

- POGUE R, CAVALCANTI D, SHANKER S, ANDRADE R, AGUIAR L, DE CARVALHO J, COSTA F. Rare genetic diseases: update on diagnosis, treatment and online resources. En: *Drug Discov Today*. 2018;23(1):187-195.

**OBJETIVOS:** Descripción de una serie de casos en los que se sospechó enfermedad por depósito o metabolopatía en el espectro de las Mucopolisacaridosis y se confirmó o no con diagnóstico genético entre especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Nefrología en un Hospital de Tercer Nivel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal observacional descriptivo de pacientes remitidos a la Unidad de Bioquímica Clínica por sospecha de Metabolopatías mediante uso de "hoja de cálculo Microsoft Excel".

**RESULTADOS:** Se trata de una población en total de 313 pacientes siendo 137 hombres (43%) y 177 mujeres (57%), con una edad media de 19,2 años. Para el diagnóstico, aparte de la clínica sugestiva, se recurrió a realización de panel genético de determinación de genes más frecuentes implicados en el desarrollo de estas enfermedades. El panel fue positivo en 94 casos (30%) siendo sospechadas 65 Enfermedades Lisosomales, 44 Enfermedad de Pompe, 140 Enfermedad de Fabry, 1 Enfermedad de Krabbe, 2 Enfermedad de Morquio, 14 Enfermedad de Gaucher, 4 Enfermedad de Niemann-Pick tipo C y 10 Mucopolisacaridosis. Entre las pruebas positivas se evidenciaron 11 mutaciones patogénicas, 13 mutaciones benignas, 8 nuevas mutaciones patogénicas y 24 indeterminadas, el resto son las esperables dentro de las descritas.

**DISCUSIÓN:** Se trata de enfermedades minoritarias que han de ser consideradas a partir de la clínica y tener un alto nivel de sospecha ante una semiología frente a la que no existe una explicación común. Para el diagnóstico de este tipo de patologías se han desarrollado paneles de genes gracias a la secuenciación del Genoma Humano que permite dar un diagnóstico definitivo o introducir nuevas mutaciones que se presuponen patogénicas o de significado incierto gracias a simulaciones "in silico" con una rentabilidad 30%.

#### CONCLUSIONES:

- Se trata de enfermedades de alta sospecha y confirmación con test genéticos para diagnosticarla.
- En nuestro centro las más comunes son la Enfermedad de Fabry seguida por las Lisosomales.
- En los próximos años se elucidarán nuevas mutaciones que previamente se consideraban conflictivas como patogénicas.

## OTROS

### O-02. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO DURANTE SU INGRESO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ DE LA FRONTERA

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, M. Báez Rivas<sup>2</sup>, A. Roldán Mena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

<sup>2</sup>Oncología Médica. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

- ARANDA FI, ALENDA C, PEIRÓ FM, PEIRÓ G. Tumores neuroendocrinos pulmonares. En: *Rev Esp Patol* 2003; 36: 389-404.
- KALTSAS GA, BESSER GM, GROSSMAN AB. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. En: *Endocr Rev*. 2004;25:458-511.

**OBJETIVOS:** Analizar los pacientes diagnosticados de tumor neuroendocrino durante su ingreso hospitalario en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se realiza una búsqueda a través de la herramienta de 'Gestión del Conocimiento'. Se extrae la información necesaria a través de los informes de alta hospitalaria, de seguimiento en consulta, así como de Anatomía Patológica.

**RESULTADOS:** Se localizan un total de 28 pacientes hospitalizados entre 2004 y 2018, con una media de edad al diagnóstico de 58 años. Catorce eran fumadores. Ocho pacientes fueron diagnosticados durante su ingreso a cargo de Medicina Interna, 7 en Digestivo y 7 en Neumología. Once presentaban síndrome carcinoide típico. Dos presentaban criterios de MEN IIA. La localización pulmonar fue la más habitual con 10, seguido de la pancreática con 8.

Siete de los pacientes presentaban estadio IV. Se describió el número de mitosis por campo en 7, siendo de 10 en dos de ellos. Se especificó el Ki% en 9 con una mediana de 5. Sólo 3 presentaban tumores funcionales. Diez fueron tratados con lanreotide, 9 con cisplatino/etopósido, y en 7 se logró realizar cirugía con resultado óptimo. La mayoría presentaban un seguimiento cada 2 meses. Diez han sido exitus con una supervivencia media de 37 meses.

**DISCUSIÓN:** En nuestra cohorte se evidencia que este tipo de tumores constituyen un conjunto de entidades poco frecuentes con rasgos biológicos comunes, pero gran diversidad en cuanto a presentación y características clínicas, con un abordaje diagnóstico y terapéutico complejo. Presentan un aceptable índice de supervivencia con la incorporación de técnicas agresivas de resección quirúrgica, tratamientos locorreccionales y avances en el tratamiento sistémico.

**CONCLUSIONES:** Una parte considerable de los pacientes diagnosticados presentaban al ingreso síndrome carcinoide típico. Una proporción alta de los mismos se encontraban en estadios avanzados. El tratamiento es diverso y ayuda a una mayor supervivencia. Sería interesante profundizar en el seguimiento de estos pacientes.

### O-03. EXPERIENCIA INICIAL DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE FRACTURAS. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 168 CASOS

J. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, F. Olmo Montes<sup>1</sup>, B. Hernández Cruz<sup>2</sup>, M. Miranda García<sup>1</sup>, M. Vázquez Gámez<sup>3</sup>, M. Giner García<sup>3</sup>, M. Colmenero Camacho<sup>1</sup>, M. Montoya García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>2</sup>UGC Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

<sup>3</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla.

- WALTERS S, KHAN T, ONG T, SAHOTA O. Fracture liaison services: improving outcomes for patients with osteoporosis. En: *Clin Interv Aging* 2017 (Jan 10);12:117-27.
- Proyecto FLS Excellence, SEIOMM, disponible en: [http://seiomm.org/wp-content/uploads/2018/02/ProyectoSEIOMM-FLS-Excellence\\_.pdf](http://seiomm.org/wp-content/uploads/2018/02/ProyectoSEIOMM-FLS-Excellence_.pdf).

**OBJETIVOS:** Describir el perfil de pacientes atendidos y el funcionamiento de una unidad de prevención de fracturas (FLS) cuyo objetivo es garantizar la evaluación de riesgo de re-fracturas, de caídas y prescribir un tratamiento preventivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Julio-Diciembre/2018, se han recogido 168 pacientes. Los pacientes son remitidos desde los servicios que atienden a diferentes tipos de fractura, principalmente, Urgencias, traumatología, MI-peri-operatoria, sala de yesos y Atención Primaria. Estos pacientes son atendidos en primer lugar por la Enfermera Gestora de Casos de la FLS, la cual extrae analítica protocolizada previamente y hace valoración del paciente (test de Barthel, Lawton, MNA, Downton, dinamometría, FRAX, SPPB, medidas antropométricas, test timed up and go, EQ-5d) el día de consulta. Se continúa con DMO y Rx de columna dorso-lumbar. Seguidamente, el paciente es evaluado en su conjunto por el Médico Especialista, quien emite un informe para Atención Primaria.

**RESULTADOS:** De los 168 pacientes derivados a la FLS, procedentes principalmente de Medicina Interna Peri-operatoria (77) y Traumatología (63), 134 fueron mujeres y 34 hombres, con una media de edad de 72,7 años. La fractura de cadera (96) fue la más prevalente de las fracturas primarias, seguida de vertebrales (33) y de extremidad distal de radio (23). El Alendronato (100) fue el tratamiento más prescrito, seguido del Denosumab (27) y de la Teriparatida (15).

**CONCLUSIONES:** El 100% de los pacientes atendidos en la unidad de prevención de fracturas recibió valoración en acto único. Todos los pacientes recibieron tratamiento preventivo, siendo el más prescrito Alendronato semanal, seguido de Denosumab. La prescripción de Zoledronato anual fue baja, por lo que su consideración podría aumentar la adherencia y reducir los costes.

Estudio subvencionado con el proyecto: Programa para la mejora de la prevención secundaria de la fractura osteoporótica, subvencionado por Consejería de Salud, Junta de Andalucía PIN-0092-2016.

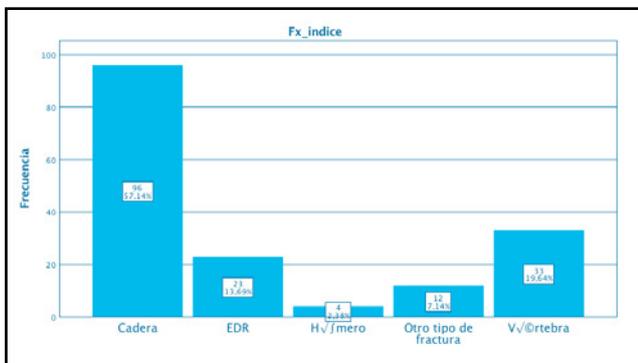


Figura 1.

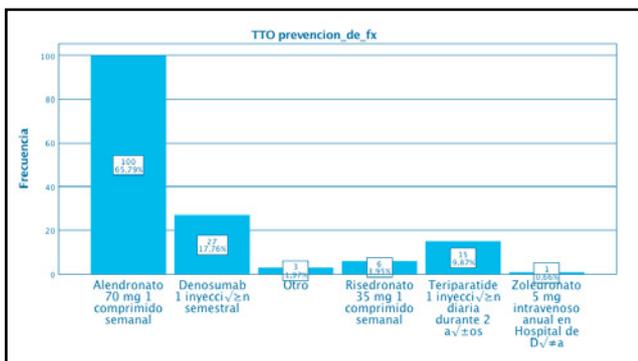


Figura 2.

#### O-04. RESULTADOS TRAS IMPLANTAR UNA HERRAMIENTA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE MEDICINA

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Vergara Díaz<sup>2</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, S. Corral Baena<sup>3</sup>, E. Martín Chacón<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina. DomusVi Santa Justa. Sevilla.

<sup>3</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

<sup>4</sup>Informática. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- CHUNG C, GAUTHIER V, MARQUES-TAVARES F, HINDLET P, COHEN A, FERNANDEZ C, ET AL. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. En: *Arch Cardiovasc Dis* [Internet]. 2019;112(2):104–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.09.004>

**OBJETIVOS:** Describir la adherencia de los facultativos a una herramienta informática de ayuda a la conciliación terapéutica al alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En la herramienta se registra la medicación que tomaba el paciente previamente al ingreso incluyéndose la pauta. Estos medicamentos constarán de nuevo en el informe de alta del paciente indicándose por defecto que se mantenga a no ser que el facultativo responsable indique su suspensión o modificación. Si elegimos la opción “modificar” nos dará la opción de añadir una cantidad y pauta. Para añadir medicamentos nuevos: pulsaremos Medicación al Alta. Toda la medicación que se registre en este apartado aparecerá en el informe de alta en cada uno de sus epígrafes: MANTENGA, MODIFIQUE (solo la cantidad y pauta nueva) SUSPENDA (solo el medicamento sin cantidad ni pauta) y AÑADA.

Se ha analizado los resultados obtenidos del uso de esta herramienta desde su implantación en sept 2013 hasta diciembre de 2018 en el servicio de medicina de nuestro centro.

**RESULTADOS:** Desde su implantación en septiembre 2013 hasta diciembre de 2018 se han dado 21.926 altas en el Servicio de Medicina, que incluyen las de la unidad de Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Digestivo. La herramienta de conciliación ha sido utilizada en 17.102 altas lo que supone el 78% de ellas. En la gráfica 1 se representa desglosado por meses.

**DISCUSIÓN:** El descenso en el uso de la aplicación, desde julio de 2015 a febrero de 2017, se debió a la implantación de receta XXI en nuestro centro, que implicaba realizarlo dos veces. Tras detectarse, se recordó la importancia de la misma en una sesión clínica, consiguiendo con ello aumentar la adherencia.

#### CONCLUSIONES:

1. Se objetiva una alta adherencia de los profesionales al uso de la herramienta.
2. Existe una influencia negativa de la implantación de receta XXI, en nuestro centro.
3. Nueva mejoría de la adherencia tras identificarse el problema y aplicar una acción correctora.

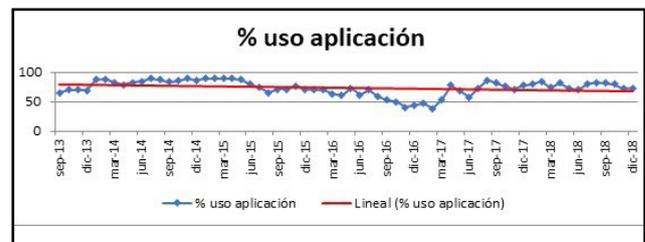


Figura 1.

#### O-05. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, L. Gómez Morales<sup>1</sup>

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

- NTAIOS G, PAPAVALSILEIOU V, DIENER HC, MAKARITSIS K, MICHEL P. NONVITAMIN. K-antagonist oral anticoagulants versus warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischemic attack: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. En: *Int J Stroke*. 2017 Aug;12(6):589-596

**OBJETIVOS:** Analizar un total de 249 pacientes ingresados en medicina interna desde el año 2010 hasta el 2014 con el diagnóstico de ictus hemorrágico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional de los pacientes del Aljarafe (Sevilla) ingresados desde el año 2010 al año 2014.

**RESULTADOS:** La edad media fue 75,67 años [El 45,38% mujeres (113) mientras que el 54,61% hombres (136)]. Hubo 34 que tenían fibrilación auricular (FA) (13,34%). De estos 33 tenían indicación de anticoagulación [CHADSVASC (CV) de 2 o +]. A pesar de ellos, 14 pacientes tomaban antiagregante plaquetario (con AAS o clopidogrel). Solo 15 pacientes tomaban tratamiento anticoagulante (de los que presentaban FA + CV >2 + Ictus hemorrágico) estando en el 73,3% de las determinaciones fuera de rango terapéutico. En ambos casos el Has-Bled era de 3 o +. Un paciente de los 33 mencionados (con similares características a los previos) se encontraba bajo tratamiento con acod siendo la etiología del sangrado tumoral. La etiología más frecuente fue la hipertensiva en un 61,44% seguida por la espontánea en un 15,26%, traumática 10,04% y otras diversas que fue un 9,63. En números totales la incidencia fue mayor en hombres, la mortalidad lo fue en mujeres (55,11%) más que en hombres (44,89%) independientemente del fármaco utilizado. La mortalidad global en % fue de un 34,13%.

**CONCLUSIONES:** El control de la HTA es objetivo primario en estos pacientes pues es la etiología principal del sangrado independientemente del fármaco. En FA e indicación de anticoagulación el uso antiagregante no redujo el número de IH (número similar al grupo con acenocumarol). Este fármaco engendra dificultades de control (INR 2-3) que en ocasiones realiza una acción deficiente.

#### O-06. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN HOSPITAL DE DÍA

S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, M. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, M. Gómez Hernández<sup>2</sup>, M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>2</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>

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

- POLLOCK RF, MUDUMA G (2019) A systematic literature review and indirect comparison of iron isomaltoside and ferric carboxymaltose in iron deficiency anemia after failure or intolerance of oral iron treatment. En: *Expert Review of Hematology*, 12:2, 129-136, DOI: 10.1080/17474086.2019.1575202.

**OBJETIVOS:** Analizar las características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes que han recibido hierro carboximaltosa en el hospital de día de nuestro centro durante 2018.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en hospital de día de nuestro centro durante el año 2018 a los que se le administró hierro carboximaltosa. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas.

**RESULTADOS:** Obtuvimos una muestra de 76 pacientes, 47 mujeres (61,8%) y 29 hombres (38,2%), con una edad media de 63 años y una DE 18,18. El índice de Barthel medio fue 78. El peso medio fue 75,21 kg y DE 17,66.

La localidad con mayor número de pacientes fue Mairena del Aljarafe, con un total de 15. El mes en que se administró un mayor número de dosis fue Junio con un total de 13.

Las indicaciones se representan en las figuras 1, 2 y 3.

El valor medio de la hemoglobina actual fue 9,4 g/dl y DE 1,7. El valor medio de la hemoglobina diana fue 12,51 g/dl, con DE 1,2. El valor medio de la ferritina fue 42,22 g/dl. El valor medio del déficit de hierro fue 1.316,5 mg.

La dosis administradas fueron: 500 mg: 8 pacientes (10,5%), 1000 mg: 57 pacientes (75%), 1500 mg: 6 pacientes

(87,9%) y 2000 mg 5 pacientes (6,5%). Ningún paciente presentó eventos adversos.

**DISCUSIÓN:** La administración de hierro por vía parenteral, presenta la ventaja sobre la vía oral de una mejor tolerabilidad. La administración en una sola dosis reduce la frecuentación al hospital del paciente y permite un mejor aprovechamiento del hospital de día.

#### CONCLUSIONES:

1. Las indicaciones más frecuentes fueron intolerancia a hierro oral y déficit de hierro por causa no corregible.
2. La dosis administrada con mayor frecuencia fue 1000 mg.
3. La administración de carboximaltosa de hierro en IC resultó segura.



Figura 1.



Figura 2.

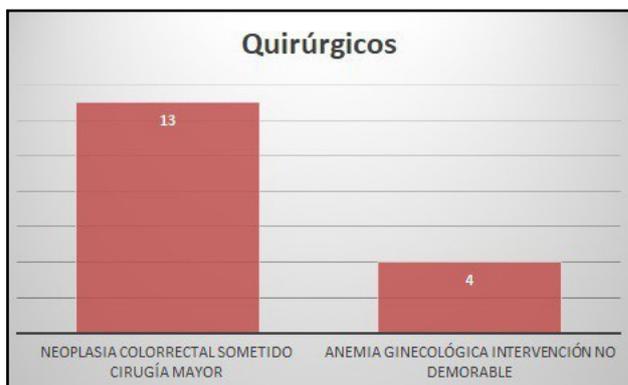


Figura 3.

### O-07. ¿EXISTEN PARÁMETROS INDIRECTOS QUE SUGIERAN UNA PATOLOGÍA ARRITMOGÉNICA COMO ORIGEN DE ICTUS CRIPTOGENICO?

M. Poyato Borrego<sup>1</sup>, A. Ramos Guerrero<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>, S. Vidal Serrano<sup>1</sup>, J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. Blanco Taboada<sup>1</sup>, J. Salinas Gutiérrez<sup>1</sup>, L. Ortega<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- GUTIÉRREZ-ZÚNIGA R., FUENTES B, DÍEZ-TEJEDOR E. Ictus criptogénico. Un no diagnóstico. En: *Med Clin (Barc)*. 2018; 151(3):116-122.

**OBJETIVOS:** Analizamos pacientes con ictus isquémicos y comparamos con aquellos ictus isquémicos (criptogénicos) (IC) en el que no se identifica causa después de estudio etiológico estándar. Analizamos si existe algún parámetro demográfico, clínico o ecocardiográfico presente con mayor frecuencia en el grupo de IC y que permita sospechar Fibrilación Auricular paroxística (FAP) no identificada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados con ictus isquémico desde Enero del 2010 hasta Diciembre del 2014. Analizamos las variables edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, Dislipemia, Tabaquismo, obesidad), haber presentado un ictus previo o una recidiva posterior, valor del CHA2DS2VASc y alteraciones en ecocardiografía que predisponen desarrollo de FAP.

**RESULTADOS:** Incluimos un total de 1261 pacientes. Edad media de 72,6 años (29-94), 669 hombres (53%). La etiología del ictus: Aterotrombótico 446 (35,4%); Cardioembólico 286 (22,7%) ; Lacunar 110 (8,7%) ; Criptogénico 237 (18,8%); Otros 181(14,4%). El 79,5% eran hipertensos; el 42,6% diabéticos; un 48,6 % padecía dislipemia, siendo un 80,9 % fumadores. Un 65 % tenían dos o más FRCV. 469 pacientes (37,2%) habían tenido un ictus isquémico previamente, por otro lado 235 pacientes (18,6%) presentaron una recidiva. A todos los pacientes independientemente de la causa del ictus se les calculó el CHA2DS2VASc siendo  $\geq 2$  en un 86 %. En el subgrupo de IC la edad media fue 68 (34-91), estando el 38,4 % < 65 años y el 63% > 75 años. 56% fueron hombres. FRCV: HTA 159 (67%); DM 74 (31%); Dislipemia 106 (45%); Tabaquismo 154 (65%). 110 (43%) pacientes tenía 2 o más FRCV. 77 pacientes (32,5%) habían tenido ictus isquémico previamente, siendo 35 (15%) los que presentaron una recidiva. CHA2DS2VASc  $\geq 2$  fue calculado en 178 (75%).

**CONCLUSIONES:** Se estima que entre un 25-45 % la causa es una FAP silente no identificada en el momento del ictus. Identificamos un número elevado IC en nuestra población, con un porcentaje elevado de HTA, tabaquismo, CHA2DS2VASc  $\geq 2$  y alteraciones ecocardiográficas. La agrupación de estas variables aumenta la probabilidad de desarrollar una FAP como causa de IC.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO

### PP-05. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y DE LA GRAVEDAD MEDIANTE EL ÍNDICE PROFUND DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Mora Delgado<sup>1</sup>, O. Zoleto Camacho<sup>1</sup>, M. Santos Peña<sup>1</sup>, V. Naranjo Velasco<sup>1</sup>, I. Sevilla Moreno<sup>1</sup>, C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, A. Michan-Doña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

- OLLERO BATURONE M ET AL. *Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso asistencial integrado*. 2ª ed. Sevilla: Dirección de Salud Pública de la Junta de Andalucía; 2007.
- BERNABÉU-WITTEL M ET AL. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. En: *Eur J Intern Med*. 2011;22:311-7.

**OBJETIVOS:** Analizar la prevalencia y la gravedad a través de la escala PROFUND de los pacientes pluripatológicos (PPP) de la planta de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Discernir qué criterios cumplen más frecuentemente los PPP según los definidos en el SSPA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan todos los pacientes dados de alta en el último trimestre de 2018. En primer lugar se clasifican los pacientes mediante los criterios de PPP según el marco actual del proceso del SSPA (de acuerdo a las 8 categorías establecidas de enfermedades crónicas) (1). Posteriormente se les aplica la escala PROFUND.

**RESULTADOS:** De los 449 pacientes analizados, 233 (52%) cumplían criterios de paciente pluripatológico (tabla 1). Tras aplicar la escala PROFUND obtenemos un valor medio de 8,08 con una mediana de 9 (tabla 2).

**DISCUSIÓN:** Es significativa la alta prevalencia, más de la mitad, de PPP encontrada así como la alta frecuencia de pacientes con enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria y de enfermedad renal crónica respecto a lo descrito en otras cohortes (2). Al aplicar la escala PROFUND es reseñable que gran parte de los pacientes tenían cuidador diferente al cónyuge y además un Barthel en la mayoría de casos menor a 60. La enfermedad osteoarticular crónica es un factor limitante habitual. Comparando con otras series existe una proporción mayor de pacientes con neoplasia no subsidiaria de tratamiento..

**CONCLUSIONES:** Concluimos que en la planta de hospitalización de Medicina Interna de nuestro hospital existe una prevalencia mayor de pacientes pluripatológicos respecto a otras cohortes, con un índice PROFUND superior a la media obtenida también en otras series. Será interesante realizar un análisis de mortalidad en nuestra cohorte tras un lapso de tiempo adecuado y correlacionarlo con el índice PROFUND obtenido.

Categoría A	
Insuficiencia cardíaca	77 (33%)
Cardiopatía isquémica	100 (43)
Categoría B	
Vasculitis y autoinmunes	19 (8%)
Enfermedad renal crónica	103 (44%)
Categoría C	
Enfermedad respiratoria crónica	51 (22%)
Categoría D	
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (0,4%)
Hepatopatía crónica	20 (8,5%)
Categoría E	
Accidente cerebrovascular	68 (29%)
Enfermedad neurológica (Barthel menor a 60)	99 (42%)
Categoría F	
Arteriopatía periférica sintomática	31 (13%)
Diabetes mellitus con afectación demostrada	32 (13%)
Categoría G	
Anemia	53 (23%)
Neoplasia	38 (16%)
Categoría H	
Osteoarticular	109 (47%)

Tabla 1.