

# COMUNICACIONES ORALES

## NOVOS MARCADORES PROGNÓSTICO NA COVID 19: CL O ANTICOAGULANTE LÚPICO: CAL É O PAPEL DO ANTICOAGULANTE LÚPICO?

Besteiro Balado, Y; Martínez Casas, DR; López Reboiro, ML; Sardiña González, C; Marchán López, A; Callejas Moragata, E; Gutierrez López, R; Álvarez Asensio, EJ; López Castro, J.

Medicina Interna. Hospital Público de Monforte de Lemos

**OBXECTIVOS:** Analizar a asociación entre o anticoagulante lúpico e a necesidade de ventilación mecánica (VM) en doentes ingresados por pneumonía grave por SARS-CoV-2.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi un estudo observacional prospectivo, multicéntrico, realizado entre o 1 de xaneiro e o 31 de marzo de 2022, reclutáronse consecutivamente tódolos doentes > 18 anos e ingresados por pneumonía grave por SARS-CoV-2. Determináronse as seguintes características: idade, sexo, grupo sanguíneo e Rh, niveis plasmáticos de IL6, factor de von Willebrand (FvW), anticoagulante lúpico (AL) ao ingreso, presenza de enfermidade tromboembólica venosa, necesidade de VNI e ingreso en unidades de cuidados intensivos. . A relación entre a necesidade de VM e os niveis de vWF e AL foi realizada por T-student e o seu punto de corte foi definido pola curva ROC. Realizouse unha análise multivariante para establecer factores de peor prognóstico. Utilizouse o software estatístico SPSS 27.0 e estableceuse un erro alfa de 0,05.

**RESULTADOS:** Obtivemos 44 pacientes hospitalizados con pneumonía severa por SARS-CoV-2 (56,8% homes, 68,5±17,9 anos). O 88,6% presentou FvW elevado. Os niveis de LA foron máis altos nos pacientes que requirían VM versus oxigenoterapia (1,32±0,27 vs 1,12±0,17, p=0,011). O punto de corte para os niveis de AL que se asociaron coa VM foi de 0,792 AUC (p=0,01). Os predictores da ventilación mecánica na análise multivariante foron o ingreso na UCI (p=0,02).

**CONCLUSIÓNS:** Os niveis plasmáticos de factor von Willebrand, anticoagulante lúpico e IL-6 poden ser unha ferramenta de pronóstico moi útil para avaliar a necesidade de ingreso hospitalario na unidade de cuidados intensivos e a necesidade de ventilación mecánica non invasiva. Sería interesante incluír estas determinacións como avaliacións rutineiras en pacientes con pneumonía severa por SARV-CoV2.

## UVÉITIS SIFILÍTICA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Lía García Formoso, Martín Garrido Ventín, Alberto López Veiga, Uxía Carreira Sanpaio, Iago Blanco, Ilona Zygalova, Olalla Lima Rodríguez, María Rebeca Longueira Suárez.

Medicina Interna. Hospital Álvaro Cunqueiro

**OBJETIVO:** Contrastar nuestra experiencia con la evidencia científica y las recomendaciones vigentes acerca de la uveítis sifilítica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión de la historia clínica de los pacientes diagnosticados de uveítis luética en nuestro centro entre diciembre de 2022 y febrero de 2023. Las variables recogidas se resumen en la tabla 1.

**RESULTADOS:** Caso 1: varón de 74 años con pérdida de agudeza visual

y exploración oftalmológica compatible con vitritis bilateral que presenta serología luética positiva (RPR 1/32). Se realiza punción lumbar, con proteinorraquia leve, 6 leucocitos/campo (90% mononucleares), VDRL negativo y FTA positivo en el análisis del LCR. Se establece el diagnóstico de uveítis posterior luética y neurosífilis confirmada (criterios CDC). Caso 2: varón de 64 años con historia previa de sífilis tratada con penicilina G benzatina intramuscular en 2015 que presenta miodesopsias de una semana de evolución. En la exploración oftalmológica, se evidencian snowballs, envainamiento vascular, leve vitritis y disminución de la agudeza visual en el ojo derecho. En la serología, presenta RPR a título de 1/16 y, en el LCR, proteinorraquia leve, 10 leucocitos/campo (96% mononucleares) y VDRL negativo, estableciéndose el diagnóstico de uveítis posterior luética y neurosífilis probable. Caso 3: varón de 32 años, natural de Brasil, VIH+ (con buena adherencia terapéutica, carga viral indetectable y CD4>500 células/ $\mu$ l), con antecedente de sífilis tratada en 2018 y en 2021, que presenta dolor retroocular izquierdo. En la exploración oftalmológica, destaca dolor a la infraversión de la mirada en el ojo izquierdo, queratitis puntada superficial, sin precipitados queráticos ni sinequias y Tyndall positivo. Asocia aftosis oral y lesiones cutáneas papulares y ulceronodulares. En la serología luética, se evidencia RPR positivo a título 1/4 (previo 1/1), siendo el análisis del LCR anodino con VDRL negativo. Todos los pacientes reciben tratamiento con 18-24 millones de unidades/24 h de bencilpenicilina intravenosa durante 14 días, dexametasona oftálmica y prednisona oral en pauta descendente a dosis de inicio de 0,5-1 mg/kg/día. El paciente del caso 3 recibe además ciclopléjico por afectación anterior y, el del caso 2, tres dosis adicionales de penicilina G benzatina intramuscular al alta. La evolución de los tres pacientes es favorable, con resolución de los datos inflamatorios en la exploración oftalmológica, recuperación completa de la agudeza visual y disminución de los títulos en la serología luética.

**DISCUSIÓN:** El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) está indicado en todos los pacientes con evidencia de afectación ocular por *Treponema pallidum*, siendo el tratamiento de elección la bencilpenicilina intravenosa aun cuando el LCR resulta normal. Los casos presentados son congruentes con la evidencia científica en cuanto a que la incidencia de alteraciones en el LCR en pacientes con uveítis sifilítica es alta, siendo mayor en la uveítis posterior. Solo en el paciente con uveítis anterior (caso 3) el análisis del LCR resultó normal. Existe además una fuerte asociación entre la afectación anterior y la infección por VIH, siendo prácticamente exclusiva de pacientes seropositivos, como el paciente del caso 3.

## NO TODAS LAS ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA VALLEN EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Gómez Fernández, Rocío del Carmen; Martínez Villaverde María; La torre, Ana ; López Pérez Ángel.

Medicina interna del Complejo hospitalario de Ourense. complejo hospitalario de Ourense

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal afecta hasta el 17 % de los pacientes de la población general. Y esto

está asociado a aumento de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular. Cerca del 1% de la población mayor de 40 años presenta IC, y dicha prevalencia se dobla con cada década y se sitúa alrededor del 10% en los pacientes mayores de 65 años. Se produce un impacto negativo en la calidad de vida con pérdida progresiva de autonomía y aumento del número de ingresos hospitalarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio longitudinal, observacional, prospectivo para medir la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Se incluyeron a los pacientes ingresados por IC y se excluyeron a los pacientes con trasplante renal o cardíaco, o que rechazan participar en el estudio. Se aprobó por el Comité de ética de la investigación con medicamentos de Galicia con el registro 2023-059.

**RESULTADOS:** Nuestra muestra consta de 115 pacientes, con una edad media de  $84 \pm 9$  años, una NHYA media de  $3,12 \pm 0,62$ , y una permanencia de días de ingreso de  $4,72 \pm 5,03$ . El 37% tiene DM, el 90% HTA y la FE media es de  $47,87 \pm 12,42$ . De ellos 12 pacientes presentaron daño renal, con cifras de creatinina superior a 2.0 mg/dl. Las características de cada uno de los grupos de NHYA se muestran en la tabla. Se muestran las medias de las variables analizadas. Asimismo, se comprueba la normalidad y la homocedastidad de las muestras. Se realiza un análisis de ANOVA, siendo significativa la diferencia en el test de Minnesota. Para variables dicotómicas, se realizaron análisis Chi-Cuadrado.

**DISCUSIÓN:** Tanto el test SF12 como el test de Minnesota son tests de calidad de vida, sin embargo solo éste último está enfocado a los pacientes con IC. Como podemos observar en la muestra, prácticamente no hay diferencias en el test SF12 para los grupos de NHYA descritos, mientras que el test de Minnesota es más sensible en dicha patología y en el estado de salud de los pacientes con IC, apreciándose diferencias según el estado clínico de cada paciente.

**RESULTADOS:** Aunque tanto el test SF12 como el test Minnesota son test de calidad de vida, sólo éste último se correlaciona con la gravedad de los pacientes con IC.

## HEMOCULTIVOS Y VIDA REAL: ¿SERÁ QUE LA RUTINA HA SIDO MÁS FUERTE?

Tatiana Añón Blanco, Rodrigo Puga López, Raquel Fernández González\*, Beatriz Suárez Rodríguez, María Martínez Villaverde y Teresa Seoane Pillado\*\*

Servicio de Medicina Interna y Unidad de Enfermedades Infecciosas\*. Estadística asociada al Colegio de Médicos de Ourense\*\*. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**OBJETIVOS:** Estimar el grado de conocimiento sobre recomendaciones de indicación y técnica de extracción de hemocultivos, conocer la variabilidad en la práctica clínica real e identificar puntos de mejora para reducir la elevación del porcentaje de contaminación detectado en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional y descriptivo incluyendo al personal que asiste a pacientes hospitalizados en nuestro servicio, tanto de Enfermería como Médico (en jornada ordinaria y atención continuada). Los datos se extrajeron a partir de un total de 141 encuestas tipo test, de carácter anónimo y voluntario, entregadas durante los meses de febrero y marzo de 2023. La encuesta constaba de 15 preguntas con cuatro opciones de respuesta y sólo una correcta, exceptuando la última cuestión que permitía respuesta múltiple. Se empleó el programa SPSS para análisis descriptivo de las variables y posteriormente, los test Chi-cuadrado y estadístico de Fisher para análisis inferencial.

**RESULTADOS:** El 61,7% de encuestados pertenece al personal de

enfermería (51,7% trabajaban exclusivamente en planta de Medicina Interna) y el 38,3% restante al personal médico (reseñar 59,3% perteneciente a la especialidad de Medicina Interna). El 56% identifica correctamente las indicaciones sobre su extracción, objetivándose sólo diferencias significativas según el tipo de profesional (90,7% médico vs 34,5% enfermería) y años de experiencia a nivel médico (el 69,6% con más de 10 años vs. el 47,1%). Respecto a la extracción, el 87,3% conoce el antiséptico adecuado y un 66,4% el tiempo recomendado entre la extracción de los sets, con mayor porcentaje de aciertos en enfermería (77,9% vs 51,9%), aunque al menos un 24,4% de dicho personal reconoce esperar menos de 15 minutos entre cada extracción (concretamente el 90,5% del personal con menos de 10 años de experiencia). A pesar de ello, el 82,3% de los participantes comprende la importancia de individualizar la situación clínica del paciente. Un llamativo 70% desconoce las medidas de esterilidad requeridas (guantes y campo estéril), con un 22% considerando sólo necesario utilizar guantes estériles y mascarilla, probablemente influenciados por la situación de pandemia reciente. Desafortunadamente un 2% todavía cree que se puede extraer solo 1 set de hemocultivos y un 12,1% que se necesitan menos de 10 ml de sangre por cada venopunción. Asimismo, el 48,9% no tienen claro como cultivar a un paciente portador de una vía central. Igualmente, si bien un 48,9% coincide en que la sobrecarga asistencial es responsable del aumento de falsos positivos, el 35,4% cree que en situaciones de urgencia falla la asepsia y 14,9% considera que se solicitan demasiados. En conjunto, sólo un 23,4% opina que se extraen adecuadamente, lo cual evidencia cómo los propios profesionales son conscientes de la comisión de errores y de que existe amplio margen de mejora.

**CONCLUSIONES:** La sobrecarga de trabajo y demanda asistencial creciente, parecen ser las principales causas del aumento de falsos positivos en los hemocultivos de nuestro centro, pero este estudio también evidencia errores no achacables a ello, tanto en su indicación como en su extracción. Consideramos recomendable vencer la rutina, promover estrategias de intervención educativa y protocolos de actuación al respecto.

## INFECCIÓN AGUDA POR HEPATITIS E: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN LUGO ENTRE 2018-2022

Alba Tobío Romero, Marta María Calvo Seoane, Pedro Peinó Camba, Yelco Chantres Legaspi, Jesús Liñares Martínez, Adrián Suárez Piñera, Darío Martínez Casás, Yoana Besteiro Balado, Ana Rodríguez Álvarez, Antía Pérez López, Roi Suárez Gil, María José Gude González, Ramón Rabuñal Rey, Juan Carlos Piñeiro Fernández

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti

**OBJETIVOS:** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los casos de infección aguda por virus hepatitis E (VHE).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de hepatitis aguda por VHE recogidos a partir de las serologías positivas para IgM en el HULA, 1/2018-12/2022. Se analizaron variables clínicas, serológicas y evolutivas. Resultados: Se registraron 19 muestras con IgM positiva para VHE correspondientes a 12 pacientes: 4 el 2018, 1 el 2019, 5 el 2021 y 2 el 2022. El 66,7% eran varones. La edad media fue de  $65 \pm 9,1$  años. Fueron hospitalizados 4 (33,3%) pacientes y el resto realizaron un seguimiento ambulatorio. Del total, 8 (66,7%) informaron un consumo alcohólico de riesgo, 4 (50%) tenían cirrosis (Child A), y ninguno presentó otro factor de inmunosupresión. La clínica fue: fiebre (91,7%), dolor abdominal (66,7%), náuseas/vómitos (66,7%), malestar general

(58,3%) e ictericia (58,3%). El 25% vivía en el medio rural. Solo se interrogó sobre antecedentes epidemiológicos a 5 (41,7%) pacientes, 2 bebían agua de pozo no saneado. Los análisis mostraron un daño hepático mixto, con valores medios de: AST  $741,5 \pm 913,5$ , ALT  $1203,2 \pm 1194$ , GGT  $273,1 \pm 238,2$ , FA  $203 \pm 144,4$ , bilirrubina total  $5,8 \pm 5,5$  (directa:  $4,3 \pm 5,9$ ) y LDH  $342 \pm 227,2$ . No se realizó PCR de confirmación a ningún paciente y 4 (33,3%) presentaron positividad cruzada (IgM) con otros virus (CMV, VZV, VHS, VEB). En todos se excluyeron otras causas de hepatitis. No existieron complicaciones graves, 8 (66,7%) recibieron tratamiento sintomático y ninguno antivirales. **Discusión:** El VHE es una de las causas más frecuentes de hepatitis viral aguda, si bien la prevalencia en España no se conoce con exactitud, oscilando entre 0,6-12%. En Galicia, aunque existen pocos registros, la frecuencia es mayor en zonas rurales. La anamnesis es clave para reconocer los factores epidemiológicos causales (ingesta de carne poco cocinada, especialmente de animales con controles sanitarios deficientes, o agua de pozos...). Suele cursar con síntomas leves (tratamiento sintomático, habitualmente sin asistencia sanitaria), daño hepático colestásico/mixto y tener pocas complicaciones. Los hallazgos de nuestro estudio, confirman las características descritas y sugieren que la escasa información epidemiológica o peticiones solicitadas, podrían estar en relación con una baja sospecha inicial por el carácter benigno de la enfermedad. Ante un cuadro característico, debemos incluir al VHE en el diagnóstico diferencial, por el papel de la educación sanitaria para controlar los factores de riesgo e implementar medidas que eviten su transmisión. Existen reacciones serológicas cruzadas, pudiendo usar la PCR como método diagnóstico si la sospecha clínica es alta. **CONCLUSIONES:** La hepatitis aguda viral por VHE en nuestra área se caracteriza por un perfil benigno, autolimitado y con buen pronóstico. La baja tasa de diagnóstico encontrada probablemente se deba a una escasa asistencia sanitaria por su carácter leve y al bajo nº de serologías solicitadas por una baja sospecha en cuadros agudos que requieran la misma. Cabe recordar la importancia de indagar sobre factores epidemiológicos de riesgo en estas patologías, que permitan aplicar las medidas de salud pública necesarias. **ÁREA TEMÁTICA:** Enfermedades Infecciosas (I)

## UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA NEUMONÍA

M. Martínez Villaverde<sup>1</sup>, M. G. Cortez Montero<sup>2</sup>, R. C. Gómez Fernández<sup>3</sup>, T. Añón Blanco<sup>4</sup>, A. Pérez Aguilar<sup>5</sup>

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO)

**INTRODUCCIÓN:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología altamente prevalente en el servicio de Medicina Interna. Aproximadamente un 9% de pacientes reingresarán por esta enfermedad, y es responsable de más de 5.000 muertes anuales en nuestra comunidad autónoma. La instauración de antibioterapia empírica precoz ha demostrado disminución de la mortalidad por esta causa. La ecografía pulmonar se considera una técnica diagnóstica con una sensibilidad, especificidad y fiabilidad que supera a la radiografía de tórax para la detección de la neumonía. Muchas de las estructuras pulmonares no son fácilmente identificadas por los ultrasonidos pero son los artefactos, la reflexión y la reverberación de éstos sobre las interfases de los tejidos, lo que nos permite identificar diferentes patrones ecográficos sugerentes de patología pleuropulmonar. Cuando la composición del espacio subpleural es el 95% líquido y no aire, la imagen observada es más real. El parénquima pulmonar aparece con una densidad similar a la de un órgano sólido (hígado o bazo) formando el signo del tejido. Este signo es la base del patrón de con-

solidación que agrupa una serie de patologías como neumonía, atelectasia, infarto pulmonar, o tumores; diferenciándose entre sí por la presencia de elementos internos como la presencia de broncograma aéreo (imágenes ecogénicas puntiformes o lineales), el límite o bordes con el parénquima pulmonar sano (signo de fragmentación), la forma, la vascularización y el comportamiento con las maniobras respiratorias. Para detectar una consolidación pulmonar tienen que cumplirse dos requisitos: que la localización sea intratorácica y que esté en contacto con la pleura (lo que sucede en más del 90% de las situaciones). **CASO CLÍNICO:** Mujer de 40 años con tos, fiebre y dolor torácico, que acude al Hospital por dificultad respiratoria. Como antecedentes personales consta asma alérgica desde la infancia sin tratamiento. En la exploración física destaca afectación del estado general, taquipnea en reposo, saturación de O<sub>2</sub> del 95% sin ruidos añadidos en la auscultación pulmonar. La ecografía pulmonar a pie de cama en el servicio de urgencias muestra imágenes compatibles con consolidación pulmonar (videos 1,2,3,4). La paciente es diagnosticada de neumonía bilateral en los primeros minutos de la atención médica y tratada con antibioterapia empírica. Tras 5 días de tratamiento, la ecografía pulmonar en el seguimiento mostró una disminución progresiva del patrón consolidativo y descartó complicaciones, por lo que se pudo decidir alta médica precoz y seguimiento ambulatorio. **CONCLUSIONES:** La ecografía pulmonar (EP) como técnica complementaria permite el diagnóstico y tratamiento precoz de la neumonía. En nuestro caso facilitó hacer el diagnóstico diferencial con la embolia pulmonar y evitó solicitar otros estudios innecesarios. Pudimos lograr un alta precoz de la paciente evidenciando que el tratamiento instaurado fue adecuado mediante el seguimiento ecográfico. La EP es una técnica útil a la cabecera del paciente, reproducible, no invasiva y costo-efectiva. Por tanto, su aprendizaje debería ser parte de la formación de los internistas e incluirse en los protocolos diagnóstico-terapéuticos asistenciales.

## COHORTES RESULTANTES DEL INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO SOBRE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Fátima Raad Verea, Patricia Vázquez Rodríguez, Ana Belkis Porto Pérez, Rebeca Suárez Fuentetaja, Iria Rodríguez Osorio, Cristina Barbagelata López, Isabel Justo Muradas, Sonia Ruanova Suárez, José Luis Díaz Díaz

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**ANTECEDENTES:** El Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) para uso de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV), restringe la prescripción financiada de ACOD. Emitido en 2.013 por temor al impacto presupuestario de su uso generalizado, el impacto clínico de su implementación no ha sido todavía analizado. **MÉTODOS:** Estudio prospectivo en  $\geq 75$  años de edad con FANV dados de alta de Medicina Interna tras hospitalización por cualquier causa, con prescripción de ACOD o AVK según IPT. El presente estudio analiza las características basales (demográficas, clínicas, sociales y funcionales) de cada cohorte. **RESULTADOS:** Se incluyeron 294 pacientes (177 asignados a AVK y 117 a ACOD), con una edad media de 84 años y predominio de mujeres (53,7%). En la cohorte AVK hubo una mayor la proporción de pacientes con historia de cardiopatía isquémica (28,2% versus 17,1%) y FANV de novo (15,8% versus 2,6%), mientras que la cohorte asignada a ACOD presentaba un mayor riesgo de sangrado (HAS-BLED medio 2,5 vs 1,7; historia de hemorragia mayor 26,5% vs 14,2%), menor pun-

tuación en la escala de Lawton-Brody (3,5 vs 4,2) y mayor sospecha de deterioro cognitivo (test Pfeiffer  $\geq$  3 errores 36,8% vs 22,6%) tabla 1.

**CONCLUSIONES:** La implementación del IPT sobre uso de ACOD (prescripción financiada) en pacientes  $\geq$  75 años con FANV dados de alta tras hospitalización en Medicina Interna, determinó la prescripción de ACOD en pacientes con mayor riesgo hemorrágico y peor estado cognitivo-funcional.

## EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS Y LA POBLACIÓN CENTENARIA EN GALICIA ENTRE 2004-2020

Alba Tobío Romero, Adrián Suárez Piñera, Yelco Chantres Legaspi, Sonia Pértega Díaz, Ramón Rabuñal Rey, Juan Carlos Piñeiro Fernández

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti

**OBJETIVOS:** Describir la evolución temporal de la población centenaria y de los ingresos hospitalarios de pacientes centenarios en Galicia. **Material y métodos:** Se identificaron todos los pacientes con  $\geq$  100 años dados de alta en el SNS a través del CMBD y se extrajeron del Padrón Municipal (INE) los datos de la población centenaria en Galicia, así como las cifras de la población e ingresos globales para su comparación, entre 1/2004-12/2020. Las tasas de incidencia se han expresado como el nº de población centenaria por cada 10.000 habitantes/año y el nº de altas de centenarios por cada 10.000 altas/año. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se utilizó el modelo de joinpoint para evaluar las tendencias, empleando el porcentaje de cambio anual como media resumen. **RESULTADOS:** Desde 2004 a 2020 la población de Galicia se redujo en 49.166 habitantes, representando un descenso global de un 1,8% (1,9% en varones y 1,7% en mujeres). Durante ese mismo periodo, la población centenaria aumentó un 96,8%, pasando de 931 en 2004 a 1832 en 2020. Así, la tasa de población centenaria pasó de 3,4x10.000 habitantes/año en 2004 a 6,8x10.000 en 2020, suponiendo un incremento de un 100,4%, más acusado en mujeres (123%, de 4,5 a 10,1 x10.000) que en varones (48,8%, de 2,2 a 3,2 x10.000), evolucionando la razón por sexo de 2,3 a 3,4 mujeres:hombre. El análisis joinpoint (Tabla 1) durante el periodo estudiado reveló 3 tendencias en la evolución de las tasas de población centenaria. En el 1º periodo (2004-2008) se objetivó un descenso significativo ( $p=0,004$ ) de la población centenaria, con un descenso anual estimado de un -7% (95% IC: -10,9%;-2,9%), incrementándose a partir de ese momento un 13,3% (8,9%;18%) entre 2008 y 2013, descendiendo a un incremento de un 6,1% (4,4%;7,5%) entre 2013 y 2020. Estas tendencias reflejan lo ocurrido en la población centenaria entre las mujeres y varones. Por otro lado, entre 2004 y 2020, se registraron 3.522 ingresos de centenarios, representando 8,5x10.000 hospitalizaciones en dicho periodo. El nº de ingresos se incrementó de 92 en 2004 (3,9x10.000 ingresos) a 340 (8,7x10.000) en 2020, lo que supuso un aumento de un 290,8% en la proporción que representan del total de ingresos, superior en mujeres que en varones (310,5% vs. 135,1%). Así, 76,6% de los ingresos correspondieron a mujeres, con una ratio mujer:hombre de 3,3 en el conjunto del periodo estudiado. El análisis de joinpoint reveló una tendencia ascendente constante de 9,4% (95% IC:8,5%;10,3%) en el porcentaje de ingresos del total de hospitalizaciones, lo que también se refleja entre mujeres (con un porcentaje mayor) y varones. La Tabla 2 muestra la distribución por provincias, siguiendo una evolución similar a la global en Galicia. **CONCLUSIONES:** este estudio aprecia una tendencia ascendente de la población centenaria en Galicia, al contrario que en su conjunto global, lo que ha supuesto un incremento significativo en el número de ingresos en este grupo de edad. Además, confirma el predominio de mujeres centenarios, tanto a nivel poblacional como en las hospitalizaciones.

**ÁREA TEMÁTICA:** Paciente Pluripatológico/Edad Avanzada (EA)

## TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TADE) EN INFUSOR ELASTOMÉRICO

Chantres Legaspi, Yelco; Ferro Rodríguez, Sara; Romay Lema, Eva María; Ayuso García, Blanca; Castellano Copa, Paloma; Peinó Camba, Pedro; Barcia Losada, Andrea; Rodríguez Díaz, Cristina;

Medicina Interna (HULA), Farmacia hospitalaria (HULA), Hospitalización a Domicilio (HULA). Hospital Universitario Lucus Augusti.

**OBJETIVOS:** Describir el tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario (TADE) en infusores elastoméricos, en los pacientes del Hospital Universitario Lucus Augusti entre Enero 2019 y Diciembre 2022 y ver factores relacionados con la evolución y mortalidad.

**MÉTODO:** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que recibieron TADE en infusor elastomérico en el Hospital Universitario Lucus Augusti. Se obtuvo información sobre antecedentes personales de interés, tipo de terapia recibida y evolución clínica de la infección. Análisis estadístico realizado con el programa SPSS 19.

**RESULTADOS:** Se revisaron 81 pacientes, el 61,7% eran varones. La media de edad fue de 73,5 años (DT de 17,5 años). Los pacientes recibieron una media de 12 días de antibiótico en infusor. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus (30,9%) y la enfermedad renal crónica (28,4%). El principal foco de infección fue el respiratorio (27,2%), seguido de bacteriemia (16%) y de infecciones de piel y partes blandas (12,3%). El 65,4% de las infecciones fueron monomicrobianas, siendo la *Pseudomonas Aeruginosa* el principal microorganismo implicado (39,6%). El antimicrobiano más utilizado fue la piperacilina/tazobactam (33,3%). El 85,2% de los pacientes presentó buena evolución clínica y el 24,7% falleció en los 30 días posteriores al tratamiento antibiótico. En el análisis univariante, se asociaron a peor evolución clínica: edad  $<$  80 años ( $p$  0,029), neoplasia en los últimos 5 años ( $p$  0,006) y pacientes que habían recibido menos días de antibioterapia previo al inicio de la TADE ( $p$  0,044). Se asociaron a mayor mortalidad: diagnóstico de insuficiencia cardíaca (Chi-cuadrado 5,7;  $p$  0,016) y los pacientes procedentes de servicios médicos (Chi-cuadrado 3,9;  $p$  0,047). En el análisis multivariante, solo la presencia de neoplasia se asoció a evolución desfavorable: HR 5,35; IC (1,45-19,7),  $p$  0,012. En cuanto a la mortalidad, se asoció a mayor mortalidad el diagnóstico de insuficiencia cardíaca: HR 3,8; IC (1,2-12,5),  $p$  0,027.

**CONCLUSIONES:** La modalidad de TADE en infusor elastomérico ha supuesto un gran avance en el manejo terapéutico antimicrobiano en los últimos años. En este estudio se ha observado la utilidad de esta modalidad en los pacientes del Hospital Universitario Lucus Augusti, un grupo de población envejecida.

## BACTERIEMIA EN PACIENTES CENTENARIOS EN LUGO: FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

Adrián Suárez Piñera, Jesús Liñares Martínez, Pedro Peinó Camba, Yelco Chantres Legaspi, Patricia Capón González, Ramón Rabuñal Rey, Juan Carlos Piñeiro Fernández.

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti.

**OBJETIVOS:** describir las características clínicas y la evolución de los centenarios hospitalizados con bacteriemia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los episodios documentados de bacteriemia en pacientes de  $\geq 100$  años en el HULA, entre 1/2006-12/2022. Se incluyeron pacientes centenarios con bacteriemia por microorganismos patógenos en  $\geq 1$  hemocultivos. Se excluyeron aquellos considerados contaminantes. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, terapéuticas y evolutivas. Se realizó un análisis estadístico con SPSS.

**RESULTADOS:** Se registraron 26 episodios de bacteriemia en 26 pacientes: 3 fueron excluidos (1 mal registro de edad y 2 contaminación) y se incluyeron 23. La edad media fue de  $101 \pm 1,7$  años. El 52,2% eran mujeres. La estancia media fue de  $7 \pm 5,7$  días. El 82,6% tenía algún grado de dependencia; el índice de Charlson medio fue de  $8,7 \pm 1,5$  y el PROFUND de  $12,3 \pm 4,2$ . Los antecedentes más frecuentes fueron: ERC (78,3%), HTA (60,9%) y demencia (56,5%). Un 39,1% tenía cardiopatía, 26,1% neumopatía, enf. biliopancreática o prostatismo, 21,7% diabetes, 13% EAS y 4,3% neoplasias. Los factores predisponentes más frecuentes eran: asistencia sanitaria  $< 30$  días (21,7%), hospitalización  $< 90$  días (21,7%) y tener material protésico (21,7%). Se presentaron con fiebre (87%, el 55% con tiritona), alteración del estado mental (60,9%) o dolor (43,5%); con un qSOFA  $\geq 2$  en el 30,4%, fracaso renal agudo el 47,8% y coagulopatía el 8,7%. En 15 (65,2%) pacientes el origen de la bacteriemia fue comunitario y en 7 (30,4%) relacionada con cuidados sanitarios. El foco más frecuente fue el urinario (52,2%), seguido del biliar (26,1%), y el germen más aislado E. coli (52,2%). Se demostró resistencia antimicrobiana en 11 (47,8%) muestras (5 para E. coli). El 78,3% recibió terapia empírica correcta. La complicación más frecuente fue el delirium (30,4%) y fallecieron 5 (21,7%) pacientes. De los supervivientes, sólo 1 recibió alta a una residencia. Durante el seguimiento, 10 (55,6%) pacientes tuvieron un aumento en el grado de dependencia, 6 (33,4%) deterioro mental, 11 (61,1%) reingresaron (5 ITU, 3 infecciones respiratorias, 2 ICC y 1 coledocolitiasis), 4 (22,2%) tuvieron recidivas (3 urinarias y 1 biliar) y 2 (11,1%) reinfecciones (ambas urinarias). La mediana de supervivencia después del episodio de bacteriemia fue de  $78 \pm 18,4$  días.

**DISCUSIÓN:** Lugo es una de las provincias con mayor proporción de centenarios (0,07%), un escenario idóneo para investigar las características clínicas de este grupo de pacientes. Apenas existen series que estudien las bacteriemias en esta franja etaria. El envejecimiento favorece las infecciones complicadas, las cuales suelen cursar con presentaciones atípicas y elevada mortalidad. Reconocer los factores que aumenten la morbimortalidad resulta especialmente importante en estos pacientes, para disminuir las complicaciones, la estancia y el uso inadecuado de recursos.

**CONCLUSIONES:** En los episodios de bacteriemia de los centenarios predominan los focos urinario y biliar, se deben en la mayoría de los casos a E. coli y se relacionan muy frecuentemente con la asistencia sanitaria. Además, suponen un punto de inflexión en el pronóstico vital a corto plazo y una importante causa de morbilidad.

## APLICACIÓN DE LAS NUEVAS HERRAMIENTAS DE ESTRATIFICACIÓN EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES VIH.

Peinó Camba, Pedro; Tobío Romero, Alba; Chantres Legaspi, Yelco; Liñares Martínez, Jesús; Suárez Piñera, Adrián; Besteiro Balado, Yoana; Romay Lema, Eva María; Rabuñal Rey, Ramón.

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti

**INTRODUCCIÓN:** En España la oferta de cuidados a pacientes VIH no se encuentra estandarizada en función de las necesidades. Con el objetivo de homogeneizar y agrupar a pacientes según perfiles y realizar una oferta de cuidados y seguimiento adecuada a los mismos, Gesida ha reunido un grupo de expertos que han elaborado dos herramientas de estratificación de pacientes por perfil y complejidad.

Los posibles perfiles serían 7 basados en respuestas dicotómicas acerca de características demográficas, sociales, conductuales, pluripatología, situación inmunoviológica, medicación, estadio psicológico-cognitivo y estadio funcional-fragilidad. Así tendríamos paciente azul (infección controlada, autónomo, sin comorbilidades ni conductas de riesgo, psicológicamente bien y buen soporte), lila (prácticas sexuales de riesgo), amarillo (comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente), morado (consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica), naranja (primer año de tratamiento), verde (necesidades sociales, problemas de inserción), fucsia (embarazo).

La clasificación por complejidad se basa en un cuestionario con respuestas con valor cuantitativo a cuestiones de tipo demográfico, social, conductual, situación inmunoviológica, pluripatología y estadio psicológico-cognitivo. Se establecen 4 estratos de complejidad: extrema ( $\geq 23$  puntos), alta (16-22), media (6-15), baja ( $\leq 5$ ).

**OBJETIVOS:** Describir las características demográficas, clínicas y analíticas de una cohorte de pacientes VIH, así como su perfil y nivel de complejidad tras la aplicación de escalas de estratificación.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH a seguimiento en el área de Lugo y Monforte. Revisión de historias clínicas electrónicas y clasificación de los pacientes por perfil y complejidad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS18.

**RESULTADOS:** Describimos una cohorte de 411 pacientes con edad media de 49,8 años y predominantemente varones (72,3%), un 24,3% extranjeros (Tabla 1). La causa más frecuente de contagio fue la heterosexual (42,1%) seguida de la homosexual (30,2%) (figura 1). El estadio de enfermedad al diagnóstico aparece reflejado en la figura 2. Un 41% referían consumo actual o previo de alcohol y hasta un 57,3% tenían historia de tabaquismo. Un 53,8% padecían dislipemia, un 25,5% HTA y un 5,4% diabetes mellitus. Habían presentado cardiopatía isquémica el 5,8%. Un 39,1% tenían polifarmacia ( $>3$  fármacos). Un 52% tuvieron complejidad baja, 19% media, 10,5% alta y 18,5% extrema. En cuanto al perfil de pacientes, la mayoría fueron de perfil azul o lila (29,2% y 29% respectivamente) y hubo hasta un 23,8% no clasificables (figura 3).

**CONCLUSIONES:** La mitad tienen complejidad baja, casi un 30% presentan complejidad alta o extrema. Un tercio de los pacientes son de perfil azul (más favorable), y otro tercio lila (prácticas sexuales de riesgo). La clasificación de estos pacientes por complejidad nos permite adecuar la cartera de cuidados, la periodicidad y la modalidad de los mismos. La clasificación por perfiles nos permite agrupar a los pacientes según características diferenciales para realizar una oferta de cuidados estandarizada.

## MEDICINA GRÁFICA COMO MÉTODO DE REFLEXIÓN DEL BURNOUT ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Pablo López Mato, Lucía Pérez Expósito

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**OBJETIVO:** Analizar la percepción del síndrome de burnout entre los estudiantes de rotatorio de 6º curso de medicina utilizando medicina gráfica (uso del cómic como herramienta de comunicación sanitaria).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó encuesta formato Google Forms a los estudiantes de 6º curso del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) planteando preguntas sobre su vocación por la medicina, su grado de satisfacción con la estancia formativa.

va en el hospital y la percepción sobre el personal sanitario con el que estuvo. A partir de esta información se organizó un seminario para reflexionar sobre las cuestiones de la encuesta, utilizando para ello material gráfico obtenido de comics, viñetas e infografías. Se abordó de forma directa el síndrome de desgaste profesional o burnout mediante el análisis del test de Maslach y los elementos que analiza (cansancio emocional, despersonalización y realización de personal), así como las posibles causas de este síndrome. Tras el seminario se envió un nuevo formulario para conocer sus impresiones sobre el formato utilizado, así como si esto les ayudaría a identificar mejor el burnout en el personal sanitario o en ellos mismos.

**RESULTADOS:** La encuesta inicial fue contestada por los 23 estudiantes que realizaron nuestro rotatorio. 78% eran mujeres y 22% hombres, la mayoría del total (87%) con una edad inferior a 26 años. 48% refiere que la medicina siempre fue su vocación, optando muchos de ellos por enfermería en caso de no poder acceder al grado. El 43% se planteó abandonar la carrera en algún momento, principalmente en 1º ciclo. Todos los estudiantes se lo cuestionaron por la metodología docente empleada y en menor grado por la dificultad de la carrera. Además, el 93% de las/os encuestadas/os pensó que su vida sería mejor si no hubiese estudiado medicina. El 78% consideró provechoso el periodo rotatorio, especialmente para trabajar su comunicación con personal sanitario y con pacientes-familias. Los sentimientos autopercebidos fueron motivación (82%) y alegría (78%) pero también cansancio emocional (60%). Es destacable que en el personal médico las/os estudiantes percibieron principalmente desmotivación, desgaste emocional y falta de empatía (todas 78%). Con respecto a la medicina gráfica, sólo el 26% conocía el concepto y el 87% consideraba que el comic podría utilizarse para la docencia, incluyendo la universitaria (15 encuestados). La encuesta post-seminario fue contestada por 16 estudiantes, siendo el seminario interesante para todos ellas/os. A 14 estudiantes les hizo reflexionar sobre el burnout, a 5 les ayudó a identificar signos de este síndrome en ellas/os mismas/os y 14 consideran que podrán detectarlo mejor en el futuro gracias al seminario. Todas/os las/os estudiantes consideran que debería continuar impartándose este seminario en el futuro, pero ampliado a otros cursos de la carrera.

**CONCLUSIONES:** La medicina gráfica se plantea como herramienta docente útil para abordar cuestiones como el síndrome de burnout entre estudiantes de medicina, el cual lo perciben en el personal sanitario y en ellas/os mismas/os. Este trabajo se postula como el punto de partida para estudiar este tema en el futuro con el fin de reducir su prevalencia.

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE ENLACE CON URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA

María Vares González, Laura Ramos Alonso, David Vieito Porto, Pablo Gómez Longueira, Ana Pazos Ferro, Olaya Alonso Juarros, Marta Contreras Sánchez, Carmen Casariego Castiñeira, Fernando de la Iglesia Martínez.

Medicina Interna. Hospital Universitario A Coruña

**OBJETIVO:** describir el funcionamiento de la unidad de enlace con urgencias (UEU) en el Hospital Universitario de A Coruña (HUAC). Material y métodos: Análisis retrospectivo de las interconsultas respondidas en urgencias durante el segundo semestre del año 2022; de las e-consultas respondidas en el año 2022 y de las valoraciones en la Consulta de Alta Resolución (CAR) en el mismo periodo.

**RESULTADOS:** La UEU del HUAC consta de 4 facultativos en jornada completa dando cobertura de 8 a 20 horas, una secretaria y una

enfermera (ambas con otras tareas complementarias). Realiza la siguiente actividad: responder interconsultas del Servicio de Urgencias (SU); valorar pacientes que la guardia de Medicina Interna ha dejado en evolución; valorar pacientes ya ingresados sin cama en planta de hospitalización; responder e-consultas generales; atender la CAR; contacto telefónico directo para dar soporte a nuestro Hospital Comarcal, a los pacientes que lo precisen y a la enfermería de urgencias. Además, trabajamos de forma conjunta con las siguientes unidades: Hospitalización a Domicilio (HADO), Unidad de Apoyo a Asistencial a Usuarios de Residencias, Unidad de Crónicos Complejos, Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Unidad de Enfermedad Tromboembólica. Los principales motivos de consulta desde el SU fueron: patología infecciosa (38%), IC (16%), cáncer (7%). Valoramos 395 pacientes ingresados sin cama, 1411 interconsultas del SU y 499 pacientes en evolución. El porcentaje de altas fue respectivamente: 16%, 36% y 77%. Globalmente vimos 2305 pacientes de los que el 42.25% fueron manejados de forma alternativa al ingreso convencional. Dentro del Programa Asistencial de Apoyo a Residencias valoramos a 65 pacientes con interconsulta desde el SU, de los cuales el 48% no precisaron ingreso hospitalario (38% ingresaron en la modalidad de HADO) y 62 pacientes ingresados pero sin cama en planta de hospitalización, de los cuales se ambulatorizaron el 21% (40% precisaron ingreso en HADO). Respondimos un total de 590 e-consultas. Los motivos fundamentales de consulta fueron por orden de frecuencia: sospecha de neoplasia, alteraciones analíticas, dislipemia, anemia, ETV, dudas tras alta reciente. Un 20% de estos pacientes se derivaron a la CAR. En > del 90% de los casos el motivo fue la sospecha de cáncer, que se confirmó en un tercio de los pacientes. La derivación presencial se consideró adecuada en un 83% de los casos. En la CAR valoramos 1090 pacientes (primera presenciales), lo cual generó 1300 revisiones y 657 consultas telefónicas. En el plazo de un mes, el 90% tenía un diagnóstico definitivo y el 75% había sido dado de alta. Sólo un 3% de los pacientes precisaron ingreso, la mayoría de ellos antes de la primera valoración en consulta, por demora de los estudios complementarios solicitados desde el SU.

**CONCLUSIONES:** La existencia de una Unidad de MI vinculada al SU y el desarrollo de la CAR son fundamentales para el manejo alternativo a la hospitalización convencional, disminuyendo la tasa de ingresos inadecuados, manteniendo la calidad asistencial y permitiendo un ahorro sanitario notorio. Potenciar el desarrollo de estas unidades parece fundamental para mantener en el futuro la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

## AFECTACIÓN DA CALIDADE DE VIDA RELACIONADA COA SAÚDE TRAS A PANDEMIA: EVOLUCIÓN NO TEMPO E FACTORES DE INFLUENCIA.

Yoana Besteiro Balado, Antía Pérez López, Blanca Ayuso García, Rubén Darío Martínez Casás, Jesús Liñares Martínez, Adrián Suárez Pinera, Yelco Chantres Legaspi, Pedro Peinó Camba.

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo)

**OBJETIVOS:** A sintomatoloxía tras a infección por SARS-CoV-2 englobada no síndrome "post-COVID" ou "COVID persistente" viuse que é frecuente e ten impacto na calidade de vida dos pacientes. O noso obxectivo foi avaliar a súa calidade de vida relacionada coa saúde despois da COVID-19 e determinar que factores poden determinar unha peor percepción da mesma.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal mediante enquisa telefónica a todos os pacientes con COVID-19 da nosa área sanitaria durante a primeira onda da pandemia, realizada en dous momentos:

tras 10 meses e tras 3 anos da infección. Excluíronse os pacientes con deterioro cognitivo, institucionalizados, os que non deron o consentimento e os que non contestaron tras tres intentos. A principal variable avaliada foi a calidade de vida relacionada coa saúde mediante a escala EQ-5D e os seus índices, EQ-EVA e EQ-Health Index (EQ-HI). **RESULTADOS:** Na enquisa realizada aos 10 meses obtivéronse 443 respostas. A idade media foi  $54 \pm 16$  anos e o 38,4% foron homes. Un 63,2% non reportaron ningún síntoma. A área máis afectada foi a ansiedade/depresión (23,9%) e a mobilidade (16,5%). O EQ-EVA foi de  $75,8 \pm 18,7$  e o EQ-HI de  $0,884 \pm 0,174$ , obténdose puntuacións significativamente menores en mulleres, maiores de 65 anos, con comorbilidade e que precisaron ingreso; estes grupos ademais tiñan máis esferas da saúde afectadas. Ao realizar a enquisa aos 3 anos, participaron 304 doentes. O 96,1% estaban vacinados, a maioría con 2 ou máis doses. O 41,1% padeceran novamente a infección. O 68,1% non relataba ningún síntoma. Evidenciouse unha melloría estatisticamente significativa na sintomatoloxía ansioso/depresiva (do 23,9% ao 13,8%) e nos problemas para as actividades cotiás (do 11,7% ao 0,7%). O EQ-EVA foi  $75,3 \pm 15,8$ , similar a do primeiro corte, mentres co EQ-HI foi  $0,968 \pm 0,072$ , evidenciándose unha melloría estatisticamente significativa. Analizouse se a vacinación ou a reinfección influíron en peores resultados, sen observarse diferenzas estatisticamente significativas. Ao comparar os valores da nosa mostra cos do último informe do Instituto Nacional de Estadística, o EQ-EVA foi menor en ambas enquisas respecto á media nacional, pero similar ao resto de Galicia. Por outra banda, o EQ-HI do segundo corte foi superior respecto ao primeiro e á media nacional.

**DISCUSIÓN:** Os datos da primeira enquisa evidencian unha afectación predominante en mulleres, pacientes maiores e comórbidos, sendo os problemas máis frecuentes a ansiedade/depresión e a dificultade na mobilidade. Ao repetir a enquisa aos 3 anos, evidénciase que aínda que segue existindo afectación da calidade de vida, tanto a ansiedade/depresión como os problemas para as actividades cotiás presentan un marcado descenso, polo que pode intuírse unha recuperación da situación previa á pandemia. De feito, existe un aumento do EQ-HI estatisticamente significativo. Porén, nos pacientes vacinados e re-infectados non se demostraron diferenzas na incidencia do síndrome post-COVID, feito que se postulaba nalgúns estudos. Ademais, obsérvase como o EQ-EVA é menor ca media nacional en ambas enquisas, sendo similar á puntuación do resto de Galicia antes da pandemia. Polo tanto, é posible ca peor calidade de vida poida explicarse por outros factores distintos á COVID-19.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES CENTENARIOS EN GALICIA ENTRE 2004- 2020.

Adrián Suárez Piñera, Alba Tobío Romero, Rubén Darío Martínez Casás, Sonia Pértega Díaz, Ramón Rabuñal Rey, Juan Carlos Piñeiro Fernández.

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti

**OBJETIVOS:** Describir las características de los centenarios ingresados en Galicia y reconocer factores de mortalidad durante el ingreso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se identificaron todos los pacientes con 100 años o más que fueron dados de alta en los hospitales del SNS en Galicia, entre 1/2004-12/2020. Se obtuvieron los datos del CMBD, que incluye características administrativas, demográficas y clínicas, de todos los pacientes que han ingresado  $\geq 1$  noche. Se realizaron técnicas de control de calidad de la base de datos, eliminando aquellos anómalos o redundantes. Se agru-

paron los diagnósticos principales para facilitar la interpretación de los datos y se realizó un análisis descriptivo de los mismos. Se utilizó el SPSS para el análisis estadístico.

**RESULTADOS:** Durante el periodo analizado, se registraron 3.522 ingresos de centenarios. La edad media fue de  $101,3 \pm 1,5$  años. El 76,6% eran mujeres. La estancia media fue de  $8,1 \pm 6,6$  días y el coste medio de cada ingreso de  $4.575 \pm 2.992,5$  €. Los pacientes centenarios ingresaron más frecuentemente por un proceso médico (87,1%), de forma urgente [(97,7%) y en el servicio de Medicina Interna (62,9%; seguido de Geriátría (11,1%) y Traumatología (9,9%)]. Por orden de frecuencia, se registraron como diagnósticos principales al alta: infecciones respiratorias (24,9%), insuficiencia cardíaca (11,5%), fractura de cadera (7,6%), otras patologías respiratorias no especificadas (6,1%), ITU (6%), ictus (4,4%), patología de la vía biliar (3,3%) e insuficiencia respiratoria aguda (3,2%). Los varones ingresaron en mayor proporción por infección respiratoria (27,6% vs 24,1%;  $p=0,042$ ) y procesos médicos (91,9% vs 85,7%;  $p=0,0001$ ); mientras que las mujeres lo hicieron por fractura de cadera (8,6% vs 4,1%;  $p=0,0001$ ) y procesos quirúrgicos (14,3% vs 8,1%;  $p=0,0001$ ). Aquellos que ingresaron por un proceso quirúrgico tuvieron una estancia media mayor (9,5 vs 7,8;  $p=0,0001$ ), en tanto que los que ingresaron por un proceso médico mostraron un mayor nivel de mortalidad (2,4 vs 1,7;  $p=0,0001$ ) y severidad (2,3 vs 1,8;  $p=0,0001$ ), de acuerdo con las características de los pacientes, los diagnósticos secundarios y los procedimientos realizados. El 69% se fueron de alta a su domicilio y ninguno a una residencia. Fallecieron 1038 (29,5%) pacientes. La Tabla 1 muestra las características clínicas distribuidas por mortalidad. En el análisis univariante, se relacionó el ingreso por un proceso médico (32,1% vs 11,9%;  $p=0,0001$ ), un ictus (47,4% vs 28,6%;  $p=0,0001$ ) e insuficiencia respiratoria (39,3% vs 29,1%;  $p=0,027$ ) a una mayor mortalidad. En el análisis multivariante, se demostró que el ingreso por un proceso médico (OR: 3,2; IC 95%: 2,4-4,4;  $p=0,0001$ ) o por un ictus (OR: 2; IC 95%: 1,5-2,8;  $p=0,0001$ ) se relacionaron con un incremento del riesgo de fallecer durante el ingreso.

**DISCUSIÓN:** Los ingresos de centenarios en Galicia se han incrementado de forma significativa en los últimos años, lo que resalta la importancia de conocer sus características para poder brindar una atención médica integral adaptada a las necesidades de esta franja de edad.

**CONCLUSIONES:** Este estudio muestra que los ingresos de pacientes centenarios se relacionan especialmente con enfermedades cardio-respiratorias agudas y graves, que condicionan una elevada mortalidad.

## AVALIACIÓN DOS SÍNTOMAS ASOCIADOS AO SÍNDROME "POST-COVID" AOS 10 E 36 MESES TRAS A COVID-19.

Yoana Besteiro Balado, Antía Pérez López, Blanca Ayuso García, Rubén Darío Martínez Casás, Jesús Liñares Martínez, Adrián Suárez Piñera, Yelco Chantres Legaspi, Pedro Peinó Camba, Alba Tobío Romero.

Medicina Interna. Lucus Augusti (Lugo)

**OBJETIVOS:** A persistencia ou aparición de síntomas despois da infección por SARS-CoV-2 fixo que fose necesario elaborar novas ferramentas, como a escala COVID-19 Yorkshire Rehabilitation Screening (C19-YRS), para detectar os mesmos e o impacto que supoñen na calidade de vida dos pacientes. O obxectivo deste estudo é presentar os resultados desta escala nos pacientes da nosa área sanitaria que

padecieron COVID-19 na primeira onda da pandemia, así como a súa evolución no tempo.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal mediante enquisa telefónica a todos os pacientes da nosa área sanitaria que padeceron SARS-CoV-2 durante a primeira onda da pandemia, realizada en dous momentos: tras 10 meses e tras 3 anos da infección. Excluíronse os pacientes con deterioro cognitivo, institucionalizados, os que non deron o consentimento e os que non contestaron tras tres intentos. A principal variable avaliada foi a afectación en diferentes áreas a través da escala C19-YRS.

**RESULTADOS:** Na enquisa realizada aos 10 meses obtivéronse 443 respostas. A idade media foi  $54 \pm 16$  anos, 38,4% eran homes e o 42,9% tiñan algunha comorbidade, sendo a máis frecuente a hipertensión arterial. O 19,6% precisaron ingreso hospitalario, un 2,3% na UCI. Entre os pacientes que estaban en activo o 3,5% perderon o seu emprego. O 62,3% referiron presentar polo menos un síntoma, os máis frecuentes foron a astenia (37,2%) e a disnea de esforzo (33,4%). Observáronse peores resultados nas mulleres e consumiron maior cantidade de recursos sanitarios os pacientes de idade avanzada, comórbidos e os que precisaran ingreso. Ao realizar a enquisa aos 3 anos, participaron 304 doentes. O 96,1% estaban vacinados, a maioría con 2 ou máis doses. O 41,1% padeceran novamente a infección. Continuaban en situación de desemprego por mor das secuelas da enfermidade dous pacientes. Respecto a clínica previa, presentaron unha melloría estatisticamente significativa a disnea de esforzo (do 33,4% ao 19,7%), a astenia (do 37,2% ao 28,9%), os problemas nutricionais (do 15,1% ao 3%) e a dor (do 25,1% ao 18,9%), con  $p < 0,05$  en todas elas. Ademais evidenciouse unha melloría estatisticamente significativa da ansiedade, descendendo do 29,6% ao 13,5%, e da depresión, cun descenso do 25,1% ao 13,2, así como de toda aquela sintomatoloxía relacionada co estrés postraumático, en todos os casos con  $p < 0,05$ . Analizouse se a vacinación ou a reinfección influíron en peores resultados, sen observarse diferenzas estatisticamente significativas.

**DISCUSIÓN:** A ferramenta C19-YRS demostrou ser útil na detección e cuantificación dos síntomas tras a COVID-19 e aporta información tanto socio-sanitaria como do eido laboral. Os datos da primeira enquisa poñen en evidencia cos síntomas físicos máis frecuentes foron a astenia e a disnea de esforzo, mellorando ambas de modo significativo na enquisa realizada aos 3 anos. O mesmo acontece coa sintomatoloxía de tipo ansioso/depresivo e coa relacionada co estrés postraumático. Estes datos suxiren que a sintomatoloxía derivada da COVID-19 tende a desaparecer durante o seguemento evolutivo. Por outra banda, en contra do que apuntan algúns estudos, non se obxectivou cos pacientes vacinados e re infectados tivesen diferenzas en canto a presentación e evolución dos síntomas.

## AMILOIDOSIS POR TTRWT EN NUESTRO CENTRO.

Marta Costas Vila, Emilia Fernández Fernández, María Luisa Valle Feijóo, Laura González Vázquez, Mónica Gutiérrez García, Paula Sánchez Conde, Ceferino Gutiérrez Mendiguchia, Juan Carlos Arias Castaño, Jose Luis Lamas Ferreiro, Javier de la Fuente Aguado.

Medicina Interna. Hospital Ribera Povia

**OBJETIVOS:** Analizar las características de los pacientes diagnosticados de amiloidosis por TTRwt en nuestro centro desde el 2016 hasta el 2022.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados

en nuestro centro durante ese período. Se recogieron variables demográficas, clase funcional, parámetros electrocardiográficos y ecocardiográficos, de resonancia y gammagráficos, tratamiento y evolución. Los datos se analizaron mediante el software SPSS Statistics versión 26.

**RESULTADOS:** Durante este período se diagnosticaron un total de 30 pacientes de los que el 76,7% fueron mujeres (23), con una mediana de edad de 83 años al diagnóstico. El 96,7% (29) presentaba insuficiencia cardíaca al diagnóstico con una clase funcional de la NYHA de II en el 46,7% (14 pacientes). El resto presentaban clase I (33,3%; 10 pacientes) o III (20%; 6 pacientes). La mediana del índice de Charlson fue de 7. El 60% (18 pacientes) presentaba FEVI preservada y hasta un 43,3% (13) presentaron hipertensión pulmonar significativa. Un 10% de los pacientes presentaban BAV 1º (3) y un 13,3% (4) BAV completo. En 6 pacientes (20%) se implantó un marcapasos. Hasta un 80% de los pacientes presentaron FA no valvular; 33,3% de los pacientes presentaban bajos voltajes en el ECG. Con respecto a los parámetros ecocardiográficos, el grosor medio de la pared posterior del ventrículo izquierdo fue de 16 mm, con un grosor medio del septo interventricular de 19,2 mm. Se realizó gammagrafía en 19 (63,3%) de los pacientes con estadio de Peruggini de 2 en el 21% (4) y 3 en el 78,9% (15). En 11 pacientes (36,7%) no se realizó gammagrafía por estado funcional y/o fallecimiento. La mediana de fármacos consumidos por estos pacientes fue de 6, siendo el grupo más frecuente el de los diuréticos del asa (83,3%; 25 pacientes), seguido de anticoagulantes (66,7%), IECA/ARA-2 (33,3%), ARM y Beta-bloqueantes en un 13,3% (4). Con respecto al pronóstico, la mediana de meses de supervivencia desde el diagnóstico fue de 17 meses. El 53,3% de los pacientes (16) fallecieron, de los cuales el 36,7% (11 pacientes) fallecieron por insuficiencia cardíaca.

**DISCUSIÓN:** La amiloidosis por transtirretina wild-type se diagnostica cada vez más frecuentemente. Es una causa de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. El diagnóstico se realiza mediante sospecha ecocardiográfica, que se confirma mediante la realización de una gammagrafía ósea y estudio genético negativo. Se debe descartar amiloidosis 1ª mediante la determinación de cadenas ligeras. La mayoría de los pacientes son personas de edad avanzada y pluripatológicos, con clínica de insuficiencia cardíaca en muchos casos refractaria. Presentan un peor pronóstico vital que aquellos con insuficiencia cardíaca por otras causas.

**CONCLUSIONES:** La amiloidosis por transtirretina wild-type es una enfermedad con mal pronóstico cuyo diagnóstico está aumentando por su mejor conocimiento entre los clínicos. Debe sospecharse en pacientes de edad avanzada con clínica de insuficiencia cardíaca y hallazgos ecocardiográficos compatibles.

## INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO TRAS COLOCACIÓN DE NEFROSTOMÍA: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Emilia Fernández Fernández, Jose Luis Lamas Ferreiro, Laura Cristina Intanno Valerio, Patricia Vidal Vázquez, Luis Chamorro Corvo, Marta Costas Vila, Ana Belén Sanjurjo Rivo, Mariano Magallanes Bas, Judith Álvarez Otero, Javier de la Fuente Aguado.

**OBJETIVO:** Evaluar la incidencia de infecciones del tracto urinario en pacientes sometidos a colocación de nefrostomía y los factores de riesgo para su desarrollo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se creó una base de datos de pacientes que se sometieron a colocación de nefrostomía en nuestro hospital desde enero de 2018 hasta la fecha actual. Se excluyeron aquellos



pacientes que tenían una infección de orina en el momento de colocación de la nefrostomía. Se realizó un estudio descriptivo utilizando mediana y rango intercuartílico para las variables continuas y número y porcentaje para las dicotómicas. Para analizar los factores de riesgo asociados a infección urinaria a los 7 días tras la colocación, se utilizó el test de Fisher bilateral para las variables dicotómicas y U de Mann Whitney para las variables cuantitativas. Para el análisis multivariante se realizó una regresión logística binaria. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Durante el período de estudio se colocó una nefrostomía en 132 pacientes, 34 de ellos (25,6%) tenían una infección urinaria en el momento de colocación de la misma, por lo que se incluyeron en el estudio 98 pacientes en total. La edad media fue 68 años y el 63% de los pacientes eran hombres. La mediana del índice de Barthel y Charlson fue 100 y 4 respectivamente. La indicación principal de colocación de nefrostomía fue la uropatía obstructiva secundaria a neoplasia urológica (46%). 25 pacientes habían recibido profilaxis antibiótica (18,9%), siendo el antibiótico más utilizado la cefuroxima (5,9%). Un 10,3% de los pacientes presentaron una infección urinaria en los 7 días posteriores al procedimiento. El agente causal más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli* y en 2 pacientes se aislaron microorganismos multiresistentes. En el análisis bivariante, la insuficiencia renal crónica moderada-grave ( $p=0,01$ ), el antecedente de infecciones de orina recurrentes ( $p < 0,01$ ), ser portador de catéter doble J ( $p=0,02$ ) y un mayor índice de Barthel ( $p=0,01$ ) y Charlson ( $p=0,04$ ) se asociaron de forma estadísticamente significativa con un mayor riesgo de infección del tracto urinario en la primera semana post-procedimiento. En el análisis multivariante sólo la infección urinaria recurrente se asoció con mayor probabilidad de desarrollar una infección de orina en los siguientes 7 días (OR 21,8; IC 95 4-116;  $p < 0,01$ ).

**DISCUSIÓN:** Las infecciones de orina son una de las complicaciones más frecuentes tras la colocación de un catéter de nefrostomía percutánea. En un estudio realizado por Maneveve et al no se encontró ningún factor de riesgo específico asociado a las infecciones urinarias por nefrostomía, habiéndose evaluado la enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, catéter doble J, la neutropenia o la infección urinaria recurrente. En nuestro estudio, hemos encontrado asociación entre la insuficiencia renal crónica moderada-grave, catéter doble J, índice de Charlson o Barthel elevados y el antecedente de infecciones urinarias de repetición con las infecciones de orina asociadas a la colocación de una nefrostomía percutánea.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes sometidos a la colocación de nefrostomía tienen una incidencia relevante de infecciones del tracto urinario en la primera semana tras el procedimiento. El riesgo es mayor en los pacientes con antecedente de infecciones de orina recurrentes.

## CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS DE VALORACIÓN DE COMPLEJIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES VIH

Peinó Camba, Pedro; Tobío Romero, Alba; Chantres Legaspi, Yelco; Liñares Martínez, Jesús; Suárez Piñera, Adrián; Besteiro Balado, Yoana; Romay Lema, Eva María; Rabuñal Rey, Ramón.

Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti.

**INTRODUCCIÓN:** En España la oferta de cuidados a pacientes VIH no se encuentra estandarizada en función de las necesidades. Con el objetivo de homogeneizar y agrupar a pacientes según perfiles y realizar una oferta de cuidados y seguimiento adecuada a los mis-

mos, Gesida ha reunido un grupo de expertos que han elaborado dos herramientas de estratificación de pacientes por perfil y complejidad. La clasificación por complejidad se basa en un cuestionario con respuestas con valor cuantitativo a cuestiones de tipo demográfico, social, conductual, situación inmunoviológica, pluripatología y estadio psicológico-cognitivo. Se establecen 4 estratos de complejidad: extrema ( $\geq 23$  puntos), alta (16-22), media (6-15), baja ( $\leq 5$ ). El SERGAS ha creado por medio de un software automatizado una pirámide de estratificación para conocer los pacientes frágiles, pluripatológicos y complejos. Agrupa a los pacientes en base a datos de frecuentación, gasto farmacéutico y etiquetas clínicas y establece 4 niveles:

- Paciente sano: ausencia de episodios y prescripciones. Visitas esporádicas.
- Estrato 1 (cronicidad de baja complejidad): 1 enfermedad crónica que no precisa recursos especializados y es estable, sin hospitalización ni urgencias.
- Estrato 2 (cronicidad de complejidad media):  $>1$  patología crónica o 1 patología que precisa recursos más avanzados para su control y estable. Precisa prescripciones de larga duración, estudios Rx y frecuentes visitas a AP y hospital.
- Estrato 3 (cronicidad de complejidad alta: paciente crónico complejo): Precisa conocimientos y recursos específicos para su control. No es estable. Necesidades sanitarias elevadas, alto número de prescripciones, visitas médicas y estudios.

**OBJETIVOS:** Describir las características de una cohorte de pacientes VIH, así su nivel de complejidad tras la aplicación de escalas de estratificación de Gesida y su comparación con la pirámide de estratificación del SERGAS con el fin de valorar la equivalencia entre ambas.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH a seguimiento en el área de Lugo y Monforte. Revisión de historias clínicas electrónicas, aplicación de escalas de complejidad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS18.

**RESULTADOS:** Cohorte de 411 pacientes, edad media de 49,8 años y predominantemente varones (72,3%), 24,3% extranjeros. En el 72,3% la causa contagio fue sexual (heterosexual el 42,1%, HSH un 30,2%). Un 41% referían etilismo actual o previo y un 57,3% historia de tabaquismo. Un 53,8% padecían dislipemia, 25,5% HTA y 5,4% diabetes mellitus. Habían presentado cardiopatía isquémica el 5,8%. Un 39,1% tenían polifarmacia ( $>3$  fármacos además de VIH). Un 52% tuvieron complejidad baja, 19% media, 10,5% alta y 18,5% extrema. Podemos ver la comparación de resultados entre la pirámide del SERGAS y la complejidad por Gesida en la Tabla 1. La concordancia fue leve (índice kappa=0,116).

**CONCLUSIONES:** Ambas escalas no son equivalentes y clasifican de forma distinta a los pacientes. Hay baja correlación entre ambas. Es preciso realizar más estudios para valorar cuál de ellas es más útil en el manejo de los mismos en la práctica diaria.

## FASCITIS EOSINOFÍLICA; UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE EDEMA EN MIEMBROS.

Clara Casar Cochetoux; María del Carmen Freire da Pena; Ariadna Andrade Piña; María López Rodríguez; Iván Fernández Castro; Adela Lama López; Lucía Gómez Suárez.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

**OBJETIVO:** Descripción de dos casos de fascitis eosinofílica (FE) en dos pacientes que consultan por cuadro de edema en miembros infe-

riores (MMII), endurecimiento cutáneo con limitación de la movilidad, astenia y presencia de eosinofilia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 61 años con hipotiroidismo autoinmune e hipertrigliceridemia, que consulta por dolor en extremidades, dificultad para la movilidad, y edema sin fovea en MMII, de 4 meses de evolución. Pérdida de 7 kilos de peso. En la exploración física destaca endurecimiento franco de la piel, predominantemente distal, sin esclerodactilia, apreciándose el signo del surco en brazos y muslos (imagen 1). Analíticamente presenta eosinofilia (1800 células/ $\mu$ L), con aumento de velocidad de sedimentación globular (VSG), y proteína C Reactiva (PCR), con ANA 1/40 (patrón granular AC-2, AC-4, AC-5). El frotis de sangre periférica muestra eosinofilia sin alteraciones morfológicas. Se realiza biopsia cutánea (sin representación de fascia) que objetiva proceso inflamatorio del tejido celular subcutáneo. Ante la alta sospecha diagnóstica de fascitis eosinofílica, se inicia prednisona oral 30 miligramos. Posteriormente se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) que muestra engrosamiento e hiperseñal en T2 de planos fasciales de muslos, piernas, región tóraco-abdominal, y miembros superiores. Esto permite realizar el diagnóstico definitivo de fascitis eosinofílica. Se administran 3 pulsos de Metilprednisolona y continuación con corticoide oral, mostrando la paciente progresiva mejoría de la clínica cutánea, y normalización de RFA y eosinofilia.

Varón de 71 años, diabético, hipertenso, dislipémico, con cardiopatía isquémica revascularizada, que consulta por cuadro de 5 meses de pesadez en MMII asociado con edema indurado que asciende hasta abdomen, marcada dificultad para la flexión de piernas, y adelgazamiento de 16 Kilos. A la exploración física presenta esclerosis cutánea difusa, predominantemente en piernas y abdomen, piel de naranja en cara tibial (imagen 2,3,4). Analíticamente: eosinofilia (1070 células/ $\mu$ L) con aumento de PCR y VSG; pico monoclonal IgG Kappa, ANAS positivos 1/160 nucleolar (AC-8). Ante la sospecha de fascitis eosinofílica, se retira estatina y se realiza RMN que muestra extensas alteraciones en muslos y piernas distribución bilateral y simétrica a nivel de fascias y tejido celular subcutáneo. Capilaroscopia sin alteraciones, y biopsia cutánea con infiltrado inflamatorio en tejido celular subcutáneo. Se inicia tratamiento con prednisona 20 miligramos (evitando dosis altas por comorbilidades) y posteriormente se asocia micofenolato. El paciente refiere mejoría de la astenia, mejor movilidad articular, no obstante, la mejoría del endurecimiento cutáneo es escaso.

**RESULTADOS:** En estos dos pacientes, al igual que lo descrito en la literatura, la forma de presentación del cuadro consiste en edema en miembros, con progresivo endurecimiento cutáneo bilateral y simétrico, que condiciona una limitación de la movilidad. En el primero de ellos, la paciente presentaba otra enfermedad de base autoinmune (asociación de la FE con otras enfermedades autoinmunes). En el segundo, se relacionó la toma de estatina como posible factor precipitante. El tratamiento con corticoides mejora la clínica, aunque como se ha visto, a mayor extensión y grado de induración cutánea, peor respuesta al tratamiento con corticoides.

**FICHERO:** Doc completo, discusión + bibliografía.pdf TABLAS(1).pdf imágenes.pdf

## ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN VIDA REAL DEL USO DE ISGLT2 EN POBLACIÓN ANCIANA CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. EXPERIENCIA DESDE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA.

Álvaro Villa Latas, Cristina Valle Cabo, Olaya Alonso Juarros, Patricia Candia Pérez, Tatiana Díaz Díez, Iria Rodríguez Osorio, Beatriz Seoane González, Fernando de la Iglesia Martínez.

Medicina Interna. Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC).

**OBJETIVOS:** El tratamiento con iSGLT2 forma parte de los pilares farmacológicos de todo el espectro de FEVI de pacientes con ICC. Su seguridad y eficacia, tanto en términos de mejoría de calidad de vida como reducción de MACES ha sido probada en los estudios de desarrollo, aunque la población anciana y frágil ha sido infrarrepresentada en estos estudios. Hasta la fecha existen escasos datos en vida real en este perfil de pacientes, siendo un subgrupo poblacional que podría beneficiarse altamente de estos fármacos.

**MATERIAL-MÉTODOS:** Se realiza un estudio prospectivo de los pacientes seguidos en una consulta monográfica de IC de Medicina Interna. Se entrega un consentimiento informado a todos los pacientes. Se analizan los pacientes >85años en los que se prescribe iSGLT2. Se recogen características basales, de cardiopatía, parámetros analíticos, eventos adversos (EAs), reducción de uso de tratamiento diurético de ASA (dASA) y mortalidad.

**RESULTADOS:** Se analizó el periodo comprendido entre enero de 2020 hasta diciembre 2022. Se recogieron 230pacientes. 36 enfermos no recibían iSGLT2 en el momento del análisis: 35pacientes no se inició el fármaco (6.5%seguimiento interrumpido previo a indicación, 0.9%por no adherencia al programa, 3.0%por no cumplir ficha técnica para su empleo y 4.8%sin motivo aparente) y en 1 caso fue necesario suspensión por EAs. En todos los pacientes en los que se inicio el fármaco se realizó educación de EAs. El seguimiento medio del estudio desde la introducción del fármaco fue de 20meses(3-36). La mortalidad a los 6 meses de inicio de fármaco fue del 4%, siendo la mortalidad global anual de la población del 11%. Del total de pacientes, 87 presentaban >90años, sin objetivar mayores EAs. Las características de la población fueron: edad media 87.6 $\pm$ 3.0años, 51.7% mujeres. Presentan 3 o más comorbilidades el 74.3%. Las más frecuentes ERC(50%), HTA(71.7%), FA(59.6%), dislipemia(54.3%). Desde el punto de vista de cardiopatía en su mayoría era valvular(38.7%), clase funcional NYHA II(54.3%). La mediana de FEVI fue 41.2% (33.0%-54.7%). Los EAs se recogen en un 3% de los pacientes (1.3%ITU, 0.4% deterioro de función renal, 0.9% infección genital por Cándida y 0.4% otros motivos). Se analizó la función renal al inicio del fármaco y a los 6 meses, sin evidenciar diferencias con repercusión clínica en su mayoría. Solo en 2 casos fue necesario suspender el fármaco: 1 por deterioro significativo de función renal en el contexto del inicio de polifarmacia, siendo posible su reintroducción posterior, sin repercusión de dicho deterioro; otro por balanitis con reintroducción posterior. Se realizó una estratificación por fragilidad (58.9% robusto, 30.3% prefrágil, 10.8% frágil) no encontrándose mayor incidencia de EAs en la población más frágil.

**CONCLUSIONES:** El uso de iSGLT2 en población anciana y con diagnóstico de IC se muestra seguro y eficaz. No existieron EAs mayores relacionados con su utilización. De los EA menores, la aparición de infecciones urogenitales fue de baja incidencia y se solucionaron con tratamiento. Esto se mantiene en población más frágil, con ERC avanzada e independiente de la DM. La educación ante la posible aparición de EAs al paciente y la presencia de cuidador podrían ser determinantes en la buena tolerancia de nuestra serie.

## GRANULOMAS NECROTIZANTES. NO TODO ES TUBERCULOSIS.

Sara Machado Portugués; Nuria Vázquez Temprano, Carlos Álvarez Álvarez; Roberto Sertal Parceros; Alberto Pena Graña; Luis Anibarro García

Unidad de tuberculosis. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

**OBJETIVO:** Dentro del gran espectro que suponen las enfermedades granulomatosas se debe incluir Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC), una inmunodeficiencia primaria hereditaria muy poco frecuente, que se caracteriza por la afectación de fagocitos y la formación de granulomas necrotizantes en diferentes tejidos. El diagnóstico se realiza casi de forma exclusiva en la infancia, antes de los 7 años.

**MÉTODOS:** Se presenta el caso clínico de un paciente diagnosticado de EGC en la edad adulta.

**RESULTADOS:** Varón de 19 años que consulta por aparición de adenopatía submandibular izquierda de 6 semanas de evolución, de consistencia dura y tamaño creciente con adenopatías satélites milimétricas ipsilaterales. No refería fiebre, sudoración nocturna ni otra sintomatología relevante. Negaba antecedentes de infecciones durante la infancia, así como viajes al extranjero o contactos con pacientes con tuberculosis. La biopsia de la adenopatía demostró granulomas con necrosis focal, por lo que se deriva a la Unidad de Tuberculosis. En analítica de sangre destacaba leve eosinofilia sin otros hallazgos relevantes. La radiografía de tórax fue normal. El Quantiferon®, prueba de tuberculina y múltiples serologías fueron negativas. En microbiología de la adenopatía no se encontraron BAAR, siendo PCR para M. tuberculosis y cultivos negativos en medios convencionales y de micobacterias. Una TC mostró conglomerados adenopáticos latero-cervicales izquierdos parcialmente necrosados y adenopatías hiliares bilaterales con tenue infiltrado en lóbulo superior derecho. Los cultivos de esputo inducido resultaron negativos para micobacterias. Una nueva biopsia con resultados similares a la previa descartó definitivamente malignidad. Tras múltiples pruebas negativas, se solicitó estudio genético con resultado compatible con EGC ligada a X, variante en exón 6 del gen CYBB missense que afecta a los primeros 309 aminoácidos, excepto al 22; siendo finalmente diagnosticado de EGC.

**DISCUSIÓN:** La EGC es una inmunodeficiencia primaria hereditaria rara que afecta a 1 de cada 250000 individuos con patrón de herencia ligada a X. Está causada por mutaciones en la enzima Nicotinamida Adenina Dinucleótido Fosfato (NADPH) oxidasa con actividad fagocítica. Genera especies reactivas de oxígeno esenciales para la destrucción intracelular de patógenos (especialmente bacterias y hongos) por parte de neutrófilos y monocitos. La gran mayoría de los casos se detectan antes de los 5 años de edad. Los pacientes presentan infecciones bacterianas y fúngicas recurrentes potencialmente mortales, por ausencia de producción de superóxidos. Aunque es extremadamente inusual, también se puede diagnosticar en pacientes de edad adulta con ausencia de infecciones en la infancia, como en nuestro caso. Esto es debido a la existencia de actividad residual leve de la enzima. El tratamiento de la EGC se centra en profilaxis antibiótica y antifúngica, así como vacunación rutinaria durante la infancia. A pesar de ello, nuestro paciente rechaza el tratamiento profiláctico permaneciendo estable dos años después del diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Aunque la EGC de diagnóstico en la edad adulta es extremadamente rara, se debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de la enfermedad granulomatosa necrotizante sin causa establecida. La ausencia de infecciones en el seguimiento sin tratamiento preventivo hace plantearse la indicación del mismo.

## ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE PATRONS DE CONSUMO ALCOHÓLICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA MAIORES DE 80 AÑOS: UN CONSUMO POUCO ESTUDADO.

Mariño Fernández Cambeiro, Miguel Franco Álvarez, María del Mar Mosquera Arcos, Rocío Prado Álvarez, Adela Lama López, Lucía Gómez Suárez, Clara Casar Co-

cheteux, María López Rodríguez, Ariadna Andrade Piña, Ignacio Novo Veleiro, Iván Fernández Castro.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

**INTRODUCCIÓN E OBXECTIVOS:** O impacto do consumo alcohólico na saúde biopsicosocial da persoa é un tema amplamente estudado, mais en persoas moi anciás (definidas por unha idade maior ou igual a 80 anos) é un aspecto da súa saúde pouco explorado. O presente estudo persegue ofrecer unha aproximación inicial aos efectos do consumo alcohólico pasado e presente neste grupo de pacientes e examinar o nivel de rexistro deste antecedente na súa historia clínica.

**MATERIAL E MÉTODO:** Estudo transversal sobre consumo de alcohol e pacientes de 80 anos ou máis ingresados en Medicina Interna nun hospital secundario. Clasificamos o consumo en: consumo previo durante máis de 10 anos; consumo no último ano, á súa vez estes subclasificados en consumo esporádico, excesivo e coas comidas; e consumo activo a partir dun cuestionario e da historia clínica electrónica.

**RESULTADOS:** Obtívose unha mostra de 41 pacientes, 51,2% homes e 48,8% mulleres, cunha idade media de 87,6 (desviación estándar de 4,5) e cunha mediana de período de ingreso de 11 días (rango intercuartílico de 11). O 29,3% dos pacientes referiron consumo alcohólico activo; o 44,9% algún tipo de consumo alcohólico no último ano e a un 78% algún tipo de consumo previo mantido. O hábito alcohólico dos pacientes viuse reflectido nun 34,1% das historias estudadas. Non observamos diferenzas no rexistro nos diferentes patróns de consumo: ausente no 100% dos consumidores excesivos no último ano e no 75% dos consumidores activos. O sexo masculino relacionouse de xeito significativo co antecedente de consumo previo ( $p=0,01$ ) e co consumo alcohólico activo ( $p=0,05$ ). A polifarmacia constatouse nun 87,8% das respostas. Puido observarse unha maior frecuencia da polifarmacia nos grupos de consumo. Así mesmo, o uso pre e intrahospitalario ( $p=0,02$ ,  $p=0,16$ ) de opioides foi maior no grupo de consumo activo. O diagnóstico de hepatopatía crónica demostrou unha asociación significativa no grupo de consumo excesivo previo ( $p=0,02$ ) e no último ano ( $p=0,001$ ). O diagnóstico de neoplasia activa foi máis común nos grupos de consumo activo ( $p=0,34$ ) e no último ano ( $p=0,004$ ). Así mesmo observouse unha maior frecuencia de exitus no grupo de consumidores activos ( $p=0,1$ ). Non se observaron diferenzas significativas na aparición de complicacións intrahospitalarias como delirium, insomnio ou caídas entre os grupos.

**DISCUSIÓN:** O consumo de alcol en maiores de 80 parece asociar un maior risco de problemas de saúde, principalmente de hepatopatía e cancro, así como, en menor medida, noutros menos explorados como a polifarmacia ou o exitus intrahospitalario. A pesar disto, a frecuencia do seu rexistro sistemático na historia clínica continúa sendo baixo.

**CONCLUSIÓNS:** O consumo alcohólico é un problema de saúde real, importante e multidimensional que se atopa infraestudado na poboación anciá.

## MUCHO MÁIS QUE MANCHAS CAFÉ CON LECHE

Victoria Pacios Rodríguez, Clara Portela Pino, Marta Represa Montenegro, Manuel Sande González-Cela, Alberto López Veiga, Uxía Carreira Sampayo, Julián Fernández Martín.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**CASO CLÍNICO:** Varón de 46 años sin antecedentes familiares de interés. No antecedentes médicos relevantes durante la infancia y adolescencia. Intervenido en 1998 de neurofibroma ciático y en el año 2000 de neurofibroma inguinal. Dos años después, ante la aparición

de clínica neurológica compresiva, se interviene de neurofibroma a nivel cervical C1-C2. Meses más tarde, reaparece la clínica compresión medular requiriendo reapertura de la incisión previa y exéresis de nuevos neurinomas bilaterales C2-C3. Como secuelas el paciente presenta plejía de MMII y paresia de MMSS. Estable hasta el año 2012, ingresa por cuadro de suboclusión intestinal con hallazgo en TC de gran masa (16x8x3cm) a nivel de músculo psoas iliaco izquierdo que por sospecha radiológica de malignidad se reseca, con diagnóstico de neoplasia mesenquimal tipo tumor maligno de la vaina del nervio periférico. Completando el estudio se identifican numerosas lesiones compatibles con neurofibromas a nivel supraclavicular, mediastínico, abdominal y paralumbar, incluyendo el interior del canal raquídeo, además de incontables neurofibromas subcutáneos. Se realiza radioterapia externa sobre el lecho tumoral de la lesión en psoas con estabilidad del resto de lesiones en los siguientes controles. En la actualidad consulta por dolor a nivel lumbar con irradiación hacia zona inguinal. Se detecta reaparición de la tumoración en el margen profundo del psoas izquierdo que se reseca, con diagnóstico, de nuevo, de tumor maligno de la vaina del nervio periférico. A la exploración detenida descartamos la presencia de manchas café con leche, pecas axilares o inguinales. Presenta aislados neurofibromas cutáneos subcentimétricos a nivel costal izquierdo. Solicitamos estudio genético mediante secuenciación NGS de los genes NF1, NF2 y SPRED1 y se detecta la variante c.(7907+1\_7908-1)\_(8314+1\_8315-1)del en heterocigosis en el gen NF1. Se trata de una delección de los exones 55 a 57 gen no descrita hasta el momento en pacientes con neurofibromatosis, que puede ser considerada causal de la patología, con afectación exclusiva y extensa de neurofibromas y tumores malignos de la vaina del nervio periférico. Informamos al paciente sobre el carácter genético de esta enfermedad e iniciamos estudio de segregación familiar.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La neurofibromatosis tipo 1 es un trastorno genético neurocutáneo de herencia autosómica dominante con penetrancia completa, si bien hasta un 50% de los casos pueden ocurrir de novo. Es resultado de variantes patogénicas en el gen de la neurofibromina 1 (NF1), que pueden ocasionar, entre otros, características manchas de color café con leche, nódulos de Lisch, pecas axilares e inguinales y múltiples neurofibromas. La complejidad de este trastorno reside en las miles de variantes patogénicas del gen NF1 descritas hasta la actualidad y en su extensa heterogeneidad clínica. Las nuevas técnicas de secuenciación masiva se han convertido en una ayuda indispensable para tratar de comprender la complicada asociación genotipo-fenotipo en esta y otras muchas enfermedades minoritarias del adulto. Más allá de los criterios clínicos diagnósticos de esta patología, los estudios de genética molecular nos permiten conocer las variantes de una enfermedad donde el diagnóstico precoz y el consejo genético resultan esenciales.

## HAPLOINSUFICIENCIA CTLA4: UNA ENTIDAD DESCONOCIDA

López Neila, David. Carreira Sampayo, Uxía. Sande González-Cela, Manuel Álvaro. Pacios Rodríguez, Victoria. Taboada Martínez, Cristóbal. García Formoso, Lía. Garrido Ventín, Martín. López Veiga, Alberto. Zhygalova Zhygalova, Ilona. Represa Montenegro, Marta. Ávila Núñez, Marina. Rubiñán Iglesias, Pablo. Portela Pino, Clara. Blanco López, Iago. Vázquez Triñanes, Matilde Caritina. Rivera Gallego, Alberto.

Medicina Interna. Área temática: Enfermedades Autoinmunes (AI). Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

**OBJETIVO:** Promover el conocimiento de una patología genética de baja prevalencia con múltiples manifestaciones clínicas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción y discusión de un caso clínico.

**RESULTADOS:** Mujer de 48 años sin grandes antecedentes, seguida en consultas de Medicina Interna desde 2010 por anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes asociada a trombopenia (Síndrome de Evans) e hipogammaglobulinemia/déficit de IgA e IgM. Los inmunocomplejos circulantes, inmunofijación, proteínas Bence-Jones, crioglobulinas y JAK2 fueron negativos. La B2-microglobulina fue normal. El TAC toracoabdominal mostró hepatoesplenomegalia y adenopatías patológicas en múltiples localizaciones, persistentes de manera periódica. Se biopsiaron las adenopatías periféricas (axilares e inguinales) en dos ocasiones, con resultados inespecíficos. En 2020 el hijo de la paciente fue diagnosticado de haploinsuficiencia CTLA4; debido a la herencia AD de la enfermedad, se estudió a la paciente en Madrid, quien obtuvo el mismo diagnóstico. Durante el seguimiento la paciente presentó varias crisis hemolíticas en relación a infecciones respiratorias de repetición, llegando al ingreso hospitalario en dos ocasiones. Además en 2022 debutó con lesiones psoriasiformes en cara, piernas y cuero cabelludo. En todos los casos la paciente mejoró con corticoterapia a dosis intermedias (15-30mg/día), con recurrencias al intentar descenso de dosis. Se probó tratamiento en julio/2022 con inmunoglobulinas, sin ninguna respuesta; e inducción con rituximab en cuatro semanas, con supresión de linfocitos CD19+. En abril/2023 ingresó por cuadro de dolor abdominal, fiebre/reactantes elevados y nuevamente datos de anemia hemolítica. Los hemocultivos, serologías VIH/VHB/VHC, IGRA y PCR virus respiratorios resultaron negativos; la ecografía abdominal no mostró datos de infección hepatobiliar; y la endoscopia digestiva alta/biopsias mostró únicamente gastritis crónica atrófica. Ante persistencia del cuadro se solicitó TAC abdominal, con hallazgo de adenopatías previamente conocidas. Con objetivo de descartar proceso linfoproliferativo se solicitó PET-TAC, observándose metabolismo aumentado en adenopatías retroperitoneales/mesentéricas; finalmente se derivó a la paciente a Cirugía General para extracción/biopsia de dichas adenopatías, siendo citada para laparoscopia diagnóstica (todavía pendiente).

**CONCLUSIONES:** La haploinsuficiencia CTLA4 es una rara condición congénita de herencia autosómica dominante perteneciente al grupo de trastornos asociados al antígeno 4 de linfocitos T-citotóxicos. Se produce una disregulación del sistema inmunitario (en muchos casos debido a infección crónica por VEB, CMV, VPH o H.Pylori) que predispone a los pacientes a infecciones recurrentes, trastornos autoinmunes, alérgicos, linfoproliferación y malignidad. Presenta una penetrancia del 60%, debutando en la mayoría de casos en la tercera década de la vida y presentando mayor supervivencia que otras patologías hereditarias. Consta de citopenias inmunes (lo más frecuente, incluyendo anemia hemolítica), infecciones recurrentes, enteropatía, EPID y predisposición a trastornos linfoproliferativos/cáncer gástrico (donde prima la detección precoz). Otras asociaciones incluyen psoriasis, alopecia, vitiligo, y endocrinopatías inmunes como DM1, tiroiditis y Addison. El inmunofenotipo incluye hipogammaglobulinemia, descenso de linfocitos B con aumento de CD21+ y aumento de linfocitos T-helper. La enfermedad responde a la inmunosupresión con corticoides y fármacos biológicos; abatacept, una proteína de fusión soluble contra CTLA 4, se postula como un tratamiento prometedor en esta enfermedad.

## ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

Mosquera Arcos, María del Mar; Franco Álvarez, Miguel;

**Fernandez Cambeiro, Mariño Francisco; Freire Dapena, Mayka, Perez-Argüelles Sopeña, Bernardo; González Quintela, Arturo.**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MI) constituyen un grupo diverso de enfermedades autoinmunes cuya diana principal es el tejido muscular, pero en las puede existir también afectación de otros órganos. Se incluyen bajo esta denominación la dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), la miositis por cuerpos de inclusión esporádica (SBIM), la miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM) y la miositis overlap (OM). La afectación pulmonar intersticial es una manifestación frecuente (40%), con importantes implicaciones en cuanto al pronóstico y manejo. Su incidencia y curso varía en función de los autoanticuerpos asociados. En este trabajo analizamos la afectación pulmonar en una serie de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

**OBJETIVOS Y MÉTODOS:** Conocer la prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes con miopatía inflamatoria idiopática seguidos en las consultas externas de la Unidad de Enfermedades Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Santiago durante los últimos 5 años. Consideramos el diagnóstico de MI según los criterios de la clasificación propuestos por EULAR/ACR. Describimos la afectación pulmonar según su patrón en tomografía computarizada.

**RESULTADOS:** De los 15 pacientes que componían nuestra serie de casos, 4 tenían EPI (prevalencia del 26,6%). De estos 4 pacientes, 2 (50%) fueron diagnosticados de dermatomiositis amiopática, uno (25%) de miositis inflamatoria overlap con esclerodermia y otro de síndrome antisintetasa. El patrón radiológico más frecuente fue el de neumonía intersticial no específica (2 pacientes, 50%), seguido de un caso de neumonía usual intersticial (25%) y un patrón no NIU. En el debut de la EPI el 100% de nuestros pacientes presentaba disminución en la difusión de monóxido de carbono y 2 de ellos (50%) tenían afectación de la capacidad vital forzada. Ningún paciente de nuestra serie con IMNM desarrolló neumopatía. En lo referente a la autoinmunidad, 2 pacientes (50%) presentaban anticuerpos anti-MDA5, presentando uno de ellos también anticuerpos anti-Ro52. Dos pacientes (50%) asociaban síndromes esclerodermiformes y 3 de ellos (75%) tenían formas amiopáticas. En los cuatro casos se emplearon corticosteroides (minibolus de metilprednisolona seguidos de prednisona oral) asociando micofenolato de mofetilo. Los pacientes con DM amiopática precisaron además de asociación de rituximab para conseguir una adecuada respuesta. El seguimiento medio fue de 18 meses, con mejoría o estabilidad clínico radiológica en todos ellos.

**DISCUSIÓN:** La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial en nuestra serie es del 26.5%, inferior a otras cohortes de miopatías inflamatorias en las que se describen entre 20-80%. Al igual que el resto de las comunicaciones la forma más frecuente fue la neumonía intersticial inespecífica (NINE), seguida de la neumonía intersticial usual (NIU). La presencia de anti-MDA5 ha representado la mitad de nuestros pacientes, asociada a dermatomiositis amiopática y a un curso más agresivo de la enfermedad intersticial; al igual que sucede con la presencia de anti-Ro52.

**CONCLUSIONES:** La EPI es un fenómeno frecuente en las miopatías inflamatorias idiopáticas. Su incidencia es mayor en DM, PM y OM y menor en casos de SBIM y IMNM. Aquellos pacientes con anticuerpos anti-MDA5, anti-Ro52 y anti-sintetasa poseen mayor riesgo de desarrollar una neumopatía intersticial más grave.