospecha de TVP. Sujetos: pacientes atendidos de forma consecutiva desde octubre de 2015 hasta completar tamaño muestral pre-calculado(n=199). Variables: datos constitucionales, antropométricos, fármacos, enfermedades, intervenciones y circunstancias clínicas agudas y crónicas y aquellos necesarios para el cálculo de puntuación de las tres escalas, así como presencia o ausencia de TVP por Ecografía-Doppler de miembros inferiores.

RESULTADOS: La escala IMPROVE se aplicó a todos los sujetos y las escalas PRETEMED y PADUA a 176(88,4%) del total, al incluir entre sus variables el IMC, no disponible en historia digital en 23 casos. 42(21,1%) del total habían desarrollado TVP, diagnosticada mediante ecografía compresiva. Características generales y factores de riesgo de ETV en la muestra y en los pacientes con TVP mostrados en la tabla.

DISCUSIÓN: Este es el primer estudio realizado en ámbito ambulatorio para evaluar aplicabilidad de estas escalas de riesgo de ETV. Las características demográficas y factores de riesgo son similares en pacientes no-quirúrgicos hospitalizados. El perfil clínico de riesgo es similar al de otros estudios realizados en pacientes ambulatorios.

CONCLUSIONES:

1. Las escalas de riesgo PRETEMED, IMPROVE y PADUA son aplicables en pacientes ambulatorios en cualquier ámbito (atención primaria, especializada y urgencias) con sospecha de TVP.
2. La escala IMPROVE es la que muestra mayor aplicabilidad en este grupo, permitiendo estimar el riesgo en todos los casos.
3. El perfil de riesgo de estos pacientes no difiere de forma importante del observado en estudios en pacientes no-quirúrgicos hospitalizados, lo que sugiere que las escalas validadas en este grupo podrían ser utilizadas ambulatoriamente.