

# COMUNICACIONES ORALES

## TENDENCIAS SECULARES EN HOSPITALIZACIONES POR EMBOLISMO PULMONAR EN GALICIA (2000-2015). COSTES ASOCIADOS Y ESTIMACIONES A 15 AÑOS.

Montes-Santiago Julio (1), Cabaleiro Loureiro Andrea (1), Rodríguez Ferreira Lorena (1), Gloria Rey-García Gloria (2).

Medicina Interna (1). Documentación clínica (2). Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

**INTRODUCCIÓN:** El embolismo pulmonar (EP) constituye la 1ª causa de muerte hospitalaria evitable. Sus hospitalizaciones suponen altos costes.

2) Analizar las tendencias seculares de altas por EP (2000-2015) en Galicia, cuantificar sus costes y elaborar modelo de predicción de altas hasta 2030.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se utilizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta del Sistema Nacional de Salud (SNS) con datos referidos a Galicia (SERGAS) [Ministerio de Sanidad: <http://pestatistico.inteligenciadegestion.msssi.es>]. Se analizó código diagnóstico 415.X (CIE9MC, Enfermedad cardiopulmonar aguda) durante 2000-2015, en que EP figuraba como diagnóstico principal. Se obtuvieron tasas de hospitalización ajustadas por edad, demografía, principales servicios responsables -Medicina interna (MI), Neumología) y costes de hospitalización atribuidos a Galicia. Se elaboró una gráfica de previsión de altas para 2030.

**RESULTADOS:** Durante 2000-2015 se produjeron 3, 973970 altas (SERGAS). Tuvieron diagnóstico principal de EP 17005 (0, 43%). Su análisis mostró [media de periodo e (incremento entre ambos años): N° altas: 1063 (771 a 1418, +84%); mujeres: 58, 1% (+3, 6%); >74 años: 53, 4% (+11, 6); estancia media: 11, 0 días (-4, 1); exitus: 8, 7% (+0, 5). Altas en MI (2005-2015): 54, 7% (+0, 7); Neumología: 32, 8% (+1, 3). En 2015 las tasas de hospitalización ajustadas (incremento 2000-2015) fueron 25, 7 (+7, 6%) (Galicia) y 23, 5 (+9, 3%) (España). En 2015 ocasionaron costes de 6, 6 M€ (SERGAS) [9, 9 M€, considerando también diagnósticos 2º de EP (659 altas)] y 76, 9 M€ (SNS). Se estudió tendencia secular de altas, observándose que una curva de regresión lineal fue la de mejor ajuste [R<sup>2</sup>=0, 883] y se realizó predicción hasta 2030, estimándose en 2200 altas anuales.

**CONCLUSIONES:** Se observa tendencia creciente en altas por EP en Galicia en el presente siglo. Su mortalidad no ha disminuido, principalmente por la mayor edad y su coste se incrementó en 2, 5 veces. En 2030 serán más de 2000 las hospitalizaciones anuales.

## MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA COMPLICADA CON EMBOLIA PULMONAR EN ESPAÑA

Montes-Santiago Julio, Crespo Cabaleiro Andrea, Rodríguez Ferreira Lorena, Rey-García Gloria (2).

(1) Medicina interna. (2) Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia cardíaca (IC) es un factor de riesgo conocido para embolia pulmonar (EP) y la EP es un factor de riesgo para la muerte en pacientes con IC. Sin embargo, existen escasos datos sobre su coexistencia.

**OBJETIVOS:** Se examinó la presencia de la EP como diagnóstico 2º en pacientes dados de alta por IC en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Métodos: El nº de pacientes con EP como diagnóstico 2º en altas con diagnóstico principal de IC (considerado como causante del ingreso actual) (IC/PE+) se obtuvo a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD) del SNS. El código para pacientes con EP fue 415.X (CIE9MC). Se utilizaron los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) 127 y 544 para IC. Se realizó un análisis pormenorizado de los datos epidemiológicos para la base completa de datos en 2006 y referido a incidencia y mortalidad para el resto de años.

**RESULTADOS:** En 2006 hubo 86149 altas con IC en >35 años [478 IC/PE+, 85671 ICH/PE- (Incidencia de IC/EP+: 0, 55%), reduciéndose en años sucesivos (2000: 0, 58%; 2014: 0, 41%). El riesgo relativo de muerte en IC/EP+ comparado con IC/EP- fue de 2, 8 (IC95%: 2, 5-3, 2). Estudios en años previos y sucesivos mostraron resultados similares (2000: 3, 0; 2003: 2, 9; 2009: 2, 9; 2011: 2, 9; 2014: 2, 2). No se observaron diferencias epidemiológicas entre pacientes con IC/PE+ e IC/PE- y el incremento en mortalidad en IC/PE+ fue independiente de otras comorbilidades asociadas, representadas en el índice de Charlson. También se observó exceso de costes en 2006 en pacientes con IC/PE+ (800 € respecto a IC/PE-).

**CONCLUSIONES:** En todos los años analizados se observó una mortalidad 2-3 veces superior en pacientes hospitalizados con IC/PE+ con respecto a aquellos con IC/PE-. También hubo aumento de costes hospitalarios. Un adecuada identificación de la coexistencia de ambas entidades y medidas adecuadas de trombopprofilaxis deben ser implementadas para evitar esta morbilidad excesiva.

## DEFUNCIONES POR MANIFESTACIONES CRÓNICAS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN GALICIA EN EL SIGLO XXI: TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA AÚN NO CONSUMADA. PROYECCIÓN PARA 2030 DE DEMENCIA, INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Montes-Santiago Julio (1), Cabaleiro Loureiro Andrea (1), Rodríguez Ferreira Lorena (1), Rey-García Gloria (2).

(1) Medicina interna. (2) Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo

**INTRODUCCIÓN:** La mejoría en el manejo de enfermedades cardiovasculares (ECV) ocasiona desde fines del siglo XX en países occidentales una transición epidemiológica consistente en que la mortalidad por manifestaciones crónicas y de estado final como demencia -comprendiendo Alzheimer y otras demencias-, insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC) es más frecuente que la de otras más agudas como cardiopatía isquémica (CI) y accidente cerebrovascular agudo (ACV).

**OBJETIVOS:** Analizar tendencias de mortalidad por ECV en Galicia a fin de determinar su perfil epidemiológico en el siglo XXI y realizar previsiones evolutivas hasta 2030.

**MÉTODOS:** Análisis de: 1. Defunciones por causa de muerte 2000-2017 en: A)INE (2019): para 2017. B)Ministerio de Sanidad: 2000-2016 (codificadas según CIE-10). 2. Gráficos de predicción visual para 2030 mediante a) Línea de tendencia exponencial (función mejor ajustada a previsiones de mortalidad por todas las causas) b) Función "Pronóstico. Lineal" (herramienta incorporada en hoja Excel 2016, que usa regresión lineal como método predictivo).

**RESULTADOS:** En 2017 las ECV constituyen la 1ª causa de muerte en Galicia (9677/31962; 30, 1%); Aún no ha ocurrido la transición pues las muertes por CI (2270) y ACV (2179) superan las de demencia (2041), IC (1578) o ERC (446). Sin embargo, en España las muertes por demencia (36203) superan las de CI (32325) y ACV (26937).

En s. XXI las defunciones por demencia en Galicia aumentan 151% frente a CI (-22%), ACV (-37%) o IC (-5%). Las defunciones por demencia en 2030 oscilan entre 6500 (exponencial; R<sup>2</sup>=0, 971)-7200 (Pronóstico. Lineal)). Se prevén 1286 defunciones por IC pero la predicción lineal/exponencial (R<sup>2</sup>=0, 225) resulta muy pobre. Se pronostican 600 defunciones por ERC pero la predicción lineal/exponencial (R<sup>2</sup>=0, 551) resulta pobre y, por tanto, poco fiable para IC o ERC.

**CONCLUSIONES:** Galicia, a diferencia del conjunto de España, aún no completó la transición epidemiológica pues las muertes por CI y ACV -aunque en retroceso- superan a demencia e IC. La muerte por demencia es la que más aumentó en siglo actual. Ello obliga a implementar actuaciones hacia tales formas crónicas de enfermedad.

## USO DE RITUXIMAB EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS, ¿DEBEMOS TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS ANTES DE SU UTILIZACIÓN?

M Suarez, A Argibay, C Portela, O Lima, P Dieguez, L Rodríguez, B Maure, A. Rivera  
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Trombosis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España.

**INTRODUCCIÓN:** El Rituximab (RTX) es un anti-CD20 usado para tratar enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) graves y refractarias a otros tratamientos. El objetivo fue analizar la efectividad y seguridad del RTX en nuestra unidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo en pacientes con EAS tratados al menos en una ocasión con RTX en un período de 3 años (2016-2018). Se evaluaron las características demográficas, clínicas y la aparición de eventos adversos (EA) atribuibles a RTX.

**RESULTADOS:** Incluimos a 22 pacientes (13 mujeres y 9 hombres) con una media de edad de 63±15 años diagnosticados: vasculitis ANCA positiva (31, 8%) y crioglobulinémica (18, 2%); anemia hemolítica autoinmune (13, 6%), LES (9, 1%), trombocitopenia autoinmune asociada a SAF (9, 1%) y un caso de: síndrome de Felty, enfermedad por IgG4, miopatía necrotizante y esclerosis sistémica. Las indicaciones para el uso de RTX fueron: afectación renal (36, 4%), hematológicas (27, 3%), afectación cutánea (13, 6%), neurológicas (9, 1%) y otras en un 13, 6%. RTX sólo fue usado como primera línea en un 18, 1%. Un 77, 3% de los pacientes presentó una respuesta completa, un 9, 1% una respuesta parcial y un 13, 7% no respondieron. Se describieron 14 EA (45, 5%), en 10 de los 22 pacientes tratados (ver tabla). Todos los pacientes con EA grave presentaban otros factores de inmunosupresión añadidos (2 habían recibido dosis altas de corticoides durante varios meses y 1 presentaba una desnutrición severa).

**DISCUSIÓN:** El uso de RTX en EAS es frecuente y está en aumento. En nuestra serie la efectividad de esta terapia fue buena con pocos EA graves (18, 2%). Destacamos por su gravedad la infección fúngica y la DSNi (EA poco frecuente).

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia el RTX se trata de un fármaco seguro. Sin embargo, sería recomendable un estudio cardiológico previo a su inicio y un seguimiento estrecho para realizar un diagnóstico precoz de las posibles complicaciones e incluso profilaxis antifúngica.

## NEUMONITIS EOSINOFÍLICA POR DAPTOMICINA

R. Fernández González, M. D. Díaz López, A. M. Lorenzo Vizcaya, A. González Noya, D. Peña Benítez, L. Pérez Expósito, I. Izuzquiza Avanzini, L. Rodrigo Lara

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**INTRODUCCIÓN:** La neumonía eosinofílica aguda (NEA) es una rara, pero severa patología que tiene lugar cuando se acumulan eosinófilos en el parénquima pulmonar. Una de las causas es el tratamiento con Daptomicina, un lipopéptido utilizado en infecciones por bacterias grampositivas

**MÉTODOS:** Revisión de los casos y revisiones publicados en literatura inglesa y española hasta el momento. Presentación de un caso.

**RESULTADOS:** El análisis de 52 casos. Más frecuente en varones (84%) con una edad media de 63 años. Media de inicio de los síntomas de 2.92 semanas desde el inicio del tratamiento. La indicación más frecuente de Daptomicina fue la osteomielitis seguida de la infección de material protésico. La dosis oscila entre 4-10mg/Kg/día. Los síntomas más frecuentes son la fiebre (67%) y la disnea (52%), seguidos de la tos (38%), el dolor pleurítico (8%) y la fatiga (6%). El signo más frecuente la eosinofilia periférica (84%) seguido de la elevación de PCR (29%). En el 100% de los casos se suspendió el tratamiento con Daptomicina y el 54% de los pacientes recibió corticoides. Un 27% requirió VMNI. No hay diferencias en la evolución entre los pacientes tratados o no con corticoides, pero es posible que ambos grupos no sean comparables, ya que dentro de los pacientes que requirieron VMNI (es decir, aquellos que estaban más graves) la mayoría recibieron corticoides, por lo que es probable que se asocie tratamiento con esteroides en los pacientes clínicamente más deteriorados.

**CONCLUSIÓN:** Entidad poco frecuente pero grave. Su incidencia está aumentando en los últimos años, paralelamente al aumento del uso de daptomicina. Es importante conocer este efecto adverso, ya que el diagnóstico requiere de la sospecha clínica, y para su resolución es imprescindible la suspensión del fármaco.

## FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA GALLEGOS

C. Maciá-Rodríguez, D. Martín, J. Moreno, G. Ortiz, A. Montaña, C. Muñoz, M. López Reboiro, A. Gonzalez-Munera

HOSPITAL POVISA. GRUPO DE FORMACIÓN SEMI

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Burnout hace referencia a una situación de estrés crónico que se produce por el contacto continuo con los pacientes. Existen varias escalas para la cuantificación siendo la más validada la de Maslach Burnout Inventory.

**OBJETIVOS:** El objetivo del estudio es conocer el grado de Síndrome de Burnout presente en los especialistas de Medicina Interna de Galicia y qué factores se asocian con su desarrollo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó el cuestionario de Maslach y una encuesta sobre la situación laboral a los Especialistas de Medicina Interna de España; se difundió través del registro de correos electrónicos y de las redes sociales de la SEMI. Se realizó un estudio descriptivo de los especialistas que trabajan en Galicia así como un análisis univariante y multivariante para determinar qué factores de asocian con el desarrollo de Síndrome de Burnout.

**RESULTADOS:** Contestaron la encuesta 107 Médicos Especialistas en Medicina Interna gallegos, 57,9% mujeres, con una edad media de 42,2 años. Un 72,0% trabaja en un centro público, un 26,2% en uno privado y un 1,9% combinaba ambas actividades. Un 33,6% de los encuestados presenta Síndrome de Burnout.

El desarrollo de síndrome de Burnout se relacionó de forma significativa con la presencia de mal ambiente de trabajo, con no tener sensación de progresar y con haber tenido amenazas durante el desarrollo profesional. En el estudio multivariante se relacionó de forma independiente con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo.

**DISCUSIÓN:** En estudios previos se ha observado una prevalencia de síndrome de Burnout de un 30-50%. Es importante identificar el problema y tomar las medidas pertinentes para evitar que dicha situación pueda interferir en la atención a los pacientes.

**CONCLUSIONES:** Un tercio de los especialistas de Medicina Interna de Galicia presentan Síndrome de Burnout y este se relacionó de forma independiente con la sensación de no poder progresar en el puesto de trabajo.

## SITUACIÓN LABORAL DE LOS JÓVENES INTERNISTAS DE GALICIA

C. Maciá-Rodríguez, D. Martín, J. Moreno, G. Ortiz, A. Montaña, C. Muñoz, M. López Reboiro, A. Gonzalez-Munera

HOSPITAL POVISA. GRUPO DE FORMACIÓN SEMI

**INTRODUCCIÓN:** Se define Joven Internista aquel especialista con una edad inferior a 35 años.

**OBJETIVOS:** El objetivo del estudio es conocer la situación laboral de los Jóvenes Internistas de Galicia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una encuesta a los Jóvenes Internistas de España sobre sus condiciones laborales, que se difundió través del registro de correos y de las redes sociales de la SEMI. Se realizó un estudio descriptivo de los especialistas que trabajan en Galicia.

**RESULTADOS:** Contestaron a la encuesta un total de 37 Jóvenes Internistas gallegos, un 70,3% mujeres. Un 21,6% tiene hijos y un 50% de estos no ha podido disfrutar el permiso por

maternidad/paternidad. El 81,1% no ha estado ningún mes en situación de desempleo. Un 74,9% ha firmado más de dos contratos en el último año, habiendo firmado más de 10 contratos un 22,2%. Un 43,2% tiene un contrato inferior a 3 meses y sólo 8 Jóvenes tienen un contrato indefinido, ninguno tiene una interinidad o una plaza fija. La mayoría trabaja en una planta de Hospitalización (48,6%); un 10,2% en Hospitalización a Domicilio y un 27,0% tiene un contrato de Guardias. Un 75,7% trabaja en un centro público. En cuanto al tamaño del hospital, los porcentajes de Jóvenes que trabajan en hospitales de tercer, segundo y primer nivel son similares (35,1%, 32,4% y 29,7% respectivamente). Un 48,6% está trabajando donde ha realizado la residencia. El 35,1% no ha tenido vacaciones remuneradas durante el último año. Un 27,0% sufre Síndrome de Burnout. Un 78,4% volvería a elegir Medicina Interna si pudiese retroceder en el tiempo, pero un 62,2% se ha planteado volver a presentarse al MIR, un 48,6% en irse a trabajar al extranjero y un 59,5% cambiar de profesión.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de que nuestra especialidad tiene tasas muy bajas de desempleo, la mayoría de contratos de los Jóvenes son de corta duración. Más de la mitad de nuestros Jóvenes se hayan planteado cambiar de especialidad, de profesión o emigrar.

## HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS INDETERMINADAS: RARO PERO EXISTE

Taboada Martínez C., Portela Pino C., Novo Vázquez I., Suárez Varela M., Maure Noya B., Argibay Filgueira A., Rivera Gallego A.

Hospital Álvaro Cunqueiro

**INTRODUCCIÓN:** las histiocitosis se deben a proliferación de células mononucleares-fagocíticas en distintos órganos. Por su complejidad, no existe una clasificación estándar. Son entidades diversas, la más reconocible es la histiocitosis de células de Langerhans (LCH). El resto, Histiocitosis no Langerhans (HNL), son más raras. Se presentan a cualquier edad, con afectación orgánica y pronósticos muy variables y se asocian a múltiples enfermedades. Se presenta, por el interés diagnóstico y baja frecuencia, un caso de HNL cutánea.

**CASO:** Mujer de 52 años, sin AP de interés, con lesiones papuloeritematosas en extremidades y tronco inferiores a 1 cm. En la biopsia se ve una proliferación de histiocitos y linfocitos en dermis. En la IHQ destacan CD68+ y CD1a y S100-. Se solicita autoinmunidad, proteinograma, un TAC tóraco-abdominal y PET de serie ósea, sin hallazgos relevantes. Se diagnostica de HNL con afectación cutánea. Se opta por vigilancia.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Las HNL son histiocitosis muy infrecuentes. La biopsia es básica, jugando la IHQ un papel central. En nuestro caso, la 1ª opción Dx es una histiocitosis de células indeterminadas. Están descritos muy pocos casos, que se presentan con lesiones cutáneas asintomáticas y con IHQ inespecífica. Solamente existe un caso de afectación extracutánea y el curso es benigno. Una 2ª opción sería el Rosai-Dorfman cutáneo pero es poco probable por la ausencia del patrón IHQ característico y de adenopatías cervicales masivas e indoloras. Es necesario descartar afectación multiorgánica y la asociación a otras enfermedades (IgG4 entre otros). La inexistencia de estudios comparativos implica la no existencia de terapias estándar, utilizando desde tratamientos locales a diferentes regímenes de quimioterapia. En este caso se optó por vigilar sin tratar.

Las HNL son raras y desconocidas en muchos aspectos. Es necesario comunicar los casos y profundizar en el conocimiento de estas entidades y sus relaciones con otras enfermedades para poder establecer medidas terapéuticas.

## ESTUDIO GAVIHEMIAS: "PREVALENCIA DE DISLIPEMIAS FAMILIARES EN POBLACIÓN CON INFECCIÓN POR VIH CON BUEN CONTROL INMUNOVIROLÓGICO"

Clavero, Fernández E.; Díaz, Díaz JL.; Mena, De Cea A.; Argüeso, Armesto R.; Pose, Reino A.; Suárez, Tembra M.; Castro, Iglesias A.

Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes VIH presentan tasas más altas DL y una proporción de casos que debe a trastornos hereditarios con un patrón de herencia autosómico dominante (DFAD), como hipercolesterolemia familiar (HF), hiperlipidemia combinada familiar (HCF) o hipertrigliceridemia familiar (HTF). La historia natural de la DFAD está relacionada con el desarrollo de ECVAP. Hasta ahora, no se han publicado estudios sobre DFAD en población VIH+.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de DL familiar en pacientes VIH+. Utilizamos la misma metodología que el estudio GALIPEMIAS desarrollado en la población general gallega para comparar nuestros resultados.

**MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Fase1: reclutamiento de una muestra de 248 pacientes VIH+; Fase2: revisión de historia clínica y analíticas entre 1990-2016 para el diagnóstico de DL (al menos un análisis con CT≥240mg/dl y/o TG≥200 y/o cLDL≥160 y/o cHDL<50 (mujeres) o<40 (hombres); Fase3: participación de familiares de primer grado de los dislipémicos, creación de árboles genealógicos y diagnóstico del tipo de DL por un comité de expertos.

**RESULTADOS:** 248 pacientes VIH+, 82% varones, edad media 49. El 35,5% SIDA, el 86% con <50cop/ml y el 94% con TAR (Figura1). Cumplieron alguno de los criterios de DL el 95% y solo el 15% recibían hipolipemiantes. Se observa 9,7%DM II, 36%HTA, 56% tabaquismo y 7% de eventos cardiovasculares. Predominó la arteriopatía periférica y el 47% fueron ECVAP. Todas estas prevalencias fueron superiores a las de la población general (Figuras 1-2)

Participaron el 83,8% de los familiares y en 161 se obtuvo información completa, diagnosticándose DL en 134 casos. De estos, el 84% fue DFAD (76%HCF, 7%HTF, 2%HF). Figura3.

**CONCLUSIONES:**

- La DL es el FRCC más prevalente en pacientes VIH controlados y está infra-diagnosticada e infra-tratada.

- La prevalencia de ECV también es superior y la mitad es ECVAP.

- Se observa DFAD en el 48% de los DL, predominando la HCF.

## ¿SIGUE HABIENDO SIGNOS PATOGNOMÓNICOS EN LA ÉPOCA DE LA SEMIOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA? REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristina Cores, Bernardo Sopena, Mayka Freire, Iago Carballo, Néstor Agra, Arturo González-Quintela

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

**INTRODUCCIÓN:** Signo patognomónico (SP) es el hallazgo clínico completamente específico de una determinada enfermedad. Históricamente han tenido gran relevancia. Actualmente muchos dudan de su importancia y son ignorados en las ediciones recientes de los tratados clásicos de medicina interna y exploración física. La semiología basada en la evidencia (SBE) intenta cuantificar la fiabilidad diagnóstica de cada uno de los signos obtenidos durante la exploración, en este contexto el SP posee un 100% de especificidad y por tanto la razón de probabilidad positiva para una determinada enfermedad es el infinito.

**OBJETIVOS:** Establecer, mediante una revisión sistemática de la literatura, si siguen existiendo signos patognomónicos y si están testados por la metodología de la SBE.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos: Pubmed, Embase y Web of Science, de todo lo publicado hasta el 31/10/2018, sin restricción de tiempo de antigüedad ni idioma. Los términos empleados fueron "pathognomonic sign" en el texto completo. Se obtuvieron 546 artículos de los que se excluyeron los duplicados y se seleccionaron aquellos que hacían referencia a signos de la exploración física considerados por los autores de los trabajos como patognomónicos.

**RESULTADOS:** Se localizaron 95 SP que fueron clasificados en 4 grupos: signos adecuadamente testados según la normativa de la SBE (n=1); SP no testados pero que siguen vigentes con el paso del tiempo (n=26) (27%); signos clásicamente considerados patognomónicos pero no aceptados como tales en la actualidad (n=19) (20%) y artículos donde el término patognomónico estaba conceptualmente mal empleado (n=49) (52%). Los más relevantes se detallarán en la exposición.

**CONCLUSIÓN:** Los signos patognomónicos han sido escasamente testados por la SBE. Aunque muchos siguen vigentes, existe un notable desconocimiento de su significado y una confusión terminológica importante.

## USO DE ACIDO TRANEXAMICO COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE EN EL PERIOPERATORIO DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA

Mejide H (1), Otero P (2), Trinidad P (2), Porteiro J (1), Gredilla I (1), Gonzalez-Vilariño V (3), Carrero J (3), Asensio P (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA. (2) FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (3) SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA

**INTRODUCCIÓN:** La anemia perioperatoria es frecuente en la cirugía ortopédica protésica y su optimización conlleva una disminución de la morbimortalidad. El objetivo del presente estudio fue evaluar el ahorro transfusional derivado del uso de ácido tranexámico (AT) de manera protocolizada en pacientes sometidos a artroplastia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Quirónsalud A Coruña. Se recogieron pacientes sometidos a artroplastia electiva de cadera o rodilla entre Enero 2013 - Diciembre 2018. Se dividió el estudio en dos periodos, antes y después del protocolo (infusión de 4 amp de 20cc de AT vía tópica por redón en el momento del cierre de la herida permaneciendo cerrado 30 min). Se analizó la tasa de transfusión, la estancia media, el ahorro estimado de costes y las complicaciones.

**RESULTADOS:** Se reclutaron un total de 817 pacientes, 70% mujeres, edad media 70 ± 10 años. El 59% tenían un Índice de Charlson >2, el 80% un riesgo anestésico ASA >2 y el 67% tenían algún grado de dependencia funcional (Escala Cruz Roja >2). Un 72% de los pacientes tomaban >4 fármacos. La comparación por periodos (380 vs 437 pacientes) demostró una reducción significativa de la tasa de transfusión (50, 5% vs 16, 7%, p<0, 0001), más acusada en cirugía de prótesis de rodilla, una disminución de la media de concentrados de hemáties utilizados (1, 22±1, 5 vs 0, 34±0, 94, p<0, 001) y una reducción de la estancia media hospitalaria (5, 62 ±3, 1 vs 4, 8±2, 2, p<0, 001). No hubo diferencias significativas en las características demográficas y clínicas entre los dos grupos. No hubo complicaciones trombóticas atribuidas al uso de AT.

**CONCLUSIONES:** 1- El perfil de paciente que se somete a una artroplastia es una mujer de edad avanzada, con elevada comorbilidad y polifarmacia. 2- El uso de AT es una estrategia ahorradora de sangre, reduce la estancia media, los costes y las complicaciones derivadas. 3- No se constataron efectos adversos derivados de su uso.

## VARIACIONES DE LA QUERATINA-18 (TPS) TRAS EL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA POR VHC

C. Macía-Rodríguez, E. Páez-Guillán, A. García-Villafranca, V. Alende-Castro, E. Otero Antón, S. Tomé Martínez de Rituerto, A. González-Quintela

HOSPITAL POVISA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** La apoptosis de los hepatocitos juega un papel importante en la patogénesis de la hepatopatía por VHC y en desarrollo fibrosis hepática. La queratina-18, una de las principales proteínas del citoesqueleto, es fragmentada durante la apoptosis y sus fragmentos son

liberados al suero. Los fragmentos de queratina-18 pueden ser detectados a través del TPS (Tissue Polypeptide Specific Antigen).

**OBJETIVOS:** Analizar como varían los niveles de TPS séricos en pacientes que han recibido tratamiento para el VHC

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se incluyeron pacientes mono infectados por VHC que recibieron tratamiento con antirretrovirales de acción directa entre el 1/2/2015 y el 1/2/2016 en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Se le midió el TPS sérico antes y después del tratamiento.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 149 pacientes con una mediana de edad de 53, 0 años, siendo el 68, 5% varones. El 98, 0% presentó una respuesta viral sostenida a las 12 semanas del tratamiento. Tras el tratamiento observamos una disminución significativa de los niveles de TPS. A las 12 semanas de finalizar el tratamiento, el TPS permaneció elevado en el 51, 7% de los pacientes, de estos un 66, 0% presentaban otra causa de TPS elevado: 13 tenían un síndrome metabólico con DM o obesidad, 11 pacientes consumían alcohol, 2 desarrollaron un hepatocarcinoma, 4 otro tumor, 3 una hepatotoxicidad farmacológica, 1 paciente presentó recidiva de VHC y otro una hepatitis autoinmune asociada.

**CONCLUSIONES:** Los niveles de queratina-18 disminuyeron tras el tratamiento del VHC. La persistencia de una elevación del TPS tras el tratamiento puede indicarnos la coexistencia de otra causa de hepatopatía.

## ESTIMACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA POR VHC MEDIANTE TPS (QUERATINA-18)

C. Macía-Rodríguez, E. Páez-Guillán, A. García-Villafranca, V. Alende-Castro, E. Otero Antón, S. Tomé Martínez de Rituerto, A. González-Quintela

HOSPITAL POVISA. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** La apoptosis de los hepatocitos juega un papel importante en el curso de la hepatopatía por VHC y en desarrollo de la fibrosis hepática. La queratina-18, una de las principales proteínas del citoesqueleto, es fragmentada durante la apoptosis y sus fragmentos son liberados al suero pudiendo ser detectados mediante el TPS.

**OBJETIVOS:** Valorar si los niveles de TPS sérico pueden estimar el grado de fibrosis hepática.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se incluyeron pacientes con hepatopatía por VHC a los cuales se le realizó un Fibroscan® y una analítica con determinación de TPS sérico. Se calculó el valor APRI y Fib-4. Se realizó un test de Spearman para valoración del grado de correlación entre el valor del Fibroscan® y los parámetros analíticos y una curva ROC para valorar la predicción del grado de fibrosis por parte del TPS y APRI y Fib-4.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 111 pacientes, 67, 6% varones, con una mediana de edad de 52 años. El valor de fibrosis medida por Fibroscan® se relacionó de forma significativa con el valor del TPS (rho: 0, 47), APRI (rho: 0, 56) y Fib. 4 (rho: 0, 54). Si realizamos unas curvas ROC para analizar la predicción de fibrosis avanzada (F≥3) por el TPS y los scores habituales de fibrosis (APRI y Fib-4) observamos un AUROC de 0, 75 (IC95% 0, 65-0, 84) para TPS, de 0, 77 (IC95% 0, 69-0, 87) para Fib-4 y de 0, 80 (IC95% 0, 72-0, 89) para APRI (ver gráfica).

Un valor de TPS de 140 predice una fibrosis ≥ 3 con una sensibilidad de 80, 6% y una especificidad de 54, 5%. Un valor de APRI mayor a 1, 5, predice una fibrosis ≥3 con una sensibilidad del 45, 5% y una especificidad del 92, 9%. Un valor de Fib-4 ≥ 3, 25 predice una fibrosis ≥3 con una sensibilidad del 42, 4% y una especificidad del 85, 7%.

**CONCLUSIONES:** El valor del TPS predice fibrosis avanzada de forma similar a los scores habituales. Su medición podría ser un método útil y sencillo para la estimación de fibrosis en aquellos pacientes con dificultades para la realización de elastografía hepática.

## IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA MULTIRRESISTENCIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN URINARIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

J. Álvarez, J.L. Lamas, A. Sanjurjo, L. González, F. Maroto, JR Bermúdez, J. Cavero, I. Enríquez de Salamanca, I. Rodríguez, M. Fernández, J. de la Fuente

Hospital Povisa

**INTRODUCCIÓN:** las infecciones por microorganismos multirresistentes tienen un impacto significativo en la evolución clínica, estancia hospitalaria y costes. No existen estudios que evalúen este impacto en infecciones del tracto urinario (ITU) por Pseudomonas aeruginosa (PA). El objetivo fue evaluar la influencia de la multirresistencia en la mortalidad, estancia hospitalaria y coste de las ITU por PA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron los casos de ITU por PA ingresados en el hospital entre ene-2010 y nov-2018. Criterios de exclusión: edad menor de 18 años, bacteriuria asintomática y casos de recidiva. Se analizó el impacto de la multirresistencia en la mortalidad a 4 y 6 semanas, estancia hospitalaria y coste de ingreso en el hospital.

**RESULTADOS:** se incluyeron 110 casos. La edad media fue 75 años. El 97, 3% eran ITU complicadas. El 38, 2% de los casos se debió a PA multirresistente. La multirresistencia se asoció con una mayor mortalidad a 6 semanas (23, 8% frente a 8, 8%; P=0, 03), mayor estancia hospitalaria (9, 5 días frente a 6 días; P=0, 008) y mayor coste hospitalario (2712 euros frente a 1747 euros; p = 0, 01). La mortalidad a las 4 semanas fue mayor en el grupo de PA multirresistente, sin diferencias significativas. Los factores asociados con el aumento de mortalidad a 6 semanas en el análisis multivariante fueron la multirresistencia (HR 3, 1; IC95 1, 08-9, 4; P=0, 03), sepsis (HR 4, 2; IC95 1, 4-11, 9; P=0, 007) y deterioro cognitivo (HR 4, 7; IC95 1, 3-17; P=0, 01). Los factores asociados con una estancia hospitalaria más prolongada en el análisis multivariante fueron la multirresistencia (OR 2, 7; IC95 1, 1-6, 5; P=0, 02) y la presencia de sonda vesical permanente (OR 2, 7; IC95 1, 1-6, 4); P=0, 02).

**CONCLUSIÓN:** las ITU por PA multiresistente se asocian con una mayor mortalidad, una estancia hospitalaria más prolongada y un mayor coste de hospitalización en comparación con las producidas por PA sin resistencia a antibióticos.

## EFECTO DEL METODO DEL “PEER REVIEW” EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL GRUPO HOSPITALARIO QUIRONSALUD

Meijide H (1), Albarracín A (2), Calvo E (3), Porteiro J (1), Gredilla I (1), Asensio P (1).

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirosalud A Coruña

**INTRODUCCIÓN:** La fractura osteoporótica de cadera tiene elevada repercusión sanitaria. Una demora quirúrgica >48h ha demostrado un aumento de la morbi-mortalidad. El proceso del “peer review” (PR) es un método utilizado para validar trabajos científicos, que también puede emplearse en el análisis de mejora de procesos asistenciales. El objetivo del estudio es evaluar el efecto del PR en el tratamiento quirúrgico precoz de la fractura de cadera en el Grupo Quirosalud.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de análisis de la calidad asistencial en fractura de cadera, comparando la tasa de cirugía precoz (48h) antes y después de realizar el PR. Se seleccionaron hospitales cuyo indicador de cirugía precoz era inferior al estándar de calidad (OECD). Se llevó a cabo una revisión de historias clínicas en los hospitales auditados por un equipo multidisciplinar de evaluadores externos. Se analizaron las causas de demora, las desviaciones en el proceso respecto al estándar, así como la tasa de cirugía precoz antes y después del PR.

**RESULTADOS:** Se revisaron 7 hospitales (144 pacientes) no intervenidos precozmente. Las causas demora quirúrgica fueron: organizativa (69/47, 9%), pacientes antiagregados/anticoagulados sin justificación para demora (26/18, 1%), antiagregados/anticoagulados con justificación para demora (30/20, 8%), complicaciones médicas (17/11, 8%) y otras (2/1, 3%). Se encontró un potencial de optimización del proceso global en el 89% de los evaluados. La tasa de intervención quirúrgica precoz mejoró en los hospitales seleccionados de 2017 (202/422, 58%) a 2018 (387/509, 76%),  $p < 0,001$ , con una RRR de 58,8% (IC 95% 42,1%-77,4%).

**CONCLUSIONES:** 1- El análisis de indicadores sanitarios debe formar parte de la cultura de calidad de las organizaciones sanitarias. 2- El proceso del PR facilita la optimización del proceso global del tratamiento de la fractura de cadera, mejora la práctica asistencial y la seguridad del paciente.

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICO (SAA) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Vázquez, Agra N.; Marques, Afonso A.; Vidal, Vázquez M.; Montoya JG., Valdés, Barrera, López L.; Pernas, Pardavila H.; López, Rodríguez M.; Andrade, Piña AH.; Novo, Veleiro I.; Mateo, Mosquera, LM.;

COMPLEJO HOSPITALARIO CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**INTRODUCCIÓN:** El SAA es un trastorno por abuso de alcohol caracterizado por un conjunto de síntomas y signos que oscilan entre la leve hiperactividad autonómica (nauseas, vómitos, temblores) y otros más graves (alucinosis, agitación psicomotriz y convulsiones). Es una causa importante de ingreso hospitalario y necesidad de UCI.

Se sabe que la dependencia etnológica y el patrón de consumo se relacionan con la aparición de SAA y distintos tipos de lesión hepática, y existe la creencia al menos clínica de que los pacientes con hepatopatía crónica (HC) sufren menos SAA.

**OBJETIVOS:** Analizar las características de un grupo de pacientes con SAA.

**MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina interna del CHUS con diagnóstico de SAA. Se incluyeron pacientes mayores de 18, no diabéticos, no complejos, no polimedicados. Se realizó análisis descriptivo, univariante y multivariante usando SPSS.

**RESULTADOS:** Tamaño muestral. n= 52 pacientes. Mediana (m) edad: 51,0 (SD 9,4)

[n (%): Edad (>50): 29 (55,8), Sexo (Mujer): 16 (30,8), HC: 9 (17,3)

[m (SD)]: (g/dl) hemoglobina 13,4 (2,6), Albumina 4,1 (0,5); VCM 97,6 fl (8,0); leucocitos 6555/ul (4811), plaquetas 176500/ul (74199), INR 1,0 (0,3); (mg/dl) creatinina 0,8 (0,3), bilirrubina total 1,0 (3,09), ALT 55,0 (87,4); AST 72,5 (124,5). Análisis univariante: Sexo (mujer/hombre). leucocitos (<4000) 4 (25,0)/1 (2,8)  $p = 0,027$ . HC (No/si). hemoglobina (>12) 39 (90,7)/4 (44,4)  $p = 0,005$ ; plaquetas (>130000) 35 (81,4)/2 (22,2)  $p = 0,001$ . Análisis Multivariante:

Sexo (mujer/hombre): leucocitos (<4000) OR=0,86, IC95 (0,009-0,844)  $p = 0,035$ . HC (No/si): Edad (> 50) OR 5,34 IC95 (1,21-23,4)  $p = 0,026$ , Hemoglobina (>12) OR=0,10 IC95 (0,014-0,725)  $p = 0,023$ , plaquetas (>130000) IC95% OR 0,077 (0,011-0,516)  $p < 0,008$ .

**CONCLUSIONES:** Nuestro estudio describe que el SAA es más frecuente en el varón de mediana con abuso de alcohol y que la presencia de HC parece ser superior en los pacientes con SAA de mayor edad. Las mujeres mostraron mayor tendencia a la leucopenia. Mayores niveles de plaquetas y hemoglobina resultaron factores protectores para Hepatopatía crónica en los pacientes con SAA.

## RESISTENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN MUESTRAS RESPIRATORIAS DE LA EXOI DE OURENSE

Isabel Izuzquiza Avanzini, Beatriz Suárez Rodríguez, Laura Rodrigo Lara, Daniel Peña Benítez, Lucía Pérez Expósito, Ricardo Fernández Rodríguez, María González Domínguez. Teresa Seoane Pillado.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (C. H. U. O.)

**INTRODUCCIÓN:** Pseudomonas aeruginosa es un bacilo Gram negativo que no forma parte de la microbiota habitual de los seres humanos sanos. Su aislamiento en muestras respiratorias se relaciona con tratamientos antibióticos previos y/o patología severa predisponente. Además de resistencia intrínseca presenta una extraordinaria capacidad para desarrollar resistencia a prácticamente todos los antimicrobianos disponibles a través de selección de mutaciones lo que la convierte en un problema de salud pública creciente.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se recogieron todos los aislamientos de Pseudomonas aeruginosa en el año 2018 del servicio de microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense de muestras respiratorias (esputos, lavados broncoalveolares y broncoaspirado). Se excluyeron todas aquellas muestras similares recogidas en un periodo de separación menor de 1 mes (se tomó la primera muestra). Los datos se registraron en una base de datos realizada en SPSS versión 15.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron un total de 401 aislamientos, de 196 pacientes. El 83% de muestras fueron esputos, el 11% broncoaspirados y el 6% lavados broncoalveolares. El 8% de las cepas se describieron como cepas mucoides.

Respecto a los patrones de resistencia destaca que más de un 50% de las cepas aisladas fueron resistentes a ciprofloxacino (55%), seguidas de un 31,6% resistente a piperacilina-tazobactam y 31,1% a carbapenems. El 28,5% fueron resistentes a ceftazidima, el 20,2% a aminoglicosidos. La resistencia a colistina se registró tan sólo en un 2,5% de los aislamientos.

**DISCUSIÓN:** Es imprescindible conocer los patrones de resistencia de P. aeruginosa en cada zona, incluso en cada hospital en particular, y hacerlo periódicamente para poder valorar las diferentes pautas terapéuticas posibles.

El aislamiento de Pseudomonas aeruginosa en muestras respiratoria de 2018 mostró una elevada resistencia a quinolonas, piperazilina tazobactam y carbapenems. La tasa de resistencia a antibióticos es mayor que la reportada en muestras de infección invasiva. Destacar la elevada resistencia a quinolonas, que superó el 50%. El uso generalizado de este tratamiento tanto a nivel ambulatorio como hospitalario para infecciones respiratorias justificaría la elevada tasa de resistencia al mismo.

**CONCLUSIONES:** Pseudomonas aeruginosa presenta elevadas tasas de resistencia en las muestras respiratorias de nuestra provincia. Conocer la sensibilidad en nuestro medio permite establecer un tratamiento empírico adecuado.

## HIPOPLASIA ADRENAL CONGÉNITA POR MUTACIÓN DE DAX-1

Barcia, Sixto Laura; Vázquez, Temprano Nuria; Sánchez, Sobrino Paula; Encabo, González María Alicia; Chouza, Piñeiro Ana; Casal, Lorenzo Jorge

Complejo Hospitalario de Pontevedra

**INTRODUCCIÓN:** Las mutaciones DAX1 suponen el 58% de los casos de insuficiencia adrenal primaria de “etiología desconocida” tras descartar causas autoinmunes, metabólicas o defectos en la esteroidogénesis.

Se caracteriza por una mutación inactivadora de NROB1 (DAX-1) Zp21.3, ligada al cromosoma X, factor de transcripción implicado en el desarrollo sexual, manifestándose además en glándulas adrenales, hipófisis e hipotálamo ventromedial.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se trata de un varón de 15 años diagnosticado a los 9 de enfermedad de Addison tras múltiples asistencias hospitalarias por hiponatremia, deshidratación y gastroenteritis agudas.

Entre sus antecedentes personales destacaban múltiples ingresos por crisis Addisonianas, epilepsia con crisis parciales y gelásticas, TDAH, orquidopexia del teste derecho a los ocho años y apendicetomía

El paciente seguía tratamiento domiciliario con hidrocortisona 20 mg (1/2-0-1/2), fludrocortisona 0,1 mg (1-0-0), Levetiracetam 500 mg (1-0-1) y metilfenidato.

A la exploración física destacaba una talla 1,59 m y peso 52,5 kg. El enfermo no presentaba datos de hiperpigmentación, salvo en cicatriz de apendicetomía así como ausencia de desarrollo puberal y de vello axilar y pubiano.

Sorprende además, el diagnóstico de Enfermedad de Addison en un niño sin otros antecedentes personales ni familiares de enfermedades autoinmunes.

**EVOLUCIÓN Y RESULTADOS:** Los niveles de ACTH fueron >1200 pg/mL con un cortisol indetectable, aldosterona 36,10 pg/mL y renina 0,74 ng/mL/h. Los anticuerpos anticápsula suprarrenal y anti21hidroxilasa resultaron negativos.

Dada la negatividad de la autoinmunidad y la existencia de un retraso en el desarrollo asociado, se solicitan ácidos grasos de cadena larga, siendo estos últimos normales y descartando la posibilidad de adrenoleucodistrofia. Así mismo, se descarta una hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 3 deshidrogenasa, siendo la 17 $\alpha$ Hpregnelonona normal

El estudio de la función hipofisaria muestra una FSH de 1,1 mU/mL, una LH 0,2 mU/mL y una testosterona indetectable. El resto de los ejes hipofisarios están conservados, exceptuando el adrenal. Se realiza una RMN hipofisaria que es estrictamente normal.

Ante la coexistencia de una insuficiencia adrenal primaria y un hipogonadismo hipogonadotropo, la sospecha clínica es de hipoplasia adrenal congénita ligada a X y se solicita estudio genético que resulta positivo, detectándose en el exón 1 del gen DAX1 la variante patogénica p. Leu386Pro. Se realizó RMN abdominal, presentando ausencia de glándulas suprarrenales.

**CONCLUSIONES:**

- No toda la insuficiencia adrenal primaria es Enfermedad de Addison.
- En varones con inicio en la infancia es importante descartar adrenoleucodistrofia y formas raras de Hiperplasia Suprarrenal Congénita.
- En las insuficiencias adrenales primarias con crisis pierde-sal en varones, especialmente en lactantes, sin historia familiar ni causa evidente es mandatorio descartar Hipoplasia Adrenal Congénita por mutación de DAX-1.

## INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA. TRATAR O NO TRATAR

Andrea Sánchez Graña (1); Nuria Vázquez Temprano (2), Jorge Casal Lorenzo (2), Matilde Trigo (3), Laura Calviño (2), Juan Carlos García (2), Ángel Salgado (4); Luis Anibarro (2)

1- Facultad de Medicina; 2-Unidad de tuberculosis, Servicio Medicina Interna, Complejo hospitalario universitario de Pontevedra; 4- Unidad de Metodología y Estadística, IISGS

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico y tratamiento de la Infección Latente Tuberculosa (ILT) es una estrategia reconocida para el control de la tuberculosis (TB). Sin embargo, en la práctica diaria existen situaciones en las que la positividad de las pruebas de detección de ILT no conlleva de forma sistemática su tratamiento.

### OBJETIVOS:

- Analizar las variables asociadas a la no realización de tratamiento de pacientes con pruebas de Infección tuberculosa positivas.

- Analizar las variables asociadas al desarrollo de TB activa tras seguimiento a largo plazo de los pacientes con ILT que no recibieron tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de casos y controles de pacientes con Prueba de Tuberculina (PT) y/o de liberación de Interferon-gamma (IGRA) positiva remitidos a la Unidad de Tuberculosis del Complejo hospitalario de Pontevedra entre 2009 y 2016, y que no iniciaron tratamiento de ILT (TIT). Se comparó cada caso con un control que sí inició TIT, seleccionando la visita inmediatamente posterior al caso. Se analizaron variables clínicas, epidemiológicas, demográficas, analíticas y radiológicas.

En una segunda parte del estudio, se realizó un estudio de cohortes entre los pacientes con seguimiento mínimo de 22 meses, analizando las variables de riesgo de progresión a TB activa.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 614 pacientes (307 casos y 307 controles), (59% varones, edad media 42, 9±18, 6 años). Entre los pacientes que no iniciaron TIT, el principal motivo fue por recomendación médica (37, 1%), seguida de rechazo del paciente (29%), diagnóstico de TB prevalente al realizar la prueba (22, 5%) y dudas diagnósticas en 11, 1%. Un paciente fue éxito durante el proceso diagnóstico.

En el análisis multivariante, las variables relacionadas con la ausencia de tratamiento fueron la menor edad (40, 617, 8 vs 50, 8±15, 9; dif medias: 10, 1; IC95%: 7, 1-13, 0), PT/IGRA positivo previo ( $p<0,001$ ), haber recibido previamente tratamiento de ILT o TB ( $p=0,002$ ); y la realización de la prueba por causas distintas a inmunosupresión ( $p<0,001$ ). Las únicas variables asociadas al rechazo del paciente a la recomendación de TIT fueron la edad (45, 8 ± 13, 9 vs 53, 8±16, 2; dif medias: 8, 0 IC95%: 3, 9-12, 1) y haberse realizado pruebas en contexto de estudio de contactos (44, 3% vs 13, 5%;  $p<0,001$ ).

Entre los pacientes con seguimiento; 13 (2, 4%) desarrollaron enfermedad. 10 del grupo de casos (sin TIT) y 3 después de finalizarlo. El desarrollo de enfermedad se relacionó con la menor edad (34, 5±15, 2 vs 45, 3 ± 17, 7 dif medias: 10, 9 IC95%1, 1-20, 5); Rx tórax cicatricial ( $p=0,02$ ) y no haber realizado TIT ( $p=0,002$ ). Entre los pacientes que no realizaron TIT, el desarrollo de TB activa se asoció con el rechazo del paciente al tratamiento (8, 0% vs 2, 0%;  $p=0,042$ ) y la edad (37, 2±16, 5 vs 51, 3±15, 6; dif medias: 14, 1 IC95%: 4, 1-24, 1).

**CONCLUSIONES:** La indicación correcta de realización de pruebas de ILT y la limitación de recomendación de tratamiento solo a aquellos pacientes infectados que se consideran de mayor riesgo, previene eficazmente el desarrollo de TB. El rechazo del paciente al tratamiento de ILT pese a recomendación médica y la menor edad son los mayores factores de riesgo de progresión a TB activa.

## EXPERIENCIA DO PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE MEDICINA INTERNA NO HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS

VALCARCE GONZÁLEZ Z; LÓPEZ REBOIRO ML; SUAREZ FUENTETAJA R; SARDIÑA GONZÁLEZ C; SUAREZ MOURE MC; LÓPEZ MOURIÑO VM; ALVAREZ ASENSIO EJ; LOPEZ CASTRO J; EDESIO FIRVIDA J

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS

**INTRODUCCIÓN:** Os ingreso por insuficiencia cardíaca están a subir continuamente con cada ano que pasa, aumentando o gasto sanitario. Ademais cada ingreso representa un deterioro para a calidade de vida do doente. Na guías de práctica clínica xa está descrito que un seguimento en unidades monográficas mellora a calidade de vida dos doentes, diminúe os ingresos e incluso pode aumentar a supervivencia. Dende a SEMI estase a impulsar a instauración de unidades estilo UMIPIC (Unidade de Manexo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca). Neste traballo imos avaliar o primeiro ano de funcionamento da consulta modelo UMPIC no Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (HCML).

**OBJECTIVOS:** - Caracterizar a poboación seguida na consulta. - Ver a evolución nos 6 meses despois de iniciar o seguimento

**MATERIAL E MÉTODO:** Trátase dun estudo retrospectivo observacional, no que seleccionamos a tódolos paciente seguidos na consulta UMIPIC do HCML no seu primeiro ano de funcionamento. Para caracterizar a poboación a estudo recollemos datos e filiación (idade, sexo), cardiopatía estrutural, factores de risco cardiovascular e comorbilidades. Para ver a evolución antes e despois do seguimento recollemos os fármacos de primeira liña utilizados e os ingresos por insuficiencia cardíaca 6 meses antes de iniciar o seguimento e 6 meses despois de inicialo; tamén recollemos a mortalidade ao longo do seguimento. Os pacientes firmaron un consentimento informado para ceder os seus datos, que foron almacenados e analizados de xeito anónimo.

**RESULTADOS:** - Obtivemos un total de 30 doentes, cunha idade media de 84, 1±5, 8 anos, cun 60% de mulleres. A cardiopatía estrutural máis prevalente foi a hipertensiva (56, 7%) seguida da isquémica e da valvular. O 70% tiñan unha fracción de exección preservada. A maioría dos doentes tiñan fibrilación auricular (70%). A hipertensión arterial é o factor de risco cardiovascular máis frecuente (93%), seguida da diabetes e da dislipemia (60% os dous). A carga de comorbilidade é elevada (I Charlson ≥3 no 70%), sendo as doenzas asociadas máis prevalentes a enfermidade renal crónica (40%), EPOC (20%) e a Enfermidade cerebrovascular (17%).

- No momento do inicio do seguimento o 46% estaban a ser tratados con betabloqueantes, o 57% con IECA/ARAI, 10% con Antagonistas da aldosterona e o 10% con Inhibidores da neprilísina. Aos 6 meses de seguimento o 80% dos doentes estaban betabloqueados, o 57% con IECA/ARAI, 30% con Antialdosterónicos e 30% con Inhibidores da Neprilísina.

- Nos 6 meses previos ao seguimento só 30 paciente xeraron un total de 32 ingresos (1, 07 ingresos por cabeza) e nos 6 meses seguintes só xeraron 7 ingresos, 23 dos 30 pacientes non ingresaron durante o seguimento.

- A mortalidade é dun 33%

### CONCLUSIÓNS:

- Estamos ante unha poboación moi envellecida e con moitas comorbilidades. A cardiopatía fundamental é a hipertensiva con fracción de exección preservada e fibrilación auricular.

- Durante o seguimento conséguese optimizar o tratamento e reducir os ingresos. Aínda que se mantén unha alta mortalidade.

- Os datos son alentadores, pero de momento o número de doentes seguidos é moi pequeno para xerar resultados sólidos.