sobrepase, la medición de la fragilidad puede resultar útil para adecuar la intensidad del tratamiento en los distintos niveles asistenciales, incluidas las unidades de terapia intensiva. El objetivo de este estudio es identificar el grado de fragilidad de pacientes ≥ 70 años a su ingreso en la UCI de un hospital comarcal mediante el empleo de escalas validadas de fragilidad, valorando a su vez la severidad clínica empleando las escalas habituales y su asociación con mortalidad a corto/medio plazo.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con patologías no quirúrgicas ingresados en la UCI en el periodo enero de 2010 a enero de 2017. Se compararon escalas de severidad de enfermedad (APACHE II, SAPS II), así como escalas de fragilidad clínica (CFS, MFI y Frágil-VIG), valorando su relación con la mortalidad (durante ingreso, 6 y 12 meses).

Resultados: Un total de 478 pacientes (edad media 78,83 ± 5,16; 61% varones) procedentes en su mayoría de urgencias (48%), severidad media a su ingreso por APACHE II y SAPS II de 18,19 ± 8,05 y 33,07 ± 15,68, respectivamente. Un tercio de la muestra fue catalogado como frágiles con variaciones según escala empleada (33,3% MFI, 31,8% CFS y 37,2% frágil-VIG). Fallecieron 200 pacientes en el periodo estudiado (17,8% en UCI, 11,1% durante la hospitalización, 7,1 y 5,9% a los 6 y 12 meses del alta). Se relacionaron significativamente con mortalidad en UCI puntuaciones elevadas del APACHE II, del SAP II y de la CFS (RR: 2,55 [1,78-3,63], 3,03 [1,81-5,06] y 1,35 [1,09-1,66], respectivamente); con mortalidad a 6 meses en ≥ 80 años puntuaciones elevadas de CFS (RR: 2,09 [1,09-4,00]), y con mortalidad al año únicamente la CFS (RR: 2,47 [1,3-4,45]), sin evidenciar relación con ninguna escala la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra muestra se evidenció variabilidad en el diagnóstico de fragilidad según la escala empleada. Se relacionaron con mortalidad a corto plazo puntuaciones elevadas de las escalas de severidad (APACHE II, SAPS II) y de fragilidad (CFS), y a largo plazo con la escala de fragilidad clínica (CFS).

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.075

OC-060

¿Cómo tratamos a los pacientes ancianos que debutan con fibrilación auricular durante su ingreso en Medicina Interna?

H.S. Rosario Mendoza, J.A. Martín Armas, A. Merlán Hermida, I. Ramos Gómez, I. Pulido González, A. Conde Martel

Hospital Universitario de Las Palmas de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Objetivos: Analizar el tratamiento antitrombótico al alta de los pacientes que debutan con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Método: Estudio longitudinal prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna en un periodo de dos años (2014-2016) con FANV. Se recogieron datos demográficos, índice de Barthel (IB), antecedentes personales, determinaciones analíticas, tratamiento al ingreso y al alta, CHA2DS2-VASc y HAS BLED. Se realizó seguimiento hasta junio de 2017, considerando la mortalidad al final de dicho período.

Se seleccionaron los pacientes con primer episodio de FANV durante el ingreso. Se analizaron las características de la muestra y el tratamiento antitrombótico con el que fueron dados de alta.

Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y las cuantitativas mediante la t de Student. Se aplicó análisis multivariante para la exclusión de factores de confusión.

Resultados: Se seleccionaron 116 pacientes (12,8%) que presentaban su primer episodio de FANV, de un total de 905 pacientes. De estos, el 39% eran mayores de 85 años. El 48% eran mujeres, con una edad media de 82 años. El 22% presentaban deterioro cognitivo, y su IB medio era de 77. Entre las comorbilidades más prevalentes destacaban HTA (86%), DM (46%), insuficiencia cardiaca (40%; dentro de esta, un 84% con fracción de eyección preservada) y ERC (35%). El 60% recibían tratamiento antiagregante previo.

A pesar de que solo 2 pacientes tenían CHA2DS2-VASc < 2, al alta el 60% se mantuvieron antiagregados, un 9% no recibieron tratamiento antitrombótico alguno, y tan solo el 31% recibieron tratamiento anticoagulante: 23% con anti-VitK, 4% ACODs y otro 4% con HBPM de forma exclusiva. El análisis univariante mostró que solo los ancianos mayores de 85 años presentaban significativamente menor anticoagulación, sin encontrar diferencias significativas en el resto de variables.

Conclusiones: A pesar de la evidencia en contra, la inercia terapéutica nos hace mantener la antiagregación en los pacientes con fibrilación auricular. Los pacientes de mayor edad, aquellos que presentan un mayor beneficio clínico neto al anticoagularlos, son los que menos la reciben.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.076

OC-061

Diferencias en las características basales y el pronóstico de los pacientes mayores con fibrilación auricular en función del tipo de anticoagulación

L.A. Hernández Sánchez, G.E. Olaya Loor, J. Albéniz López, A. Merello de Miguel, P. Fernández Montalbán, B. Montero Errasquín, A. Cruz Jentoft

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Objetivo: Analizar las características basales y el riesgo de mortalidad mediante el índice pronóstico multidimensional (MPI) de pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría (UAG) con diagnóstico de fibrilación auricular anticoagulados con acenocumarol frente a los anticoagulados con nuevos anticoagulantes orales (NACO).

Método: Estudio analítico, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes ingresados en una UAG de un hospital terciario entre septiembre de 2017 y febrero de 2018 con fibrilación auricular. El MPI incluye variables sociodemográficas, funcionales, nutricionales, cognitivas, riesgo de úlceras por presión, comorbilidad y número de fármacos. Estratifica a los pacientes en grupos según el riesgo de mortalidad: MPI-1 (≤ 0,33 bajo riesgo), MPI-2 (0,34-0,66 riesgo moderado) y MPI-3 (0,67-1 riesgo alto). Se recogieron, además, el tipo de terapia anticoagulante, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED y la mortalidad intrahospitalaria. Se compararon los pacientes anticoagulados con acenocumarol frente a aquellos con NACO.

Resultados: Sesenta y dos pacientes (69% mujeres, edad media 93 ± 4 años). El 61% eran dependientes para las ABVD y el 94% para las AIVB. La mitad vivían en domicilio con familiares o cuidadora privada. El 77% presentaban polifarmacia grave al ingreso y gran comorbilidad (CIRS-CI ≥ 3). Casi dos tercios de los pacientes se incluyeron en grupo de alto riesgo de mortalidad (MPI-3). La mortalidad intrahospitalaria fue del 13%.

El 79% estaban anticoagulados al ingreso (57,1% acenocumarol, 36,7% NACO y 6,1% heparina de bajo peso molecular [HBPM]). El NACO más frecuente fue apixabán (44,4%). Se excluyeron del análisis los anticoagulados con HBPM. El 100% presentaban CHA2DS2-VASc ≥ 2 y el 58% HAS-BLED ≥ 3.

Al comparar los anticoagulados con acenocumarol frente a aquellos con NACO, no hubo diferencias significativas en las variables sociodemográficas, de funcionalidad, nutricionales, cognitivas, en el riesgo de UPP, la comorbilidad, el número de fármacos, el MPI ni la mortalidad intrahospitalaria. Sin embargo, sí observamos que los pacientes anticoagulados con acenocumarol presentaban mayor riesgo de hemorragia (HAS-BLED ≥ 3) que los anticoagulados con NACO (78% vs 44%, p = 0,018).

Conclusión: Los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular anticoagulados con acenocumarol no difieren en sus características basales ni en el riesgo de mortalidad según el MPI respecto a los anticoagulados con NACO, aunque sí presentan mayor riesgo de sangrado recogido mediante HAS-BLED.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.077

OC-062

Análisis descriptivo de una población anciana con amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR)

J. Jaramillo Hidalgo, R. Ayala Muñoz, C. Vega Aponte, M. Quezada, M. Ramos Sanchez, R. Diaz, J. Gómez Pavón

Hospital Central de la Cruz Roja Española - San José y Santa Adela, Madrid, España

Introducción: La amiloidosis cardiaca TTR es una miocardiopatía de curso progresivo y pronóstico fatal que supone una causa de insuficiencia cardiaca cada vez más reconocida en sujetos de edad avanzada. Aun así, su historia natural no es todavía bien conocida.

Objetivo: Describir las características de una muestra de pacientes con ATTR diagnosticados mediante gammagrafía con ^{99m}Tc-DPD.

Material y método: Se incluyó a 15 pacientes ≥ 80 años con diagnóstico de ATTR que acudieron a la consulta de cardiología o ingresaron por insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFEP) en el periodo comprendido entre junio de 2016 y enero de 2018. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de valoración geriátrica. Para el análisis se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados: La edad media de la muestra analizada fue de $87{,}2 \pm 3{,}83$ años, siendo el 60% varones. Un 36,4% de la población tenía deterioro cognitivo, con una mediana en la escala de Pffeifer de 2 (RIC 1-3). Un 26% tenían depresión y un 36,4% refería algún grado de dolor. Al analizar el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria se objetivó que un 45% eran independientes o mostraban un grado de dependencia leve medido mediante el índice de Barthel (IB) modificado, siendo la media del IB $71{,}36 \pm 30{,}7$. Un 54,5% eran frágiles y un 27,7% prefrágiles, siendo la media de SPPB de $5{,}1 \pm 4{,}6$ puntos. Con respecto a las actividades instrumentales, la mediana del índice de Lawton fue de 4 (RIC 0-6,5). La puntuación media del índice de Charlson fue de 2,2 puntos.

Conclusiones: El perfil de pacientes diagnosticados de amiloidosis TTR en nuestra muestra eran mayoritariamente varones de edad avanzada con algún grado de dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con alta incidencia de fragilidad y comorbilidad moderada.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.078

OC-063

Predictores pronósticos de angioplastia primaria urgente – Código IAM en mayores de 75 años

F. Sancho Camarena, C. Nicolás, A. Llopis C., F. Casarramona, R. Cristófol A.

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Se estima que aproximadamente el 30% de los pacientes con infarto agudo tienen más de 75 años de edad. La mortalidad de los pacientes ancianos con infarto agudo es mayor que la de los pacientes más jóvenes. En la mayoría de los estudios de las terapias de reperfusión se ha excluido a los pacientes ancianos o representan una pequeña minoría de la población estudiada.

Objetivos: Describir el perfil clínico, las características de los procedimientos, la evolución y los predictores pronósticos de pacientes ancianos donde se realizó ACTP primaria urgente – Código IAM.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo donde se analizaron pacientes > 75 años que acudieron a UCIES y fueron derivados a ACTP primaria (Código IAM) en HUGTiP desde enero de 2015 hasta julio de 2017. Se recogieron variables clínicas, del procedimiento y se efectuó seguimiento clínico.

Resultados: Fueron incluidos 30 pacientes, de los cuales 15 (50%) eran mujeres; el 40% con insuficiencia renal, el 14,6% en fase Killip III o IV y el 13,3 > 6 h de dolor. El 83,3% presentaba enfermedad multivaso; se utilizó vía radial en el 84.6%, aspiración de trombo en el 33,3% y stents farmacoactivos en el 40,2%. La incidencia de muerte cardiaca al año era del 16,6%. Los predictores pronósticos fueron: diabetes mellitus, insuficiencia renal, retraso > 6 h, fracción de eyección < 40%, clase Killip III-IV, vía radial, stents farmacoactivos y revascularización incompleta al alta (< 0,001). El 83,3% presentaba IB: 88,4%; deterioro cognitivo leve 13,3%; índice de Charlson C. > 2 media 6,8%. El 48,4% presentaban IAM anterior (< 0,045).

Conclusiones: Creemos que en este registro destaca la alta prevalencia de factores adversos como la insuficiencia renal, DM tipo 2, enfermedad multivaso, disfunción sistólica previa y revascularización incompleta. Probablemente el menor retraso y los stents farmacoactivos son factores protectores relacionados con el procedimiento. Se tendría que ampliar la muestra para valorar la mortalidad global, y probablemente la edad no debería ser un factor limitante al acceso a la ACTP primaria tras un infarto.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.079