

COMUNICACIONES ORALES

CONSULTA MODELO UMIPIC: CALES SON OS FACTORES DE RISCO PARA INGRESAR POR INSUFICIENCIA CARDÍACA?

ML López Reboiro; S Albarrán Gonzalez; Marchán López, A; Sardiña González, C; Gutiérrez López, R; López Mourinho, VM; Álvarez Asensio, EJ; Dib Paz, L; López Castro, J.

Hospital Público de Monforte de Lemos

OBXECTIVOS: Identificar os factores de risco para ingresar por Insuficiencia Cardíaca (IC) unha vez que o doente está seguido na UMIPIC

MATERIAL E MÉTODOS: Realizamos un estudo prospectivo no que incluimos todos os doentes seguidos na consulta UMIPIC dende o ano 2017 ata o 2022. Recollemos as seguintes variables no momento da inclusión: idade, xénero, factores de risco cardiovascular, comorbilidades, Índice de Charlson, Cardiopatía de base, Fracción de exección ventricular esquerda, presenza de fibrilación auricular e cantos chegadas a urxencias ou ingresos por insuficiencia cardíaca presentaron nos 6 meses previos á inclusión. E documentamos a mortalidade, ingresos e chegadas a urxencias por IC 6 meses despois do seguimento.

Os doentes dividímoslos en dous grupos, aqueles que ingresaron por IC nos seis meses despois da inclusión (ingresadores) e aqueles que non o fixeron (non ingresadores), comparamos as variables anteriormente mencionadas, considerando valores estatisticamente significativos aqueles que teñan unha $P < 0,05$.

RESULTADOS: Obtemos un total de 169 doentes dos cales 36 ingresaron por IC nos seis meses de seguimento. As variables recóllense na Táboa 1.

CONCLUSIÓNS: Os doentes ingresadores teñen maior prevalencia de enfermidade renal crónica, anemia e antecedentes de hábito tabáquico. Ademais antes de ser incluídos xa tiñan maior taxa de ingresos pero durante o seguimento precisaron un maior número de consultas e rescates en Hospital de Día. A súa mortalidade foi maior que os doentes non ingresadores.

COMPORTAMIENTO DE LOS SANGRADOS MAYORES EN EL PACIENTE ANCIANO: ¿ES NECESARIO CREAR UN SCORE PREDICTIVO?

Malvarez Martin-Aragon, C¹; Machado Portugués, S¹; Padín Paz, EM¹; Valle Bernard, R²; Fidalgo Fernández, M³; López Miguel, P⁴; Alda Lozano, A⁵; López Ruiz, A⁶; Núñez Fernández, MJ¹; Monreal Bosch, M⁷

¹ Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Santander.

³ Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

⁴ Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

⁵ Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

⁶ Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Axarquía. Málaga.

Táboa 1

	Ingresadores	Non ingresadores	p
N	36	133	
Idade (media±ds)	85,3±4,3	83,1±9	0,71
Mulleres	33%	48,9%	0,09
Hipertensión Arterial	77,8%	85%	0,3
Diabete Mellitus tipo 2	38,9%	37,6%	0,1
Dislipemia	61,1%	58,6%	0,8
Fumadores/Exfumadores	41,7%	21,1%	0,01
Broncopatía crónica	33%	27,8%	0,5
Enfermidade renal crónica	50%	28,6%	0,01
Demencia	5,6%	6%	0,9
Anemia	30,6%	10,5%	0,03
Arteriopatía periférica	8,3%	7,5%	0,8
Índice de Charlson	7,03±1,9	6,95±1,9	0,69
Cardiopatía hipertensiva	36,1%	35,3%	0,9
Cardiopatía isquémica	27,8%	23,3%	0,5
Cardiopatía valvular	33,3%	32,3%	0,9
Fracción de exección deprimida	16,7%	28,6%	0,09
Ingresos previos por IC	1,08±1,05	0,6±0,66	0,01
Urxencia previas por IC	0,5±0,8	0,29±0,55	0,98
Urxencias por IC aos 6 meses	0,36±1,2	0,09±0,4	0,16
Visitas ao Hospital de Día aos 6 meses	1,94±1,8	0,71±1,23	<0,01
Consultas xeradas durante os 6 meses	5,83±3	3,89±1,79	<0,01
Mortalidade durante os 6 meses	30,6%	14,3%	0,02

⁷ Director de la Cátedra en Enfermedad Tromboembólica, Facultad de las Ciencias de la Salud, UCAM - Universidad Católica San Antonio de Murcia. CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Madrid.

OBJETIVO: Las complicaciones hemorrágicas secundarias al tratamiento anticoagulante en pacientes diagnosticados de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) difieren con la edad. El objetivo es determinar cómo se comporta el sangrado en función de la misma, con la finalidad de valorar si es necesario crear una escala predictiva en ancianos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de pacientes incluidos en el Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad Tromboembólica (RIETE) diagnosticados de sangrado mayor (SM), separados en dos cohortes: mayores y menores de 80 años. Se analizan distintas variables en potencial relación con el desarrollo de hemorragias, sus características y evolución, comparando hallazgos obtenidos durante y tras los 90 primeros días de tratamiento anticoagulante en los dos grupos.

RESULTADOS: Se estudian un total de 102.723 pacientes con SM, de los cuales 23.359 son mayores de 80 años y 79.364 menores. En el subgrupo de añosos 65% son mujeres (en jóvenes 46%), con un peso medio de 69±12 kg (78±18 en menores), y más comorbilidades como IR (77% vs 20%), DM (21% vs 15%), HTA (72% vs 41%) y polifarmacia.

Comparando mayores de 80 con menores: el riesgo relativo (RR) de ETV recurrente los primeros 90 días es 0.81 (0.73-0.89), sin diferencias significativas tras ese periodo, siendo el RR de SM 2.16 (2.00-2.32), significativo a nivel gastrointestinal (RR 2.5), hematoma (3.4), intracraneal (1.8) y urinario (2.0), a diferencia del vaginal (0.38), cuyo riesgo está incrementado en jóvenes.

En los mayores de 80 existe mayor mortalidad, con más riesgo de SM fatal (HR 2.6) y embolia (E) fatal (HR 3.07), y tras 3 meses de tratamiento, 7 veces más incidencia de SM fatal que E fatal.

Ciertos factores relacionados con sangrado en ancianos difieren en función de la etapa (3 primeros meses: epilepsia o plaquetopenia; más de 3: demencia o esquizofrenia; comunes: cáncer o IR).

CONCLUSIONES: El SM en el anciano es más frecuente y conlleva mayor mortalidad que en el joven, siendo más habitual en mujeres pluripatológicas, polimedcadas y delgadas, y principalmente a nivel gastrointestinal, hematoma, intracraneal y urinario.

Tras 90 días de tratamiento, los ancianos tienen 7 veces más SM fatal que E fatal, y los factores relacionados van a depender de la etapa.

Todo esto objetiva la necesidad de crear escalas de predicción de hemorragia específicas basándose en estas diferencias, principalmente en mayores de 80 años a partir de los 3 meses de tratamiento anticoagulante.

NEUMONÍA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA: DESCRIPCIÓN DE UN BROTE EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

García Formoso, L; Daviña Núñez, C; Pena Martínez, M; Martínez Lamas, L; Pérez Castro, S; López Veiga, A; Garrido Ventín, M; Carreira Sampayo, U; Blanco López, I; Zhygalova, I.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO: Descripción de las características clínicas y microbiológicas de un brote comunitario de neumonía por Legionella pneumophila en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de un brote de Legionella en el sur de la provincia de Pontevedra. La enfermedad por Legionella se definió como clínica compatible y antígeno en orina positivo. El cultivo se realizó en BCYEa. Se llevó a cabo genotipado SBT (sequence-based) y cgMLST.

RESULTADOS: Se identificaron 21 casos de neumonía por Legionella (29/10/2023-3/12/2023), 12 en A Guarda y localidades colindantes. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (100%) y tos (58%); otros hallazgos característicos fueron hiponatremia (76%), confusión (38%), diarrea (13%) y náuseas/vómitos (10%). Todos presentaron infiltrado radiológico, siendo la consolidación unilobar lo más frecuente (67%).

Se realizó cultivo de esputo en 10 pacientes (positivos 3, 30%). Las CMI de azitromicina y levofloxacino fueron 0.25 µg/ml y 0.19 µg/ml, respectivamente. Se identificó el ST 2938 en 6 casos representativos. En el análisis filogenético (cgMLST, 3 aislados) se observó que los aislados del brote formaban un cluster monofilético, no concordante con ninguna de las muestras ambientales. Desde el punto de vista epidemiológico, tampoco se logró identificar la fuente de exposición. El 43% de los pacientes recibió tratamiento empírico frente a Legionella; no se constataron eventos adversos asociados al tratamiento. Todos los pacientes requirieron hospitalización, con una mediana de estancia de 6 días (RIQ 5-11) y una tasa de curación del 100%. Dos pacientes (10%) precisaron ingreso en UCI por shock séptico e insuficiencia respiratoria. Otro paciente precisó ventilación mecánica no invasiva. No se produjo ninguna muerte ni reingreso a los 90 días.

CONCLUSIONES: La neumonía por Legionella se produce por inhalación de aerosoles de aguas contaminadas por este microorganismo. Las características clínicas de los pacientes afectados por el brote de Legionella pneumophila son consistentes con la literatura. El antígeno en orina sigue siendo el test diagnóstico de primera línea, aunque el genotipado del aislado de las muestras respiratorias es fundamental para el estudio del brote. En este caso, permitió la confirmación a nivel genómico de un origen común, aunque no se ha identificado la fuente de exposición.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1 EN LUGO ENTRE 2002 Y 2023

Chantres Legaspi, Y; Piñeiro Fernández, JC; Peinó Camba, P; Suarez Piñera, A; Capón Gonzalez, P; Rabuñal Rey, R.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y pronóstico de los pacientes con encefalitis herpética en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de forma consecutiva en el área sanitaria de Lugo de encefalitis herpética, entre 1/3/2002 y 31/8/2023. El diagnóstico se estableció por una clínica compatible, junto con una PCR positiva para VHS-1 en el LCR. Se analizaron variables clínicas, pruebas complementarias, evolución, tratamiento y mortalidad. Análisis estadístico mediante SPSS 29.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 54 pacientes, el 51.9% varones. La edad media fue 63.6 ± 24.4 y la estancia de 22.9 ± 18 días. El 46.3% tenía comorbilidad grave y el 14.8% eran inmunosuprimidos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre (81.5%), alteraciones del comportamiento (79.3%), disminución del nivel de conciencia (75.9%) y alteraciones del habla (76.1%). El retraso diag-

nóstico medio desde el inicio de los síntomas fue de 7.7 ± 12.1 días. El 98.1% presentó un LCR patológico, siendo la norma la pleiocitosis linfocitaria con hiperproteorraquia (leucocitos 127.4 ± 17.9 , predominio mononuclear, y proteínas 97.7 ± 72.3). Todos tenían una PCR (+) para VHS-1 en el LCR. La rentabilidad diagnóstica, con un patrón o lesiones sugestivas de esta patología, fue del 72.4% para el EEG, 19.1% para el TAC y 79.1% para la RMN (el 91.3% con afectación temporal y el 48.1% con afectación fronto-temporal). El 94.4% fue tratado con aciclovir iv (15.6 ± 5.4 días), con una demora de 3.9 ± 2 días desde el ingreso, el 41.5% con corticoides (media de 20.7 ± 25.8 días) y el 46.4% con antiepilépticos. Durante la hospitalización, 18 (33.3%) pacientes ingresaron en UCI, 32 (59.3%) presentaron complicaciones (59.4% neurológicas, 46.9% infecciosas, 21.9% metabólicas y 13.3% nefrotoxicidad por aciclovir) y 11 (20.4%) fallecieron. En el análisis univariante, se asociaron a una mayor mortalidad: inmunosupresión (9.3% vs 36.4%, $p=0.045$), alteración del nivel de conciencia (69.8% vs 100%, $p=0.033$), alteración del habla (6.6% vs 100%, $p=0.031$) y edad más avanzada (60.9 vs 73.9, $p=0.034$); pero ninguna demostró su relación en el análisis multivariante. Durante el seguimiento, 20 (46.5%) presentaban secuelas (41.9% neurológicas y 23.3% funcionales).

CONCLUSIONES: A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la encefalitis herpética continúa siendo una enfermedad grave, que requiere un diagnóstico (clínico, microbiológico y de imagen) e inicio de tratamiento precoces, para evitar una alta tasa de mortalidad, complicaciones intrahospitalarias y secuelas a largo plazo.

DIGITALIZACIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN AL ALTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL TERCIARIO A TRAVÉS DE LA UMIPIC

Seoane Gonzalez, B; Rodriguez Osorio, I; Ferreira Gonzalez, L; Alonso Juarros, O; Sanclaudio Luhia, AI; Villa Latas, A; Valle Cabo, C; Diaz Diez, T; Marcos Rodriguez, P; De La Iglesia Martinez, F.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: Dada su prevalencia y consumo de recursos, las estrategias de mejora sobre el proceso de IC son una necesidad del sistema sanitario. La digitalización es una herramienta innovadora que permite homogenizar, reduciendo la variabilidad de manejo clínico y favoreciendo un uso eficiente de los recursos. Esto es especialmente importante en los centros con alto volumen de pacientes.

MÉTODOS: Se trata de un hospital terciario (550.000 habitantes) aproximadamente 3800 ingresos/año con diagnóstico de IC, en 2.800 pacientes; de ellos, más de la mitad ingresan en MI, servicio de alta complejidad por su tamaño y fragmentación.

Previamente al proyecto, la transición al alta no se encontraba correctamente estandarizada, quedando a criterio de cada facultativo la derivación o no del paciente a las unidades específicas y el tiempo hasta dicha valoración.

La estrategia consistió en la creación de una herramienta digital que detecte desde el inicio a los pacientes ingresados por IC y active un protocolo de transición al alta estandarizado.

Se articuló mediante un innovador sistema de alertas a través de IANUS, examinándose diferentes variables clínicas, radiológicas y analíticas y se cotejaron con una muestra de selección manual de pacientes durante un periodo, analizándose 400 pacientes.

Tras comparar dichos parámetros se seleccionaron: diagnóstico de IC al ingreso, ingreso previo por IC en los últimos 6 meses, diagnóstico de IC en el último año, peptidos natriuréticos elevados, alteraciones radiológicas compatibles. El listado de pacientes generado por la herramienta en IANUS es valorado por el personal de la UMIPIC, que confirma el diagnóstico de IC.

En estos pacientes se activa seguimiento por enfermería, cita automática al alta e inclusión en el registro propio de la unidad en SIMON (aplicativo para recogida de datos propio del área sanitaria). A través de SIMON se detecta automáticamente tanto visitas a urgencias como reingresos de dichos pacientes, realizándose intervención en aquellos episodios relacionados con IC, de cara a optimizar la continuidad asistencial y reducir el nº de visitas programadas.

RESULTADOS: Se triplicó el nº de pacientes en los que se realizó una transición estandarizada, con reducción de rehospitalizaciones y tiempo a primera visita. Se redujo mortalidad y se aumentó el % de pacientes con terapia modificadoras de enfermedad. Se detectó y realizó intervención sobre los nuevos contactos con el sistema sanitario por IC de los pacientes incluidos en SIMON.

CONCLUSIONES: La digitalización del proceso de transición al alta en IC a través del programa UMIPIC ha aumentado significativamente el número de pacientes en los que se realiza una transición adecuada, reduciendo reingresos, mortalidad y coste de todo el proceso.

ANÁLISIS DEL REINGRESO PRECOZ (30 DÍAS) EN LOS PACIENTES MANEJADOS DE FORMA AMBULATORIA DESDE UNA UNIDAD DE ENLACE DE MEDICINA INTERNA CON URGENCIAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023

Vares Gonzalez, M; Valle Cabo, C; Sardina Villada, A; Rey Azurmendi, T; Villa Latas, M; Ramos Alonso, L; Padín Trigo, A; Gómez Longueira, P; Vares González, M; Pazos Ferrero, A; Vieito Porto, D.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO: El envejecimiento poblacional y la cronificación de enfermedades se traducen en un continuo aumento de la demanda asistencial, siendo frecuente el uso del ingreso hospitalario para paliar los déficits organizativos del sistema sanitario, afectando especialmente a los Servicios de Urgencias (SU) y de Medicina Interna (MI). Nuestra unidad de MI de Enlace con Urgencias (UEU) juega un papel clave en nuestro centro, buscando vías alternativas a la hospitalización convencional de los pacientes candidatos a ingreso en MI. Hemos analizado las características y evolución de los pacientes manejados ambulatoriamente en el primer semestre del año 2023.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo, unicéntrico, de los pacientes valorados por la UEU en los que se decidió manejo alternativo al ingreso convencional durante el año 2023. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (IBM statistics, v.20).

RESULTADOS: De enero a junio del 2023 se valoraron 1748 pacientes. Se realizó un manejo alternativo al ingreso convencional en 823 pacientes (47%). De estos, 95 pacientes ingresaron con Hospitalización a Domicilio (13%), y 728 (87%) fueron dados de alta directamente desde urgencias.

La edad media fue de 77.8 años; el 54.5% eran mujeres. El 34% habían ingresado al menos una vez en el último año, el 14% cumplían criterios de multiingresador, y el 79.4% de polifarmacia. Las comorbilidades analizadas a destacar son: hipertensión (68.8%), dislipemia

(50.3%), enfermedad renal crónica estadio 3a o más (35.4%), fibrilación auricular (31.2%) y diabetes mellitus (30%).

Los diagnósticos más frecuentes fueron infección respiratoria (30,90%), insuficiencia cardíaca (19,64%), infección del tracto urinario (10,57%), patología neoplásica (6,86%) y COVID19 (4,80%).

El 55,2% fueron derivados a una consulta específica: Consulta de Alta Resolución (28,4%), Unidad de Crónicos Complejos (7%), Unidad de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (6,4%), Enfermedad Tromboembólica (2,1%), MI convencional (2,5%) y otros servicios (8,8%).

El reingreso a los 30 días fue del 9,96%.

CONCLUSIONES: Pese a que en MI atendemos a pacientes cada vez mayores y más complejos, resulta posible realizar un manejo alternativo al ingreso convencional de forma segura en la mitad de los pacientes valorados por la UEU.

Para ello, la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria en una consulta específica resulta fundamental.

Potenciar las UEU es primordial para aportar eficiencia y calidad asistencial.

FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN ETV. PERFIL CLÍNICO, INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN ÁREA SANITARIA

Tobío Romero, A; Tobío Romero, A; Piedrafita Afonso, L; Piñeiro Fernández, JC; Pedrosa Fraga, C; Arce Otero, M; Matesanz Fernández, M; López Carreira, L; Pombo Vide, B.

Hospital Universitario Lucus Auguti. Lugo.

OBJETIVOS: Describir el perfil clínico de los pacientes en los que se indicó un filtro de vena cava inferior (FVCI), indicaciones para su uso, complicaciones y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) con indicación de un FVCI entre 6/2020-1/2024, en el área sanitaria de Lugo. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, relacionadas con el procedimiento y el seguimiento. Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes, con edad media de $71,4 \pm 12,8$ años. El 65,4% eran varones. El 69,2% presentaban TEP y el 53,8% TVP (82,1% proximal). Un 94,2% tenía factores de riesgo de ETV, fundamentalmente cáncer activo (51,9%; 40% estadio IV), seguido de inmovilización (44,2%), obesidad (38,5%), y cirugía mayor reciente (21,2%). Al diagnóstico, el 38,5% tenía infección aguda (60% respiratoria). El índice de Charlson medio fue de $6,5 \pm 3,4$ (92,3% de comorbilidad grave). Se utilizaron FVCI temporales en 51 (98,1%) pacientes (el 94,2% por acceso femoral y todos con colocación en la VCI infrarrenal), el 86,5% con fines terapéuticos. Las principales indicaciones para la colocación fueron: hemorragia grave activa (48,1%), contraindicación absoluta para la anticoagulación (26,9%) y cirugía mayor con alto riesgo de ETV (13,5%). En la fase aguda, 42 (80,2%) fueron anticoagulados, todos con HBPM (51,4% a dosis intermedias), 12 (23%) presentaron hemorragias relacionadas con el tratamiento (2 leve y 10 mayor) y 12 (23,1%) fallecieron durante el ingreso (6 por neoplasia, 4 por hemorragia y 2 por infección). Entre los supervivientes, no se observaron complicaciones inmediatas o tardías relacionadas con la colocación del FVCI, se retiró en 24 (60%) pacientes (duración media de $60 \pm 92,9$ días), 16 (40%) fueron anticoagulados a largo plazo (media de $5,6 \pm 3$ meses) y el resto indefinidamente. Durante el seguimiento, hubo 4 (10%) recurrencias y 10 (25%) exitus (7 por neoplasia y 3 por infecciones). La mediana de supervivencia global, desde la colocación del FVCI, fue de $39,8 \pm 4,5$ meses.

CONCLUSIÓN: La indicación de los FVCI resulta controvertida y no existen recomendaciones específicas. En nuestra área, los FVCI suelen indicarse en pacientes de alto riesgo y elevada complejidad (edad avanzada, comorbilidad grave, cáncer activo, contraindicación para la anticoagulación o hemorragias graves). Los pacientes presentan un alto porcentaje de complicaciones y mortalidad, tanto periprocedimiento (aunque no por el propio procedimiento) como durante el seguimiento.

BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL: RESULTADOS Y FACTORES PREDICTIVOS

Vidal Vázquez, P; Costas Vila, M; Vidal Vázquez, P; Rodríguez Fernández, S; Lamas Ferreiro, JL; Alonso Parada, M; Enríquez Gómez, H; Fernández Fernández, E; De La Fuente Aguado, J.

Hospital Ribera Salud Povisa. Vigo.

OBJETIVOS: Conocer el número de biopsias de arteria temporal (BAT) realizadas en nuestro centro, porcentaje de biopsias diagnósticas de Arteritis de Células Gigantes (ACG), factores asociados a su positividad y complicaciones asociadas al procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes con BAT realizada entre 1-1-2011 y 30-6-2023. Se analizaron variables demográficas y clínicas mediante revisión de historias clínicas. Se consideró BAT positiva cuando presentaba hallazgos compatibles con ACG. Para el análisis estadístico descriptivo hemos utilizado la media y desviación estándar en variables que seguían distribución normal y mediana en las que no. Para el estudio comparativo entre pacientes con biopsia positiva o negativa aplicamos los test de U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y test exacto de Fisher para las categóricas, estableciendo $p < 0,05$ como criterio de significación estadística. Las variables con $p < 0,25$ se incluyeron en el análisis multivariante y el diseño de una escala predictiva pre-test.

RESULTADOS: Se realizaron 133 BAT, 26 positivas (19,70%), 1 con diagnóstico alternativo, presentando hemorragia local leve 2 pacientes (1,50%). La mediana de edad fue 76 años, 79 mujeres (59,40%). Los síntomas más frecuentes fueron la cefalea ($n=92$, 69,20%), polimialgia ($n=44$, 33,10%) y alteraciones visuales ($n=42$, 31,60%). Cumplían criterios clasificatorios (ACR 1990) 84 pacientes (63,20%). Las BAT tuvieron un tamaño medio de 1,32 cm y la mediana de tiempo desde inicio de corticoides fue de 5 días. En la tabla 1 se resumen las variables analizadas en el estudio bivalente. En el análisis multivariante se asociaron a mayor probabilidad de tener BAT positiva el engrosamiento de la arteria temporal y la claudicación mandibular. Un índice predictivo pre-test basado en tres variables clínicas (tabla 2), aporta un valor predictivo negativo (VPN) del 89% cuando están presentes 1 o ninguna (curva ROC con ABC de 0,745).

DISCUSIÓN: La ACG es la vasculitis sistémica más frecuente en adultos y la BAT es un pilar fundamental en su diagnóstico. Observamos un bajo porcentaje de resultados positivos en nuestra serie en comparación con la literatura, que podría relacionarse con el tamaño de las biopsias y las limitaciones de la técnica. Podemos identificar factores relacionados con la probabilidad de BAT positiva, concordantes con lo comunicado por otros autores. El uso de una escala pronóstica pre-test que permita mejorar su indicación podría ser de utilidad.

CONCLUSIONES: Tenemos un porcentaje bajo de BAT positivas, no obstante, podemos establecer factores asociados a resultados positivos, fáciles de determinar en la práctica diaria.