Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):281

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# EV-011 - APORTACIÓN DEL INTERNISTA EN LA VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL CANDIDATOS A REPARACIÓN POR TÉCNICA ENDOVASCULAR: NUEVOS DIAGNÓSTICOS Y MEJORA DE LA DECISIÓN TERAPÉUTICA

*M. Corrales-Cuevas[1], J. Camacho-Delgado[2], Á. Soler-Gómez[1] y A. Martín-Aspas[1]*

*[1]Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.[2]Departamento de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz.*

## Resumen

*Objetivos:* En nuestro centro, todos los pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) candidatos a reparación por técnica endovascular (REVA) son valorados en comité multidisciplinar donde participa Medicina Interna. El objetivo es conocer si nuestra valoración ayudó a la toma de decisiones terapéuticas adecuadas y en el proceso diagnóstico de estos pacientes.

*Material y métodos:* Estudio observacional prospectivo en el que participaron todos los pacientes candidatos a REVA durante los años 2014 a 2016. Dichos pacientes fueron valorados previamente a la intervención y seguidos posteriormente por Medicina Interna. Registramos variables demográficas, comorbilidades previas, escala Karnofsky, índice de Charlson, riesgo quirúrgico por ASA y escala específica de riesgo para REVA (J Vasc Surg. 2009;50:1271). Analizamos las diferencias en las características basales de los pacientes y la mortalidad en función de la decisión tomada (cirugía abierta, REVA o ninguna cirugía), así como los nuevos diagnósticos realizados en la valoración por Medicina Interna. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital.

*Resultados:* Se analizaron 109 casos. En cuatro se decidió cirugía abierta y ninguno falleció. En 92 casos (84,4%) se realizó REVA y en 13 (11,9%) se decidió no intervenir. Los pacientes no intervenidos respecto a los intervenidos por REVA contaban de manera significativa (p 0,05) con mayor edad (82 vs 74 años), mayor frecuencia de normopeso (53,8 vs 20,7%), mayor frecuencia de insuficiencia renal (61,5 vs 28,3%), mayor índice de Charlson (8 vs 5 puntos), peor Karnofsky (70 vs 100) y mayor riesgo quirúrgico según escala específica de riesgo (7 vs 2 puntos). No hubo diferencias en sexo, tabaquismo, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, hipertensión arterial o riesgo quirúrgico por ASA. La mortalidad en pacientes intervenidos por REVA fue del 11,9%, en seis de ellos asociada a cirugía y en cinco no asociada (mediana de seguimiento de 28 meses - RIC 15-36). En los pacientes no intervenidos la mortalidad fue del 61,6%, dos de ellos fallecieron por rotura del aneurisma y seis por su patología de base (mediana de seguimiento de 13 meses - RIC 9-27). En el 14,7% de los pacientes se realizó algún nuevo diagnóstico por Medicina Interna: cirrosis hepática en tres pacientes, neoplasia vesical y anemia por déficit de vitamina B12 en dos pacientes, y otras patologías a destacar un carcinoma hepatocelular, un mieloma múltiple y un hiperparatiroidismo primario.

*Discusión:* Los pacientes en los que se decidió no intervenir tenían mayor edad y mayor comorbilidad, falleciendo fundamentalmente por su patología de base y no por rotura del AAA, por lo que evitar una intervención invasiva pareció acertado. En los intervenidos por REVA la mortalidad relacionada con la cirugía no fue muy elevada comparada con la publicada en otras series. Además, se realizaron nuevos diagnósticos, algunos con importante valor pronóstico y terapéutico.

*Conclusiones:* La valoración por Medicina Interna de los pacientes con AAA candidatos a REVA ayuda a mejorar la decisión terapéutica final así como el diagnóstico completo de todas las patologías asociadas que puedan presentar los pacientes.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.