

COMUNICACIONES ORALES

¿MANEJAMOS BIEN LA AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA?

Vares González M, Barbagelata López C, Linares García D, Arévalo Gómez A, Rodríguez González A, Freire Castro S.

UNIDAD DE PREINGRESO. MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: La amnesia global transitoria (AGT) es un trastorno autolimitado de la memoria anterógrada. Su etiopatogenia no está claramente definida, lo que dificulta el manejo.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, los factores de riesgo vascular, la actitud diagnóstica terapéutica y la evolución de la AGT. **Método:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes (p) que ingresaron en el Hospital Universitario de A Coruña con el diagnóstico de AGT entre los años 2006-2013 y que cumplían los criterios de Caplan modificados por Hodges. Se aplicó un análisis estadístico descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

RESULTADOS: Se analizaron 108 p con diagnóstico de AGT; se excluyó a 10 por no cumplir los criterios. La edad media (DS) fue de 65 (8.91) años; 52%, mujeres. En el 71.5% duró < 5 h. Se identificó un factor precipitante en el 24.5%, siendo el estrés psíquico/físico (50%/45.8%) el más relevante. El síntoma más frecuente fue el lenguaje repetitivo (63%), seguido de ansiedad (10%), cefalea (9%) y mareo (9%). Un 4.1% tenían migraña y un 9.2% síndrome ansioso-depresivo. Un 18% no tenía ningún factor de riesgo vascular. Presentaron HTA (53.1%), DL (55.1%), cardiopatía isquémica (9.2%), DM (7.1%), fumador activo (7.1%). Se describieron episodios previos de AGT en el 9.2% y de AITs en el 6.2%. La TA en urgencias fue $\geq 140/90$ en el 30.6%; el 27.1% presentó colesterol total ≥ 220 mg/dL. Se realizó TC craneal al 100% de los p, que descartó patología aguda; RM al 40.6%, con alteraciones agudas sólo en un p; Doppler TSA al 80.6%, mostrando aterosclerosis en el 44.4%, sin producir en ningún caso estenosis significativas; EEG al 75%, con actividad irritativa temporal en el 50%, lo que no tradujo el desarrollo posterior de epilepsia; Ecocardiografía al 25.8% (normal el 73.1%). Se inició/mantuvo antiagregación con AAS en el 67%/15.9%. Se iniciaron/mantuvieron estatinas en el 24.7%/28%. En los 6 meses posteriores al diagnóstico de AGT, sólo recibió un p, con diagnóstico final de glioblastoma multiforme. En el mismo periodo temporal, ningún p presentó AITs ni fue diagnosticado de epilepsia. Ampliando el seguimiento a dos años, 1 p desarrolló epilepsia, 2 AITs y 2 nuevos episodios de AGT. El 53.1% se derivaron a consultas, siendo la mediana de seguimiento de 0 días. 2/3 de los p ingresaron en Medicina Interna (MI), 1/3 en Neurología (NRL). La estancia media (DS) fue de 6.04 (4.88) días en MI y de 7.5 (4.89) en NRL ($p < 0.003$). El estudio comparativo multivariante no objetivó diferencias significativas, excepto en el número de RM solicitadas durante el ingreso (NRL (20), MI (10)). **CONCLUSIONES:** 1) La AGT es una patología benigna. 2) El % de HTA y DL es mayor al descrito en la población española. 3) Exceptuando la TC craneal, el resto de estudios deben ser dirigidos. 4) Se inició antiagregación no indicada en 2/3 de los p. 5) El manejo ambulatorio de estos p parece seguro.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO (AHP): CAMBIOS A LO LARGO DE 3 DÉCADAS

Ventura P*, López-Reboiro M, Rabuñal R, García-Pais Mª J, Coira A, Rodríguez-Macia A, López-Alvarez Mª J, Corredoira J.

MEDICINA INTERNA, MICROBIOLOGÍA Y UNIDAD DE INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCIUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN: El AHP es una enfermedad poco frecuente, que en las últimas décadas ha experimentado cambios en su diagnóstico y manejo. Por este motivo hemos analizado nuestra experiencia a lo largo de más de 30 años.

MÉTODOS: Se revisaron 190 pacientes con AHP diagnosticados durante 3 periodos: 1981-1989 (n=15), 1990-1998 (n=51) y 2004-2012 (n=124) comparando sus características.

RESULTADOS: Los cambios más importantes ocurrieron al comparar el 1º periodo con el 3º. Durante dicho periodo se incrementó la tasa/100.000 ingresos (14 vs 60; $p < 0.001$), la edad media (52 vs 69 años, $p < 0.001$), el cáncer (7% vs 32%; $p < 0.07$), el diagnóstico inicial correcto (0 vs 31%; $p < 0.02$), la presencia de foco de origen biliar (13% vs 48%; $p < 0.03$), el diagnóstico mediante eco/TAC (47% vs 100%; $p < 0.001$), la documentación bacteriológica (53% vs 76%; $p < 0.06$), la utilización de drenaje no quirúrgico (0 vs 38.5%; $p < 0.0004$). Por otra parte, disminuyeron los ingresos en Cirugía (67% vs 20%; $p < 0.001$), la demora diagnóstica (13 vs 2.9 días; $p < 0.001$), los abscesos criptogénicos (67% vs 27%; $p < 0.001$), el drenaje quirúrgico (67% vs 16%; $p < 0.001$) y la mortalidad (40% vs 15%; $p < 0.009$).

CONCLUSIONES: A lo largo de estas últimas décadas se han producido importantes cambios en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y mortalidad del AHP.

CAMBIOS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PERIODO 1993-2013

Mejide H, Mena A, Rodríguez-Osorio I, Castro A, Lopez S, Vazquez P, Pemas B, Poveda E, Pedreira JD.

GRUPO DE VIROLOGÍA CLÍNICA, INIBIC-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: La introducción del tratamiento antirretroviral y las características epidemiológicas del paciente VIH han modificado el perfil de las hospitalizaciones en esta población en los últimos años. El objetivo del presente estudio es analizar los ingresos de nuestra área asistencial en los últimos 20 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todos los ingresos de pacientes con infección por VIH en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) en el periodo 1993-2013, mediante la herramienta de codificación CIE-9. Se analizaron las características clínicas y epidemiológicas, el tipo y motivo de ingreso, la unidad de hospitalización, el ingreso en UCI, la estancia media, el reintegro a los 30 días y la mortalidad durante el ingreso. Se compararon estas variables en dos periodos (1993-2002 y 2003-2013). Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media \pm SD o mediana (IQR). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 16.0.

RESULTADOS: Se registraron un total de 6917 ingresos que corresponden a 1937 pacientes (75

%varones, edad media 36 ± 11 , 27% coinfectados VIH_VHC), con una media de 4 ingresos por paciente. Comparando ambos periodos: disminuyeron los ingresos programados (42% vs 27%, $p < 0.001$); la estancia media (9 [5-16] vs 8 [4-15]) y la tasa de reintegro (16.5% vs 17%) fueron similares; aumentaron los ingresos en UCI (2% vs 6%, $p < 0.001$) y la mortalidad durante el ingreso fue similar (6.8% vs 6.3%). En cuanto al motivo de ingreso, se apreció un descenso significativo ($p < 0.001$) en patología infecciosa (49.1% vs 35.3%) y psiquiátrica (9.1% vs 5.2%), frente a un ascenso significativo ($p < 0.001$) de patología tumoral (3.6% vs 7.8%), enfermedades cardiovasculares (1.2% vs 3.7%), patología digestiva (9.2% vs 16.1%) y patología respiratoria crónica (5.6% vs 10.9%). Durante todo el periodo (1993-2013), se objetivó que los pacientes coinfectados ingresan más veces que los mono infectados (5.7 vs 3.3, $P < 0.01$), lo que supone una mayor suma de estancias en días por paciente en esta población (68 vs 41, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES: 1- Se mantiene estable el número de ingresos en los últimos 20 años aunque descienden los programados. 2- La estancia media y la tasa de reintegro permanecen constantes. La mortalidad durante el ingreso permanece elevada y estable. 3- Se objetiva un notable descenso de ingresos motivados por patología infecciosa y psiquiátrica, con incremento significativo de patología tumoral, cardiovascular y respiratoria crónica. 4- Se aprecia un mayor número de ingresos en población coinfectada VIH_VHC, lo que supone un mayor consumo de recursos.

ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS A MEDICINA INTERNA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE

González Noya A, Gómez Fernández R, Isusi Moure A, López Mato P, Fernández Regal I, Pérez Carral V, Rodríguez Álvarez P.

MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE.

INTRODUCCIÓN: El servicio de Medicina Interna recibe solicitudes de consulta desde otras especialidades hospitalarias para completar el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Estudiar las características de las interconsultas realizadas desde las diferentes especialidades hospitalarias.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de las interconsultas realizadas durante el año 2013 al servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Ourense.

RESULTADOS: El total de interconsultas realizadas fue de 563. Las especialidades demandantes fueron Traumatología (43, 7%), Cirugía General (26, 6%), y del área médica, procedían de Cardiología (5%) y Neurología (1, 6%). Los pacientes estudiados fueron mujeres y hombres en igual proporción; con edades entre los 19 y los 102 años. Presentaban hábitos tóxicos un 18, 8%, negándolos el 81, 2% restante. Presentaban hipertensión arterial un 60, 9% y la prevalencia de diabetes era de un 27%. Padecían EPOC un 12, 6% y FA un 23, 1%. Los motivos de consulta a destacar fueron patología respiratoria en un 16%; mal control de cifras de TA (9, 2%) y solicitud de seguimiento por pluriopatología (7, 6%). El tiempo medio de respuesta tras la solicitud fue de 1, 35 días y de seguimiento fue de 8, 26 días. Un 6, 9% de los interconsultados fue seguido en las consultas externas de Medicina Interna tras el alta.

CONCLUSIONES: Las especialidades más demandantes pertenecen al área quirúrgica, principalmente Traumatología y Cirugía General. Los pacientes atendidos se caracterizan por la pluriopatología, con una alta prevalencia de HTA, DM y EPOC. El motivo más frecuente de consulta fue la patología respiratoria y cardiovascular. El estudio muestra la prontitud de respuesta de los internistas y la frecuente necesidad de seguimiento durante la hospitalización. El número de interconsultas y la complejidad de las mismas, refuerza la necesidad de especialistas internistas en las áreas quirúrgicas, revelando así la importancia del servicio.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS POR S. PYOGENES EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL

Suárez Fuentetaja R, Domínguez Rodríguez T, Bravo-Ferrer Acosta JM, Porto Pérez AB, Verdeal Dacal R, Piñeiro Parga P, Castelo-Corral LM, Vares González M, Sánchez Vidal E, Rodríguez Mayo M, Sousa Regueiro D, Miguez Rey E, Alonso Mesonero D, Linares Modéjar P.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE ENFERMEDEDES INFECCIOSAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas, se ha descrito un aumento de la incidencia de enfermedad invasiva grave por *Streptococcus pyogenes* (S. pyogenes), incluyendo los episodios de bacteriemia.

OBJETIVOS: Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de las bacteriemia por S. pyogenes y factores asociados a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron de forma retrospectiva todos los episodios de bacteriemia por S. pyogenes desde el 2001 al 2013, recogiendo variables demográficas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas. El análisis estadístico se realizó con SPSS 21.

RESULTADOS: Se incluyeron 77 casos; el 53% eran varones. La edad media fue de 54 a. (± 27). El 60% presentaba alguna comorbilidad, con un índice de Charlson medio de 1.6 (± 2); siendo las más frecuentes, diabetes (22%) y cardiopatía (19%). El 55% presentaban al menos un factor de riesgo para infección por S. pyogenes, siendo los más frecuentes, algún tipo de lesión cutánea (38%) y algún grado de inmunosupresión (32%). El índice de Pitt medio fue de 3.66 (± 3.5). La adquisición fue comunitaria en el 80%. Los focos más frecuentes fueron infección de piel y partes blandas en 32 (41%), neumonía/empiema en 10 (13%) y bacteriemia primaria en 12 (15%). Todos los aislados fueron sensibles a la penicilina, objetivándose resistencia a macrólidos en el 17% y a clindamicina en el 5%. En el tratamiento dirigido, se utilizó terapia combinada en el 48%, asociándose en el 59% de los casos un betalactámico con clindamicina o linezolid. La respuesta clínica fue favorable en el 75%. Como complicación, desarrollaron sepsis grave 33 (43%) y shock séptico 25 (32%). La mortalidad

a los 30 días fue de 17(22%); relacionándose con un índice de Charlson ≥ 1 , bacteriemia primaria, alteración del nivel de conciencia, plaquetopenia, índice de Pitt >2 , desarrollo de insuficiencia renal, sepsis grave y shock séptico ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: La enfermedad invasiva por *S. pyogenes* puede afectar a pacientes previamente sanos y sin factores de riesgo; presentando una alta tasa de complicaciones y mortalidad, que pone de manifiesto la alta patogenicidad de *S. pyogenes* en infecciones graves y la importancia del manejo integral de estos casos.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y REINGRESO EN PACIENTES CON INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

Alende Castro V; Vázquez Ledo L; Maciá Rodríguez C; Novo Veleiro I; González Quintela A.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones de partes blandas constituyen un problema habitual en los pacientes ingresados en unidades médicas, a pesar de lo cual en muchas ocasiones son consideradas como problemas secundarios.

OBJETIVOS: Analizar los factores asociados a mortalidad a corto y medio plazo y reingreso en estos pacientes.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados durante el periodo 2011 - 2013 con diagnóstico de infecciones de partes blandas en Medicina Interna. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas. Se realizó un análisis univariante y multivariante para determinar los factores asociados a mortalidad y reingreso.

RESULTADOS: Se incluyeron 224 pacientes (50, 9% hombres) con una edad media de 71, 4 \pm 16, 9 años. La mortalidad intrahospitalaria fue del 16, 5%, la frecuencia de reingreso a 6 meses del 26, 5% y la mortalidad durante el seguimiento del 10, 4%. Los principales factores asociados a mortalidad durante el ingreso fueron: insuficiencia cardiaca (OR=3, 22; IC95% 1, 11-9, 33), insuficiencia renal crónica (OR=3, 46; IC95% 1, 17-10, 21) y tratamiento antibiótico empírico inadecuado (OR=15, 07; IC95% 4, 17-54, 53). Los principales factores asociados al reingreso fueron: neoplasias (OR=2, 96; IC95% 1, 02-8, 56), insuficiencia cardiaca (OR=2, 99; IC95% 1, 33-6, 69) y sexo masculino (OR=3, 04; IC95% 1, 38-6, 69).

CONCLUSIONES: Las infecciones de partes blandas son frecuentes en los pacientes ingresados en medicina interna y se asocian a una elevada mortalidad. Factores como la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardiaca pueden ayudar a identificar a aquellos pacientes con un mayor riesgo de evolución desfavorable. El inicio de un correcto tratamiento antibiótico empírico al ingreso es un factor determinante para reducir la mortalidad de estos pacientes.

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA. COMPARACION DE ÍNDICES PRONÓSTICOS

Bermúdez Ramos M, Campos Franco J, Otero Antón E, Tomás S, Fernández Somoza JM, Valcárcel García MA., González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) conlleva una elevada morbimortalidad. Se han empleado diferentes índices pronósticos para evaluar su gravedad.

OBJETIVOS: Analizar los factores epidemiológicos y analíticos asociados con la mortalidad a corto plazo de la HAA clínica y comparar la utilidad de los índices pronósticos disponibles en la actualidad.

MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de 195 pacientes ingresados por HAA en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 10 años, no tratados con corticoides. Se evaluó la influencia sobre la mortalidad a 90 días de la edad, el género, los parámetros del hemograma, coagulación y bioquímica completa al ingreso y en el 7º día, las inmunoglobulinas, alfafetoproteína y TPS. Se comparó la sensibilidad y especificidad del MELD, MELDNa, ABIC, UKELD, Glasgow y Función discriminante de Maddrey para pronosticar la mortalidad a 30, 90 y 180 días mediante la determinación del área bajo la curva de sus respectivas curvas ROC en episodios no tratados con corticoides.

RESULTADOS: En el análisis univariante se asociaron a mortalidad a 90 días la bilirrubina total (OR 1, 11; IC 95%: 1, 06-1, 16), INR (OR 6, 96; IC 95%: 2, 86-16, 94), albúmina (OR 0, 18; IC 95%: 0, 08-0, 41), sodio plasmático (OR 0, 90; IC 95% 0, 84-0, 95) y hemoglobina (OR 0, 68; IC 95% 0, 57-0, 82). En el análisis multivariante se asociaron a mortalidad a 90 días el INR (OR 3, 83; IC 95% 1, 53-9, 57), bilirrubina total (OR 1, 11; IC 95% 1, 06-1, 17) y hemoglobina (OR 0, 71; IC 95%: 0, 58-0, 89). No hubo diferencias significativas en la capacidad de predicción de la mortalidad de los diferentes scores analizados, con áreas bajo la curva a 90 días entre 0, 73 y 0, 96.

CONCLUSIONES: No se demostró la superioridad de ningún índice pronóstico en la predicción de mortalidad a corto plazo de la hepatitis alcohólica. La elevación de bilirrubina y la prolongación del INR son los factores predictores de mortalidad más importantes. La anemia puede ser factor predictivo adicional.

INFECCIÓN EXTRAINTestinal POR AEROMONAS: DÓNDE Y EN QUÉ PACIENTES

Soto Peleteiro A, Pérez-Rodríguez MT, Martínez-Lamas L¹, Gómez JM, Sousa A, Martínez A, Rodríguez A, Argibay A, Nodar A, Rivera A.

UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL XERAL-OIES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO.

INTRODUCCIÓN: Aeromonas es un bacilo gramnegativo presente en el medio ambiente. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, aunque cada vez son más las infecciones extraintestinales. El objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas, microbiológicas y factores predisponentes de las infecciones extraintestinales por Aeromonas en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODOS: De forma retrospectiva se revisaron todos los aislamientos extraintestinales de Aeromonas entre noviembre de 2009 y diciembre del 2013.

RESULTADOS: Se obtuvieron 21 aislamientos, en 20 pacientes, 55% varones con una edad media de 64 \pm 3.5 años. Aeromonas se aisló en líquido biliar en 6 casos (30%): 3 colecistitis agudas y 3 abscesos del lecho quirúrgico. También se identificaron 6 aislamientos en hemocultivos, 5 con patología hepato-biliar y 1 bacteriemia primaria. En 5 pacientes (25%) se aisló en exudados de heridas, 3 úlceras por presión y 2 celulitis, los 2 casos de celulitis habían presentado un traumatismo previo y uno había estado en contacto con agua. En 3 casos se aisló en esputo, presentando clínica respiratoria 2 de ellos. Aeromonas se aisló en 1 urocultivo en un paciente con nefrostomía. El 60% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus (35%) o la neoplasia (20%). Además, el 35% de los pacientes tenían antecedentes de patología de la vía biliar y/o pancreática. Durante el ingreso fallecieron 4 pacientes (11%), 3 por su patología de base y 1 por sepsis. La especie más frecuentemente aislada fue la *A. hydrophila* (85%), seguida de *A. sobria* (5%) y *A. salmonicida* (5%). En un caso no se identificó la especie. El 65% fueron polimicrobianas.

CONCLUSIONES: La infección de la vía biliar y la infección de piel y partes blandas son las formas más habituales de infección extraintestinal por Aeromonas. Esta infección suele presentarse en pacientes con alguna comorbilidad, especialmente neoplasia o diabetes mellitus.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE AISLAMIENTO DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

Lamas Ferreiro JL (1), Arca A (1), González González L (1), Álvarez J (1), Rodríguez I (2), Enríquez de Salamanca I (3), Bermúdez JR (1), de la Fuente J (1).

(1) MEDICINA INTERNA, (2) MICROBIOLOGÍA, (3) MEDICINA PREVENTIVA. P.O.VISA, VIGO (PONTEVEDRA).

INTRODUCCIÓN: las infecciones del tracto urinario son una patología muy prevalente en los pacientes ingresados, siendo las enterobacterias los microorganismos más comúnmente implicados. En los últimos años existe una preocupación creciente por la aparición de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EB-BLEEs), caracterizadas por una alta resistencia a múltiples antibióticos. El envejecimiento progresivo de nuestra población, con un aumento significativo de pacientes institucionalizados y con múltiples comorbilidades, podría jugar un papel importante en el aumento de infecciones por dichos patógenos.

OBJETIVOS: determinar la prevalencia de EB-BLEEs en urocultivos de pacientes ancianos ingresados en nuestro hospital y evaluar los factores de riesgo, mortalidad y estancia media en dicho grupo de enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro hospital en 2011 con urocultivos positivos para EB-BLEEs. Por cada caso se seleccionaron dos controles con urocultivos positivos para otros microorganismos y se analizaron múltiples variables, utilizándose el test exacto de Fisher bilateral para las variables cualitativas y el test de la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El estudio multivariante se realizó mediante regresión logística. Se determinó la prevalencia de EB-BLEEs, así como la incidencia de infecciones urinarias por dichos patógenos en el mismo grupo de población.

RESULTADOS: en total 28 urocultivos fueron positivos para EB-BLEEs, con una prevalencia de 8, 5% y una incidencia anual de 0, 44%. Los factores de riesgo con significación estadística fueron el tratamiento previo con cefuroxima ($p=0, 03$) y la residencia en institución geriátrica ($p<0, 01$), siendo este último el único factor de riesgo en el estudio multivariante ($p<0, 01$). Aunque no hubo diferencias en mortalidad y estancia media, la presencia de EB-BLEEs se asoció a mayor inadecuación del tratamiento antibiótico empírico ($p<0, 01$).

CONCLUSIONES: las EB-BLEEs son un problema relevante en pacientes ancianos hospitalizados. La residencia en instituciones geriátricas supone un importante factor de riesgo para la presencia de dichos microorganismos, así como el tratamiento antibiótico previo.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES SOBRE LA MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA

Bermúdez Ramos M, Campos Franco J, Otero Antón E, Tomás S, Fernández Somoza JM, Mateo Mosquera L, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) grave tiene una alta mortalidad a corto y medio plazo. Para reducir esta mortalidad se han empleado distintos tratamientos en los casos graves. El más utilizado son los corticoides, cuyo beneficio terapéutico es controvertido.

OBJETIVOS: Determinar la influencia del uso de corticoides en la mortalidad de la HAA grave.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente 310 episodios de HAA clínica en una cohorte de 240 pacientes ingresados en un periodo de 10 años (1999-2009) en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron episodios graves, como aquellos con un índice MELD (Model for End-stage Liver Disease) al ingreso mayor o igual a 21 puntos (138). De ellos 49 habían recibido tratamiento con corticoides (TC) y 89 no (NTC). Se comparó la mortalidad a 30, 90 y 180 días del grupo TC y NTC. Se analizó la influencia en la mortalidad del desarrollo de infecciones tras el ingreso.

RESULTADOS: La mortalidad en los primeros 30 días tras el ingreso fue similar en el grupo TC y NTC (24, 5% vs 28, 1%; $p=0, 65$), tendiendo a ser mayor en los primeros 90 días (49, 0% vs 38, 2%; $p=0, 22$) o 180 días (53, 1% vs 46, 6%; $p=0, 47$). La frecuencia de infección tras el ingreso fue mayor en los pacientes TC que en los NTC (34, 7% vs 9, 0%; $p<0.001$). Sin embargo la mortalidad a 90 días fue similar en pacientes TC y NTC que desarrollaron una infección con posterioridad al ingreso (64, 7% vs 62, 5%; $p=0, 92$) y ligeramente superior cuando la infección estaba presente en el momento del ingreso (53, 8% vs 44, 4%; $p=0, 05$).

CONCLUSIONES: El tratamiento con corticoides no parece reducir la mortalidad a corto y medio plazo de la HAA grave, que incluso tiende a ser mayor a partir de los 30 días. Este incremento de mortalidad parece deberse más a una mayor frecuencia de infección hospitalaria en los pacientes tratados con corticoides que al aumento de la gravedad de la infección.

MORTALIDAD EN LA HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA: INFLUENCIA DE LOS EPISODIOS PREVIOS DE HEPATITIS

Bermúdez Ramos M, Otero Antón E, Campos Franco J, Tomé S, Fernández Somoza JM, Martínez Braña L, González Quintela A.

MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis alcohólica aguda (HAA) es una forma grave de enfermedad hepática por consumo de alcohol, con una alta mortalidad. Se han identificado parámetros pronósticos analíticos y epidemiológicos, pero la influencia del número de episodios previos de HAA en su mortalidad no ha sido estudiada.

OBJETIVOS: Estudiar la influencia en la mortalidad de un episodio de HAA del número de ingresos hospitalarios previos por el mismo motivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de 244 pacientes ingresados con un diagnóstico clínico de HAA en el CHUS entre 1999 y 2009. Se analizó la mortalidad de los últimos episodios de cada paciente (que no fuesen continuación de uno reciente). Se evaluó la gravedad de la HAA mediante el cálculo del MELD (Model for End-stage Liver Disease) al ingreso y se recogió la mortalidad a 90 días del mismo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes desde 1994, recogiendo el número de episodios de HAA que había sufrido cada paciente en los 5 años anteriores.

RESULTADOS: La gravedad del episodio medida por el índice MELD aumentó progresivamente con el número de episodios previos de HAA. La mortalidad global a 90 días aumentó progresivamente desde el primer al cuarto episodio (20%, 45%, 57%, 60% respectivamente). Este incremento de mortalidad tendió a ser más progresivo en varones y más abrupto en mujeres a partir del segundo episodio.

CONCLUSIONES: Cada episodio de HAA tiende a ser más grave y con mayor mortalidad que los previos. Este aumento tiende a ser progresivo con el número de episodios en varones y más brusco a partir del segundo episodio en mujeres.

NEUMONÍA POR PNEUMOCISTIS JIROVECI EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH. A PROPÓSITO DE 300 CASOS

Rodríguez-Osorio I, Isorna MJ, Porto AB, Domínguez T, Meijide H, Castro A, López S, Vázquez P, Pernas B, Poveda E, Mena A, Pedreira JD.

MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE VIH-HEPATITIS. CHUAC.

INTRODUCCIÓN: el TARGA en la infección por VIH ha disminuido la incidencia y la de procesos oportunistas. Pese a ello la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (PJP) sigue siendo una causa importante de morbimortalidad.

OBJETIVOS: Analizar las características de los pacientes ingresados por PJP y definir los factores asociados a mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye todos los pacientes VIH+ diagnosticados de PJP entre 1993 y 2013 en un hospital de tercer nivel gallego. Se recogieron las variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, comparándose mediante χ^2 o t-Student según correspondiera.

RESULTADOS: Se incluyen 301 pacientes (14 casos/año, sin diferencias entre años), 76% varones, edad media de 37 ± 10 años; vías de transmisión: 63% UDVP, 23% heterosexual, 11% HSH, 2% parenteral, 1% vertical. La mediana de CD4 fue 41 células/ μ L (16-84), el 28% tomaba TARGA y el 2% presentaba ARN-VIH indetectable; en 16 casos (5%) el paciente presentaba CD4 >200 células/ μ L. El 36% se diagnostica de infección por VIH durante el ingreso por PJP, el resto presenta PJP 6 años (3-12) tras el diagnóstico de VIH. El 28% presentaba otros procesos oportunistas concomitantes. La estancia media fue 17 días (12-28), el 15% ingresa en UCI y la mortalidad (hasta 50 días desde la fecha de ingreso) fue del 11% (sin diferencias en los años de estudio). Los factores asociados a mortalidad: uso activo de drogas (OR 3, 3; IC 1, 5-7, 4; $p=0,003$); edad >40 años (OR 5, 2; 2, 4-11, 5; $p<0,001$); PAaO₂ >50 mmHg (OR 8, 1; 2, 3-27, 9; $p=0,001$); Alb <3 g/dL (OR 7, 1; 2, 7-18, 6; $p<0,001$); Br total $>0,6$ mg/dL (OR 2, 8; 1, 2-6, 5; $p=0,014$); Hb <13 g/dL (OR 4, 6; 1, 1-19, 8; $p=0,041$); LDH >430 UI/L (OR 5, 8; 1, 9-17, 3; $p=0,001$); Crea $>1,1$ mg/dL (OR 5, 5; 2, 4-12, 4; $p<0,001$).

CONCLUSIONES: -La incidencia de PJP continúa siendo alta con importante mortalidad. -Conocer los factores predictores de mortalidad permite estratificar los pacientes por riesgo, con la consiguiente mejora asistencial y optimización de recursos.