

COMUNICACIONES ORALES

WERNICKE-SEMI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN ESPAÑA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 542 CASOS

Chamorro AJ (1), Antúñez-Jorge E (2), Fernández-Rodríguez CM (3), Avela-Suárez L (4), Castro J (5), Polvorosa-Gómez MA (6), Del Valle-Sánchez M (7), López Castro J (8) y resto del Grupo Wernicke-SEMI.

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE, (2) HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS, (4) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, (5) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, (6) HOSPITAL MATEU ORFILA (MENORCA), (7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA, (8) HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS (OURENSE).

INTRODUCCIÓN: La encefalopatía de Wernicke (EW) es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por la presencia de ataxia de la marcha, oftalmoplejía y confusión mental debida a un déficit de tiamina. Se presentan los resultados descriptivos preliminares del estudio Wernicke-SEMI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo multicéntrico nacional (21 hospitales participantes) que incluyó a todos los pacientes dados de alta con el diagnóstico de EW, desde el año 2000 al 2011. Se valoraron diferentes variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas registradas durante el episodio de EW.

RESULTADOS: Se seleccionaron 542 pacientes. Entre los resultados descriptivos destacan que un 80,6% fueron varones con una edad media de 55,17 años (desviación estándar [DE] = 12,54) y una estancia media de 22,01 días (DE = 24,53). En cuanto al servicio responsable del alta, en primer lugar se sitúa medicina interna (51,8%) seguida de neurología (27,5%) y psiquiatría (5,7%). Entre los antecedentes personales, destacan un 91,7% de alcoholismo, 61,6% de tabaquismo, y un 9,2% de diabetes mellitus tipo 2. Entre otros datos de comorbilidad asociada, la malnutrición con un 28,6%, seguida de la hepatopatía crónica 22,2% son los más frecuentes. Los pacientes cumplen con los criterios de la tríada clásica en un 33% frente al 85,8% que presenta los criterios de Caine. El síntoma que aparece con mayor frecuencia es el la alteración del estado mental o los trastornos leves de memoria (80,1%), seguida de la ataxia (73,2%). El síndrome de abstinencia menor fue diagnosticado en el 8,3% y el mayor en el 13,5% de los casos. Se practicó RM cerebral en un 52,2% de los casos y la TC craneal en el 70,3%. El hallazgo radiológico que más frecuentemente se detecta es la atrofia córtico-subcortical (62%), seguida de la leucoaraiosis periventricular (17,9%). El 96,7% de los pacientes recibieron tiamina, mientras que sólo un 4,1% de los pacientes recibió magnesio. Un 2% de los pacientes recibió suero glucosado antes que la tiamina. La recuperación clínica fue completa en el 24,4%, parcial en el 60,9% y nula en el 8,3%. La mortalidad durante el ingreso se situó en el 5,2%.

CONCLUSIONES: Se presentan los primeros resultados preliminares del estudio Wernicke-SEMI que en nuestro conocimiento es el estudio con mayor número de pacientes diagnosticados de EW publicado previamente. En el análisis descriptivo, se destaca que este tipo de patología es seguida principalmente por internistas. También que el alcoholismo sigue siendo el principal factor de riesgo y comorbilidad asociada. Un elevado porcentaje de casos cumple con los criterios de Caine, más sensibles pero menos específicos. A poco más de la mitad de los pacientes se les practicó una RMN y la inmensa mayoría no recibió tratamiento con magnesio. Sólo un cuarto de los pacientes tuvo recuperación completa al alta.

Agradecimientos: a la SEMI y al grupo de estudio Wernicke-SEMI

SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DURANTE 24 AÑOS DE LA BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS.

García-Rodríguez JF, Gómez Buela I, Sardino Ferreiro R, Álvarez-Díaz H., Mariño-Callejo A., Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La incidencia y características de la bacteriemia por *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) es poco conocida y presenta diferencias geográficas importantes.

OBJETIVO: Conocer la incidencia y características de la bacteriemia por *S. bovis*.

MÉTODOS: Seguimiento prospectivo durante 24 años (1989-2012) de las bacteriemias en un centro hospitalario de 350 camas. La identificación de los gérmenes y el estudio de sensibilidad se realizó por métodos standard según normas del CLSI. Para cada episodio de bacteriemia por *S. bovis* se recogieron: fecha, servicio, sexo, edad, biotipo del germen, factores de riesgo, origen, estudios del tracto digestivo realizados, patología asociada, sensibilidad, tratamiento y evolución. La incidencia de bacteriemia por *S. bovis* se ajustó por 100.000 habitantes-año y por número de ingresos. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables entre la bacteriemia por *S. bovis* tipo I y II. Las variables cualitativas se compararon mediante un test de Chi cuadrado y las cuantitativas con el test de la t de Student.

RESULTADOS: De los 3.837 episodios de bacteriemia seguidos, 58 (1,5%) fueron por *S. bovis* [30 (56,6%) *bovis* I, 23 (43,4%) *bovis* II y 5 (8,6%) no tipados]. De los 58, 36 (62,1%) fueron varones y 22 mujeres, media de edad 72,2±10,9 años (amplitud 41-99 años), sin diferencias según los serotipos. La incidencia aumentó desde 0,84/100.000 habitantes (14,8/1.000 ingresos) en los 12 primeros años del estudio hasta 1,58/100.000 habitantes (25,87/1.000 ingresos) en los últimos 12 años. Los pacientes con bacteriemia por *S. bovis* I con mayor frecuencia presentaron endocarditis [27/30 (87,1%) vs 4/23 (12,9%), P<0,05],

más mortalidad asociada a la bacteriemia (16,7% vs 4,3%, p=0,38), se les realizó estudio endoscópico de colon [20/30 (66,7%) vs 7/23 (30,4%), p=0,15], y presentaron con mayor frecuencia que los pacientes con bacteriemia por *S. bovis* II cáncer y adenomas en colon [9/30 (30%) vs 2/23 (8,7%), p=0,18] coincidiendo con el episodio de bacteriemia. La bacteriemia por *S. bovis* II con mayor frecuencia presentó un origen en la vía biliar [6/23 (26,1%) vs 0/30 (0%), p=0,01] o en una peritonitis bacteriana espontánea del críptico [3/23 (13%) vs 0/30 (0%), p=0,09], fue polimicrobiana [9/23 (39,1%) vs 3/30 (10%), p=0,06] y se asoció con otros cánceres no colónicos [4/23 (17,4%) vs 2/30 (6,7%), p=0,39]. De 7 pacientes sin neoplasia de colon coincidiendo con la bacteriemia por *S. bovis*, 2 (28,6%) pacientes desarrollaron un cáncer colon y 1 (14,3%) un adenoma en colonoscopias de control realizadas en un seguimiento a 5,2±3,1 años.

CONCLUSIONES: La incidencia de bacteriemia por *S. bovis* está aumentando. La bacteriemia por *S. bovis* I se asocia con endocarditis. La bacteriemia por *S. bovis* II se asocia a un foco de origen intraabdominal y es polimicrobiana. La presencia de una bacteriemia por *S. bovis* debe ser un marcador para descartar la presencia de neoplasias en colon.

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

García-Rodríguez JF, Gómez Buela I, Lijó Carballeda C, García Alén D, Álvarez-Díaz H., Mariño-Callejo A, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) en pacientes a tratamiento con anti-TNF tiene una incidencia y una presentación diferentes a la de la población general.

OBJETIVO: Conocer la incidencia y características de la TB diagnóstica en pacientes a tratamiento con anti-TNF.

MÉTODOS: Análisis de los casos nuevos de TB diagnosticados entre 1999-2012 en un área sanitaria con 200.000 habitantes, y de los pacientes seguidos de forma prospectiva en una consulta monográfica. Para cada caso de TB diagnosticado en el área se recogieron datos sobre: sexo, edad, antecedente de TB, coinfección por VIH, tratamiento anti-TNF, método diagnóstico y localización de la TB. Para los pacientes seguidos en consulta se recogieron además: factores de riesgo para desarrollar TB, contacto con TB pulmonar, vacunación con BCG, Mantoux previo, datos de la clínica, pruebas complementarias y tratamiento. Se describen y comparan las características de la TB en pacientes (VIH negativos) a tratamiento con anti-TNF frente a las de los pacientes no tratados con anti-TNF. Las variables cualitativas se compararon mediante un test de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher, y las variables cuantitativas con la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 951 casos de TB, 674 de ellos fueron seguidos en la consulta. La incidencia descendió desde 58,5/100.000 habitantes en 1999 hasta 19/100.000 habitantes en 2012. Recibieron tratamiento con algún anti-TNF 540 pacientes (186 Infliximab, 290 Adalimumab, 145 Etanercept, 49 otros) y 5 desarrollaron TB, incidencia 28,3 veces mayor que la incidencia media en la población general en el periodo de estudio (32,7/100.000 habitantes). De los 5 pacientes, 3 fueron varones, edad 58,6±12,4 años, 3 estaban vacunados con BCG, ninguno reconocía contacto con casos de TB pulmonar en los meses o años previos y los 5 tenían una prueba de Mantoux negativa (realizada en otras consultas) antes de iniciar los anti-TNF (3 con efecto Booster negativo). La TB se diagnosticó en un caso a los 5 años de iniciar el tratamiento con anti-TNF y en los 4 restantes a los 7,7±0,96 meses. La localización de la TB fue: 1 pleural, 2 peritoneal y 2 miliar. Los pacientes a tratamiento con anti-TNF presentaron mayor edad (58,2±11,8 vs 43,7±20,1 años, p=0,08) y mayor frecuencia de localización miliar (40% vs 3,6%; RR 17,9, IC95%: 2,9-112,2, p=0,013) y peritoneal (40% vs 1,2%; RR 55, IC95%: 8,1-375,2, p=0,002) de la TB que los pacientes sin tratamiento con anti-TNF. Los 5 casos fueron tratados 6-9 meses con pautas de Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida. Todos curaron en un seguimiento a 3,4±1,6 años (amplitud 1,4-5,7 años).

CONCLUSIONES: La incidencia de TB en pacientes tratados con anti-TNF fue 28 veces mayor que en la población general. La TB se presentó a los pocos meses de iniciar el tratamiento con anti-TNF, posiblemente por reactivación de una infección TB latente no identificada de forma correcta, y fue con mayor frecuencia de localización miliar y peritoneal.

BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS: TAMBIÉN UN PROBLEMA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA.

Vázquez Rodríguez P, Ramos Merino L, Castelo Corral LM, Isorna Porto MJ, Vázquez Vigo R, Sánchez Vidal E, Miguez Rey E, Alonso Mesonero D, Sousa Regueiro D, Linares Mondéjar P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN: la bacteriemia por anaerobios se ha relacionado tradicionalmente con infecciones abdominales, pélvicas y, de piel y partes blandas. Esta predictibilidad clínica, junto con el descenso de la incidencia observado por algunos autores, ha puesto en discusión el uso rutinario de la botella anaerobia del hemocultivo.

OBJETIVO: describir la incidencia y características clínicas de la bacteriemia por anaerobios.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional retrospectivo de los casos de bacteriemia verdadera por anaerobios (BA) en un hospital terciario entre los años 2008 y 2012, ambos inclusive. Se evaluaron: factores de riesgo, origen, foco, microorganismo implicado, tratamiento antimicrobiano y quirúrgico, y pronóstico. Se utilizó el programa SPSS 18.0.

RESULTADOS: se identificaron 242 episodios de BA. La incidencia media fue de $48 \pm 8,4$ (42-63) casos/año. El 40,5% fueron de origen nosocomial y el 17,4%, relacionados con el cuidado sanitario. Las áreas de hospitalización más frecuentes fueron: Medicina Interna (24%), UCI (20,2%), Cirugía General (17,8%), Oncología (14,1%), Digestivo (5%). La edad media de los casos fue de $64,5 \pm 16,4$ años (32%, ≥ 75 años) y el índice Charlson-edad medio de $5,9 \pm 3,4$ (0-15). Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. El foco de la bacteriemia fue: abdominal (52%), desconocido (17,8%), piel y partes blandas (8,6%), genitourinario (7,9%), respiratorio (6,2%), endovascular (2,4%), otros (2,4%). En 30,6% de los episodios (n 74) la infección fue polimicrobiana. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron: *Bacteroides* spp. (n 118), *Clostridium* spp. (n 61), *Fusobacterium* spp. (n 24), *Peptostreptococcus* spp. (n 17). Sólo en 40 casos el microorganismo anaerobio se aisló en medio aerobio. Treinta y tres pacientes desarrollaron sepsis grave (13,6%) y 54, shock séptico (22,3%) (APACHE II medio: $18 \pm 8,7$). El episodio de BA motivó el ingreso en UCI en 76 casos (31,4%). Doce pacientes no recibieron tratamiento antimicrobiano. Una antibioterapia empírica fue iniciada en 214 episodios (88,4%). Se realizó una intervención dirigida a la erradicación del foco en 78 pacientes (32,2%). La mortalidad a 30 días fue del 22,4% (54), siendo la mortalidad atribuible del 14,6% (35). Ocho de los pacientes no tratados fallecieron.

CONCLUSIONES: 1. La BA es una entidad frecuente, y representa un problema clínico fundamentalmente en áreas de hospitalización médica. 2. Los pacientes presentan edad avanzada y comorbilidad compleja, especialmente enfermedades neoplásicas e inmunosupresión severa. 3. Aunque el foco más frecuente continúa siendo el abdominal, en un importante porcentaje de casos el foco es desconocido, lo que limita la predictibilidad clínica de la BA. 4. Son infecciones graves con una tasa elevada de shock séptico y mortalidad.

ESTUDIO COMPARATIVO DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMORRAGIA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS Y NO ANTICOAGULADOS. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

Piñeiro Fernández JC, Ventura Valcárcel P, López Reboiro M, Matesanz Fernández M, Iñiguez Vázquez I, Rubal Bran D, Rabuñal Rey R

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN: el adecuado cumplimiento de las guías de práctica clínica ha propiciado un aumento progresivo del número de pacientes anticoagulados, incluyendo aquellos con edad avanzada o comorbilidad. Esta circunstancia conlleva un aumento concomitante de los casos de hemorragia.

OBJETIVOS: estudiar si las características y evolución clínica de los enfermos ingresados con hemorragia son diferentes en pacientes anticoagulados, así como valorar la influencia de la anticoagulación en la mortalidad relacionada con el episodio.

Método: estudio retrospectivo de todos los enfermos ingresados por hemorragia en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo durante el año 2011. Se comparó el grupo de pacientes anticoagulados con el resto, excluyendo los casos que recibían antiagregación. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, localización, filtrado glomerular (FG), polifarmacia, comorbilidad, indicación de la anticoagulación, índice HASBLED, número de transfusiones y mortalidad. En el análisis estadístico se usó el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS: Se estudiaron 397 casos (60,7% hombres) de hemorragia, 96 anticoagulados (31,8%) y 301 no anticoagulados. Los pacientes anticoagulados tenían más edad ($80,6$ DS $7,9$ vs 68 DS $17,7$, $p < 0,0001$), tomaban más fármacos ($6,8$ DS $2,8$ vs $3,8$ DS $3,5$, $p < 0,0001$), mayor frecuencia de insuficiencia renal ($FG < 60$) (51% vs 31,9%, $p < 0,001$), mayor puntuación en el índice de Charlson (5 DS $2,5$ vs $3,5$ DS $3,1$, $p > 0,0001$) y en la clasificación HASBLED (2,1 DS $1,4$ vs $0,1$ DS $0,6$, $p < 0,0001$). No hubo diferencias en cuanto al sexo, la localización de la hemorragia (cerebral vs resto), el número de transfusiones recibidas, la estancia media ni en la mortalidad (12,5% vs 15,1%, p NS). Tras el análisis de la historia, se consideró que el 34,4% de los pacientes anticoagulados presentaban al menos una contraindicación para la anticoagulación. Los factores independientes predictores de mortalidad fueron la localización (cerebral vs otras) de la hemorragia (OR 3,4; IC 95% $1,7-6,8$), un $FG < 60$ (OR 2,7; IC 95% $1,4-5,3$) y la transfusión de 3 o más concentrados de hemáties (OR 2,1; IC 95% $1,08-4,4$). La anticoagulación no se asoció con el riesgo de fallecer durante el ingreso.

CONCLUSIONES: entre los pacientes que ingresan por hemorragia, los pacientes anticoagulados tienen un perfil de riesgo de sangrado, comorbilidad y complejidad superior al resto. La anticoagulación per se no es predictora de mortalidad en enfermos ingresados con hemorragia.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y PLURIPATOLOGÍA

De La Fuente S, Cerqueiro JM, Abeledo C, Lorenzo ML, Rubal D

HOSPITAL LUCUS AUGUSTI LUGO

OBJETIVOS: 1. Conocer las características de los pacientes con IC que fallecen durante su seguimiento en una consulta monográfica dirigida por internistas y enfermería especializada. 2. Estimar el riesgo de mortalidad.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes con IC que se incorporaron a la consulta monográfica de ICC entre Sept- 2005 y Dic-2010. Se recogieron datos clínicos y demográficos de la historia clínica de cada paciente. Los estadísticos descriptivos se expresan como porcentajes, medias y medianas \pm SD. Para algunas variables se utilizaron el rango intercuartil o el intervalo de confianza. La distribución de las variables cuantitativas se evaluó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de variables cualitativas se empleó el test de Chi-cuadrado o el test de Fisher. Para analizar las relaciones entre las variables cuantitativas se utilizó el test T-Student o el test U de Mann Whitney. Para el análisis de supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: 440 pacientes fueron desde el 13/09/2005 al 31/12/2010. 69 (15,7%) fallecieron. 37 (53,6%) eran mujeres. La edad media $80,2$ a. ($67,9$ a $93,1$). La cardiopatía HTA (56,5%) fue la más frecuente (Tabla 1). La FEVI fue $< 45\%$ en el 54%. El lugar de fallecimiento más frecuente fue en el hospital (gráfico 1). El fallecimiento por IC supuso el 34,8% (gráfico 2). De los 440 pacientes seguidos, solo el 5,45% fallecieron por IC (gráfico 3). El primer y segundo trimestre (35% y 29%) fueron los de mayor mortalidad (gráfico 4). De los pacientes que fallecieron, la mediana del tiempo de supervivencia resultó de 1,1 años (IC95: $0,5$ a $1,7$). El paciente que menos sobrevivió, falleció a los 0,09 años (33 días) y el que más alcanzó los 4,7 años de seguimiento. La mediana del tiempo de supervivencia resultó ser de 0,7 a. los hombres y de 1,4 a. las mujeres, sin diferencias significativas ($p = 0,26$). No se encontraron diferencias en la supervivencia respecto a la edad, tipo de cardiopatía, causas de mortalidad o lugar de fallecimiento. Los pacientes con $FEVI < 45\%$ fallecieron una media de 5,2 meses antes ($p = 0,056$). (gráfico 5)

CONCLUSIONES: 1. El paciente tipo con IC que fallece en una consulta monográfica de IC es un hombre o mujer de 80,2 años de media. 2. Casi la mitad de los pacientes fallecidos tenían una función sistólica conservada (46%). 3. El tipo de cardiopatía más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (56,5%). 4. Más de la mitad de los pacientes fallecieron durante un ingreso hospitalario. 5. Sólo el 5,5 % de los 440 pacientes incluidos en este estudio, fallecieron por descompensación directa de su insuficiencia cardíaca. 6. La mayor mortalidad se produjo durante los meses de invierno, concretamente en el mes de Enero. 7. La mediana del tiempo de supervivencia, resultó ser 1,1 años. El 25% de los éxitos alcanzó los 2,2 años de supervivencia tras iniciar esta consulta. 8. Los pacientes con $FEVI < 45\%$ fallecieron antes.

ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN LA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA.

Alvela Suárez L, Novo Veleiro I, Pose Reino A, González Quintela A

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN: Desde hace varios años se han establecido las pautas de profilaxis de ETV. Sin embargo, son escasos los estudios que analizan los factores de riesgo para la aparición de efectos secundarios asociados a la administración de heparina en estos pacientes.

OBJETIVOS: 1. Conocer la adecuación a las recomendaciones sobre la profilaxis de ETV. 2. Conocer la incidencia de complicaciones menores y mayores. 3. Identificar factores asociados a complicaciones y el riesgo según tipo de heparina.

MÉTODOS: Recogida prospectiva desde 1-02-13 a 30-04-13 de pacientes ingresados en medicina interna que reciban profilaxis de ETV. Análisis univariante y multivariante (regresión logística) para identificar variables asociadas de forma significativa e independiente al desarrollo de complicaciones; subanálisis según el tipo de heparina.

RESULTADOS: Se incluyeron 97 pacientes, 49,5% hombres. La edad media fue de 79,6 años ($DE = 12,6$). Un 13,4% procedían de residencias. La puntuación media en el índice de Charlson ajustado por edad fue de 5,8 ($DE = 5,4$). La puntuación media en la escala de Barthel fue de 52 ($DE = 40$). Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC (27,8%), diabetes mellitus (23,7%) e insuficiencia renal (20,6%). Con respecto a la adecuación del tratamiento profiláctico, solo un paciente tenía menos de 4 puntos en el índice de Padova; 7 pacientes (7,2%) tenían una puntuación mayor de 7 en el índice Improve. El 57,7% de los pacientes recibían Enoxaparina; 39,2% Tinzaparina; 3,1% Bemiparina. La heparina fue administrada una media de 11,6 días ($DE = 6,7$ días). Un 12,4% presentaron hematomas menores, un 7,2% de los pacientes presentaron un descenso igual o mayor al 30% de las cifras absolutas de plaquetas, un 3,1% de los pacientes presentaron una hemorragia menor y un 1% hemorragia mayor. Los principales factores de riesgo asociados a complicaciones ($p < 0,05$) fueron la presencia de diabetes mellitus, obesidad y la hepatopatía crónica. También se asoció a la aparición de complicaciones, un índice de Charlson mayor de 7 puntos, una hemoglobina al ingreso menor de 12 g/dl y unas cifras disminuidas de plaquetas. Ni la insuficiencia renal ni la edad se asociaron a la aparición de complicaciones. En el análisis global de todas las complicaciones no hubo diferencias significativas entre las distintas heparinas. En el análisis por subgrupos se observó una mayor frecuencia de hematomas en el grupo de Enoxaparina ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: La adecuación a las recomendaciones actuales fue aceptable. La frecuencia de complicaciones menores fue mayor que la descrita en estudios previos. La diabetes mellitus, la obesidad y la presencia de hepatopatía son los principales factores de riesgo para la aparición de complicaciones. Existe una mayor frecuencia de aparición de hematomas menores en los pacientes que recibieron Enoxaparina. La edad y la insuficiencia renal no se asocian a la presencia de complicaciones en nuestra serie.

UVEÍTIS EN PACIENTES HLA-B27 Y SU ASOCIACIÓN A ENFERMEDAD SISTÉMICA

Vázquez-Triñanes C, Martínez Vidal A, Villaverde Álvarez I, Lorenzo Castro R, Sousa Domínguez A, Rodríguez Gómez A, Freire MC, Rivera A, Sopena B.

H. XERAL DE VIGO- CHUVI.

INTRODUCCIÓN: La uveítis asociada a HLA-B27 (U-HLAB27) se ha definido como un síndrome agudo unilateral sin asociación a enfermedad sistémica. Sin embargo, se ha comprobado que algunos pacientes pueden desarrollar afectación sistémica durante el seguimiento. Actualmente no está claro cuáles desarrollarán en el futuro manifestaciones sistémicas ni si esto implica alguna diferencia en cuanto a las características de la uveítis.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de manifestaciones sistémicas del HLAB27 en los pacientes con uveítis en el momento de presentación y en el seguimiento a largo plazo. Identificar diferencias clínicas entre los pacientes con manifestaciones sistémicas y con uveítis aislada.

MATERIAL Y MÉTODO: Se seleccionaron los pacientes tipados para HLA-B27 de forma consecutiva entre enero/2006 y diciembre/2011 en el H. Xeral de Vigo. Se incluyeron los >14 años HLA-B27 con al menos 1 episodio de uveítis evaluado por Oftalmología. De acuerdo con la presencia de manifestaciones sistémicas en el momento de presentación de la uveítis, se agruparon en grupo1: con manifestaciones sistémicas y grupo2: uveítis aislada. Los pacientes del grupo2 al final del seguimiento se reclasificaron en: grupo3: aparición de enfermedad sistémica; grupo4: uveítis aislada. Se compararon los grupos 1 y 2 intentando identificar características clínicas de mayor severidad, y se compararon los grupos 3 y 4 intentando identificar marcadores de progresión a enfermedad sistémica.

RESULTADOS: 41 adultos HLA-B27 (61% varones) tuvieron al menos 1 episodio de uveítis. La edad media en el momento de presentación fue 39 años±14.05 (rango 15-70). En cuanto a los grupos: Grupo1: 42% (17/41) (9 espondilitis anquilosante (EA), 6 otra espondiloartropatía (OE), 1 enfermedad de Crohn (EC) y espondiloartropatía, y 1 granulomatosis con poliangeítis). Grupo2: 58% (24/41). No hubo diferencias en ambos grupos en cuanto a edad, sexo, características de la uveítis, complicaciones ni tratamiento. Grupo3: 33% (8/24) (4 EA, 3 OE y 1 EA con EC). El retraso en la aparición de enfermedad sistémica fue de 4.2años±4.0 (rango 1-12). Este grupo tuvo un seguimiento medio de 8.6años±5.85, sin diferencia significativa con el del grupo4, 7.4años±6.11. Al sumar los pacientes del grupo 3 a los del grupo1, la prevalencia de enfermedad sistémica al final del seguimiento aumentó al 61% (25/41). El grupo 3 comparado con el 4 tuvo menor frecuencia de localización unilateral de la uveítis, 38% vs 81%, p=0.03, mayor frecuencia de bilateralidad, 25% vs 0%, p=0.04, y mayor número de tratados con anti-TNF, 50% vs 6%, p=0.04.

CONCLUSIONES: La presencia de manifestaciones sistémicas en los pacientes con uveítis HLAB27 es frecuente y puede aparecer en cualquier momento de la evolución, aunque no parece implicar peor pronóstico para la uveítis. En los casos que se presentaron como uveítis aislada, la afectación ocular bilateral se asoció con mayor frecuencia de manifestaciones sistémicas durante la evolución.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Cainzos Romero T, Sánchez Trigo S, Lijó Carballeda C, García Alén D, Gómez Buela I, Vilariño Maneiro L, Sardina Ferreiro R, Mariño Callejo A, Sesma Sánchez P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

INTRODUCCIÓN: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades que afectan a vasos de pequeño y mediano calibre y se asocian a la producción de Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilo (ANCA). Se clasifican en Granulomatosis con Poliangeítis (GPA) o Wegener, Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (EGPA) o Churg-Strauss y Poliangeítis Microscópica (PAM). Son más frecuentes en la edad adulta. La más frecuente en nuestro medio es la PAM.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de VAA en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2012. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de VAA a través del servicio de codificación. Se incluyeron aquellos que cumplieran los criterios clasificatorios del ACR.

RESULTADOS: De un total de 25 pacientes, el 36 % se clasificaron como PAM, el 32% GPA y 32% EGPA. El 60% eran mujeres. La edad media fue de 64 ± 12.86 años (rango 39-85). El 32% presentaron positividad para ANCA-PR3 y el 68 % para ANCA-MPO, con un valor medio al diagnóstico de 72,15 ± 84,3 (rango 6-320). La clínica más frecuente al diagnóstico fue la afectación renal (64%), seguido de los síntomas sistémicos (56%), pulmonares (44%), Sistema Nervioso Periférico (SNP) (40%), síntomas músculo-esqueléticos (32%), afectación ORL (28%), síntomas cutáneos (8%), anemia hemolítica (4%), afectación oftalmológica (4%), afectación del SNC (4%), esplénica (4%) y urológica (4 %). Se realizaron biopsias en el 84% de los pacientes y fueron diagnósticas en el 40%. El órgano que se biopsió con mayor frecuencia fue el riñón (32%), seguido del pulmón (16%), el nervio sural (12%), la mucosa nasal (8%), la piel (8%), la próstata (4%) y el bazo (4%). En cuanto al tratamiento para inducción a la remisión, fue con bolos de Metilprednisolona (44%), Ciclofosfamida oral (20%), Ciclofosfamida IV (56%), y Prednisona oral (24%). El tratamiento de mantenimiento se realizó con Azatioprina en el 52% de los casos, con Prednisona oral en el 32%, con Metotrexato en el 4% y con Micofenolato en el 4%. Un 12% de los casos fueron refractarios al tratamiento y 3 pacientes presentaron recidiva. El 72% de los casos negativizaron los ANCA tras finalización del tratamiento.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie las VAA son más frecuentes en las mujeres y se observa un aumento de incidencia por encima de los 60 años. La vasculitis más frecuente es la PAM. Los órganos más afectados al diagnóstico en nuestros pacientes son el riñón, el pulmón y el SNP. La rentabilidad diagnóstica de las biopsias en nuestra serie ha sido baja. El tratamiento inmunosupresor más utilizado para la inducción a la remisión fueron los pulsos con ciclofosfamida intravenosa y como inmunosupresor de mantenimiento la Azatioprina. La mayoría de los pacientes negativizaron los ANCA tras el tratamiento.

¿ESTÁ DISMINUIDA LA SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN QUE PRESENTAN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA?

González Vázquez L (1), Puerta Louro R (1), Valle Feijoo L (1), Soto Ríos C (2), Santomé Couto L (3), De la Fuente Aguado J (1).

HOSPITAL POVISA.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con cáncer de pulmón (CP) activo presentan una elevada incidencia de enfermedad tromboembólica (ETV) que en algunas series alcanza hasta el 15%. Esto ocasionará una mayor incidencia de efectos adversos por el tratamiento anticoagulante, mayor tasa de recurrencia de la ETV y menor supervivencia.

OBJETIVOS: determinar la incidencia de ETV en pacientes con CP, los factores de riesgo asociados en estos pacientes, las complicaciones derivadas del tratamiento anticoagulante y su efecto en la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de CP en el Hospital POVISA entre enero del 2000 y diciembre del 2004. Se recogieron: edad, sexo, tipo histológico, estadio al diagnóstico, comorbilidades, factores de riesgo para ETV, tratamiento recibido para el CP, si presentó o no ETV y el tipo de tratamiento recibido, complicaciones hemorrágicas por el tratamiento, y supervivencia.

RESULTADOS: se diagnosticaron de CP un total de 354 pacientes con una edad media de 65,2 ±11,6 años y el 87.5% (310) fueron varones. Tipo histopatológico: el 83.3% (295) fue carcinoma no microcítico – epidermoide: 139 (39.5%), adenocarcinoma: 91 (25.9%) y pobremente diferenciado: 63 (17.9%) - y el 16.8% (59) fue carcinoma pulmonar microcítico. Estadios al diagnóstico: enfermedad localizada en 81 (22.8%), localmente avanzado en 67 (18.9%) y enfermedad metastásica en 204 (57.6%). Respecto al tratamiento, el 17.5% (62) fueron sometidos a cirugía; el 67.5% (239) recibieron quimioterapia [platinos en 212 (89.5%), taxoles en 153 (64.6%), gemcitabina en 111 (46.8%)] y el 48% (170) recibió Radioterapia. La incidencia de ETV fue del 11.6% IC 95% (8.2-15). Las comorbilidades y factores de riesgo fueron similares en ambos grupos. El diagnóstico de ETV fue más frecuente en adenocarcinomas (p< 0.05), enfermedad metastásica (75% vs 25%, p<0.05), insuficiencia renal (p= 0.04), y presencia de reservorio (p=0.007). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre los que fueron intervenidos quirúrgicamente y los que recibieron quimioterapia o radioterapia. Tampoco hubo diferencias con respecto a la presencia de sangrado menor (9,8% vs 9,9%, p=ns) o mayor (7,3% vs 2,6%, p=0.12) entre los que presentaron ETV y los que no la presentaron. El 90,2% (37) de los pacientes con ETV fallecieron (3 perdidos para seguimiento) y el 85,2% (265) en el grupo que no presentaron ETV (32 perdidos) sin que la diferencia fuese estadísticamente significativa (p=0.67). La mediana de supervivencia fue de 9 meses en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La incidencia de ETV en paciente con cáncer de pulmón es elevada, especialmente si se trata de adenocarcinomas, enfermedad metastásica, insuficiencia renal y son portadores de reservorio. En nuestro estudio, las complicaciones hemorrágicas tanto mayores como menores fueron similares en ambos grupos y la supervivencia no está disminuida en los pacientes que presentan una ETV.

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: COMPARACIÓN DE DOS SERIES DE DÉCADAS DISTINTAS.

Martínez-Braña L, Mateo-Mosquera L, González-Mediero G, Pérez del Molino ML, González-Quintela A.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: Streptococcus bovis (S. bovis) es un comensal del tracto digestivo humano. Es un causante frecuente de endocarditis y bacteriemia. Existe una asociación bien conocida entre bacteriemia por S. bovis, neoplasias colónicas y otras lesiones gastrointestinales. También está descrita la asociación entre enfermedad hepática y bacteriemia por S. bovis.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio fue comparar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con bacteriemia por S. bovis de dos décadas distintas procedentes de un mismo centro.

MÉTODOS: Se comparan dos series de bacteriemias por S. bovis según los registros del servicio de Microbiología (1993-2000 [n=20; publicada en J Infection 2001;42:116-9] y 2005-2012 [n=54]).

RESULTADOS: En la siguiente tabla se resume la comparación entre las dos series:

CONCLUSIONES: Respecto a series precedentes, los pacientes de los últimos años con bacteriemia por S. bovis son de mayor edad, tienen una menor prevalencia de enfermedad hepática y un mejor pronóstico vital. A pesar del paso de los años y del conocimiento de los factores asociados a la enfermedad, el estudio del colon sigue siendo frecuentemente inadecuado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

Rodríguez I, Pernas B, Mena A, Vázquez R, Isorna MJ, Castro A, López S, Vázquez P, Balliñas J, Pedreira JD.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La población inmigrante en España supone un 12%. El objetivo del estudio es describir las características clínico-epidemiológicas y el pronóstico de los nuevos diagnósticos de infección por VIH realizados en inmigrantes en un hospital terciario gallego.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de todos los pacientes de nuevo diagnóstico de infección por VIH entre el 1 enero de 2004 al 31 de Diciembre 2012. Se analizaron datos epidemiológicos, demográficos, situación clínica e inmunoviológica, tratamiento y mortalidad en la población inmigrante.

RESULTADOS: En el periodo de estudio, se realizaron 506 nuevos diagnósticos de VIH de los cuales, 106 (21%) eran inmigrantes, un 66% varones. Respecto a su procedencia, 67% eran sudamericanos, 17% europeos y 13% africanos. La edad media al diagnóstico fue 36±10 años vs 39±11 años en españoles (p=0.02). La conducta de riesgo más frecuente fue la sexual (90%); un 30% de hombres tenían relaciones con hombres (HSH). La mediana de CD4 al diagnóstico fue 286 cél/μl (130-478) vs 360 cél/μl (146-572) en no inmigrantes (p>0.05) y la mediana de carga viral 4.8 log cop/ml (4.2-5.3) vs 5 log cop/ml (4.5-5.5) (p>0.05). El 62% fueron diagnósticos tardíos (evento C y/o CD4<350 cél/μl) en inmigrantes vs 50% en españoles (p=0.03). En el momento del diagnóstico el 18% de los inmigrantes tuvieron un evento SIDA (5% neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, 5% tuberculosis extrapulmonar o diseminada, 3% tuberculosis pulmonar, 3% linfoma). En relación con los virus de hepatitis: el 3% era AgHBs+, y el 7% presentaba AcVHC+ frente al 3% (p>0.05) y 24% (p=0.001) en nativos, respectivamente. En el periodo de seguimiento desde el diagnóstico (inmigrantes vs españoles, p): un 72% de los pacientes inician tratamiento antirretroviral vs 85% (p>0.05), se pierde el seguimiento 13% vs 4% (p=0.01) y fallecen 5 (4.7%) vs 44 (11.1%) (p=0.04).

CONCLUSIONES: Un significativo porcentaje de los nuevos diagnósticos de VIH se realizan en población inmigrante, que proceden, fundamentalmente de centro y sudamérica. Es más frecuente el diagnóstico tardío en población inmigrante y 1/5 se diagnostican con un evento SIDA. A pesar de los diagnósticos tardíos, los pacientes inmigrantes se pierden más frecuentemente para el diagnóstico e inician con menos frecuencia tratamiento antirretroviral. La menor mortalidad registrada en población inmigrante puede estar condicionada por las pérdidas en el seguimiento. Se deben establecer estrategias para un diagnóstico precoz de la infección y para facilitar el acceso a las consultas, al tratamiento y la adherencia en este colectivo.

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA Y RIESGO DE PROGRESIÓN A ENFERMEDAD EN PACIENTES A TRATAMIENTO ANTI-TNF.

Alves ED, Castro S, Pena A, Trigo M, Nuñez M, Anibarro L.

COMPLEJO HOSPITALRIO DE PONTEVEDRA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE VIGO

INTRODUCCIÓN: En los pacientes candidatos a tratamiento con fármacos inhibidores de factor de necrosis tumoral (anti-TNF) se recomienda la realización de despistaje de Infección Latente Tuberculosa (ILT) por su alto riesgo de progresión a enfermedad tuberculosa (TB). El tratamiento de la de la ILT (TILT) disminuye el riesgo de TB. En nuestro centro se recomienda la realización inicial de la prueba de tuberculina (PT1), que en caso de ser negativa (<5mm) se repite buscando efecto Booster (PT2). Desde enero-2008, tras la incorporación de una prueba de liberación de interferon-gamma (Quantiferon®-TB Gold, QFT) se recomienda su realización en casos de PT1 y PT2 negativas.

OBJETIVOS: 1º Valorar la presencia de efecto Booster en pacientes a tratamiento anti-TNF y la utilidad de prueba QFT. 2º Valorar eficacia del protocolo de despistaje de ILT en estos pacientes.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes que iniciaron tratamiento anti-TNF en el Complejo hospitalario de Pontevedra entre enero-2004 y marzo-2012. Se analizaron variables relacionadas con efecto Booster y positividad QFT. Se comparó la adherencia al protocolo entre dos intervalos de tiempo (2004-2007 vs 2008-2012: antes y después de introducción de QFT). Se empleó prueba de chi-cuadrado en variables categóricas y t de Student en continuas, tras comprobación de normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS: De 386 pacientes a tratamiento anti-TNF, se excluyeron 14 con historial incompleto. La edad media fue 44±15 años. La patología más frecuente fue la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (30%) seguida de Artritis Reumatoide (27%). 334 (90%) recibían tratamiento inmunosupresor al momento del estudio de despistaje. 26 tenían antecedente de PT positiva, 21 habían realizado tratamiento de ILT o TB correctamente. De 346 sin PT previa positiva, 271 realizaron PT1; 71% en periodo 2004-2007 frente 84% del 2008-2012 (p=0,004). La PT1 fue positiva en 21%. La PT2 se realizó en 167 pacientes, 58% de los que estaría indicada en el primer periodo y 85% de 2008-2012 (p< 0.001) y fue positiva en 13 pacientes (8%). El análisis multivariante relacionó presencia de efecto Booster con enfermedad cicatricial en la Rx tórax (p=0.007). Finalmente, de 149 pacientes con ambas PT negativas, realizaron QFT 109, resultando positivo en 2. 6 pacientes desarrollaron TB durante el periodo de seguimiento. Todos recibían Infliximab. Todos tenían PT1 negativas y uno PT2 positiva. Ninguno había realizado TILT. Solo un paciente había realizado QFT resultado negativa.

CONCLUSIONES: La sensibilidad diagnóstica de la ILT aumenta tras la búsqueda de efecto Booster. QFT aumenta la sensibilidad en número limitado de pacientes con dos PT previas negativas. En ocasiones, estas pruebas pueden ser insuficientes para detección de ILT. Aunque la realización correcta del protocolo de despistaje ha mejorado en los últimos años, la falta de adherencia puede ocasionar casos de progresión a enfermedad tuberculosa.

EL PULMÓN DE GRANJERO EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO

Rubal Bran D*, Irigüez Vázquez I*, Matesanz Fernández M*, Piñeiro Fernández JC*, Ventura Ralcárcel P*, López Reboiro ML*, Cano-Jiménez E**.

HULA

INTRODUCCIÓN: El pulmón de granjero (PG) es una forma de neumonitis por hipersensibilidad, causada por la inhalación de alérgenos orgánicos depositados en el heno almacenado y en el polvo de grano. Desencadenan una inflamación linfocitaria de las vías aéreas periféricas y del tejido intersticial circundante.

OBJETIVO: Conocer las características demográficas, clínicas y funcionales así como la evolución de los pacientes diagnosticados de pulmón de granjero.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PG, neumonitis por hipersensibilidad y/o alveolitis alérgica extrínseca desde el 1 de Enero de 1997 hasta el 31 de Diciembre de 2012. Se aceptó como diagnóstico de PG, los casos en los que existía contacto con heno, clínica compatible y radiología congruente (patrón intersticial bilateral, patrón en mosaico, patrón micronodulillar o signos de enfisema). Exigiéndose además, al menos uno de los siguientes:

- Un resultado positivo de las precipitinas
- Inflamación linfocitaria y/o granulomas "mal definidos" en la biopsia pulmonar

Se realizó análisis univariado mediante método Chi-cuadrado, U-mann Whitney o Kruskal-Wallis en función de la variable.

RESULTADOS: Se revisaron un total de 121 casos, de los cuales 34 cumplían los requisitos establecidos. La edad media fue de 57,4 +/-2 años, con distribución similar por sexo. Sin antecedentes de tabaquismo en el 90,9% de los casos. La presentación clínica fue más frecuente en invierno y primavera (70,6%) en pacientes con actividad agraria activa (90,9%). Los síntomas predominantes fueron la tos (88,2% de los casos) (p= 0,026), y la disnea de esfuerzo (70,6%). La presencia de crepitanes estuvo presente en un 91,2% de los pacientes sin diferencias entre las formas clínicas. El patrón reticular (70,6%, p 0,01) y los infiltrados parcheados fueron los hallazgos típicos en la radiografía simple de tórax. En el TACAR torácico destaca la existencia de un patrón en vidrio deslustrado, tanto en las formas agudas (64,7%) como en las formas crónicas (53,8%). El patrón histológico más frecuente fue el granuloma y el infiltrado linfocitario (47,1%). La evitación al antígeno (85,3%) y la corticoterapia (76,5%) fue el tratamiento en la mayoría de los casos. Un 20,6% de los pacientes realizaron tratamiento inmunosupresor. Los pacientes que realizaron evitación antigénica presentaron mejor evolución funcional respiratoria, a pesar de la no significación estadística.

CONCLUSIONES: El pulmón de granjero, por sus características clínicas, está infradiagnosticada en nuestro medio. Se presenta en épocas de mayor humedad en pacientes con actividad agraria activa con tos y disnea de esfuerzo. La presencia de vidrio deslustrado es tan frecuente en formas agudas como en crónicas. Se necesita una mayor casuística para la obtención de datos significativos sobre la eficacia de los tratamientos actuales, la evolución funcional respiratoria y la mortalidad.