



AVANCES EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Publicado por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (<http://www.saei.org/>)

Volumen 12, suplemento 2 ■ 2011

RESUMEN DE COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS DEL CONGRESO

XIII

CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS (SAEI)

HUELVA

17 - 19 NOVIEMBRE 2011
HOTEL BARCELÓ PUNTA UMBRÍA BEACH RESORT



Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas, Avda. de la Aeronáutica 10, edificio Helios, 2ª planta, módulo 8, 41020 Sevilla. Teléfono 954389553 Fax 954375351. Correo electrónico: saei.secretariatecnica@gmail.com

Avances en Enfermedades Infecciosas es un boletín de comentarios independientes sobre avances notables y de difusión reciente en Enfermedades Infecciosas, publicado 6 veces al año por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Pretende facilitar el conocimiento de lo publicado en la literatura científica, pero el tratamiento de los pacientes o la metodología de los procedimientos diagnósticos no pueden estar basados exclusivamente en estos comentarios. Tampoco lo divulgado en **Avances en Enfermedades Infecciosas** pretende sustituir el contenido de la publicación original, sino por el contrario, estimular su lectura. Los comentarios pueden reflejar opiniones personales de cada Redactor que no tienen porqué coincidir con las de SAEI.

Depósito Legal: SE-99-2000. ISSN: 1576-3129. Todos los derechos reservados.

En la edición de esta publicación han colaborado como Socios Protectores de SAEI los Laboratorios **Abbott, Gilead, y ViiV** y como Socios Patrocinadores de SAEI los Laboratorios **Astellas, Janssen-Cilag y Merck Sharp & Dohme**.

COMUNICACIONES ORALES

- CO-01 Eficacia clínica y virológica de etravirina (ETV) administrada junto con 2 análogos (ITIANs) activos en pacientes con infección por el VIH..... 21**
López Cortés L.F., Vergara Campos A., López Ruz M.A., Martínez Pérez M.A., Márquez Solero M., de la Torre Lima J., García Lázaro M., Lozano F., Omar M., Téllez Pérez F., Delgado Fernández M., Payarés C., Hernández Quero J., Peña Monje A., Muñoz Medina L., Hidalgo C., Pasquau J., García C., Ojeda Burgos G., Pérez Pérez M., Lorenzo Moncada S.
- CO-02 Las concentraciones plasmáticas e intracelulares de lopinavir son adecuadas para el control de la replicación viral durante el tratamiento con monoterapia..... 22**
Sánchez Rivas E., Ruiz Valderas R., Martín Peña R., Viciano Fernández P., Lluch A., Rodríguez Díaz M., Cano Moyano F., López-Cortés L.F.
- CO-03 La variabilidad interindividual en las concentraciones plasmáticas e intracelulares de raltegravir no asegura unos niveles similares con su administración una vez al día vs. cada 12 horas..... 23**
Gutiérrez-Valencia A., Torres-Cornejo A., Martín-Peña R., Ruiz-Valderas R., Castillo-Ferrando J.R., López Cortés L.F.
- CO-04 Valores anormales de rigidez hepática en pacientes infectados por el VIH sin evidencia de enfermedad hepática, están asociado con trastornos lipídicos y HOMA-IR.. 24**
Pérez-Camacho I., Merchante N., Rivero-Juárez A., Recio E., Camacho A., Macías J., García-Lázaro M., Torre-Cisneros J., Pineda J.A., Rivero A.
- CO-05 La reducción del RNA-VHC después de dos semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV puede identificar pacientes coinfectados por VIH/VHC que se beneficiarían de la incorporación de boceprevir a la terapia..... 25**
Rivero-Juárez A., Camacho A., Neukam K., Pérez-Camacho I., Macías J., García-Lázaro M., Cifuentes C., Torre-Cisneros J., Pineda J.A., Rivero A.
- CO-06 IL28B y el receptor de la lipoproteína de baja densidad (LDLr) tienen un efecto sinérgico sobre la cinética viral del VHC tras los primeros días de tratamiento con INF-PEG/RBV en pacientes coinfectados por el VIH/VHC..... 26**
Rivero-Juárez A., Di Lello F., Caruz A., Camacho A., Neukam K., Herrero R., Pérez-Camacho I., Torre-Cisneros J., Pineda J.A., Rivero A.
- CO-07 Desarrollo y optimización de métodos estandarizados para la detección de la infección por citomegalovirus y de la respuesta inmune específica frente a citomegalovirus..... 27**
Blanco-Lobo P., Ben-Marzouk O.J., Cordero E., Pérez-Romero P.

- CO-08 Diseño y validación de una PCR en tiempo real para la detección precoz de superficies colonizadas por *Acinetobacter baumannii* en el entorno hospitalario.....** 28
McConnell M.J., Pérez-Ordóñez A., Pérez-Romero P., Valencia R., Lepe J.A., Vázquez-Barba I., Pachón J.
- CO-09 Efecto de la combinación de colistina con rifampicina o tigeciclina en la aparición in vitro de resistencia a colistina en *Acinetobacter baumannii*.....** 29
Praena Segovia J, López Rojas R, Domínguez Herrera J, Pachón J.
- CO-10 Mortalidad de la colonización respiratoria frente a la infección por *Acinetobacter baumannii* en pacientes sometidos a ventilación mecánica.....** 30
Álvarez Marín R., Gutiérrez Pizarra A., Márquez Vácara J.A., López Rojas R., Lepe Jiménez J.A., Amaya Villar R., Díaz Martín A., Pachón Díaz J.
- CO-11 Epidemiología y pronóstico de la Infección Urinaria Alta Complicada producida por cepas productoras de BLEE.....** 31
Márquez I., Buonaiuto V., Villalobos A., Mediabilla C., Joya C., Plata A., Delgado M., Orihuela F., Jiménez-Oñate F., Castaño MA., Colmenero J.D.
- CO-12 Estudio clínico y epidemiológico de un brote de sarampión en adultos en la provincia de Granada.....** 32
Badiola J., Ruiz-Ruigómez M., Gálvez R., Abarca B., Vinuesa D., Muñoz L., Martínez-Pérez M.A., Parra-Ruiz J., Hernández-Quero J.
- CO-13 Endocarditis protésicas tratadas sólo con antibióticos. ¿Cuándo operar?.....** 33
Plata A., Reguera J.M., Ivanova R., Noureddine M., García-Cabrera E., Hidalgo-Tenorio C., Gálvez-Acebal J., de la Torre-Lima J., Lomas J.M., Ruiz J., Martínez-Marcos F.J., de Alarcón A.
- CO-14 Pronóstico de las infecciones de prótesis articulares de acuerdo al manejo médico-quirúrgico y a la adherencia de las recomendaciones publicadas.....** 34
Del Toro M.D., Nieto I., Nuño E., Palomino J., Guerrero F., Corzo J., del Arco A., Lomas J.M., Natera C., Fajardo J.M., Delgado J., Torres-Tortosa M., Romero A., Martín-Rico P., Muniain M.A., Rodríguez-Baño J.
- CO-15 Liberación antibiótica desde sustitutos óseos impregnados en antibióticos.....** 35
Gálvez R., Peña A., Tomás-Jiménez C., Antelo R., Anguita-Santos F., Garrido J., Moliz J., Hernández-Quero J., Parra-Ruiz J.
- CO-16 Anoscopia de alta resolución (AAR) con biopsia como test de screening para Ca. Anal en HSH.....** 36
Trastoy M., Fontillón M., Sánchez Aguera M., Ortega C., López Cortés L., Leal M., Rivas I., Sánchez E., Viciano P.

- CO-17 Valor de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del virus del papiloma humano (VPH) en el despistaje de la neoplasia intraepitelial anal (AIN) de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) infectados por el VIH..... 37**
Rivero Rodríguez M., Hidalgo Tenorio C., Gil Anguita C., Arenas Miras M., Pasquau Liaño J., López Ruz M.A., García Vallecillos C., López de Hierro M., Concha López A., López Castro R., García Pérez I.
- CO-18 La persistencia de genotipos oncogénicos del VPH a nivel de la mucosa anal como único factor de riesgo en la aparición de neoplasia intraepitelial de alto grado (II, III) y Carcinoma, en pacientes VIH-HSH (hombres que tienen sexo con hombres)..... 38**
Hidalgo Tenorio C., Rivero Rodríguez M., Gil Anguita C., López Castro R., Concha A., López del Hierro M., Palma P., López Ruz M.A., Rosario J., Pasquau Liaño J.
- CO-19 Elevada prevalencia de hipertensión pulmonar (HP) en una cohorte de pacientes con infección VIH asintomáticos 39**
Moreno T., Pérez I., Isasti G., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.
- CO-20 Uso de tratamiento empírico combinado en una cohorte de bacteriemias. Estudio multicéntrico bacteriemias SAEI-SAMPAC..... 40**
Retamar P., López-Prieto M.D., Portillo M.M., Natera C., Nuño E., Herrero H., del Arco A., Muñoz, Téllez F., Torres M., Martín A., Pérez-Cortés S., Moya R., Corzo J., León L., Martínez M.A., Arroyo A., Rodríguez-Baño J.
- CO-21 Papel de daptomicina en el tratamiento de la bacteriemia por SARM: análisis preliminar de una cohorte prospectiva multicéntrica 41**
López-Cortés L.E., Velasco C., de Cueto M., Caballero F.J., Gil-Bermejo J.M., Lepe J.A., Corzo J.E., Natera C., Reguera J.M., Omar M., Martín-Aspas A., Nuño E., Lomas J.M., Fernández-Rivera J., Vergara S., Palmero S., Pascual A., Pachón J., Rodríguez-Baño J.
- CO-22 Resultados de un programa de intervención precoz en pacientes con bacteriemia en un hospital de segundo nivel: impacto sobre mortalidad..... 42**
Del Arco A., Olalla J., de la Torre J., Prada J.L., Blázquez A., Montiel N., Jiménez A., García Alegría J.
- CO-23 Resultados de un programa de intervención sobre pacientes con bacteriemia oculta dados de alta en el servicio de urgencias..... 43**
Del Arco A., de la Torre J., Olalla J., Prada J.L., Fernández F., Blázquez A., Montiel N., García Alegría J.
- CO-24 Un Grupo de Expertos en Antibioterapia es una iniciativa institucional que puede mejorar la prescripción de antibióticos en el hospital..... 44**
Pasquau J., Hidalgo-Tenorio C., Aznarte P., Castaño J., Sampedro A., Santos J.L., Rosales M.

CO-25 Influencia del tratamiento antirretroviral sobre la progresión de la esteatosis hepática observada en biopsias secuenciales de pacientes infectados por VIH/VHC..... 45

Cifuentes C., Macías J., Berenguer J., Japón M.A., Girón-González J.A., Rivero A., López-Cortés L., Moreno A., Márquez M., Iribarren J.A., Mira J.A., Merchante N., Pineda J.A.

CO-26 Las modificaciones polimórficas del gen del factor de necrosis tumoral alfa (TNF) están asociadas a la progresión a cirrosis en enfermos coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC)..... 46

Corchado S., Romero P., Márquez M., Montes-Oca M., Martín-Aspas A., Soto M.J., Guerrero F., Márquez M.J., Girón-González J.A.

COMUNICACIONES PÓSTERS

- CP-01 Utilidad de T.SPOT.TB para el diagnóstico de tuberculosis latente en un grupo de pacientes autoinmunes..... 47**
Arenas Miras M., Hidalgo Tenorio C., Jiménez Gámiz P., Rivero Rodríguez M., Jarilla Fernández F., Baños Piñero P., Alarcón Blanco P., Jiménez Alonso J.
- CP-02 Despistaje de tuberculosis latente en pacientes candidatos a recibir terapia biológica..... 48**
Navarro M.D., Morilla G., Ramírez de Arellano E., Rodríguez Baño J., Domínguez A.
- CP-03 Marcadores bioquímicos de inflamación y su relación con el tiempo de crecimiento de *M.tuberculosis* complex en cultivo..... 49**
Sojo Dorado J., Batista Díaz N., López Cortés L.E., Domínguez Castellano A.
- CP-04 Influencia de un episodio de tuberculosis previa en las características y pronóstico de la meningitis tuberculosa..... 50**
Roca Oporto C., Luque Márquez R., Sánchez Rivas E., Álvarez Marín R., Alarcón González A., Terrones R.
- CP-05 Predictores clínicos de candidemia en pacientes no UCI..... 51**
Vinuesa D., Ruiz-Ruigómez M., Tomás-Jiménez C., Gálvez R., Peña A., Muñoz L., Martínez-Pérez M.A., Parra-Ruiz J., Hernández-Quero J.
- CP-06 Factores de riesgo y pronósticos asociados a las bacteriemias por *Pseudomonas aeruginosa*..... 52**
Gallardo P., Ruiz-Mesa J.D., Sánchez Morales D., Reguera J.M., Sobrino B., Plata A., Palop B., Porras J., Colmenero J.D.
- CP-07 Factores asociados a la mortalidad de la bacteriemia en pacientes oncológicos... 53**
Martín Rodríguez L.M., de Miguel Albarreal A., Vergara López S., Mateos Gómez A., Jiménez Sánchez F.J., López Muñoz M., Martín Ponce M.L., Santos Morano J., García García J.A., Gómez Mateos J.M., Corzo Delgado J.E.
- CP-08 Perfil del paciente con bacteriemia detectada en el Área de Urgencias que no precisa hospitalización..... 54**
De Miguel Albarreal A., Vergara López S., Martín Rodríguez L.M., Aller García A.I., Martín Ponce M.L., Santos Morano J., Mateos Gómez A., López Muñoz M., Jiménez Sánchez F.J., León Jiménez E.M., Gómez Mateos J.M., Corzo Delgado J.E.

CP-09 Análisis descriptivo de la bacteriemia del paciente muy anciano. Estudio multicéntrico bacteriemias SAEI-SAMPAC	55
<i>Retamar P., Portillo M., López-Prieto M., Rodríguez-López F., de Cueto M., García M.V., Gómez M.J., del Arco A., Muñoz A., Sánchez-Porto A., Torres-Tortosa M., Martín-Aspas A., Arroyo A., García-Figueras C.A., Acosta F., Corzo J., León-Ruiz L., Escobar-Lara T., Rodríguez-Baño J.</i>	
CP-10 Edad mayor de 75 años como factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes adultos con bacteriemia.....	56
<i>López Muñoz M., Mateos Gómez A., Martín Rodríguez L.M., de Miguel Albarreal A., Martín Ponce M.L., Santos Morano J., Aller García A., Jiménez-Sánchez F.J., Alpanseque Hoogesteyn L., García García J.A., Vergara-López S., Corzo-Delgado J.E.</i>	
CP-11 Factores de riesgo de mortalidad en pacientes mayores de 75 años con bacteriemia en el área sur de la provincia de Sevilla.	57
<i>Mateos-Gómez A., Vergara-López S., López-Muñoz M., Alpanseque-Hoogesteyn L., de Miguel-Albarreal A., Martín-Ponce M.L., Santos-Morano J., Aller-García A.I., García-García J.A., León-Jiménez E.M., Corzo-Delgado J.E.</i>	
CP-12 Distintos factores predictores de mortalidad tras bacteriemia según el tiempo de evolución.....	58
<i>Martín Rodríguez L.M., Jiménez Sánchez F.J., Aller García A.I., de Miguel Albarreal A., Martín Ponce M.L., Santos Morano J., Mateos Gómez A., López Muñoz M., García García A., Vergara López S., Gómez Mateos J.M., Corzo Delgado J.E.</i>	
CP-13 Evaluación de las recomendaciones de tratamiento empírico de la guía local de tratamiento antimicrobiano en pacientes con bacteriemia.....	59
<i>Valiente-Méndez A., León de Lope M., López-Cortés E., de Cueto M., Pascual A., Rodríguez-Baño J.</i>	
CP-14 Programa Institucional para la Optimización del Tratamiento Antimicrobiano (PRIOAM). Encuesta sobre el conocimiento y grado de percepción del problema de la resistencia antibiótica para médicos residentes.....	60
<i>Sánchez Rivas E., García Cabrera E., Roca Oporto C., Chacón Mora N., Bernabeu Wittel M., Cisneros J.M.</i>	
CP-15 Se puede conseguir reducir la duración de la antibioterapia con una sencilla intervención docente.....	61
<i>Pasquau J., Arrazola T., Aomar I., García Vallecillos C., Hidalgo-Tenorio C., Casado I.</i>	
CP-16 Análisis descriptivo de los pacientes con infección de prótesis articular.....	62
<i>López Cárdenas S., Bocanegra Muñoz C., Marín Dueñas D., Ruíz Arias A., Zapata López A.</i>	
CP-17 Características epidemiológicas, manejo y pronóstico de las infecciones de prótesis articulares causadas por bacilos gram-negativos.....	63
<i>Del Toro M.D., Nieto I., Corzo J., Nuño E., Guerrero F., Lomas J.M., del Arco A., Palomino J., Natera C., Fajardo J.M., Torres-Tortosa M., Romero A., Muniain M.A., Rodríguez Baño J.,</i>	

- CP-18 Epidemiología, clínica y pronóstico de la Osteomielitis Vertebral Estreptocócica..... 64**
Sobrinó B., Ruiz Mesa J.D., Jiménez Mejías M.E., Valencia J., Delgado M., Martín Gandul C., Palomino Nicas J., Colmenero J.D.
- CP-19 Complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa y cirugía cardíaca..... 65**
García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nourredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B. de Alarcón A.
- CP-20 Efecto del tratamiento antibiótico adecuado en las complicaciones neurológicas. ¿Sólo es cuestión de tratar?..... 66**
García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nourredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B. de Alarcón A.
- CP-21 Sepsis grave secundaria a Infección Urinaria Alta Complicada; epidemiología y factores asociados..... 67**
Buonaiuto V., Márquez I., Villalobos A., de Toro I., Joya C., Sobrinó B., Reguera J.M^a, Ruiz-Mesa J.D., Causse M., Colmenero J.D.
- CP-22 Prevalencia y características basales de colonización intermitente y persistente de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina entre los residentes que viven en centros de larga estancia..... 68**
Martín-Ponce M.L., Santos-Morano J., Castro C., García-García J.A., Martín-Rodríguez L.M., de Miguel-Albarreal A., Mateos-Gómez A., López-Muñoz M., Alpanseque-Hoogesteyn L., Jiménez-Sánchez F.J., Vergara-López S., Corzo-Delgado J.E.
- CP-23 Impacto clínico de la colonización por *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina en centros de larga estancia 69**
Martín-Ponce M.L., Santos-Morano J., García-García J.A., Castro C., Martín-Rodríguez L.M., de Miguel-Albarreal A., Bayoll-Serradilla E., Vergara-López S., León-Jiménez E., Corzo-Delgado J.E.
- CP-24 ¿Dónde están las diferencias entre hombres y mujeres? (En la infección por el VIH. Hepatitis y TAR)..... 70**
Fernández Fuertes E., Romero Palacios A., Rivero Román A., Márquez Solero M., del Arco Jiménez A., Pérez Pérez M., Merino Muñoz D., Mohamed-Balghata M.O., Milla M., Lozano Serrano A.
- CP-25 Ausencia de diferencias de género en la infección por el VIH en nuestro medio..... 71**
López A., Pérez I., Martín R., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.
- CP-26 Los pacientes con infección por VIH que se diagnostican con más de 50 años tienen mayor mortalidad condicionada por una presentación más tardía..... 72**
López A., Martín R, Ruiz J., Núño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.

- CP-27 La ansiedad y depresión en varones con infección por el VIH asintomáticos se relaciona con el mal control virológico..... 73**
Pérez I., Moreno T., Martín R., López A., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.
- CP-28 Características de los pacientes con inicio tardío del primer tratamiento antirretroviral..... 74**
Núñez V., Marcos M., Palacios R., Narankiewicz D., Olalla J., Santos J., del Arco A., Jiménez Oñate F., Prada J.L., Aguilar A., Fernández S., Grana M., Márquez M., Colmenero J.D., Rivas F., de la Torre J.
- CP-29 Eficacia mantenida con porcentajes de fracaso virológico bajos y comparables en el segundo año de seguimiento de sujetos adultos naïve con infección por VIH tratados con rilpivirina (RPV) vs efavirenz (EFV) y emtricitabina/tenofovir DF (FTC/TDF)..... 75**
Ferrer P., Rijnders B., Nelson M., Behrens G., Cohen C., Boven K., Zhong L., Guyer B., Chuck S.K.
- CP-30 Cambio de un régimen completo en comprimido único (STR, Single Tablet Regimen) basado en efavirenz/emtricitabina/tenofovir DF a otro basado en emtricitabina/rilpivirina/tenofovir DF en sujetos con infección por VIH-1 con supresión virológica..... 76**
Álvarez M.L., Cohen C., Mills A., de Jesus E., Rashbaum B., Brinson C., Yale K., Ramanathan S., Wang H., Jandourek A., Cheng A.
- CP-31 El tratamiento antirretroviral en pacientes con infección VIH naïve. ¿Existen diferencias en la durabilidad entre hombres y mujeres? 77**
Marcos M., Aguilar A., Jiménez Oñate F., Santos J., del Arco A., Olalla J., Narankiewicz D., Palacios R., Prada J.L., Núñez V., Fernández S., Grana M., Márquez M., Colmenero J.D., Rivas F., de la Torre J.
- CP-32 La estrategia de simplificación a monoterapia con lopinavir o darunavir potenciados se consolida con el tiempo..... 78**
Pasquau J., Hidalgo-Tenorio C., López-Ruz M.A., García Vallecillos C., Sotorrió V., Santiago C., Javier R. y Tapia A.
- CP-33 Eficacia de la monoterapia con inhibidores de la proteasa potenciados en la práctica clínica..... 79**
Sánchez Rivas E., Torres Cornejo A., Martín Peña R., Ruiz Valderas R., Gutiérrez Valencia A., Viciana Fernández P., López Cortés L.F.
- CP-34 Estudio observacional de la monoterapia con inhibidores de proteasa en pacientes con infección por VIH-1..... 80**
Machado Sevillano C., Morilla G., Palomo V., Gálvez J., Domínguez-Castellano A., Muniain M.A., Fernández-Cuenca F., Ríos-Villegas M.J., Rodríguez-Baño J.
- CP-35 Cambios morfológicos tras un año de monoterapia con inhibidores de proteasa.... 81**
Rivas I., Torres-Cornejo A., López-Ruiz D., García D., Trastoy M., Gutiérrez A., Sánchez-Rivas E., López-Cortés L.F., Viciana P.

- CP-36 Reducción del gasto derivado de la simplificación a monoterapia con DRV/r en los pacientes VIH+..... 82**
Pasquau J., Gostkorzewicz J., García Vallecillos C.
- CP-37 Eficacia y seguridad de una biterapia de rescate con raltegravir y un inhibidor de la proteasa potenciado en pacientes infectados por VIH..... 83**
Pasquau J., Hidalgo-Tenorio C., García Vallecillos C., Javier R., Tapia A., López-Ruz M.A.
- CP-38 El genotipo 4 del virus de la hepatitis C responde mejor al tratamiento con interferón pegilado más ribavirina que el genotipo 1 en pacientes coinfectados por VIH/VHC: Resultados de la cohorte HEPAVIR de la SAEI..... 84**
García-Rey S., Mira J.A., Camacho A., Márquez-Borrego M.J., Torres-Cornejo A., Merino D., Téllez F., Ojeda-Burgos G., Ríos-Villegas M.J., Omar M., Almeida C., Girón-González J.A., Rivero A., Pineda J.A.
- CP-39 Factores de riesgo para recaídas en pacientes coinfectados por el VIH/VHC tratados con interferon pegilado más ribavirina..... 85**
Rivero-Juárez A., Mira J.A., Caruz A., Camacho A., García-Rey S., Pérez-Camacho I., Herrero R., Merchante N., Pineda J.A., Rivero A.
- CP-40 Los pacientes coinfectados por VIH/VHC con cirrosis hepática compensada consiguen un considerable porcentaje de respuesta viral persistente a la terapia con interferón pegilado más ribavirina: Resultados de la cohorte HEPAVIR de la SAEI..... 86**
Di Lello F.A., Mira J.A., Rivero-Juárez A., Torres-Cornejo A., Márquez-Borrego M.J., Téllez F., Vilorio M.M., Merino D., Ojeda-Burgos G., Omar M., Rivero A., Pineda J.A.,
- CP-41 Mejoría continuada de la fibrosis hepática en enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con hepatitis crónica que presentan respuesta virológica sostenida tras tratamiento anti-virus de la hepatitis C (VHC)..... 87**
Téllez F., Ríos I., Soto M.J., Márquez M.J., Martín-Aspas A., Montes-Oca M., Romero P., de los Santos A., Guerrero F., Girón-González J.A.
- CP-42 Correlación entre la rigidez hepática y los índices Child-Pugh-Turcotte (CPT) y MELD en cirróticos coinfectados por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC)..... 88**
Recio E., Macías J., Rivero-Juárez A., Téllez F., Merino D., Ríos M.J., Márquez M., Omar M., Rivero A., Gómez-Mateos J.M., Lorenzo S., Merchante N., Pineda J.A.
- CP-43 Alteraciones ecocardiográficas en una cohorte de pacientes con infección por el VIH asintomáticos..... 89**
Pérez I., Moreno T., Isasti G., Ruiz J., Nuño E., Cabrera F., Márquez M., Palacios R., Santos J.

CP-44 El papel de los CD4 nadir en la aparición de aterosclerosis subclínica en pacientes infectados por el VIH.....	90
<i>Hidalgo Tenorio C., Jarillas Fernández F., Rivero M., Arenas M., Pasquau J., López Ruz M., García Vallecillos C.</i>	
CP-45 La neoplasia de cérvix en una cohorte de mujeres infectadas por el VIH.....	91
<i>Pasquau J., Rivero M.M., Hidalgo-Tenorio C., García Vallecillos C., López Ruz MA., Torres L.M.</i>	
CP-46 Estudio de prevalencia de infección de VPH en una población de pacientes VIH-HSH.....	92
<i>Muñoz-Medina L., Martínez Pérez M.A., Ruiz Ávila I., Parra Ruiz J., Vinuesa García D., Navas Pérez M.S., Gálvez López R., Hernández Quero J.</i>	
CP-47 Características diferenciales entre pacientes hospitalizados por sospecha de neumonía por Gripe A no confirmada y pacientes con confirmación microbiológica por PCR.....	93
<i>Gutiérrez Gutiérrez B., Gálvez Acebal J., Machado Sevillano C., Palomo Jiménez V., Villar M., Navarro M.D., Domínguez Castellano A., Retamar Gentil P., Valiente Méndez A., Fernández Cuenca, F., Rodríguez-Baño J.</i>	
CP-48 Impacto de la edad avanzada en pacientes críticos infectados por el virus influenza A (H1N1) 2009.....	94
<i>Gutiérrez A., Márquez, JA., Aldabó T., Loza-Vázquez A., Estella A., Arenzana A., Pozo J.C., Rello J., Garnacho J., Rodríguez A.</i>	
CP-49 Alta prevalencia del virus Influenza A (H1N1) en las unidades de trasplante.....	95
<i>Molina J., Ben-Marzouk O.J., Milara C., Pereira P., Suárez G., Sobrino M., Pérez-Romero P., Cordero E.</i>	
CP-50 Farmacocinética de oseltamivir en pacientes con neumonía por virus influenza a diferentes dosis: dosis estándar vs. dosis alta.....	96
<i>Aydillo T.A., Pérez-Romero P., Ruiz-Valderas R., Pérez-Ordoñez A., Fernández-Cuenca F., Gracia-Ahufinger I., Cordero E., Garnacho J., Pachón J.</i>	
CP-51 Las concentraciones plasmáticas e intracelulares de etravirina apoyan su administración una vez al día.....	97
<i>Gutiérrez-Valencia A., Torres-Cornejo A., Martín-Peña R., Ruiz-Valderas R., Castillo-Ferrando J.R., López Cortés L.F.</i>	
CP-52 La respuesta viral sostenida no depende de las concentraciones plasmáticas de pegIFN-alfa-2a ni de ribavirina en pacientes coinfectados por el VIH/VHC G 1-4.....	98
<i>Torres Cornejo A., Ruiz Valderas R., Martín Peña R., Gutiérrez Valencia A., Viciana Fernández P., López Cortés L.F.</i>	

- CP-53 Implicación de los linfocitos T reguladores (Treg) en la reconstitución inmune de enfermos coinfectados por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis C (VHC)..... 99**
Romero P., Corchado S., Márquez M., Montes-Oca M., Martín-Aspas A., Soto M.J., de los Santos A., Guerrero F., Girón-González J.A.
- CP-54 Complicaciones del sarampión del adulto en el brote recientemente registrado en Sevilla..... 100**
Ibáñez Muñoz L., León Jiménez E., Roca Oporto C., Ramírez Arellano E., Rodríguez-Baño J., Domínguez Castellano A.
- CP-55 Brote epidémico de sarampión en zona rural..... 101**
Rodríguez Jiménez B., Gómez de la Mata Galiana R., Delgado de la Cuesta J., Domínguez Rodríguez E., Marín Fernández Y., Fernández Rivera J.
- CP-56 Programa de prevención de complicaciones en pacientes portadores de catéteres venosos periféricos. Estudio preintervención..... 102**
Sánchez Sayago P., González García J., Lomas Cabezas J.M., González Caracuel F.
- CP-57 Endocarditis infecciosa izquierda. Resultados de la colaboración multidisciplinar.... 103**
Ruiz-Morales J., Ivanova R., Rodríguez-Bailón I., Arana C., Sánchez G., Cabrera F., Mataró M.J., García M.V.
- CP-58 Estudio de la eosinofilia en pacientes inmigrantes subsaharianos..... 104**
Cuenca Gómez J.A., Salas Coronas J., Vázquez Villegas J., Soriano Pérez M.J., Lozano Serrano A.B., Pérez Camacho I., Fernández Peláez J.M., Cabezas Fernández M.T., Cabeza Barrera I., Cobo Martínez F.
- CP-59 Descripción de los casos de infección por *Borrelia sp.* en el área sanitaria de Osuna 105**
Jiménez-Sánchez F.J., Alpanseque-Hoogesteyn L., Gómez-Sánchez M.C., Merino-Rumín M.C., Domínguez M.C., Marín-Martín J., Vergara-López S., Roldán-Fontana E.
- CP-60 Estudio de la infección por *Clostridium Difficile* durante el período 2007-2011 en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva..... 106**
Páez Rubio M.I., Núñez Sousa C., Lomas Cabezas J.M., Martínez-Marcos F.J., Merino Muñoz M.D.
- CP-61 Infecciones por nocardia en un hospital de tercer nivel..... 107**
Roca Oporto C., Gómez Gómez M.J., Luque Márquez R., Chacón Mora N., Mendoza Giráldez D., Haro González J.L.

CP-62 Características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad de Whipple en un área hospitalaria.....	108
<i>Bermejo Vázquez S., Díaz Pérez C., Barón Franco B., Borrachero Garro C., Palacios Hoyos M., Camacho Molina A., Carrasco Sánchez J., García Moreno J., Pujol de la Llave E., Umbría Jiménez S.</i>	
CP-63 Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en nuestra área.....	109
<i>Martínez Colmenero J., Omar Mohamed M., Gomez-Vidal M.A., Gea Lázaro I., Yeste Martín R.</i>	
CP-64 Complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa. Factores de riesgo e importancia pronóstica.....	110
<i>García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nouredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B. de Alarcón A.</i>	
CP-65 Infección invasiva en adultos por <i>Streptococcus agalactiae</i> (EGB) en nuestro hospital.....	111
<i>Sotorrio V., Fernández-Miralbell A., Javier R., Pérez M.D., Miranda C., García-Vallecillos C., Pasquau J., López-Ruz M.A.</i>	
CP-66 Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con meningitis.....	112
<i>Massi Aguirre P., Granado Reyes G., Fajardo J.M., Merelo Ruiz B., Merlo Serrano A., Hidalgo Castellón A., Pérez-Tristancho M., Menchero Aranda A., Pérez Cáceres J.A., Suárez-Lozano I.</i>	
CP-67 Pre-encuesta PARTNER: Búsqueda de candidatos entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con relaciones sexuales de riesgo.....	113
<i>Palacios R., Trastoy M., Rivas I., Torres-Cornejo A., Gutiérrez A., Sánchez-Rivas E., López-Cortés L.F, Viciana P.</i>	
CP-68 ¿Dónde están las diferencias entre hombres y mujeres? (En la infección por el VIH. Epidemiología y factores de riesgo vascular).....	114
<i>Lozano Serrano A., Castaño Carracedo M., Lozano León F., Gálvez Acebal J., Pasquau Liaño J., Gálvez Contreras C., Guerrero Sánchez F., Hernández Quero J., Terrón Pernia J.A., Caballero Granado F.J., Fernández Fuertes E.</i>	
CP-69 Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con artritis infecciosa.....	115
<i>Pérez-Tristancho M., Díaz Narváez F., Fajardo J.M., Massi Aguirre P., Granado Reyes G., Menchero Aranda A., Iglesia Salgado A., Suárez-Lozano I.</i>	
CP-70 Meningitis por el virus Toscana en el área sanitaria norte de Granada: descripción de 8 casos.....	116
<i>Sotorrio V., Alarcón P, García-Castro J.M., Javier R., Tapia A., Carrasco R.A., López M., Hidalgo C., Pasquau J, García-Vallecillos C., López-Ruz M.A.</i>	

CP-71 Meningitis por enterovirus ocurridas en los últimos 5 años en el área sanitaria norte de Granada.....	117
<i>Sotorrio Simó V., Martínez R.J., Alarcón Blanco P., Carrasco R.A., Tapia Gómez A., Hidalgo Tenorio C., López Ruz M.A.</i>	
CP-72 Predictores de mortalidad en pacientes ingresados en un hospital comarcal por neumonía adquirida en la comunidad.....	118
<i>Delgado de la Cuesta J., Bazán Báez P., Escorial Moya C., Fernández Ojeda R., Marín Fernández Y., Fernández Rivera J.</i>	
CP-73 Infección por <i>Hymenolepis nana</i>: una patología importada.....	119
<i>Cornejo-Saucedo M.A., García Agudo L., Martín-Aspas A., García Martos P.</i>	
CP-74 Perfil del paciente coinfectado VIH/VHC en la era de los inhibidores de proteasas anti VHC.....	120
<i>Vázquez García I., Villalobos Carabante Y., Creagh Cerquera R., Pujol de la Llave E., Merino Muñoz D.</i>	
CP-75 Síndrome Hemofagocítico: una patología grave que el infectólogo debe reconocer a tiempo.....	121
<i>Quattrino S., Martínez-Marcos F.J., Rodríguez-Gómez F.J., Creagh-Cerquera R., González-Nieto J.A., Villalobos-Carabante Y.</i>	
CP-76 Estudio descriptivo de los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en un hospital comarcal.....	122
<i>Delgado de la Cuesta J., Escorial Moya C., Ferrera Jiménez A.M., Bazán Báez P., Fernández Ojeda R.</i>	

COMUNICACIONES ORALES

CO-01 Eficacia clínica y virológica de etravirina (ETV) administrada junto con 2 análogos (ITIANs) activos en pacientes con infección por el VIH.

López Cortés L.F., Vergara Campos A., López Ruz M.A., Martínez Pérez M.A., Márquez Solero M., de la Torre Lima J., García Lázaro M., Lozano F., Omar M., Téllez Pérez F., Delgado Fernández M., en nombre de SAEI. Otros participantes: Payarés C., Hernández Quero J., Peña Monje A., Muñoz Medina L., Hidalgo C., Pasquau J., García C., Ojeda Burgos G., Pérez Pérez M., Lorenzo Moncada S.

Hospital Universitario Virgen del Rocío / IBIS, (Sevilla). Hospital Universitario de Puerto Real. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada). Hospital Universitario San Cecilio, (Granada). Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga). Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga). Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). Hospital Universitario Valme, (Sevilla). Hospital Universitario Ciudad de Jaén. Hospital de la Línea y Hospital Universitario Carlos Haya, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: ETV fue aprobada tras los resultados de los ensayos clínicos DUETs en los que se utilizó combinada con DRVr en rescates de pacientes con multifracasos previos. Los resultados de su utilización junto con 2 ITIANs activos en un ensayo de diseño péximo, dieron lugar a que en su ficha técnica figure que sólo debe emplearse junto con IPr. Dado que su potencia en monoterapia es similar a otros antirretrovirales de reciente aparición, el objetivo fue evaluar su eficacia clínica y virológica cuando se administra junto con 2 ITIANs activos.

Métodos: Estudio prospectivo (EPA-SP, ClinicalTrials.gov identifier: NCT01437241) de los pacientes que iniciaron TAR con 2 ITIANs activos + ETV desde enero de 2009 a junio de 2010 en 11 hospitales (SAEI) con evidencia de actividad de los 3 fármacos administrados (historia de tratamiento antirretroviral y/o genotipos antes de iniciar dicho tratamiento). Análisis de eficacia a 1 año por intención de tratar (ITT) y en tratamiento (OT). Se consideró fracaso virológico una carga viral detectable tras 24 semanas de tratamiento o >200 copias/ml confirmada tras haber logrado viremia indetectable.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes (76,7% hombres, 23,7% mujeres) entre cuyas características basales destacan: 1) Motivo de inicio: efectos adversos a EFV o NVP/IPr (41,3/21,5%), fracaso virológico con EFV/IPr (11,1/6,4%), otros (19,8%). 2) TAR previo: duración (M): 38 meses, fracaso virológico previo con ITIANs: 26,6%, toma previa de

No análogos (ITIANs): 68,1%, fracaso virológico previo con ITIANs: 14%. 3) Situación inmunovirológica: estadio C-3 previo: 23,2%, ARN-VIH plasmático >50 copias/ml: 50% (M: 4723; rango: 60-944.473), mutaciones a ITIANs 17,5%, a ITIANs 14,5%, CD4/μl (M: 402; rango: 1-1515). 4) Coinfección virus hepatitis (hepatitis crónica/cirrosis): 36,6%; 5) TAR en estudio: ITIANs acompañantes: TDF/FTC: 59,9%, ABV/3TC: 25%, otros: 15,3%; ETV una vez al día (qd) vs. cada 12 horas (bid): 79,4 vs. 21,6%. Eficacia ITT: 82,6% (IC95: 77-88%), eficacia OT: 94,2% (IC95: 90,8-97,7%). Fracasos virológicos: 5,8%, efectos adversos: 6,4% (11 pacientes, todos grado I-II; exantema: 2 (1,1%), náuseas o vómitos: 4 (2,3%), y 1 caso (0,05%) de diarrea, estreñimiento, parestesias distales e hipertrigliceridemia + hipertransaminasemia grado I, respectivamente), pérdida seguimiento o abandono TAR: 7%, otros motivos: 4,5%. En pacientes con determinaciones disponibles tras 1 año: incremento de CD4 (n=114. M): 128/μl; perfil lipídico (n=101. M) Col-T, HDL-C, LDL-C y TG basales y tras 12 meses: 192 y 177, 45 y 46, 113 y 120 y 140 y 112 mg/dl, respectivamente.

Conclusiones: La combinación de 3 fármacos activos basada en ETV (qd o bid) más 2 ITIANs tiene una eficacia virológica comparable a otros regímenes, escasos y leves efectos adversos como causa de cambios de tratamiento y un excelente perfil lipídico.

CO-02 Las concentraciones plasmáticas e intracelulares de lopinavir son adecuadas para el control de la replicación viral durante el tratamiento con monoterapia.

Sánchez Rivas E.*, Ruiz Valderas R., Martín Peña R., Viciano Fernández P., Lluch A., Rodríguez Díaz M., Cano Moyano F., López-Cortés L.F.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Laboratorio de Infección por el VIH y Farmacocinética de Antirretrovirales. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

Fundamentos y Objetivos: La monoterapia con IPs potenciados se considera una opción de simplificación del TAR en pacientes seleccionados. Como parte de un estudio más amplio, hemos evaluado la relación entre las concentraciones (C_{min}) plasmáticas (C_p) e intracelulares (C_i) de lopinavir (LPV) con su eficacia virológica durante el tratamiento con LPVr en monoterapia en pacientes con infección por el VIH-1.

Material y Método: Estudio prospectivo, observacional, monocéntrico, de pacientes adultos en tratamiento con LPVr en monoterapia. Criterios de inclusión: ARN-VIH plasmático (CV) <50 copias/ml durante al menos 6 meses, no fracasos virológicos (FV) previos con IPr o sin mutaciones mayores previas en el gen de la proteasa para LPV tras fracaso a IP. Criterios de exclusión: embarazo. Seguimiento clínico y analítico habitual hasta completar 24 meses de seguimiento. Determinación de LPV mediante HPLC-UV en muestras obtenidas tras 12 ó 24 ± 0,25 h, en función de toma de medicación cada 12 ó 24 horas. FV definido como ARN-VIH plasmático >200 copias/ml, confirmado (análisis "en tratamiento"). Cumplimiento: autorreferido y registros de Farmacia. Análisis estadístico: estadística descriptiva, test paramétricos y no paramétricos. Datos expresados como medianas y rangos. Variabilidad expresada como coeficientes de variación e IC95%.

Resultados: De 115 pacientes que han completado 2 años de seguimiento, disponemos de datos de C_p y C_i de LPV en 108 de ellos [400 100 mg/12h (n=96) y 800 200 mg/24 h (n=12)] que son los pacientes utilizados para este análisis. Entre las características basales destacan: C3 previo: 19,4%; hepatitis crónica VHC: 55,6% (cirrosis: 21,6%); duración TAR previo: 91 meses (14-231), FV previo

con IPs: 25,9% (17,8% con LPVr), meses con CV <50 copias/ml previa: 34 (6 - 187). Tras 96 semanas de tratamiento se han producido 13 FV (12%), 11 de ellos con LPVr/12 h (11,45%) y 2 con LPVr/24h (16,6%). 1024 determinaciones de LPV (50% C_p y C_i, respectivamente); muestras/paciente: 7 (1-9). C_p de LPV (MG): 5,78 µg/ml (0,22-14,64), con una variabilidad intraindividual del 36% (4-126%) e interindividual del 44,6%. C_p (MG) de LPV400 100 mg/12h vs. 800 200 mg/24 h: 5,99 (0,22-14,64) vs. 2,24 (0,22-5,25), p <0,001. C_i de LPV (MG): 0,92 µg/ml (0,07-6,02) con una variabilidad intraindividual del 79% (5-157%) e interindividual del 63,8%. Cociente C_i/C_p: 0,17% (0,03-1,24%). C_i (MG) de LPV400 100 mg/12h vs. 800 200 mg/24 h: 0,91 (0,07-6,02) vs. 0,7 (0,07-1,76), p= 0,6. No relación entre FV y C_p o C_i de LPV (curvas ROC y comparación de medias), pero sí con el cumplimiento según los registros de Farmacia.

Conclusión: 1. Las C_p de LPV administrado como 400 100 mg/12h son significativamente más elevadas que administrado como 800 200 mg/24 h aunque las C_i son similares con ambos regímenes. 2. No existe relación entre las C_p o C_i de LPV con la aparición de FV, pudiendo deducirse que las concentraciones conseguidas son suficientes para el control adecuado de la replicación viral durante el tratamiento con monoterapia en los pacientes con las características mencionadas.

CO-03 La variabilidad interindividual en las concentraciones plasmáticas e intracelulares de raltegravir no asegura unos niveles similares con su administración una vez al día vs. cada 12 horas.

Gutiérrez-Valencia A.*¹, Torres-Cornejo A.¹, Martín-Peña R.¹, Ruiz-Valderas R.¹, Castillo-Ferrando J.R.², López Cortés L.F.¹.

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío / Instituto Biomedicina Sevilla. (2) Servicio Farmacología Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamento y Objetivos: La dosificación estándar de raltegravir (RAL) es 400 mg dos veces al día (bid), aunque su actividad antiviral en monoterapia y su eficacia clínica resultaron independientes de las dosis ensayadas cuando los fármacos acompañantes eran activos. La administración de RAL una vez al día (qd) podría mejorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral sobre todo si los fármacos concomitantes también se administran una vez al día. Nuestro objetivo es evaluar las concentraciones plasmáticas (Cp) e intracelulares (Cic) de RAL administrado como 400 mg bid y 800 mg qd, en pacientes infectados por VIH.

Material y Métodos: Ensayo clínico abierto, secuencial, en el que se obtuvieron muestras para la determinación de las Cic y Cp de RAL mediante LC/MS/MS durante un periodo de 12h en pacientes en tratamiento con RAL 400 mg bid. Posteriormente, la dosificación se cambió a RAL 800 mg qd, y una semana después se volvieron a tomar muestras, esta vez durante 24 h, para la determinación de las concentraciones de RAL en ambos compartimentos. Las Cmax y Cmin se determinaron mediante la observación directa de las curvas, y las AUC0-t mediante el método log trapezoidal (modelo no compartimental). La variabilidad interindividual se calculó mediante coeficientes de variación (CV). Los resultados se expresan como medias geométricas (MG) y como cocientes de las medias geométricas (CMG) de los distintos parámetros utilizando como referencia RAL 400 mg bid.

Resultados: Los pacientes estaban en tratamiento estable con RAL 400 mg bid y carga viral negativa. A nivel plasmático las MG de RAL 800 mg qd vs. 400 mg bid fueron: AUC0-t: 12283 (CV: 82%) vs. 14120 (CV: 78%) ng·h/ml [CMG, 0,87 (CI90, 0,52-1,44)], Cmax 3413 (CV: 95%) vs. 1900 (CV: 87%) ng/mL [CMG, 1,79 (CI90, 0,98-3,28)] y Cmin 24 (CV: 116%) vs. 100 (CV: 96%) ng/ml [CMG, 0,24 (CI90, 0,08-0,65)]. A nivel intracelular: AUC0-t, 1143 (CV: 75%) vs. 724 (CV: 85%) ng·h/ml [CMG, 1,58 (CI90, 0,96-2,58)], Cmax 260 (CV: 116%) vs. 84 (CV: 105%) ng/ml [CMG, 3,09 (CI90, 1,48-6,95)] y Cmin 5 (CV: 75%) vs. 5,4 (CV: 114%) ng/ml [CMG, 0,92 (CI90, 0,43-1,94)]. La penetración media de RAL a nivel intracelular fue del 5% y del 10% de las concentraciones plasmáticas con 400 mg bid y 800 mg qd, respectivamente.

Conclusión: 1. La farmacocinética de RAL muestra una gran variabilidad interindividual tanto en plasma como a nivel intracelular. 2. Aunque los CMG del AUC0-t en plasma y del AUC0-t y Cmin en células sean similares con ambos regímenes, estos parámetros son inferiores en una proporción considerable de pacientes cuando se administra como 800 mg qd. 3. Estos datos no aseguran que las concentraciones alcanzadas con la administración qd sean similares a bid.

CO-04 Valores anormales de rigidez hepática en pacientes infectados por el VIH sin evidencia de enfermedad hepática, están asociado con trastornos lipídicos y HOMA-IR.

Pérez-Camacho I.¹, Merchante N.², Rivero-Juárez A.³, Recio E.², Camacho A.³, Macías J.², García-Lázaro M.³, Torre-Cisneros J.³, Pineda J.A.², Rivero A.³.

(1) Hospital de Poniente, (Almería). (2) Hospital Virgen de Valme, (Sevilla). (3) Hospital Universitario Reina Sofía (IMIBIC), (Córdoba).

Fundamentos y Objetivo: Se ha descrito una alta prevalencia de valores anormales de rigidez y fibrosis hepática de origen desconocido (FHOI) en pacientes infectados por el VIH sin evidencia de enfermedad hepática. Entre las principales causas destaca la exposición y tiempo de uso a didosina (DDI). Sin embargo, actualmente el uso de DDI está obsoleto en Europa y EEUU. No hay estudios que analicen la incidencia de FHOI y sus factores asociados en pacientes infectados por el VIH que no reciben DDI. Por ello, el objetivo de nuestro estudio fue determinar la incidencia de FHOI y sus factores asociados en una cohorte de pacientes infectados por el VIH sin evidencia de enfermedad hepática.

Métodos: Se incluyeron en este estudio prospectivo pacientes infectados por el VIH sin coinfección por VHC y/o VHB, sin evidencia de enfermedad hepática, que no usaran DDI ni otros fármacos hepatotóxicos, sin consumo activo de alcohol, y con un valor de rigidez hepática inferior a 7,2 kPa. Los pacientes fueron seguidos cada 6 meses desde Diciembre de 2007 hasta Septiembre de 2011. Se recogieron variables relacionadas con el uso de HAART (fármaco usado y tiempo de exposición), con el paciente (índice de masa corporal [IMC], parámetros analíticos hepáticos y lipídicos, HOMA-IR y valor de rigidez hepática) y relacionadas con la infección por el VIH (grupo de los CDC y recuento de células CD4). Todas las variables fueron determinadas en el momento basal y en cada visita. FHOI fue definido como un valor de rigidez hepática, en dos visitas consecutivas, $\geq 7,2$ kPa. A los pacientes con FHOI se les realizó una biopsia hepática al final del estudio. Se realizó un análisis multivariante, en el que se incluyeron variables asociadas al desarrollo de FHOI en el análisis univariante con un valor de p inferior a 0,2.

Resultados: Ciento ochenta y siete pacientes infectados por el VIH se incluyeron en el estudio. Tras una mediana (Q1-Q3) de seguimiento de 18 (12-26) meses, 23 (12,3%) pacientes desarrollaron FHOI. La incidencia acumulada de FHOI fue de 7,9 casos por 100 personas-año (95% IC, 5,7-11,9). Ningún fármaco antirretroviral, ni el tiempo de exposición, estuvieron asociados con desarrollo de FHOI. Los pacientes con FHOI presentaron unos niveles más altos de triglicéridos (254,6 \pm 94,2 mg/dl vs. 173,3 \pm 67,9; p=0,001), valor de HOMA-IR (2,97 \pm 0,59 vs. 2,01 \pm 0,45; p=0,004) y IMC (27,7 \pm 4,2 m/Kg² vs. 24,7 \pm 3,7 m/Kg²; p=0,002) que los pacientes que no desarrollaron FHOI. Tras el análisis multivariante, los niveles de triglicéridos [OR 6,9; 95% IC 4,9-9,6; p=0,002], HOMA-IR [OR 3,2; 95% CI 2,1-5,2; 0,014] e IMC [OR 1,9; 95% CI 1,3-3,7; p=0,04] estuvieron asociados independientemente con desarrollo de FHOI. El estudio histológico mostró un alto porcentaje de pacientes con esteatosis hepática en pacientes que desarrollaron FHOI.

Conclusiones: El desarrollo de FHOI tiene una alta incidencia en pacientes infectados por el VIH (7,9 casos por 100 personas-año). Actualmente, la principal causa de desarrollo de FHOI son los trastornos metabólicos, causando esteatosis hepática.

CO-05 La reducción del RNA-VHC después de dos semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV puede identificar pacientes coinfectados por VIH/VHC que se beneficiarían de la incorporación de boceprevir a la terapia.

Rivero-Juárez A.¹, Camacho A.¹, Neukam K.², Pérez-Camacho I.³, Macías J.², García-Lázaro M.¹, Cifuentes C.², Torre-Cisneros J.¹, Pineda J.A.², Rivero A.¹.

(1) Hospital Universitario Reina Sofía (IMIBIC), (Córdoba). (2) Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (3) Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: Los resultados de la determinación del RNA-VHC después de 4 semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV será crítica, debido a que la mayoría de los pacientes, si no todos, que no presenten carga viral indetectable en este punto, se incorporará boceprevir a la terapia. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, el resultado de la determinación de la carga viral en la semana 4 no está disponible el mismo día. De hecho, un retraso de 1 a 4 semanas no es inusual. Debido a esto, la identificación precoz de los pacientes que no alcancen respuesta viral rápida (RVR) tiene una gran relevancia. Por ello, analizamos el valor predictivo negativo (VPN) para RVR del descenso de la carga viral del VHC durante las primeras semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV en pacientes con genotipo 1 del VHC coinfectados por el VIH.

Métodos: Se siguieron prospectivamente pacientes coinfectados por el VIH/VHC genotipo 1 naïve para el tratamiento con INF-PEG/RBV. Se determinó la carga del VHC en el momento basal y en las semanas 1, 2 y 4. Se calculó el descenso de la carga viral del VHC entre el momento basal y las semanas 1, 2 y 4. Los pacientes se clasificaron según el descenso de la carga viral estuviese por encima o por debajo del punto de corte establecido para la semana 1 (1 log) y para la semana 2 (1,5 log).

Resultados: 91 pacientes fueron incluidos en el estudio. Setenta y siete (83,5%) pacientes eran de sexo masculino, 87 (95,6%) recibían tratamiento antirretroviral, la mediana (Q1-Q3) de la carga viral basal del VHC fue 6,3 log IU/mL (5,9-6,7) y 50 (54,9%) tenían fibrosis hepática significativa. Doce (13,1%) pacientes alcanzaron RVR. La mediana del descenso de la carga viral del VHC fue de 0,957 (0,58-1,26) y 1,57 (1,23-1,91), en las semanas 1 y 2 respectivamente. Cincuenta y seis (61,5%) pacientes presentaron un descenso de la carga viral del VHC menor a 1log en la semana 1, de los cuales, ninguno alcanzó RVR (VPN [CI 95%]. 100% [95,9-100]). En la semana 2, 62 (68,1%) tuvieron un descenso de la carga viral del VHC menor a 1.5 log, ninguno alcanzó RVR (VPN [CI 95%]. 100% [96,35-100]).

Conclusiones: El descenso de menos de 1 log y 1,5 los de la carga viral del VHC en las semanas 1 y 2, respectivamente, tiene un alto VPN para RVR en pacientes coinfectados por el VIH/VHC genotipo 1 tratados con INF-PEG/RBV. Nuestros resultados podrían usarse para la identificación precoz de pacientes que se beneficiarían de la incorporación de boceprevir a la terapia estándar.

CO-06 IL28B y el receptor de la lipoproteína de baja densidad (LDLr) tienen un efecto sinérgico sobre la cinética viral del VHC tras los primeros días de tratamiento con INF-PEG/RBV en pacientes coinfectados por el VIH/VHC.

Rivero-Juárez A.¹, Di Lello F.², Caruz A.³, Camacho A.¹, Neukam K.², Herrero R.³, Pérez-Camacho I.⁴, Torre-Cisneros J.¹, Pineda J.A.², Rivero A.³.

(1) Hospital Universitario Reina Sofía (IMIBIC), (Córdoba). (2) Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (3) Universidad de Jaén, (Jaén). (4) Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: Se ha demostrado el efecto del genotipo de IL28B sobre respuesta viral sostenida (RVS) tanto en pacientes mono infectados por VHC como coinfectados por el VIH. Recientemente, se ha descrito que variaciones en el gen del receptor de la lipoproteína de baja densidad (LDLr) predice RVS, y se ha sugerido, que LDLr e IL28B tienen un efecto sinérgico sobre RVS. Aquí, evaluamos el efecto de las variaciones en LDLr e IL28B sobre la cinética viral del VHC tras las primeras semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV en pacientes coinfectados por VIH y por genotipo 1 del VHC.

Método: Se incluyeron en el estudio pacientes coinfectados por VIH/VHC genotipo 1, naïve para el tratamiento con INF-PEG/RBV. Se determinó la carga viral del VHC en el momento basal y en las semanas 1, 2 y 4 tras inicio del tratamiento. Se calculó el descenso de la carga viral del VHC por genotipo de IL28B (CC vs. no-CC) y LDLr (CC vs. no-CC) entre basal y las semanas 1, 2 y 4. Adicionalmente, se analizó el efecto del genotipo de LDLr sobre la cinética viral precoz del VHC entre los pacientes con genotipo CC de IL28B (CC/CC vs. CC/no-CC).

Resultados: Noventa y dos pacientes coinfectados por VIH/VHC con genotipo 1 fueron incluidos en el estudio. La distribución de los pacientes según genotipo de IL28B fue de 34 (36,9%) CC y 58

(63,1%) no-CC. Treinta y cinco (38%) pacientes portaban genotipo no-CC de LDLr, mientras que 57 (62%) presentaban genotipo CC. Los pacientes con genotipo CC de IL28B presentaron un descenso mayor de la carga viral en la semana 1 ($1,06 \pm 0,89$ vs. $0,48 \pm 0,48$ log IU/mL, $p=0,009$), semana 2 ($1,36 \pm 0,72$ vs. $0,77 \pm 0,66$ log IU/mL, $p=0,01$) y semana 4 ($1,91 \pm 0,64$ vs. $1,38 \pm 0,96$ log IU/mL, $p=0,03$). Del mismo modo, el genotipo CC de LDLr se asoció a un mayor descenso de la carga viral del VHC en la semana 1 ($0,73 \pm 0,836$ vs. $0,37 \pm 0,54$ log IU/mL, $p=0,042$), en la semana 2 ($1,16 \pm 0,97$ vs. $0,68 \pm 0,81$, $p=0,027$) y semana 4 ($1,81 \pm 1,27$ vs. $1,3 \pm 1,14$, $p=0,06$). Por otro lado, entre los pacientes con genotipo CC de IL28B, los portadores del genotipo CC de LDLr presentaron un mayor descenso de la carga viral, que los pacientes con no-CC, en todos los puntos estudiados (semana 1: $1,18 \pm 0,67$ vs. $0,31 \pm 0,21$, $p=0,003$; semana 2: $1,55 \pm 0,77$ vs. $0,93 \pm 0,69$, $p=0,027$; y semana 4: $2,23 \pm 1,01$ vs. $1,5 \pm 1,07$, $p=0,031$).

Conclusiones: El genotipo de LDLr tiene un alto impacto en la cinética viral del VHC durante las primeras semanas de tratamiento con INF-PEG/RBV. Nuestros resultados sugieren un efecto sinérgico entre los genotipos de IL28B y LDLr en el descenso viral de VHC en respuesta al tratamiento.

CO-07 Desarrollo y optimización de métodos estandarizados para la detección de la infección por citomegalovirus y de la respuesta inmune específica frente a citomegalovirus.

Blanco-Lobo P, Ben-Marzouk O.J., Cordero E., Pérez-Romero P.

Instituto de Biomedicina de Sevilla. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La infección por CMV es la principal complicación infecciosa tras el trasplante de órgano sólido (TOS). En estudios recientes hemos demostrado que la monitorización de carga viral y respuesta inmune específica frente a CMV son vitales para el manejo de pacientes TOS, especialmente en pacientes de alto riesgo. El objetivo de este estudio fue el diseño de métodos estandarizados para la monitorización de carga viral por PCR en tiempo real y medir la respuesta inmune específica frente a CMV de células T.

Métodos: Para la PCR en tiempo real diseñamos primers y sonda específicos, frente a una zona altamente conservada de la región US28 y se determinó: Concentración de primers; Concentración de la sonda; Optimización de la temperatura de hibridación; Determinación de estándares referentes a eficiencia del ensayo, curva de regresión (R²), exponencialidad de la curva; Variabilidad inter- e intra-ensayo; Linealidad del ensayo (rango dinámico); Límite de detección (LOD) y límite de cuantificación (LOQ); Reacción cruzada con otros virus. Para determinar la producción de IFN-g en respuesta a CMV se seleccionaron las células-T CD8+ con un anticuerpo anti-CD8 en placa de 96 pocillos que posteriormente fueron estimulados con 1 mg/ml de una mezcla de péptidos PepMix HCMV pp65 and PepMix HCMV IE-1 (JPT Peptides Technologies GmbH). Tras la lisis celular se evaluó por ELISA de captura la producción de IFN-g. Los resultados obtenidos fueron comparados con los obtenidos por citometría de flujo.

Resultados: La PCR mostró una mayor efectividad con concentraciones de primers directo, reverso y sonda a 100, 300 y 50 nM respectivamente. El

rango dinámico obtenido fue de 7 log₁₀ (rango 16-107 copias), con la curva [$y = -3,362x + 39,57$] y R²=0,991, y una variabilidad intra- e inter-ensayo de 1.6% y 2.55%, respectivamente. La pendiente obtenida se incluyó en el rango ideal de -3,6 a -3,1, y la eficiencia, calculada con la ecuación $E = [10^{(-1/m)}] - 1$, fue igual a 0,98. El límite de detección de la técnica fue de 16 copias. La respuesta inmune específica frente a CMV se analizó en un total de 25 muestras de ellas 10 muestras fueron positivas para la inmunidad celular frente a CMV medida por citometría de flujo, con un número de células T CD8+ productoras de IFN-g superiores a 10 células/ml de sangre. La producción de IFN-g en estas muestras fue superior a 0.1 pg/ml utilizando ELISA, estableciéndose como punto de corte para muestras con inmunidad positiva aquellas con una concentración de IFN-g superior a 0,1 pg/ml de sangre. Además el ELISA fue capaz de detectar la inmunidad celular en 3 horas comparado con las 8 horas necesarias para la citometría de flujo.

Conclusiones: La PCR en tiempo real específica de CMV es un método sensible capaz de detectar sólo 16 copias de ADN CMV, lo que supone una mejora para la monitorización de pacientes TOS especialmente aquellos de alto riesgo. La técnica de ELISA para la detección de la respuesta inmune de células T específicas frente a CMV permite una identificación rápida y menos costosa respecto a la citometría de flujo, por lo que podría ser utilizada como herramienta de intervención en la práctica clínica.

CO-08 Diseño y validación de una PCR en tiempo real para la detección precoz de superficies colonizadas por *Acinetobacter baumannii* en el entorno hospitalario.

McConnell M.J.*, Pérez-Ordóñez A., Pérez-Romero P., Valencia R., Lepe J.A., Vázquez-Barba I., Pachón J.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva / Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), Hospital Universitario Virgen del Rocío / CSIC / Universidad de Sevilla, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Las infecciones nosocomiales producidas por *Acinetobacter baumannii* multirresistente representan un problema de salud pública de creciente importancia, sobre todo en pacientes críticos admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCIs). En este contexto, los pacientes adquieren estas infecciones a través del contacto con el equipamiento colonizado por *A. baumannii*. Por ello, es importante identificar las superficies colonizadas y llevar a cabo protocolos de esterilización para eliminar las bacterias presentes. Sin embargo, los métodos actuales que se emplean para la identificación de superficies colonizadas requieren entre 48 y 72 horas, ya que se basan en métodos tradicionales de cultivo bacteriano. El objetivo de este estudio fue desarrollar una PCR en tiempo real para la detección precoz de superficies colonizadas por *A. baumannii*.

Métodos: Los cebadores y la sonda (Taqman) para la PCR en tiempo real fueron diseñados frente a una región altamente conservada del gen *ompA* de *A. baumannii*. El límite de detección, rango dinámico y la variabilidad intra- e inter-ensayo de la técnica fueron determinados utilizando ADN genómico de la cepa control *A. baumannii* ATCC 19606. La especificidad de la técnica para detectar *A. baumannii* fue determinada utilizando aislados clínicos de *A. baumannii*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Moraxella catarrhalis*. Para determinar si la PCR en tiempo real era capaz de detectar superficies hospitalarias colonizadas por *A. baumannii*, se recogieron 100 muestras de dos UCIs (n=50 superficies/UCI). Las muestras fueron utilizadas para la detección de

A. baumannii empleando en paralelo el método tradicional de cultivo bacteriano y el método de PCR en tiempo real diseñado.

Resultados: El límite de detección de la PCR en tiempo real fue de 6,8 copias de ADN de *A. baumannii*, con un rango dinámico de 9 log₁₀ de copias de ADN, y una variabilidad intra- e inter-ensayo de 0,8% y 1,32%, respectivamente. La técnica fue capaz de detectar ADN de *A. baumannii* en todos los aislados clínicos probados (n = 20), mientras que no amplificó otras especies bacterianas utilizadas, indicando que el método es específico para *A. baumannii*. La PCR en tiempo real fue capaz de detectar las superficies colonizadas en las UCIs en 4 horas comparado con las 48 horas necesarias para los cultivos bacterianos tradicionales. La sensibilidad de la PCR en tiempo real comparado con el cultivo bacteriano fue del 100%, con un valor negativo predictivo del 100%. Además, ya que la PCR en tiempo real es capaz de cuantificar el número de copias de ADN, se demostró que las superficies colonizadas contienen una mediana de 13.798 copias de ADN bacteriano/superficie (rango intercuartil: 2.185 – 25.092).

Conclusiones: La PCR en tiempo real específica para la detección de *A. baumannii* es capaz de detectar precozmente superficies hospitalarias colonizadas. El uso de esta técnica podría permitir la identificación rápida de la colonización por *A. baumannii* en el equipamiento que necesitará ser esterilizado, y prevenir la transmisión de este patógeno en el entorno hospitalario.

CO-09 Efecto de la combinación de colistina con rifampicina o tigeciclina en la aparición in vitro de resistencia a colistina en *Acinetobacter baumannii*.

Praena Segovia J*, López Rojas R, Domínguez Herrera J, Pachón J.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Instituto de Biomedicina de Sevilla, IBIS/Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla/CSIC.

Fundamentos y Objetivos: *Acinetobacter baumannii* presenta una creciente frecuencia como causante de infecciones graves intrahospitalarias con elevada morbi-mortalidad, presentando altas tasas de resistencia a los antimicrobianos utilizados en clínica. Colistina (COL) es una de las últimas alternativas terapéuticas disponibles, presentando tasas de sensibilidad cercanas al 100%. Debido al uso cada vez más extendido de COL, se han declarado brotes causados por cepas COL-resistentes que, aunque esporádicos, son cada vez más frecuentes. Nuestro objetivo es estudiar la prevención de resistencia a COL en *A. baumannii* mediante la combinación de COL con rifampicina (RIF) o tigeciclina (TIG).

Material y Método: Se utilizó la cepa estándar *A. baumannii* ATCC 19606. Se determinaron las concentraciones mínimas inhibitoria y bactericida (CMI y CMB) de COL, RIF y TIG según el método de microdilución en caldo del Clinical Laboratory Standard Institute. Se estudió la selección de colonias resistentes a COL mediante curvas de letalidad, realizadas por duplicado (curvas primera y segunda) donde un inóculo inicial de *A. baumannii* (5×10^5 ufc/ml) se incubó con COL únicamente y en combinación con RIF o TIG a concentración igual a 1xCMI y a la concentración máxima (Cmax) alcanzada en suero en humanos con dosis terapéuticas estándares. Se cuantificó la concentración bacteriana a las 0, 24, 48 y 72 horas en placas de agar-sangre y en placas con COL (4 µg/ml), para seleccionar colonias COL-resistentes. En dichas colonias resistentes se evaluó la estabilidad de la resistencia mediante pases seriados en placas de agar-sangre libres de antibiótico durante 5 días consecutivos.

Resultados: CMIs/CMBs (mg/l): COL 0,25/0,25; RIF 2/4; TIG 0,12/0,12. Selección de colonias resistentes a COL: a una concentración de COL de 1xCMI, se obtuvieron colonias resistentes a la misma a las 24, 48 y 72 horas. En combinación con 1xCMI de RIF no se seleccionaron resistentes y se erradicó el inóculo inicial. La combinación con 1xCMI TIG no generó colonias resistentes, si bien el inóculo no fue erradicado en las 72 horas. Con una concentración de COL igual a la Cmax en humanos, no aparecieron colonias resistentes y el inóculo inicial fue erradicado. Las combinaciones de COL más RIF o COL más TIG a una concentración igual a la Cmax obtenida en humanos, no generaron resistencias y el inóculo inicial fue erradicado en las 72 horas. En el estudio de la estabilidad de la resistencia a COL en las colonias resistentes, se produjo una pérdida de resistencia a COL en las colonias obtenidas en la primera curva de letalidad tras 5 pases en placa sin presión antibiótica, mientras que en las obtenidas en la segunda curva, la resistencia a COL permaneció estable.

Conclusión: Nuestros resultados demuestran que la aparición de resistencia in vitro a colistina en *Acinetobacter baumannii* puede ser evitada usando colistina en combinación con rifampicina o tigeciclina. Estos resultados nos autorizan a evaluar dichas combinaciones en modelos animales de infecciones.

CO-10 Mortalidad de la colonización respiratoria frente a la infección por *Acinetobacter baumannii* en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Álvarez Marín R.*¹, Gutiérrez Pizarra A.¹, Márquez Vácaro J.A.², López Rojas R.³, Lepe Jiménez J.A.¹, Amaya Villar R.², Díaz Martín A.², Pachón Díaz J.^{1,3,4}

(1) Unidad Clínica Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. (2) Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. (3) Instituto de Biomedicina de Sevilla. (4) CSIC. Universidad de Sevilla.

Fundamentos y Objetivos: *Acinetobacter baumannii* es un colonizante frecuente de la vía respiratoria y agente causal de infección respiratoria en pacientes con ventilación mecánica (VM). La relevancia clínica de la colonización por *A. baumannii* en estos pacientes no es conocida. Por otra parte, existen resultados controvertidos en cuanto a la mortalidad de la neumonía asociada a ventilación mecánica y la bacteriemia subsecuente por *A. baumannii*. Los objetivos del estudio son: 1. Evaluar la mortalidad de la colonización respiratoria versus la neumonía por *A. baumannii* en pacientes con VM. 2. Evaluar el impacto de la bacteriemia en la mortalidad de paciente con neumonía por *A. baumannii*.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes. Criterios de inclusión: adultos con VM más de 48 horas y aislamiento de *A. baumannii* en aspirado traqueobronquial (ATB). Tamaño muestral: 50 pacientes colonizados y 50 con infección respiratoria. Variables independientes: edad, sexo, motivo de ingreso, índice de Charlson, APACHE II a la intubación, antibioterapia previa, shock séptico, fracaso renal agudo o fracaso multiorgánico, y fechas de extubación, alta de UCI y exitus, en su caso. Además, en pacientes infectados, presencia de bacteriemia y día de debut de la infección. Variable dependiente: mortalidad a los 30 días del primer aislamiento de *A. baumannii* en pacientes colonizados y del debut de la infección en infectados. Análisis: Pruebas de asociación bivalente; análisis de supervivencia (Kaplan-Meier y regresión de Cox).

Resultados: Los pacientes colonizados y los infectados fueron similares en edad (medianas [años] 63, 43-70 vs. 52, 44-70), sexo (61% varones), Charlson (1, 0-2), APACHE II (17, 13-20) y estancia en UCI (28 días, 16-52). La VM duró 21 días (12,3-33,3) en infectados frente a 15,5 (9,3-30) en colonizados ($p=0,07$). La mortalidad fue igual en ambos grupos, con 13 (26%) fallecidos. Hubo 9 casos de bacteriemia entre los pacientes infectados, existiendo diferencia significativa de mortalidad entre este grupo y el de infectados sin bacteriemia (66,7% vs. 17,1%, $p<0,05$). En pacientes con infección, la bacteriemia fue el único factor de riesgo asociado a mortalidad (HR 5,3; IC5% 1,69-16,63; $p=0,004$). En pacientes colonizados, los factores de riesgo de mortalidad seleccionados fueron el índice de Charlson (HR 1,54; IC95% 1,13-2,09; $p=0,006$) y el fracaso renal agudo (HR 4,43; IC95% 1,13-17,31; $p=0,033$).

Conclusiones: La mortalidad de la colonización respiratoria por *A. baumannii* es igual a la de la infección en pacientes sometidos a VM, en pacientes con enfermedad subyacente grave. 2. La bacteriemia es el único factor de riesgo asociado a mortalidad en la infección respiratoria por *A. baumannii* en la VM, por lo que una intervención terapéutica precoz y apropiada podría disminuir la mortalidad en estos pacientes.

CO-11 Epidemiología y pronóstico de la Infección Urinaria Alta Complicada producida por cepas productoras de BLEE.

Márquez I.^{*1}, Buonaiuto V.¹, Villalobos A.², Mediabilla C.³, Joya C.⁴, Plata A.¹, Delgado M.¹, Orihuela F.¹, Jiménez-Oñate F.¹, Castaño MA.¹, Colmenero J.D.¹.

(1) Servicios de Enfermedades Infecciosas. (2) Medicina Interna. (3) Microbiología. (4) Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Carlos Haya, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: La incidencia de Infección Urinaria producida por uropatógenos productores de BLEE ha aumentado en los últimos años. Existen datos que apuntan hacia un peor pronóstico de estas infecciones. Sin embargo, la información acerca del pronóstico de la Infección Urinaria Alta Complicada (ITUAC) producida por este tipo de patógenos es muy escasa. El objetivo del presente estudio ha sido analizar los factores epidemiológicos y el pronóstico de la ITUAC producida por microorganismos productores de BLEE.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el que se han incluido 698 pacientes mayores de 14 años diagnosticados de ITUAC según los criterios de la IDSA, en los que se dispuso de estudio de BLEE del agente responsable de la infección. Tras el análisis descriptivo global, se han comparado las distintas variables epidemiológicas clínicas y pronósticas de los pacientes con ITUAC producida por microorganismos productores de BLEE (ITUAC-BLEE) y el resto de pacientes.

Resultados: La edad del conjunto de la muestra fue de 59,6 + 18,1 años, 461 casos (68%) fueron mujeres, 393 (56,3%) tenían patología urológica estructural o funcional, 230 (33%) eran diabéticos, 82 (11,7%) padecían algún tipo de inmunosupresión, 53 (7,6%) había sufrido instrumentación urinaria en los 15 días previos, 49 (7,6%) portaban sonda permanente y 18 (2,5%) catéter de nefrostomía o doble J. En 30 pacientes (4,3%) la infección era de adquisición nosocomial y en 436 (62,5%) se trataba

del primer episodio de ITU alta. La duración de los síntomas fue de 5,5 + 6,5 días, 55,5% de los casos tuvieron bacteriemia, 252 pacientes (36,1%) desarrollaron sepsis grave, 107 (15,3%) shock séptico, 13 (1,9%) foco secundario de sepsis y 100 (14,3%) requirieron ingreso en UCI. La estancia hospitalaria fue de 11,9 + 9,2 días y la mortalidad atribuible del 5,3%. Del conjunto de la muestra 92 casos (13,2%) fueron producidos por una cepa productora de BLEE; 59,8%, *Escherichia. Coli* y 15,2% *Klebsiella-Enterobacter spp.* Todas estas cepas fueron sensibles a meropenem. Las ITUAC-BLEE fueron significativamente más frecuentes en varones; RR 2,2 (IC 95%; 1,4-3,4), pacientes con antecedentes de ITUAC previa; RR 2,2 (IC 95%; 1,5-3,2), inmunodeprimidos; RR 1,9 (IC 95%; 1,1-3,4), con instrumentación urinaria previa; RR 2,3 (IC 95%; 1,1-4,5), portadores de sonda permanente; RR 4,1 (IC 95%; 2,1-7,7), sin síndrome miccional; RR 2,2 (IC 95%; 1,5-3,3). Los pacientes con ITUAC-BLEE tuvieron más riesgo de sufrir shock séptico RR 1,6 (IC 95%; 1,05-2,8) y tuvieron una mortalidad atribuible más elevada; 8,7% versus 4,8%.

Conclusiones: La incidencia de ITUAC-BLEE es considerable. Su frecuencia es significativamente mayor en varones, pacientes con ITUAC previa, inmunodeprimidos, con instrumentación urinaria previa, portadores de sonda permanente y sin síndrome miccional. El espectro etiológico de la ITUAC-BLEE no difiere de las demás ITUAC. Por tener un pronóstico más grave, en tanto se identifica y define la sensibilidad del agente causal de la ITUAC, el tratamiento de los pacientes de más riesgo debería basarse en un carbapenem.

CO-12 Estudio clínico y epidemiológico de un brote de sarampión en adultos en la provincia de Granada.

Badiola J.¹, Ruiz-Ruigómez M.¹, Gálvez R.¹, Abarca B.², Vinuesa D.¹, Muñoz L.¹, Martínez-Pérez M.A.¹, Parra-Ruiz J.*¹, Hernández-Quero J.¹.

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas. (2) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario San Cecilio, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa, considerada una infección no grave en el primer mundo y patrimonio casi exclusivo de los niños. A pesar del incremento paulatino de los casos comunicados en adultos, presumiblemente por una disminución de la vacunación, existen muy pocos datos acerca de la presentación clínica y la evolución de esta enfermedad en adultos. El objetivo de este trabajo fue, por tanto, describir las características clínicas y epidemiológicas de un brote acontecido en la provincia de Granada.

Material: Tras la identificación de los primeros casos se diseñó un estudio de recogida prospectiva de todos los casos en adultos mayores de 14 años. Todos los casos confirmados mediante pruebas de laboratorio que ocurrieron entre Octubre de 2010 y Marzo de 2011 fueron incluidos. La confirmación analítica se realizó mediante la determinación de PCR en una muestra faríngea.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes, de los que fueron confirmados mediante PCR 75 pacientes. De ellos, 42 fueron varones (55%) con una edad media de 27 años (15-48), de los que 55 (73%) nunca habían sido vacunados. Precisaron atención en el Servicio de Urgencias Externas del hospital 57 pacientes, de los que 26 (46%) precisaron ingreso hospitalario. Seis pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos por fracaso respiratorio agudo. La estancia media fue de 4 días (rango 2-14). La

principal causa de hospitalización fue neumonía (12 pacientes) seguido de intensa disfagia que imposibilitaba la ingesta oral (5 pacientes). En el momento de su atención en el SUE, todos los pacientes presentaban fiebre y exantema, 43 (75%) con intensa conjuntivitis, 38 (66%) manchas de Koplik, 38 (66%) con náuseas y vómitos, 14 (25%) con elevación de las cifras de creatinina (>1,2 mg/dL) y un paciente con mielitis transversa. Durante el seguimiento 6 pacientes (11%) desarrollaron una intensa queratitis con reducción de la agudeza visual que se resolvió con esteroides sistémicos. La mayoría de los pacientes (70%) presentaron alteración de las cifras de transaminasas con una media de 175 IU/L (± 142). No existieron diferencias significativas en función del sexo. El análisis Univariado identificó la edad > 20 años ($p=0,015$, OR:3,6 IC95%: 1,4-9,3) y el estado vacunal ($p=0,02$, OR 2,5 IC 95% 1,3-5,1) como predictores de existencia de complicaciones digestivas y renales. El estudio multivariado identificó la edad > 20 años como único predictor independiente de existencia de complicaciones ($p=0,003$ OR: 8,8 IC95% 4,3-12,5).

Conclusiones: La erradicación del sarampión es un objetivo lejos de alcanzarse. Aquellos pacientes con edad superior a 20 años deben ser especialmente vigilados porque la tasa de complicaciones en este grupo de edad es significativamente superior.

CO-13 Endocarditis protésicas tratadas sólo con antibióticos. ¿Cuándo operar?

Plata A., Reguera J.M., Ivanova R., Noureddine M., García-Cabrera E., Hidalgo-Tenorio C., Gálvez-Acebal J., de la Torre-Lima J., Lomas JM., Ruiz J., Martínez-Marcos F.J., de Alarcón A.

GEICV-SAEI (Grupo para el Estudio de la Infección Cardiovascular de la SAEI).

Fundamentos y Objetivos: La endocarditis infecciosa protésica (EP) es una entidad de manejo médico-quirúrgico donde la indicación absoluta de cirugía es controvertida en endocarditis protésica precoz (EPP) y aun más en endocarditis protésicas tardías (EPT). Analizamos las EP donde no se realizó cirugía para conocer sus características, factores asociados con la mortalidad y su relación con la cirugía con el fin de conocer qué subgrupo de esta entidad podría beneficiarse de intervención quirúrgica.

Material y Métodos: Análisis de los casos de endocarditis protésica no intervenidas quirúrgicamente de una serie de endocarditis recogidas de manera prospectiva en siete hospitales andaluces (1984-2009). Los pacientes fueron generalmente visitados por el mismo grupo de médicos a lo largo de los años.

Resultados: De 1240 endocarditis, 261 (21%) eran protésicas y de ellas 140 (53%) no se intervinieron quirúrgicamente. De estas 140, la edad media fue 61.8±14 años, con similar afectación valvular (Aórtica 45%, Mitral 45%) e importantes comorbilidades (Charlson ajustado edad 4,44±2,99). El 32,1% fueron EPP y 95 el 67,9% EPT. Etiología: *S. coagulasa* negativo 25,2%, *Streptococcus spp* 25%, *E. faecalis* 14% y *S. aureus* 9%. Las complicaciones graves en Ecocardiografía (insuficiencia moderada-severa, absceso o fistula): 35%. Complicaciones clínicas: Embolismos 35% (20% embolismos SNC), nueva insuficiencia renal 31.9%, Insuficiencia cardíaca: 39,3%, sepsis grave/shock séptico: 13,6%. En lo referente a la cirugía eran enfermos muy complejos (Euroscore log 34,3±22%

de mortalidad) y según la presentación en sesión médico-quirúrgica: 55.4% casos la cirugía no era necesaria (no complicaciones en ECO, no fracaso cardiaco, etc...), 25% de los casos propuesta pero desestimada (comorbilidades, inestabilidad del paciente, mal pronóstico...) y 19,4% no fue planteada por el médico responsable (importantes comorbilidades o deterioro muy importante del enfermo). Mortalidad global: 33,6% (35,5% EPP, 32,6% EPT). Según la decisión médico-quirúrgica fallecieron el 11% de los que no se consideró necesaria, el 51% de los que se propusieron pero no se realizaron y el 73% de los que no se plantearon. Los factores relacionados con la mortalidad fueron: Germen causal *S. aureus*, Charlson ajustado edad mayor de 4, neoplasia, complicaciones graves en ecocardiograma, fallo cardiaco grado III o IV, embolismos, insuficiencia renal aguda y shock séptico. También alcanzó significación estadística la relación entre la mortalidad y la decisión quirúrgica

Conclusiones: Tanto la EPP como la EPT no intervenidas quirúrgicamente tienen una alta mortalidad (mayor del 30%) La presencia de *S. aureus*, embolismos, complicaciones en ecocardiograma y fracaso ventricular izquierdo grado III o IV se relacionan con la mortalidad en EP no intervenidas por lo que debemos plantear cirugía en estos casos siempre que sea posible. En nuestra serie existe buena correlación entre la decisión quirúrgica (no precisa cirugía, cirugía propuesta pero desestimada y no propuesta) y la mortalidad, por ello es necesario grupos médico-quirúrgicos "especializados" en endocarditis para tomar la decisión más correcta.

CO-14 Pronóstico de las infecciones de prótesis articulares de acuerdo al manejo médico-quirúrgico y a la adherencia de las recomendaciones publicadas.

Del Toro M.D.¹, Nieto I.¹, Nuño E.², Palomino J.³, Guerrero F.⁴, Corzo J.⁵, del Arco A.⁶, Lomas J.M.⁷, Natera C.⁸, Fajardo J.M.⁹, Delgado J.¹⁰, Torres-Tortosa M.¹¹, Romero A.¹², Martín-Rico P.¹³, Muniain M.A.¹, Rodríguez-Baño J.¹, y Grupo de Estudio de Infección de Prótesis Articular de la SAEI.

(1) Hospital Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Hospital Virgen de la Victoria, (Málaga). (3) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla). (4) Hospital Puerta del Mar, (Cádiz). (5) Hospital Valme, (Sevilla). (6) Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga). (7) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (8) Hospital Reina Sofía, (Córdoba). (9) Hospital Infanta Elena, (Huelva). (10) Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, (Sevilla). (11) Hospital Punta de Europa, Algeciras, (Cádiz). (12) Hospital Puerto Real, (Cádiz). (13) Hospital Carlos Haya, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: Existe un gran debate acerca del tratamiento óptimo de la infección de prótesis articular (IPA) debido a que no existen estudios comparativos que evalúen los diferentes procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, basado en estudios observacionales y opiniones de expertos, se han publicado una serie de recomendaciones para el tratamiento de estas infecciones. El propósito de este trabajo es evaluar de manera retrospectiva la validez de una serie de recomendaciones (basadas en los algoritmos publicados) adoptadas en el seno del grupo de estudio de infección de prótesis articular de SAEI.

Material y Métodos: Entre octubre de 2006 y octubre de 2010 se incluyeron prospectivamente 256 pacientes con IPA procedentes de 13 hospitales andaluces que se trataron con tratamiento quirúrgico y antibioterapia. Se definió la IPA con los criterios habituales y se clasificaron según los criterios de Tsukayama modificados. Se comparó el manejo quirúrgico realizado en cada hospital con el recomendado en los algoritmos. Para ello los casos de IPA se categorizaron en dos grupos: 1) tratamiento quirúrgico realizado de acuerdo a los protocolos, o terapia más agresiva (por ejemplo retirada protésica si estaba recomendado un desbridamiento); 2) tratamiento menos agresivo (por ejemplo, desbridamiento si estaba recomendada la retirada protésica). Se definió la curación como ausencia de signos y síntomas clínicos de infección, PCR menor de 10 mg/L, y ausencia de signos radiológicos de infección al menos tras 12 meses de seguimiento. Las variables categóricas se compararon con el test de la χ^2 o test exacto de Fisher.

Resultados: De las 256 IPA incluidas, 69 fueron agudas postquirúrgicas, 122 crónicas y 27 hematógenas (tasas de fracaso: 33,3%, 23,8%, 33,3%; $p=0,25$). En las IPA tratadas con desbridamiento fracasaron más las infecciones crónicas (52% vs 33%; $p=0,027$), y en las tratadas con retirada de la prótesis fracasaron más las agudas (35% vs 11%; $p<0,008$). En el 85% de los casos se siguieron las recomendaciones de tratamiento quirúrgico. Las tasas de fracaso global fueron mayores cuando no se siguieron las recomendaciones (54% vs 23%; $p<0,001$). Se analizaron por separado los 5 hospitales que aportaron más de 20 casos. La adecuación del manejo quirúrgico a los protocolos fue: hospital A, 83%; B, 97%; C, 86%; D, 89%; E, 80%. La adherencia al tratamiento se asoció a menores tasas de fracaso que la no adherencia al mismo: hospital A, 33% vs 64%; B, 18% vs 100%; C, 10,5% vs 33%; D, 19% vs 50%; E, 4% vs 33%. El fracaso del tratamiento médico-quirúrgico no se relacionó con una antibioterapia de menos de 6 semanas de duración (21% vs 27,5%) ni con la utilización de rifampicina (27% vs 28%).

Conclusión: La adhesión a las recomendaciones quirúrgicas parece que mejora el pronóstico de las IPA, pero su validez en esta serie deberá completarse con una evaluación más exhaustiva de la adherencia a las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano.

CO-15 Liberación antibiótica desde sustitutos óseos impregnados en antibióticos.

Gálvez R.¹, Peña A.², Tomás-Jiménez C.³, Antelo R.⁴, Anguita-Santos F.¹, Garrido J.⁴, Moliz J.⁵, Hernández-Quero J.¹, Parra-Ruiz J.¹.

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas. (2) Servicio de Microbiología. (4) Servicio de Cirugía Traumatológica y Ortopedia. Hospital Universitario San Cecilio, (Granada). (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía, (Murcia).

Fundamento y Objetivos: En el tratamiento de las osteomielitis los sustitutos óseos son de elección sobre el cemento óseo para el tratamiento de los defectos óseos secundarios a la cirugía por sus propiedades de integración, evitando una nueva cirugía para la retirada del material. Muy poco se conoce acerca de la capacidad de liberación de los antibióticos desde estos sustitutos óseos por lo que nos propusimos valorar la cinética de liberación de varios antibióticos frecuentemente empleados en el tratamiento de las osteomielitis.

Métodos: Un sustituto óseo de sulfato cálcico, ChronOS inject TM (Synthes Inc) y concentraciones al 10 y 20% (peso ATB/peso sustituto óseo) se mezclaron manualmente para conseguir esferas de 0,5 cm de diámetro. Cada una de las esferas se colocó en una placa con 24 pocillos y se rellenoó con 1 mL de PBS. El medio se recambió a las 0,5-1-2 y 4 horas el primer día, y posteriormente cada 24 horas hasta completar 28 días. Las muestras se almacenaron a -21°C hasta su determinación. Los antibióticos evaluados fueron vancomicina (VAN), daptomicina (DAP), oxacilina (OX), moxifloxacino (MOX), rifampicina (RIF), cefotaxima (CTX), cefepime (FEP), gentamicina (GM); amoxicilina ácido clavulánico (AmC), meropenem (MER) y ertapenem (ERT). La determinación de la concentración en cada una de las alicuotas se realizó mediante HPLC. La actividad antimicrobiana del líquido se determinó utilizando un bioensayo con *M luteus* y *E coli*.

Resultados: La liberación de los antibióticos siguió un curso bifásico con un pico de liberación muy precoz, alcanzando el máximo a las 4 horas, para posteriormente presentar un descenso progresivo de las concentraciones hasta el día 28. La pendiente de este descenso varió entre los diferentes antibióticos, siendo más pronunciada para DAP, MEM, ERT, CTX y OX, cuyas concentraciones desaparecieron tras 5-7 días, y más aplanada para VAN, FEP, RIF, MOX y GM, que presentaron concentraciones detectables, superiores a 4 mg/L. Finalmente, la adición de antibiótico alteró las propiedades físicas del sustituto óseo con respecto al control sin ATB, fragmentándose las muestras con ATB.

Conclusiones: Los sustitutos óseos impregnados en RIF, FEP, VAN, MOX y GM demostraron una liberación alta y continuada de antibiótico durante 28 días mostrándose como una opción en el tratamiento de las osteomielitis con defectos óseos.

CO-16 Anoscopia de alta resolución (AAR) con biopsia como test de screening para Ca. Anal en HSH.

Trastoy M.*, Fontillón M., Sánchez Aguera M., Ortega C., López Cortés L., Leal M., Rivas I., Sánchez E., Viciano P.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La citología anal, prueba recomendada para el screening de lesiones de alto grado en mucosa anal en varones, presenta buena especificidad pero su sensibilidad es baja. La determinación de VPH-HR, recomendada para el screening de carcinoma de cervix en población femenina VIH-, parece no resultar significativa en varones debido a su alta prevalencia. Objetivo: valorar la rentabilidad de la biopsia anal por anoscopia de alta resolución (AAR) en paciente HSH para el screening de displasia anal de alto grado.

Métodos: Desde enero hasta septiembre de 2011, a todos los pacientes HSH citados para screening de cáncer anal, se les realizó AAR, tinción con ácido acético y biopsia con pinzas tipo Thischler en la zona que, macroscópicamente, presentara: fragilidad capilar, desestructuración, mosaicismo, placas, punteado o condilomas. Se consideró neoplasia intraepitelial de alto grado (NIA-AG) el diagnóstico histológico de AIN II o AIN III/Ca In-Situ. Además se realizó citología en base líquida (clasificación por Bethesda 2001) y se analizó la presencia de serotipos de alto grado de HPV. Se realizó análisis estadístico descriptivo y análisis de concordancia por índice Kappa.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes HSH, con edad 38.8 ± 10.3 años. $CD4 600 \pm 232$ cel/ml. El 24,6% eran NAIVE y el 75,4% en TAR. Tiempo desde el diagnóstico de VIH: $6,7 \pm 6,8$. El 81,3% presentaban HPV HR (media $3,1 \pm 2,0$ serotipos diferentes). Los serotipos HR más prevalentes fueron: 16 (36%), 18 (17%), 39 (16%), 45 (15%), 53 (15%), 58 (16%) y 59 (18%). La presencia de lesión intraepitelial (de

cualquier grado) es significativamente superior ($p=0,04$) en los pacientes con HPV-HR (prevalencia de displasia: 52,1%) que en los que no (prevalencia de displasia: 25%). No se apreciaron diferencias significativas en el riesgo de desarrollar displasia, entre la presencia de un serotipo de HPV-HR u otro. Citologías: HSIL 16 (9,4%), LSIL 64 (37,4%), ASCUS 24 (14,1%) y No patológicas 54 (31,6%). Biopsias: se informaron como NIA-AG 27 (15,8%) (50% AIN II y 50% AIN III), como NIA-BG 63 (36,9%) (67% AIN I y 33% Condilomas) y sin alteraciones relevantes 60 (35,1%). El 35,2% de los pacientes con citología normal tuvieron una biopsia patológica (AIN en cualquier grado)

Conclusiones: 1. Utilizando como prueba de screening de Ca Anal la AAR con biopsia, la prevalencia de NIA-AG en pacientes HSH VIH+ es elevada. 2. Utilizando la citología líquida como prueba de screening, y según las recomendaciones actuales de realizar un segundo screening en pacientes con ASCUS, LSIL o HSIL, sería necesario realizar biopsia en más del 60% de los pacientes. 3. Más del 35% de los pacientes con citología normal tuvieron, sin embargo, una biopsia patológica. 4. Los resultados sugieren la necesidad de utilizar la AAR con biopsia de manera rutinaria en nuestras consultas en el 100% de los pacientes.

CO-17 Valor de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del virus del papiloma humano (VPH) en el despistaje de la neoplasia intraepitelial anal (AIN) de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) infectados por el VIH.

Rivero Rodríguez M.*, Hidalgo Tenorio C., Gil Anguita C., Arenas Miras M., Pasquau Liaño J., López Ruz M.A., García Vallecillos C., López de Hierro M., Concha López A., López Castro R., García Pérez I.

Hospital Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: La incidencia de cáncer anal en la población HSH VIH positivos es muy superior a la población general (140 vs 1/100.000 habitantes/año). La aparición de un carcinoma anal va precedido de lesiones consideradas premalignas, subsidiarias de un tratamiento precoz y menos agresivo. Las recomendaciones actuales sobre cómo realizar el screening son heterogéneas y no tienen en cuenta el papel del VPH en la evolución de dichas lesiones. Objetivos: Evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN de la PCR VPH en el despistaje de la neoplasia intraepitelial anal en pacientes HSH VIH positivos. Comparar la diferencia del coste al asociar la PCR de VPH al screening.

Métodos: Estudio prospectivo de 3 años de duración en pacientes HSH VIH+, previa firma de consentimiento informado. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos, y se procedió a la toma de muestras del canal anal mediante 2 torundas de algodón: 1 para estudio citológico (citología en capa fina), y otra para detección de serotipos de VPH mediante PCR. Los resultados de la citología se clasificaron empleando el sistema Bethesda: normal, indeterminado o ASC, lesiones intraepiteliales anales de bajo grado (LSIL), o de alto grado (HSIL). Los serotipos de VPH se clasificaron según el riesgo oncogénico: alto riesgo (AR) o bajo riesgo (BR). Toda anomalía citológica distinta de HSIL, y/o resultado positivo para un VPH AR, se repetía por segunda vez a los 6 meses. Las lesiones HSIL, la persistencia de un serotipo de AR y/o anomalía citológica se remitieron a una exploración mediante rectoscopia con tinción de ácido acético al 5%, y posterior biopsia. Los resultados histológicos se clasificaron como normal, AIN de bajo grado (AIN1), de alto grado (2,3), carcinoma in situ o extramucoso.

Resultados: Se incluyeron 139 HSH VIH+, con una edad media de $36\pm 9,5$ años, el 34% tenían antecedentes de condilomatosis perianal, la media de parejas sexuales en el último año fue de $8,8\pm 26,4$, usaban preservativo un 69%, fumaban un 53%, tenían antecedentes de ETS un 51%, el tiempo medio de diagnóstico de VIH fue de $50,7\pm 60,7$ meses, la media del nadir fue $432,32\pm 262,65$, y un 30% eran naives. Los resultados procedentes de la citología fueron: normal 35/125 (28%), ASC 25/126 (19%), LSIL 66/126 (52%), HSIL 0%. Los resultados de VPH: AR 80/115 (69,5%), BR 82/115 (71%), mixta 54/115 (47%). El serotipo hallado con mayor frecuencia fue el 16 (20%). Resultados procedentes de biopsia: normal 15/49 (30%), AIN1 23/49 (47%), AIN2/3 8/49 (16%), CC in situ 3/49 (6%). La predicción de AIN de cualquier grado y cc in situ para la citología presentó una S=71%, una E=47%, VPP=68%, VPN 47%. Para la PCR AR: S=25%, E=77%, VPP=76%, VPN=32%. Para la biopsia obtenida mediante rectoscopia: S=75%, E=78%, VPP=89%, VPN=57%. El coste completo del estudio fue de 350€/paciente/año.

Conclusiones: La citología anal de forma aislada muestra una baja especificidad (47%), añadir la determinación de PCR VPH AR aporta un incremento del 30%, lo cual evitaría un número excesivo de exploraciones en estos pacientes, por lo que proponemos la realización de ambas pruebas de forma complementaria a la hora de plantear el screening de AIN.

CO-18 La persistencia de genotipos oncogénicos del VPH a nivel de la mucosa anal como único factor de riesgo en la aparición de neoplasia intraepitelial de alto grado (II, III) y Carcinoma, en pacientes VIH-HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

Hidalgo Tenorio C., Rivero Rodríguez M., Gil Anguita C., López Castro R., Concha A., López del Hierro M., Palma P., López Ruz M.A., Rosario J., Pasquau Liaño J.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Objetivos: Analizar la prevalencia de los genotipos de virus papiloma humano (VPH), AIN II y III, y Carcinoma de canal anal en una cohorte prospectiva de pacientes VIH HSH del sur de España; así, como las variables que se asocian con la aparición de dichas lesiones y genotipos de VPH oncogénicos; el tiempo de progresión de lesiones bajo a alto grado, y el resultado tras la escisión de las lesiones.

Material y Métodos: Estudio prospectivo de cohortes (dic 2008-sept 2011) compuesto por pacientes HSH-VIH positivos procedentes de una Unidad de Enfermedades Infecciosas, incluidos de forma consecutiva tras firma de consentimiento informado. En la visita basal se recogían datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, y se tomaban 2 muestras de la mucosa del canal anal: una para realización de PCR de VPH, y otra para citología. Las siguientes visitas se hacían en función de la citología y PCR así: si la Citología era normal y la PCR de VPH negativa se repetían ambas al año; si la Citología era LSIL o ASCUS, y/o PCR de VPH oncogénicos era positiva se repetían ambas pruebas a los 6 meses. Realizábamos rectoscopia en caso de: citología con HSIL; y si dos tomas las citologías mostraban LSIL o ASCUS, y/o serotipos de VPH oncogénicos. A los pacientes diagnosticados de AIN I se les hacía seguimiento semestral. La clasificación citológica empleada fue la de Bethesda, y la histológica de Richardt.

Resultados: 139 pacientes fueron incluidos de forma consecutiva. 108/119 (90,7%) de pacientes estaban colonizados por VPH; 79/119 (66,4%) por genotipos de bajo grado, 79/119 (66,4%)

alto grado, y 53/119 (44,5%) alto y bajo grado de malignidad. Los genotipos más prevalentes fueron el 6 (16), 16 (28), 18 (16), 51 (16) y 108 (16). De las 41 rectoscopias realizadas: 3/41 (7,3%) normales, 24/41 (58,53%) AIN I, 14/41 (34,2%) pacientes con lesiones de alto grado y/o carcinoma (9 AIN II, 4 AIN II, 6 C. in situ, 1C extramucoso). 3/24 (12,5%) progresaron de AIN I a lesiones de alto grado en $6 \pm 6,7$ meses (5-15 meses). En el seguimiento de las lesiones de alto grado la cito a ciegas fue diagnóstica en 2/6 (33,3%), y la citología mediante rectoscopia 5/6 (83,3%). Hasta el momento se han realizado 14 escisiones, 2 sin bordes libres, 5 pacientes recidivaron con la misma lesión en $4,5 \pm 2,7$ meses, y 5 presentaron nuevas lesiones escamocelulares en $9,6 \pm 7,5$ meses (3-22 meses). La única variable asociada con lesiones de alto grado fue la persistencia de VPH oncogénicos $p=0,02$; y con la persistencia de genotipos oncogénicos Cd4 más bajos (534 ± 238) ($p=0,06$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes VIH HSH la colonización por VPH es muy elevada, donde hasta un 34% en los que se sospechaba neoplasia intraepitelial anal resulta confirmamos que era de alto grado, lo que se asociaba con la persistencia de genotipos oncogénicos, y esto a su vez con niveles más bajos de CD4 en el momento del estudio. La progresión de lesiones de bajo a alto grado se produjo en un intervalo de 5 a 15 meses, con recidivas en casi la mitad de los casos y con nueva aparición de lesiones a los nueve meses y medio de la intervención.

CO-19 Elevada prevalencia de hipertensión pulmonar (HP) en una cohorte de pacientes con infección VIH asintomáticos.

Moreno T., Pérez I., Isasti G., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: Aunque la infección por el VIH se considera un factor de riesgo de HP, existen pocos datos sobre HP en pacientes con infección por el VIH en la era del TARGA. Se ha estimado una prevalencia de HP asociada al VIH en torno al 0,5% en los países desarrollados, pero puede ser mayor dado que la mayoría de los estudios no incluyen pacientes asintomáticos. El ecocardiograma transtorácico (ETT) podría ser una prueba de cribado. El objetivo de nuestro estudio es analizar la prevalencia de HP en una cohorte de pacientes con infección por el VIH asintomáticos y los factores asociados.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte consecutiva de pacientes ambulatorios con infección por el VIH en seguimiento regular. Un único ecocardiografista realizó los ETT (GE Vivid S6) e interpretó los resultados en tiempo real en base a las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. Se definió HP como una presión sistólica pulmonar (PSP) >41 mmHg. En los casos sin regurgitación tricuspídea, se calculó la presión media pulmonar (PMP) por el tiempo de aceleración del flujo pulmonar y se consideró HP una PMP >25 mmHg. Se realizó un cuestionario sobre disnea (clasificación de la NYHA). Se analizó la relación entre HP y factores de riesgo cardiovascular, datos demográficos y epidemiológicos, situación inmunoviológica y exposición al TAR. Programa estadístico: SPSS.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes; 85,2% eran varones, edad media 46,3 años, tiempo medio desde el diagnóstico de la infección por el VIH 123,7 meses y 27,6% cumplían criterios de caso de sida; 95,4% estaban con TAR y 92,5% de ellos tenían carga viral indetectable. La media de linfocitos CD4 era 544/mm³. Se diagnosticaron de HP 5 casos (2,6%), con una media de PSP de 42,6 mmHg y 14 (7,3%) estaban en zona gris (PSP 36-40 mmHg), con una media de PSP de 37,3 mmHg. Los pacientes con HP eran mayores (56,2 vs 46,0 años; p=0,01) y llevaban más tiempo en TAR (149,3 vs 83,0 meses; p=0,03); no hubo diferencias en el tiempo desde el diagnóstico de la infección por el VIH, el nadir de CD4, la proporción de pacientes con carga viral indetectable, de coinfección por el VHC, diabetes, hipertensión arterial o dislipemia.

Conclusiones: La prevalencia de HP es elevada en esta cohorte de pacientes asintomáticos. Los únicos factores asociados a la HP fueron la edad y el tiempo de exposición al TAR. El ETT puede ser útil como prueba de cribado.

CO-20 Uso de tratamiento empírico combinado en una cohorte de bacteriemias. Estudio multicéntrico bacteriemias SAEI-SAMPAC.

Retamar P.*¹, López-Prieto M.D.², Portillo M.M.¹, Natera C.³, Nuño E.⁴, Herrero H.⁵, del Arco A.⁶, Muñoz ⁷, Téllez F.⁸, Torres M.⁹, Martín A.¹⁰, Pérez-Cortés S.², Moya R.¹¹, Corzo J.¹², León L.¹³, Martínez M.A.¹⁴, Arroyo A.¹⁵, Rodríguez-Baño J.¹, Grupo de Bacteriemias SAEI-SAMPAC.

(1) Hospital Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Hospital de Jerez. (3) Hospital Reina Sofía, (Córdoba). (4) Hospital Virgen de la Victoria, (Málaga). (5) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla). (6) Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga). (7) Hospital de Ronda. (8) Hospital de la Línea, (Cádiz). (9) Hospital Punta de Europa, Aljéceras, (Cádiz). (10) Hospital Puerta del Mar, (Cádiz). (11) Hospital de Antequera. (12) Hospital de Valme, (Sevilla). (13) Hospital Torrecárdenas, (Almería). (14) Hospital San Cecilio, (Granada). (15) Hospital Jaén, (Jaén).

Fundamentos y Objetivos: Es difícil encontrar el equilibrio entre un tratamiento empírico adecuado (TEA) y el uso redundante de antimicrobianos. En este contexto existe controversia en el beneficio del tratamiento empírico combinado (TEC). Nuestro objetivo fue estudiar el impacto del TEC en la adecuación del tratamiento en función de la epidemiología, características clínicas y etiología de una cohorte de bacteriemias (BC).

Material y Métodos: Análisis de los casos de BC de la cohorte prospectiva del proyecto multicéntrico Bacteriemia SAEI/SAMPAC (15 hospitales andaluces) entre el 15/10/2006 y el 15/12/2006. Se consideró TEC cuando se utilizó más de un antimicrobiano simultáneamente en las primeras 24 horas. Se consideró TEA cuando se utilizó al menos un antimicrobiano activo frente al microorganismo aislado (según CLSI 2006) en las primeras 24 horas y a las dosis habituales. La variable resultado fue el TEA. Se realizó un análisis de la asociación de TEC y TEA estratificado en función de la adquisición, el origen, el grado de sepsis, la presencia de neutropenia y la etiología de la BC. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de chi cuadrado o de Fisher, según procediera.

Resultados: Se incluyeron 801 episodios. El 36%, 287, presentaron TEC. Se utilizó un betalactámico (BL) más quinolonas (QN) en 62 episodios (22%), BL más glicopéptido (GP) en 78 (27%), BL más aminoglicósidos (AG) en 58 (20%) y otras combinaciones en 88 (31%). De manera global el

TEC se asoció con mayor frecuencia a TEA que la monoterapia (MT) (80% vs 72%; $p=0,02$). El uso de TEC se asoció con una mayor frecuencia de TEA que la MT en las BC nosocomiales (77% vs 64%; $p=0,02$), de origen desconocido (82% vs 64%; $p=0,01$), de origen en catéter (76% vs 54% $p=0,01$), endocarditis (94% vs 57%; $p=0,03$), en BC en servicios quirúrgicos (90% vs 75% TEC; $p=0,002$), en pacientes con sepsis no grave (80% en vs 70%; $p=0,01$), BC por GRAM positivos (81% vs 50% ; $p<0,001$), en pacientes con BC por *S. aureus* (94% vs 57% ; $p=0,03$) y BC por *estafilococos coagulasa* negativo (74% en TEC vs 43% en no TEC; $p=0,001$). En pacientes neutropénicos la mejora en la adecuación con TEC no fue significativa (88% en TEC vs 71% en MT; $p=0,2$). La frecuencia de TEA considerando las distintas combinaciones fue del 72% para BL+QN, 89% para BL+GP, 85% para BL+AG y 77% para otras combinaciones.

Conclusiones: En nuestra cohorte el uso de de TEC no mejoró el TEA de BC ocasionadas por bacilos gramnegativos ni particularmente en los ocasionados por microorganismos multirresistentes. Los episodios que se beneficiaron de su uso fueron los ocasionados por microorganismos Gram positivos, de orígenes en los que estos patógenos son mayoritarios y en situaciones clínicas no graves. Medidas encaminadas a mejorar la orientación del tratamiento empírico en estas situaciones evitaría el uso redundante de antimicrobiano sin menoscabo en la adecuación del mismo.

CO-21 Papel de daptomicina en el tratamiento de la bacteriemia por SARM: análisis preliminar de una cohorte prospectiva multicéntrica.

López-Cortés L.E.*¹, Velasco C.¹, de Cueto M.¹, Caballero F.J.¹, Gil-Bermejo J.M.², Lepe J.A.², Corzo J.E.³, Natera C.⁴, Reguera J.M.⁵, Omar M.⁶, Martín-Aspas A.⁷, Nuño E.⁸, Lomas J.M.⁹, Fernández-Rivera J.¹⁰, Vergara S.¹¹, Palmero S.¹², Pascual A.¹, Pachón J.², Rodríguez-Baño J.¹.

(1) Hospital Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla). (3) Hospital Virgen de Valme, (Sevilla). (4) Hospital Reina Sofía, (Córdoba). (5) Hospital Carlos Haya, (Málaga). (6) Complejo Hospitalario Jaén, (Jaén). (7) Hospital Puerta del Mar, (Cádiz). (8) Hospital Virgen de la Victoria, (Málaga). (9) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (10) Hospital San Juan de Dios, Bormujos, (Sevilla). (11) Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (12) Hospital Torrecárdenas, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: El tratamiento con vancomicina de la bacteriemia por SARM (BSARM) se ha asociado a elevadas tasas de mortalidad en el caso de cepas con CMI >1 µg/ml. Existe escasa información comparativa sobre la eficacia de daptomicina en este contexto, y específicamente, en cepas con sensibilidad disminuida a vancomicina. Los objetivos de este estudio fueron conocer las variables asociadas a peor pronóstico en el día 14 de la BSARM y valorar el impacto sobre el mismo del tratamiento con daptomicina.

Métodos: Estudio observacional con una fase retrospectiva (36 casos) y otra prospectiva (99 casos) de las BSARM diagnosticadas en adultos de 12 hospitales andaluces entre 2008 y 2011. Test de Chi cuadrado o de Fisher para variables cualitativas y test de U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. En el caso de los análisis comparativos entre tratamientos, se excluyeron los fallecidos en las primeras 48 horas y las bacteriemia de origen respiratorio.

Resultados: Se incluyeron 132 casos, siendo 40 (30%) de ellos mujeres con una edad media de 63±16 años. Mortalidad cruda en el día 14: 20.5% (27/132). Variables asociadas a peor pronóstico: edad ≥65 años (p=0,08), origen de la bacteriemia (p=0,46), desarrollo de sepsis grave o shock séptico (p=0,09). El tratamiento empírico inadecuado se asoció a peor pronóstico en el día 14 [11/18 (61,1%) vs 3/23 (13%), p=0,01], aunque sólo en pacientes con sepsis grave o shock séptico. Prevalencia de cepas con CMI a vancomicina >1 µg/ml (E-test): 40%. Los casos producidos por cepas con CMI a vancomicina >1 µg/ml no mostraron mayor

mortalidad en el día 14 (p=58). Tratamientos dirigido de primera elección: vancomicina (57, 46%), daptomicina (26, 20%), linezolid (23, 19%) y teicoplanina (11, 9%). El tratamiento con daptomicina se asoció a pacientes con Pitt score ≤2 (p=0,04), insuficiencia renal crónica (p=0,03), portadores de prótesis vascular y/o articular (p=0,09) y pacientes con endocarditis (p=0,37); su empleo no fue significativamente superior en el caso de cepas con CMI a vancomicina >1 µg/ml (p=0,51). Se detectaron 42 bacteriemias persistentes, de las cuales 10 (24%) fueron tratadas con daptomicina. Mortalidad cruda en el día 14 en bacteriemias tratadas con daptomicina frente al resto de tratamientos: 1/26 (3,8%) vs 13/84 (15,5%), p=0,12. Mortalidad en BSARM tratadas con daptomicina frente a vancomicina: 1/26 (3,8%) vs 7/47 (14,9%), p=0,14. En cepas con CMI a vancomicina >1 µg/ml, la mortalidad en BSARM tratadas con daptomicina frente al resto fue 0/12 (0%) vs 4/31 (12,9%), p=0,19. En las tratadas con daptomicina frente a vancomicina fue 0/12 (0%) vs 1/12 (8,3%), p=0,30.

Conclusiones: El tratamiento empírico inadecuado se asoció a peor pronóstico en pacientes en situación de sepsis grave o shock séptico. Las BSARM producidas por cepas con sensibilidad disminuida a vancomicina no se asociaron a mayor mortalidad. El 21% de las BSARM fueron tratadas con daptomicina, sin que su utilización fuera significativamente mayor en cepas con CMI a vancomicina >1 µg/ml. Es necesario ampliar el tamaño muestral de nuestra serie para poder obtener conclusiones más sólidas respecto al papel de daptomicina en la BSARM.

CO-22 Resultados de un programa de intervención precoz en pacientes con bacteriemia en un hospital de segundo nivel: impacto sobre mortalidad.

Del Arco A.*¹, Olalla J.¹, de la Torre J.¹, Prada J.L.¹, Blázquez A.¹, Montiel N.², Jiménez A.³, García Alegría J.¹.

(1) Unidad Medicina Interna. (2) Unidad de Microbiología. (3) Unidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: La bacteriemia y la sepsis pueden condicionar una creciente morbimortalidad. La actuación precoz con tratamiento antibiótico optimizado puede disminuir la mortalidad. El objetivo del estudio es analizar el impacto sobre mortalidad tras la implantación de un programa de intervención precoz en pacientes con bacteriemia/sepsis.

Métodos: Desde julio de 2008 existe un programa multidisciplinar para la intervención precoz en pacientes con hemocultivos positivos en el hospital HCS. Se trata de un grupo transversal formado por facultativos del grupo de enfermedades infecciosas-MI y Microbiología. Los hemocultivos positivos son notificados de forma precoz desde Microbiología en reunión conjunta con el grupo de infecciosas-MI. Se realiza una búsqueda de todos los pacientes así como una entrevista con el facultativo responsable del paciente, realizándose una valoración para la optimización del tratamiento. El resultado de la intervención se transcribe en un informe clínico en la historia informatizada del paciente.

Resultados: Se realizó un estudio comparativo de tres períodos de 15 meses, uno de ellos pre-intervención y un segundo y tercero post-intervención. Se analizó la mortalidad del GRD 584 (septicemia) tanto de la unidad de Medicina Interna (MI) como del resto de especialidades. Los resultados analizados fueron nº de altas con este diagnóstico, nº de muertes, mortalidad observada, mortalidad esperada y muertes evitadas. La mortalidad esperada es una tasa en función de la gravedad de los pacientes y en comparación con

un estándar nacional 2009. Durante la fase pre-intervención en número de altas por este GRD en MI fue de 63, el número de muertes de 20, la mortalidad observada de 31,7 y la esperada de 37,8. Durante la fase post-intervención el número de altas por GRD fue de 103 en primer período, número de muertes 43, la mortalidad observada 33 y la esperada de 60,4 mientras que en el segundo período el número de altas fueron 118, el número de muertes de 38 con una mortalidad observada de 32,2 frente a una mortalidad esperada de 66,9. En el global de especialidades durante la fase pre-intervención el número de altas fue 92, número de muertes 25, mortalidad observada de 27,2 frente a una mortalidad esperada de 34,9. Los resultados en el primer período post-intervención fueron: número de altas 148, número de muertes 46, mortalidad observada 31,1 frente a mortalidad esperada de 51,8. En el segundo período post-intervención el número de altas fue 150, el número de muertes 56, mortalidad observada de 37,3 frente a la mortalidad esperada de 65,4. Destaca un incremento en el número de muertes evitadas en los períodos post-intervención 1º y 2º frente al período pre-intervención tanto en MI (28,2 y 41,6 frente a 3,8) como en todas las especialidades (30,7 y 42,1 frente a 7,1).

Conclusión: La existencia de programas de intervención precoz en pacientes con bacteriemia, condicionan una rápida y adecuada optimización de tratamiento antimicrobiano. La existencia de dichos programas integrados en la labor asistencial contribuye a incrementar el número de muertes evitadas en pacientes con *bacteriemia/sepsis*.

CO-23 Resultados de un programa de intervención sobre pacientes con bacteriemia oculta dados de alta en el servicio de urgencias.

Del Arco A.*¹, de la Torre J.¹, Olalla J.¹, Prada J.L.¹, Fernández F.², Blázquez A.¹, Montiel N.², García Alegría J.¹.

(1) Grupo de Enfermedades Infecciosas-Medicina Interna. (2) Unidad de Microbiología. Hospital Costa del Sol. Marbella, (Málaga).

Fundamento y Objetivo: La realización de hemocultivos en el servicio de urgencias es una práctica frecuente; sin embargo, en ocasiones los pacientes no ingresan y con frecuencia no se realiza un control evolutivo de estos pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto evolutivo de estos pacientes tras la implantación de un programa de intervención y localización de pacientes en domicilio con hemocultivos positivos extraídos en el servicio de urgencias.

Métodos: Desde julio de 2008 existe un programa multidisciplinar para la intervención precoz en pacientes con hemocultivos positivos en el hospital HCS. Se trata de un grupo transversal formado por facultativos del grupo de Enfermedades Infecciosas-MI y Microbiología. Los hemocultivos positivos son notificados de forma precoz desde Microbiología en reunión conjunta con el grupo de Infecciosas-MI. Se realiza una búsqueda de todos los pacientes incluyendo los que se encuentran en domicilio tras alta después de valoración en el servicio de urgencias. En estos casos se procede a contacto vía telefónica con el paciente o familiar directo. Según situación clínica se procede a aconsejar ingreso hospitalario, cambio de tratamiento o extensión del mismo.

Resultados: Entre el 1 de agosto de 2009 y 1 de enero de 2011 se localizaron 90 pacientes mayores de 14 años con hemocultivos positivos en domicilio. Por sexo fueron 54 varones y 36 mujeres. Rango de edad entre 19 y 94 años. 50 pacientes tenían edad superior a 65 años. En 27 pacientes además

tuvieron urocultivo positivo, 32 casos negativo y en 34 no se solicitó. En 51 casos se consideraron bacteriemia de adquisición comunitaria, 6 casos de adquisición nosocomial y en 33 estaba relacionada con la atención sanitaria. Los principales microorganismos fueron *E coli* en 31 pacientes, otras enterobacterias 11 casos, *Pseudomonas aeruginosa* 2, *Staphylococcus aureus* 8 (6 meticilinsensible y 2 meticilin-resistente), *Staphylococcus coagulasa* negativo (> 2 frascos de toma diferente) 22 casos, *Enterococcus fecalis* 3, *S mitis* 3 casos, *S agalactiae* 2 casos y otros 2 casos del grupo *S viridans*, microorganismos anaerobios 4 casos (*Peptoestreptococcus*, *Fusobacterium* y *Bacteroides sp*), *Candida albicans* en 2 casos. Respecto a la evolución, se aconsejó ingreso hospitalario en 38 casos, 46 casos no ingresaron y en 6 fue imposible el contacto telefónico. En 37 pacientes se realizó cambio de antibiótico, 30 no hubo modificaciones y 23 se amplió la duración del mismo. La evolución final se desconoce en los 6 casos que no se pudo contactar, 1 falleció durante el ingreso y el resto sobrevivieron a los 30 días de la bacteriemia.

Conclusiones: La implantación de programas de identificación y control de pacientes con bacteriemia oculta en urgencias en la labor asistencial permite la recuperación de forma precoz de los pacientes que precisan ingreso hospitalario y en cualquier caso la optimización del tratamiento antibiótico. En nuestra serie, la mortalidad tras la intervención precoz es muy baja.

CO-24 Un Grupo de Expertos en Antibioterapia es una iniciativa institucional que puede mejorar la prescripción de antibióticos en el hospital.

Pasquau J.*¹, Hidalgo-Tenorio C.¹, Aznarte P.², Castaño J.³, Sampedro A.⁴, Santos J.L.⁵, Rosales M.⁶.

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas. (2) Servicio de Farmacia. (3) Servicio de Cuidados Intensivos. (4) Servicio de Microbiología. (5) Servicio de Pediatría, Sección Enfermedades Infecciosas. (6) Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: La promoción de una mejora en el uso de los Antibióticos se ha convertido en un objetivo prioritario de la infectología. Queremos comunicar nuestra experiencia en el abordaje institucional de este problema desde un grupo de expertos específicamente constituido para este objetivo.

Métodos: Análisis del proceso de consolidación de un Grupo de Expertos para la Optimización de la Antibioterapia (GOA) en el nivel hospitalario, y de los resultados conseguidos en tres años de trabajo.

Resultados: El GOA fue una iniciativa de la Unidad de Infecciones, auspiciada por la Junta Facultativa del Hospital, con el acuerdo de la Dirección Médica y el Servicio de Farmacia, configurada como una Subcomisión de las Comisiones de Infecciones y Farmacia, constituida por 7 facultativos (un Coordinador Infectólogo y un miembro de los siguientes Servicios: Unidad de Infecciones -2º miembro-, Farmacia, Medicina Intensiva, Microbiología, Medicina Preventiva y Pediatría) y que se ha reunido con una periodicidad semanal. Además de asumir la responsabilidad sobre la admisión de los nuevos antimicrobianos, se han planteado 8 líneas de trabajo prioritarias y se han asignado responsables específicos para cada una, con los siguientes objetivos: 1) Reducir de la duración de la antibioterapia, 2) Acelerar la administración de antibióticos en la Sepsis Grave, 3) Elaborar un Mapa Microbiológico Local operativo, 4) Asesorar al prescriptor a través del programa electrónico de prescripción de Farmacia, 5) Difundir

propuestas en el Hospital, 6) Elaborar una Guía Local Complementaria de Antibioterapia para su presentación en los servicios del hospital, 7) Actuar sobre problemas concretos detectados por los miembros del GOA o cualquier otro facultativo y 8) Colaborar con Farmacia en la búsqueda y difusión de prescripciones eficientes. Tras 3 años, el GOA ha conseguido resultados beneficiosos objetivables en todos los objetivos planteados: aprobación de todos los nuevos antimicrobianos comercializados, recorte significativo de la duración de la antibioterapia donde se ha intervenido, reducción del gasto global en antibióticos por primera vez en la historia del hospital (-285.830 € de enero a septiembre entre 2010 y 2011), ligera mejoría en la evolución de las resistencias bacterianas y la edición del protocolo asistencial de la Sepsis Grave, de un Mapa Microbiológico Local operativo, de 3 mensajes automatizados en el programa de prescripción electrónica, 4 Boletines con mensajes y propuestas dirigidos a todos los facultativos del hospital, y la Guía local de Antibioterapia, que se va a llevar a discutir por todos los Servicios del Hospital -todo en papel y en la página Web-. Se han hecho 4 Sesiones Hospitalarias con propuestas del GOA, se ha habilitado un espacio propio en la página Web del Hospital y se ha consolidado una reunión mensual con la Dirección Médica.

Conclusiones: El GOA es una iniciativa institucional y colaborativa, liderada por Infectólogos, que está siendo efectiva y eficiente para la optimización de la Antibioterapia en el Hospital.

CO-25 Influencia del tratamiento antirretroviral sobre la progresión de la esteatosis hepática observada en biopsias secuenciales de pacientes infectados por VIH/VHC.

Cifuentes C.^{1,2}, Macías J.^{1,2}, Berenguer J.³, Japón M.A.^{2,4}, Girón-González J.A.⁵, Rivero A.⁶, López-Cortés L.^{2,4}, Moreno A.⁷, Márquez M.⁸, Iribarren J.A.⁹, Mira J.A.^{1,2}, Merchante N.^{1,2}, Pineda J.A.^{1,2}.

(1) Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). (3) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, (Madrid). (4) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). (5) Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz). (6) Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). (7) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (Madrid). (8) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga). (9) Hospital Donostia, (San Sebastián).

Fundamentos y Objetivos: La esteatosis hepática (EH) es un problema importante en los pacientes infectados por el VIH. De hecho, puede provocar esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis e incluso hepatocarcinoma. El tratamiento antirretroviral (TAR) y los trastornos metabólicos pueden inducir EH en estos pacientes. En los pacientes coinfectados por VIH/VHC, la EH puede asociarse a una progresión más rápida de la fibrosis y una peor respuesta a los tratamientos que incluyen interferón. Sin embargo, se ha observado un efecto protector del TAR sobre la progresión de la EH en un estudio sobre biopsias pareadas. Por estos motivos, evaluamos los cambios en la EH y los factores predictivos de progresión de la EH en biopsias secuenciales de pacientes infectados por VIH/VHC.

Métodos: En este estudio retrospectivo se incluyeron 146 pacientes infectados por VIH/VHC con RNA-VHC plasmático detectable y con dos biopsias hepáticas separadas al menos por un año. La EH se evaluó de modo centralizado por un único patólogo siguiendo la clasificación de Brunt: 0, ausencia de esteatosis; 1, al menos un 33% de hepatocitos con esteatosis; 2, 33-66%; 3, más de 66%. Se definió como la progresión de la EH el incremento en uno o más grados de EH.

Resultados: Ochenta y seis (60%) pacientes presentaron EH basal y 113 (77%) en la segunda biopsia ($p < 0,001$). Se observó una progresión de la EH en 60 (40%) de los pacientes en la segunda biopsia. La progresión de EH a grado 2 ó 3 se

observó en 34 (23%) pacientes. Sólo 11 (8%) pacientes experimentaron una regresión de la EH. La mediana (IQR) del cambio en los niveles de glucosa sérica en ayunas fue de 4,5 (-4, 11,5) mg/dL para los pacientes en los que se observó una progresión de la EH comparado con 1 (-9, 9) mg/dL para los que no se observó progresión de la EH ($p = 0,008$). La mediana (IQR) de exposición (años) al TAR en pacientes con o sin progresión de EH fue: cualquier régimen de TAR: 3,3 (1,6-5,2) vs. 2,7 (1,8-4,1), ($p = 0,181$); 3TC: 2,5 (1,3-3,6) vs. 2,2 (1,2-3,3), ($p = 0,171$); dideoxínucleósidos (ddX): 5 (3-8,7) vs. 1,1 (0,7-1,9) ($p < 0,001$); EFV: 3 (1-4,7) vs. 1 (0,9-2,4) ($p = 0,018$); NVP 0,7 (0,5-0,8) vs. 2 (1-3) ($p = 0,448$). Los factores asociados independientemente con la progresión de EH fueron los niveles de glucemia plasmática en ayunas (por cada incremento de 10 mg/dL, odds ratio [OR] [95% de intervalo de confianza, 95% CI] = 1,4 [1,05-1,8], $p = 0,023$) y la exposición acumulada de ddX (por año, OR (95% CI) = 1,5 [1,2-1,8], $p = 0,001$).

Conclusiones: La gravedad de la EH progresa con frecuencia y la regresión de la EH es inusual en pacientes infectados por VIH/VHC. La exposición acumulada a los ddX y, posiblemente, a EFV son factores asociados con la progresión de la EH. Por ello, deberían priorizarse los fármacos antirretrovirales con menor toxicidad mitocondrial en los sujetos coinfectados por VIH/VHC.

CO-26 Las modificaciones polimórficas del gen del factor de necrosis tumoral alfa (TNF) están asociadas a la progresión a cirrosis en enfermos coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC).

Corchado S., Romero P., Márquez M., Montes-Oca M., Martín-Aspas A., Soto M.J., Guerrero F., Márquez M.J., Girón-González J.A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz).

Objetivo: La progresión de la hepatitis crónica a cirrosis hepática es un proceso complejo en el que están implicados múltiples mediadores inflamatorios y profibróticos. La evolución de la fibrosis hepática a cirrosis está acelerada en enfermos con coinfección por VIH y VHC. El objetivo del presente trabajo fue el análisis del papel de los polimorfismos de genes de moléculas proinflamatorias y antiinflamatorias en la predisposición individual a la cirrosis de enfermos coinfectados por VIH y VHC.

Pacientes y Métodos: Cien enfermos infectados por VIH y VHC con hepatopatía crónica fueron estudiados. Fueron distribuidos en función de que presentaran (n = 50) o no (n = 50) cirrosis hepática. Se excluyeron los casos con infección activa por virus de la hepatitis B. Fueron consideradas variables independientes las características inmunoviroológicas y terapéuticas relacionadas con el VIH y VHC así como los polimorfismos de nucleótido único (PNU) del receptor Toll-Like (TLR) 4 rs4986790, TNF rs361525, interleucina (IL) 6 rs2069840 e IL10 rs1800872. Los datos se proporcionan como media (desviación estándar) y como número absoluto (porcentaje). Se realizaron análisis bivariante y multivariante de los factores asociados a cirrosis hepática. Se consideró significativo un valor p menor de 0,05.

Resultados: La proporción de individuos con carga viral VIH indetectable, infección por genotipos VHC 1 o 4 y el porcentaje de enfermos con respuesta virológica sostenida tras tratamiento anti-VHC fue similar en los grupos de enfermos con cirrosis hepática y hepatitis crónica. En los enfermos con cirrosis hepática, se observó un menor recuento de linfocitos T CD4+ en el momento del diagnóstico (162 + 137 vs 220 + 135, p=0.038), una mayor proporción de enfermos con PNU TNF rs361525 GG vs GA or AA (74 vs 93%, p=0,030) y PNU IL10 rs1800872 CA or AA vs CC (40 vs 63%, p=0,049) en comparación con los hallazgos detectados en enfermos con hepatitis crónica. El análisis multivariante mediante regresión logística demostró que un recuento de linfocitos T CD4 en el momento del diagnóstico menor de 200/mm³ (Exp (B) 2,123, intervalo de confianza 95% 1,02-4,41) y un PNU TNF rs361525 GG (Exp (B) 0,226, intervalo de confianza 95% 0,05-0,95) fueron factores independientes asociados con la cirrosis hepática.

Conclusiones: Un estado de inmunodepresión mayor en el momento del diagnóstico y variantes genéticas de la molécula proinflamatoria TNF se asocian con una mayor probabilidad de cirrosis en enfermos coinfectados por VIH y VHC.

COMUNICACIONES PÓSTERS CON PRESENTACIÓN ORAL

CP-01 Utilidad de T.SPOT.TB para el diagnóstico de tuberculosis latente en un grupo de pacientes autoinmunes.

Arenas Miras M.*¹, Hidalgo Tenorio C.², Jiménez Gámiz P.³, Rivero Rodríguez M.¹, Jarilla Fernández F.¹, Baños Piñero P.¹, Alarcón Blanco P.¹, Jiménez Alonso J.¹.

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada). (2) Unidad de Infecciosos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada). (3) Servicio de análisis clínicos. Sección de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: El diagnóstico de tuberculosis latente en pacientes inmunodeprimidos (incluidos los autoinmunes) es más complicado que en población general, debido entre otros a la enfermedad y tratamientos administrado.

Objetivos: Analizar la concordancia de la técnica de T.SPOT.TB y el mantoux (PPD) en el diagnóstico de tuberculosis latente en pacientes con lupus eritematoso sistémico; así como la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) del T.SPOT.TB y valorar los resultados del T.SPOT.TB tras un tratamiento correcto de tuberculosis latente.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes (Agosto de 2009 a Junio de 2011) que incluyó a pacientes LES según criterios de la ACR (American College of Rheumatology). Realizamos: entrevista personal, recogida de datos referentes a: zona de residencia, trabajos de riesgo para contacto con tuberculosis (TBC), antecedentes de contacto con TBC, antecedentes de vacuna BCG, edad, género, meses diagnósticos de enfermedad, otras enfermedades asociadas, tratamiento actual para el LES, antecedentes de prueba de mantoux o tratamiento previo de tuberculosis latente; control analítico general y de orina, determinación de DNAn, C3, C4, subpoblaciones linfocitarias, mantoux y booster, T.SPOT.TB y radiografía de tórax. Se calculó el SLEDAI y el SLICC. A los pacientes con antecedentes de TBC latente tratada previamente se les aplicó el mismo protocolo.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. 62 (91,2%) fueron mujeres y 6 (8,8%) hombres, con una media de edad de 43,94 años y 132,94 meses de media

de diagnóstico de LES. El 92,6% no tenía trabajos con riesgo de transmisión de TBC, el 94,1% no tenía antecedentes de contacto con TBC y el 80,9% no estaba vacunado, no recordando con certeza la vacunación el 19,1%. El 89,7% pertenecía a la provincia de Granada. La cifra media de SLEDAI fue 2,8 y de SLICC 0,38. La cifra media de linfocitos fue de 1646 linfocitos, con un porcentaje medio de CD4 del 41,9% y de linfocitos B del 10,3%. El 45,58% estaba en tratamiento inmunosupresor. 8 pacientes tenían diagnóstico previo de TBC latente: 5 tuvieron mantoux + y t.spot + y 3 mantoux + y t.spot -. Los resultados de ambas pruebas fueron concordantes en 62,5%. Los 60 pacientes restantes: 52 tuvieron mantoux y t.spot negativos, 1 tuvo mantoux negativo y t.spot indeterminado y 7 mantoux o t.spot positivos, de los cuales 3 presentaron mantoux + y t.spot, 1 mantoux + y t.spot + y 3 mantoux - y t.spot +. Los resultados fueron concordantes en el 88,33%. La sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN del T-SPOT-TB fue del 57,1%, 100%, 100% y 89%.

Conclusiones: La concordancia entre ambas técnicas fue mayor del 80% para pacientes sin tratamiento previo de TBC. Con estos datos, podríamos decir que la técnica nos sirve para descartar la enfermedad tuberculosa latente. Con los datos obtenidos no podemos afirmar que el T.SPOT.TB nos ayude a predecir curación tras la realización de un tratamiento correcto de TBC latente. Necesitamos aún más tamaño muestral para obtener más conclusiones.

CP-02 Despistaje de tuberculosis latente en pacientes candidatos a recibir terapia biológica.

Navarro M.D., Morilla G., Ramírez de Arellano E., Rodríguez Baño J., Domínguez A.

UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Virgen Macarena, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Las nuevas técnicas IGRA (interferon gamma release assays) se basan en el principio de que las células T sensibilizadas de los individuos infectados producen IFN-g al reencontrarse con los antígenos de *Mycobacterium tuberculosis*. Un nivel elevado de IFN-g es indicativo de infección tuberculosa. Los pacientes que precisan terapias biológicas tienen un elevado riesgo de desarrollar determinadas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis (TB). Antes de iniciar el tratamiento, es preciso evaluar los antecedentes personales de tuberculosis, el tratamiento realizado, o contactos recientes con personas que padezcan TB activa. El objetivo de este trabajo fue evaluar un protocolo para el diagnóstico de TB latente utilizando 2 métodos diagnósticos: mantoux (PPD) y un IGRA (Quantiferon® TB Gold In-Tube [QFT]).

Métodos: El protocolo, utilizado en nuestra unidad de Enfermedades Infecciosas para descartar TB latente, consiste en realizar ambas pruebas diagnósticas, PPD y QFT para aumentar la sensibilidad, así como radiografía de tórax, anamnesis completa de síntomas y antecedentes, baciloscopia y cultivo de esputo si procede. Los pacientes a estudiar son derivados por los servicios que utilizan terapias biológicas en su arsenal terapéutico, como Gastroenterología, Reumatología o Dermatología. El PPD se realiza mediante la intradermoreacción de mantoux, considerándose positivo para induraciones mayores de 5mm y la detección de interferón gamma mediante una muestra de sangre a la que se le aplica la técnica de QFT.

Resultados: De enero a septiembre de 2011, se estudiaron 71 pacientes (33 procedían de Gastroenterología, 35 de Dermatología y 3 de Reumatología). A todos se les realizaron ambas pruebas. Las patologías de base más frecuentes fueron psoriasis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y artritis reumatoide. Los resultados globales fueron los siguientes: en 55 (77,4%) obtuvimos datos concordantes: ambas pruebas fueron positivas en 6 pacientes (10,9%) y negativas en 49 (89%). Por el contrario obtuvimos resultados discordantes en 14 pacientes (19,7%): 2 fueron PPD- y QFT+ y 12 fueron PPD+ y QFT-. Dos (2,8%) de los casos tuvieron un resultado indeterminado. En todos los pacientes en los que una o ambas pruebas fueron positivas se indicó tratamiento con isoniazida B6 300mg/día durante 9 meses.

Conclusión: Encontramos un elevado porcentaje de concordancia entre ambas pruebas, lo que confirma que QFT puede ser la única prueba diagnóstica futura, para descartar TB latente. Los casos con discordancia (19,7%) pueden deberse a diversas circunstancias: los pacientes con PPD +y QFT- podrían ser debidos a vacunaciones previas o infección por micobacterias atípicas, y en el caso contrario (PPD- y QFT+) pueden ser falsos negativos del PPD. No obstante, y basándonos en publicaciones recientes, de momento hemos decidido tratar a todos los pacientes en los que existía discordancia, dado el alto riesgo de reactivación tuberculosa en estos enfermos.

CP-03 Marcadores bioquímicos de inflamación y su relación con el tiempo de crecimiento de *M.tuberculosis* complex en cultivo.

Sojo Dorado J.¹, Batista Díaz N.², López Cortés L.E.*¹, Domínguez Castellano A.²

(1) U.G.C. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla).

Objetivo: El crecimiento de *M.tuberculosis* en cultivo es lento y se observan diferencias importantes en los tiempos de detección de la bacteria en el cultivo (Time to Detection; TTD). La medición de esta variable puede ser útil para la planificación de cuidados, predecir la respuesta terapéutica y el tiempo necesario de aislamiento. El objetivo del estudio es analizar los marcadores bioquímicos que influyen en el TTD de *M.tuberculosis* en los cultivos de muestras clínicas previo a la instauración del tratamiento antituberculoso.

Métodos: Estudio observacional (analítico prospectivo) que analiza una cohorte de 30 pacientes de nuestro área diagnosticados de tuberculosis consecutivamente entre noviembre de 2010 y mayo de 2011. En todos los pacientes se determinó el tiempo (en días) que transcurrió desde la siembra de la muestra tomada antes del inicio del tratamiento hasta el crecimiento de la micobacteria en el cultivo (TTD) en medio líquido y en medio sólido y se recogieron diversas variables bioquímicas: PCR, VSG, recuento total de leucocitos y subpoblaciones, plaquetas, hemoglobina, LDH, tasa de filtrado glomerular y niveles de colesterol y triglicéridos. Se analizan la relación del TTD con dichos parámetros bioquímicos usando pruebas de correlación para variables recogidas cuantitativas (*r* de Person y *Rho* de Spearman) y el estadístico Chi cuadrado para variables cualitativas (presencia trombocitosis).

Resultados: El tiempo medio de crecimiento en medio líquido fue de 9,7 (intervalo 3 - 19). En medio sólido el crecimiento fue algo más lento con una media de 18 días (8-28). El valor medio de PCR fue

de 74,4 mg/l; el de VSG de 41,3 mm, el recuento de neutrófilos de 6950/ μ l y los valores de colesterol y triglicéridos de 145,6 mg/dl y 123,8 respectivamente. Se encontró una correlación inversa relevante ($r > 0,3$) y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el TTD (tiempo hasta la detección) y las siguientes variables: PCR en plasma ($r = -0,6$; $p = 0,01$). A mayor PCR menor TTD; VSG en plasma ($r = -0,5$; $p = 0,02$). A mayor VSG menor TTD; Neutrófilos ($r = -0,5$; $p = 0,01$). A mayor número de neutrófilos menor TTD y una correlación directa entre el TTD y las siguientes variables: Linfocitos ($r = 0,6$; $p = 0,00$). A mayor número de linfocitos mayor TTD; Colesterol ($r = -0,06$; $p = 0,00$). A mayor colesterol mayor TTD. Usando la prueba de Chi-cuadrado también se encontró una relación inversa entre la presencia de trombocitosis y el valor del TTD.

Conclusiones: El tiempo de crecimiento de *M.tuberculosis* en cultivo es directamente proporcional al nivel de colesterol en sangre y al recuento de linfocitos e inversamente proporcional a la cifra de PCR, VSG y recuento de neutrofilos. En estudios previos se ha visto que existe una relación directa entre la carga bacilar y el TTD por lo que una elevación de estos últimos marcadores de inflamación y/o el descenso en la cifra de colesterol o linfocitos reflejaría la existencia de una mayor carga bacilar, afectando al tiempo necesario de aislamiento y a la respuesta al tratamiento.

CP-04 Influencia de un episodio de tuberculosis previa en las características y pronóstico de la meningitis tuberculosa.

Roca Oporto C., Luque Márquez R., Sánchez Rivas E., Álvarez Marín R., Alarcón González A., Terrones R.

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos: La recurrencia de la tuberculosis (TB) está bien demostrada en pacientes con infección VIH. Suele relacionarse con abandono precoz del tratamiento aunque ha sido documentada incluso después de completar 9 meses. No conocemos si el primer episodio puede afectar la evolución del segundo episodio cuando se manifiesta como meningitis tuberculosa (MT).

Objetivo: Evaluar la influencia de una episodio previo de TB en el pronóstico de la MT.

Métodos: Estudio retrospectivo de 42 pacientes con MT (20 MT cierta, 4 MT probable, 18 MT posible); 61,9% infectados por VIH. Consideramos recurrencia precoz (RP) < 12m y tardía (RT) > 12m. Para el análisis de las variables relacionadas con mortalidad se realizó el test de U Mann-Whitney y Chi² (corrección Fisher). Se incluyó la variable TB recurrente en un modelo de regresión logística para evaluar su influencia en la mortalidad.

Resultados: 16 pacientes (38,09%) presentaron TB previa (TBp): Pulmonar 10, Osteoarticular 2 (Pott, cadera), SNC 1, Miliar 1 y Diseminada 2. Hubo una RP en 9 casos (mediana 4m; rango 1-10) y una RT en 7 (360m; 24-600). Completaron tto previo 5 casos: Pulmonar 3, SNC 1, Cadera 1. 68,8% (11 casos) eran VIH. No encontramos diferencias en las características clínicas y biológicas de la MT entre los grupos TBp y no TBp. La Rx de tórax

fue patológica en 56,3% con TBp vs 37,5% en el resto (p 0,121). Se consideró MT cierta en 35,5% de casos con TBp vs 53,8% en el resto (p 0,354). Iniciaron tratamiento antituberculoso 93,88% de pacientes con TBp vs 88,5% sin TBp, pero sólo lo completaron 37,5% con TBp vs 50% en el resto (p 0,53). Mortalidad cruda: 56,3% con TBp vs 32% sin TBp (p 0,195); en el subgrupo de pacientes VIH, 63,6% con TBp vs 42,9% sin TBp (p 0,42); en pacientes con RP 66,7% vs 32% en el grupo sin TBp (p 0,11). Mortalidad relacionada: 31,3% con TPp vs 28% sin TBp (p 1); en subgrupo VIH, 27,3% con TBp vs 35,7% sin TBp (p 1). La mortalidad en pacientes con RP fue de 66,7% frente a 42,9% en pacientes con RT;(p 0,61). En un modelo de regresión logística que incluyó como variables independientes edad, sexo, VIH, deterioro del nivel de conciencia, TB diseminada, TBp y la duración del tratamiento, tan sólo haber completado tratamiento durante 9 o más meses se asoció independientemente con el pronóstico (RR; IC 95%: 0,01; 0,00-0,192).

Conclusiones: No observamos diferencias en la presentación de la MT en pacientes con TBp. Detectamos un aumento no significativo de mortalidad por MT entre pacientes con TBp por RP posiblemente atribuible a incumplimiento de tratamiento. Sin embargo en el análisis multivariante, la TBp no se relacionó independientemente con el pronóstico de la MT.

CP-05 Predictores clínicos de candidemia en pacientes no UCI.

Vinuesa D.¹, Ruiz-Ruigómez M.¹, Tomás-Jiménez C.², Gálvez R.¹, Peña A.³, Muñoz L.¹, Martínez-Pérez M.A.¹, Parra-Ruiz J.*¹, Hernández-Quero J.¹.

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas. (3) Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Cecilio, (Granada).
(2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía, (Murcia).

Fundamentos y Objetivos: Las infecciones por *Candida spp.* son cada vez más frecuentes en los pacientes hospitalizados, siendo este microorganismo uno de los más frecuentemente aislados en los hemocultivos. Existen diversos scores predictivos de candidemia en pacientes críticos, si bien se conoce muy poco acerca de los factores relacionados con la probabilidad de candidemia en pacientes no críticos en los que la mortalidad, si bien menor que en pacientes críticos, es elevada. El objetivo del presente trabajo fue identificar las diferencias en las características de los pacientes críticos con candidemia vs pacientes no críticos así como identificar predicadores de candidemia en el grupo de pacientes no críticos.

Material: Revisión retrospectiva de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital con candidemia desde el año 2006 al 2011. Los pacientes con hemocultivo positivo para una bacteria obtenidos en un rango de ± 5 días sirvieron como controles. Los casos y los controles se ajustaron de acuerdo a la planta de hospitalización y características clínicas. Se realizó un análisis de regresión múltiple para identificar los factores de riesgo.

Resultados: Se identificaron 65 pacientes con candidemia (30 UCI y 35 no UCI). Existieron diferencias clínicas significativas entre pacientes UCI y no UCI, aunque no en cuanto a la mortalidad (60% vs 40%, $p=ns$ para pacientes UCI y no UCI,

respectivamente). El análisis univariado identificó el uso previo de esteroides ($p=0,058$ OR 3,2 95% IC 1,10-11,3), uso previo de antibióticos (OR 46 95% IC 20,52-112,91), nutrición parenteral total (OR 36,8 95% IC, 4,51-100,44), existencia de un acceso venoso central (OR 5,07 95% IC 1,77-14,5), cateterización vesical ($p=0,015$. OR 3,63 95% IC 1,32-9,99), acidosis ($p=0,048$. OR: 1,35 IC95% 1,01-1,81) y cirugía abdominal previa ($p=0,006$ OR 7,82 95% CI 1,59-38,47) como factores asociados a la aparición de candidemia. El análisis multivariado los factores independientemente relacionados con la existencia de candidemia fueron el uso previo de esteroides ($p=0,04$), uso previo de antibióticos ($p<0,001$), cirugía abdominal ($p=0,006$) y nutrición parenteral total ($p=0,035$). La probabilidad de candidemia de acuerdo a presentar una combinación de los factores anteriores osciló entre el 12% y 45%. La mortalidad a los 30 días fue del 40% frente a un 17% para los ($p=0,034$. OR, 3,22; 95% IC, 1,06-9,76).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes no UCI con candidemia en nuestra serie fue del 40%, indicando la necesidad de una identificación precoz de estos pacientes para mejorar su pronóstico. Nuestro estudio identifica unos factores fácilmente medibles en la práctica clínica que podrían ayudar a determinar la probabilidad de existencia de candidemia en pacientes no UCI.

CP-06 Factores de riesgo y pronósticos asociados a las bacteriemias por *Pseudomonas aeruginosa*.

Gallardo P., Ruiz-Mesa J.D., Sánchez Morales D., Reguera J.M., Sobrino B., Plata A., Palop B., Porras J., Colmenero J.D.

Hospital Universitario Regional Carlos Haya, (Málaga).

Objetivos: Identificar a los factores de riesgo y pronósticos de los pacientes con bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes adultos, así como el perfil de sensibilidad de los aislamientos.

Métodos: Estudio observacional, realizado entre Enero 2010-Agosto 2011 en H. Carlos Haya, Málaga, en pacientes con bacteriemia por *P. aeruginosa*. Para el estudio de los factores de riesgo y pronósticos sólo se incluyeron los pacientes adultos (>14 años) aplicándose un modelo multivariante de regresión logística. Para el estudio de la sensibilidad a antimicrobianos se incluyeron todos los aislamientos del complejo hospitalario.

Resultados: Se identificaron 92 pacientes con bacteriemia por *P. aeruginosa* (63 adultos y 29 lactantes). La edad media fue 61 años (R: 21-100) y el 57.1% fueron varones. La adquisición de la bacteriemia fue comunitaria en el 19%, relacionada a cuidados sanitarios 51.7% y nosocomial 31%. Un 87.9% presentaron enf. subyacentes: D. Mellitus 21.1%, EPOC 12,3%, Insuf. cardiaca 15,8%, neoplasia sólida 21,1%, neoplasia hematológica 19,3%, trasplante 19,3%, insuf. renal crónica 29,3%, cirrosis hepática 3,5%. Los factores predisponentes identificados fueron haber recibido ATB previo 55.2%, portador CVC 60%, corticoides 47,4%, QT actual 27,6%, inmunosupresores 28,1%, neutropenia 26,3%, cirugía último mes 25,9%, hemodiálisis 17,2%, estancia previa UCI 22,4% y sondaje urinario 46,4%. El origen de la bacteriemia fue vascular 40%, respiratorio 27,6 %, biliar 10.3 %, urinario 8,6%, sin focalidad clara 5,2% y quemaduras 3,2%. La forma de presentación fue

de sepsis (58,2%), sepsis grave (18,2%) y shock séptico (23,6%). El 69,6% recibió tto apropiado y adecuado a la patología 55,8%. La mortalidad cruda y atribuible fue de 36,4% y 29,1% respectivamente. Se asoció de forma significativa con la mortalidad la sepsis ($p<0,01$), sepsis grave/shock séptico ($p<0,001$), neo hematológica ($p<0,04$), quimioterapia ($p<0,02$), corticoides ($p<0,002$) y neutropenia severa ($p<0,02$). En análisis multivariante el factor que presentó significación estadística fue sepsis grave/ shock séptico (OR=26,2; IC del 95%, 2,3-288,9). La tasa de resistencia a ciprofloxacino fue del 12,7%, imipenem 14,3%, meropenem 13,1%, azactam 35%, pip/taz 14,3%, ceftazidima 12,7%, cefepime 11,3%, amikacina 8% y tobramicina 6.3%. Al compararlas entre 2010 y 2011 hubo un aumento de la tasa de resistencia a cipro (1,9% al 20,4%), carbapenem (7,7% al 16,7%) y pip/taz (9,6% al 18,2%). Y al analizarla por grupos de edad, en los lactantes existía mayor resistencia a aminoglucósidos (amik 37,9% y tobra 55,2%).

Conclusiones: Las bacteriemias por *P. aeruginosa* tienen su origen en los cuidados sanitarios en más de la mitad de los casos, predomina el foco vascular y respiratorio. Se asoció de forma significativa a una mayor mortalidad el modo de presentación clínica, no existiendo relación con el tto empírico inadecuado. La tasa de resistencia para ATB de uso habitual frente a *Pseudomonas* en nuestro hospital fue del 10-15%, aunque se ha observado un aumento en el último año para cipro, carbapenem y pip/taz. Sólo en la población pediátrica encontramos resistencia a aminoglucósidos.

CP-07 Factores asociados a la mortalidad de la bacteriemia en pacientes oncológicos.

Martín Rodríguez L.M.*¹, de Miguel Albarreal A.¹, Vergara López S.², Mateos Gómez A.³, Jiménez Sánchez F.J.⁴, López Muñoz M.³, Martín Ponce M.L.¹, Santos Morano J.¹, García García J.A.¹, Gómez Mateos J.M.⁵, Corzo Delgado J.E.⁵

(1) UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) S. de Medicina Interna Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla). (3) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (4) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (5) UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Las complicaciones infecciosas son comunes en pacientes inmunodeprimidos, como son los oncológicos. Entre ellas, la bacteriemia es especialmente relevante por su elevada morbilidad y mortalidad. El objetivo del estudio fue conocer las características clínicas y epidemiológicas, así como los factores asociados a la mortalidad, de las bacteriemias en pacientes oncológicos de nuestro medio.

Métodos: Estudio prospectivo (Abril 2008 a Mayo 2011) de una cohorte de pacientes con cáncer y bacteriemias clínicamente significativas en un hospital universitario de nivel 2. Se analizaron las características demográficas, la patología de base, los factores predisponentes, la etiología microbiológica, el foco origen de la bacteriemia y el pronóstico (mortalidad) de la misma. Las variables categóricas se compararon mediante el test de la Chi cuadrado, utilizando el test de Fisher cuando fue necesario. Las variables numéricas mediante la prueba de t de student o U de Mann-Whitney según se distribuyeran o no como normales.

Resultados: De 1.137 casos incluidos en el programa de bacteriemias de nuestro centro, 304 (26,7%) presentaron una neoplasia como enfermedad de base, de ellos 198 (65%) tuvieron una neoplasia sólida y 106 (35%) una neoplasia hematológica. El 57% fueron varones. La mediana (Q1-Q3) de la edad fue de 66 años (55-75). La

adquisición de la bacteriemia fue de predominio nosocomial (59%) y relacionada con los cuidados sanitarios-no nosocomial (36%). La etiología más frecuente fue *E.coli* (28%), *Stafilococo coagulasa negativo* (ECN) (15%), *Staphylococcus aureus* (10%) (13% de ellos resistentes a meticilina) y *Pseudomonas spp* (8%). Los focos (origen de la bacteriemia) más frecuentes fueron el catéter venoso (22%), abdominal (22%), urinario (11%) y tejidos blandos (8%). Al comparar con el grupo sin neoplasia se observaron las siguientes diferencias más llamativas [n (%)]*. Ver tabla.

Mediante un análisis multivariante la mortalidad global se relacionó (odds ratio; intervalos de confianza del 95%) con un índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (10,3;4,8-21,9), índice Mc Cabe últimamente fatal o rápidamente fatal (6,1;1,4-26,5), etiología por *Pseudomonas spp* (4,1;1,4-12,2) y neutropenia <100 cels/ml (3,2;1,3-7,8).

Conclusiones: Entre las bacteriemias de nuestro centro los pacientes oncológicos constituyen un sector importante (1/4 del total), son preferentemente de adquisición nosocomial y presentan una mortalidad a 30 días considerable (28%). La mortalidad se relaciona con la gravedad clínica de la bacteriemia y de la enfermedad de base, la etiología por *Pseudomonas spp* y una cifra de neutrófilos inferior a 100 cels/ml.

	Neoplasia (n=304)	No neoplasia (n=833)	p
Etiología ECN	46 (15)	66 (8)	0,000
Etiología <i>Pseudomonas spp</i>	25 (8)	41 (5)	0,035
Origen nosocomial	180 (60)	287 (35)	0,000
Antibióticos previos	108 (36)	166 (20)	0,000
Catéter intravenoso	67 (22)	69 (8)	0,000
Mortalidad global a 30 días	84 (28)	140 (17)	0,000

(*) Diferencias más llamativas [n (%)].

CP-08 Perfil del paciente con bacteriemia detectada en el Área de Urgencias que no precisa hospitalización.

De Miguel Albarreal A.*¹, Vergara López S.², Martín Rodríguez L.M.¹, Aller García A.I.³, Martín Ponce M.L.¹, Santos Morano J.¹, Mateos Gómez A.⁴, López Muñoz M.⁴, Jiménez Sánchez F.J.⁵, León Jiménez E.M.³, Gómez Mateos J.M.³, Corzo Delgado J.E.³.

1) UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (3) UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (4) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (5) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced, Osuna, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La bacteriemia detectada en los servicios de Urgencias (SU) habitualmente se sigue de la hospitalización del paciente para su adecuado manejo diagnóstico y terapéutico. Sin embargo, un subgrupo de pacientes sin criterios clínicos de gravedad puede ser seguido de forma ambulatoria, obviando la hospitalización. La caracterización de estos pacientes es interesante a fin de mejorar la calidad de la atención y la propia eficiencia del manejo del proceso séptico. El objetivo del estudio fue conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con bacteriemias detectadas en SU seguidos de forma ambulatoria, con la finalidad de caracterizar al paciente que puede seguirse sin necesidad de ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio prospectivo (Abril 2008-Mayo 2011) de una cohorte de pacientes con bacteriemias detectadas en el SU de un hospital universitario de nivel 2 que no fueron hospitalizados. Se comparó con el grupo de pacientes que sí precisó hospitalización. Se analizaron variables clínico-epidemiológicas, microbiológicas y el pronóstico (mortalidad). Las variables categóricas se compararon mediante el test de la Chi cuadrado o test Fisher y las numéricas mediante t de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: De 663 pacientes con bacteriemias clínicamente significativas detectadas en el SU, 103 (15,5%) no fueron hospitalizados. De ellos, el 47,6% fueron varones, la mediana (Q1-Q3) de edad fue 70 años (53-80) (43% de los pacientes con más de 75 años), el 29% tenían una diabetes. El 53% de estas bacteriemias fueron de origen comunitario estricto y 47% relacionadas con la atención sanitaria. Las diferencias más relevantes entre ambos grupos de pacientes fueron [n (%)]. Ver tabla.

Mediante un análisis multivariante, las variables asociadas (odds ratio; intervalos de confianza del 95%) al grupo de hospitalizados fueron presencia de sonda vesical (7,6; 1-58), índice de Pitt ≥ 3 (18,6; 2,5-137,2) y presencia de shock séptico (4,4; 1-19,3).

Conclusiones: Entre los pacientes con bacteriemias detectadas en el SU, aquellos con baja comorbilidad, que no presentan sonda vesical y escasa gravedad clínica pueden ser manejados de forma ambulatoria con un seguimiento clínico estrecho.

Tabla

	No hospitalizados (n=103)	Hospitalizados (n=560)	p
Antecedente de ITUs*	8 (7.8)	17 (3)	0.02
Catéter intravenoso	6 (5.8)	106 (18.9)	0.001
Sonda vesical	4 (3.9)	52 (9.3)	0.07
Tratamiento inmunosupresor	3 (2.9)	55 (9.8)	0.02
Etiología por E.coli	51 (49.5)	210 (37.5)	0.02
Origen urinario	52 (50.5)	145 (25.9)	0.001
Índice Mc Cabe F o UF**	17 (8.7)	160 (30.3)	0.02
Índice de Pitt ≥ 3	1 (0.8)	118 (22.8)	0.001
Mortalidad a 30 días	4 (3.9)	103 (18.4)	0.001

(*) ITUs: infecciones repetidas del tracto urinario.

(**) F o UF: fatal o últimamente fatal

CP-09 Análisis descriptivo de la bacteriemia del paciente muy anciano. Estudio multicéntrico bacteriemias SAEI-SAMPAC.

Retamar P.^{1*}, Portillo M.¹, López-Prieto M.², Rodríguez-López F.³, de Cueto M.¹, García M.V.⁴, Gómez M.J.⁵, del Arco A.⁶, Muñoz A.⁷, Sánchez-Porto A.⁸, Torres-Tortosa M.⁹, Martín-Aspas A.¹⁰, Arroyo A.¹¹, García-Figueras C.A.², Acosta F.¹², Corzo J.¹³, León-Ruiz L.⁴, Escobar-Lara T.¹⁵, Rodríguez-Baño J.¹ y Grupo de Estudio de Bacteriemia SAEI / SAMPAC.

(1) Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Hospital del SAS, Jerez de la Frontera, (Cádiz). (3) Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). (4) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga). (5) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). (6) Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga). (7) Hospital de la Serranía, Ronda, (Málaga). (8) Hospital de La Línea, (Cádiz). (9) Hospital Punta de Europa, Algeciras, (Cádiz). (10) Hospital Puerta del Mar, (Cádiz). (11) Complejo Hospitalario de Jaén, (Jaén). (12) Hospital de Antequera, (Málaga). (13) Hospital Virgen de Valme, (Sevilla). (14) Hospital Torrecárdenas, (Almería). (15) Hospital Universitario San Cecilio, (Granada).

Fundamento y Objetivos: Las características específicas de las bacteriemias (BC) en pacientes muy ancianos (MA, >80 años) son poco conocidas. Nuestro estudio pretende describir las características de las bacteriemias (BC) en pacientes MA de una cohorte andaluza de bacteriemias y compararlas con dos grupos control de pacientes más jóvenes.

Material y Métodos: Análisis de los casos de BC de pacientes MA en comparación con pacientes jóvenes (J, de 18-64) y ancianos (A, 65-79 años) de la cohorte prospectiva Bacteriemia SAEI/SAMPAC (15 hospitales andaluces) incluidas entre el 15/10/2006 y el 15/12/2006. Se analizaron factores predisponentes, origen de la BC, grado de SRIS, etiología, adecuación del tratamiento AB y mortalidad a los 14 y 30 días. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de chi cuadrado o de Fisher según procediera.

Resultados: Se incluyeron 801 episodios de BC. 119 (15%) de MA, 316 (39%) de A y 366 (46%) de J. Las BC en MA comparadas con las de J se asociaron con el género femenino (52% en MA, 35% en J; $p < 0,001$), la diabetes mellitus (31% en MA, 15% en J; $p = 0,01$), EPOC (17% en MA, 8% en J; $p = 0,01$), menos hepatopatía crónica (2% en MA, 12% en J; $p = 0,001$), menos cáncer (18% en MA, 31% en J; $p = 0,01$), menos neutropenia (2% en MA, 9% en J; $p = 0,001$), menor presencia de catéter venoso permanente (CVP) (17% en MA, 39% en J; $p < 0,001$), Pitt>2 (43% en MA, 36% en J; $p = 0,04$), más sondaje urinario (42% en MA, 32% en J; $p = 0,04$), mayor frecuencia de origen urinario (26% en MA, 16% en J; $p = 0,01$), origen biliar (14% en MA, 5% en J; $p < 0,001$), menos origen abdominal no biliar (4% en MA, 11% en J; $p = 0,02$), menos

BC de catéter (12% en MA, 20% en J; $p = 0,05$), más aislamiento de *E. coli* (36% en MA, 21% en J; $p < 0,001$) y más resistencia a las quinolonas (30% en MA, 16% en J; $p = 0,01$). Comparando con las BC en A, las BC en MA se asociaron con menos hepatopatía (2% en MA, 9% en A; $p = 0,01$), cáncer (18% en MA, 29% en A; $p = 0,02$), menos CVP (17% en MA, 27% en A; $p = 0,03$), más origen biliar (14% en MA, 8% en A; $p = 0,01$) y menos origen abdominal no biliar (4% en MA, 11% en A; $p = 0,03$). No encontramos diferencias en la adquisición, el servicio (la admisión en UCI fue menos frecuente en MA pero no significativa (12% en MA, 20% en A y 22% en J), consumo previo de antimicrobianos ni adecuación del tratamiento empírico. No hubo diferencia en cuanto a MRSA (5% en MA, 4% en A, 3% en J) ni BLEE (4% en MA, 8% en A y 4% en J). La mortalidad fue mayor en el grupo de MA a los 14 días (22% en MA, 18% en A y 18% en J) y a los 30 días (29% en MA, 20% en A y 23% en J) pero de manera no significativa.

Conclusión: En nuestra cohorte la BC en el paciente MA fueron similares a la de pacientes A salvo en una mayor frecuencia de origen biliar y menor asociación a patología crónica grave (hepatopatía y cáncer). La presencia de patología de base, sondaje y origen urinario, menor frecuencia de catéter permanente y BC de catéter, mayor frecuencia de BC por *E. coli* y enterobacterias resistentes a quinolonas se asociaron significativamente a las BC en este colectivo de enfermos. La mortalidad cruda fue mayor en los pacientes MA de manera no significativa.

CP-10 Edad mayor de 75 años como factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes adultos con bacteriemia.

López Muñoz M.¹, Mateos Gómez A.¹, Martín Rodríguez L.M.², de Miguel Albarreal A.², Martín Ponce M.L.², Santos Morano J.², Aller García A.³, Jiménez-Sánchez F.J.⁴, Alpanseque Hoogesteyn L.⁴, García García J.A.², Vergara-López S.^{*5}, Corzo-Delgado J.E.³.

(1) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) UGC. de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (3) UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (4) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (5) UGC de Medicina Interna. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La bacteriemia es una patología frecuente que presenta una morbimortalidad significativa. Los factores de riesgo de mortalidad en pacientes con bacteriemias están relacionados con la enfermedad de base, el foco infeccioso, la etiología microbiana o el tratamiento. Aunque la edad se ha descrito como un factor de riesgo de mortalidad, no existe un punto claro de corte establecido como factor de riesgo independiente. El objetivo de este estudio fue analizar los factores de riesgo de mortalidad en pacientes con bacteriemia, incluyendo diferentes puntos de corte en relación a la edad.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron los pacientes con bacteriemia (Abril de 2008 a Mayo 2011) en un hospital de nivel 2. Se consideraron las características demográficas, patología de base, factores predisponentes, foco infeccioso, etiología de la bacteriemia y pronóstico. La edad se estratificó de 5 en 5 años desde los 65 en adelante y se incluyó la mortalidad en los 30 días siguientes a la bacteriemia. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó el test de la Chi cuadrado, o el test de Fisher cuando fue necesario. Las variables numéricas se analizaron mediante el test de la t de Student o la U de Mann-Whitney en caso de no distribuirse como normal. Se realizó también un análisis multivariante de regresión logística para identificar los factores relacionados con mortalidad.

Resultados: 1123 pacientes fueron incluidos. 223 (19.8%) fallecieron. A partir de una edad ≥ 75 años, la mortalidad fue significativamente mayor (18% vs 23%, $p=0,031$). Los pacientes ≥ 75 años fueron en

su mayoría hombres (60,2% vs 50,9%, $p=0,002$), padecían diabetes (29,3% vs 41,6%, $p<0,001$), EPOC (9,4% vs 15,8%, $p=0,001$), demencia (7% vs 17%, $p<0,001$) o insuficiencia cardiaca (4,1% vs 10,8%, $p<0,001$). La etiología microbiológica fue mayoritariamente *Escherichia coli* (27,3% vs 36,1%, $p=0,002$). En esta población el foco desconocido (39% vs 49,6%, $p=0,001$) o la infección del tracto urinario (18,5% vs 27,8%, $p<0,001$) fueron también más frecuente. Por otro lado, la existencia de una neoplasia hematológica (12,4% vs 4%, $p<0,001$), hepatopatía (9,5% vs 2,3%, $p<0,001$), catéter venoso (51,4% vs 40,9%, $p=0,001$) o infección por *Streptococcus pneumoniae* (9,4% vs 5,5%, $p=0,022$) fueron significativamente más frecuente en pacientes ≤ 75 años. El índice de gravedad de Pitt ≥ 3 no fue diferente entre ambas poblaciones (20,4% vs 21,5%, $p=0,671$). En el análisis multivariante, la mortalidad global se relacionó (odds ratio; intervalos de confianza del 95%) con la existencia de una neoplasia hematológica (2,8; 1,3-6), la existencia de sonda urinaria (1,9; 1,2-3,2), ventilación mecánica (3,4; 1,4-8,5), neutropenia (4,1; 1,6-10,8), edad ≥ 75 años (1,9; 1,2-3), índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (10,2; 6,5-16) y desarrollo de shock séptico (2,2; 1,2-3,9).

Conclusión: La edad ≥ 75 años constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes adultos con bacteriemia que debe ser tenido en cuenta junto con los demás factores descritos a la hora del abordaje de esta patología.

CP-11 Factores de riesgo de mortalidad en pacientes mayores de 75 años con bacteriemia en el área sur de la provincia de Sevilla.

Mateos-Gómez A.*¹, Vergara-López S.², López-Muñoz M.¹, Alpanseque-Hoogesteyn L.³, de Miguel-Albarreal A.⁴, Martín-Ponce M.L.⁴, Santos-Morano J.⁴, Aller-García A.I.⁵, García-García J.A.⁴, León-Jiménez E.M.⁵, Corzo-Delgado J.E.⁵.

(1) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (2) UGC de Medicina Interna. Hospital de La Merced, Osuna, (Sevilla). (3) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced, (Osuna). (4) UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (5) UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla).

Fundamento: La mortalidad en pacientes mayores de 75 años que desarrollan una bacteriemia es mayor. Sin embargo, existen pocos datos en la literatura sobre los factores de riesgo asociados a dicha mortalidad en esta población.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo de mortalidad en los pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de bacteriemia.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de bacteriemia en un hospital universitario de segundo nivel (Abril 2008 a Mayo 2011) de los que se dispusiera de información sobre su mortalidad en los 30 días posteriores a la bacteriemia. Se analizaron las características demográficas, la patología de base, los factores predisponentes, la etiología microbiológica, el foco origen de la bacteriemia y el pronóstico de la misma. Las variables categóricas se compararon mediante el test de la Chi cuadrado, utilizando el test de Fisher cuando fue necesario. Las variables numéricas mediante la prueba de t de student o U de Mann-Whitney según se distribuyeran o no como normales.

Resultados: Se incluyeron 399 pacientes. Aproximadamente la mitad eran varones [203 (50,9%)]. *Escherichia coli* fue el microorganismo más frecuentemente aislado, seguido de *Staphylococcus aureus* y *Estafilococo coagulasa* negativo [144 (36%), 46 (11,5%) y 33 (8,3%), respectivamente]. Las localizaciones más frecuentes fueron el foco

urinario [111 (27,8%)] y el abdominal [83 (21%)]. Fallecieron 93 pacientes (23,3%). En el análisis univariante, la existencia de un catéter venoso (54,8% vs. 36,6%, $p=0,002$), una sonda urinaria (41,9% vs. 19%, $p\leq 0,001$), la necesidad de ventilación mecánica (5,4% vs. 1,3%, $p=0,035$), el padecimiento de una neoplasia hematológica (11,8% vs. 1,6%, $p\leq 0,001$), un índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (59,3% vs. 10,6%, $p\leq 0,001$) y la etiología por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (8,6% vs. 1,6%) fueron significativamente más frecuentes en los pacientes fallecidos. Por otro lado, el foco urinario (9,7% vs. 33,3%, $p\leq 0,001$) y la bacteriemia por *E. coli* (20,4% vs. 40,8%, $p\leq 0,001$) fueron más frecuentes en pacientes no fallecidos. En el análisis multivariante, la mortalidad global en los mayores de 75 años se relacionó (odds ratio; intervalos de confianza del 95%) con la existencia de una sonda urinaria (3,8; 1,8-8,2), un índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (26,1; 11,8-57,9) o el padecimiento de una neoplasia hematológica (26,8; 6,4-112,4). Sin embargo, la etiología por *E. coli* (0,4; 0,2-0,9) y el origen de la bacteriemia en el tracto urinario (0,2; 0,1-0,5) o catéter intravenoso (0,1; 0,02-0,6) resultaron factores protectores.

Conclusiones: En pacientes mayores de 75 años con bacteriemia, padecer una neoplasia hematológica, ser portador de una sonda urinaria o presentar un índice de gravedad de Pitt ≥ 3 son factores independientes de mortalidad. El origen de la bacteriemia en el tracto urinario o en el catéter venoso, así como la etiología por *E. coli* se comportan como factores protectores.

CP-12 Distintos factores predictores de mortalidad tras bacteriemia según el tiempo de evolución.

Martín Rodríguez L.M.¹, Jiménez Sánchez F.J.², Aller García A.I.³, de Miguel Albarreal A.¹, Martín Ponce M.L.¹, Santos Morano J.¹, Mateos Gómez A.⁴, López Muñoz M.⁴, García García A.¹, Vergara López S.^{*5}, Gómez Mateos J.M.³, Corzo Delgado J.E.³.

(1) UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (3) UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (4) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (5) UGC Medicina Interna. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla).

Introducción: La mortalidad relacionada con bacteriemia es significativa y puede ocurrir tanto de forma precoz como de forma más tardía. Los factores asociados a mortalidad precoz o en una fase más tardía podrían ser diferentes.

Objetivo: Describir los factores asociados a mortalidad precoz y no precoz tras un episodio de bacteriemia.

Material y Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se analizaron los pacientes con bacteriemia en un hospital de nivel 2 (Abril de 2008 a Mayo 2011) e información disponible sobre mortalidad en los 30 días posteriores. Se registraron variables demográficas, forma de adquisición, enfermedades predisponentes, microorganismo, foco de la infección, existencia de dispositivos o procedimientos agresivos y pronóstico. Las variables principales fueron mortalidad precoz (MP) [día 0-3] y mortalidad no precoz (MNP) [4-30]. Para el análisis de MP se seleccionó toda la población. Para el de MNP se seleccionó la población superviviente tras el 3º día de evolución. Las variables categóricas se compararon mediante el test de la Chi cuadrado, utilizando el test de Fisher cuando fue necesario, y las numéricas mediante la prueba de t de student o U de Mann-Whitney según se distribuyeran o no como normales. Por último, se realizó un análisis multivariante de regresión logística.

Resultados: En el análisis de MP se incluyeron 1137 pacientes, de los que fallecieron 108 (9,5%). Los factores asociados a MP (odds ratio; intervalos de

confianza del 95%) fueron EPOC (2,01; 1,01-4,21), insuficiencia cardíaca (3,83; 1,68-8,71), edad >75 años (1,87; 1,080-3,232), índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (9,10; 5,16-16,06), desarrollo de shock séptico (2,194; 1,15-4,18) e infección por *Pseudomonas aeruginosa* (6,66; 3,06-14,49). En el análisis de MNP se incluyeron 1029 pacientes, de los que 116 (11,3%) fallecieron. Los factores asociados a MNP fueron ventilación mecánica (3,45; 1,25-9,54), neutropenia (8,24 (3,22-21,12), índice de gravedad de Pitt ≥ 3 (12,18; 6,82-21,76), infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (4,86; 1,33-17,76) infección de tejidos blandos (2,73; 1,46-5,07) o intraabdominal (4,97; 1,98-12,48) e índice McCabe 2-3 (2,50; 1,30-4,79).

Conclusión: Se pueden definir dos patrones distintos de mortalidad en pacientes con bacteriemia. En los 3 primeros días tras una bacteriemia la mortalidad puede alcanzar el 10% y se relaciona con la gravedad de cuadro, la edad, la patología de base y la infección por *P. aeruginosa*. La mortalidad en los pacientes que sobreviven más del 3º está condicionada por factores distintos. Junto con la gravedad del cuadro, la situación basal del enfermo, la inmunodepresión, determinados focos de infección y el hecho de padecer una bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina son los factores a tener en cuenta a la hora de valorar el riesgo de mortalidad.

CP-13 Evaluación de las recomendaciones de tratamiento empírico de la guía local de tratamiento antimicrobiano en pacientes con bacteriemia.

Valiente-Méndez A.*¹, León de Lope M.², López-Cortés E.¹, de Cueto M.¹, Pascual A.¹, Rodríguez-Baño J.¹

(1) U.G.C. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Se ha encontrado relación entre la adecuación del tratamiento antibiótico empírico (TAE) y la mortalidad en los pacientes con bacteriemia, si bien los resultados varían dependiendo del germen causal, adquisición, y gravedad de la presentación. Las guías de tratamiento locales se realizan para ayudar al mejor uso de los antibióticos (AB). El objetivo de este estudio es analizar el grado de seguimiento de la Guía de Recomendaciones para el Tratamiento Antimicrobiano (GRTA) elaborada en nuestro Hospital.

Métodos: Diseñamos un estudio de cohortes prospectivo, en el que se incluyeron todos los episodios de bacteriemias clínicamente significativas (BCS) ocurridos entre 1 de Marzo y el 31 de Junio de 2010, en pacientes mayores de 14 años atendidos en nuestro hospital, y evaluamos el grado de cumplimiento de los tratamientos empíricos con respecto a las recomendaciones de la guía local.

Resultados: Se incluyeron 115 episodios de bacteriemia. La demora media para el inicio del TAE (desde la extracción del hemocultivo) fue 1,17 días. Los antibióticos (AB) más utilizados como TAE inicial fueron amoxicilina-clavulánico (41 pacientes) y piperacilina-tazobactam (32 pacientes), suponiendo 63,5% del total. El cumplimiento estricto habría supuesto una menor utilización de amoxicilina-clavulánico 41 (35,7%) vs 21 (18,3%) $p=0,004$, y un aumento del uso de cefalosporinas 3^a generación

(conjuntamente, 2 (1,7%) vs 14 (12,2%) $p<0,001$), sin diferencias significativas para el resto de AB. En cuanto a la valoración del régimen de TAE en base al cumplimiento de la guía, en 59 pacientes no se siguieron estas recomendaciones en base al origen sospechado de la infección o ausencia del mismo (51,3%). La utilización de un antibiótico no recomendado fue el único motivo para el incumplimiento de las recomendaciones de la GRTA en nuestra serie. El grado de seguimiento de la GRTA se reproduce en todos los Servicios y para cualquier característica de paciente. El análisis de la asociación de otros factores con el seguimiento de la Guía, mostró que mayor gravedad aguda (Pitt score >2), encontrándose 34 (43%) vs 22 (61,1%) $p=0,10$), y el tratamiento de infecciones de origen respiratorio 21 (67,7%) vs 3 (20%) $p=0,02$, y urinario 10 (66,7%) vs 3 (20%) $p=0,004$, fueron factores asociados a indicar el tratamiento recomendado. La frecuencia con la que el TAE utilizado resultó activo in vitro fue en 83 casos (72,1%) frente al recomendado por la GRTA que lo fue en 97 casos (84,3%), resultando esta diferencia significativa ($p=0,02$).

Conclusión: La rentabilidad, en términos de amplificación de la región V3 en subtipos no-B es ligeramente inferior a la previamente observada en subtipos B. No existe una mayor prevalencia de cepas X4 en los aislamientos con virus recombinantes, en especial CRF02_AG, el subtipo no-B de mayor prevalencia en nuestro medio.

CP-14 Programa Institucional para la Optimización del Tratamiento Antimicrobiano (PRIOAM). Encuesta sobre el conocimiento y grado de percepción del problema de la resistencia antibiótica para médicos residentes.

Sánchez Rivas E.*, García Cabrera E.*, Roca Oporto C., Chacón Mora N., Bernabeu Wittel M., Cisneros J.M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: En Andalucía el 43% de los pacientes ingresados recibe tratamiento antimicrobiano, según datos del estudio PVCIN-2008 (Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales PVCIN). De estos tratamientos antibióticos entre el 20 y el 50% son inapropiados o innecesarios. Gran parte de la responsabilidad de la prescripción de tratamientos antibióticos recae en médicos en formación, los cuales reciben poca formación específica en esta materia. Por eso nuestro objetivo fue evaluar el grado de conocimiento sobre tratamiento antibiótico de los residentes del hospital para orientar programas formativos específicos.

Métodos: Encuestas sobre uso de antimicrobianos dirigidas a todos los residentes del centro (N= 382) que consta de 3 partes: la primera valora el nivel de confianza frente a una prescripción antibiótica, la segunda evalúa sobre el nivel de conocimientos sobre resistencia de antimicrobianos, e identifica los factores que el médico residente considera importa que contribuyen a dicha resistencia. Finalmente la última parte se enumeran partes del proceso de prescripción que cree importante y que pueden mejorar. La encuesta se colgó en la red del hospital y con ayuda de la comisión de docencia se hizo un envío masivo con el enlace de la misma. Cada residente sólo la puede contestar una vez

con su usuario y clave. Para obtener una muestra representativa de la población, considerado que el 50% de los tratamientos inadecuados son y con un nivel de precisión del 5% será necesario pasarle la encuesta a 188 residentes.

Resultados: Desde el 7 de Junio al 4 de Octubre de 2011 estuvo colgada la encuesta en la red llegando a contestar 45 residentes (11,7%) y un 23,9% de nuestro objetivo muestral. El 71,1% de los encuestados son residentes de especialidades médicas, el 66% pertenecen al primer y segundo año de residencia, habiendo prescrito de 3 a 5 antibióticos en la última semana el 37,8%. El 62,5% de los encuestados se siente seguro de diagnosticar una infección pero sólo el 42,5% se siente seguro al elegir el antibiótico adecuado y sólo un 30% si tiene que elegir una combinación. A pesar que el 95% considera muy importante el problema de la resistencia antibiótica, solamente un 10% conoce la tasa real de resistencia de *S. aureus* en el hospital y de *A.baumannii* en España.

Conclusiones: A pesar de no tener el número de respuestas deseadas, la encuesta ha revelado profundas carencias de conocimientos de política de antibióticos lo que nos ha hecho plantearnos programas formativos específicos para médicos residentes dentro del programa PRIOAM.

CP-15 Se puede conseguir reducir la duración de la antibioterapia con una sencilla intervención docente.

Pasquau J.*¹, Arrazola T. ², Aomar I.¹, García Vallecillos C.¹, Hidalgo-Tenorio C.¹, Casado I.³

(1) Unidad de Infecciones. (2) Servicio de Farmacia. (3) Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: Asumiendo que la reducción de la duración de la antibioterapia en muchas enfermedades infecciosas es una práctica segura que condiciona beneficios en la prevención de resistencias bacterianas y en los costes y toxicidades, nos propusimos realizar una intervención docente sobre profesionales con el objetivo de lograr disminuir la exposición a antibióticos en el hospital.

Metodología: Se trata de un estudio longitudinal prospectivo con una intervención docente y un análisis pre y post-intervención, dirigido a los facultativos del Servicio de Neumología del hospital y sobre dos patologías concretas -Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y Exacerbación de la EPOC (AEPOC)-. La intervención consistió en varias sesiones realizadas en el Servicio de Neumología, en las que se presentaron los datos obtenidos en la fase preintervención (análisis de la duración de la antibioterapia en las patologías descritas), junto con la base argumental y bibliográfica en la que se sustenta la idea de que la reducción de la antibioterapia es una práctica segura, suficientemente avalada en la literatura, y un protocolo consensuado para el tratamiento de la NAC y la AEPOC, que incluía la sugerencia de suspender la antibioterapia entre el 5º y 7º día si la evolución clínica era rápidamente favorable y el paciente no estaba muy inmunodeprimido. Posteriormente se han medido los cambios producidos en la duración de la antibioterapia en el Servicio en esas patologías. Se creó un Registro y una Base de Datos específicas para el estudio, con las variables que pudieran explicar los cambios producidos (seguimiento de la propuesta de los profesionales, características clínicas de los pacientes observados, etc.)

Resultados: En la fase pre-intervención se analizaron 101 pacientes (53 NAC y 48 AEPOC), y la duración media de la antibioterapia fue de 13,93 días (14,55 en la NAC y 13,25 en la AEPOC), en una población con una media de edad >65 años y abundante comorbilidad. En el análisis post-intervención se han analizado los primeros 60 pacientes, en los que la mediana de la duración de la antibioterapia ha sido de 11 días, y la media de 11,52 d. El 40% de los pacientes recibieron una antibioterapia menor de 10 días, y los factores inicialmente asociados a una duración >10 días fueron la evolución clínica insatisfactoria en relación con las morbididades, y algún facultativo (sobre el que no se intervino o se mostró reticente). El estudio está aún en marcha y estamos realizando una segunda intervención dirigida específicamente a intentar modificar las variables que parecen asociarse con las prescripciones más prolongadas.

Conclusión: Una sencilla intervención docente ha promovido un descenso apreciable en la duración de la antibioterapia en la NAC y en la AEPOC. Creemos que la inclusión de esta propuesta [la reducción de la duración de la antibioterapia en determinadas patologías en pacientes que evolucionan rápidamente bien y no tienen inmunodepresión grave] en la Política de Antibióticos de cualquier hospital podría ser más eficaz en la minimización de los inconvenientes de la antibioterapia que otras muchas medidas probadas previamente.

CP-16 Análisis descriptivo de los pacientes con infección de prótesis articular.

López Cárdenas S.*¹, Bocanegra Muñoz C.¹, Marín Dueñas D.², Ruíz Arias A.², Zapata López A.².

(1) U.G.C. Medicina Interna. (2) U.G.C. Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera, (Cádiz).

Objetivo: Analizar los datos clínico-epidemiológicos de los casos de infección de prótesis osteoarticular acontecidos en los últimos 5 años en una sección de Enfermedades Infecciosas.

Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de todos los casos atendidos en un corte transversal en el tiempo. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados: De 20 casos, la media de edad fue 69,15 (45-88), con una relación de sexos 1:1. La localización más frecuente en menores de 65 años fue la rodilla (80%), siendo el tratamiento más empleado el recambio articular en 2 tiempos (60 %). En los mayores de 65 años se igualan la rodilla y la cadera con mayor variabilidad quirúrgica: desbridamiento (33,3%), recambio en 2 tiempos (26,7%), artrodesis y no cirugía (20%). El tipo de infección más implicado fue la tipo III (75%). Aislamos *S. aureus* (30 %), *S. epidermidis* (20%) y otros gérmenes (20%) pero tuvimos cultivos negativos (25%) y no realizados (5%). Tres pacientes se trataron con linezolid, dos al inicio del tratamiento y uno después de la 2ª cirugía. En aquellos a los que se le había realizado un seguimiento a los 6 meses un 71,4 % habían tenido una respuesta adecuada, un 14,3% se consideraban curados y el 14,3 % no habían respondido al tratamiento. A los 12 meses, habían en seguimiento 8 pacientes, de los que un 37,5 % habían respondido al tratamiento; un 37,5% se consideraron curados mientras que 2 fueron fracaso terapéutico. Analizando por subgrupos obtuvimos que el 50% de las infecciones por *S. aureus* recibieron antibioterapia empírica, siendo más frecuentes los betalactámicos intravenosos

y las quinolonas orales. El 33% usó como antibioterapia adyuvante rifampicina. A los 3 meses de seguimiento, un 66,7 % tenían una respuesta adecuada; a los 6 meses se repartían el 16,7% la respuesta adecuada, la no respuesta al tratamiento y la curación. A los 12 meses seguíamos un paciente que se consideró como fracaso. En el caso de *S. epidermidis*, el 50% recibió antibioterapia empírica con vancomicina y linezolid oral (50%). Ninguno usó como antibioterapia adyuvante rifampicina. A los 3 meses un 50 % no habían respondido mientras que a los 6 meses, todos presentaban una respuesta adecuada. A los 12 meses, el 50% se consideraron que habían tenido una respuesta adecuada al tratamiento y el 25% como fracaso terapéutico.

Conclusiones: Concluimos que en nuestro grupo de pacientes no tenemos grandes diferencias epidemiológicas ni en el tratamiento antibiótico empírico. Con este análisis apreciamos que la etiología de nuestras infecciones es similar a la de la literatura escrita, si bien quizás nuestros índices de cultivo negativos sean superiores a la media descrita. Más de la mitad de los casos, tanto de forma empírica como dirigida, usamos antibioterapia oral. Se debe a que la mayoría de nuestros pacientes son derivados desde las consultas de Traumatología. A pesar de la ausencia de cultivos positivos en un 55,6 %, el índice de respuestas y curaciones a los 6 meses ronda el 85 % y a los 12 meses un 75%. Destacamos el uso de linezolid en los pacientes infectados por coagulasa negativo dada la falta de arsenal terapéutico oral en este germen.

CP-17 Características epidemiológicas, manejo y pronóstico de las infecciones de prótesis articulares causadas por bacilos gram-negativos.

Del Toro M.D.*¹, Nieto I.¹, Corzo J.², Nuño E.³, Guerrero F.⁴, Lomas J.M.⁵, del Arco A.⁶, Palomino J.⁷, Natera C.⁸, Fajardo J.M.⁹, Torres-Tortosa M.¹⁰, Romero A.¹¹, Muniain M.A.¹, Rodríguez Baño J.¹ y Grupo de Estudio de Infección de Prótesis Articular de la SAEI.

(1) Hospital Virgen Macarena, (Sevilla). (2) Hospital Universitario Valme, (Sevilla). (3) Hospital Virgen de la Victoria. (Málaga). (4) Hospital Puerta del Mar. (Cádiz). (5) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (6) Hospital Costa del Sol, Marbella, (Málaga). (7) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla). (8) Hospital Reina Sofía, (Córdoba). (9) Hospital Infanta Elena, (Huelva). (10) Hospital Punta de Europa, Algeciras, (Cádiz). (11) Hospital Puerto Real, (Cádiz).

Fundamentos y Objetivos: La infección de prótesis articular (IPA) se produce en un 10-15% de los casos por bacilos gramnegativos (BGNs), pero su epidemiología y pronóstico no están bien establecidos. Se pretende describir las características de los pacientes con IPA por BGN, su manejo médico-quirúrgico, y su pronóstico en función de la modalidad terapéutica utilizada.

Métodos: Estudio observacional de la cohorte de pacientes con IPA diagnosticados en centros andaluces desde el 1/10/06 y con seguimiento mínimo de un año desde que se realizó el primer tratamiento quirúrgico. Se definieron las infecciones según la clasificación de Tsukayama [agudas postquirúrgicas (IAP), crónicas postquirúrgicas (ICP), agudas hematógenas (IAH), cultivos intraoperatorios positivos (CIOP)]. Se analizó el pronóstico según se realizase un tratamiento quirúrgico conservador con desbridamiento y retención de la prótesis (DRP) o se retirase la prótesis (RP). Se definió el fracaso como la recidiva o persistencia de la infección, o la muerte relacionada con la infección; en el caso del DRP se consideró también fracaso la necesidad de retirar la prótesis.

Resultados: De 281 IPA, en 53 (18,8%) se aislaron BGNs, 12 (4,3%) fueron infecciones mixtas con cocos grampositivos y 41 (14,6%) fueron causadas exclusivamente por BGNs, y son las que hemos analizado. La edad mediana fue de 73 años (rango: 52-92), 28 (70%) fueron mujeres, 29 (71%) tenían alguna enfermedad de base. Localización de la prótesis: 22 (54%) en cadera, 17 (41,5%) en rodilla y 2 (5%) en tobillo. Etiología: *Pseudomonas spp*

en 9 (22%), *E. coli* en 8 (19,5%), *Enterobacter spp* en 6 (14,6%), *Proteus spp* en 5 (12,2%), *Klebsiella pneumoniae* en 3 (7,3%), otras enterobacterias en 5 (12,2%), infección polimicrobiana por diferentes BGNs en 5 (12,2%). Tipos de IPA: IAP 14 (34%), ICP 19 (47%), IAH 7 (17%), CIOP 1 (2%). Mediana de seguimiento: 24 meses (rango intercuartílico: 18-24). De los 21 pacientes con IPA agudas, en 17 se realizó DRP (82,4% curaron), en 3 RP (66,6% curaron), y en 1 se realizó directamente tratamiento supresor (TS). El porcentaje de curación cuando se realizó DRP en las infecciones agudas fue mayor comparada con las infecciones por *S. Aureus* (82,4% vs 48%; p=0,04). De las 19 IPA crónicas, en 10 se realizó DRP (50% curaron), en 9 retirada protésica (100% curaron), y en 1 TS. Se realizó un tratamiento antibiótico dirigido basado en la utilización de fluorquinolonas en el 83% de los casos. El fracaso del tratamiento se asoció a la presencia de alguna enfermedad de base (31% vs 0%, p=0,03) y a un manejo de la infección menos agresivo que el recomendado en las guías publicadas (75% vs 17,6%; p=0,03).

Conclusiones: El porcentaje de IPA por BGNs es muy similar al descrito en la literatura. Las tasas de curación con antibioterapia y DRP en las infecciones agudas fueron superiores a las descritas en la literatura (excepto Aboltins et al, CMI2011, con una tasa de curación del 94%). El pronóstico fue mejor comparado con las IPA por *S. aureus*. El fracaso del tratamiento quirúrgico inicial se asoció a la presencia de alguna enfermedad de base y al manejo de la infección fuera de las recomendaciones publicadas.

CP-18 Epidemiología, clínica y pronóstico de la Osteomielitis Vertebral Estreptocócica.

Sobrino B.*¹, Ruiz Mesa J.D.¹, Jiménez Mejías M.E.², Valencia J.², Delgado M.¹, Martín Gandul C.², Palomino Nicas J.², Colmenero J.D.¹.

(1) Servicios de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Carlos Haya, (Málaga). (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La Osteomielitis Vertebral (OV) es una infección de incidencia creciente debido a una población cada vez mas longeva y debilitada. Existen escasos datos en la literatura al respecto del comportamiento clínico de la OV por *Streptococcus spp* (OVE). Los objetivos del presente estudio han sido analizar las principales características clínico-epidemiológicas y el pronóstico de la OVE.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el que se han incluido 321 pacientes mayores de 14 años con OV piógena atendidos en dos hospitales de 1^{er} nivel durante el periodo comprendido entre 1984 y 2010. El diagnóstico de OV fue establecido en base a uno de los siguientes criterios: i, presencia de dolor inflamatorio raquídeo o ii, fiebre y dolor en raquis a la exploración física, junto a datos de imagen sugestivos de OV según los criterios de Dagirmanjian et al (AJR 1996; 167:1539-43).

Resultados: Del conjunto de la muestra de OV piógena, 30 casos (9,34%) fueron producidos por *Streptococcus spp*; 30% grupo viridans, 26,7% grupo agalactiae. El 73,3% de los pacientes fueron varones, edad de 59 + 16.25 años, 23,3% diabéticos; en el 63,3% no se identificó enfermedad debilitante de base. Se documentó infección previa en el 60% de los casos; (16,7% piel y partes blandas, 13,3% endovascular), bacteriemia en el año previo en el 26,7% y cirugía vertebral en el 20% de los casos. Se objetivó la existencia de Endocarditis concomitante en 4 casos (2 viridans, 2 bovis). El 43,3% de los pacientes con OVE no presentó fiebre

en el momento del diagnóstico; el 93,3% refería dolor raquídeo inflamatorio y el 20% presento algún déficit neurológico a la exploración. La media de duración de los síntomas previa al diagnóstico fue de 46 días. El nivel predominantemente afectado fue el lumbar (43,3%), en el 16,6% de los casos se produjo afectación de 3 o mas cuerpos vertebrales, acompañándose de masa paravertebral en el 60% de los pacientes y de absceso del psoas en el 13,3%. Las pruebas radiológicas consideradas en su conjunto fueron compatibles con el diagnóstico de OV en el 93,3% de las producidas por *Streptococcus spp*. El 66,6% de los casos tuvo bacteriemia, 17 pacientes requirieron la realización de biopsia ósea: 5 de ellos a pesar de hemocultivo positivo (4 por necesidad de intervención quirúrgica y 1 en el que el hemocultivo se obtuvo postpunción percutánea). La biopsia ósea obtuvo una rentabilidad global del 82% (100% para la percutánea). El 50% de los pacientes preciso intervención quirúrgica, la mortalidad atribuible fue del 3.3%, la estancia hospitalaria de 46 + 22.95 días y el 17% tuvieron secuelas funcionales graves.

Conclusiones: La osteomielitis vertebral estreptocócica supone actualmente en torno al 10% de las OVP. La mayoría de los casos son de origen hematógeno. La de piel y partes blandas y la endovascular son las fuentes de infección más habituales. Tanto el hemocultivo como la biopsia ósea se han demostrado rentables en su diagnóstico etiológico. No parece requerir cirugía con mayor frecuencia que otras etiologías, siendo su mortalidad baja y su pronóstico funcional favorable.

CP-19 Complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa y cirugía cardíaca.

García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nouredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B., de Alarcón A.

Grupo para el estudio de infecciones endovasculares de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Objetivo: Analizar la influencia de las complicaciones neurológicas vasculares (CNLV) en la realización de la cirugía cardíaca en las EI, así como su efecto en la evolución final.

Material y Métodos: Pacientes coinfectados por VIH/VHC naive para el tratamiento del VHC se incluyeron en este estudio prospectivo si completaron un curso completo de tratamiento con PEG más RBV, y si presentaban respuesta al fin del tratamiento (RFT) definida como ARN-VHC indetectable al finalizar el tratamiento. Se determinó en todos los pacientes la carga en suero de ARN-VHC en fin de tratamiento, W12 y W24 mediante una técnica de PCR cuantitativa a tiempo real (con límite mínimo de detectabilidad de 15 UI/mL). El valor predictivo positivo (VPP) se definió como la probabilidad de que la carga RNA-VHC fuese indetectable en W12 y W24.

Resultados: La cirugía, estaba indicada en 783 pacientes (58,2%), pero tan solo fue realizada en 523 pacientes (39%), con una menor tasa en aquellos que desarrollaron una CNLV: 109/340 (32%) vs. 414/1005 (41%); $p=0,003$. De hecho, 62 (36,2%) pacientes con CNL tenían una indicación teórica de cirugía y no fueron operados por estado neurológico deteriorado, considerándose el riesgo preoperatorio inaceptable, frente al 114 (21,6%) que no tenía

CNLV ($p<0,001$). Solamente 12/60 (20%) pacientes con una hemorragia cerebral fueron operados, y su mortalidad fue alta: 3/4 (75%) en las primeras dos semanas, 2/3 (66%) en la tercera semana y 2/5 (40%) cuando la cirugía se realizó después de 21 días del evento. Cuatro de los siete fallecidos fueron debidos a nuevos sangrados después de la intervención quirúrgica. De los 54 pacientes con lesiones isquémicas moderadas-graves, 15 (27.7%) fueron operados: 5 de ellos antes de dos semanas (dos fallecidos, 40%) y 10 pacientes después de dos semanas (dos fallecidos, 20%). Treinta y ocho pacientes (70%) con una lesión isquémica pequeña fueron operados en las dos primeras semanas, con mayor mortalidad comparado con los pacientes sin CNL: 18/38 (47%) vs. 77/257 (30%); $p=0,032$, pero este exceso de mortalidad, también se observó después de dos semanas (8/16; 50% de mortalidad).

Conclusiones: La cirugía valvular, puede exacerbar los daños cerebrales tras los eventos cerebrovasculares. El riesgo de sangrado post-operatorio no disminuye hasta al menos cuatro semanas en complicaciones graves o en hemorragias cerebrales. Las complicaciones isquémicas menores tienen poca influencia en la mortalidad y la cirugía no debería de ser retrasada en estos casos.

CP-20 Efecto del tratamiento antibiótico adecuado en las complicaciones neurológicas. ¿Sólo es cuestión de tratar?

García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nourredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B. y de Alarcón A.

Grupo para el estudio de infecciones endovasculares de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento antibiótico en la disminución de las complicaciones neurológicas vasculares (CNLV) en la endocarditis infecciosa (EI).

Materiales y Métodos: Cohorte multicéntrica de pacientes con EI diagnosticadas en ocho hospitales entre 1984 y 2010. Para calcular el efecto de la terapia antibiótica sobre el desarrollo de CNLV se calculó la diferencia de riesgo estandarizado que es el resultado de restar el riesgo de complicación neurológica después de semana de tratamiento apropiado menos el riesgo durante la primera semana de tratamiento, dividido entre el riesgo de complicación neurológica después de semana de tratamiento apropiado expresada en porcentaje y su intervalo de confianza del 95%. Las diferencias de riesgo se agruparon según etiología de la EI y diámetro mayor de la vegetación endocárdica.

Resultados: De los 1345 pacientes un 25%, 340 pacientes desarrollaron alguna complicación neurológica (262 vasculares). De ellos, en 100 pacientes la CNLV fue el síntoma que los llevó al ingreso. Los 162 pacientes restantes desarrollaron una CNLV durante la primera semana de tratamiento y 49 después de una semana de tratamiento.

La reducción de las complicaciones isquémicas después de una semana de tratamiento fue de -74.7% (-75.7, -73.7) mientras que la de las complicaciones hemorrágicas fue de -32.9% (-33.6, -32.2). No hubo diferencias en la reducción en cuanto a la mayoría de agentes etiológicos: -74.8% (-78.7, -71.0) para *S. aureus*, 77.4% (-79.5, -75.4) para *S. del grupo viridans* y -72.8% (-75.8, -69.7) para *S. coagulasa* negativos. Sin embargo para enterococos -21.7% (-25.8, -17.5) y para EI con etiología desconocida -19.9% (-24.9, -15.0) la tasa de reducción no fue tan acusada. De igual forma para pacientes con vegetaciones de gran tamaño (≥ 3 cm) la reducción fue de -37.1% (-58.4, -15.9) quedando una incidencia de eventos embólicos muy elevada (20%) a pesar del tratamiento antimicrobiano.

Conclusiones: Las complicaciones neurológicas vasculares se ven reducidas de forma considerable con el tratamiento antimicrobiano apropiado, pero en pacientes con vegetaciones de gran tamaño siguen manteniendo un riesgo elevado por lo que pueden ser candidatos a cirugía precoz.

CP-21 Sepsis grave secundaria a Infección Urinaria Alta Complicada; epidemiología y factores asociados.

Buonaiuto V.*¹, Márquez I.¹, Villalobos A.², de Toro I.³, Joya C.⁴, Sobrino B.¹, Reguera J.M.^{a.1}, Ruiz-Mesa J.D.¹, Causse M.¹, Colmenero J.D.¹.

(1) Servicios de Enfermedades Infecciosas. (2) Medicina Interna. (3) Microbiología. (4) Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Carlos Haya, (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: La Infección Urinaria Alta Complicada (ITUAC) engloba un grupo muy heterogéneo de pacientes. Existe consenso general acerca de la necesidad de ingreso hospitalario en los pacientes con ITUAC. La Sepsis grave es el marcador pronóstico más importante de la ITUAC, sin embargo, existe muy poca información de los factores relacionados con el desarrollo de la misma. El objetivo del presente estudio ha sido identificar los posibles factores relacionados con la Sepsis grave en pacientes con ITUAC .

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el que se han incluido 1353 pacientes mayores de 14 años diagnosticados de ITUAC según los criterios de la IDSA y que requirieron ingreso hospitalario en el periodo comprendido entre 1-1-1996 y 31-12-2010. Se consideró grave aquellos casos de Sepsis con disfunción orgánica o hipoperfusión tisular.

Resultados: Del conjunto de la muestra, 917 casos (67,7%) fueron mujeres, 754 (55,7%) tenían patología urológica estructural o funcional, 368 (27,2%) eran diabéticos, 88 (6,5%) había sufrido instrumentación urinaria en los 15 días previos, 69 (5,1%) portaban sonda permanente y 30 (2,2%) catéter de nefrostomía o doble J. En 1298 casos (95,9%) la infección era de adquisición comunitaria, en 884 (65,3%) se trataba del primer episodio de ITU alta y 264 pacientes (19,5%) requirieron ingreso en UCI. Se realizó urocultivo en 1270 pacientes y hemocultivos en 1054, los cuales fueron positivos

en el 59,9% y 39,3% respectivamente. La etiología pudo ser identificada en el 69,3% de los casos y 92 (13,2%) de 698 cepas testadas eran productoras de BLEE. Trescientos ochenta y siete pacientes (28,6%) presentaron sepsis grave (SG). El desarrollo de SG fue significativamente superior en mayores de 65 años, RR 2,3 (IC 95%; 1,9-2,7,) varones, RR 1,9 (IC 95%; 1,4-2,4), pacientes con adenoma protático, RR 2,4 (IC 95%; 1,6-3,4) diabéticos, RR 1,6 (IC 95%; 1,3-2,1), inmunodeprimidos, RR 1,7 (IC 95%; 1,2-2,4), obstrucción ureteral no litiasica, RR 1,9 (IC 95%; 1,1-3,5), instrumentación urinaria previa, RR 4,2 (IC 95%; 2,7-6,5), portadores de sonda permanente, RR 2,3 (IC 95%; 1,4-3,7), adquisición nosocomial, RR 2,4 (IC 95%; 1,8-3,2), que cursan sin fiebre, RR 1,4 (IC 95%; 1,1-1,8), sin síndrome miccional RR 1,9 (IC 95%; 1,6-2,3) o muestran leucopenia al ingreso, RR 2,0 (IC 95%; 1,2-3,4). Tras el análisis multivariante, una edad >65 años, ser varón, origen nosocomial de la infección, la instrumentación previa, padecer inmunodepresión, ausencia de síndrome miccional y tener leucopenia se asociaron de forma independiente al desarrollo de SG.

Conclusiones: La sepsis grave acontece en un elevado porcentaje de pacientes con ITUAC. Existen datos clínicos y analíticos básicos que permiten identificar los pacientes con mayor riesgo de desarrollar Sepsis grave. La ausencia de estos factores permitiría definir subgrupos de pacientes de mejor pronóstico en los que podría evitarse el ingreso hospitalario. Son necesarios futuros estudios prospectivos para verificar esta hipótesis.

CP-22 Prevalencia y características basales de colonización intermitente y persistente de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina entre los residentes que viven en centros de larga estancia.

Martín-Ponce M.L.*¹, Santos-Morano J.¹, Castro C.², García-García J.A.¹, Martín-Rodríguez L.M.¹, de Miguel-Albarreal A.¹, Mateos-Gómez A.³, López-Muñoz M.³, Alpanseque-Hoogesteyn L.⁴, Jiménez-Sánchez F.J.⁴, Vergara-López S.⁵, Corzo-Delgado J.E.².

(1) UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (3) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (4) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla). (5) UGC Medicina Interna Hospital de la Merced, Osuna, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La colonización asintomática por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) afecta predominantemente a individuos con comorbilidad o con otros factores de riesgo específicos, tales como el residir en centros de larga estancia (CLE). Sin embargo, la mayoría de los pocos estudios que han evaluado este aspecto recogen una única determinación que podría no ser suficiente para determinar el estado de portador en estos sujetos. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia y características basales asociadas con la colonización persistente e intermitente por SARM entre los sujetos que viven en CLE.

Métodos: Se trata de un estudio longitudinal prospectivo entre Abril de 2009 y Junio de 2011, en el que se incluyeron a los sujetos residentes en nueve CLE que completaron tres visitas separadas entre ellas por >6 y <12 meses. En cada visita se incluyeron datos clínicos y epidemiológicos, y se recogió una muestra de ambas fosas nasales con torunda de algodón que fueron posteriormente cultivadas en medio cromogénico. Los individuos fueron clasificados como no-portadores (tres muestras fueron negativas), colonización persistente (al menos dos muestras fueron positivas) y colonización intermitente (una de las muestras fue positiva). Se obtuvieron los siguientes datos en los residentes para identificar los factores de riesgo: edad, sexo, tiempo de estancia en residencia, comorbilidad (índice de Charlson), toma de tratamiento antibiótico reciente, aislamiento

previo de SARM, presencia de úlceras de decúbito, estado funcional (índice de Barthel), la realización de procedimientos invasivos (cirugía, endoscopias) en el último año, mediante un cuestionario previamente estructurado con la ayuda de los responsables de cada centro. Se analizaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 14.

Resultados: Se evaluaron un total de 326 sujetos, de los cuales 238 (73%) fueron clasificados como no portadores. De los 88 residentes con cultivos positivos para SARM, 60 (68%) eran portadores intermitentes y 28 (32%) persistentes. No se encontraron diferencias significativas entre los factores asociados a la persistencia de colonización por SARM en comparación con el ser portador de forma intermitente. Los factores asociados a la colonización por SARM, ya sea de forma intermitente o permanente, frente al estado de no portador fueron la presencia de úlcera crónica [22 (25%) vs. 26 (11%), respectivamente, $p=0.004$] y la toma previa de antibióticos [33 (37%) vs. 48 (22%), respectivamente, $p=0.04$].

Conclusiones: La toma de una sola muestra de ambas fosas nasales de los sujetos que viven en CLE podría no clasificar adecuadamente el estado de portador de SARM. No existen factores diferenciadores entre los estados de portador persistente e intermitente. La presencia de úlcera crónica y la toma reciente de antibióticos fueron los factores asociados a la colonización por SARM.

CP-23 Impacto clínico de la colonización por *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina en centros de larga estancia.

Martín-Ponce M.L.*¹, Santos-Morano J.¹, García-García J.A.¹, Castro C.², Martín-Rodríguez L.M.¹, de Miguel-Albarreal A.¹, Bayoll-Serradilla E.¹, Vergara-López S.³, León-Jiménez E.², Corzo-Delgado J.E.².

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Osuna, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La colonización por *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina (SARM) en el área hospitalaria se ha relacionado con el desarrollo de infecciones y muerte a corto y medio plazo. Sin embargo, existen pocos datos sobre si esta evolución es similar entre los individuos colonizados que residen en los centros de larga estancia. Por ello, nuestro objetivo fue conocer la mortalidad y los ingresos hospitalarios secundarios a la colonización por SARM de sujetos incluidos en centros de larga estancia.

Métodos: Se incluyeron a 744 sujetos repartidos en 17 centros de larga estancia. Se realizaron 2 tomas de muestra de ambas fosas nasales por cada paciente con torunda de algodón, separadas entre ellas por >6 meses y <12 meses. Se consideró un resultado positivo cuando al menos alguna de las dos muestras fue positiva para SARM. Datos clínicos y epidemiológicos fueron recogidos en base a un cuestionario previamente estructurado con la ayuda de los responsables de cada centro. El periodo de seguimiento se prolongó hasta junio de 2011. Se analizó la supervivencia y los ingresos hospitalarios.

Resultados: De los sujetos incluidos, 119 (16%) estaban colonizados por SARM. Veinticinco (21%) de los individuos colonizados por SARM fallecieron durante el seguimiento, frente a los 161 (24%) entre los individuos no colonizados por SARM ($p=0,293$). No hubo tampoco diferencias entre ambos grupos en cuanto a los ingresos hospitalarios totales ($p=0,937$) ni en los ingresos relacionados con infecciones ($p=0,363$). Por el contrario, sí se observó un mayor número de ingresos secundarios a infecciones por SARM [2,5% vs 0,5% ($p=0,014$)].

Conclusión: A pesar de la elevada colonización por SARM entre los individuos ingresados en centros de larga estancia, la mortalidad es similar respecto a los sujetos no colonizados. La colonización por SARM en las residencias pudiera no comportarse de forma tan agresiva como los datos observados a corto y medio plazo de sujetos colonizados en un ámbito hospitalario.

CP-24 ¿Dónde están las diferencias entre hombres y mujeres? (En la infección por el VIH. Hepatitis y TAR).

Fernández Fuertes E.*, Romero Palacios A., Rivero Román A., Márquez Solero M., del Arco Jiménez A., Pérez Pérez M., Merino Muñoz D., Mohamed-Balghata M.O., Milla M., Lozano Serrano A.

Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Empresa Pública Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería).

Fundamento y Objetivos: En nuestro entorno, la epidemia VIH-SIDA afecta mayoritariamente a hombres; sin embargo, en los últimos años la vía de transmisión más frecuente es la sexual, aumentando así la susceptibilidad de la mujer para la adquisición de la misma. Es, por tanto, interesante conocer las características diferenciales de las mujeres; analizamos las principales diferencias de la infección por el VIH entre hombres y mujeres en lo que respecta a las hepatitis y al tratamiento antirretroviral (TAR).

Métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo y multicéntrico (XIX encuesta de prevalencia puntual de adultos con infección por el VIH) realizado en 2010 por 16 hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, inmunoviroológicos y terapéuticos de los pacientes atendidos durante un día en el área de hospitalización y una semana en consultas externas y Hospital de Día. Análisis descriptivo y comparativo de los datos mediante el programa estadístico SPSS-15.0.

Resultados: 863 pacientes fueron encuestados en 2010. Se excluyeron 7 casos del análisis al no constar el sexo de los mismos. De los 856 pacientes analizados, 217 (25%) eran mujeres. Existe una proporción ligeramente mayor de varones con serología VHB positiva respecto a las mujeres (Ac anti-HBc 47% vs 35,9%, Ac anti-HBs 48% vs 39,1%, ambos $p < 0,05$), aunque la proporción de Ag HBs positivo es la misma (2,2% vs 3%, $p = 0,6$). Hay una mayor proporción de hombres con serología VHC positiva (47,6% vs 35,5%, $p < 0,001$), al igual que en el número de cirróticos (8% vs 6,5%,

$p < 0,05$). Entre los pacientes cirróticos ($n = 65$), en los hombres existe mayor proporción de casos de cirrosis relacionada con el VHC (solo o en conjunto con el alcohol) (96,1% vs 78,6%) aunque sin llegar a ser significativa ($p = 0,06$). Considerando sólo pacientes con serología VHC positiva ($n = 381$), no encontramos ninguna diferencia por sexos en relación con la proporción de pacientes con PCR-VHC positiva, presencia de cirrosis, realización de Fibroscan en el último año, realización de biopsia hepática, o porcentaje de pacientes tratados con IFN y RBV; tampoco hubo diferencias, en pacientes con PCR-VHC positiva ($n = 282$), en la proporción de genotipos desfavorables (1-4) entre hombres y mujeres (69,1% vs 73,1%, $p = 0,4$). Respecto al TAR, la misma proporción de hombres y mujeres están recibiendo tratamiento (84,6% vs 81,5%, $p = 0,3$). Entre los pacientes con TAR ($n = 728$) no se detectaron diferencias entre hombres y mujeres respecto al uso de las distintas familias de fármacos (AN, NN, IP), ni tampoco respecto a la utilización de combos, pautas en QD o monoterapia. Igualmente la proporción de pacientes en los que se había realizado estudio de resistencias fue igual en ambos sexos.

Conclusión: Las características de hombres y mujeres respecto a la coinfección VIH-VHC son similares, no encontrando en el análisis realizado diferencias significativas. Existe una mayor proporción de pacientes VIH cirróticos varones, en los cuales predomina, respecto a las mujeres, la cirrosis relacionada con el VHC (de forma aislada o asociada al alcohol). Las pautas de manejo del TAR son iguales en hombres y mujeres.

CP-25 Ausencia de diferencias de género en la infección por el VIH en nuestro medio.

López A., Pérez I., Martín R., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.

Hospital Virgen de la Victoria, (Málaga).

Fundamentos y Objetivo: En las mujeres con infección por el VIH se han descrito diferencias tanto clínicas como inmunoviológicas en contraste con los varones infectados por el VIH. El objetivo de nuestro estudio es describir las características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas y evolutivas de las mujeres con infección por el VIH.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes diagnosticados de infección por el VIH en nuestro Hospital entre 01/97-06/10. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos y clínicos en el momento del diagnóstico y en la última visita disponible. Se contrastan las mujeres con los varones. La enfermedad avanzada al diagnóstico (EAD) se define por la presencia de sida y/o un recuento de CD4 $\leq 200/\text{mm}^3$ y el diagnóstico tardío (DT) por la presencia de sida y/o un recuento de CD4 $\leq 350/\text{mm}^3$. Análisis estadístico: programa SPSS 17.00.

Resultados: De los 824 pacientes diagnosticados, 146 (17,7%) eran mujeres. Las mujeres se caracterizaban por ser más jóvenes al diagnóstico (33,7 vs 37,9 años; $p=0,0001$), con mayor frecuencia inmigrantes (21,9 vs 14,5%; $p=0,03$) y menor uso de TAR (67,8 vs 77,2%; $p=0,01$) que los varones. Tenían una carga viral al diagnóstico más baja (4,5 vs 4,9 log; $p=0,0001$) y no había diferencias entre

sexos en el recuento de CD4 al diagnóstico (344 vs $309/\text{mm}^3$), ni en la proporción de EAD (46,3 vs 50%; ns) y DT (58,0 vs 64,4%; ns). Tras un tiempo medio de seguimiento similar en ambos sexos (66,6 vs 60,5 meses; ns), no había diferencias en la media de CD4 (492 vs $485/\text{mm}^3$; ns) ni en el porcentaje de pacientes con CV indetectable entre los que recibían TAR (83,6 vs 84,7%; ns). No hubo diferencias ni en la mortalidad inicial ni en las causas de muerte. La probabilidad de supervivencia fue similar en ambos sexos: 93,8 vs 93,6% al año, 92,9 vs 91,3% a los 2 años, 89,8 vs 89,8% a los tres, 89,8 vs 88,5% a los cuatro y 87,7 vs 86,7% a los 5 años, respectivamente (log rank=0,3).

Conclusiones: Un 18% de los pacientes con infección por el VIH en seguimiento en nuestra Unidad son mujeres. Estas pacientes se diagnostican más jóvenes que los varones y en similar situación clínica e inmunológica. A pesar de que cerca del 60% de las mujeres se presentan con un DT y de que el uso de TAR en ellas es menor, la evolución clínica, inmunoviológica y la mortalidad no difieren respecto a los varones.

CP-26 Los pacientes con infección por VIH que se diagnostican con más de 50 años tienen mayor mortalidad condicionada por una presentación más tardía.

López A., Martín R, Ruiz J., Núño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.

Hospital Virgen de la Victoria. (Málaga).

Fundamentos y Objetivos: En los pacientes con infección por el VIH con mayor edad se ha descrito una peor respuesta inmunoviroológica y una menor supervivencia que en los pacientes más jóvenes. El objetivo de nuestro estudio es describir las características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes con infección por el VIH que se diagnostican con una edad ≥ 50 años.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes diagnosticados de infección por el VIH en nuestro Hospital entre 01/97-06/10. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos y clínicos en el momento del diagnóstico y en la última visita disponible. Se contrastan los pacientes diagnosticados con edad ≥ 50 años con los diagnosticados antes de dicha edad (mayores y jóvenes) La enfermedad avanzada al diagnóstico (EAD) se define por la presencia de sida y/o un recuento de $CD4 \leq 200/mm^3$ y el diagnóstico tardío (DT) por la presencia de sida y/o un recuento de $CD4 \leq 350/mm^3$. Análisis estadístico: programa SPSS 17.00.

Resultados: de los 824 pacientes diagnosticados, 98 (11,9%) de ellos eran mayores. Estos pacientes se caracterizaban por: mayor frecuencia de transmisión sexual del VIH (OR 18,3, IC95% 2,5-132,7; $p=0,003$), de bajo nivel de estudios (OR 1,8, IC95% 1,1-3,0; $p=0,01$), de DT (OR 2,5, IC95% 1,4-4,5; $p=0,002$) y de uso de TAR (OR 3,5, IC95% 1,3-9,0; $p=0,009$) respecto a los pacientes jóvenes.

Tras un tiempo medio de seguimiento similar en ambos grupos (62,9 vs 61,4 meses; n.s.), no había diferencias en la media de $CD4$ (469 vs 488/ mm^3 ; n.s.) ni en el porcentaje de pacientes con CV indetectable en pacientes con TAR (89,1 vs 83,8%; n.s.). La probabilidad de supervivencia fue mayor en los pacientes jóvenes: 95,0 vs 84,2% al año, 93,0 vs 81,8% a los 2 años, 91,3 vs 79,2% a los tres, 90,6 vs 75,8% a los cuatro y 89,0 vs 72,2% a los 5 años, respectivamente (log rank=0,003); esta diferencia se mantuvo tras ajustar por DT y se perdió tras ajustar por EAD.

Conclusiones: un 12% de nuestros pacientes se diagnostican de infección por el VIH con una edad ≥ 50 años. Estos pacientes se presentan en estadios más avanzados de la infección. La respuesta inmunoviroológica al TAR es similar a los más jóvenes pero tienen una menor supervivencia condicionada por la EAD. Para conseguir un diagnóstico más precoz sería necesario incrementar la sospecha diagnóstica de infección por el VIH en esta población.

CP-27 La ansiedad y depresión en varones con infección por el VIH asintomáticos se relaciona con el mal control virológico.

Pérez I., Moreno T., Martín R., López A., Ruiz J., Nuño E., Márquez M., Santos J., Palacios R.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga).

Fundamentos y Objetivo: Aunque los pacientes con infección por el VIH, al igual que con otras patologías crónicas, podrían tener una prevalencia elevada de ansiedad y depresión, existen pocos datos al respecto en pacientes con infección por el VIH en la era del TARGA. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prevalencia de ansiedad y depresión en una cohorte de varones con infección por el VIH asintomáticos y los factores asociados.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte consecutiva de pacientes varones ambulatorios con infección por el VIH en seguimiento regular. A todos se les invitó a completar una encuesta validada para el diagnóstico de ansiedad y depresión (encuesta HAD autoadministrada). Se analizó la relación entre ansiedad y depresión con factores demográficos y epidemiológicos, situación inmunoviológica, exposición al TAR y factores de riesgo cardiovascular. Programa estadístico: SPSS.

Resultados: A 160 pacientes consecutivos se les propuso la realización de la encuesta de los cuales 158 aceptaron. La edad media de los pacientes era 46,5 años, con un tiempo medio desde el

diagnóstico de la infección por el VIH de 116,7 meses y 28,5% casos de sida. El 94,9% estaban en TAR y 91,3% de ellos tenían carga viral indetectable. La media de linfocitos CD4 era 534/mm³. Se diagnosticaron de ansiedad 34 pacientes (21,5%) y 20 (12,7%) fueron casos dudosos y de depresión 14 pacientes (8,9%) y otros 14 (8,9%) fueron casos dudosos. La ansiedad-depresión se asoció a tener carga viral del VIH detectable (OR 7,7, IC95% 2,4-24,4; p=0,0001). No hubo diferencias en los hábitos tóxicos, el tiempo desde el diagnóstico de la infección por el VIH, el nadir de CD4, el tiempo de TAR, la proporción de coinfección por el VHC, diabetes, hipertensión arterial o dislipemia.

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad y depresión es elevada en esta cohorte de varones con infección por el VIH y se asocian a un mal control virológico. La generalización del TAR y el control virológico de la infección podría disminuir la prevalencia de estos trastornos.

CP-28 Características de los pacientes con inicio tardío del primer tratamiento antirretroviral.

Núñez V., Marcos M., Palacios R., Narankiewicz D., Olalla J., Santos J., del Arco A., Jiménez Oñate F., Prada J.L., Aguilar A., Fernández S., Grana M., Márquez M., Colmenero J.D., Rivas F., de la Torre J.

Grupo malagueño de enfermedades infecciosas.

Objetivo: Definir las características de aquellos pacientes que inician tardíamente su primer tratamiento antirretroviral (TAR).

Material y Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes VIH naive adultos de hospitales de Málaga que inician su primer TAR (1/01/07 hasta el 30/06/10, con seguimiento hasta el 31/12/10). Se tomaron dos definiciones de inicio tardío: 1) aquel que sucedió con cifras de $CD4 < 200/mm^3$ y aquel con cifras de $CD4 < 350/mm^3$. Se compararon con los pacientes que iniciaron precozmente, es decir, con cifras de $CD4$ superiores a ambos cortes respectivamente.

Resultados: De los 595 pacientes incluidos en el estudio, 249 pacientes (41,8%) pertenecían al grupo $CD4 < 200$ y 465 pacientes (78,2%) $CD4 < 350$. En el grupo de pacientes con $CD4 < 200$, 200 pacientes (80%) eran varones y 385 pacientes (78,6%) en el grupo con $CD4 < 350$. Si hubo diferencias de edad entre el grupo de $CD4 < 200$: 39 ± 10 años y aquellos con $CD4 > 200$: 37 ± 10 años, $p = 0,015$. Estas diferencias desaparecen con el corte en $CD4 < 350$. No hubo diferencias entre ambos grupos, con ningún nivel de corte de $CD4$, en el tratamiento con metadona, coinfección por VHB y VHC. Si hubo diferencias respecto a los factores de riesgo asociados al VIH, siendo ADVP el 16% en el $CD4 < 200$ vs 7% en el grupo $CD4 > 200$ y homosexuales 42% y 57% respectivamente ($p < 0,001$). No hubo diferencias cuando el corte se hizo con $CD4 > 350$. Presentaron enfermedades defintorias de SIDA 24 pacientes (7%)

con $CD4 > 200$ y 113 (45%) con $CD4 < 200$; $p < 0,001$. Con respecto al tipo de TAR de inicio, en el grupo con $CD4 < 200$ usaron inhibidores de proteasas (IPs) un 43% y análogos no nucleósidos (ANN) un 56% mientras que en aquellos con $CD4 > 200$ recibieron IPs un 27% y ANN un 72%; $p > 0,001$. Estas diferencias fueron menores, sin alcanzar significación estadística, cuando el corte se estableció en $CD4 < 350$. Destaca el mayor uso comparado de lopinavir (63%) en el grupo con $CD4 < 200$ vs pacientes con $CD4 > 200$ (37%); $p < 0,001$. En cuanto a los motivos de cambio del primer TAR, interrumpen por fracaso un 16% en el grupo de $CD4 < 200$ y un 9% si $CD4 > 200$, por toxicidad 42% y 54% respectivamente y por pérdida de seguimiento 24% y 15%; $p = 0,025$, no habiendo diferencias en otras causas de interrupción ni con cifra de corte de $CD4$ en 350. No hubo diferencias en la durabilidad media del tratamiento: 15,8 meses (IC 95%: 14-17 meses) en el grupo $CD4 < 200$ y 15,9 meses (IC 95%: 14-17 meses) en el grupo de $CD4 > 200$.

Conclusiones: En la actualidad entre un 40-75% de pacientes inicia tardíamente su primer TAR. Dichos pacientes son mayores de edad, la vía de adquisición ADVP sigue siendo importante y significativamente menos la homosexualidad, inician más frecuentemente con IPs y menos con ANN e interrumpen su primer TAR mas por fracaso y menos por toxicidad que los pacientes que inician con cifras de $CD4 > 200$.

CP-29 Eficacia mantenida con porcentajes de fracaso virológico bajos y comparables en el segundo año de seguimiento de sujetos adultos naïve con infección por VIH tratados con rilpivirina (RPV) vs efavirenz (EFV) y emtricitabina/tenofovir DF (FTC/TDF).

Ferrer P.^{*1}, Rijnders B.², Nelson M.³, Behrens G.⁴, Cohen C.⁵, Boven K.⁶, Zhong L.⁷, Guyer B.⁷, Chuck S.K.⁷.

(1) Gilead Sciences, (España). (2) Erasmus MC, Rotterdam, (Holanda). (3) Chelsea & Westminster Hospital, Londres, (Reino Unido). (4) Hanover Medical School, Hanover, (Alemania). (5) Community Research Initiative of New England, Boston, (Estados Unidos). (6) Tibotec Inc, Titusville, Estados Unidos, (7) Gilead Sciences Inc, Foster City, (Estados Unidos).

Fundamento y Objetivos: El análisis conjunto de dos ensayos de fase III, ECHO-THRIVE, en sujetos adultos con infección por VIH naïve al tratamiento antirretroviral demostró la no-inferioridad en eficacia de RPV+FTC/TDF cuando se compara con EFV+FTC/TDF a la semana 48, presentando además un perfil de seguridad/tolerabilidad más favorable. Se presenta aquí el análisis conjunto de eficacia, fracaso virológico (FV), resistencias y seguridad a semana 96 de aquellos sujetos que recibieron FTC/TDF como la pareja de análogos de nucleósido (ITIANs) del régimen.

Métodos: Se incluyeron en el análisis 1.096 sujetos que recibieron FTC/TDF + RPV (n=550) ó EFV (n=546).

Resultados: Se observaron porcentajes de respuesta global similares, con un 77% de sujetos que alcanzaron ARN de VIH-1 <50 copias/ml a semana 96 (ITT-snapshot) tanto en el brazo de RPV como en el de EFV (+FTC/TDF). En la rama de RPV el porcentaje de respuesta fue del 83% para los sujetos con carga viral (CV) basal ≤ 100.000 copias/ml, y del 71% para sujetos con CV >100.000 copias/ml. En la rama de EFV, los porcentajes de respuesta fueron del 80% y 74% respectivamente. En el primer año (hasta semana 48) hubo más FVs en el análisis de resistencia (VFres definido como todos los pacientes del análisis ITT con FV independientemente del tiempo del fracaso y/o de la razón de la interrupción) con RPV+FTC/TDF que con EFV+FTC/TDF (12% vs 4%, respectivamente). Las proporciones de FVres

y de rebote viral en el segundo año (semanas 48-96) fueron bajas y comparables para RPV+FTC/TDF y EFV+FTC/TDF (aproximadamente 3% en ambas ramas). A semana 96, la proporción de casos con FVres que habían desarrollado mutaciones de resistencia a ITIANs fue similar (RPV: 55% vs EFV: 50%), aunque más sujetos con FVres a RPV desarrollaron mutaciones de resistencia a ITIANs (58 vs 27%, respectivamente). El perfil de seguridad global fue mejor para RPV+FTC/TDF con una menor incidencia de efectos adversos (EA) grado 2-4 al menos posiblemente relacionados con el tratamiento (RPV: 17% vs EFV: 33%, $p < 0,0001$). La proporción de sujetos que interrumpieron el tratamiento por EAs fue menor (RPV: 4% vs EFV: 9%, $p = 0,0011$). La combinación RPV+FTC/TDF se asoció con una incidencia significativamente menor de anomalías lipídicas grado 2-4 en comparación con EFV+FTC/TDF.

Conclusión: A semana 96, RPV+FTC/TDF mostró una eficacia antiviral sostenida que fue no inferior a la de EFV+FTC/TDF. Aunque hubo más FV con RPV que con EFV a semana 48, los incrementos durante el segundo año fueron pequeños y comparables en ambos grupos. La incidencia global de EAs grado 2-4, rash, mareo, sueños anormales/pesadillas, anomalías lipídicas grado 2-4 y EAs que conllevan a la interrupción del tratamiento fueron menores en el brazo de RPV+FTC/TDF que en el de EFV+FTC/TDF.

CP-30 Cambio de un régimen completo en comprimido único (STR, Single Tablet Regimen) basado en efavirenz/emtricitabina/tenofovir DF a otro basado en emtricitabina/rilpivirina/tenofovir DF en sujetos con infección por VIH-1 con supresión virológica.

Álvarez M.L.*¹, Cohen C.², Mills A.³, de Jesus E.⁴, Rashbaum B.⁵, Brinson C.⁶, Yale K.⁷, Ramanathan S.⁷, Wang H.⁷, Jandourek A.⁷, Cheng A.⁷.

(1) Gilead Sciences, (España). (2) Community Research Initiative CRI, Boston, (Estados Unidos). (3) Anthony Mills MD Inc., Los Angeles, (Estados Unidos). (4) Orlando Immunology Center, Orlando, (Estados Unidos). (5) Capital Medical Associates, Washington, DC, (Estados Unidos). (6) Central Texas Clinical Research, Austin, (Estados Unidos). (7) Gilead Sciences, Inc., Foster City, (Estados Unidos).

Fundamentos y Objetivos: Un estudio farmacocinético en voluntarios sanos mostró que el cambio de efavirenz (EFV) a rilpivirina (RPV) reducía la C_{min} de RPV hasta en un 25% durante ~4 semanas, debido a la inducción del CYP3A mediada por EFV. Las implicaciones clínicas de esta reducción en la exposición a RPV en el contexto del cambio de EFV a RPV en pacientes con infección por VIH-1 con supresión virológica, no habían sido evaluadas hasta el presente estudio.

Métodos: Estudio abierto, en el cual se incluyeron pacientes adultos con infección por VIH en tratamiento con un STR de efavirenz/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (EFV/FTC/TDF) durante al menos 3 meses y suprimidos virológicamente, que decidieron cambiar de tratamiento por intolerancia al EFV y estaban interesados en un tratamiento alternativo. El objetivo principal del estudio era evaluar la eficacia del STR de emtricitabina/rilpivirina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/RPV/TDF) en el mantenimiento del ARN del VIH-1 <50 copias/ml a la semana 12 tras el cambio. Este estudio seguirá en marcha hasta la semana 48. Se evaluó el nivel de ARN del VIH-1 y el perfil farmacocinético en las semanas 1, 2, 4, 6, 8 y 12, además de la seguridad y la tolerabilidad del régimen.

Resultados: Se incluyeron 50 sujetos en Estados Unidos; de los cuales 49 recibieron el tratamiento y continúan en el estudio y 1 retiró el consentimiento antes del cambio de tratamiento. La mediana de

edad fue 39 años, la mediana de CD4 653 células/μl y la mediana de tiempo con EFV/FTC/TDF 2,5 años. El 92% (45/49) eran hombres y el 80% (39/49) eran de raza blanca. El 100% de los sujetos mantuvo el ARN del VIH-1 < 50 copias/ml a semana 12. El STR de FTC/RPV/TDF fue bien tolerado, sin eventos adversos que requirieran la interrupción del tratamiento del estudio. En comparación con la C_{valle} media de los estudios fase 3 ECHO y THRIVE (~50-80 ng/ml), la C_{valle} media de RPV fue de 55 ng/ml en la semana 2 post-cambio y de 68-85 ng/ml entre las semanas 4 y 12. Ningún sujeto presentó niveles de RPV por debajo del límite de detección en ninguna visita. La C_{valle} media (%CV) basal de EFV fue de 2,2 (56) μg/ml. Se encontraron niveles detectables de EFV en ~50% de los pacientes 4 semanas después del cambio.

Conclusiones: Todos los pacientes que cambiaron de EFV/FTC/TDF a FTC/RPV/TDF conservaron la supresión virológica a las 12 semanas, lo que indica que el efecto inductor breve de EFV sobre el metabolismo de RPV puede no ser clínicamente relevante en pacientes con supresión virológica.

CP-31 El tratamiento antiretroviral en pacientes con infección VIH naive. ¿Existen diferencias en la durabilidad entre hombres y mujeres?

Marcos M., Aguilar A., Jiménez Oñate F., Santos J., del Arco A., Olalla J., Narankiewicz D., Palacios R., Prada J.L., Núñez V., Fernandez S., Grana M., Márquez M., Colmenero J.D., Rivas F., de la Torre J.

Grupo malagueño de enfermedades infecciosas.

Objetivo: Describir las diferencias de durabilidad del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes infectados por el VIH que reciben su primer tratamiento, según el género.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte de todos los pacientes VIH naive adultos que inician TAR desde el 1/1/07 hasta 30/06/10 en los hospitales públicos de la provincia de Málaga (cohorte MACOVI 2). La variable principal medida fue el tiempo transcurrido hasta la interrupción del primer TAR (suspensión de cualquier componente del TAR mas de 2 semanas por cualquier causa) o hasta la visita final de seguimiento (segundo semestre del 2010).

Resultados: Iniciaron su primer TAR 598 pacientes, 491 eran varones y 107 mujeres (18%), con una mediana de edad de 38. Si bien no hay diferencias en la mediana de edad, si hay un porcentaje mayor de varones con 55 años (7% vs 1%; $p=0,04$). Discontinuaron su primer TAR un porcentaje mayor de mujeres (44% vs 61%; $p=0,02$), siendo la principal causa la toxicidad (17% en varones vs 29%; $p=0,001$) y no hubo diferencias en fracaso virológico (6% en varones vs 4%) y pérdida de seguimiento/abandono (9% en varones vs 14%). Destaca el

porcentaje significativamente mayor de mujeres que interrumpen por toxicidad asociada a EFV (6% en hombre vs 12%; $p=0,001$). La duración media del primer TAR para el varón es de 36 meses, frente a 23 meses en la mujer ($p=0,001$). Es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que inician TAR con $CD4 < 200$ (40% vs 48%; $p=0,05$). En el TAR de inicio en mujeres se utilizan mas inhibidores de proteasas (IPs) (33% en varones vs 45%) que análogos no nucleósidos (ANN) (68% en hombres vs 52%; $p=0,03$), destacando el menor uso de efavirenz (EFV) (57% en varones vs 48%) y el mayor de lopinavir (12% en varones vs 28%).

Conclusiones: En las mujeres, la durabilidad del primer TAR es significativamente menor que en varones, fundamentalmente debido a una mayor incidencia de toxicidad, de manera relevante con EFV. Las mujeres que inician su primer TAR lo hacen con menor recuento de CD4, mayor utilización de IPs y menor de ANN, sobre todo de EFV. El uso de dosis estándar de antiretrovirales con independencia de variables biológicas y antropométricas y las particularidades biológicas de la mujer frente al hombre son algunas de las causas que consideramos responsables de tales diferencias.

CP-32 La estrategia de simplificación a monoterapia con lopinavir o darunavir potenciados se consolida con el tiempo.

Pasquau J.*, Hidalgo-Tenorio C., López-Ruz M.A., García Vallecillos C., Sotorrío V., Santiago C., Javier R. y Tapia A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivo: El escenario clínico de la monoterapia (MT) con lopinavir (LPV) o darunavir (DRV) sigue siendo polémico, por lo que tenemos estrechamente monitorizada nuestra cohorte de pacientes en MT para comprobar si se mantiene su eficacia y seguridad con el tiempo.

Metodología: Es un estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes a los que se les ha prescrito una MT con DRV/r o LPV/r en nuestro hospital. Analizamos las variables que delimitan el perfil del paciente candidato a la MT y las variables evolutivas habituales en el control del tratamiento antirretrovírico, con un análisis minucioso de la evolución de la Carga Viral del VIH (CV).

Resultados: En nuestra cohorte se han hecho 141 prescripciones de MT. De entre los pacientes actualmente en seguimiento activo [663, de los que 595 (90%) reciben tratamiento antirretroviral (TAR)], 115 (17.3%) están en tratamiento con MT. De las 141 prescripciones, 75 fueron con LPV/r y 66 con DRV/r. El 61% eran varones, la media de edad 46 años (25-80) y el 24% era VHC+. Habían recibido una media de 5 TAR previos, y tenían un nadir de CD4 de 224, con una mediana de 209 y con un 25% en los que era < 80/mm³. El tratamiento previo incluía IPs en el 73% y la combinación que más se simplificó fue TDF/FTC/LPV/r (12%). Los motivos de cambio fueron: simplificación (52%), toxicidad (27%) e inclusión en estudios (18%). Los CD4 basales fueron de 547 (32-1,249) y la carga viral (CV) basal obviamente indetectable. El tiempo de exposición global de la cohorte a la MT ha sido de 2.430

pacientes-meses (ó 202,5 pacientes-años), con una media de 20 m. por paciente. En la evaluación de la respuesta observamos: 12 pacientes No evaluables (3 aún sin su primera evaluación tras el cambio, 2 en evaluación por CV > 400 copias/ml, 6 sin seguimiento tras el cambio y 1 error de prescripción). De los 128 pacientes evaluables, 110 (86%) se mantienen actualmente en MT, sin criterios de fracaso virológico (FV) y sin problemas de toxicidad. 18 (14%) pacientes se han perdido: 3 exitus letalis no relacionados con el TAR y con CV indetectable, 4 traslados por cambio de residencia y 11 fracasos a los que se les ha suspendido la MT: 1 FV con resistencias (R) a IPs, 6 FV sin R a IPs, 3 toxicidad digestiva leve (1 que cambia de LPV a DRV), 1 interacciones farmacológicas. En un análisis de datos observados, la MT ha sido un éxito en el 91.4% (117/128); en un análisis tipo ITT estricto (todas las pérdidas=fracaso), el éxito de la monoterapia se quedaría en el 81% (110/136). El análisis de todas las CV realizadas a los pacientes expuestos a MT muestra que el 84% fueron <50 copias/mL, 11.5% entre 50-400, y 4,5% >400 (una CV > 50 cada 162 pacientes-meses ó 13,5 p.-año)

Conclusiones: En la vida real, nuestros datos consolidan la idea de que la MT con LPV/r o DRV/r es una estrategia de simplificación segura y eficaz, que es útil en pacientes con enfermedad avanzada, con bajo nadir de CD4, multitratados, añosos y VHC+. Permite eludir el creciente potencial tóxico de los análogos de los nucleósidos, y promueve un ahorro considerable en el costoso tratamiento antirretroviral.

CP-33 Eficacia de la monoterapia con inhibidores de la proteasa potenciados en la práctica clínica.

Sánchez Rivas E.*, Torres Cornejo A.*, Martín Peña R., Ruiz Valderas R., Gutiérrez Valencia A., Viciano Fernández P., López Cortés L.F.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Laboratorio de Infección por el VIH y Farmacocinética de Antirretrovirales. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

Fundamentos y Objetivos: Actualmente se considera que la monoterapia con inhibidores de la proteasa del VIH potenciados con ritonavir (IPr) es una opción de simplificación del TAR en pacientes seleccionados. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de la misma en la práctica clínica diaria.

Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyeron pacientes adultos con infección por el VIH que iniciaron monoterapia con lopinavir (LPVr) o darunavir potenciados con ritonavir (DRVr). Criterios de inclusión: 1) ARN-VIH plasmático (CV) <50 copias/ml durante ≥ 6 meses, 2) no fracasos virológicos (FV) previos con IPr o sin mutaciones mayores previas en el gen de la proteasa que confieran disminución de la actividad del IP seleccionado. Criterio de exclusión: embarazo. Seguimiento clínico y analítico tras 1, 3, 6, 9 y 12 meses. Análisis de eficacia a 1 año por intención de tratar (ITT) y en tratamiento (OT). Se consideró fracaso virológico una CV >200 copias/ml. Cumplimiento: autorreferido y según registros de Farmacia. Análisis estadístico: test paramétricos y no paramétricos. Datos expresados como medianas (M) y rangos.

Resultados: Se incluyeron 233 pacientes (LPVr: 59,4%; DRVr: 40,6%) entre cuyas características basales destacan: C3 previo: 20,2%, hepatitis crónica VHC: 53,6% (17,5 % cirróticos), duración TAR previo: 97 meses (13 - 240), CV indetectable previa a la simplificación: 41 meses (6 - 187), FV previos con IPs: 23,6%. TAR previo a monoterapia: 2 análogos + IPr (76,4%), 2 análogos + no análogos

(13,3%), otros (10,3%). Tras 1 año de seguimiento, eficacia ITT: 70% (IC95: 64,1 - 75,9%), eficacia OT: 87,6% (IC95: 82,9-92,3%). Tasa general de fracasos de tratamiento (FT): 30% [FV: 9,9%, efectos adversos: 8,2% (alteraciones digestivas 5,1%, exantema 1,7%, otros efectos adversos 1,7%), pérdida seguimiento o abandono TAR: 3,4%, y otros motivos no relacionados con el TAR: 8,6%]. Genotipos disponibles tras FV: 18/23 (2 no amplifican). Mutaciones de resistencia a IPs: mutaciones secundarias (10V, 10I, 74P, 71T, 71V) 6 pacientes/18. TAR post-FV: a 12 pacientes se les cambió a 2 ITIANs+1IP, 1 ITIANs + RAL, y 9 continúan con monoterapia. Datos disponibles del estado virológico tras el fracaso en 22 pacientes; 4 de ellos continúan con viremia detectable, 11 pacientes con triple terapia y 7 en monoterapia presentan ARN-VIH negativo tras el FV confirmado. Se recogió el cumplimiento del tratamiento en 18 de 23 pacientes con FV, detectándose falta de adherencia en el 55,5% de éstos pacientes.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual nos encontramos que tras la simplificación del TAR con IPs se consigue el mantenimiento y control virológico en el 90% de los pacientes analizados. En los FV, no hayamos mutaciones primarias en el gen de la proteasa del VIH que confieran resistencia tanto a LPV como a DRV, no existiendo relación entre el FV y posibles mutaciones en éste gen, pudiendo ser un aspecto clave causante del mismo la adherencia de los pacientes al tratamiento.

CP-34 Estudio observacional de la monoterapia con inhibidores de proteasa en pacientes con infección por VIH-1.

Machado Sevillano C., Morilla G., Palomo V., Gálvez J, Domínguez-Castellano A., Muniaín M.A., Fernández-Cuenca F, Ríos-Villegas M. J., Rodríguez-Baño J.

UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La monoterapia con inhibidores de proteasa potenciados (MIPP) se ha mostrado como una alternativa útil a la triple terapia (TT) como pauta de tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con infección VIH seleccionados, con potenciales ventajas sobre la TT con IPP en número de comprimidos, tolerabilidad, menores restricciones alimentarias y reducción de interacciones. Son necesarios datos observacionales que reflejen la eficacia y seguridad de la MIPP en la vida real. El objetivo de este estudio es evaluar estos aspectos en una cohorte de pacientes tratados con MIPP.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de la cohorte de adultos con infección VIH en seguimiento en nuestra Unidad a los que se pasó a un régimen de MIPP. Todos los pacientes estaban previamente en TAR con TT y con carga viral (CV) <400 copias/ml durante al menos 3 meses. Se recogieron variables demográficas, conducta de riesgo, coinfecciones, estadio clínico, CD4 nadir, fracasos previos, tiempo de TAR previo, CD4 y CV al inicio y durante monoterapia, pauta de TAR previo, adherencia, exposición a pautas previas y fracasos.

Resultados: Se han incluido hasta ahora 83 pacientes, 75% varones. El TAR previo incluía dos análogos en todos más: un no análogo en el 6%, un IP no potenciado en el 2% y un IP potenciado en el 92%. La mediana de tiempo previo en TAR fue de 97 meses (rango, 3 a 240), con 4 pautas de tratamiento previo de mediana (1-13). La pauta de MIPP fue: lopinavir/ritonavir (LPV/r) en 33 (40%) (29 en dos

tomas diarias y 4 en una toma diaria), darunavir (DRV)/r en 49 (59%) (47 una vez al día y 2 dos veces al día) y atazanavir (ATZ)/r en 1 (1%). La mediana de CD4 al inicio de la MIPP era 420 células/ml (rango intercuartílico: 294-655 células/ml). Durante la MIPP ocurrieron eventos relacionados con el VIH en 2 pacientes: una recidiva de tuberculosis pulmonar y una recidiva de leishmaniasis visceral. En análisis por intención de tratar (ITT), seguían en MIPP y tenían CV <400 copias / ml a los 3, 6 y 9 meses: 77/83 (93%), 53/60 (88%), y 21/30 (70%), respectivamente. La mediana de CD4 (rango intercuartílico) en estos pacientes fue de 483 (348-666), 516 (340-777) y 531 (248-708), respectivamente. De los pacientes restantes, 4 volvieron a TT (2 por petición propia estando con CV <400 copias, 1 por reactivación de infección por VHB inadvertida 1 por intolerancia), 2 sufrieron fracaso virológico por baja adherencia, y 3 abandonaron el seguimiento. Seis pacientes tenían historia de mutaciones a IP (en general, afectando a saquinavir y nelfinavir) y otros 2 de fracaso virológico estando con IP/r sin disponer de estudios de resistencia; todos mantienen CV <400 copias/mL en el seguimiento realizado (de 6 meses en 6 pacientes, y de 3 meses en 2).

Conclusiones: Se indicó MIPP en situaciones más complejas que los incluidos en ensayos clínicos. Aunque son datos preliminares, la tasa de fracaso de la MIPP ha sido baja en esta población hasta el momento.

CP-35 Cambios morfológicos tras un año de monoterapia con inhibidores de proteasa.

Rivas I., Torres-Cornejo A., López-Ruiz D., García D., Trastoy M., Gutiérrez A., Sánchez-Rivas E., López-Cortés L.F., Viciano P.

Servicio Enf.Infecciosas. UCEIMP. Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla).

Introducción: La simplificación a monoterapia con inhibidores de proteasa (MtIPs), en pacientes preseleccionados, ha mostrado ser una estrategia eficaz, segura y eficiente. Se han publicado la primera serie de casos (estudio MONOI), en los que objetiva una ganancia de tejido graso en piernas, con mínima progresión a lipoatrofia.

Objetivo: Analizar las modificaciones de la distribución de grasa corporal, a los 12 meses de simplificación a MtIPs, en función género y situación previa.

Métodos: Seleccionamos a los pacientes que habiendo iniciado MtIPs, como simplificación, desde marzo 2009 a septiembre 2010, tuvieran realizado una densitometría corporal total (Hologic) inicialmente y a las 48 semanas, siempre que mantuvieran monoterapia con IPs y con CVP indetectable. Se analizaron los cambios de la cantidad y el porcentaje de tejido graso, en función del género, presencia de osteoporosis, o de lipodistrofia previa (Nolan y FMR). La comparación fue para datos apareados, con el programa SPSS 15.0.

Resultados: Incluimos 116 pacientes (81.9% hombres, riesgo HSH 50.9%, tiempo de infección VIH de 13,1 años, y una media de 10,9 años de TAR previo). El 85,3% estaban recibiendo IPs (SQV 44%, LPV 32,3%, ATV 5,2%, FPV 1,7%, DRV 1,7%), asociado a TDF/FTC (58,6%), a ABV/3TC (32,9%), y a otros (9,5%). El 24,2% presentaban osteoporosis (fémur 6,9%, vertebra 23,3%, ambas 6%) y el 65,5 lipodistrofia (el 68,4% de varones y el 52,4% de mujeres). La MtIPS se realizó con LPVr (53,8%) o con DRVr (36,2%). Al año de la MtIPs no hubo modificaciones significativas del T-Score, ni globalmente, ni en el grupo de osteoporosis, género, ni análogos previos. La media de modificaciones del tejido graso se expresan en la tabla. Ver tabla.

Conclusiones: Al año de la simplificación con MtIPs existe una ganancia significativa de grasa en piernas, de 400 g en varones, mejorando la lipoatrofia (Nolan). Igualmente existe una pareja ganancia de la grasa troncular.

tabla 1	Tejido Graso	Basal	48 semanas		p
Hombres Gr. Tronco Kg/% peso	9,0±4,0	23,9%±7,5%	9,63±3,9	27%±11,3%	0,001
Hombres Gr. Piernas Kg/% peso	4,3±2,6	18,9%±8,2%	4,7±2,7	20,3%±8,6%	0,001
Hombres Ind.Nolan / FMR	0,76±0,3	2,4±1,3	0,80±0,3	2,4±1,4	0,001/ns
Mujeres Gr. Tronco Kg/% peso	10,12±3,4	32,01%±8,01%	11,21±3,8	33,9%±8,1%	0,012
Mujeres Gr. Piernas Kg/% peso	6,98±2,72	35,4%±8,9%	7,1±2,5	36,7%±9,01%	ns
Mujeres Ind.Nolan / FMR	1,47±0,38	1,70±1,10	1,49±0,37	1,78±1,03	ns/ns

CP-36 Reducción del gasto derivado de la simplificación a monoterapia con DRV/r en los pacientes VIH+.

Pasquau J.*¹, Gostkorzewicz J.², García Vallecillos C.¹

(1) Unidad de Infecciones. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada). (2) Departamento Economía de la Salud, Janssen.

Fundamentos y Objetivos: La monoterapia con inhibidores de la proteasa (IP) se ha mostrado eficaz y segura en varios estudios (como el MONET) y es una estrategia terapéutica cada vez más empleada; se estima que entre un 7-8% de los pacientes españoles la estarían recibiendo. El objetivo de este análisis es evaluar el potencial ahorro a nivel hospitalario de la simplificación a la monoterapia con DRV/r en aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión del estudio MONET y las recomendaciones de la guía de GESIDA. También ofrecer datos complementarios a los resultados recientemente publicados que indican que en España podría producirse un ahorro presupuestario anual de alrededor de 23 millones € si el 15% de los pacientes VIH+ en tratamiento estuviesen tomando una monoterapia con DRV/r (utilizando los datos del estudio MONET y precios españoles).

Metodología: Este análisis se basa en el coste de tratamiento individual de los pacientes que participaron en el estudio MONET hasta la semana 96 a precios españoles (PVL IVA). Para valorar el ahorro de costes de supondría pasar un paciente de triple terapia con carga viral indetectable al menos 6 meses y sin fracaso previo a IP a la monoterapia con DRV/r, se calculó la diferencia entre el coste medio por paciente/año antes de iniciar el estudio MONET y el coste del brazo de la monoterapia

con DRV/r durante el estudio MONET. Este análisis económico se ha basado en las siguientes asunciones: 1. Se estima que 65.000 personas estarían en tratamiento antirretroviral en España; 2. Se ha trabajado con 3 escenarios de simplificación a monoterapia con DRV/r según el porcentaje de pacientes en tratamiento antirretroviral candidatos a esta estrategia terapéutica: 8%, 15% y 20% de los pacientes; 3. Se asume que el 50% de los candidatos a monoterapia estaban anteriormente tratados con IP/r + 2AN y los otros 50% con NN + 2AN (según estudio MONET); 4. El análisis hospitalario, se basó en el número de pacientes en tratamiento antirretroviral según hospital (desde 100 hasta 2.000 pacientes).

Resultados: Ahorro anual estimado según % de pacientes que cambian a la monoterapia con DRV/r. Ver tabla.

Conclusiones: En el contexto actual, en el que el recorte del gasto farmacéutico es un imperativo, parece razonable buscar alternativas terapéuticas que, con al menos igual eficacia, reduzcan los costes. En este sentido, la simplificación del tratamiento antirretroviral a la monoterapia con darunavir/r es una atractiva estrategia terapéutica coste-efectiva.

tabla 1

	nº pacientes ARV	8%	15%	20%
Hospital A	100	18.896	35.430	47.240
Hospital B	200	37.792	70.860	94.480
Hospital C	400	75.584	141.720	188.960
Hospital D	600	113.376	212.580	283.440
Hospital E	800	151.168	283.440	377.920
Hospital F	1.000	188.960	354.300	472.400
Hospital G	1.500	283.440	531.450	708.600
Hospital H	2.000	377.920	708.600	944.800

CP-37 Eficacia y seguridad de una biterapia de rescate con raltegravir y un inhibidor de la proteasa potenciado en pacientes infectados por VIH.

Pasquau J.*, Hidalgo-Tenorio C., García Vallecillos C., Javier R., Tapia A., López-Ruz M.A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: Prescindir de los análogos de los nucleósidos (AN) en el tratamiento de rescate de la infección VIH por problemas de resistencia o toxicidad es una necesidad creciente en la consulta, por lo que hemos analizado si una biterapia libre de AN con raltegravir (RAL) + inhibidor de la proteasa potenciado (IP/r) es una alternativa eficaz y segura en este contexto.

Metodología: Es un estudio retrospectivo en el que analizamos a todos los pacientes de nuestra cohorte a los que se les ha instaurado un tratamiento de rescate (por fracaso virológico, toxicidad o inconveniencia) con RAL + IP/r, después de comprobar que no había fracaso virológico o mutaciones de resistencias a IPs. Se analiza la evolución clínica y biológica de todos ellos y las concentraciones plasmáticas (en el valle) de RAL en un subgrupo. Además, se recoge la evolución de aquellos a los que se les cambió a un régimen de RAL QD.

Resultados: Analizamos 22 pacientes, que cambiaron al tratamiento con RAL + IP/R tras 7 (1-13) líneas de tratamiento, con un nadir medio de CD4 de 149/mm³, y por los siguientes motivos: 14 por toxicidad o inconveniencia de los AN, 1 por toxicidad de atripla, 2 por fracaso virológico y 5 por problemas de tolerancia/cumplimiento. Los IP/r utilizados fueron darunavir en 11 casos, atazanavir

en 9 y lopinavir en 2. La exposición media ha sido de 13.1 meses por paciente, con una global de 289 pacientes-meses. Ha habido 4 pacientes que dejaron de tomar el tratamiento: uno sólo lo tomó 2 m. y falleció con una neumonía bacteriana recurrente y 46 CD4; otro solicitó cambio de tratamiento a los 4 m. por intolerancia subjetiva a RAL; el tercero abandonó el seguimiento tras 8 m. y con carga viral VIH indetectable (CV<50) y el cuarto abandonó voluntariamente el tratamiento sin causa concreta. Otro paciente está actualmente con criterios de fracaso virológico (CV<600) con aparente buen cumplimiento, y con un Genotipado que no ha mostrado resistencias. Los 17 restantes están con CV<50 (15 de ellos, CV<20), sin ningún problema de tolerancia o toxicidad. Los valores plasmáticos de raltegravir se midieron en 15 pacientes, sin hallar correlación con ninguna variable. 5 pacientes cambiaron el régimen inicial BID por otro QD, manteniendo todos CV<50.

Conclusión: La biterapia con RAL + IP/r, que permite prescindir de los AN en el diseño de un tratamiento de rescate para cualquier paciente sin historia de fracaso virológico o mutaciones de resistencia a RAL e IP/r, parece un buen tratamiento de rescate, muy bien tolerado por los pacientes, y un con una muy alta capacidad supresora de la replicación del VIH, aún en pacientes que toman el RAL en régimen QD.

CP-38 El genotipo 4 del virus de la hepatitis C responde mejor al tratamiento con interferón pegilado más ribavirina que el genotipo 1 en pacientes coinfectados por VIH/VHC: Resultados de la cohorte HEPAVIR de la SAEI.

García-Rey S.^{1*}, Mira J.A.¹, Camacho A.², Márquez-Borrego M.J.³, Torres-Cornejo A.⁴, Merino D.⁵, Téllez F.⁶, Ojeda-Burgos G.⁷, Ríos-Villegas M.J.⁸, Omar M.⁹, Almeida C.¹, Girón-González J.A.³, Rivero A.⁴, Pineda J.A.¹. Grupo para el Estudio de las Hepatitis Víricas (HEPAVIR) de la SAEI.

(1) Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). (3) Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz). (4) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). (5) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (6) Hospital de la Línea, (Cádiz). (7) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga). (8) Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (9) Complejo Hospitalario de Jaén, (Jaén).

Fundamentos y Objetivos: La respuesta al tratamiento con interferón pegilado (IFN-peg) más ribavirina (RBV) en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C genotipo 4 (VHC-4) y coinfectados por VIH/VHC se considera similar a la observada en individuos infectados por el genotipo 1 del VHC (VHC-1). Sin embargo, esta asunción se basa en datos muy escasos, a pesar de que la prevalencia de VHC-4 es considerable en los países mediterráneos. De hecho, hasta la fecha, sólo un estudio con tamaño muestral pequeño ha evaluado la tasa y los predictores de la respuesta viral persistente (RVP) en los pacientes coinfectados VIH/VHC-4. El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia del tratamiento con IFN-peg más RBV y los predictores de RVP en pacientes coinfectados por VIH/VHC-4.

Pacientes y Métodos: En este estudio se incluyeron todos los sujetos infectados por VHC-4 de la cohorte prospectiva HEPAVIR que incluye a 841 individuos coinfectados por VIH/VHC que recibieron IFN-peg más RBV como primera terapia contra el VHC. Los pacientes fueron reclutados en diez hospitales españoles desde diciembre de 2001 a septiembre de 2010. Se determinaron la tasa de RVP y los factores predictivos de la misma.

Resultados: Ciento veinticuatro (14,7%) pacientes de la cohorte eran VHC-4. En un análisis por intención de tratar, 39 (31,5%) sujetos con HCV-4 alcanzaron RVP comparado con 103 (22,7%) de los 453 sujetos con VHC-1 ($p=0,046$) y con 153

(62,4%) de los 245 pacientes con genotipo 3 (VHC-3) ($p<0,001$). Cincuenta y dos sujetos (42%) fueron no respondedores, 8 (6%) sufrieron un rebote viral, 6 (5%) una recidiva y en 14 (11%) el tratamiento fue suspendido por efectos adversos. Entre los 78 pacientes con genotipo de rs12979860 SNP disponible, 17 (22%) individuos eran portadores de genotipo CC de IL28B y 61 (78%) como portadores no-CC. Diecisiete pacientes (65%) de los que tenían genotipo CC de IL28B y 12 (20%) con genotipo no-CC alcanzaron RVP ($p<0,001$). La mediana de la carga viral basal de los individuos con y sin RVP fue de 5,55 (rango intercuartílico, 4,7-6,1) \log_{10} UI/ml y de 5,69 (rango intercuartílico, 5,2-6,1) \log_{10} UI/mL ($p<0,001$), respectivamente. En el análisis multivariante, el genotipo CC de IL28B [odds ratio ajustada (ORA) 10,7, 95% intervalo de confianza (95% CI): 2,8-40,3, $p<0,001$) y una carga viral baja de ARN-VHC en plasma (ORA 2,09, 95% CI: 1,02-4,2, $p=0,042$) se asociaron independientemente con la tasa de RVP.

Conclusiones: Los pacientes coinfectados por VIH/VHC-4 representan una población intermedia entre los sujetos con VIH/VHC-1 y VIH/VHC-3 en términos de probabilidad de alcanzar la RVP. Los predictores de RVP en esta población son iguales que en los portadores de VHC-1.

CP-39 Factores de riesgo para recidivas en pacientes coinfectados por el VIH/VHC tratados con interferon pegilado más ribavirina.

Rivero-Juárez A.¹, Mira J.A.², Caruz A.³, Camacho A.¹, García-Rey S.², Pérez-Camacho I.⁴, Herrero R.³, Merchante N.², Pineda J.A.², Rivero A.¹.

(1) Hospital Universitario Reina Sofía (IMIBIC), (Córdoba). (2) Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (3) Universidad de Jaén, (Jaén). (4) Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: Una alta proporción de pacientes que alcanzan respuesta final de tratamiento (RFT) presentan un rebote de la carga viral durante las 24 semanas de seguimiento tras finalización de la terapia. Los pacientes coinfectados por el VIH/VHC presentan una mayor proporción de recidivas que los pacientes mono infectados por el VHC. El objetivo de nuestro estudio fue identificar factores de riesgo basales de recidivas (VR) del VHC en pacientes coinfectados por el VIH/VHC tratados con INF-PEG/RBV.

Métodos: Se siguieron prospectivamente 212 pacientes coinfectados por el VIH/VHC naïve para el tratamiento con INF-PEG/RBV. Los pacientes que completaran la terapia completa y alcanzaran RFT se incluyeron en el estudio. Se estableció la relación entre VR y los siguientes parámetros: sexo (hombre vs. mujer); IMC (<25 kg/m² vs. ≥25 kg/m²); grado de fibrosis hepática (F0-F1 ó RH <7,2 kPa vs. F2-F4 ó RH ≥7,2 kPa); genotipo IL28B (CC vs. no-CC); genotipo de LDLr (CC vs. no-CC); edad; grupo de los CDC (A-B vs. C); HAART (uso vs. no uso); recuento de células CD4 (≤250 células/mm³ vs. >250 células/mm³); INF-PEG (α2a vs. α2b); genotipo del VHC (1/4 vs. 2/3); y carga viral basal del VHC (≥600,000 IU/mL vs. <600,000 IU/mL). Las variables con una p menor a 0,2 en el análisis univariante fueron incluidas en el análisis multivariante.

Resultados: 130 pacientes (61,3%) alcanzaron RFT, de los cuales 103 (79,2%) alcanzaron respuesta viral sostenida (RVS), y 27 (21,8%) recidivaron.

Los pacientes que recidivaron fueron con mayor frecuencia hombres (p=0,036), presentaron genotipo no-CC de LDLr (p=0,039), presentaron una mayor carga viral basal del VHC (p=0,012), sobrepeso (p=0,034), presentaron fibrosis hepática significativa (p<0,001), estaban incluidos en el grupo C de los CDC (p=0,001) y estaban infectados por genotipos 1/4 del VHC (p=0,046), cuando se compararon con los pacientes que alcanzaron RVS. El genotipo de IL28B no estuvo asociado a recidivas. En el análisis multivariante se identificaron como factores de riesgo independientes para recidivas el tener una carga basal del VHC alta (OR, 95%; 2,17 [1,2-7,9]. p=0,023), fibrosis hepática significativa (OR, 95%; 5,97 [2,1-11,9]. p=0,002), genotipo 1/4 del VHC (OR, 95%; 1,97 [1,01-5,91]. p=0,04), tener sobrepeso (OR, 95%; 1,6 [1,1-2,7]. p=0,047), y pertenecer al grupo C de los CDC (OR, 95%; 3,86 [1,92-10,23]. p= 0,01).

Conclusiones: En nuestro estudio, tener una carga basal del VHC >600.000 UI/mL, presentar un grado fibrosis hepática significativa, estar coinfectado por genotipo 1/4 del VHC, tener sobrepeso y pertenecer al grupo C de los CDC, se identificaron como factores de riesgo para recidivas en pacientes coinfectados por VIH/VHC. El genotipo de IL28B no estuvo asociado a recidivas.

CP-40 Los pacientes coinfectados por VIH/VHC con cirrosis hepática compensada consiguen un considerable porcentaje de respuesta viral persistente a la terapia con interferón pegilado más ribavirina: Resultados de la cohorte HEPAVIR de la SAEI.

Di Lello F.A.^{1*}, Mira J.A.¹, Rivero-Juárez A.¹, Torres-Cornejo A.³, Márquez-Borrego M.J.⁴, Téllez F.⁵, Vitoria M.M.¹, Merino D.⁶, Ojeda-Burgos G.⁷, Ríos-Villegas M.J.⁸, Omar M.⁹, Rivero A.², Pineda J.A.¹. Grupo para el Estudio de las Hepatitis Víricas (HEPAVIR) de la SAEI.

(1) Hospital Universitario de Valme, (Sevilla). (2) Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). (3) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). (4) Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz). (5) Hospital de la Línea, La Línea de la Concepción, (Cádiz). (6) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (7) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga). (8) Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (9) Complejo Hospitalario de Jaén, (Jaén).

Fundamentos y Objetivos: El tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una prioridad en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con cirrosis compensada, dado que una vez que se descompensa la cirrosis, la muerte por fallo hepático ocurre en un breve período de tiempo. El bajo porcentaje de respuesta viral persistente (RVP) y la frecuencia elevada de efectos adversos (EA) puede dilatar la decisión de comenzar la terapia en estos pacientes. Sin embargo, la información disponible sobre la eficacia y seguridad de la terapia con interferón pegilado más ribavirina (IFN-Peg más RBV) en esta población es escasa. El objetivo de este trabajo fue determinar el porcentaje de RVP a la terapia con IFN-Peg más RBV en una cohorte de pacientes coinfectados por VIH/VHC con cirrosis compensada.

Método: En este estudio se incluyeron a todos los pacientes de la cohorte prospectiva HEPAVIR, la cual incluye a 841 enfermos coinfectados por VIH/VHC que recibieron IFN-Peg más RBV desde diciembre de 2001 a septiembre de 2010, que tuvieran una biopsia hepática o una determinación de rigidez hepática (RH) dentro del último año previo al comienzo de la terapia. Los sujetos con $RH \geq 14.6$ kPa o fibrosis igual a F4 de acuerdo con la clasificación de Scheuer fueron clasificados como cirróticos. Además, se analizó el porcentaje de RVP, la frecuencia de toxicidad hematológica grave y los predictores de RVP.

Resultados: En este estudio se incluyeron un total de 629 pacientes, 184 (29%) de ellos con cirrosis. En un análisis por intención de tratar, 48 (26%) de los pacientes con cirrosis y 174 (39%) de aquellos sin cirrosis alcanzaron RVP ($p=0,002$). Entre los pacientes con cirrosis, la RVP fue observada en un 15%, 49% y 27% de los individuos infectados por los genotipos 1, 3 y 4 del VHC, respectivamente. La suspensión de la terapia debido a EA se observó en 33 (18%) y 43 (10%) de los individuos con y sin cirrosis, respectivamente ($p=0,004$). Tanto la anemia grave (25% vs. 15%; $p=0,006$) como la trombocitopenia grave (22% vs. 4%; $p<0,001$) fueron más comunes en los pacientes cirróticos. En la subpoblación de enfermos con cirrosis, el tener un genotipo 2 ó 3 del VHC y una carga viral basal del VHC $\leq 600,000$ IU/mL se asociaron independientemente con la RVP.

Conclusiones: Aunque la eficacia de la terapia con IFN-Peg más RBV en individuos cirróticos coinfectados por VIH/VHC es más baja que en aquellos sin cirrosis, esta combinación antiviral consigue un porcentaje considerable de RVP en estos pacientes, particularmente en los pacientes infectados por genotipo 3 del VHC. Debido a estos motivos, la terapia debe comenzarse inmediatamente en los pacientes cirróticos coinfectados por VIH/VHC, antes de que se produzca una descompensación. Asimismo, un mejor manejo de los EA podría aumentar el porcentaje de RVP en los enfermos con cirrosis.

CP-41 Mejoría continuada de la fibrosis hepática en enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con hepatitis crónica que presentan respuesta virológica sostenida tras tratamiento anti-virus de la hepatitis C (VHC).

Téllez F., Ríos I., Soto M.J., Márquez M.J., Martín-Aspas A., Montes-Oca M., Romero P., de los Santos A., Guerrero F., Girón-González J.A.

Unidades de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital de La Línea de la Concepción, (Cádiz).

Fundamentos y Objetivos: La progresión de la hepatitis crónica por VHC a cirrosis es más rápida en enfermos coinfectados por VIH. En enfermos mono infectados por VHC se ha descrito que la respuesta virológica sostenida (RVS) tras tratamiento anti-VHC se asocia a una mejoría de la fibrosis hepática. El objetivo de este trabajo es la evaluación de los cambios en la rigidez hepática de enfermos coinfectados por VIH y VHC con hepatopatía crónica tras tratamiento anti-VHC, así como si los cambios esperables se limitan al tiempo durante el que se administra dicho tratamiento o continúan evolucionando tras la suspensión de éste.

Pacientes y Métodos: Ciento nueve enfermos coinfectados por VIH y VHC fueron estudiados. Todos ellos presentaban carga viral VIH indetectable como consecuencia del tratamiento antirretroviral. El tratamiento anti-VHC consistió en interferon pegilado alfa2a, 180 microg/semana, y ribavirina, a dosis ajustadas a peso. La rigidez hepática fue evaluada mediante elastometría de transición al inicio del tratamiento, tras la finalización del mismo y doce meses tras completar dicha terapia. La modificación de la rigidez hepática fue la variable dependiente. La principal variable independiente fue la consecución de una respuesta virológica sostenida a tratamiento anti-VHC. Los datos son proporcionados como mediana (intervalo intercuartiles) o como número absoluto (porcentaje). El test de Wilcoxon fue empleado para comparar la rigidez hepática en dos momentos evolutivos diferentes. Un valor de p menor de 0,05 fue considerado significativo.

Resultados: Las características de los enfermos fueron: edad, 44 (IQR 41-47) años; sexo masculino, 88 individuos (81 %), evolución de la infección por VIH-VHC, 21 (16 – 24) años; recuento de linfocitos CD4+, 433/mm³ (IQR 314 – 651); infección por los genotipos VHC 1 o 4, 73 enfermos (67 %), cirrosis hepática, 46 enfermos (42 %). Un 42 % de enfermos (n=46) consiguieron una respuesta virológica sostenida tras tratamiento anti-VHC. Los factores independientemente asociados a dicha respuesta fueron la infección por los genotipos VHC 2 o 3 y el polimorfismo CC del gen de la interleucina 28B. Los enfermos con respuesta virológica sostenida mostraron una mejoría significativa de la rigidez hepática tras el tratamiento anti-VHC (rigidez hepática basal, 9,8 kPa (IQR 8,3–17,4); rigidez hepática al final del tratamiento anti-VHC, 8,6 kPa (IQR 6,8–20,8), $p=0,015$). De mayor interés, la fibrosis hepática continuó mejorando doce meses tras finalizar el tratamiento frente a VHC (7,3 kPa (IQR 4,9–13,2). Comparación con valores basales, $p<0,001$; comparación con valores al final de tratamiento, $p=0,003$). Estos cambios en la rigidez hepática no fueron significativos en los enfermos sin respuesta virológica sostenida al tratamiento anti-VHC (basal, 17,7 kPa (IQR 8,4–28,1), fin de tratamiento, 15,0 kPa (IQR 9,5–34,3), doce meses tras el final del tratamiento, 13,1 kPa (IQR 7,3–28,1), $p>0,05$ en cada caso).

Conclusiones: La fibrosis hepática mejora con el tratamiento de la infección por VHC en individuos coinfectados por VHC. Esta mejoría continua tras la finalización del tratamiento.

CP-42 Correlación entre la rigidez hepática y los índices Child-Pugh-Turcotte (CPT) y MELD en cirróticos coinfectados por el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC).

Recio E*.¹, Macías J.¹, Rivero-Juárez A.², Téllez F.³, Merino D.⁴, Ríos MJ.⁵, Márquez M.⁶, Omar M.⁷, Rivero A.², Gómez-Mateos JM.¹, Lorenzo S.³, Merchante N.¹, Pineda JA.¹.

(1) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital de Valme, (Sevilla). (2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Hospital Universitario Reina Sofía, (Córdoba). (3) Hospital La Línea, la Línea de la Concepción, (Cádiz). (4) Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva). (5) Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (6) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. (Málaga). (7) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario de Jaén, (Jaén).

Fundamentos y Objetivos: La rigidez hepática (RH) se correlaciona con la hipertensión portal en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) con cirrosis. Tanto el índice de CPT como el MELD (Model for End Stage Liver Disease), son marcadores pronósticos de la función hepática que podrían asociarse a las medidas de RH. Sin embargo, existe poca información acerca de la correlación entre RH y los índices de CPT y MELD en pacientes cirróticos mono infectados por el VHC, y ninguna información en lo referente a pacientes coinfectados por el VIH/VHC con cirrosis. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar la correlación entre las medidas de RH y los índices de CPT y MELD en pacientes coinfectados por VIH/VHC con cirrosis.

Métodos: Se incluyeron 300 pacientes cirróticos coinfectados por el VIH/VHC que acudieron desde Enero del 2006 hasta Diciembre del 2010 a las consultas de Enfermedades Infecciosas de siete hospitales andaluces. Se diagnosticaron como cirróticos aquellos pacientes con valores de RH ≥ 14 kPa. Los índices de CPT y MELD se calcularon en el periodo en el que se realizaron las determinaciones de RH. Para evaluar la correlación entre variables continuas, se usó el test de Spearman y el test de Kruskal-Wallis se utilizó para comparar las medidas de RH en los grupos de pacientes de cada una de las tres categorías del índice de CPT. Las comparaciones entre pares de categorías del índice de CPT se realizaron con el test de U Mann-Whitney.

Resultados: Doscientos sesenta y nueve (89.7%) pacientes eran hombres. La edad mediana (rango intercuartílico, RIQ) fue de 44 (41-48) años. La mediana de las medidas de RH fue de 26 (18-42) KPa. Doscientos sesenta y un (87%) pacientes se clasificaron como categoría CPT A, 35 (11.7%) se clasificaron como B y cuatro (1,3%) como C. La mediana (RIQ) del índice de CPT fue 5 (5-11) y la del índice MELD fue 8 (6-10). La RH y el índice de CPT correlacionaron (ρ : 0,38, $p < 0,001$). De igual modo, se encontró una correlación entre los valores de RH y el índice MELD (ρ : 0,47, $p < 0,001$). Las medianas (RIQ) de los valores de RH en pacientes con CPT A, B y C fueron: 25 (17-37), 44 (27-57) y 57 (34-70), respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones: La RH se correlaciona con los índices de CPT y MELD en los pacientes coinfectados por VIH/VHC con cirrosis. Por ello, la RH podría ser considerada como marcador de función hepática y, de este modo, como predictora de la supervivencia de los cirróticos coinfectados por VIH/VHC.

CP-43 Alteraciones ecocardiográficas en una cohorte de pacientes con infección por el VIH asintomáticos.

Pérez I., Moreno T., Isasti G., Ruiz J., Nuño E., Cabrera F., Márquez M., Palacios R., Santos J.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga).

Fundamento y Objetivos: En los pacientes con infección por el VIH se ha descrito una prevalencia de alteraciones ecocardiográficas, tal como la disfunción diastólica del ventrículo derecho, superior a la de la población general. Existen pocos datos de alteraciones ecocardiográficas en nuestra población VIH. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prevalencia de alteraciones ecocardiográficas tales como hipertensión pulmonar (HP), disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DD), disfunción del ventrículo derecho (DVD), dilatación de la aurícula izquierda (DAI) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en una cohorte de pacientes con infección por el VIH asintomáticos.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte consecutiva de pacientes asintomáticos con infección por el VIH en seguimiento ambulatorio regular. Un único ecocardiografista realizó los ETT (GE Vivid S6) e interpretó los resultados en tiempo real en base a las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. Se realizó un cuestionario sobre disnea (clasificación de la NYHA). Se analizó la relación entre las alteraciones ecocardiográficas y factores de riesgo cardiovascular, datos demográficos y epidemiológicos, situación inmunoviológica y exposición al TAR. Programa estadístico: SPSS.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes; 85,2% eran varones, edad media 46,3 años, tiempo medio desde el diagnóstico de la infección por el VIH 123,7 meses y 27,6% casos de sida; 95,4% estaban con

TAR y 92,5% de ellos tenían carga viral indetectable. La media de linfocitos CD4 era 544/mm³. La prevalencia de alteraciones ecocardiográficas fue: HVI 29,6% (leve 17,9, moderada 6,1 y severa 4,6%), DD 19,8% (grado 1 15,8% y grado 2 4,1%), DAI 7,7%, DVD 6,2%, e HP 2,6%. La HVI se asoció a diabetes (OR 5,3; IC 95% 1,8-15,3; p=0,001), la DD con la edad (OR por cada 5 años más 4,4; IC95% 4,2-4,6, p=0,0001), obesidad (OR 4,07, IC95% 1,6-10,0; p=0,002), uso de alcohol (OR 2,5, IC 95% 1,07-6,2; p=0,03), y menor recuento de CD4 (OR por cada 10 CD4 menos 10,02, IC 95% 10,00-10,04; p=0,008), la DAI se asoció con el uso de ITINAN frente al uso de IP (OR 9,9, IC 95% 1,2-79,1; p=0,02), la DVD con la hipertensión (OR 5,4, IC 95% 1,6-18,2; p=0,005), y la HP con la edad (56,2 vs 46,0 años; p=0,01) y más tiempo de uso de TAR (149,3 vs 83,0 meses; p=0,03).

Conclusión: La prevalencia de alteraciones ecocardiográficas en pacientes con infección por el VIH asintomáticos es elevada, sobre todo la HVI y la DD. Se precisan estudios comparativos entre población VIH y no VIH para conocer el impacto del VIH y su tratamiento en estas alteraciones.

CP-44 El papel de los CD4 nadir en la aparición de aterosclerosis subclínica en pacientes infectados por el VIH.

Hidalgo Tenorio C., Jarillas Fernández F., Rivero M., Arenas M., Pasquau J., López Ruz M., García Vallecillos C.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Objetivos: Analizar la influencia de las cifras de CD4 nadir menor de 200 células/uL en la aparición de aterosclerosis subclínica (AS) en pacientes VIH en tratamiento antirretroviral (TAR) con buen control virológico.

Métodos: Se trata de un estudio transversal en el que de forma consecutiva y tras firma de consentimiento informado se fueron incluyendo pacientes VIH pertenecientes a una Unidad de Enfermedades Infecciosas. Incluimos a pacientes que desde al menos 6 meses previos al estudio se encontraban con carga viral indetectable y la misma pauta de TAR. Excluimos a aquellos con antecedentes de Eventos cardiovasculares (ECV) coronario y no coronario. Los pacientes se clasificaron en función de que el inicio del TAR fuera con CD4 < ó > 200 células/uL. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas, analíticas en relación a su infección por el VIH y realizamos velocidad onda de pulso (VOP) como medida de AS. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0 para analizar los datos.

Resultados: Incluimos 98 pacientes, 68 (65,1%) con CD4 < 200 células/uL. Los dos grupos eran equiparables en edad ($p=0,34$), género ($P=0,78$), tiempo de evolución del VIH ($p=0,7$), y TAR ($p=0,6$), fracasos virológicos previos ($p=0,3$), snd metabólico ($p=0,9$), riesgo cardiovascular según la escala de Framingham ($p=0,8$) y SCORE ($p=0,8$), peso ($p=0,4$),

índice de masa corporal ($p=0,7$), tensión arterial sistólica ($p=0,7$), diastólica ($p=0,7$), frecuencia cardíaca ($p=0,13$); y antecedente personales de diabetes mellitus ($p=0,4$), HTA ($p=0,9$), hepatopatía crónica por VHC ($p=0,3$) y VHB ($p=0,5$), lues ($p=0,09$), infección tuberculosa latente ($p=0,3$), antecedentes familiares cardiovasculares ($p=0,08$). Había más fumadores en grupo de CD4 < 200, 45/64 (70,3%) vs (47,55%) ($p=0,02$). En ambos grupos medimos índice de HOMA ($p=0,8$), colesterol total ($p=0,4$), HDL ($p=0,6$), LDL ($p=0,9$), homocisteína ($p=0,6$), ApoA ($p=0,4$), ApoB ($p=0,4$), relación ApoA/ApoB ($p=0,9$); triglicéridos eran más elevadas en el grupo de CD4 < 200 ($p=0,005$). La VOP en el grupo CD4 nadir < 200 era $9,64 \pm 1,9$ m/s y CD4 nadir > 200 células/uL $9,63 \pm 2,5$ m/s ($p=0,7$).

Discusión: En la cohorte SMART hallaron que la interrupción estructurada del TAR se asociaba con mayor número de ECV. Recientemente se ha publicado un estudio compuesto por 80 VIH a lo que se les realizaba VOP y hallaron que aquellos con CD4 nadir < 350 células/uL presentaban mayores cifras de VOP, con mayor tiempo de evolución que nuestro grupo.

Conclusiones: En paciente VIH en tratamiento antirretroviral con buen control virológico las cifras de CD4 nadir previas a la administración del TAR no influyen en la aparición de aterosclerosis subclínica.

CP-45 La neoplasia de cérvix en una cohorte de mujeres infectadas por el VIH.

Pasquau J.*¹, Rivero M.M.¹, Hidalgo-Tenorio C.¹, García Vallecillos C.¹, López Ruz MA.¹, Torres L.M.².

(1) Unidad de Enfermedades Infecciosas. (2) Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada)

Fundamentos y Objetivos: La pandemia por el Virus Papilomavirus Humano ha afectado especialmente a poblaciones como las mujeres infectadas por el VIH. Nuestro objetivo ha sido ver la incidencia/prevalencia de neoplasia de cérvix (CCx) en nuestra cohorte de mujeres VIH+.

Metodología: Es un estudio retrospectivo de una cohorte de mujeres VIH+. A todas ellas se les propuso activamente su inclusión en el programa de detección precoz del CCx de la red sanitaria, y se les recogió la información de los estudios citológicos e histológicos realizados [básicamente citología cervical, sin screening del Papilomavirus (HPV) ni citología anal, y las biopsias tras citologías anormales], así como de los tratamientos y de la evolución de las lesiones, además de los datos epidemiológicos y clínicobiológicos propios del seguimiento de la infección VIH.

Resultados: Es una cohorte prospectiva de pacientes VIH+ de nuestro hospital, que se inició en 02/1999, que incluye a 469 pacientes (265 en seguimiento activo), y en la que hay 127 mujeres (88 en seguimiento activo). No disponemos de información sobre las citologías de 38 pacientes (en 27 por falta de información en sus historias –pérdidas, escaso seguimiento-, en 5 por no procedencia –edad, histerectomía por otros motivos- y en 6 por haberse negado a hacérsela). En las 89 restantes, las citologías han sido siempre normales en 59 pacientes (66,3%) y las otras 30 (33,6%) han presentado citologías patológicas. Entre ellas, ha habido enfermedad invasiva en 4

mujeres (4,5% del total), de las que fallecieron 3. En 3 casos fue un CCx, que se diagnosticó en el primer estudio (2 exitus letalis atribuidos y 1 histerectomía con buena evolución posterior -9 a.-), y el otro fue un carcinoma anal, que se diagnosticó después de haber tenido citología cervical negativa, y que también condujo a un exitus letalis atribuido. 14 mujeres (15,4% del total) presentaron datos de lesión intraepitelial escamosa de alto grado [HSIL, neoplasia intraepitelial cervical (CIN) > I], que han evolucionado bien tras tratamiento local y en las que no se ha observado recidiva (en 2 mujeres no disponemos de información citológica después del diagnóstico). 12 mujeres (13,5% del total) presentaron SIL de bajo grado (LSIL, CIN I), que tampoco han mostrado signos de progresión en el seguimiento (falta información suficiente de 4 de ellas). Muy pocas mujeres (<10%) se han adherido completamente al programa anual de citologías, sobre todo si las citologías eran inicialmente normales. Afortunadamente sólo en 5 mujeres se encontraron anomalías en la citología después de haber tenido citologías normales.

Conclusión: La neoplasia cervical en algún grado a afectado a 1/3 de la cohorte. El control del impacto del HPV en las mujeres VIH+ es muy importante y obliga a una vigilancia continua. Aunque el programa oficial de citologías ha protegido convenientemente a la cohorte a pesar de un seguimiento deficiente, es probable que la adicción de la citología anal sistemática y el screening del HPV mejore sus resultados.

CP-46 Estudio de prevalencia de infección de VPH en una población de pacientes VIH-HSH.

Muñoz-Medina L., Martínez Pérez M.A., Ruiz Ávila I.¹, Parra Ruiz J., Vinuesa García D., Navas Pérez M.S., Gálvez López R., Hernández Quero J.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. (1) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Cecilio, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: El virus del papiloma humano (VPH) es un virus ADN que pertenece al género Papilomavirus familia *Papillomaviridae*. Existen más de 100 genotipos del VPH, de los cuales al menos 40 pueden infectar al ser humano por vía sexual por contacto directo con piel o mucosas, vertical, en el canal del parto, o a través de fómites. Por su capacidad de oncogénesis el VPH puede ser clasificado de bajo y alto riesgo. El papel oncogénico de los VPH en el cáncer anal (CA) y de cérvix no tiene discusión. En los diez últimos años ha sido publicada una incidencia de carcinoma anal de 70-100 por cada 100.000 HSH VIH positivos atribuible a la alta prevalencia de infección del canal anal por VPH de alto riesgo (VPH-AR). Objetivo: Estudio descriptivo de la prevalencia de VPH-AR en una cohorte de pacientes VIH HSH.

Métodos: A nuestra cohorte de pacientes VIH HSH, durante los 6 primeros meses del año 2011 se realizó citología y determinación de HPV en canal anal mediante citología en fase líquida (NOVAPREP® VIAL TEST) y detección de DNA VPH por técnica de PCR. Se identifican como serotipo de bajo riesgo: 6, 11, 40/61, 42, 43/44, 54/55, 70, 57/71, 72, 81, 84/26; y de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66/68, 73, 82.

Resultados: Se realizó toma de muestra en 107 pacientes, de los cuales fueron válidos para estudio 94. La mediana de edad fue de 39 años (21-73), todos ellos controlados inmunológicamente con CD4 mayores de 350 cel/mm³. Realizaban TAR el 86%. La prevalencia de infección por VPH en este grupo poblacional fue de 71,3%, de los cuales presentaban serotipos múltiples en todos los casos menos 3 (96,8%). El 68% fueron serotipos de alto grado. De

los dos serotipos de alto grado más frecuentes la incidencia en nuestra muestra fue: 16 en un 17,2% y sin embargo 18 sólo en un 3,2%. Del resto de serotipos de alto grado los más frecuentes fueron el 52 (11,7%) y el 31, 35, 59, 68 (6,4%). De los serotipos de bajo grado se aislaron con mayor frecuencia el 6 (18,1%) y el 11 (11,7%). La citología fue de muy baja rentabilidad, un 4,3%, estando en evaluación la causa de la menor incidencia de displasia en nuestra serie. La prevalencia de infección en canal anal de VPH en varones VIH HSH es muy alta, siendo más frecuente la infección por varios serotipos al mismo tiempo. La prevalencia de serotipos de alto grado es muy alta y debe de hacer reflexionar sobre la necesidad de realizar el despistaje de Ca ano en nuestra población de pacientes VIH HSH. Estos datos, similares a los publicados en otras series, nos hacen reflexionar sobre la necesidad de otras actuaciones terapéuticas tales como la vacunación (disponible hoy en España una vacuna cuatrivalente para serotipos 16,18, 6 y 11), para evitar la aparición de lesiones displasias secundarias, que degeneren en neoplasia.

Conclusiones: La prevalencia de infección por VPH en canal anal en nuestra población VIH HSH es muy alta, superponible a la descrita. La prevalencia de múltiples serotipos es lo habitual, siendo los de alto grado los más frecuentes. Es obligado la realización de un despistaje periódico en la población VIH HSH de cara a detección precoz de Ca ano.

CP-47 Características diferenciales entre pacientes hospitalizados por sospecha de neumonía por Gripe A no confirmada y pacientes con confirmación microbiológica por PCR.

Gutiérrez Gutiérrez B., Gálvez Acebal J., Machado Sevillano C., Palomo Jiménez V., Villar M., Navarro M.D., Domínguez Castellano A., Retamar Gentil P., Valiente Méndez A., Fernández Cuenca, F., Rodríguez- Baño J.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla).

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen Macarena en los que se activó el protocolo de caso sospechoso neumonía por virus influenza A (H1N1) comparando los casos confirmados con aquellos con sospecha no confirmada y sin diagnóstico etiológico, en la primera temporada postpandémica.

Material y Método: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por sospecha de neumonía por gripe A. El diagnóstico de gripe A (H1N1) se confirmó mediante RT-PCR en exudado nasofaríngeo. Se analizaron variables epidemiológicas, comorbilidades, características clínicas, complicaciones, tratamiento empleado y estancia hospitalaria en los pacientes con y sin diagnóstico confirmado (C/NC). Los datos se analizaron con SPSS. 17,0.

Resultados: Desde diciembre del 2010 a Marzo del 2011 ingresaron 81 pacientes con sospecha de neumonía por gripe A (H1N1). Se confirmó en 24 pacientes (29.6%). Fueron mujeres el 50% de los casos C y el 55% de los NC ($p=1$). Los pacientes con gripe A (H1N1) confirmada, presentaron, con respecto a los casos no confirmados: menor edad media (43 vs 55, $p=0,7842$), así como mayor frecuencia de ingreso en UCI (37,5% vs 4,7 %, $p=0,0036$). Pacientes vacunados de gripe (C: 4,3% vs NC: 17,54%; $p=0,1635$) CURB>2 predominó en los pacientes con PCR para Gripe A positiva (C:16.6%; NC:7.01%, $p=0,218$). En cuanto a los factores de riesgo asociados a gripe A, destacar la obesidad (C: 8,7% vs NC: 4,2%; $p=0,622$) En la Rx de torax el porcentaje de pacientes que

tuvieron infiltrado intersticial fue de (C:45,8%; NC:25,9%; $p=0,046$). Mayor porcentaje de síntomas atípicos en los pacientes con neumonía por Gripe A confirmada: tos sin expectoración (C: 29.1%; NC:65.5%; $p=0,0026$) así como de diarrea (C:20.8%; NC:8,6%; $p=0,217$); artromialgia (C:29%; NC: 20,6%; $p=0,1043$). Por el contrario, existe un menor porcentaje en los confirmados con derrame pleural (C=8,3%; NC=18,9%; $p=0,321$) y crepitantes (C:41,6%; NC:59,64%; $p=0,8701$). En rasgos generales, no hubo diferencias en: la estancia media (9.08 días en C vs 9.04 días en NC). La tensión arterial y temperatura fue similar en ambos grupos. Así, (TAS.<110) fue de C:30,43% y NC:31,58%. (TAD<70), C:39,1%; NC:50,9% y $p=0,46$. La temperatura superior a 38 °C fue de (C:26%; NC:26,3%; $p=1$). Recibieron tratamiento con oseltamivir (>48 horas de ingreso) (C: 82,61%; NC: 8,8%; $p=0,0001$). El antibiótico mayoritario fue levofloxacino más ceftriaxona.(C:75.1%; NC:74,1 %; $p=1$). Hubo mayor mortalidad en el grupo de los confirmados (C:8,9%; NC:5.2%; $p=1$).

Conclusiones: La neumonía por virus (H1N1) en la primera temporada postpandémica ocurrió en pacientes más jóvenes, se asociaba con mayor frecuencia a obesidad, así como a mayor gravedad y mortalidad. En cuanto a la sintomatología en los pacientes con virus influenza A (H1N1), fue similar a la descrita en la primera temporada de la pandemia. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables: ingreso en UCI y tos seca (mayor en los pacientes con H1N1); Rx de tórax predominando el patrón intersticial en los pacientes confirmados.

CP-48 Impacto de la edad avanzada en pacientes críticos infectados por el virus influenza A (H1N1) 2009.

Gutiérrez A., Márquez, JA., Aldabó T., Loza-Vázquez A., Estella A., Arenzana A., Pozo JC., Rello J., Garnacho J., Rodríguez A.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Introducción: Poco se sabe acerca de la influencia de la edad avanzada en pacientes infectados por el virus de la influenza A (H1N1) 2009 en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). En este estudio se evalúa el resultado de esos pacientes, estudiando si la edad supone un factor de riesgo para mortalidad.

Objetivos: El principal objetivo del estudio fue investigar la relación entre la edad avanzada y el resultado de estos pacientes en la UCI.

Pacientes y Método: Estudio de cohortes observacional, prospectivo, y multicéntrico, llevado a cabo en 148 UCIs españolas, con pacientes con infección por virus de la influenza A (H1N1) 2009 confirmada mediante RT-PCR (Real Time Polymerase chain reaction). Los pacientes mayores de 64 años fueron comparados con el resto, mediante análisis bivalente. Se utilizó un modelo ajustado de regresión de Cox para determinar la independencia de la edad como factor de riesgo para mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 1410 pacientes, de los cuales 173 (12.3%) fueron mayores de 64 años, con una proporción mayor de hombres (43% vs. 29,5%, $p < 0,001$). Además, estos pacientes presentaron un índice APACHE

(Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II, mayor que los de menor edad (19, 15-24 vs. 13, 9-18, $p < 0,001$) y un SOFA (Sequential Organ Failure) también mayor (6, 4-10 vs. 5, 3-8, $p < 0,005$). A su vez, se observó mayor proporción de pacientes con insuficiencia renal crónica (16,8% vs. 4,5%, $p < 0,001$), enfermedad hematológica (13,9% vs. 6,2%, $p < 0,001$), diabetes (31,4% vs. 9,9%, $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca (24,9% vs. 5,8%, $p < 0,001$), y ventilación mecánica no invasiva (37,6% vs. 27,9%, $p < 0,01$). La neumonitis viral si fue más frecuente en los pacientes menores de 65 años (73% vs. 55,5%, $p < 0,001$). La edad avanzada se relacionó con el aumento de la mortalidad en la UCI (29,7% vs. 19%; OR, 1,80; IC95%, 1,24-2,62), y el análisis mediante regresión de Cox ajustado para posibles variables confundentes sugirió el mismo resultado (hazard ratio, 1,543; IC95%, 1,1-2,2; $p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, los datos sugieren que los pacientes mayores de 64 años infectados por el virus influenza A (H1N1) 2009, hospitalizados en UCIs, tienen mayor mortalidad que los pacientes de menor edad.

CP-49 Alta prevalencia del virus Influenza A (H1N1) en las unidades de trasplante.

Molina J.*, Ben-Marzouk O.J., Milara C., Pereira P., Suárez G., Sobrino M., Pérez-Romero P. y Cordero E.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivo: A pesar de que la transmisión nosocomial del virus Influenza A ha sido ampliamente estudiada, su prevalencia en las unidades de trasplantes no está bien descrita. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la infección por Influenza A (H1N1) en las unidades de trasplante de órgano sólido (TOS) y en el personal asistencial de las unidades de trasplante. Por otra parte, nos propusimos analizar los factores relacionados con la infección por influenza y determinar la importancia clínica del resultado positivo de PCR en pacientes asintomáticos.

Métodos: El estudio fue llevado a cabo entre los días 24 y 26 de enero de 2011 y se tomaron frotis nasofaríngeos a los pacientes ingresados y el personal sanitario de las unidades de trasplante. Se determinó la presencia de virus respiratorios en las muestras utilizando PCR multiplex (Seeplex-RV12ACE Detection kit, Seegene Inc.) y se realizó un seguimiento telefónico durante 21 días para detectar el desarrollo de síntomas posteriores a la determinación.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 75 individuos, 36 personal de atención al paciente, 23 TOS, 11 pacientes no-trasplantados admitidos en la misma área de hospitalización y 5 acompañantes. El 58,7% (44) presentaron una PCR positiva, siendo la mayoría de las infecciones virales (41, 93,1%) causadas por 2009-influenza A (H1N1). El 75% (33) de las muestras positivas procedían de individuos asintomáticos, (53,2% pacientes, 63% personal). El 54,5% de los pacientes asintomáticos con

PCR positiva desarrollaron síntomas de infección respiratoria durante los días posteriores, respecto al 7,7% ($p<0,001$) de casos asintomáticos con PCR negativa. El 48% de la cohorte había recibido la vacuna de la gripe A 2009-H1N1, con una tasa aún mayor (65,2%, $p=0,01$) en los pacientes TOS, mientras la tasa de vacunación menor la presentaron el grupo de personal sanitario (29,6%). El 48,1% de los casos sintomáticos no habían recibido la vacuna frente a 19,4% que la habían recibido. Ninguno de los factores clínicos o epidemiológicos analizados estuvo relacionado con valores positivos de PCR. Tan sólo la presencia síntomas en el momento de la inclusión estuvo relacionada con un resultado positivo para la PCR (84,6% vs. 53,2%, $p=0,03$). Los individuos asintomáticos con PCR positiva desarrollaron síntomas de infección respiratoria con mayor frecuencia (54,4% vs. 7,6%, $p=0,001$) a lo largo de los 21 días de seguimiento.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de colonización por Influenza A (H1N1) en los pacientes TOS y en el personal sanitario a lo largo del período epidémico, por lo que se recomienda el uso de barreras de contacto durante este período. No se han observado factores clínicos o epidemiológicos relacionados con la positividad de la PCR, si bien podríamos considerar la presencia de Influenza A (H1N1) como predictor temprano de enfermedad con sintomatología clínica.

CP-50 Farmacocinética de oseltamivir en pacientes con neumonía por virus influenza a diferentes dosis: dosis estándar vs. dosis alta.

Aydillo T.A.¹, Pérez-Romero P.¹, Ruiz-Valderas R.¹, Pérez-Ordoñez A.¹, Fernández-Cuenca F.², Gracia-Ahufinger I.³, Cordero E.¹, Garnacho J.¹, Pachón J.¹.

(1) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla. (2) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. (3) Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba (UCO), (Córdoba).

Fundamentos y Objetivos: Existen escasas evidencias clínicas sobre la dosis más efectiva de oseltamivir (OST) en pacientes con neumonía causada por virus de la influenza y/o obesidad. Sin embargo, diversas sociedades científicas recomiendan dosis mayores (150mg/12h) que las estándares (75mg/12h), en pacientes con neumonía e insuficiencia respiratoria y con obesidad mórbida (IMC >40) y dosis menores (75mg/24h) en pacientes con un aclaramiento de creatinina (ClCr) <30 ml/min. El objetivo de este estudio fue analizar la farmacocinética de OST en estos grupos de pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional prospectivo entre Diciembre de 2009 y Febrero de 2011 en pacientes hospitalizados con neumonía por virus influenza. Los pacientes se clasificaron en función de la dosis de OST, la gravedad de la neumonía, el índice de masa corporal (IMC), la ventilación mecánica, y la insuficiencia renal (IR) y/o hemofiltración (HFVC). La concentración de OST carboxilato en plasma se midió tras la cuarta dosis administrada, mediante cromatografía líquida acoplada a ultravioleta (Gilson SA France). Los parámetros farmacocinéticos se determinaron utilizando un modelo no compartimental: área bajo la curva (AUC₀₋₁₂, ngh/ml) y concentración máxima (C_{max}, ng/ml) y se expresaron como mediana (rango).

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (27 con influenza A H1N1-2009, 2 con influenza B). En diez pacientes (1 obeso, 1 IR) con neumonía leve/moderada que recibieron dosis estándar de 75mg/12h, los parámetros farmacocinéticos fueron: AUC₀₋₁₂ y C_{max} de 8307 ngh/ml (3460,1-18544,3) y 1044,5 ng/ml (318,1-2567,1), respectivamente. Diecinueve pacientes (65,5%) requirieron ingreso en UCI y VM por neumonía grave: 12 pacientes (1 obeso, 3 IR) fueron tratados con 150mg/12h: AUC₀₋₁₂ y C_{max} de 25391,6 (3027-72096,3) ngh/ml y 5996,5 (281,8-13153,1) ng/ml, respectivamente. Siete pacientes tratados con 75mg/12h (1 obeso, 5 IR) tuvieron AUC₀₋₁₂ y C_{max} de 14138,9 (7421,5-37457,8) ngh/ml y 1737,8 (707,7-5542,1) ng/ml, respectivamente. Once (37,9%) pacientes fallecieron, no hubo diferencias en AUC₀₋₁₂ y la C_{max} frente a los pacientes que sobrevivieron: 14138,3 vs. 9971,8 ngh/ml, p=0,31 y 3972,3 vs. 1203,5 ng/ml, p=0,08.

Conclusiones: La dosis estándar de OST es adecuada en pacientes con neumonía por virus influenza. Las dosis mayores de OST no están relacionadas con mayor supervivencia, ni mejores parámetros farmacocinéticos.

CP-51 Las concentraciones plasmáticas e intracelulares de etravirina apoyan su administración una vez al día.

Gutiérrez-Valencia A.*¹, Torres-Cornejo A.¹, Martín-Peña R.¹, Ruiz-Valderas R.¹, Castillo-Ferrando J.R.², López Cortés L.F.¹.

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío/Instituto Biomedicina Sevilla. (2) Servicio Farmacología Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: El cumplimiento del TAR es uno de los principales factores que determinan su eficacia, existiendo una relación inversa con el número de dosis diarias prescritas. La dosificación recomendada de etravirina (ETV) es 200 mg dos veces al día (bid), pero su administración una vez al día (qd) facilitaría dicho cumplimiento. La vida media larga de ETV en plasma y algunos estudios basados en concentraciones plasmáticas (Cp) sugieren la posibilidad de esta dosificación. Sin embargo, son muy escasos los datos a nivel intracelular, donde el fármaco realiza su acción. Nuestro objetivo es analizar las concentraciones intracelulares (C_{ic}) y Cp de ETV administrada como 200 mg bid y 400 mg qd.

Material y Métodos: Estudio abierto, prospectivo, donde se realizó un estudio PK de ETV administrada como 200 mg bid y como ETV 400 mg qd. Ambos estudios se realizaron a nivel plasmático e intracelular. Las C_{max} y C_{min} se determinaron mediante observación directa de las curvas, y las AUC_{0-t} mediante método log trapezoidal (modelo no compartimental). La variabilidad interindividual se calculó mediante coeficientes de variación (CV). Los resultados se expresan como medias geométricas (MG) y como cocientes de las medias geométricas (CMG) utilizando como referencia ETV 200 mg/12 h.

Resultados: Se incluyeron a 8 pacientes, los cuales estaban en tratamiento estable con ETV 200 mg bid y carga viral negativa. A nivel plasmático las MG de ETV 400 mg qd vs. 200 mg bid fueron: AUC_{0-t}: 9119 vs. 6879 ngh/ml [CMG: 1,31 (IC90: 1,08-1,59)], C_{max} 704 vs. 401 ng/mL [CMG: 1,76 (IC90: 1,47-2,10)] y C_{min} 190 vs. 192 ng/mL [CMG: 0,99 (IC90: 0,70-1,39)]. A nivel intracelular: AUC_{0-t}, 5076 vs. 5602 ngh/ml [CMG: 0,91 (IC90: 0,7-1,18)], C_{max} 495 vs. 403 ng/mL [CMG: 1,23 (IC90: 0,89-1,7)] y C_{min} 102 vs. 139 ng/mL [CMG: 0,74 (IC90: 0,47-1,14)]. La penetración media de ETV a nivel intracelular fue del 80% y del 56% de las Cp con 200 mg bid y 400 mg qd, respectivamente.

Conclusiones: 1. Las concentraciones plasmáticas de ETV durante en intervalo de dosificación son más elevadas con su administración qd vs bid, aunque las concentraciones valles son similares. 2. A nivel plasmático, todos los parámetros son similares con ambos regimenes de dosificación. 3. Estos resultados apoyarían la administración qd.

CP-52 La respuesta viral sostenida no depende de las concentraciones plasmáticas de pegIFN-alfa-2a ni de ribavirina en pacientes coinfectados por el VIH/VHC G 1-4.

Torres Cornejo A.*, Ruiz Valderas R., Martín Peña R., Gutiérrez Valencia A., Viciano Fernández P., López Cortés, L.F.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Laboratorio de Infección por el VIH y Farmacocinética de Antirretrovirales. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

Fundamentos y Objetivos: A pesar de que en breve dispondremos de los inhibidores de la proteasa NS3/4A del VHC, el interferón pegilado α 2a (pegIFN- α 2a) y la ribavirina (Rbv) siguen siendo piezas claves en el tratamiento de la hepatitis C, siendo necesario ampliar el conocimiento de los mecanismos de acción de estos fármacos con el fin de mejorar los resultados terapéuticos actuales. En 2008, comunicamos que la probabilidad de alcanzar respuesta viral sostenida (RVS) era hasta 4 veces mayor en pacientes con concentraciones plasmáticas (Cp) de pegIFN- α 2a elevadas. Tras ampliar la cohorte y con la introducción del gen de la IL28B, como determinante en gran parte de la respuesta viral sostenida (RVS), reevaluamos el papel de las Cp de ambos fármacos sobre la respuesta al tratamiento del VHC.

Métodos: Pacientes coinfectados VIH/VHC, genotipos 1/4, que inician por primera vez tratamiento con pegIFN- α 2a (180 μ g/semana) y Rbv (1000-1200 mg/día) durante 48 semanas. Las muestras para la determinación de las Cp de pegIFN y Rbv se tomaron $12 \pm 0,15$ h tras la última toma de Rbv coincidiendo con el 7º día tras la administración de pegIFN- α 2a en las semanas 1, 2, 4 y mensualmente hasta finalizar el tratamiento. Las Cp se determinaron mediante ELISA y HPLC-UV, respectivamente. El polimorfismo (SNP) (rs129679860) del gen de la IL28B se determinó mediante TaqMan por PCR en tiempo real. Se consideró respuesta viral sostenida (RVS); como a la negatividad del ARN-VHC 24 semanas tras finalizar el tratamiento. Variables expresadas como medianas, medias geométricas (MG) y rango; análisis de curvas ROC, uni y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes coinfectados con genotipos 1 (77%) y 4 (22,6%), estadio F4 (42,6%), ARN-VHC (M, rango) de 6.04 log₁₀ UI/mL (3,63-8,13) y la siguiente distribución del SNP de la IL28B: deCC (35,9%) y CT/TT (64%). La MG (rango) de las Cp de pegIFN- α 2a a lo largo de todo el tratamiento fue de 3960 pg/ml (1772-10937 pg/ml) en los respondedores con RVS vs. 3699 pg/ml (475-7674 pg/ml) en los no respondedores. Respecto a Rbv estos valores fueron 1,93 μ g/ml (0,62-4,65 μ g/ml) en respondedores vs. 1,65 μ g/ml (0,44-5,56 μ g/ml). No se observó ningún punto de corte discriminatorio predictivo de respuesta con ambos fármacos (curvas ROC) ni relación alguna entre RVS y las Cp de pegIFN- α 2a o Rbv. En el análisis multivariado, ser portador del genotipo CC de la IL28B fue la única variable asociada a RVS (OR:7,3;IC95: 3,04-17,53; p<0,001), mientras que presentar niveles de ARN-VHC <800.000 UI/ml fue la única variable asociada a menores tasas de recidivas (OR:0,08;IC95: 0,01-0,73 ; p<0,025).

Conclusiones: 1. Tras la ampliación de nuestra cohorte, rectificamos y concluimos, que en aquellos pacientes coinfectados por VIH/VHC genotipos 1-4 del virus C, las Cp de pegIFN- α 2a o de Rbv no están asociadas a la RVS. 2. En los pacientes analizados, portar el genotipo CC de la IL28B y presentar viremias bajas han sido las únicas variables asociadas a RVS y recidivas, respectivamente.

CP-53 Implicación de los linfocitos T reguladores (Treg) en la reconstitución inmune de enfermos coinfectados por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis C (VHC).

Romero P, Corchado S., Márquez M., Montes-Oca M., Martín-Aspas A., Soto M.J., de los Santos A., Guerrero F, Girón-González J.A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz).

Fundamentos y Objetivos: Un incremento menor de linfocitos T CD4+, tras tratamiento antirretroviral, es característico de enfermos infectados por VIH con cirrosis hepática. La respuesta inmune y la proliferación de linfocitos T CD4+ son dependientes de un balance de varias subpoblaciones de linfocitos T: Linfocitos T helper (Th) 1 (caracterizados por la secreción de interferon gamma-INF-), Th 2 (secretores de interleucina (IL) 4), Th 17 (secretores de IL 17) y linfocitos T reguladores/supresores (Treg) (secretores de factor transformante de crecimiento beta -TGF-). Estudiamos la relación entre estas subpoblaciones, analizadas a través de la concentración de sus citocinas, y la evolución de los linfocitos T CD4+.

Pacientes y Métodos: Fueron estudiados 80 enfermos coinfectados por VIH y VHC, en tratamiento antirretroviral. Cuarenta y seis por ciento de ellos presentaban cirrosis hepática. Fueron analizadas basalmente las características relacionadas con VIH y VHC, tiempo mantenido con carga viral VIH indetectable y concentraciones séricas de INF, IL4, IL17 y TGF (ELISA, R&D). Los enfermos fueron seguidos durante 21 meses (rango, 3-24 meses). Los datos se expresan como mediana (intervalo intercuartiles -IQR-) o número absoluto (porcentaje). Se realizó un análisis bivariante y multivariante de los factores asociados a incremento o disminución del recuento de linfocitos T CD4+/mm³ desde la inclusión. Un valor de p menor de 0,05 fue considerado significativo.

Resultados: Un 49% de los enfermos presentó incremento del recuento de linfocitos T CD4+/mm³ (mediana, 95; IQR 37, 159) mientras que un 51% mostró una disminución de ellos (mediana, -113,

IQR, -166, -31). Los grupos con aumento y con disminución de linfocitos T CD4+/mm³ durante el seguimiento mostraron edad, sexo, conducta de riesgo, consumo de alcohol, linfocitos T CD4+/mm³ en el momento de la inclusión, tratamiento basado en inhibidores de la proteasa o en no nucleósidos o porcentaje de enfermos con respuesta virológica sostenida a anti-VHC similares. El grupo con incremento de linfocitos T CD4+/mm³ durante el seguimiento presentaba una significativa mayor proporción de individuos cuya carga viral había permanecido indetectable más de 60 meses con anterioridad a la inclusión (39 vs 17 %, p=0,045), un menor porcentaje de aquellos con cirrosis hepática (31 vs 61%, p=0,008) y menor concentración sérica de TGF (mediana, 60; IQR 24, 96 ng/ml vs mediana, 80; IQR 42, 117 ng/ml, p=0,009). Las concentraciones séricas de INF, IL4 e IL17 fueron similares. Las concentraciones séricas de TGF no se correlacionaron con la presencia de cirrosis hepática ni con el tiempo de indetectabilidad de la carga viral VIH. El análisis multivariante detectó que el único factor asociado a la variable "incremento de linfocitos T CD4/mm³" fue una concentración sérica de TGF menor que el valor de la mediana (75 ng/ml) (Exp (B) 2,34, IC95% 1,01-5,45).

Conclusiones: La función supresora de las células Treg, determinada a través de la concentración sérica de su producto de secreción TGF, está implicada en la ausencia de reconstitución inmune de enfermos coinfectados por VIH y VHC en tratamiento antirretroviral.

CP-54 Complicaciones del sarampión del adulto en el brote recientemente registrado en Sevilla.

Ibáñez Muñoz L.^{1*}, León Jiménez E.², Roca Oporto C.³, Ramírez Arellano E.⁴, Rodríguez-Baño J.⁴, Domínguez Castellano A.⁴.

(1) UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla). (2) UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de Valme, (Sevilla). (3) UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla). (4) UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Durante el primer semestre de 2011 ha tenido lugar en la provincia de Sevilla un extenso brote de sarampión tras 4 años sin notificar ningún caso. El objetivo del estudio es analizar las complicaciones de los casos de sarampión en adultos que precisaron ingreso hospitalario.

Material y Método: Se incluyeron todos los casos confirmados de sarampión en pacientes mayores de 14 años que precisaron ingreso desde el 1 de enero al 15 de julio de 2011 en los hospitales Virgen Macarena, Virgen de Valme y Virgen del Rocío. Definimos caso confirmado aquel que presentaba serología IgM positiva para sarampión o cumplía la definición de caso clínico (enfermedad caracterizada por tos, coriza o conjuntivitis, erupción generalizada que dura más de tres días, y $T^a > 38,3^\circ C$) y estaba vinculado epidemiológicamente con un caso confirmado. Se realizó el análisis estadístico con SPSS v18,0.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes, de los cuales el 54% eran hombres, con una media de edad de 28 ± 7 años. El 71,7% no presentaban patología de base, el 3% presentaba diabetes mellitus, un 2% tenía asociada una patología oncológica, el 7% se encontraba inmunodeprimido y tan sólo un 4% presentaba un índice de Charlson ≥ 3 . Tan sólo el 7% declaraban estar correctamente vacunados, siendo desconocido el estado vacunal en el 40% de los casos. En el momento del ingreso el 81% presentaban tos, el 99% fiebre, el 60,4% conjuntivitis, 50% coriza y el 97% exantema (86% de carácter maculopapular). El 37,4% tenían

enantema de Koplik y el 18,2% adenopatías, el 7% presentaban hepato y/o esplenomegalia. En un 54% la auscultación pulmonar era normal, destacando en el resto la existencia de sibilantes e hipoventilación. Tan sólo en un 54,5% de los pacientes se les realizó serología de sarampión, de los cuales el 45,5% era IgM positiva. El 32,3% de los casos presentó alteraciones en la radiología de tórax (18,2% infiltrado intersticial y 10% condensación alveolar). Presentaron complicaciones oftalmológicas el 60,6% de los pacientes (58,6% conjuntivitis, 9% queratitis, 1% úlceras corneales), complicaciones respiratorias un 38,4% (25% neumonías, 100% $PSI \leq 2$, siendo bilateral en el 6% de los casos, 37,4% insuficiencia respiratoria y 15% bronquitis), complicaciones digestivas un 55,6% (23,2% diarrea, 35,5% hepatitis, 8,1% estomatitis, 29,3% síndrome emético), neurológicas en un 2% (un caso de encefalitis por sarampión y otro de encefalitis postinfecciosa). No se registraron complicaciones cardíacas. Hubo un caso de inmunosupresión secundaria asociada a candidiasis esofágica. El 70% fueron tratados con sueroterapia y antitérmicos, el 36,4% precisó antibioterapia antibacteriana y 28,4% corticosteroides sistémicos. El 4% precisó ingreso en UCI, con soporte ventilatorio en un 3% de los pacientes. No se registró ningún exitus.

Conclusiones: En los últimos años han aparecido en Europa varios brotes de sarampión que ponen de manifiesto la importancia de permanecer vigilantes en cuanto a conseguir la mayor cobertura vacunal de la población. A pesar de que las complicaciones del sarampión del adulto son frecuentes, en general, no parecen revestir gravedad.

CP-55 Brote epidémico de sarampión en zona rural.

Rodríguez Jiménez, B.¹, Gómez de la Mata Galiana R.², Delgado de la Cuesta, J.³, Domínguez Rodríguez, E.⁴, Marín Fernández Y.³, Fernández Rivera, J.³.

(1) C.S. Bormujos, (Sevilla). (2) C. S. Mairena del Aljarafe, (Sevilla). (3) H.S.J. Díos del Aljarafe, Bormujos, (Sevilla). (4) C. S. Espartinas, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: Analizar brote epidémico de sarampión ocurrido entre enero 2011 a junio 2011, detectados en el Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal.

Métodos: Diseñamos un estudio observacional y retrospectivo sobre las historias de todos los casos sospechosos de sarampión valorados en Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. Se examinó edad, sexo, pueblo de procedencia, prevalencia mensual, PCR, serología, necesidad de ingreso hospitalario y la existencia de complicaciones. Análisis estadístico SPSS-18.0.

Resultados: Analizamos 95 casos, 60 fueron hombres (63,2%). La edad media fue 22 años (DE 14,46, rango 0 a 55 años). Los pueblos con mayor prevalencia fueron San Juan de Aznalfarache (17 casos, 17,89%), Mairena del Aljarafe (11, 11,57%), Bormujos (8, 8,42%), Palomares del Río (7, 7,36%) y Aznalcázar (6, 6,91%). En referencia a la prevalencia mensual se contabilizaron más número de casos

en febrero (24, 25,26%), mayo y junio (23 en ambos meses, 24,21%). En cuanto a las pruebas complementarias realizadas: PCR de 41 realizadas encontramos 37 positivas (84,09%), serología de 41 realizadas hay 34 positivas (82,92%). Se ingresaron a 15 pacientes (15,8%). Presentaron complicaciones 15 pacientes (15,8%). Complicaciones más frecuentes encontradas digestivas (60%): síndromes eméticos, reacción pancreática, hepatitis leve y hepatolisis, seguidas por las respiratorias (26.6%) con 4 casos de neumonía y oculares en 3 casos (20%). No ha ocurrido ningún fallecimiento.

Conclusiones: Brote epidemiológico producido fundamentalmente en varones jóvenes, con bajo grado de complicaciones y nula mortalidad.

CP-56 Programa de prevención de complicaciones en pacientes portadores de catéteres venosos periféricos. Estudio preintervención.

Sánchez Sayago P.¹, González García J.², Lomas Cabezas J.M.³, González Caracuel F.¹.

(1) Enfermera Área de Hospitalización. (2) Enfermera de la UGC de Medicina Preventiva. (3) Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva).

Fundamentos y Objetivos: La prevención de las complicaciones derivadas de la inserción y mantenimiento de los catéteres venosos periféricos (CVP) exige una tarea de vigilancia continua por parte de los equipos de enfermería en las unidades de hospitalización. El no cumplimiento de estas medidas básicas podría derivar en consecuencias nefastas para los pacientes.

Métodos: Diseñamos un estudio de intervención para prevenir la aparición de complicaciones asociadas a la inserción y mantenimiento de los CVP en la Unidad de Hospitalización de Neurología y Neurocirugía de nuestro Centro, que consta de 32 camas. La intervención consiste en una serie de sesiones presenciales al personal de enfermería de esta unidad en las que se exponen los resultados derivados de un análisis prospectivo observacional (10 semanas). La fase posterior evaluará durante otras 10 semanas las complicaciones surgidas tras la implantación de las medidas sugeridas durante la intervención. A continuación describimos el estudio preintervención.

Resultados: Se analizaron 204 CVP insertados consecutivamente en los pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Neurología-Neurocirugía desde el 14.03.2011 hasta el 08.05.2011. El 39,2% de los catéteres se insertaron en antebrazo y el 34,3% en alguna flexura. Sesenta y cinco (31,9%) CVP se implantaron en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. La duración media

de inserción fue de $3,13 \pm 2,16$ días y el 35,8% de los CVP permanecieron insertados más de 72 horas. Aparecieron complicaciones en el 38,7% de los catéteres insertados, suponiendo la extravasación y la flebitis el 27% y el 14,7 %, respectivamente. Estas cifras se corresponden con una incidencia de 86,2 y 47,2 x 1000 días de catéter. En este periodo no apareció ninguna bacteriemia relacionada con catéter (BRC). La única variable asociada a la aparición de flebitis fue la inserción del CVP en el Servicio de Urgencias (30,8% vs. 7,2%, $p=0,000$). En estos pacientes, la flebitis aparece antes de las 72 horas, a diferencia de los CVP insertados en la Unidad de Hospitalización (2,6 vs 3,7 días). Los catéteres implantados en este área de Urgencias, se insertan con mayor frecuencia en zonas de flexura (56,9 vs. 23,7; $p=0,000$). En general, la permanencia del catéter durante más de 72h se relacionó con una mayor incidencia de flebitis (46,7% vs. 33,9%), aunque esta asociación no alcanzó la significación estadística ($p=0,178$).

Conclusiones: Como era de esperar, la aparición de complicaciones infecciosas en los pacientes portadores de CVP está relacionada con la inserción de éstos en situaciones de urgencia y su permanencia prolongada. El conocimiento de las complicaciones generadas en cada unidad, es esencial para fomentar la vigilancia y establecer las medidas adecuadas para prevenirlas.

CP-57 Endocarditis infecciosa izquierda. Resultados de la colaboración multidisciplinar.

Ruiz-Morales J.^{1*}, Ivanova R.¹, Rodríguez-Bailón I.², Arana C.³, Sánchez G.⁴, Cabrera F.², Mataró M.J.⁴, García M.V.³.

(1) UGC E. Infecciosas. (2) UGC Corazón-Cardiología. (3) UGC EI-Microbiología. (4) UGC Corazón- Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, (Málaga).

Introducción: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la endocarditis infecciosa izquierda (EII) tiene alta mortalidad. En nuestro centro, desde el año 2008, coincidiendo con la participación en el grupo de trabajo GAMES (Grupo Apoyo Manejo EI en España), se ha sistematizado el manejo multidisciplinar de esta enfermedad.

Objetivos: Evaluar si esta actitud ha ayudado a reducir la mortalidad intrahospitalaria (muerte durante hospitalización o en el 1er mes tras el alta) de los pacientes con EII.

Material y Métodos: Nuestro centro dispone de Cirugía Cardíaca, con un área asistencial de 431.277 habitantes y 628 camas. Analizamos los periodos comprendidos entre 1996-2007 y 2008-2010. Análisis de datos: SPSS 17.0.

Resultados: 202 episodios de EII incluidos entre 1996-2010. En periodo 1996-2007: 155 casos. En trienio último 47 casos. Definidas 87,7 vs 95,7%. No diferencias en EI nosocomiales (15%), sexo (varones 70%) mediana edad (61 a) ni comorbilidad medida por Charlson. Nativas 71 vs 64%. Protésicas 29 vs 36%. Hemocultivos negativos 15 vs 9%. SA 14,4 (0% SAMR) vs 12,8% (6,4% SAMR); SCN 18 vs 10,8%; SGV 17 vs 28%; *Enterococcus spp.* 11,8 vs 23,4%. Localización aórtica y mitral similares; Plurivalvulares 13 vs 21,2%. Manipulación previa en

26 vs 44%. Antibióticos pre-diagnóstico 34 vs 11%. Insuficiencia cardíaca (IC) 50,3 vs 65%; insuficiencia renal (IR) 31 vs 41%; shock séptico 23 vs 10,6%; DRA 16 vs 4,3%; No diferencias en afectación sistema nervioso central (SNC) ni cardioembolia. ETT /ETE en porcentaje similar y hallazgos porcentualmente comparables (vegetaciones 60%; otros hallazgos diagnósticos 27%). Mediana días de tratamiento médico 28 vs 42. Cirugía en ingreso 64,4% vs 66%; sin demora 40 casos (38,5%) vs 23 casos (100%). Con demora 26% vs 0%. No propuesta por mal estado del paciente 12,4% vs 8,5%. Resto diferidas o no necesarias. Mediana Eurolog 25,7 vs 27,4%. Fallecen 33% vs 17%. Recidivan 2,6 vs 2%. En el periodo 1996-07, influyeron en la mortalidad, la edad OR 1,1; EPP: OR 2,9; etiología SA: OR 2,9; IC: OR 3; IR: OR 2,9; DRA: OR 13, 7; shock séptico OR: 10,3; SNC: OR 2,2; complicaciones intracardiacas: OR: 2,6. En el multivariante sólo la IC: OR 2,63 y el shock séptico: OR 4,3 alcanzaron significación estadística. En el periodo 2008-10 (8 fallecidos-análisis descriptivo) sólo el shock séptico presentado al ingreso, en 5 pacientes, alcanzó relevancia, falleciendo 4 de ellos.

Conclusión: A pesar del menor número de casos y de tiempo en el segundo periodo, consideramos que la colaboración multidisciplinar en el manejo diagnóstico y terapéutico de la EI, ha contribuido a reducir la mortalidad intrahospitalaria.

CP-58 Estudio de la eosinofilia en pacientes inmigrantes subsaharianos.

Cuenca Gómez J.A.*¹, Salas Coronas J.¹, Vázquez Villegas J.², Soriano Pérez M.J.¹, Lozano Serrano A.B.¹, Pérez Camacho I.¹, Fernández Peláez J.M.¹, Cabezas Fernández M.T.¹, Cabeza Barrera I.¹, Cobo Martínez F.¹.

(1) Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería), (2) Unidad de Medicina Tropical. Distrito Poniente, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: La eosinofilia es un motivo frecuente de consulta en las Unidades de Medicina Tropical (UMT). El objetivo de este trabajo es la descripción de los diagnósticos realizados en inmigrantes subsaharianos con eosinofilia derivados a la UMT del Hospital de Poniente desde octubre de 2004 hasta mayo de 2011.

Métodos: A todos los pacientes inmigrantes derivados a la UMT por eosinofilia (>500 eosinófilos/ μ l) se les aplica un protocolo de estudio consistente en: H^a clínico-epidemiológica, exploración física completa y pruebas complementarias que se aplican en 3 fases consecutivas si no se ha llegado al diagnóstico. 1^a fase: Analítica que incluye hemograma, perfil hepatorenal y metabolismo del hierro, prueba de Mantoux, Rx simple de abdomen y tórax, y realización de serologías (strongyloides, schistosoma). Estudio de parásitos en orina, parásitos en heces, piel (búsqueda de microfilarias si clínica compatible). 2^a fase: estudio de parásitos en orina y heces, cultivo de Strongyloides, serologías: anisakiasis, toxocariasis, hidatidosis, fasciolosis y triquinosis; y 3^a fase: estudio de parásitos en orina y heces, y según sospecha clínica, test de Mazzotti, ecografía abdomino-vesical, aspirado-biopsia duodenal, cistoscopia con biopsia vesical, biopsia rectal y TAC abdomino-pélvico.

Resultados: De los 1309 pacientes subsaharianos atendidos durante el periodo del estudio, 400 presentaron eosinofilia (30,6%). 322 fueron hombres (88,8%) y 45 mujeres. La edad media fue de 28,27 años (rango 7-71). 281 pacientes (70,8%) se encontraban en situación administrativa irregular.

El tiempo de estancia media en España fue de 35,97 meses (1-216 meses). La media de convivientes fue de 5,86 (0-22). Los países de origen fueron: Senegal 107, Mali 93, Guinea Bissau 91, otros 109. Los pacientes fueron derivados principalmente desde Atención Primaria (n=291, 72,8%), Digestivo (n=23, 5,8%) y Medicina Interna (n=22, 5,5%). El motivo de consulta fue eosinofilia en 146 pacientes (36,5%), dolor abdominal en 135 (33,8%), hematuria en 42 (10,5%), alteraciones hepáticas en 39 (9,8%), y prurito en 11 (2,8%). La media de eosinófilos en sangre en la primera fue de 1,023 eosinófilos μ l + 875 (501-10361); 49 pacientes (12,25%) tuvieron una eosinofilia moderada-grave (> 1,500 eosinófilos μ l); el valor medio de IgE en la 1^a consulta fue de 2,774 + 4,225 (6,10-36,333). En 304 pacientes (76%) se realizó el diagnóstico de helmintosis. Los diagnósticos fueron: *Strongyloides stercoralis* n=122, Schistosomiasis n=116 (*S. Haematobium* 82, *S. Mansoni* 23, *S.spp* 11), Uncinariasis n=110, *Mansonella perstans* n=58, *Trichuris trichuria* n=12, *Ascaris lumbricoides* n=6, *Hymenolepis nana* n=5, teniasis n=1, *Loa loa* n=1. En aquellos pacientes en los que no se llegó a un diagnóstico concreto, se les trató empíricamente con praziquantel, ivermectina y albendazol.

Conclusiones: La eosinofilia en pacientes subsaharianos está causada fundamentalmente por enfermedades parasitarias, destacando strongyloides, schistosomas, uncinarias y *Mansonella perstans*. Es importante en estos pacientes realizar un protocolo diagnóstico correcto de eosinofilia para así optimizar recursos.

CP-59 Descripción de los casos de infección por *Borrelia* sp. en el área sanitaria de Osuna.

Jiménez-Sánchez F.J.¹, Alpanseque-Hoogesteyn L.¹, Gómez-Sánchez M.C.², Merino-Rumín M.C.³, Domínguez M.C.², Marín-Martín J.³, Vergara-López S.³, Roldán-Fontana E.².

(1) Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. (2) Laboratorio de Microbiología. UGC Laboratorios Clínicos. (3) UGC Medicina Interna. Hospital de La Merced, Osuna, (Sevilla).

Fundamento: La fiebre recurrente endémica es una enfermedad causada por espiroquetas del género *Borrelia* (*Borrelia hispanica* en nuestro país) que es transmitida al hombre a través de la picadura de garrapatas del género *Ornithodoros*. Los casos aparecen normalmente en los meses de verano, y esta enfermedad suele estar infradiagnosticada por los pocos datos existentes sobre su presentación clínica y alteraciones analíticas. Además, el diagnóstico es complicado dado que los cultivos y estudios serológicos son de escasa utilidad. El diagnóstico se hace por visualización directa de espiroquetas en sangre periférica mediante tinción de Giemsa en frotis sanguíneo y/o gota gruesa obtenida durante los episodios febriles de la enfermedad.

Objetivo: Describir los datos clínicos y analíticos de la infección por *Borrelia* sp. en el Área Sanitaria de Osuna.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que fueron diagnosticados de fiebre recurrente en el Área Sanitaria de Osuna durante un periodo de tiempo de ocho años (2004-2011). Definimos caso como pacientes con frotis y/o gota gruesa en los que se observaban espiroquetas. Se recogieron datos epidemiológicos, signos y síntomas más frecuentes, alteraciones analíticas, tratamiento antibiótico realizado y pronóstico. Las variables categóricas se presentaron como número (porcentaje) y las numéricas como mediana (Q1-Q3). Se realizó un estudio descriptivo de las variables.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 61 pacientes, 56% fueron varones con una mediana de edad de 32 años (14-46). El 52% vivía en medio rural y el 12% presentaba picadura de garrapata en el momento de la exploración. Los principales síntomas fueron: fiebre (81%), cefalea (51%), vómitos (34%), mialgias (31%) y dolor abdominal (30%). Los pacientes presentaron plaquetopenia (87%), neutrofilia (73%), elevación de la PCR (100%), anemia (48%), hiperbilirrubinemia (39.5%) e hiponatremia (49,2%). El diagnóstico se realizó por observación de frotis sanguíneo (82%) o gota gruesa (18%). Se realizó punción lumbar (PL) a 7 pacientes, lo cual se relacionó con presentar signos meníngeos [4 (57,1) vs 1 (1.9), $p > 0,001$], cefalea [7 (100) vs 24 (44,4), $p = 0,006$] ó vómitos [5 (71,4) vs 16 (29,6), $p = 0,042$]. El LCR generalmente normal o con patrón de meningitis linfocitaria. El principal antibiótico usado fue la doxiciclina (71%) y la mediana de duración del tratamiento fue de 10 (7,3-14) días. El 12% de los pacientes desarrolló una reacción de Jaris-Herxheimer. Ningún paciente murió.

Conclusiones: En nuestro medio, la infección por *Borrelia* sp. es una patología frecuente, que se caracteriza por fiebre, cefaleas, síntomas abdominales y alteraciones analíticas que incluyen principalmente por plaquetopenia, elevación de bilirrubina y de reactantes de fase aguda. Por ello, recomendamos realizar un estudio de sangre periférica en todo paciente joven con síndrome febril junto con plaquetopenia.

CP-60 Estudio de la infección por *Clostridium Difficile* durante el período 2007-2011 en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Páez Rubio M.I.¹, Núñez Sousa C.², Lomas Cabezas J.M.³, Martínez-Marcos F.J.³, Merino Muñoz M.D.¹.

(1) Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. (2) Sección de Digestivo. (3) Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva).

Fundamento y Objetivos: La infección por *Clostridium difficile* constituye la primera causa de diarrea nosocomial, contribuyendo a una significativa morbimortalidad de los pacientes afectados. Mediante el análisis de los episodios de infección por esta entidad en los adultos hospitalizados entre Enero'07 y Mayo'11, tratamos de evaluar su manejo en nuestro centro, las variables relacionadas con la morbi-mortalidad y la rentabilidad de la toxina A, empleada en el laboratorio de Microbiología.

Métodos: El reclutamiento de los pacientes se realizó a través del análisis retrospectivo de los juicios diagnósticos de "infección por *Clostridium difficile*" o "colitis pseudomembranosa", emitidos en nuestro hospital durante el periodo mencionado.

Resultados: Fueron incluidos un total de 23 pacientes. La media de edad fue de 61,3 +/- 18,8 años. Índice de Charlson al ingreso de 3,91 +/- 2,9 puntos. La principal comorbilidad asociada fue la DM (30,4%). Diez pacientes (43,5%) habían estado ingresados en los seis meses previos y hasta un 47,8% habían recibido antibioterapia en ese periodo de tiempo. La clínica predominante en nuestra serie fue la diarrea (91,3%), seguida del dolor abdominal (47,8%). La detección de toxina A fue positiva en el 95,7% de los casos solicitados (22), aunque fueron necesarias tres determinaciones para alcanzar esta rentabilidad. La positividad de la determinación de 1 ó 2 muestras fecales fue del 68,2% y 82,6%, respectivamente. Existió un retraso en la solicitud de la toxina A de 10.5±13.2 días, desde el inicio de los

síntomas. A 5 pacientes se les realizó colonoscopia, macroscópicamente sugestiva de *colitis pseudomembranosa* en 4 de ellos y confirmándose el diagnóstico en el laboratorio de A.P. Para el tratamiento, en un 45,5% de los casos se procedió a la retirada del antibiótico empleado y "tratamiento específico". Dos pacientes se curaron con la exclusiva retirada del antibiótico implicado y, en 7 ocasiones (31,8%) se inició "tratamiento específico" además de mantener el antibiótico potencialmente implicado. Para el tratamiento específico, en un 78,3% de las ocasiones se empleó metronidazol y en un 27,3% vancomicina v.o. (en 5 de los 6 casos en los que se incluyó vancomicina, se hizo asociada a metronidazol). La duración media de tratamiento fue de 17,2 +/- 11,9 días. El 30,4% precisó ingreso en UCI. Un paciente necesitó tratamiento quirúrgico. La mortalidad relacionada alcanzó el 21,7%. En el análisis univariante, tan sólo la edad se relacionó con la mortalidad. La insuficiencia renal crónica y el ingreso en UCI quedaron al borde de la significación estadística.

Conclusión: La forma de presentación de la diarrea por *C. difficile* es grave, con una mortalidad elevada. En nuestra serie, la edad y la insuficiencia renal crónica parecen asociarse a un mal pronóstico. La elevada rentabilidad en nuestro centro de una técnica microbiológica con una limitada eficacia teórica (detección de toxina A en heces) junto al retardo en la confirmación diagnóstica desde el inicio de los síntomas, nos derivan a pensar en que estemos infradiagnosticando los cuadros de diarrea por *C. difficile*.

CP-61 Infecciones por nocardia en un hospital de tercer nivel.

Roca Oporto C., Gómez Gómez M.J., Luque Márquez R., Chacón Mora N., Mendoza Giráldez D., Haro González J.L.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos: La infección por *Nocardia spp* (INC) es una rara infección oportunista que predomina en pacientes con deterioro inmunológico. Su tratamiento requiere antibioterapia prolongada y drenaje de colecciones supuradas. La presentación clínica es variable, predominando la afectación cerebral y pulmonar en inmunodeprimidos. En una serie española reciente la mortalidad relacionada fue del 21.6% (Minero MV et al. Medicine 2009).

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas, diagnósticas, tratamiento y evolución de las INC diagnosticadas en un hospital de tercer nivel entre 2004 – 2011.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con aislamiento microbiológico de *Nocardia spp*. Se consideró INC: 1. Aislamiento de nocardia en hemocultivo o pus. 2. Aislamiento de nocardia + cuadro clínico-radiológico compatible de reciente aparición + evolución favorable con antibiótico adecuado. El resto de los aislamientos se consideraron colonizaciones. El aislamiento de NC en dos localizaciones no contiguas se consideró forma diseminada.

Resultados: Diagnosticados de INC 12 de 15 pacientes estudiados. Edad mediana de 58 años (rango 28-80 años); sexo 9 hombres y 3 mujeres. Enfermedad de base en el 91.7%: diabetes mellitus 4, enfermedad pulmonar crónica 4, infección VIH 2, tumor sólido 3, tumor hematológico 1. Recibían tratamiento con esteroides el 33,3%. Formas clínicas (especie): Pulmonar (NP) 3 (*Nocardia spp* 3); Linfocutánea (LC) 4 (*N.brasilensis* 3, *N.asteroides* 1); Cerebral (SNC) 3 (*N. asteroides* 1, *Nocardia spp* 2); Diseminada (ND) 2 (*N.asteroides* 1, *N.*

otitidiscaviarium 1). El aislamiento se realizó en: esputo 2 (NP 2), lavado bronquioalveolar 1 (NP 1), absceso 8 (LC 4, SNC 3, ND 1), hemocultivos 1 (ND). Se realizó antibiograma en 11/12 aislamientos: sensibilidad a cotrimoxazol y amikacina del 100%, imipenem 70%, amoxicilina-clavulánico 57%. Rx tórax anormal en 6/10 casos (3 p. alveolar, 3 p. nodular). TAC cráneo realizado en 5/12 casos (SNC 3, ND 2): LOE múltiple 2, LOE única 3. Se realizó tratamiento de inducción IV en 11/12 (múltiples combinaciones predominando cotrimoxazol con carbapenemes y linezolid); tratamiento de mantenimiento vía oral con cotrimoxazol en 9/10 (en combinación con quinolonas 2 y linezolid + minociclina 2) y con amoxicilina-clavulánico 1/10, mediana de tratamiento 12 semanas (9–18). Se practicó drenaje quirúrgico en 5/12 casos: LC 2, SNC 3. Mortalidad cruda del 8.3%. Hubo tres colonizaciones (cáncer pulmón 1, EPOC 2, Síndrome Job 1). Las especies se aislaron en muestras respiratorias y fueron *N. asteroides* 1 (coinfecteda por neumococo) y *Nocardia spp* 2.

Resultados: Destacamos la elevada frecuencia de formas linfocutáneas causadas por *N. brasilensis*, seguidas de las cerebrales y pulmonares. La mayoría de los pacientes presentaron enfermedades predisponentes, aunque sólo 1/3 recibían esteroides. Las especies aisladas conservan sensibilidad a cotrimoxazol y amikacina. La pauta terapéutica fue variada e incluyó un tratamiento de inducción y uno de mantenimiento (éste último mediana de 12 semanas) junto a drenaje quirúrgico cuando se consideró adecuado. Ello podría explicar la baja mortalidad.

CP-62 Características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad de Whipple en un área hospitalaria.

Bermejo Vázquez S., Díaz Pérez C., Barón Franco B., Borrachero Garro C., Palacios Hoyos M., Camacho Molina A., Carrasco Sánchez J., García Moreno J., Pujol de la Llave E., Umbría Jiménez S.

Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva).

Introducción: La enfermedad de Whipple (EW) es un proceso sistémico poco frecuente, de etiología infecciosa, causado por un bacilo grampositivo denominado *Tropheryma Whipplei*. Se caracteriza por una gran variabilidad de manifestaciones clínicas con predominio de la clínica digestiva y articular.

Objetivos: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la EW y la evolución de la enfermedad.

Material y Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de casos diagnosticados de EW en nuestro hospital desde Octubre 2001 a Junio 2011. Se ha realizado una revisión de las historias clínicas utilizando encuestas de recogida de datos que hemos diseñado.

Resultados: Se analizaron un total de 8 casos, 75% eran varones, con una edad media de 57,7 años. Las principales manifestaciones clínicas fueron: diarrea (37,5%), fiebre (25%), artritis/artralgias (25%), dolor abdominal (12,5%), panuveitis (12,5%) y derrame pleural (12,5%). En un 62,5% se identificó pérdida de peso >5Kg. Se detectó anemia de perfil microcítico, hipoalbuminemia y elevación de PCR y VSG en todos los pacientes. El 37,5% habían sido diagnosticados previamente de artritis, dos de ellos seronegativas y uno psoriásica. La endoscopia digestiva alta (EDA) presentó alteraciones en un 87,5%. El examen anatomopatológico mostró macrófagos PAS positivos en la lámina propia en un 87,5% y en un 25% de los pacientes se practicó posteriormente PCR para *T. whipplei*. En ningún caso se realizó PCR del LCR. Todos fueron tratados con TMP-SMX durante una media de 12,7 meses

y sólo el 25% recibieron tratamiento previo con ceftriaxona. En un 25% se detectó recidiva de la enfermedad y sólo un caso que recibió tratamiento con antiTNF presentó Síndrome de reconstitución inmune y coinfección con *M. Tuberculosis*.

Discusión: Se trata de una enfermedad rara, con una gran variabilidad clínica, siendo las manifestaciones articulares la forma más frecuente de presentación, sin embargo en nuestro análisis predomina la clínica digestiva. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la EDA con toma de biopsia duodenal y posterior confirmación histológica, así como la identificación del bacilo por técnicas de PCR en diferentes tejidos, fluidos o sangre periférica. A pesar de la elevada rentabilidad de la biopsia intestinal, debemos tener en cuenta que hasta en un 30% de los casos no hay infiltración duodenal. En nuestro estudio en un caso con biopsia normal, se identificó *T. whipplei* mediante PCR. El tratamiento debe realizarse usando antibióticos que atraviesen la BHE para evitar recidivas neurológicas que son las más frecuentes y resistentes al tratamiento.

Conclusiones: 1. La EW es poco frecuente. Es necesario tener un alto índice de sospecha e incluirla en el diagnóstico diferencial de cuadros gastrointestinales (diarrea crónica) y artritis seronegativa. 2. La demora en el diagnóstico se asocia a un aumento de la morbimortalidad. 3. El uso de PCR para identificación de *T. Whipplei* ha supuesto un avance por su elevada rentabilidad y la utilidad para la monitorización del tratamiento. 4. En nuestro análisis se ha usado tratamiento parenteral inicial en pocos pacientes, sin embargo la tasa de recaídas no fue muy alta.

COMUNICACIONES PÓSTERS SIN PRESENTACIÓN ORAL

CP-63 Características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en nuestra área.

Martínez Colmenero J., Omar Mohamed M., Gomez-Vidal M.A., Gea Lázaro I., Yeste Martín R.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario de Jaén.

Fundamento: El tratamiento antirretroviral ha modificado la historia natural del VIH. Es importante conocer la evolución de las características de nuestros pacientes con el objeto de incidir sobre aquellos factores modificables y contribuir a un mejor control de la infección.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de VIH pos-2006 y analizar los cambios que se hayan producido.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes infectados por VIH seguidos en nuestra consulta hasta agosto-2011. Se incluye como nuevo diagnóstico el realizado a partir de enero-2006 en personas no diagnosticadas con anterioridad. Se analizaron la edad, sexo, inmigrante, consumo de tóxicos, conducta de riesgo para la transmisión de VIH, presencia o no de VHC, recuento de CD4, carga viral del VIH y la simultaneidad de enfermedad definitiva de SIDA en el momento del diagnóstico del VIH. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15,0.

Resultados: Entre enero-2006 y agosto-2011 se diagnosticaron 60 casos de infección por VIH (8.3% inmigrantes y 20% mujeres) con una edad media de 35,9 (DE: 49,6) años. El 50% son fumadores y el 38,3% reconocen consumo excesivo de alcohol. La conducta de riesgo para la infección por VIH fue mayoritariamente sexual (53% heterosexual, 31% homosexual) frente a un 15% de UDVP. En el momento del diagnóstico, el 20% de los pacientes

presentaban una enfermedad definitiva de SIDA, el 15% estaban coinfectados por VHC, hubo un porcentaje considerable con inmunosupresión (45% con $CD4 < 350$ células/mm³ y 31,7% $CD4 < 200$ células/mm³) y el 40% tuvieron carga viral elevada (> 105 c/mL). Se prescribió TARGA al 83,4% (70% ITINAN y 30% IP) con una buena adherencia (79,6%). Al compararlos con los pacientes diagnosticados previamente observamos que los nuevos diagnósticos tenían una mayor proporción de hábito etílico (38,3% vs 30,4%; $p < 0,025$), una menor proporción de tabaquismo (50% vs 63,4%; $p < 0,001$), un descenso de la coinfección VHC (15% vs 72,6%; $p < 0,001$) y de UDVP (17% vs 70%; $p < 0,001$), siendo la conducta de riesgo sexual, la predominante (85% vs 28%; $p < 0,001$). En el momento del diagnóstico un 20% presentaban una situación definitiva de SIDA frente al 38% de la etapa previa ($p < 0,007$). No hubo diferencias significativas respecto a la edad, sexo, origen, recuento de CD4 y CV al diagnóstico así como tampoco respecto a la adherencia al tratamiento.

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados destacamos el cambio en las conductas de riesgo de los pacientes con diagnóstico reciente del VIH, predominando la transmisión sexual y el retraso en el diagnóstico de la misma a pesar de la disminución de las enfermedades definitivas de SIDA en la época actual. Esto debería plantear estrategias para la detección precoz de la infección por VIH, fomentar y asesorar sobre las medidas preventivas de las infecciones de transmisión sexual, así como la implantación de hábitos de vida saludables.

CP-64 Complicaciones neurológicas en la endocarditis infecciosa. Factores de riesgo e importancia pronóstica.

García-Cabrera E., Fernández-Hidalgo N., Ivanova R., Nourredine M., Plata A., Lomas J.M., Martínez-Marcos F., Ruiz J., Gálvez J., Hidalgo-Tenorio C., de la Torre-Lima J., Almirante B. y de Alarcón A.

Grupo para el estudio de infecciones endovasculares de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI).

Fundamentos y Objetivo: Describir la incidencia y tipo de complicaciones neurológicas (CNL) en la endocarditis infecciosa (EI), y los factores de riesgo asociadas a ellas.

Materiales y Métodos: Cohorte multicéntrica de pacientes con EI diagnosticadas en ocho hospitales entre 1984 y 2010. Análisis bivariante y multivariante de los factores asociados con la mortalidad y el desarrollo de CNL.

Resultados: De los 1345 pacientes un 25%, (340 pacientes) desarrollaron alguna complicación neurológica. De ellos, 129 pacientes (14,4%) tuvo una complicación isquémica, 86 (6,4%) una complicación no vascular y 60 (4,4%) hemorragias. Los factores independientemente asociados con las complicaciones neurológicas son: vegetación ≥ 3 cm. (OR 3,40 [1,48-7,83]), etiología por *S. aureus* (OR 3,12 [2,28-4,24]), afectación de la válvula mitral (OR 1,39 [1,04-1,86]), y tratamiento anticoagulante en el momento del diagnóstico (OR 1,64 [1,17-2,28]),

con una mayor repercusión en las complicaciones hemorrágicas (OR 3,61 [2,00-6,53]). La mortalidad hospitalaria fue del 30% (401/1345) y el impacto de las CNL en el pronóstico fue de 45% de pacientes fallecidos con CNL vs. 24% sin CNL; $p < 0,01$). Sin embargo, sólo las complicaciones isquémicas moderadas-graves (OR 2,19 [1,37-3,50]) y las complicaciones hemorrágicas (OR 2,60 [1,33-5,33]) han demostrado tener un efecto independiente con la mortalidad.

Conclusiones: Las complicaciones neurológicas tienen un impacto negativo en la evolución final de los pacientes con EI, especialmente las complicaciones isquémicas moderada-graves y las complicaciones hemorrágicas. De los factores de riesgo encontrados, el manejo de la terapia anticoagulante es quizás el único factor de riesgo modificable para prevenir la aparición de estas complicaciones.

CP-65 Infección invasiva en adultos por *Streptococcus agalactiae* (EGB) en nuestro hospital.

Sotorrío V., Fernández-Miralbell A., Javier R., Pérez M.D., Miranda C., García-Vallecillos C., Pasquau J., López-Ruz M.A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: La infección invasiva en adultos por EGB se está incrementando en los últimos años, particularmente en población con factores de base y edad avanzada. Nuestro objetivo es describir la tendencia de esta infección en nuestro medio y describir sus características clínicas y evolución.

Métodos: El estudio se ha llevado a cabo desde el año 2002 hasta 2011, estableciendo el diagnóstico en base a la recuperación de EGB en una muestra estéril (hemocultivo, LCR, líquido estéril) o biopsia de tejidos. Se revisó la historia clínica de cada uno de los pacientes.

Resultados: Encontramos 139 pacientes con infección invasiva por EGB. La media de edad de los pacientes fue de 63,2 (+/-3,15 años), 43,8% eran mujeres y 56.3% hombres. Los casos bianualmente analizados fueron 23 (2002-2003), 50 (2004-2005), 24 (2006-2007), 20 (2008-2009) y 12 (2010-Septiembre

2011). En 10 (7,1%) pacientes no encontramos condiciones de base. En 40 (28,7%) encontramos una, en 60 pacientes (43.16%) encontramos dos, en 10 pacientes (7,1%) tres y 9 (6,8%) en cuatro pacientes. Entre ellas, diabetes (32%), antecedente de cirugía (30%), enfermedad cardiovascular (12%), cáncer (10%), alcoholismo (5%) y hepatopatía (5%) resultaron los más frecuentes. EGB se recuperó en 48 casos en biopsias, 59 casos en hemocultivos, 17 en líquidos estériles y 15 en abscesos. 14 pacientes (10.6%) fallecieron por causas asociadas a la infección.

Conclusiones: La tendencia de aparición de infección pr EGB en nuestro medio en población adulta, durante los años de estudio, ha permanecido estable, salvando el pico de infección en los años 2004 y 2005, presentándose en personas de edad avanzada con factores debilitantes.

CP-66 Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con meningitis.

Massi Aguirre P.*¹, Granado Reyes G.¹, Fajardo J.M.^{2,4}, Merelo Ruiz B.¹, Merlo Serrano A.¹, Hidalgo Castellón A.¹, Pérez-Tristancho M.¹, Menchero Aranda A.^{2,4}, Pérez Cáceres J.A.³, Suárez-Lozano I.^{2,4}.

(1) Medicina Interna. (2) Unidad Gestión Clínica Infeccioso. (3) Servicio Laboratorio-Microbiología. Hospital Infanta Elena, (Huelva). (4) Asociación Médica Onubense Enfermedades Infecciosas.

Introducción: La evaluación de la práctica médica en grupos seleccionados de pacientes puede ser útil para mejorar la calidad de la asistencia y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la adecuación de la asistencia y el grado de adecuación con las guías de práctica clínica en pacientes diagnosticados de meningitis mediante indicadores previamente elaborados con este fin.

Métodos: Basado en las guías de práctica clínica, mediante reuniones de consenso se seleccionaron indicadores de calidad y se diseñó un protocolo de datos que se utilizó de forma retrospectiva en las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de meningitis entre 2001 y 2010 en un hospital general básico de 280 camas.

Resultados: Se identificaron un total de 92 episodios; se excluyeron 2 casos con una patología diferente a una meningitis y tres por no localizar la historia, por lo que se analizaron 87 episodios. Se comprobó registro de antibioterapia previa en el 88,5%, antigüedad de los síntomas en el 66,6%, exploración de fondo de ojo en el 10%, presión

del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el 11,5%; el estudio bioquímico y microbiológico de LCR fue adecuado (96,5-94%) pero no los hemocultivos (57,5%, 36% en meningitis linfocitarias, 69% en el resto). Se realizó un TAC en 81 sujetos; de forma global la indicación fue adecuada en el 34,5% de los pacientes. El tratamiento de los pacientes se realizó según el protocolo del momento en el 92% en meningitis bacterianas y el 77% en linfocitarias. Fallecieron el 5,7% de los pacientes.

Conclusiones: Se observa una infrautilización del fondo de ojo, la determinación de la presión del LCR y los Hemocultivos. Hay una sobreutilización de la TC craneal. El tratamiento se ajustó a los protocolos establecidos en algo más de la mitad de las meningitis bacterianas. Este tipo de auditorías son útiles para identificar la variabilidad de la práctica clínica y diseñar estrategias dirigidas a corregirlas.

CP-67 Pre-encuesta PARTNER: Búsqueda de candidatos entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con relaciones sexuales de riesgo.

Palacios R.*¹, Trastoy M., Rivas I., Torres-Cornejo A., Gutiérrez A., Sánchez-Rivas E., López-Cortés L.F, Viciano P.

(1) Asociación ADHARA, Servicio Enf.Infecciosas. UCEIMP. Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos: El ensayo clínico HPTN 052 del NIH de EEUU ha demostrado la importancia del control de la carga viral plasmática para prevenir la transmisión del VIH entre parejas serodiscordantes. Los participantes fueron mayoritariamente (97%) parejas heterosexuales, por lo que los resultados no son extrapolables a la población HSH. A principios de 2011, se inició en Europa, un estudio (PARTNER) que intenta aclarar el grado de prevención del tratamiento antirretroviral sobre la transmisión en parejas serodiscordantes, tanto hetero como homosexuales. Dado que el reclutamiento de parejas de HSH está resultando extremadamente difícil planteamos la necesidad de incluir una encuesta como estrategia de trabajo.

Objetivos: Preseleccionar, mediante una encuesta, a HSH como posibles candidatos del estudio PARTNER y, conocer los motivos que justifiquen las dificultades de reclutar parejas de HSH que cumplan los criterios.

Métodos: Desde finales de Junio hasta Septiembre de 2011, se han incluido 33 parejas heterosexuales y solo una pareja de varones HSH en el estudio Partner. Los criterios para ser incluido en el estudio Partner eran el tener una pareja sexual estable, y el haber tenido relaciones sexuales completas con su pareja, sin protección, al menos en una ocasión en los últimos 3 meses. A partir de Julio 2011, a todos los varones HSH que acudían a seguimiento de infección por el VIH en nuestras consultas,

se les solicitaba la realización de una encuesta, con preguntas sobre hábitos sexuales y datos sociodemográficos. Se realizó análisis estadístico-descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 100 varones HSH, que aceptaron realizar la encuesta. La edad media fue de $38,8 \pm 10,3$ años. Nivel de estudios: 3% analfabeto/sin estudios, 17% primarios, 17% secundarios, 63% medios o superiores. Situación laboral: 65% trabaja, 24% parado, 7% jubilado y 4% estudiante. Vivienda: 67% vivían en su vivienda propia, ya fuera solo o en pareja; el 31% en vivienda de padres, amigos o centro. El 59% de los pacientes tienen pareja estable, de los cuales el 46% (27) son serodiscordantes; el 49% (29) son también VIH+, y el 4% (2) es desconocido. El 73,1% (19) de las parejas serodiscordantes mantienen siempre relaciones sexuales con preservativo, aunque el 61,5% (16) realizan sexo oral sin protección de forma habitual.

Conclusiones: 1. La mitad de los varones HSH VIH+, atendidos en consultas, tienen pareja sexual estables. 2. Solo un 27% de ellos tienen una pareja serodiscordante y las relaciones sexuales son siempre protegidas en más del 70% de las veces. 3. Solo 7% de la población HSH- VIH+ cumplen los criterios de inclusión en el estudio Partner.

CP-68 ¿Dónde están las diferencias entre hombres y mujeres? (En la infección por el VIH. Epidemiología y factores de riesgo vascular).

Lozano Serrano A.*, Castaño Carracedo M., Lozano León F., Gálvez Acebal J., Pasquau Liaño J., Gálvez Contreras C., Guerrero Sánchez F., Hernández Quero J., Terrón Pernia J.A., Caballero Granado F.J., Fernández Fuertes E.

Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Empresa Pública Hospital de Poniente, El Ejido, (Almería).

Fundamentos y Objetivos: En nuestro entorno, la epidemia VIH-SIDA afecta mayoritariamente a hombres; sin embargo, en los últimos años la vía de transmisión más frecuente es la sexual, aumentando así la susceptibilidad de la mujer para la adquisición de la misma. Es, por tanto, importante conocer las características epidemiológicas de las mujeres y analizar las principales diferencias de la infección por el VIH entre hombres y mujeres.

Métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo y multicéntrico (XIX encuesta de prevalencia puntual de adultos con infección por el VIH) realizado en 2010 por 16 hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, inmunoviológicos y terapéuticos de los pacientes atendidos durante un día en el área de hospitalización y una semana en consultas externas y Hospital de Día. Análisis descriptivo y comparativo de los datos mediante el programa estadístico SPSS-15,0.

Resultados: 863 pacientes fueron encuestados en 2010. Se excluyeron 7 casos del análisis al no constar el sexo de los mismos. De los 856 pacientes analizados, 217 (25%) eran mujeres, con edad media de 42,6 años. El 64% de ellas adquirieron la infección por vía sexual, con sólo un 1,4% de trabajadoras del sexo declaradas. El 61% manifestaron tener pareja estable. Cumplían criterios de SIDA el 28%. Comparando ambos géneros, las siguientes variables estudiadas reflejaron diferencias significativas: mayor proporción de extranjeros entre las mujeres (14,3% vs 8,8%), de mujeres con pareja estable (61% vs 45%) y de mujeres con pareja con

infección VIH (35% vs 15%); también entre las mujeres, menor número de pensionistas (9% vs 17%) y menor prevalencia de la vía parenteral como forma de adquisición del VIH (30% vs 50%). Entre los encuestados con pareja VIH (n=174), las mujeres tienen pareja con ADVP con mayor frecuencia (52% vs 16,2%, $p<0,01$). Analizada la presencia de factores de riesgo vascular (FRV), se observa mayor prevalencia de hipertrigliceridemia entre los varones (18% vs 11%, $p<0,05$) y mayor tendencia de las mujeres a la lipodistrofia, aunque sin alcanzar significación estadística. El resto de FRV, incluido el tabaquismo, están presentes con elevadas tasas en ambos sexos y sin diferencias significativas (29% mujeres vs 34% hombres tienen algún FRV; tabaquismo 47% vs 50%, respectivamente). La proporción de casos SIDA entre mujeres es similar a la de hombres (28% vs 32,1%, $p=0,5$), aunque la enfermedad definitoria más frecuente entre las primeras es la neumonía por *P. jirovecii* (25% casos SIDA mujeres, seguida de TBC, 23%), mientras que en los hombres el orden se invierte (TBC 33%, *P. jirovecii* 18%). No se encontraron diferencias en la presencia de ITS ni en la de tumores no definitorios de SIDA, si bien el número de casos era pequeño.

Conclusiones: En nuestro medio, las mujeres se infectan por el VIH principalmente a través de las relaciones sexuales, siendo más frecuente entre ellas tener pareja infectada por el VIH, y que ésta haya adquirido la infección por ADVP. Entre las mujeres, la proporción de extranjeros es mayor. La prevalencia de FRV y tabaquismo en las mujeres es elevada y similar a los hombres.

CP-69 Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con artritis infecciosa.

Pérez-Tristancho M.¹, Díaz Narváez F.¹, Fajardo J.M.^{2,4}, Massi Aguirre P.¹, Granado Reyes G.¹, Menchero Aranda A.^{2,4}, Iglesia Salgado A.³, Suárez-Lozano I.^{2,4}.

(1) Medicina Interna. (2) Unidad Gestión Clínica Infeccioso. (3) Servicio Laboratorio-Microbiología. Hospital Infanta Elena, (Huelva). (4) Asociación Médica Onubense Enfermedades Infecciosas.

Introducción: Los pacientes con una artritis infecciosa (AI) son atendidos de forma urgente por facultativos de distintas áreas: urgencias, traumatología, medicina interna o enfermedades infecciosas.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de la asistencia a pacientes con AI mediante la utilización de indicadores susceptibles de ser recuperados de la historia clínica, detectar déficits y establecer estrategias de mejora.

Material y Métodos: Basado en las guías de práctica clínica, mediante reuniones de consenso se seleccionaron indicadores de calidad y se diseñó un protocolo de datos que se utilizó de forma retrospectiva en las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de meningitis entre 2001 y 2010 en un hospital general básico de 280 camas. La búsqueda de casos se realizó en la base de datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del hospital. Se excluyeron las AI relacionadas con material protésico. Criterios Diagnósticos: a) Diagnóstico de certeza: Cuadro clínico compatible con cultivo y/o tinción de gram, positivos en líquido sinovial (LS); b) Diagnóstico de probabilidad: Cuadro clínico y LS compatibles y hemocultivo positivo;

c) Diagnóstico de posibilidad: Cuadro clínico y LS compatibles con respuesta a antibioterapia empírica, tras descartar otras causas de artritis no infecciosas.

Resultados: En los últimos 10 años se atendieron en nuestro centro 20 episodios de artritis sépticas en 19 pacientes. El diagnóstico fue de certeza en 13 casos, de probabilidad en 4 casos y de posibilidad en 3 casos. Se realizó artrocentesis en el 80%, recuento celular en 60%, tinción de gram en %, cultivo LS 80%, hemocultivo en 50%. En el 90% se investigó la presencia de cristales en LS. Se realizó determinación de VSG en todos los casos y de PCR sólo en un 60%. La duración media del tratamiento antibiótico por vía intravenosa fue de 17,4 días (rango 8-39) y la mortalidad del 5% (1 caso).

Conclusiones: Es necesario elaborar e implantar un protocolo de manejo en urgencias de la AI dirigido a disminuir la variabilidad en la práctica clínica, la infrautilización de medios diagnósticos y ayuda a la toma de decisiones, como área de mejora.

CP-70 Meningitis por el virus Toscana en el área sanitaria norte de Granada: descripción de 8 casos.

Sotorrío V.*, Alarcón P, García-Castro J.M., Javier R., Tapia A., Carrasco R.A., López M., Hidalgo C., Pasquau J, García-Vallecillos C., López-Ruz M.A.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, (Granada).

Fundamentos y Objetivos: Hemos analizado los datos clínicos y epidemiológicos de 8 casos de meningitis por el virus Toscana ingresados en el área sanitaria norte de Granada.

Métodos: Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes con aislamiento del virus Toscana desde enero de 2008 a septiembre de 2011, tanto en población adulta como en población pediátrica. Encontramos 8 casos, 7 de los cuales eran varones (87,5%) y la edad media fue de 42 años (con un intervalo de 18 a 78 años). No se registró ningún caso en niños. 3 pacientes procedían del medio rural y 5 del medio urbano. En 5 de los casos encontramos antecedentes de interés (1 artritis reumatoide, 1 EPOC, 1 DM tipo 1, 1 DM tipo 2 y 1 Tbc tratada). El síntoma más frecuente fue la cefalea intensa, holocraneal o localizada, que se presentó en el 100% de los casos, y en segundo lugar la fiebre moderada (37,5) en el 75% de los casos. La rigidez de nuca se presentó en 5 casos (62%), y se registraron náuseas y/o vómitos también en 5 casos (62%), con un duración media de los síntomas de

60 horas (intervalo de 48 a 96 horas). Todos los casos se presentaron entre los meses de junio a octubre con predominio en el mes de septiembre (37,5%). La evolución fue buena en el 100% de los casos, sin registrarse secuelas neurológicas posteriores en ninguno, y con un tiempo medio de ingreso hospitalario de 4 días (intervalo de 2 a 8 días). En cuanto a los hallazgos del LCR la media de leucocitos fue de 192 (intervalo de 58 a 500 células) con predominio linfocitario en el 100% de los casos, la media de proteínas fue 99 (intervalo de 57 a 149) y de glucosa fue de 65,5 (intervalo 49-139).

Conclusiones: La meningitis por el virus Toscana al igual que la producida por enterovirus es más frecuente en varones y predomina en los meses de verano. En nuestro medio debemos pensar en ella en toda meningitis de perfil linfocitario con glucorraquia normal, sobretodo en los meses de verano y en pacientes adultos. No encontramos predominio del virus Toscana en el medio rural con respecto al medio urbano.

CP-71 Meningitis por enterovirus ocurridas en los últimos 5 años en el área sanitaria norte de Granada.

Sotorrio Simó V.*, Javier Martínez R., Alarcón Blanco P., Carrasco RA.¹, Tapia Gómez A., Hidalgo Tenorio C., López Ruz M.A.

Unidad de Infecciosas del Hospital Virgen de las Nieves, (Granada). (1) Departamento lenguaje y sistemas universidad de (Granada).

Fundamentos y Objetivos: Analizamos los datos clínicos y epidemiológicos de 76 casos de meningitis por enterovirus en pacientes ingresados en nuestro el Hospital Virgen de las Nieves.

Pacientes y Métodos: Se estudiaron 76 pacientes con meningitis por enterovirus confirmados microbiológicamente, bien mediante PCR o cultivo celular del LCR, ocurridos en nuestra área sanitaria desde Enero de 2006 a junio de 2011. Se comparan 2 grupos: niños (<14 años) y adultos (>14 años).

Resultados: El 55,26% eran niños y el 44,74% adultos con predominio de los varones en ambos grupos, siendo esta diferencia más marcada en los niños (43% frente a 29%). La edad media en niños fue de 4,54 y 28,29 en adultos. En cuanto a la agrupación por meses en ambos grupos se comprueba mayor incidencia en los meses cálidos frente los fríos. Los días de evolución hasta el ingreso fueron menor en niños que en adultos (1,03 días frente a 3,41 días), en cambio los días de ingreso hospitalario fueron mayor en niños (3,76 días frente a 2,76 días). La clínica fue similar en

ambos grupos presentando el 57% cefalea, fiebre y leucocitosis. En cuanto a las variables analíticas en los niños existe mayor leucocitosis en sangre con una media de 10,820 leucocitos por mm³ frente a 8.455 en adultos, pero además los niños presentan un menor nº de leucocitos en LCR (media 204 por mm³ frente a 282 por mm³) así como también un menor porcentaje de linfocitos en LCR (media de 50,12% frente a 74,76%).

Conclusiones: Las meningitis por enterovirus en nuestro medio son más frecuentes en varones, especialmente en niños y predominan en los meses de verano. La clínica de presentación es similar en niños y adultos, aunque los días de evolución hasta el ingreso son menores en niños. Los datos analíticos reflejan que los niños presentan mayor inflamación sistémica pero menor inflamación a nivel del LCR probablemente porque la PL se lleva a cabo más precozmente que en adultos.

CP-72 Predictores de mortalidad en pacientes ingresados en un hospital comarcal por neumonía adquirida en la comunidad.

Delgado de la Cuesta J.*¹, Bazán Báez P.², Escorial Moya C.¹, Fernández Ojeda R.¹, Marín Fernández Y.¹, Fernández Rivera J.¹.

(1) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, (Sevilla). (2) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una causa frecuente de ingreso y de mortalidad intrahospitalaria. En la práctica clínica diaria utilizamos distintas escalas pronósticas para decidir ingreso hospitalario, ubicación en el hospital y en ocasiones el tratamiento antibiótico empírico a utilizar. El objetivo de este estudio fue determinar la validez de las escalas pronósticas en la práctica diaria de un hospital comarcal.

Métodos: Analizamos tres periodos de tiempo. Periodo 1: Del 1 de septiembre de 2006 al 31 de enero de 2007. Periodo 2: Del 1 de septiembre de 2009 al 31 de enero de 2010. Periodo 3: Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de enero de 2011. En el primer periodo ingresaron 98 pacientes con diagnóstico de NAC, en el segundo 149 y en el tercero 128 sujetos. Realizamos un estudio retrospectivo de la historia clínica digital de estos 375 pacientes. Analizamos la edad, sexo, diagnóstico de EPOC, el hecho de estar institucionalizado, índices de severidad de neumonía Fine y CURB-65, diagnóstico de neumonía neumocócica, régimen terapéutico y muerte. Para el estudio de las variables cuantitativas realizamos la prueba U de Mann-Whitney y para las cualitativas la prueba Chi-cuadrado. Las variables significativas en el estudio univariado fueron incluidas en un modelo de regresión lineal. Consideremos significativa una $\leq 0,05$.

Resultados: De los 375 pacientes analizados, 231 (61,6%) eran varones, la mediana de edad [rango intercuartílico 25-75] fue 74 [63-84] años, 89 (23,7%)

cumplían criterios de EPOC y 55 (14,7%) estaban institucionalizados. Noventa y ocho (26,1%) fueron diagnosticados de neumonía neumocócica. El índice de severidad de Fine fue: Fine 1: 27 (7,2%), Fine 2: 59 (15,7%), Fine 3: 73 (19,5%), Fine 4: 142 (37,9%), Fine 5: 74 (19,7%) y el índice de severidad CURB-65: 0: 47 (12,5%), 1: 79 (21,1%), 2: 128 (34,1%), 3: 75 (20%), 4: 37 (9,9%), 5: 9 (2,4%). Los regímenes antibióticos más usados fueron: asociación de levofloxacino y amoxicilina/clavulánico ó ceftriaxona en 160 (42,7%) pacientes, levofloxacino en monoterapia en 75 (20%) y amoxicilina/clavulánico en monoterapia en 74 (19,7%) sujetos. De los 375 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de NAC, fallecieron 52 (13,9%). Quince (15,3%) en periodo 1, 21 (14,1%) en periodo 2 y 16 (12,5%) en periodo 3. En el estudio univariado de mortalidad, resultó significativo el estar institucionalizado ($p < 0,001$), la edad ($p < 0,001$), Fine ($p < 0,001$) y CURB-65 ($p < 0,001$). Incluimos esas 4 variables en el estudio multivariado y todas resultaron predictores independientes de mortalidad.

Conclusiones: Una edad elevada, el estar institucionalizado y el tener un índice de severidad Fine ó CURB-65 elevado fueron predictores independientes de mortalidad durante la hospitalización en nuestro hospital comarcal.

CP-73 Infección por *Hymenolepis nana*: una patología importada.

Cornejo-Saucedo M.A.*¹, García Agudo L.², Martín-Aspas A.¹, García Martos P.³.

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz). (2) Servicio de Microbiología. Hospital General de Tomelloso, (Ciudad Real). (3) Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar, (Cádiz).

Fundamento y Objetivo: *Hymenolepis nana* es un cestodo cuya infección se ha descrito fundamentalmente en la infancia, en lugares como Egipto, Sudán, Tailandia, India y países latinoamericanos. En España se han observado únicamente casos en niños saharauis en programas de acogida o intercambio. Carece de huésped intermediario; sus huéspedes definitivos son los humanos y roedores. Analizamos los casos de *Hymenolepis nana* detectados en nuestra área sanitaria, a raíz de un caso autóctono.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de infección por *H. nana* diagnosticados por identificación de huevos en heces, en los últimos 10 años. Las variables disponibles fueron: edad, sexo, procedencia y ubicación del paciente (ambulatoria u hospitalaria), estacionalidad y coparasitación.

Resultados: En el período de estudio, se detectaron 44 casos de parasitación: 43 (97,7%) fueron niños de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, todos saharauis, de los cuales 28 eran varones y 16 mujeres; el último caso registrado fue el de un varón español de 29 años previamente sano, sin viajes al extranjero, que acogió a un perro procedente de un refugio durante una semana y fue el único familiar

parasitado. Todos los pacientes se atendieron de forma ambulatoria. La distribución anual fue la siguiente: 7 pacientes (15,9% del total de casos) en 2001; 12 (27,3%) en 2002; 7 (15,9%) en 2003; 7 (15,9%) en 2004; 4 (9,1%) en 2005; 2 (4,5%) en 2006; 3 (6,8%) en 2007; 1 (2,3%) en 2009; y 1 (2,3%) en 2011. El 90,9% se diagnosticaron en verano. Se encontró coparasitación en 39 pacientes (88,6%): *Blastocystis hominis* (23 casos), *Entamoeba coli* (20 casos), *Giardia lamblia* (14 casos), *Endolimax nana* (13 casos), *Entamoeba histolytica* (8 casos), *Chilomastix mesnili* (3 casos) e *Iodamoeba butschlii* (2 casos).

Conclusiones: La infección por *Hymenolepis nana* en nuestra área sanitaria presenta una baja incidencia. Corresponde a una patología importada que afecta fundamentalmente a niños saharauis, excepto el hallazgo excepcional en un adulto español, nunca descrito en nuestro país. La distribución anual de casos coincide con la afluencia de los niños de acogida. La coparasitación es muy frecuente. No pudimos establecer la fuente de contagio del caso autóctono, aunque contemplamos la posibilidad de transmisión a través de las pulgas del perro.

CP-74 Perfil del paciente coinfectado VIH/VHC en la era de los inhibidores de proteasas anti VHC.

Vázquez García I., Villalobos Carabante Y., Creagh Cerquera R., Pujol de la Llave E., Merino Muñoz D.

Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva).

Justificación y Objetivos: En nuestro medio, la mejora del pronóstico de vida del paciente VIH con el TAR ha hecho de la coinfección VHC/VIH una de las principales causas de morbilidad de estos pacientes, situación agravada por las bajas tasas de respuesta al tratamiento estandar actual frente al VHC cuando existen factores predictores de respuesta al tratamiento de mal pronóstico. El objetivo del presente trabajo es valorar las características de los pacientes coinfectados VHC/VIH vistos en consulta e identificar los factores pronósticos de respuesta al tratamiento anti VHC que presentan.

Métodos: Estudio descriptivo de las características de los pacientes coinfectados VHC/VIH atendidos consecutivamente en la Consulta de VIH durante 3 meses (Abril-Junio/2011). Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y a todos se les realiza un fibroscan para valorar la rigidez hepática.

Resultados: Se evalúan un total de 158 pacientes, 87,3% varones con una edad media de $47,7 \pm 5,5$ años, 89% UDVP, con una duración media de la

infección VHC de 26,7 años. El 95,6% estaban en TAR con una media de $CD4/mm^3$ 487 ± 286 ($CD4 < 200$: 11,4%, $CD4 > 350$: 64,6% y $CD4 > 500$: 57%), un 83% tenía < 50 copias/ml de CV VIH. Genotipos VHC: 1 (61,4%), 2 (0,6%), 3 (15,9%) y 4 (17,1%). Un 29,1% habían recibido previamente tto frente al VHC [13 (31%) RVS, 26 (62%) no respuesta, 3(7,2%) abandono tto]. La media de CV VHC y el grado de fibrosis medida por técnicas no invasivas, tanto globales como sólo en genotipos 1, de los pacientes con PCR VHC positiva se recogen en la tabla 1.

Conclusiones: El perfil actual del paciente coinfectado VIH/VHC es el de un varón ex UDVP con una excelente situación inmunoviológica respecto a la infección VIH pero, en un alto porcentaje de casos, con factores de respuesta al tratamiento del VHC desfavorables (Fibrosis hepática avanzada, CV VHC basales elevadas, genotipos 1) que podrían ser candidatos y beneficiarse en un futuro próximo de las nuevas terapias frente al VHC.

Tabla 1. Fibrosis hepática y CV VHC basales .

	F \leq 1 (FS \leq 6 KPa) (%)	F \geq 2 (FS \geq 9 KPa ó 6,1-8,9 KPa con APRI \geq 1,5 ó Forns \geq 6,9) (%)	F \geq 14,6 (%)	Fibrosis indeterminada	Media CV VHC (UI/mL)	CV \geq 600.000 UI/mL (%)
Todos los genotipos	26,2	64,9	21,8	8,9	3.804.012	64,5
Genotipo 1	25,9	47,1	21,8	27	4.104.308	69,4

CP-75 Síndrome Hemofagocítico: una patología grave que el infectólogo debe reconocer a tiempo.

Quattrino S.*, Martínez-Marcos F.J., Rodríguez-Gómez F.J., Creagh-Cerquera R., González-Nieto J.A., Villalobos-Carabante Y.

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Juan Ramón Jiménez, (Huelva).

Fundamentos y Objetivos: El Síndrome Hemofagocítico (SHF) o Linfocitosis Hemofagocítica es una rara enfermedad consistente en una liberación de citoquinas proinflamatorias de forma excesiva y descontrolada, que a menudo es fatal si no se hace un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado a tiempo. En su forma adquirida está desencadenado principalmente por agentes infecciosos (principalmente virus) y para su tratamiento no suele ser suficiente con tratar la causa, siendo necesario el empleo de inmunosupresores y etopósido. Para su diagnóstico se requieren 5 de los siguientes 8 criterios: fiebre, esplenomegalia, bicitopenia, hipertrigliceridemia >265 mg/dL, hemofagocitosis, disminución de la actividad de las células natural-killer (NK), ferritina > 500 mcg/L, receptor soluble de la interleuquina-2 (IL-2) >2400 U/mL.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de los casos diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 3 años.

Resultados: Se diagnosticaron 6 casos (varones: 4. Edad: 18-40 años, excepto un paciente con 70 años). Los desencadenantes fueron: herpes 8, citomegalovirus, virus de Epstein Barr, lupus, y en dos casos desconocido. Todos los pacientes presentaron fiebre, esplenomegalia, ferritina >500 y hemofagocitosis en médula ósea. Bicitopenia significativa afectando a hematíes, leucocitos o plaquetas fue evidenciada en 5 pacientes.

Hipertrigliceridemia en 3. El receptor soluble de la IL-2 estaba muy elevado en los dos pacientes donde se midió. La actividad NK estaba muy disminuida en el único paciente donde se midió. El tratamiento anti-citoquinas empleado fue esteroides en un paciente, esteroides-ciclosporina-inmunoglobulinas en otro, esteroides-etopósido en 2, y esteroides-ciclosporina-etopósido en otros 2. Dos de los 6 pacientes fallecieron (el paciente tratado únicamente con esteroides y otro en situación de fracaso multiorgánico al diagnóstico).

Conclusiones: Ante la combinación de fiebre con bicitopenia y/o esplenomegalia, se debe sospechar la presencia del SHF, realizar una cuantificación de ferritina y plantear un aspirado de médula ósea (sobre todo si la ferritina está elevada) y otras determinaciones analíticas diagnósticas que permitan su diagnóstico precoz, para instaurar un tratamiento adecuado que frene la hiperproducción descontrolada de citoquinas antes de que se entre en situación de fallo multiorgánico.

CP-76 Estudio descriptivo de los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en un hospital comarcal.

Delgado de la Cuesta J.*¹, Escorial Moya C.¹, Ferrera Jiménez A.M.¹, Bazán Báez P.², Fernández Ojeda R.¹.

(1) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, (Sevilla). (2) Hospital Virgen del Rocío, (Sevilla).

Fundamentos y Objetivos: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una causa frecuente de ingreso hospitalario con una considerable morbi-mortalidad, sobre todo en pacientes añosos o con comorbilidad asociada. El objetivo de este estudio fue estudiar las características de los pacientes que ingresan en cama de hospitalización médica de nuestro hospital comarcal.

Métodos: Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de enero de 2011 ingresaron en cama de hospitalización médica de nuestro centro 2156 pacientes; de ellos 128 (5,94%) fueron diagnosticados de NAC. Realizamos un estudio retrospectivo, analizando la historia clínica digital de estos 128 pacientes. Analizamos la edad, sexo, diagnóstico de EPOC, el hecho de estar institucionalizado, índices de severidad de neumonía Fine y CURB-65, diagnóstico etiológico, tratamiento, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT) y muerte.

Resultados: Setenta y ocho (60,9%) pacientes eran varones, la mediana de edad [rango intercuartílico 25-75] fue 76 [67-84] años, 25 (19,5%) cumplían criterios de EPOC y 21 (16,4%) estaban institucionalizados. Realizamos determinación de PCR a 73 pacientes (57%) con una mediada de 120 [RIQ 73-176] mg/l y PCT a 68 (53,1%); En 33 (48,5%) pacientes la PCT era menor de 0,5 ng/ml, en 17 (25%) entre 0-5 y 2 ng/ml y en 18 (26,5%) mayor de 2 ng/ml. El índice de severidad de Fine fue: Fine 1: 6 (4,7%), Fine 2: 13 (10,2%), Fine 3: 14 (10,9%), Fine 4: 60 (46,9%),

Fine 5: 35 (27,3%) y el índice de severidad CURB-65: 0: 17 (13,3%), 1: 25 (19,5%), 2: 47 (36,7%), 3: 26 (20,3%), 4: 11 (8,6%), 5: 2 (1,6%). Para la búsqueda etiológica realizamos antigenuria a neumococo a 98 (76,6%), de las que 21 (21,4%) fueron positivas, cultivo de esputo a 44 (34,4%) de los que 13 (29,5%) fueron positivos y hemocultivo a 47 (36,7%) de los que tuvimos aislamiento microbiológico en 3 (6,4%). Llegamos a un diagnóstico etiológico de la NAC en 34 (26,6%) pacientes. De ellos, *Streptococo pneumoniae* fue responsable de 25 (73,5%), *Haemophylus influenza* en 3 (8,9%) y *Pseudomona aeruginosa* en 3 (8,9%). Los regímenes antibióticos más usados fueron: asociación de levofloxacino y amoxicilina/clavulánico ó ceftriaxona en 59 (46,1%) pacientes, levofloxacino en monoterapia en 36 (28,1%) y amoxicilina/clavulánico en monoterapia en 24 (18,8%) sujetos. De los 128 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de NAC, fallecieron 16 (12,5%).

Conclusiones: La NAC sigue siendo una causa importante de ingreso y de mortalidad hospitalaria. Llegamos a un diagnóstico etiológico en un bajo porcentaje de pacientes, probablemente por una escasa utilización de cultivo de esputo y utilizamos regímenes antibióticos de muy amplio espectro.

ÍNDICE DE AUTORES

Abarca B.	32	Carrasco Sánchez J.	108
Acosta F.	55	Caruz A.	26, 85
Aguilar A.	74, 77	Casado I.	61
Alarcón Blanco P.	47, 116,117	Castaño Carracedo M.	114
Aldabó T.	94	Castaño J.	44
Aller García A.I.	54, 56, 57, 58	Castaño M.A.	31
Almeida C.	84	Castillo-Ferrando J.R.	23, 97
Almirante B.	65, 66, 110	Castro C.	68, 69
Alpanseque Hoogesteyn L.	56	Causse M.	67
Álvarez M.L.	76	Chacón Mora N.	60, 107
Álvarez Marín R.	30, 50	Cheng A.	76
Amaya Villar R.	30	Chuck S.K.	75
Anguita-Santos F.	35	Cifuentes C.	25, 45
Antelo R.	35	Cisneros J.M.	60
Aomar I.	61	Cobo Martínez F.	104
Arana C.	103	Cohen C.	75, 76
Arenas Miras M.	37, 47, 90	Colmenero J.D.	31, 52, 64, 67, 74, 77
Arenzana A.	94	Concha López A.	37
Arrazola T.	61	Corchado S.	46, 99
Arroyo A.	40, 55	Cordero E.	27, 95, 96
Aydillo T.A.	96	Cornejo-Saucedo M.A.	119
Aznarte P.	44	Corzo Delgado J.E.	34,40,41,53, 54, 55, 56, 57, 58 68, 69
Badiola J.	32	Creagh Cerquera R.	120, 121
Baños Piñero P.	47	Cuenca Gómez J.A.	104
Barón Franco B.	108	de Alarcón González A.	33, 50, 65, 66, 110
Batista Díaz N.	49	de Cueto M.	41, 55, 59
Bayoll-Serradilla E.	69	de Jesus E.	76
Bazán Báez P.	118, 122	de Miguel Albarreal A.	53, 54, 56, 57, 58, 68, 69
Behrens G.	75	de la Torre Lima J.	21, 33, 42, 43, 65, 66, 74, 77,110
Ben-Marzouk O.J.	26, 95	de los Santos A.	87, 99
Berenguer J.	45	de Toro I.	67
Bermejo Vázquez S.	108	del Arco A.	34, 40, 42, 43, 55, 63, 74, 77
Bernabeu Wittel M.	60	del Arco Jiménez A.	70
Blanco-Lobo P.	26	del Toro M.D.	34, 63
Blázquez A.	42, 43	Delgado de la Cuesta J.	34, 101, 118, 122
Bocanegra Muñoz C.	62	Delgado Fernández M.	21
Borrachero Garro C.	108	Delgado J.M.	53, 54, 56, 57, 58, 68, 69
Boven K.	75	Delgado M.	31, 64
Brinson C.	76	Di Lello F.A.	26, 86
Buonaiuto V.	31, 67	Díaz Martín A.	30
Caballero Granado F.J.	41, 114	Díaz Narváez F.	115
Cabeza Barrera I.	104	Díaz Pérez C.	108
Cabezas Fernández M.T.	104	Domínguez Castellano A.	48, 49, 80, 93, 100
Cabrera F.	89, 103	Domínguez Herrera J.	29
Camacho A.	24, 25, 26, 84, 85	Domínguez M.C.	105
Camacho Molina A.	108	Domínguez Rodríguez E.	101
Cano Moyano F.	22, 97	Escobar-Lara T.	55
Carrasco R.A.	116, 117		

Escorial Moya C.	118, 122	Grana M.	74, 77
Estella A.	94	Granado Reyes G.	112, 115
Fajardo J.M.	34, 63, 112, 115	Guerrero F.	34, 46, 63, 87, 99
Fernández Cuenca F.	80, 93, 96	Guerrero Sánchez F.	114
Fernández F.	43	Gutiérrez A.	81, 94, 113
Fernández Fuertes E.	70, 114	Gutiérrez Gutiérrez B.	93
Fernández Ojeda R.	118, 122	Gutiérrez Pizarra A.	30
Fernández Peláez J.M.	104	Gutiérrez Valencia A.	23, 79, 96, 97
Fernández Rivera J.	41, 101, 118	Guyer B.	75
Fernández S.	74, 77	Haro González J.L.	107
Fernández-Hidalgo N.	65, 66, 110	Hernández Quero J.	21, 32, 35, 51, 92, 114
Fernández-Miralbell A.	111	Herrero H.	40
Ferrer P.	75	Herrero R.	26, 85
Ferrera Jiménez A.M.	122	Hidalgo Castellón A.	112
Fontillón M.	36	Hidalgo Tenorio C.	21, 33, 37, 38, 44, 47, 61, 66, 78, 83, 85, 90, 91, 110, 116, 117
Gallardo P.	52	Ibáñez Muñoz L.	100
Gálvez Acebal J.	33, 65, 66, 80, 93, 110, 114	Iglesia Salgado A.	115
Gálvez Contreras C.	114	Iribarren J.A.	45
Gálvez López R.	92	Isasti G.	39, 89
Gálvez R.	32, 35, 51	Ivanova R.	33, 65, 66, 103, 11
García Agudo L.	119	Jandourek A.	76
García Alegría J.	42, 43	Japón M.A.	45
García C.	21	Jarilla Fernández F.	47, 90
García D.	81	Javier R.	78, 83, 111, 116
García García A.	58	Jiménez A.	42
García García J.A.	53, 56, 57, 68, 69,	Jiménez Alonso J.	47
García Lázaro M.	21, 24, 25	Jiménez Gámiz P.	47
García M.V.	55, 103	Jiménez Mejías M.E.	64
García Martos P.	119	Jiménez Oñate F.	31, 74, 77
García Moreno J.	108	Jiménez Sánchez F.J.	53, 54, 56, 58, 68, 105
García Pérez I.	37	Joya C.	31, 67
García Vallecillos C.	37, 61, 78, 82, 83, 90, 91, 111, 116	Leal M.	36
García-Cabrera E.	33, 60, 65, 66, 110	León de Lope M.	59
García-Castro J.M.	116	León Jiménez E.M.	54, 57, 69, 100
García-Figueras C.A.	55	León L.	40
García-Rey S.	84, 85	León-Ruiz L.	55
Garnacho J.	94, 96	Lepe Jiménez J.A.	28, 30, 41
Garrido J.	35	Lluch A.	22
Gea Lázaro I.	109	Lomas Cabezas J.M.	33, 34, 41, 63, 65, 66, 102, 106, 110
Gil Anguita C.	37, 38	López A.	71, 72, 73
Gil-Bermejo J.M.	41	López Cárdenas S.	61
Girón-González J.A.	45, 46, 84, 87, 99	López Castro R.	37, 38
Gómez de la Mata Galiana R.	101	López Cortés L.E.	41, 49, 59
Gómez Gómez M.J.	55, 107	López Cortés L.F.	21, 22, 23, 36, 45, 79, 81, 97, 98, 113
Gómez Mateos JM.	53, 54, 85, 88	López del Hierro M.	33, 34
Gómez-Sánchez M.C.	105	López M.	114
Gomez-Vidal M.A.	109	López Muñoz M.	49, 50, 52, 54
González Caracuel F.	102	López Rojas R.	25, 26
González García J.	102		
González-Nieto J.A.	121		
Gostkorzewicz J.	82		
Gracia-Ahufinger I.	96		

López Ruz M.A.	17, 33, 34, 78, 83, 86, 87, 111, 113, 116	Miranda C.	111
López-Muñoz M.	68, 57	Mohamed-Balghata M.O.	21, 41, 70, 84, 86, 88, 105, 109
López-Prieto M.D.	40, 55	Molina J.	95
López-Ruiz D.	81	Moliz J.	35
Lorenzo Moncada S.	21	Montes-Oca M.	46, 87, 99
Loza-Vázquez A.	94	Montiel N.	42, 43
Lozano F.	21	Moreno A.	45
Lozano León F.	114	Moreno T.	39, 73, 89
Lozano Serrano A.B.	70, 104, 114	Morilla G.	48, 80
Luque Márquez R.	50, 107	Moya R.	40
Machado Sevillano C.	80, 93	Muniaín M.A.	34, 63, 80
Macías J.	24, 25, 45, 88	Muñoz A.	55
Marcos M.	71, 77	Muñoz L.	32, 51, 100
Marín Dueñas D.	62	Muñoz Medina L.	21, 92
Marín Fernández Y.	101, 118	Muñoz.	40
Marín-Martín J.	105	Narankiewicz D.	74, 77
Márquez I.	31, 67	Natera C.	34, 44, 41, 63
Márquez J.A.	94	Navarro M.D.	48, 93
Márquez Solero M.	21, 39, 45, 46, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 88, 89, 99	Navas Pérez M.S.	92
Márquez M.J.	46, 87	Nelson M.	75
Márquez Vácaro J.A.	30	Neukam K.	25, 26
Márquez-Borrego M.J.	84, 86	Nieto I.	34, 63
Martín A.	40	Nourredine M.	33, 65, 66, 110
Martín Gandul C.	64	Núñez Sousa C.	106
Martín Peña R.	22, 23, 79, 97, 98	Núñez V.	74, 77
Martín Ponce M.L.	53, 54, 56, 57, 58, 68, 69	Núño E.	34,39,40,63,71,73,89
Martín R.	71, 72, 73	Ojeda-Burgos G.	21, 84, 86
Martín Rodríguez L.M.	53, 54, 56, 58	Olalla J.	42, 43, 74, 77
Martín-Aspas A.	41, 46, 55, 87, 99, 119	Orihuela F.	31
Martín-Rico P.	34	Ortega C.	36
Martín-Rodríguez L.M.	68, 69	Pachón Díaz J.	28, 29, 30, 41, 96
Martínez Colmenero J.	109	Páez Rubio M.I.	106
Martínez M.A.	40	Palacios Hoyos M.	108
Martínez Pérez M.A.	21, 32, 51, 92	Palacios R.	29, 71, 72, 73, 74, 87, 89, 113
Martínez R.J.	117	Palma P.	38
Martínez-Marcos F.J.	33, 65, 66, 106, 110, 121	Palmero S.	41
Massi Aguirre P.	112, 115	Palomino Nicas J.	34, 63, 64
Mataró M.J.	103	Palomo Jiménez V.	80, 93
Mateos Gómez A.	53, 54, 56, 57, 58, 68	Palop B.	52
McConnell M.J.	28	Parra Ruiz J.	32, 35, 51, 92
Mediabilla C.	31	Pascual A.	41, 59
Menchero Aranda A.	112, 115	Pasquau Liaño J.	21, 37, 38, 44, 61, 78, 82, 83, 90, 91, 111, 114, 116
Mendoza Giráldez D.	107	Payarés C.	21
Merchante N.	24, 45, 85, 88	Peña A.	35, 51
Merelo Ruiz B.	112	Peña Monje A.	21
Merino Muñoz D.	70, 84, 86, 88, 106, 120	Pereira P.	95
Merino-Rumín M.C.	105	Pérez Cáceres J.A.	112
Merlo Serrano A.	112	Pérez Camacho I.	24, 25, 26, 85, 104
Milara C.	95	Pérez I.	39, 71, 73, 89
Milla M.	70		
Mills A.	76		
Mira J.A.	45, 84, 85, 86		

Pérez M.D.	111	Ruiz Mesa J.D.	52, 64, 67
Pérez Pérez M.	21, 70	Ruiz Valderas R.	22, 23, 79, 96, 97, 98
Pérez-Cortés S.	40	Ruiz-Morales J.	103
Pérez-Ordoñez A.	28, 96	Ruiz-Ruigómez M.	32, 51
Pérez-Romero P.	27, 28, 95, 96		
Pérez-Tristancho M.	112, 115	Salas Coronas J.	104
Pineda J.A.	24, 25, 26, 45, 84, 85, 86	Sampedro A.	44
Plata A.	31, 33, 52, 65, 66, 110	Sánchez Aguera M.	36
Porras J.	52	Sánchez E.	36
Portillo M.	40, 55	Sánchez G.	103
Pozo J.C.	94	Sánchez Morales D.	52
Prada J.L.	42, 43, 74, 77	Sánchez Rivas E.	22, 50, 60, 79, 81, 113
Praena Segovia J.	29	Sánchez Sayago P.	102
Pujol de la Llave E.	108, 120	Sánchez-Porto A.	55
		Santiago C.	78
Quattrino S.	121	Santos J.	39, 71, 72, 73, 74, 77, 89
		Santos J.L.	44
Ramanathan S.	76	Santos-Morano J.	68, 69, 57
Ramírez de Arellano E.	48, 100	Sobrino B.	52, 64, 67
Rashbaum B.	76	Sobrino M.	95
Recio E.	24, 88	Sojo Dorado J.	49
Reguera J.M.	33, 41, 52, 67	Soriano Pérez M.J.	104
Rello J.	94	Soto M.J.	46, 87, 99
Retamar Gentil P.	40, 55, 93	Sotorrio Simó V.	117
Rijnders B.	75	Suárez G.	78, 95, 111, 116
Ríos I.	87	Suárez-Lozano I.	112, 115
Ríos MJ.	88		
Ríos-Villegas M.J.	80, 84, 86	Tapia Gómez A.	78, 83, 116, 117
Rivas F.	74, 77	Téllez Pérez F.	21, 40, 84, 86, 87, 88
Rivas I.	36, 81, 113	Terrón Pernia J.A.	114
Rivero M.	90, 91	Terrones R.	50
Rivero Rodríguez M.	37, 38, 47	Tomás-Jiménez C.	35, 51
Rivero Román A.	24, 25, 26, 45, 70, 84, 85, 86, 88	Torre-Cisneros J.	24, 25, 26
Rivero-Juárez A.	24, 25, 26, 85, 86, 88	Torres Cornejo A.	23, 79, 81, 84, 86, 97, 98, 113
Roca Oporto C.	50, 60, 100, 107	Torres L.M.	91
Rodríguez A.	94	Torres-Tortosa M.	34, 40, 55, 63
Rodríguez Baño J.	34, 40, 41, 48, 55, 59, 63, 80, 93, 100	Trastoy M.	36, 80, 113
Rodríguez Díaz M.	22		
Rodríguez Jiménez B.	101	Umbría Jiménez S.	108
Rodríguez- Bailón I.	103	Valencia J.	64
Rodríguez-Gómez F.J.	121	Valencia R.	28
Rodríguez-López F.	55	Valiente Méndez A.	58, 93
Roldán- Fontana E.	105	Vázquez García I.	120
Romero A.	34, 63	Vázquez Villegas J.	104
Romero P.	46, 87, 95, 99	Vázquez-Barba I.	28
Romero Palacios A.	70	Velasco C.	41
Rosales M.	44	Vergara Campos A.	21
Rosario J.	38	Vergara López S.	41, 53, 54, 56, 57, 58, 68, 69, 105
Ruiz Arias A.	62	Viciano Fernández P.	22, 36, 54, 79, 98, 113
Ruiz Ávila I.	92	Villalobos A.	31, 67
Ruiz J.	33, 35, 39, 65, 66, 71, 72, 73, 89, 110	Villalobos Carabante Y.	120, 121
		Villar M.	93
		Viloria M.M.	86

Vinuesa D.	32, 51, 92
Wang H.	76
Yale K.	76
Yeste Martín R.	109
Zapata López A.	62
Zhong L.	75



idetecnia

Pablo Coso Calero, 9B · 41930 · Bormujos · Sevilla
Tlf.: 955 62 17 39 · Fax: 955 61 09 00
www.idetecnia.com

