

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Introducción:** La administración de quimioterapia y el tratamiento de soporte son esenciales en el manejo del paciente onco-hematológico y conlleva en muchos casos la necesidad de un acceso venoso central (AVC) adecuado. En nuestro entorno, los AVCs más utilizados son la vía central, insertada directamente en vasos de mediano-gran calibre (catéter venoso central o CVC), y la vía central insertada de forma periférica (PICC). En ambos casos se han descrito complicaciones traumáticas, infecciosas, tromboticas y mecánicas.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de complicaciones infecciosas, tromboticas, mecánicas y traumáticas asociadas a la colocación y manejo de AVC, desde su colocación para recibir quimioterapia intensiva hasta su retirada en un Servicio de Hematología de adultos.

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes adultos (>18 años) a quienes se les colocó un AVC (PICC o CVC) entre el 1/11/2017 y el 06/4/2018, para recibir quimioterapia intensiva. Se presentan los resultados de los primeros 35 casos. Los pacientes se incluyeron dentro de los 7 días siguientes a la colocación del AVC.

**Resultados:** Se propuso participar en el estudio a 35 pacientes: 3 lo rechazaron y hubo un fallo de reclutamiento, con lo que finalmente 31 casos fueron analizables. Las características de la población se resumen en la tabla 1. En la población de estudio se colocaron 24 CVC (77%) y 7 PICC (33%). La colocación del CVC fue en la vena subclavia derecha en 19 casos (79%) y en el resto (n=5) fue: 3 en subclavia izquierda, 1 yugular derecho y 1 yugular izquierdo. La mediana de la duración del AVC (MDA) desde su colocación hasta su retirada/último control fue de 33 días (extremos 15 – 158 días). La MDA para la PICC fue de 39 (22-158) días y para el CVC de 28 (15-119) días. El análisis de U de Mann-Whitney no demostró diferencias significativas en la MDA según el tipo de acceso. Catorce AVC (45%) se colocaron de forma ambulatoria y 17 (55%) durante el ingreso. Sólo 5 AVC seguían colocados en el momento del análisis; los 26 restantes (84%) se retiraron por: infecciones (11), problemas mecánicos (2), criterio médico (13). Solo se detectaron problemas mecánicos en 2 CVC; no se produjo ninguna trombosis asociada al AVC ni problemas traumáticos. Se detectaron 13 procesos infecciosos (42%) en los 31 AVC: 5 colonizaciones (38%), 6 bacteriemias asociadas al AVC (46%), 1 (8%) infección de punto de inserción colonización e infección 1 (8%). Se aislaron cocos gram (+) en 11 casos (85%) y bacilos (-) negativos en 2 (15%). No se detectaron diferencias en la prevalencia de procesos infecciosos entre el CVC y PICC con el test de chi-cuadrado. Se detecta una prevalencia de 42% de procesos infecciosos asociados al AVC o 2,6 infecciones x 1000 catéter-día. La incidencia acumulada de complicaciones infecciosas fue 38% (95%IC 17% -54%).

Tabla 1. Características de la población.

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)
Género	Hombre	18	58
	Mujer	13	42
Edad	Mediana: 55 años	extremos (19-70)	
Enfermedad de base	Leucemia Aguda	16	52
	Síndrome Mielodisplásico	1	3
	Linfoma	8	26
	Mieloma Múltiple	5	16
	Otras	1	3
Tipo de quimioterapia	Inducción/Consolidación	18	58
	Leucemia Aguda		
	Trasplante autólogo	11	35
	Rescate de Linfoma/Mieloma	2	7
Nº de AVC previo	1 AVC previo	9	29
	2 AVC previos	4	13
	3 AVC previos	1	3
	No AVC previo	17	55
Complicaciones previas (n=14)	Infecciosas	3	21
	Mecánicas	2	14
	Infecciones + problemas mecánicos	2	14
	Infecciones + problemas mecánicos + trombosis	1	8
	Ninguna	6	43

**Conclusiones:** En el estudio HEMACVC1 se detecta una prevalencia de 2,6 infecciones x 1000 catéter-día que parece una prevalencia inferior respecto a otros estudios si tomamos el tiempo en riesgo del AVC. Se produjo un 6% de complicaciones mecánicas y ninguna traumática o trombotica.

**PC-344**

**25 AÑOS DE CREACIÓN DEL REGISTRO ESPAÑOL DE ENFERMEDAD DE GAUCHER. DEFINIENDO EL PERFIL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 1 (EG1) EN EL SIGLO 21**

Andrade Campos M.<sup>1</sup>, Capablo J.L., Fraile J.J., Roca Espiau M.<sup>2</sup>, Irun Irun M.P., Cebolla J.J., Lopez de Frutos L., Aranaz I., Giraldo P.<sup>1</sup>, Colaboradores FEETEG Y miembros GEEDL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación Traslacional - IIS Aragón, Zaragoza. FEETEG. GEEDL, <sup>2</sup>Unidad de Investigación Traslacional - IIS Aragón, Zaragoza. FEETEG. Centro de Diagnóstico por Imagen Dra. Roca, Zaragoza, <sup>3</sup>Fundación Española de Hematología y Hemoterapia

**Introducción:** La enfermedad de Gaucher(EG), la mas frecuente entre las de deposito lisosomal (EDL), tiene distribución panétnica y una incidencia en población no Judía Ashkenazi de 1/70-140 mil habitantes. La deficiencia de la enzima lisosomal beta-glucosidasa ácida secundaria a variantes en el gen GBA de herencia autosómica recesiva da lugar a un cuadro clínico variable. Aparece a cualquier edad con síntomas que incluyen anemia, trombocitopenia, dolores y lesiones vasculares óseas, esplenomegalia, retraso en el crecimiento y astenia persistente, con importantes comorbilidades. Fue la primera EDL en disponer de terapia enzimática sustitutiva y terapia de reducción de sustrato. En 1993 se crea el Registro Español de Enfermedad de Gaucher (REsEG), en el seno de la Fundación Española para el Estudio y Terapéutica de la EG (FEETEG), con el objetivo de brindar soporte a todos los implicados en el manejo de pacientes con EG y unificar experiencia a nivel nacional. Este trabajo presenta un resumen de las características al diagnóstico de los pacientes adultos con EG1 y las modificaciones producidas en las dos últimas décadas y los retos actuales.

**Material y Métodos:** Se analizaron los pacientes con EG1 incluidos en el REsEG ≥18 años edad al diagnóstico, se detallan los datos demográficos, genéticos, clínicos (hematológicos, viscerales, óseos, neurológicos), índices de gravedad, biomarcadores, distribuidos en 2 grupos: A. diagnóstico antes de 2005 y B pacientes diagnosticados con posterioridad.

**Resultados:** Hasta Marzo 2018, un total de 240 adultos con EG1 han sido incluidos en el REsEG. (A: 184, B: 56; Edad media al diagnóstico A: 39,5 (18-87); B: 40,1 (18-63) años, relación hombres/mujeres 50,4%/49,6%). Los síntomas que motivaron la consulta diagnóstica fueron: esplenomegalia 37,83%, Trombocitopenia 41,82%, hepatomegalia 8,72%, dolor óseo: 16,89%, fracturas patológica 3 casos, diátesis hemorrágica (equimosis, epistaxis): 12,16%, sangrado periparto: 3 casos, estudio familiar: 9,45%, estudio familiar por Parkinson precoz 3 casos, otros motivos de derivación fueron GMSI, hiperferritinemia. Genotipo: N370S/N370S: 17,1%, N370S/L444P: 30.3%, N370S/L444P+otra alteración: 1,3%, N370S/otras: 37,26%, otras variantes: 14,04%. Se realizó un análisis de los principales hallazgos al diagnóstico basándonos en si los pacientes se diagnosticaron antes o a partir del año 2005 evidenciando un perfil menos agresivo de los pacientes con menor incidencia de trombocitopenia severa, anemia, menor hepatomegalia y una clara reducción en la sintomatología ósea pasando de un 71% de incidencia de dolor óseo a solo un 51% (p=0,15), sin embargo la astenia, esplenomegalia y la trombocitopenia (plaquetas <140.000/mL) siguen siendo los síntomas más presentes (p=0,452). Durante este tiempo se han registrado 7 casos de E Parkinson, 2 pacientes con mutaciones de novo, 21 neoplasias y otros hallazgos interesantes que se expondrán en caso de aceptación.

**Conclusiones:** El perfil de los EG1 ha cambiado y los hematólogos implicados en su diagnóstico de forma mayoritaria debemos estar preparados para ello; este trabajo busca una re-edición del perfil del paciente con EG1 en el siglo 21 basados en la experiencia acumulada de 25 años.

**PC-345**

**ESTUDIO POST-INTERVENCIÓN TRAS LA RETIRADA DE LA PROFILAXIS CON QUINOLONAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON NEUTROPENIA**

Bienert Garía Á., Maestro De la calle G., Lizasoain Hernández M., Martínez Sánchez M.d.P., Paciello Coronel M.L., Lorza Gil L., García Sánchez C., Buendía Ureña B., Gutiérrez López de Ocariz X., De Nicolas Sol R., Martínez López J.

Hospital 12 de octubre

**Introducción:** Varios trabajos han alertado sobre el incremento de infecciones o colonizaciones por bacterias resistentes relacionados con el uso