

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

M. Poyato Borrego¹, A. Ramos Guerrero¹, S. Delgado Romero¹, S. Vidal Serrano¹, J. Castilla Yélamo¹, A. Blanco Taboada¹, J. Salinas Gutiérrez¹, L. Ortega²

¹Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

²Medicina 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 Delgado¹, O. Zoleto Camacho¹, M. Santos Peña¹, V. Naranjo Velasco¹, I. Sevilla Moreno¹, C. Bocanegra Muñoz¹, A. Michan-Doña¹

¹Medicina 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.

Tabla 2			
CARACTERÍSTICAS		PROFUND	FRECUENCIA
Demográficas	Mayor o igual a 85 años	3	101 (43%)
Valoración clínica	Neoplasia activa	6	38 (16%)
	Demencia	3	36 (15%)
	Delirium en último ingreso	3	24 (10%)
	Clase funcional III-IV NYHA/MRC	3	77 (33%) / 51 (22%)
Análisis	Hemoglobina menor a 10g/dl	3	53 (23%)
Cognitivas/funcionales/ Sociofamiliares	Barthel menor a 60	4	208 (89%)
	No cuidador o diferente a cónyuge	2	182 (78%)
Asistenciales	4 o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3	2 (0,01%)

Tabla 2.

PP-06. DESNUTRICIÓN Y FRAGILIDAD EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS CON PLURIPATOLOGÍA HOSPITALIZADA

A. Sánchez Ramos¹, M. Aparicio Santos², L. Gómez Morales², A. Ramos Hidalgo², S. Delgado Romero², J. Castilla Yélamo², I. Vallejo Maroto²

¹Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

²Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- ULÍBARRI PÉREZ JI. Clinical undernutrition in 2014: pathogenesis, early diagnosis and consequences; undernutrition and trophopathy. En: *Nutr. Hosp.* 29 (4), 785-796.

OBJETIVOS: Identificar si la situación nutricional, fragilidad y comorbilidad de personas con pluripatología hospitalizadas, constituyen o no, un marcador pronóstico diferencial de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo en pacientes ingresados en MI pluripatológicos. El periodo de estudio estuvo comprendido entre el 24/04/2017 y el 07/06/2017, con seguimiento al año. Se realizó un muestreo aleatorio incluyendo una población de 46 pacientes. Se analizaron una serie de datos y usando el análisis estadístico se empleó el SPSS.

RESULTADOS: En nuestra población el porcentaje de pacientes no frágiles fue de 13%, de pre-frágiles 19,6% y de frágiles de 67,7%. Encontramos diferencias en los valores de algunos de los parámetros analizados. Índice de Barthel: 100 (No frágil); 97,78 (Pre Frágil); 59,84 (Frágil) (p=0.000). Índice de Profund: 3,17 (No frágil); 2,78 (Pre Frágil); 7,61 (Frágil) (p=0.001). -MNA SF: 12,83 (No frágil); 10,67 (Pre Frágil); 6,48 (Frágil) (p=0.000). Cifras de hemoglobina: 144,67 (No frágil); 117,11 (Pre Frágil); 110 (Frágil) (p=0.005). Calidad de vida medida en escala visual Euroqol: 75,83 (No frágil); 63,33 (Pre Frágil); 48,23 (Frágil) (p=0.019).

DISCUSIÓN: No hubo diferencias con significación estadística para la edad: 70,5 (No frágil); 78,44 (Pre Frágil); 76,29 (Frágil) (p=0.150.) Tampoco encontramos diferencias con el índice pronóstico nutricional de CONUT: 3,5 (No Frágil); 6,78 (Pre Frágil); 6,39 (Frágil) (p=0.059). El MNA-SF se acercó a la significación estadística en relación con la estancia media (p=0.053) durante el episodio de hospitalización. No encontramos diferencias con significación estadística en el periodo de seguimiento en relación con la mortalidad y consumo de recursos, aunque los pacientes más frágiles y desnutridos presentaron mayor número de días de hospitalización en dicho periodo.

CONCLUSIONES: La evaluación de la fragilidad, la situación nutricional y la comorbilidad ha sido capaz de discriminar pacientes con peor situación nutricional, funcionalidad, pronóstico vital, percepción de calidad de vida y cifras de hemoglobina, que no parece depender de la edad del paciente. Este perfil de paciente consume más recursos evolutivos y tiene una mayor mortalidad al año del alta hospitalaria. Incorporar la determinación de fragilidad y el cribado de desnutrición, podría ser determinante para seleccionar pacientes que puedan beneficiarse de estrategias de soporte nutricional y recuperación funcional.

PP-09. PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDA ENTRE MEDICINA INTERNA Y TRAUMATOLOGÍA: RESULTADOS EN SALUD

M. Calero Bernal¹, M. Ruiz Romero², A. Carranza Galván³, A. Fernández Moyano¹, R. Fernández Ojeda¹, J. García Benítez⁴, M. Álvarez Alcina¹, C. Palmero Palmero¹

¹Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

²Departamento de Calidad e Investigación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

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

⁴Traumatología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

- KAMMERLANDER C, ROTH T, FRIEDMAN SM, SUHM N, LUGER TJ, KAMMERLANDER-KNAUER U, KRAPPINGER D, BLAUTH M. Ortho-geriatric service--a literature review comparing different models. En: *Osteoporos Int* 2010 ;S637-46. Epub 2010 Nov 6.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto en la funcionalidad y la calidad de vida 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. Se realizó un seguimiento de hasta 1 año para evaluar funcionalidad basal, al mes, a los seis y a los doce meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 128 pacientes de los que el 75,8% eran mujeres (n=97). Un total de 29 (23%) estaban institucionalizados. Presentaban un índice PROFUND medio de 6 (SD: 4,99) puntos y un índice de Charlson de 1,9 (SD: 2,1) puntos. La estancia hospitalaria media fue de 6,48 (SD: 4,8) días. La media de Barthel previo fue de 73,44 (SD: 26,39) puntos, al mes de 45,89 (SD 24,98), a los seis meses de 60,10 (SD: 25,77) y a los 12 meses 61,69 (SD: 28,4) puntos.

DISCUSIÓN: El riesgo de caída aumenta con la edad y es algo mayor en las mujeres de edad avanzada que en los hombres, en nuestra cohorte el 75,8% eran mujeres (n=97). En nuestro trabajo probablemente los índices de Charlson y Profund estén infraestimados por un bajo registro de las comorbilidades en la historia clínica. La media de estancia hospitalaria fue de 6,48 (SD: 4,8) días, muy por debajo de lo reportado en otros estudios, donde la estancia media oscila ampliamente entre los 10 y 30 días (1).

CONCLUSIONES: El riesgo de caída aumenta con la edad y es algo mayor en las mujeres de edad avanzada que en los hombres.

El índice de Barthel de los pacientes ancianos operados de fractura de cadera empeora al mes y se recupera a los 6 meses aunque sin llegar al valor de funcionalidad previo a la fractura.

Los pacientes ancianos que precisan ingreso hospitalario pueden presentar una infraestimación en los índices de Barthel y/o Charlson.

PP-11. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS EN LA VALORACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS AVANZADOS

I. Alé Ruiz¹, F. Olmo Montes¹, L. García Gómez¹, J. Sánchez Sánchez², A. Valenzuela González², A. Velázquez Parejo³, M. Colmenero Camacho⁴

¹UGC Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

- CAMINA-MARTÍN MA ET AL. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. En: *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(1):52-57.

OBJETIVOS: El presente trabajo pretende describir la prevalencia de la desnutrición en pacientes atendidos en el Hospital de Día de San Lázaro de Sevilla. Ya que estos pacientes suelen ser de edad avanzada y presentar patologías que pueden dificultar su valoración nutricional, pretendemos aclarar qué parámetros analíticos se relacionan mejor con el estado nutricional en función de la enfermedad de base del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos 122 pacientes que han sido atendidos en el Hospital de San Lázaro entre Abril-Junio de 2017. Es un estudio observacional analítico transversal. A cada paciente se le realizó una encuesta nutricional (MNA) y se determinaron parámetros analíticos (colesterol total, proteínas totales, linfocitos, hematíes).

RESULTADOS: Entre los 122 pacientes, 61 eran hombres y 61 mujeres, cuya edad media fue 68 años. De ellos, 29 tenían un estado nutricional normal, 53 tenían riesgo de desnutrición y 40 estaban desnutridos. De los 2 grupos diagnósticos, 62 (51.7%) pertenecía al grupo de paliativos (PP), en el que se incluyó pacientes oncológicos y no oncológicos (insuficiencia cardiaca, ascitis por cirrosis y pluripatológicos), mientras que 58 (48.3%) pertenecían al grupo de no paliativos (PNP). Cruzando el estado nutricional (MNA) con los grupos diagnósticos, encontramos que el 45.2% de PP estaban malnutridos y en el grupo de PNP sólo fue del 17,2%. Tras el análisis estadístico no encontramos asociación estadística entre el estado nutricional, los hematíes y colesterol total. Las proteínas totales, si han presentado una asociación significativa con el estado nutricional en este perfil de pacientes; al igual que los linfocitos aunque solo en el subgrupo de PP.

CONCLUSIONES: En definitiva, a la hora de valorar el estado de nutrición de este perfil de pacientes, pueden servirnos de ayuda los siguientes parámetros analíticos: proteínas totales en ambos grupos y linfocitos totales en el grupo paliativos.

Pensamos que la presencia de anemia crónica en estos pacientes, hace que el número de hematíes no sea un buen indicador de desnutrición.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-01. ANTICOAGULACIÓN CON RIVAROXABÁN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

M. Pérez Tristancho¹, E. Mansilla², C. Díaz Pérez², S. Bermejo Vázquez², M. Raffo Márquez¹, C. Leyva Prado¹

¹Medicina Interna. Costa de la Luz. Huelva

²Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Huelva.

- ANGUITA M, DÁVALOS A, LÓPEZ DE SÁ E, MATEO J, MONREAL M, OLIVA J ET AL. Anticoagulantes orales directos en la fibrilación auricular no valvular: cómo mejorar su uso en España. En: *Med Fam. SEMERGEN* 2019;Vol 45;109-116.

OBJETIVOS: Los anticoagulantes de acción directa y entre ellos rivaroxabán, han cambiado el manejo de la anticoagulación en nuestros pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo principal del estudio fue evaluar los pacientes con FANV tratados con rivaroxabán en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna por FANV tratados con rivaroxabán desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018 en el Hospital Costa de la Luz. Se compararon las características clínicas, el perfil tromboembólico y hemorrágico.

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes con FANV en tratamiento con rivaroxabán, la edad media (rango 58-86 años), el 81,25% eran hombres con test de Barthel (independiente en el 87,5%). Presentaban FA paroxística en el 62,5% en seguimiento por Cardiología en 68.75%. Entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) : el 94% eran HTA, el 31,25% DM, el 37,5% DLP y el 31,25% padecían insuficiencia renal. La fracción de eyección está

preservada en el 75% de los pacientes y la escala CHA2DS2-VASc(una puntuación de 3 -4 puntos en el 62,5%), escala HAS-BLED(puntuación 1-2 puntos en el 68,75%), escala NYHA (puntuación 2-3 en el 62,5%). El 81,25% tomaba 20 mg al día.

CONCLUSIONES:

- Nuestros resultados de vida real demuestran que los pacientes con FANV tratados con rivaroxabán presentan un perfil tromboembólico elevado y bajo riesgo de sangrado según la escala HAS-BLED.
- La mayoría de nuestros pacientes son varones con FA paroxística y FE preservada.
- Entre los FRCV lo más frecuente es la HTA con un 94%.