



de la Sociedad de **Medicina Interna** de la Región de Murcia

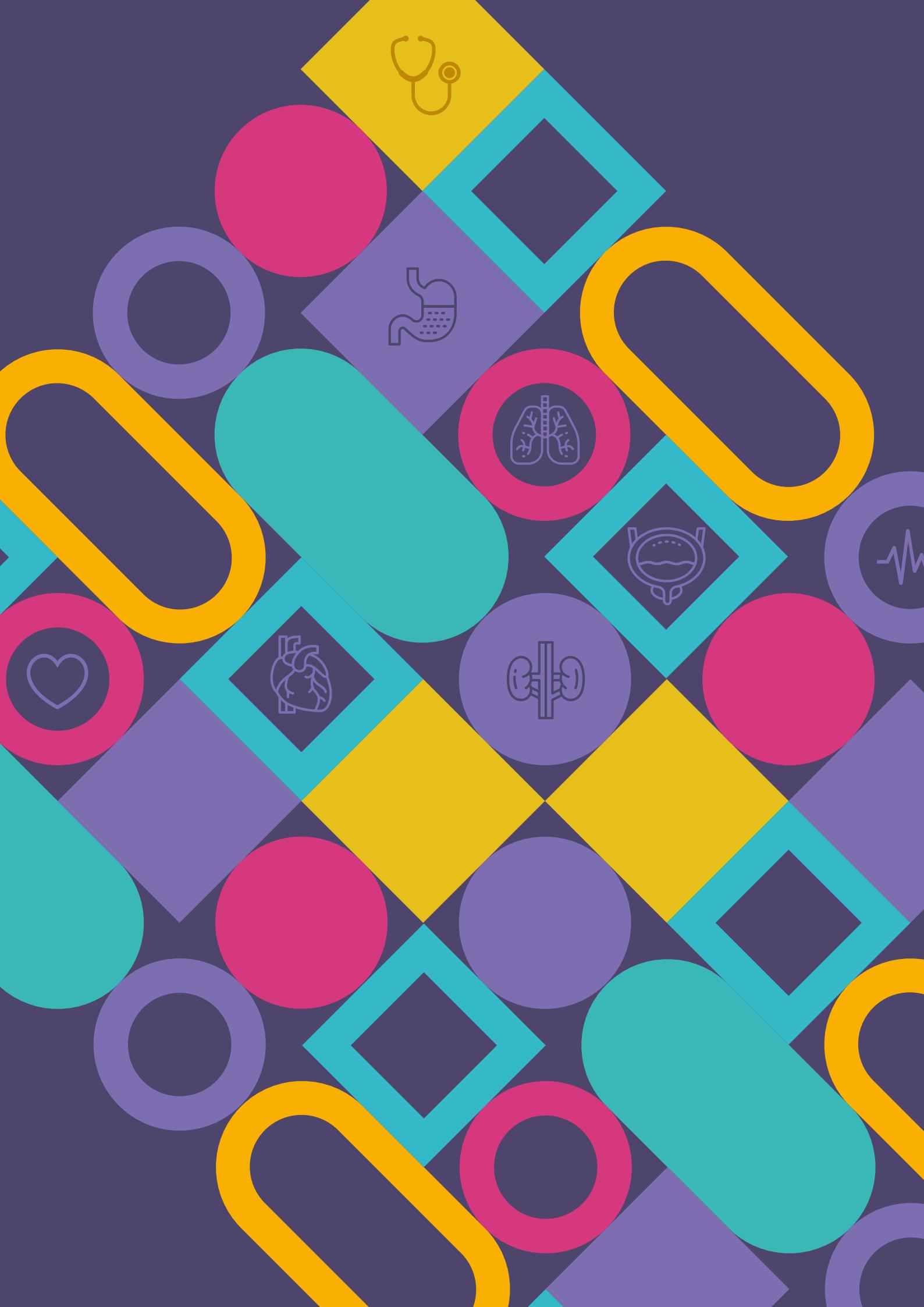
LA MANGA DEL MAR MENOR
24 Y 25 DE MAYO DE 2024
HOTEL GALÚA



@somimurenred
#SOMIMURtuit

www.somimur.org







SUMARIO

| | |
|--|----|
| COMITÉ ORGANIZADOR Y COMITÉ CIENTÍFICO | 2 |
| PRESENTACIÓN | 3 |
| PROGRAMA | 4 |
| PONENTES Y MODERADORES | 8 |
| RELACIÓN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS | 9 |
| ÍNDICE DE AUTORES | 33 |



Comité Organizador

Presidente Dr. Antonio Javier Trujillo Santos

Secretaría Dra. Diana Piñar Cabezos

Tesorero Dr. José Miguel Gómez Verdú

Vocal de Investigación Dra. Encarnación Moral Escudero

Vocal RSS Dr. Miguel Martín Cascón

Vocal Centros Privados Dr. Fernando Oliván Roldán

Vocales Médicos Residentes Dr. Eduardo Sánchez Martínez
Dr. Gonzalo Rocha de Losada

Vocal de HUVA Dra. Encarnación Moral Escudero

Vocal HGU Reina Sofía Dr. Antonio Martínez Blázquez

Vocal del HGU Santa Lucía- Sta. M^a del Rosell Dr. Francisco J. Vera Méndez

Vocal del HGU Rafael Méndez Dra. Ana Peláez Ballesta

Vocal del H Comarcal del Noroeste Dra. Rocío Alcaraz Martínez

**Vocal del HGU Lorenzo Guirao y
Vocal de Formación** Dr. Francisco de Asís Sarabia Marco

Vocal H Virgen del Castillo Dr. Ignacio Iniesta Pino

Comité Científico

Dr. Antonio Javier Trujillo Santos *Hospital General Universitario Santa Lucía*

Dra. Diana Piñar Cabezos *Hospital General Universitario
Los Arcos del Mar Menor*

Dr. José Miguel Gómez Verdú *Hospital General Universitario Morales Meseguer*

Dra. Encarnación Moral Escudero *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

Dr. Miguel Martín Cascón *Hospital General Universitario Morales Meseguer*

Dr. Francisco Jesús Vera Méndez *Hospital General Universitario Santa Lucía*



Presentación

Estimados compañeros y socios de la Sociedad Murciana de Medicina Interna:

En nombre de la Junta Directiva de La Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia (SOMIMUR) os damos la bienvenida a esta quinta edición del Congreso de nuestra Sociedad que se va a celebrar los días 24 y 25 de mayo de 2024.

En primer lugar, queremos mostrar nuestro agradecimiento a los Comités Organizador y Científico, por su trabajo y esfuerzo, que ha hecho posible materializar el congreso. Además, queremos también agradecer a todas aquellas empresas e instituciones que han colaborado y apostado para que el V Congreso de la SOMIMUR sea una realidad y tenga el éxito de ediciones anteriores.

La organización del V Congreso de la SOMIMUR ha vuelto a suponer un reto en su organización y sobre todo en la elección de los temas de interés para todos los internistas, de forma que hemos intentado incluir toda la pléyade de patologías en las que podíamos actualizarnos y que abarcan la mayoría de los bloques temáticos de nuestra especialidad. Y esto creemos que va a ser posible no solo con la intervención de expertos de nuestra región sino también con las aportaciones de líderes de opinión de otras comunidades que tendrán a bien compartir con nosotros estos días.

Esperamos que el congreso suponga una posibilidad de actualización de estas diversas patologías, y también una oportunidad para la exposición de los trabajos de investigación que han elaborado con ilusión nuestros residentes y adjuntos. Este año también se ha incluido un taller de actualización en ventilación mecánica no invasiva destinado fundamentalmente a residentes de Medicina Interna y adjuntos jóvenes, incluido en el programa con una intención docente práctica como se elaboró en ediciones anteriores. Y, de forma complementaria, el ámbito social del congreso tendrá su máxima expresión en el encuentro de todos los internistas y residentes de la región, lo que nos servirá de acicate e impulso de nuevos proyectos, estudios y puestas en común de temas relacionados con nuestra actividad asistencial, docente e investigadora.

Esperamos que este V Congreso de la SOMIMUR colme las expectativas puestas en él y que continúe sirviendo de apoyo a nuestra especialidad en nuestra Región de Murcia.

Os esperamos en La Manga.

A. Javier Trujillo Santos
Presidente



VIERNES 24 DE MAYO

12:00-14:00 Taller de ventilación mecánica no invasiva.

Presentan:

Dr. Eduardo Sánchez Martínez.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Dr. Gonzalo Rocha de Losada.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Ponente: Dr. Andrés Carrillo Alcaraz.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

14:00-16:00 Entrega de documentación y almuerzo-cóctel

16:00-17:00 Comunicaciones orales.

Moderadores:

Dra. Encarnación Moral Escudero.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Dr. Francisco Vera Méndez.

Hospital General Universitario Santa Lucía.

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2: INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PRECOZ.

Sánchez Sánchez, J. M. , García Vázquez, E. , Saura, I., Selvi Sabater, P. , Helena Roura Pi-loto, A., Marín Real, S.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL VIH.

J.D. Pérez López, T. Bruno Pérez, Y. Caja Matas, F. Martínez García, T. Albaladejo Bermejo, T. Dumitru Dumitru, F. Garrigós Gómez.

Hospital Universitario Santa Lucía-Santa María del Rosell de Cartagena.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATRÓN DE RESISTENCIAS A MACROLÍDOS Y QUINOLONAS Y TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN LAS INFECCIONES POR MYCOPLASMA GENITALIUM EN UNA UNIDAD DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Molina Valverde, S.; Castillo Navarro, A.M.; Albendín Iglesias, H.; Fernández López, M.A.; Merlos Rodríguez, M.A.; Iborra Bendicho, M.A.; Moreno Docón, A.; Galera Peñaranda, C.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

CONCORDANCIA ENTRE UN MÉTODO VALIDADO PARA EL CRIBADO DEL RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN POR DISFAGIA COMPARADO CON LA VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PERSONAL SANITARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 70 AÑOS.

Sánchez Seller, E.; Sánchez Martínez, E.; Martínez Pérez, I.; García Ruiz, I. ; Arjonilla San-pedro, M.E.; Gambín Esteban, R.; Andreo Serrano, I.; Pinar Sánchez, J.

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE TROMBOSIS ESPLÁCNICAS AGUDAS

Garrigós Gómez, F.; Dumitru Dumitru, T.; Albaladejo Bermejo, T.; Martínez García, F.;

Caja Matas, Y.; Pérez López, J.D.; Campos Rodríguez, V.; Escribano Viñas, P.

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 14 CASOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NEOPLASIA CEREBRAL

Tudela Quiñonero, L.; Pastor García, B.; Nieves Fernández, C.; Puche Palao, G.; Otálora Valderrama, S.; Guirado Torrecillas, L.; Hernández Molina A.; García Méndez, M.
Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

17:00-18:15 Mesa redonda 1: Enfermedades Infecciosas.

Moderadores:

Dra. Begoña Alcaraz Vidal.
Hospital General Universitario Santa Lucía.
Dr. Enrique Bernal Morell.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

Cómo optimizar el uso de antimicrobianos (PROA): desde las altas esferas nacionales hasta nuestros guardianes hospitalarios. ¡Conectando en cada paso!

Ponente: Dra. Amaya Jimeno Almazán.
Coordinadora regional IRAS-PROA.

Novedades de las guías de Endocarditis.

Ponente: Dra. Encarnación Moral Escudero.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Actualización en infecciones de transmisión sexual y profilaxis preexposición (PrEP).

Ponente: Dra. Helena Albendín Iglesias.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

18:15-18:45 Pausa - Café.

18:45-19:45 Mesa redonda 2: Situaciones complejas en Medicina Interna

Moderador:

Dr. Francisco de Asís Sarabia Marco.
Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

El papel del internista en las complicaciones médicas de la inmunoterapia en el paciente oncológico.

Ponente: Dr. José Miguel Gómez Verdú.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

El papel del internista en la patología médica durante la gestación.

Ponente: Dr. Jesús Oliva Navarro.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

19:45-20:00 Inauguración oficial.

Autoridades sanitarias y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

20:00-21:00 Conferencia inaugural: Alimentación, publicidad y salud, un trío mal avenido.

Moderador:

Dra. M^a Teresa Herranz Marín.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.
Ponente: Dr. José Manuel López Nicolás.
Vicerrector de Transferencia, Comunicación y Divulgación Científica. Universidad de Murcia.

21:30 Cena oficial y Entrega de premios



SÁBADO 25 DE MAYO

9:00-10:15 Mesa redonda 3: Riesgo vascular y enfermedades minoritarias.

Moderadores:

Dra. María Encarna Hernández Contreras.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
Dr. Jacinto Fernández Pardo.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

Diagnóstico y tratamiento de la esteatosis hepática no alcohólica.

Ponente: Dra. Adriana Garre García.
Hospital Comarcal del Noroeste.

El déficit de lipasa ácida lisosomal.

Ponente: Dr. Jorge Francisco Gómez Cerezo.
Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Mecanismos de acción y escenarios prácticos de uso de los nuevos hipolipemiantes.

Ponente: Dr. Juan José Tamarit García.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

10:15-11:00 Encuentro con el experto 1: Inteligencia artificial en medicina: el médico y la máquina, de la ficción a la realidad.

Moderador:

Dr. Jokin Bravo Urbieto.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.
Ponente: Dr. Sergio Alemán Belando.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

11:00-11:30 Pausa - café.

11:30-12:30 Mesa redonda 4: El paciente frágil.

Moderador:

Dr. Eduardo López Almela.
Hospital Universitario Rafael Méndez.

Abordaje del paciente con insuficiencia cardíaca terminal.

Ponente: Dra. Marina Gandía Herrero.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Situaciones especiales en la enfermedad tromboembólica venosa.

Ponente: Dr. Javier Trujillo Santos.
Hospital General Universitario Santa Lucía.

12:30-13:15 Encuentro con el experto 2: Paciente crónico complejo: importancia y diferentes sistemas de abordaje.

Moderador:

Dra. Raquel Pérez Luján.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
Ponente: Dra. Pilar Cubo Romano.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.



13:15-14:15 Mesa redonda 5: Enfermedades autoinmunes sistémicas y enfermedades autoinflamatorias.

Moderador:

Dr. Rafael Vilaplana García.

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Las uveítis en Medicina Interna: nociones básicas de la patología inflamatoria ocular para el internista y la importancia del trabajo en equipo con Oftalmología.

Ponente: Dr. Alex Fonollosa Caldúch.

Unidad de Uveítis. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bilbao.

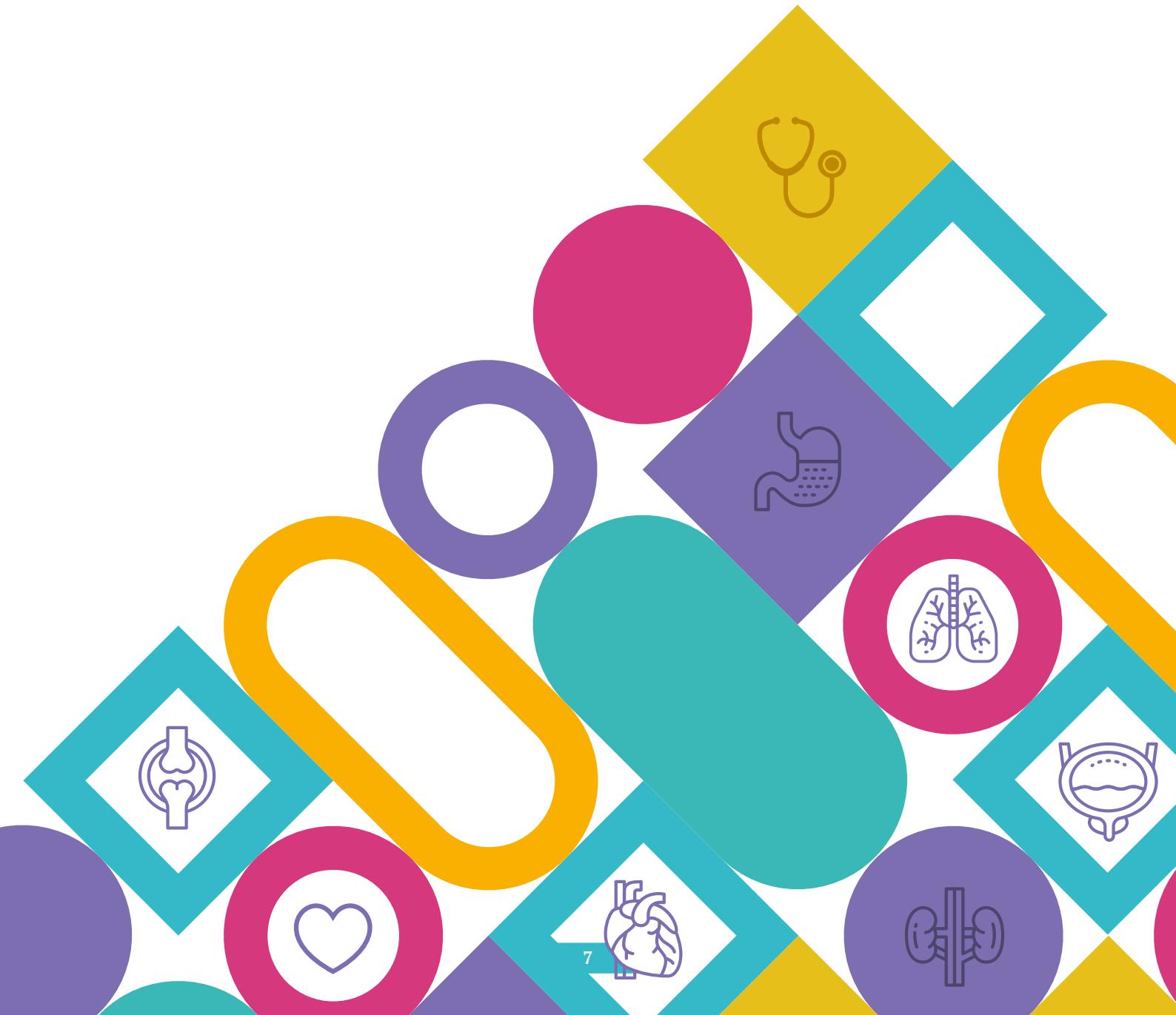
Enfermedades autoinflamatorias: cuándo sospecharlas y aproximación diagnóstica y terapéutica inicial.

Ponente: Dr. Juan Ignacio Aróstegui Gorospe.

Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

14:15-15:00 Asamblea general ordinaria.

15:00 Clausura y Cierre Congreso.





Ponentes:

| | |
|--|--|
| Dr. Andrés Carrillo Alcaraz. | <i>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dra. Amaya Jimeno Almazán. | <i>Coordinadora regional IRAS-PROA.</i> |
| Dra. Encarnación Moral Escudero. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dra. Helena Albendín Iglesias. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dr. José Miguel Gómez Verdú. | <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dr. Jesús Oliva Navarro. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dr. José Manuel López Nicolás. | <i>Vicerrector de Transferencia, Comunicación y Divulgación Científica. Universidad de Murcia.</i> |
| Dra. Adriana Garre García. | <i>Hospital Comarcal del Noroeste.</i> |
| Dr. Jorge Francisco Gómez Cerezo. | <i>Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid).</i> |
| Dr. Juan José Tamarit García. | <i>Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.</i> |
| Dr. Sergio Alemán Belando. | <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dra. Marina Gandía Herrero. | <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dr. Javier Trujillo Santos. | <i>Hospital General Universitario Santa Lucía.</i> |
| Dra. Pilar Cubo Romano. | <i>Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Madrid.</i> |
| Dr. Alex Fonollosa Caldúch. | <i>Unidad de Uveítis. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bilbao.</i> |
| Dr. Juan Ignacio Aróstegui Gorospe. | <i>Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.</i> |

Moderadores:

| | |
|--|--|
| Dra. Encarnación Moral Escudero. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dr. Francisco Vera Méndez. | <i>Hospital General Universitario Santa Lucía.</i> |
| Dra. Begoña Alcaraz Vidal. | <i>Hospital General Universitario Santa Lucía.</i> |
| Dr. Enrique Bernal Morell. | <i>Hospital General Universitario Reina Sofía.</i> |
| Dr. Francisco de Asís Sarabia Marco. | <i>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.</i> |
| Dra. Mª Teresa Herranz Marín. | <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dra. María Encarna Hernández Contreras. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dr. Jacinto Fernández Pardo. | <i>Hospital General Universitario Reina Sofía.</i> |
| Dr. Jokin Bravo Urbieta. | <i>Hospital General Universitario Morales Meseguer.</i> |
| Dr. Eduardo López Almela. | <i>Hospital Universitario Rafael Méndez.</i> |
| Dra. Raquel Pérez Luján. | <i>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.</i> |
| Dr. Rafael Vilaplana García. | <i>Hospital General Universitario Santa Lucía.</i> |



RELACIÓN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

01 COMUNICACIÓN

LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF: REPORTE DE CINCO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Albaladejo Bermejo, T.; Dumitru Dumitru, T.; Garrigós Gómez, F.; Martínez García, F.; Pérez López, J.D.; Caja Matas, Y.; Bruno Pérez, T.

Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La leishmaniasis, es una enfermedad infecciosa endémica en el sur de Europa, causada por un protozoo del género leishmania que produce una parasitosis del sistema retículo-endotelial. El factor de necrosis tumoral- α (TNF- α) tiene un papel importante en la defensa del huésped frente a la infección por Leishmania spp. Los agentes biológicos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son tratamientos muy efectivos para varias enfermedades inmunomediadas, sin embargo, pueden aumentar el riesgo de reactivación o diseminación de granulomas. El objetivo de nuestro estudio es determinar la eficacia y evolución de los tratamientos iniciados frente a leishmaniasis cutánea (LC) en sujetos que siguen tratamiento con anti-TNF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de una serie de cinco casos LC que fueron diagnosticados en pacientes en tratamiento con anti-TNF en nuestro centro desde 2020 a 2023. Las variables analizadas fueron: el tipo de tratamiento biológico, indicación biológica, lesiones y localización, tratamiento, sesiones y la evolución.

RESULTADOS:

Caso 1: Mujer 65 años LC diagnosticada en 2021 (lesión de 6x5cm de diámetro en codo izquierdo). Tratada con Adalimumab por espondiloartropatía. Inicialmente recibió antimoniales pentavalentes (8 sesiones), sin mejoría. Por ello, cambió a Anfotericina liposomal (3mg/kg/día, 12 sesiones), alcanzando regresión a lesión residual plana cicatricial; Adalimumab fue suspendido. **Caso 2:** Hombre de 47 años, dos episodios de LC bajo tratamiento con Infliximab por Colitis ulcerosa y luego Adalimumab. Primer episodio en 2020 (lesiones en ambos codos, 5x4cm), tratado con antimoniales (8 sesiones) con regresión inicial. Recidiva en 2022, con diseminación a lóbulos auriculares y cuero cabelludo; se retiró Adalimumab y se inició Anfotericina liposomal (3mg/kg/día), observando regresión significativa tras 10 sesiones, extendiendo a 14 y co-

menzando profilaxis mensual (Anfotericina liposomal 3mg/kg) tras reiniciar Adalimumab. **Caso 3:** Varón de 60 años, con LC en 2021 (lesión 10x5cm en antebrazo) bajo tratamiento con Infliximab por Enfermedad de Crohn. Respondió bien a antimoniales intralesionales y fluconazol oral (200mg/día, 6 semanas, extendido a 8). **Caso 4:** Hombre, 44 años, tratado con Certolizumab por Espondilitis Anquilosante HLA B27, diagnosticado en mayo de 2023 de LC (lesión costrosa 3x3.5 cm en brazo izquierdo). Tratamiento con fluconazol oral (6 semanas) y antimoniales intralesionales (6 sesiones) que no fue efectivo. Se escaló a Anfotericina L (3mg/kg/día), desde la 7^a dosis mostró muy buena evolución. **Caso 5:** Hombre, 60 años, con LC en mayo 2022 (lesión 5x3 cm en codo derecho, cubierta por costras, ulcerada con borde eritematoso-violáceos con centro papilomatoso) bajo tratamiento con Infliximab por Colitis Ulcerosa. Inició con Fluconazol (200mg/24h, 6 semanas), interrumpido a las 4 semanas por falta de mejoría. Se añadieron dos dosis de antimoniales intralesionales junto con Anfotericina L (3-4mg/kg/día durante 25 sesiones) y paramomicina 15% cada 12 horas por un mes logrando remisión total.

En resumen, presentamos 5 casos de LC, todos tratados con inhibidores TNF (Adalimumab, Infliximab, Certolizumab), 4 presentaron lesiones en codos, 2 en brazos y 1 diseminadas. Del total, 4 usaron antimoniales pentavalentes inicialmente, con 3 fracasos y 3 casos usaron también fluconazol con 2 fracasos. Los fracasos, 4 en total, fueron tratados con anfotericina liposomal con éxito. Dos pacientes suspendieron Adalimumab por LC. En un paciente se administró profilaxis secundaria con anfotericina L.

DISCUSIÓN:

La LC es una enfermedad con interés renovado en la literatura de últimos años. Esto se debe a un auge en el uso de fármacos biológicos que alteran la inmunidad celular de los pacientes, aumentando su riesgo de padecer infecciones oportunistas como la leishmania, especialmente en áreas endémicas.

CONCLUSIÓN:

LC es una enfermedad infecciosa parasitaria emergente en pacientes tratados con fármacos biológicos. La necesidad de mantener los anti-TNF es un factor determinante de recidiva o de necesidad de prolongar tratamientos sistémicos. Anfotericina liposomal IV se mostró como un tratamiento efectivo ante fracaso con antimoniales pentavalentes intralesionales.



02 COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA CONGESTIÓN Y REINGRESO O FALLECIMIENTO: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO PROSPECTIVO.

Ruzafa Martínez, C.; Rodríguez Alcaraz, M.; Albaracín Edo, J.M.; Egea Pérez, N.; Tallón Hernández, M.; Lorente Navarro, L.; Gambín Arróniz, M.; Franco Maseres, C.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

- Conocer la relación entre la presencia de líneas B (>3 por campo) al alta y el reingreso o fallecimiento de los pacientes.
- Evaluar la relación entre la colapsabilidad de la vena cava inferior (VCI) al alta y el reingreso o fallecimiento de los pacientes.
- Establecer si el tratamiento con inhibidores del co-transportador de la glucosa 2 (iSGLT2) se relaciona con el reingreso o fallecimiento.
- Estudiar las características clínicas de dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo con componentes analíticos que se realiza sobre pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de Murcia, seleccionados durante el mes de Agosto de 2023 y Diciembre de 2023 según disponibilidad de ecografía clínica al alta, siendo seguidos hasta Marzo de 2024. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente mediante el programa informático SELENE®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Obtuvimos un total de 12 pacientes, de los cuales 7 (53.8%) eran varones y 5 (38.5%) eran mujeres. La edad media fue de 78 años ($DE \pm 11,69$). De ellos, 10 eran hipertensos (76,9%), 12 eran diabéticos (100%), y 9 eran dislipémicos (69.2%). Así, 11 pacientes (92.3%) presentaban líneas B (>3 por campo) al ingreso, 4 pacientes (33.3%) las presentaban al alta y 7 pacientes (61.5%) recibían tratamiento con iSGLT2. Se produjeron 3 fallecimientos (30.8%) y 4 reingresos (38.5%). El tamaño medio de la VCI al alta fue de 2.07 cm ($DE \pm 0.19$), mientras que al ingreso era de 2.37 cm ($DE \pm 0.32$). El tiempo medio hasta el reingreso fue de 87,5 días ($DE \pm 94.55$). Encontramos una relación no estadísticamente significativa ($p=0.25$) entre la presencia de líneas B al alta (> 3 por campo) y la variable combinada de reingreso o fallecimiento, de forma similar a lo que sucede entre la colapsabilidad de la VCI y el reingreso o fallecimiento ($p=0.078$), así como entre el uso de iSGLT2 y el reingreso o fallecimiento ($p=0.126$).

DISCUSIÓN:

La insuficiencia cardiaca es una de las patologías más prevalentes a nivel mundial y en particular en los servicios de Medicina Interna. El manejo de la congestión de estos pacientes basado únicamente en la clínica provoca una mayor incidencia de reingresos y/o fallecimientos. En los últimos años se ha acuñado el término de congestión subclínica, que valora al paciente en términos ecográficos, estableciendo una clara relación entre dicha congestión y el reingreso o fallecimiento, como se puede apreciar en nuestra serie de pacientes, donde la mayoría de los mismos presentaban una ecografía pulmonar patológica al ingreso que mejoró al alta, así como una clara afectación a nivel de la vena cava inferior en términos de congestión. Como principal limitación, al presentar un tamaño muestral reducido, no hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES:

Según los resultados de nuestro estudio, los pacientes con líneas B al alta (>3 por campo) podrían tener un mayor riesgo de reingreso y/o fallecimiento, de forma similar a lo que sucede con la colapsabilidad de la vena cava inferior al alta. Además, parece que el uso de iSGLT2 podría presentar una cierta tendencia a relacionarse con una menor tasa de reingreso y/o fallecimiento.

03 COMUNICACIÓN

SÍNDROME DE TINU: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Caja Matas, Y.; Pérez López, J.D.; Sánchez Polo, M.T.; Vilaplana García, R.; Dumitru Dumitru, T.; Albaladejo Bermejo, T.

Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El síndrome de nefritis y uveítis tubulointersticial (TINU) es una condición poco frecuente que afecta a ambos性es con mayor prevalencia en mujeres con edad media de debut a los 15 años. Aunque se trata de una entidad de base autoinmune, su fisiopatología no es del todo conocida, y generalmente el diagnóstico se realiza mediante la clínica y los hallazgos analíticos, reservando la biopsia para casos atípicos o con afectación renal severa. El tratamiento implica el uso de esteroides sistémicos e inmunosupresores, induciendo la remisión de la uveítis y mejoría de la función renal. Ampliar el conocimiento sobre el síndrome de TINU mediante la presentación de dos casos clínicos, ayudando a los especialistas a reconocer y tratar lo antes posible esta infrecuente patología autoinmune.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisamos la literatura sobre el síndrome de TINU en PubMed, seleccionando publicaciones sobre casos clínicos y revisiones sistemáticas. Además, se compararon



características clínicas y analíticas de dos pacientes con síndrome de TINU estudiados en nuestro servicio.

Caso 1. Mujer de 39 años con uveítis anterior bilateral y clínica sistémica de astenia, fiebre persistente y sudoración profusa nocturna que se remite a Medicina Interna para estudio. La exploración física era anodina y en las pruebas complementarias destacó la elevación de creatinina y reactantes de fase aguda, además de glucosuria. Debido a la presencia de uveítis anterior bilateral y fracaso renal agudo, se realizó biopsia renal que describió atrofia tubular leve e intersticio con infiltrado inflamatorio. Tras dichos hallazgos y diagnóstico de Síndrome de TINU, se inició tratamiento con Metilprednisolona intravenosa con remisión de uveítis y normalización de la función renal.

Caso 2. Varón de 21 años con clínica de ojo rojo bilateral de meses de evolución con hematuria y deterioro de función renal autolimitada al inicio del cuadro. En la exploración presentaba panuveítis bilateral, realizando pruebas que descartan en ese momento otras causas de panuveítis. Además, se objetivó presencia de glucosuria en paciente no diabético, por lo que, ante la cronicidad, se diagnosticó de Síndrome de TINU. Se inició tratamiento con bolos de Prednisolona seguido de Prednisona oral más Azatioprina, experimentando mejoría clínica renal y de la uveítis.

RESULTADOS:

La presentación más común es la uveítis anterior y la insuficiencia renal aguda, acompañada en ocasiones de clínica sistémica. Los análisis de sangre mostraron marcadores inflamatorios elevados y presencia de glucosuria en el sedimento de orina. El marcador B2 microglobulina también se encontró elevado al ser evaluado.

DISCUSIÓN:

En el síndrome de TINU la clínica sistémica suele preceder a la uveítis y nefropatía. Las pruebas de laboratorio iniciales en pacientes con este síndrome muestran una función renal alterada, con creatinina sérica elevada. Si se observa alteración tanto de este parámetro como del sistemático de orina, es aconsejable medir el nivel de B2-microglobulina urinaria, ya que, se ha establecido como marcador útil en el diagnóstico. La nefritis intersticial aguda generalmente se resuelve tras la instauración de tratamiento, a diferencia de la uveítis que suele presentar recurrencias sobre todo en la población más joven.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de TINU en última instancia es clínico. La presentación clínica variada junto con la asincronía entre la afectación ocular y renal puede retrasar el reconocimiento del síndrome, dejando importantes secuelas el tratamiento tardío. Por lo tanto, es importante revisarlo e informar a los especialistas implicados, ya que, su interacción es primordial en el tratamiento precoz y mejor pronóstico.

04 COMUNICACIÓN

HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS EN EL PERÍODO 2016-2022 EN LA REGIÓN DE MURCIA

García Flores, J.; Franco Maseres, C.; Tallón Hernández, M.; Gambín Arróniz, M.; Albarracín Edo, J.M.; Ruzaña Martínez, C.; Lorente Navarro, L.; Rodríguez Alcaraz, M.

Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Estudiar la hospitalización en Medicina Interna de los pacientes mayores de 90 años en el período 2016-2022 en la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Para la obtención de los datos, se ha utilizado el Registro de Atención Especializada (Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD). El RAE se basa en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que es un conjunto de información estandarizada sobre los episodios de atención médica en el ámbito hospitalario.

Dentro de esta base de datos, se ha realizado una búsqueda mediante el sistema de clasificación de pacientes de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), acotando la búsqueda a una serie de variables: número de contactos, estancia media (días de hospitalización), coste medio (euros), edad (mayores de 90 años), servicio hospitalario del ingreso (Medicina Interna), temporal (2016-2022) y comunidad autónoma de residencia (Región de Murcia).

Una vez obtenidos los datos, se han establecido el número total de casos por año de nuestra población y de la población general, así como, los diez primeros GRD con mayor incidencia, la estancia media y el coste medio totales por año.

Los resultados se han descargado de la base de datos del RAE-CMBD y se han gestionado mediante el programa Microsoft Excel (2010).

RESULTADOS:

El número de casos aumentó progresivamente, pasando de 3157 a 5235 casos durante el período estudiado. La proporción de casos en la población nonagenaria, respecto a la población general, varió entre un 5,54% y un 9,25%. La estancia media se situó entre 9,13 - 12,79 días y el coste medio entre los 3483,64 - 4195,34 euros.

Los diez primeros GRD por incidencia fueron: neumonía, infecciones de vías urinarias, hipertensión, otra enfermedad de las vías respiratorias, septicemia, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia respiratoria, enfermedades cerebrovasculares agudas, neumonitis por aspiración y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



DISCUSIÓN:

La hospitalización de la población nonagenaria se incrementó de forma gradual. Las patologías más prevalentes fueron las cardíacas y las pulmonares.

A destacar, el crecimiento paulatino de la proporción de casos en la población nonagenaria, respecto a la población general, hasta el año 2020; produciéndose una notable caída en los dos años posteriores.

La estancia media fue muy variable entre los distintos años estudiados, mientras que, el coste medio se elevó progresivamente.

CONCLUSIONES:

Los casos, según la clasificación de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), de la población nonagenaria ingresada en Medicina Interna en la Región de Murcia aumentaron paulatinamente y representaron del 5,54% al 9,25% de todos los casos ingresados en el período de tiempo estudiado.

05 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2: INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL PRECOZ.

Sánchez Sánchez, J.M.¹; García Vázquez, E.²; Saura, I.³; Selvi Sabater, P.³; Roura Piloto, A.H.³; Marín Real, S.³

(1) Médico residente de Dermatología en C.H. Universitario Santa M^a del Rosell - Santa Lucía de Cartagena.

(2) Unidad de Enfermedades Infecciosas. HCUVA. IMIB. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

(3) Unidad de Enfermedades Infecciosas. HCUVA. IMIB. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La COVID-19 ha tenido un impacto mundial que motivó la realización de múltiples ensayos clínicos cuyo objetivo consistía en tratar precozmente la infección para evitar la enfermedad grave. Dichos ensayos pioneros cuentan con una infrarrepresentación de pacientes trasplantados, inmunodeprimidos, vacunados o infectados tras la aparición de la variante ómicron, siendo estas razones, junto con su potencial mayor morbilidad, las que nos motivan a estudiar la influencia del tratamiento antiviral precoz en una cohorte de pacientes trasplantados renales. Nuestro objetivo consistió en valorar si el uso de la terapia antiviral precoz disminuye la morbilidad de pacientes trasplantados renales con infección por SARS-CoV-2 en la Región de Murcia, así como analizar sus características epidemiológicas, clínicas y los principales factores de riesgo asociados a un peor pronóstico. Secundariamente, valorar el estado vacunal y descubrir la accesibilidad a este tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo y analítico de una cohorte de pacientes trasplantados renales diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 con PDIA positiva entre 1 de enero y 14 de octubre de 2022 en la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Se analizaron 286 episodios de infección por SARS-CoV-2 que mostraron una epidemiología similar a la población murciana, con predominio de la variante ómicron y de vacunación completa (88% con tres dosis o más). La infección fue leve o asintomática en el 83% de los casos; el 31,8% recibió una pauta de remdesivir precoz frente al 8% que recibieron una pauta estándar por presentar enfermedad moderada o grave; el 5,2% fallecieron (0,2% en la población general murciana en ese periodo). En el análisis multivariante para ingreso por COVID-19 complicada se demostró como factores predictores del mismo, la mayor edad y tener dos o más trasplantes renales, mientras que el uso de tratamiento precoz fue un factor protector de ingreso, evidenciándose también en el gráfico de riesgo (Kaplan-Meier) para ingresar o fallecer por COVID-19 a 30 días desde el inicio de síntomas ($p<0,001$). Sin embargo, en el análisis multivariante para fallecer por COVID-19, el uso de tratamiento precoz no se constató como factor protector ($p>0,05$).

DISCUSIÓN:

Nos encontramos ante una cohorte donde las comorbilidades como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial o diabetes mellitus son más prevalentes que en la población general, esto es explicable por ser dichas patologías causa de una enfermedad renal crónica que derive en trasplante y por ser efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor permanente. Nuestros resultados armonizan con los de otra cohorte de trasplantados renales en Barcelona, que también se analizó en un contexto de infección por ómicron con pacientes predominantemente vacunados; si bien, nuestro estudio puede contar con sesgos de selección propios de una situación realista donde algunos infectados asintomáticos o paucisintomáticos no se testeaban, así como sesgos de información al ser una cohorte estudiada retrospectivamente.

CONCLUSIONES:

En una cohorte mayoritariamente vacunada de trasplantados renales con infección por SARS-CoV-2 durante la etapa ómicron se evidenció una mayor mortalidad por COVID-19 que en la población general. El tratamiento antiviral precoz (remdesivir en casos paucisintomáticos o sin necesidad de soporte con oxígeno) disminuyó el riesgo de ingresar, pero no de fallecer por COVID-19, probablemente debido a la baja tasa de fallecimientos.



06 COMUNICACIÓN

PREVALENCIA DE BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN LAS BACTERIEMIAS DE LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LAS ÁREAS VI Y VII DEL SISTEMA MURCIANO DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022.

Ruiz Contreras, M.; García Ruiz, I.; Medina Serrano, C.; López López, P.; Martínez Pérez, I.; Sánchez Seller, E.; Alemán Belando, S.

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las bacteriemias suponen una infección grave que condiciona una importante morbimortalidad. Dentro de estas, las causadas por bacilos Gram negativos (BGN) multirresistentes constituyen un problema creciente a nivel mundial. Estas bacterias son capaces, de manera natural, de generar resistencias frente a diferentes clases de antibióticos, además de propagarse rápidamente en entornos de atención médica, limitando las opciones terapéuticas y aumentando la tasa de mortalidad de las infecciones causadas por ellas. Es por esto que conocer los factores de riesgo locales de multirresistencia podría ayudar en su tratamiento.

El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de multirresistencia en las bacteriemias por BGN en cada zona básica de salud de las áreas VI y VII.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. La población de estudio estuvo compuesta por los pacientes atendidos en el HUMM entre los años 2017 y 2022, en los que se haya diagnosticado y registrado una bacteriemia por BGN. Se recogieron variables relacionadas con la atención sanitaria (área básica de salud y centro de salud) y relacionadas con la bacteriemia (microorganismo y antibiograma, patrón de multirresistencia). La fuente de información utilizada fue la historia clínica informatizada a través del sistema informático Selene.

RESULTADOS:

Se recogieron un total de 989 pacientes en los que se analizó la prevalencia de multirresistencia en las bacteriemias por BGN en cada zona básica de salud. Los resultados se muestran en la Figura 1.

DISCUSIÓN:

El aumento de resistencias, ya sea de manera intrínseca o potenciado por múltiples factores, entre ellos un uso inadecuado de los antibióticos, supone un problema de salud pública a nivel mundial. En los últimos años, el aumento en la prevalencia de BGN multirresistentes complica el manejo de los pacientes debido al reto terapéutico que conlleva su presencia. En nuestro entorno, la distribución de multirresistencia en las bacteriemias por BGN no es homogénea entre las distintas zonas básicas de salud estudiadas, lo que supone

un factor a tener en cuenta a la hora de tratar empíricamente una bacteriemia y podría ser útil para elaborar modelos que permitan predecir multirresistencias. Dado que el estudio se realizó en pacientes atendidos en el HUMM, los resultados sobre pacientes del área VII podrían estar sesgados al sólo recibir en nuestro centro los pacientes onco-hematológicos por ser el HUMM el centro de referencia para estos pacientes.

CONCLUSIONES:

Existen diferencias en la prevalencia de multirresistencia en las bacteriemias por BGN entre las distintas zonas básicas de salud de las áreas VI y VII del Servicio Murciano de Salud.

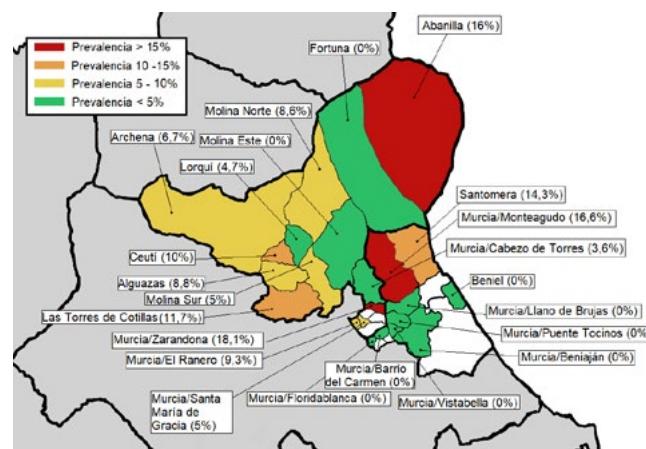


Figura 1. Prevalencia de multirresistencia en las bacteriemias por bacilo Gram negativo según zona básica de salud (2017-2022).

07 COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN DE MARCADORES DE CONGESTIÓN ANALÍTICOS Y REINGRESO O EXITUS: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO PROSPECTIVO.

Rodríguez Alcaraz, M.; Ruzafa Martínez, C.; Lorente Navarro, L.; Tallón Hernández, M.; Egea Pérez, N.; Gambín Arróniz, M.; Franco Maseres, C.; García Flores, J.

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las patologías más prevalentes en nuestro país, estando además entre las principales causas de hospitalización y por ello también en los servicios de Medicina Interna. Nuestros objetivos son:

- Describir los valores de congestión analíticos eco-gráficos de la población estudiada.
- Evaluar la relación entre Ca125 y líneas B (>3 por campo) al alta de los pacientes.
- Establecer relación entre marcadores de congestión analíticos al alta y reingreso o fallecimiento de los pacientes.



MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo con componentes analíticos que se realiza sobre pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de Murcia, seleccionados durante el mes de Agosto de 2023 y Diciembre de 2023 según disponibilidad de ecografía clínica al alta, siendo seguidos hasta Marzo de 2024. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente mediante el programa informático SELENE®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Se estudió un total de doce pacientes, entre ellos siete eran varones (53,8 %) y cinco mujeres (38,5 %), con edad media de 78 años. Once pacientes (92 %) presentaban líneas B (>3 por campo) al ingreso, cuatro pacientes (33 %) al alta. El valor medio del Ca125 al ingreso fue de 75,7 cm (DE \pm 65) y al alta de 55,5 (DE \pm 35,87). El proBNP alcanzó valores de 9094 de media al ingreso (DE \pm 10312) y disminuyó al alta a 4532,6 (DE \pm 3717). Se produjeron tres fallecimientos (25 %) y cuatro reingresos (38,5%).

En cuanto a la relación entre el Ca125 y las líneas B al alta, los pacientes que no presentaban líneas B al alta tenían valores de Ca125 de 46, mientras que en los que sí presentaban líneas B, el Ca125 aumentaba a 76. Encontramos una relación no estadísticamente significativa ($p=0,12$) entre líneas B al alta y Ca125. Respecto a la relación entre Ca125 al alta y reingreso o exitus, no fue estadísticamente significativa ($p=0,142$). Sin embargo, se obtuvo relación estadísticamente significativa ($p=0,08$) entre el proBNP al alta y el reingreso o exitus.

DISCUSIÓN:

La evaluación de la congestión por IC según los últimos consensos debe realizarse de forma multiparámetrica: clínica, biomarcadores (proBNP y Ca125) y ecografía pulmonar, donde se mide entre otros parámetros las líneas B.

El Ca125 es un antígeno carbohidratado sintetizado por células serosas epiteliales en respuesta a la congestión tisular. Aunque se correlaciona con clínica o imagen, se ha demostrado su asociación de forma independiente con mortalidad o reingreso por IC.

El proBNP es un péptido natriurético secretado por miocitos en respuesta a la distensión de estos por sobregueda; presenta un alto valor predictivo negativo para IC.

En nuestro estudio, se encuentra una significación estadística entre proBNP al alta y reingreso o exitus, mientras que no hay significación estadística entre Ca125 y reingreso o exitus. Probablemente este resultado es debido al pequeño tamaño muestral y no tanto a diferencias de utilidad clínica entre ellos.

CONCLUSIONES:

Según los resultados del estudio, podría correlacionarse las líneas B con los marcadores de congestión al ingreso y al alta.

Por otra parte, al tener un tamaño muestral reducido solo encontramos significación estadística entre proBNP y reingreso o exitus, mientras que no la hay entre Ca125 y reingreso o fallecimiento.

08 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO POR BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE EXPECTRO EXTENDIDO (BLEE) EN EL AÑO 2023 EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Boya de Vicente, A.; Herrera Marrero, M.T.; Peñaranda Bernal, P.; Fernández-Rufete Cerezo, A.; Mateo Lopez, A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los servicios prestados por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) tienen como objetivo proveer de cuidados de nivel hospitalario en el medio domiciliario a pacientes que normalmente requerirían un ingreso convencional. En las últimas décadas, el uso generalizado, indiscriminado y en algunos casos irresponsable de antibióticos ha provocado un aumento importante de las resistencias de los microorganismos, con aparición de gérmenes multirresistentes. En la mayoría de los casos, estas infecciones requieren la administración prolongada de antibióticos intravenosos, por lo que la UHD es una excelente opción para tratar a pacientes clínicamente estables en casa, evitar y/o acortar ingresos hospitalarios y disminuir la diseminación nosocomial.

El objetivo de este estudio es describir el perfil de paciente, tratamiento utilizado, procedencia, estancia media y reingreso de los pacientes con una infección del tracto urinario (ITU) por BLEE ingresados durante el año 2023 en la UHD de HCUVA.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se creó una base de datos de forma prospectiva incluyendo todos los pacientes ingresados por una ITU por BLEE en UHD en el HCUVA en el año 2023. Tras ello se analizaron las características del paciente (edad, sexo, comorbilidades), tratamiento antibiótico (tipo y vía administración), parámetros de hospitalización (procedencia, días de ingreso) e indicadores de calidad (reingresos).

RESULTADOS:

Entre enero de 2023 y diciembre de 2023 fueron ingresados en UHD de HCUVA con diagnóstico de ITU por BLEE



27 pacientes, siendo 15 mujeres y 12 varones. La edad media fue de 64.85 años, con un rango de edades comprendido entre los 22 y 91 años. Cuatro pacientes portaban catéter de nefrostomía, cuatro sondaje vesical y dos realizaban autosondaje. Todos recibieron tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) con Ertapenem intravenoso, a excepción de un paciente que fue tratado con Meropenem intravenoso y otro que fue tratado con Amikacina intravenosa. Los pacientes procedían de diferentes servicios: nueve pacientes de Medicina Interna, cuatro de la Unidad de corta Estancia, tres de Enfermedades Infecciosas, cinco de Urología/ Nefrología, 3 de consultas externas de Enfermedades Infecciosas, uno de Oncología Médica y uno de Urgencias. La estancia media fue de 9.8 días y solo un paciente precisó reingresar siendo el motivo otra patología.

DISCUSIÓN:

En 2023 fueron ingresados en UHD de HCUVA con diagnóstico de infección del tracto urinario por BLEE 27 pacientes con una edad media de 64 años. La estancia media fue de 9.8 días, completando todos los pacientes el tratamiento de forma satisfactoria, precisando únicamente un paciente reingresar por otra patología. La procedencia de los pacientes fue diversa, siendo la mayoría de los casos trasladados desde el servicio de Medicina Interna y otras unidades dependientes de este servicio, consiguiendo de esta forma acortar el ingreso hospitalario. No obstante, también hay que destacar que algunos pacientes procedían directamente de consultas externas evitando así el ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES:

El ingreso en UHD para el tratamiento de ITU por BLEE es una excelente opción para tratar a pacientes clínicamente estables en casa, acortar y/o evitar ingresos hospitalarios y así disminuir la diseminación nosocomial y reducir la presión asistencial en los centros hospitalarios sin dejar de proporcionar el tratamiento adecuado que precisan los pacientes.

09 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, MICROBIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE LOS CASOS DE BACTERIEMIAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE HOSPITAL REINA SOÍA COMPRENDIDOS ENTRE ABRIL 2023 Y ABRIL 2024.

Lorente Navarro, L.; Gambín Arróniz, M.; Ruzafa Martínez; C.; Albarracín Edo, J.M.; Rodríguez Alcaraz, M.; Franco Maseres, C.; Egea Pérez, N.; Valero Cifuentes, S.

Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La bacteriemia se define como la presencia de bacterias patógenas en sangre. Supone una causa importante de

morbimortalidad en nuestro medio y su incidencia ha ido en aumento debido al envejecimiento de la población, al uso de pruebas invasivas y al uso de terapias inmunosupresoras. Los objetivos de este trabajo son analizar los factores epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y analíticos de los pacientes con bacteriemia en un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico sobre una serie de 100 pacientes con bacteriemia entre el 1 de abril de 2023 y el 1 de abril de 2024 en el Hospital General Universitario Reina Sofía. Se realizó un análisis estadístico univariante de los factores microbiológicos y clínicos asociados con el programa IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS:

De los pacientes incluidos, un 59% (59/100) fueron hombres, con una edad media media de 76.32 años. El 48% de los pacientes presentaron una estancia hospitalaria prolongada, (≥ 12 días). Los microorganismos más frecuentemente identificados fueron Escherichia coli con 36 casos (36%), Klebsiella pneumoniae con 14 casos (14%), Staphylococcus aureus con 10 casos (10%), Streptococcus pneumoniae y Enterococcus faecalis con 6 casos respectivamente. Estos cinco microrganismos supusieron el 72% de todas las bacteriemias. Sólo hubo 8 casos (8%) de microorganismo multirresistentes (5 de E. coli productor de betalactamsas de espectro extendido y 3 de S. aureus resistente a meticilina). Respecto al foco, el 63% fueron de foco urinario, el 12% respiratorio, el 6% biliar, el 8% piel y partes blandas, el 5% de origen desconocido, el 4% de origen catéter, el 1% de foco odontógeno y el 1% de origen intraabdominal. El 17% de las bacteriemias (17/100) estuvieron relacionadas con la asistencia sanitaria (16 de origen nosocomial y 1 de origen en residencia). El 38% de los casos cumplieron criterios de sepsis, de los cuales sólo 3 casos fueron por gérmenes multirresistentes. La mortalidad durante el ingreso fue del 14% y la tasa de reingreso a los dos meses fue del 20%. Hubo recomendación PROA en el 24% de los pacientes. El 65% de los pacientes mostraron una elevación de procalcitonina (> 0.5 ng/ml). El 18% de pacientes mostraron leucopenia (< 7000 uL), de los cuales un 27,77% fallecieron durante el ingreso (5/18), respecto a un 10,9% de fallecimientos en los pacientes sin leucopenia.

DISCUSIÓN:

Tras analizar los datos, objetivamos que las bacteriemias se presentan en pacientes de edad avanzada con ingreso prolongado y presentan una tasa de reingreso destacable. Son debidas principalmente a cinco micrroorganismos, con foco urinario como organ más frecuente. Destacar que sólo hubo una bacteriemia de origen intraabdominal. Además, la leucopenia se asocia a una mortalidad intrahospitalaria mayor, como era esperable. La presencia de bacteriemia se asocia a una tasa



de reingreso elevada, al igual que en otras series. El gran número recomendaciones PROA alerta sobre la calidad mejorable de la prescripción en estos pacientes.

CONCLUSIONES:

- Las bacteriemias se asocian a pacientes de edad avanzada, con ingreso prolongado.
- Los microorganismos más frecuentemente implicados son *E. coli*, *K. pneumoniae* y *S. aureus*.
- La presencia de multirresistencia no se asocia a una prevalencia mayor de sepsis.
- La presencia de bacteriemia se asocia a una tasa de reingreso elevada (20%).
- La presencia de leucopenia se asocia a una tasa de mortalidad superior respecto a los pacientes sin esta condición.
- Un programa de bacteriemias es necesario para mejorar la calidad de la prescripción en estos casos pacientes.

10 COMUNICACIÓN

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL VIH.

Pérez López, J.D.; Bruno Pérez, T.; Caja Matas, Y.; Martínez García, F.; Albaladejo Bermejo, T.; Dumitru Dumitru, T.; Garrigós Gómez, F.

Hospital Universitario Santa Lucía-Santa María del Rosell de Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La tasa de diagnóstico tardío en la región de Murcia (51,3%) es superior a la media nacional (aproximadamente 45%). El objetivo principal es detectar y caracterizar las oportunidades perdidas para el diagnóstico precoz de VIH en nuestra área de referencia durante el período de 2021 a 2023.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y monocéntrico. La recogida de datos se basó en la información de la cohorte CORIS, en la que figuran pacientes adultos con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo, seleccionando aquellos con diagnóstico tardío, entendiendo como tal un recuento de CD4 inferior a 350 células en el momento del diagnóstico. Se definió oportunidad perdida como cualquier interacción con el sistema de atención médica durante la cual un individuo con factores de riesgo o síntomas indicativos de VIH no se somete a pruebas de diagnóstico para el virus. Se reclutaron las oportunidades perdidas durante los 5 años previos al diagnóstico.

RESULTADOS:

En nuestra área de referencia, entre el año 2021 y 2023 se detectaron 46 nuevos casos de VIH, de los cuales 23 (50%) supusieron un diagnóstico tardío. Dentro de esta categoría, 11 de ellos presentaron más de 200 CD4 y

12 menos de 200 CD4. La mediana de edad fue de 39 años, 21 de ellos (91.3%) eran hombres y 7 (30.4%) extranjeros. La vía de transmisión más frecuente fue la vía sexual, donde 16 pacientes (69.6%) contrajeron la enfermedad, en concreto 13 de ellos (56.5%) eran HSH. La media de carga viral al diagnóstico fue de 194.000 copias, 203 CD4, cociente CD4/CD8 de 0.2 y tan sólo 4 de ellos (17.4%) tenían una serología previa. En mencionado periodo de tiempo, se observaron 28 oportunidades perdidas para el diagnóstico, distribuidas en 13 (61.9%) pacientes. De las 28 oportunidades perdidas, 12 fueron en el servicio de Urgencias, 10 en Atención Primaria y 6 en consultas externas. 16 de éstas (57.14%) tuvieron lugar en los pacientes severamente inmunodeprimidos al diagnóstico (menos de 200 CD4), produciéndose 7 en Urgencias, 7 en Atención Primaria, así como 5 en consultas externas. Del total de oportunidades, 24 (85.7%) se relacionaron con procesos asociados a alta prevalencia de VIH, tales como el síndrome mononucleoso (6 oportunidades en 4 pacientes), dermatitis seborreica o exantema (4 oportunidades en 3 pacientes), ETS varias (3 oportunidades en 3 pacientes), fiebre sin causa aparente (2 oportunidades en 1 paciente), VHC (5 oportunidades en 1 paciente), herpes zóster (2 oportunidades en 2 pacientes), trombopenia (2 oportunidades en 2 pacientes), mientras que las otras 4 (14.3%) estuvieron relacionadas con eventos probablemente asociados, como fueron la pérdida de peso no explicada (3 oportunidades en 3 pacientes) y la candidiasis oral sin toma de antibióticos (1 oportunidad en 1 paciente).

DISCUSIÓN:

Resultados similares muestra otros estudios, como la investigación llevada a cabo en el entorno hospitalario del hospital de Gran Canaria, donde se demostró un 40% de diagnósticos tardíos, de los cuales un 42.8% de pacientes tuvieron oportunidades perdidas, durante los 3 años previos, entre el año 2015 y el año 2021, especialmente en el servicio de Urgencias (54.7%).

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de VIH tardío en el área II de la región de Murcia es muy elevado (50%) y se pierden muchas oportunidades (28) para hacer un diagnóstico más precoz, especialmente en Urgencias (12) y en los pacientes severamente inmunodeprimidos al diagnóstico (16). La principal condición indicadora fue el síndrome mononucleoso.

11 COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE LA ESQUISTOSOMIASIS EN LA REGIÓN DE MURCIA

López García, M.S.(3); García Vázquez, E.(1, 3, 4); Iborra, A.(2, 3, 4).

(1)Unidad de Enfermedades Infecciosas y (2)Servicio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca. (3)Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. (4)IMIB.



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La esquistosomiasis es la enfermedad parasitaria con mayor impacto en cuanto a morbimortalidad global después de la malaria. El 90% de casos se dan en países de África Subsahariana y, aunque en Europa tradicionalmente se ha considerado una enfermedad importada, en los últimos años se han diagnosticado casos de transmisión autóctona en Francia y España (Almería). Por ello, el objetivo principal del estudio es realizar una aproximación a la presencia real y al abordaje clínico de los pacientes con esquistosomiasis en la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los casos con diagnóstico serológico de esquistosomiasis en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) entre 2018 y 2022, de los que se recoge y analiza información sobre variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas.

RESULTADOS:

Se han detectado 87 casos de esquistosomiasis importados principalmente de África Subsahariana y Bolivia. La mayoría han sido diagnosticados por la Unidad de Medicina Tropical del HCUVA y presentan signos, síntomas y hallazgos analíticos inespecíficos, especialmente dolor abdominal, hematuria y eosinofilia. Aquellos en los que se ha prescrito tratamiento específico, este ha consistido en praziquantel vía oral, por lo general en un ciclo único. En un porcentaje destacable de pacientes (hasta 89,7% según la variable) se aprecia una falta de datos en la historia clínica electrónica sobre variables epidemiológicas y clínicas.

DISCUSIÓN:

A penas hay información sobre la prevalencia de esquistosomiasis en Europa, pero algunos autores defienden la hipótesis de que está infradiagnosticada en España y los resultados de este trabajo la apoyan. La proporción de casos procedentes de África Subsahariana (33,8%) es menor de la que cabe esperar al contrastar la literatura científica con los datos poblacionales de la Región de Murcia. En contrapartida, destacan los casos procedentes de Bolivia (31,1%), dato sesgado por el estudio de la enfermedad de Chagas en nuestro centro. El diagnóstico lo realizan unidades especializadas en infecciones parasitarias al no estar disponibles las serologías en Atención Primaria ni existir un programa de cribado en la Región de Murcia. Esto dificulta el diagnóstico precoz, lo cual se refleja en que menos del 25% de los pacientes estudiados obtuvieron el diagnóstico serológico antes de 1 año tras la primera estancia con riesgo de infección conocida. El estudio también concuerda con la escasa sensibilidad de los métodos diagnósticos de certeza disponibles, habiéndose conseguido visualizar huevos de Schistosoma spp. en un solo paciente. Sin embargo, no se sigue

la recomendación del documento de consenso en Atención Primaria de realizar ecografía sistemáticamente a los pacientes procedentes de zonas endémicas con serología positiva. La mayoría de pacientes recibió un solo ciclo de praziquantel en menos de 2 meses tras el diagnóstico serológico de acuerdo con las recomendaciones actuales, aunque estas también contemplan dar un segundo ciclo 1-2 meses después en los casos agudos, si no hay mejoría significativa con el primer ciclo, en pacientes inmunodeprimidos o en reinfecciones. La adherencia y el seguimiento, en cambio, quedan escasamente registrados en las historias clínicas.

CONCLUSIONES:

La esquistosomiasis es una enfermedad importada con tendencia al alza en la Región de Murcia. Su presentación clínica coincide con la descrita en la literatura científica y su manejo es, por lo general, el recomendado en los documentos de consenso. Existe una gran oportunidad de mejora en cuanto a la calidad de recogida de datos en las historias clínicas y para el desarrollo de un programa de cribado de esquistosomiasis acorde a lo recomendado en los últimos documentos de consenso.

12 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN FUNCIÓN DE LOS INDICADORES DE ALERTA EMITIDOS POR EL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Lorente Navarro, L.; Gambín Arróniz, M.; Egea Pérez, N.; Ruzafa Martínez, C.; Franco Maseres, C.; García Flores, J.; Albaracín Edo, J.M.; Valero Ciuentes, S.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los antibióticos siguen salvando vidas a día de hoy y son de los fármacos que más se prescriben en pacientes hospitalizados. Sin embargo, la resistencia a antimicrobianos es una amenaza creciente para la Salud Pública, por lo que es nuestra responsabilidad el usarlos racionalmente. El objetivo es analizar el grado de adherencia a las recomendaciones del PROA (Programa de Optimización de Antimicrobianos) de los distintos servicios del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico sobre una serie de 12269 pacientes ingresados en distintos servicios del hospital Reina Sofía entre marzo del 2023 y marzo de 2024. El análisis se realizó con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0

RESULTADOS:

Se excluyeron los servicios en los que la prescripción de antibióticos no está sujeta a los mismos criterios



de vigilancia, como son el servicio de Infecciosas, Reanimación y UCI. Los servicios incluidos se dividen en 3 grupos: En el grupo 1 se incluyeron Medicina Interna y la UCE, en el grupo 2 se incluyeron el resto de especialidades médicas (Cardiología, Endocrinología, Reumatología, Neumología, Neurología, Nefrología, Aparato Digestivo). El grupo 3 estaba constituido por los servicios quirúrgicos.

De los 12269 pacientes, 3643 estaban ingresados en el grupo 1, 4142 en el grupo 2, y 4474 en el grupo 3. En el grupo 1 el 673,3% de los pacientes recibieron antibiótico, en el grupo 2 un 35,6% y en el grupo 3 un 49,5%. En cuanto al uso de antibióticos, se usó amplio espectro durante más de 3 días en un 23,8% en el grupo 1, en un 18,1% en el grupo 2 y en un 19,1% en el grupo 3. Se sobrepasaron los 10 días de tratamiento en un 19%, 18% y 17,8% respectivamente. De manera similar, los tres grupos obtuvieron cifras muy parecidas en el retraso de la implementación de la terapia secuencial; 16,3% en el grupo 1, 17,5% en el grupo 2 y 19,1% en el grupo 3. Por último, casi en la mitad de los casos en los 3 servicios se manejó la terapia antimicrobiana con el visto bueno del PROA. Es de destacar que la recomendación más frecuente efectuada por el PROA fue la de suspender antibioterapia por no estar indicada.

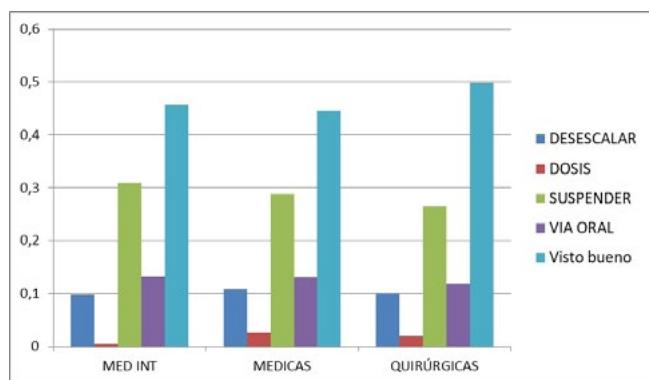
DISCUSIÓN:

A la luz de los resultados obtenidos, no se aprecian grandes diferencias en cuanto a la adecuación del tratamiento antibiótico en los servicios médicos y quirúrgicos analizados. El aviso que con más frecuencia se notificó por parte del PROA fue el de suspender una terapia antibiótica, por lo que es preciso revisar cuidadosamente la indicación del mismo antes de iniciar un antibiótico en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES:

Es necesario seguir implementando recomendaciones PROA y ceñirnos a ellas.

Debemos revisar cuidadosamente la indicación de la terapia antimicrobiana pues es el aviso que más frecuentemente realiza el PROA.



13 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CARACTÉRISTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNÓSTICADOS DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HGURS ENTRE 2022-2023

Albaracín Edo, J.M.; Franco Maseres, C.; García Flores, J.; Lorente Navarro, L.; Ruzaña Martínez, C.; Tallón Hernández, M.; Rodríguez Alcaraz, M.; Gambín Arróniz, M.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las bacterias del género Clostridioides difficile (CD) son bacilos GRAM + anaerobios, formadoras de esporas y productoras de toxinas que causan colitis aguda, en distintos grados de gravedad. Son una de las infecciones más comunes asociadas a la atención sanitaria y una causa significativa de morbimortalidad, especialmente en pacientes mayores, pluripatológicos hospitalizados. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la incidencia de casos de infección por CD en nuestro hospital durante los años 2022-2023, la magnitud de la infección, y describir las características de los pacientes afectados estudiando la presencia de factores de riesgo para adquirir esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico sobre una serie de 109 pacientes con diagnóstico microbiológico confirmado mediante antígeno y toxina de CD entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023 en el Hospital General Universitario Reina Sofía. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics. Se realizó un análisis estadístico (SPSS 26.0) univariante de los factores demográficos y clínicos asociados.

RESULTADOS:

Se diagnosticaron un total de 109 infecciones por CD, de las cuales fueron clasificadas (según los criterios de clasificación de las guías IDSA/SHEA 2021) como “grave-complicada” el 10.1% (11/109) de los pacientes, como “grave” el 31.2% (34/109) y como “no grave” el 58.7% (64/109). Solamente el 3.7% (4/109) murieron a causa de la infección. La media de edad de los pacientes diagnosticados fue 73.3 con una mediana de 78 y moda de 86. En cuanto al sexo, el 70.6% (77/109) eran mujeres y el 29.4% (32/109) hombres. El 41.3% (45/109) de los pacientes requirieron una hospitalización prolongada (establecida como más 15 días). El 76.1% (83/109) habían tomado un tratamiento antibiótico (ATB) los días o semanas previos a la infección, siendo los Beta-lactámicos el grupo más consumido (73.5%). Por último, también se apreció una relación entre el diagnóstico de la infección por CD y el consumo de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs), ya



que consumían estos fármacos el 80.7% (88/109) de los pacientes, la mayoría de forma crónica, y solo en unos pocos se inició durante la hospitalización previo a la infección.

DISCUSIÓN:

Nuestros resultados sugieren, coincidiendo con lo descrito en la literatura, que la edad más avanzada, la elevada comorbilidad, así como el tratamiento previo con antibióticos de amplio espectro (sobre todo Beta-lactámicos), podrían ser factores de riesgo importantes para la adquisición de esta enfermedad. En nuestro corte de pacientes, afortunadamente más de la mitad fueron infecciones no graves, y dentro de las de mayor gravedad la mortalidad fue muy reducida. Por último, comentar la elevada prevalencia del consumo de IBPs en los pacientes infectados, si bien no podemos descartar como factor de confusión el elevado número de prescripciones de estos fármacos en pacientes de edad avanzada, en nuestra opinión no deja de ser un dato más que relevante.

CONCLUSIONES:

La infección por CD supone un problema importante de salud pública en la sociedad. Este trabajo refuerza el hecho de que debemos tener precaución con la prescripción descontrolada y/o no indicada de ATB, haciendo un uso responsable y seguro de los mismos para evitar nuevos diagnósticos evitables de esta enfermedad, especialmente en paciente de edad avanzada o con elevado índice de comorbilidad.

14 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA VALORADOS POR LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Egea Pérez, N.; Tallón Hernández, M.; Gambín Arróniz, M.; Franco Maseres, C.; García Flores, J.; Alcaraz Rodríguez, M.; Ruzafa Martínez, C.; Albarracín Edo, J.M.

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fractura de cadera es un evento clínico significativo que afecta a una población mayormente geriátrica, con un marcado impacto en la calidad de vida y la funcionalidad. Se recopilaron datos cruciales sobre factores de riesgo cardiovascular (FRCV), complicaciones postoperatorias, así como tasas de hospitalización, reingreso y mortalidad a los seis meses, con el objetivo de conocer las características de la población que más frecuentemente padece estas patologías con el fin de establecer estrategias dirigidas a la mejora del manejo de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS). Se incluyeron aquellos casos con diagnóstico de fractura de cadera, intervenidos y valorados por la Unidad de Corta Estancia (UCE), entre los meses de enero y junio de 2023. Los datos se obtuvieron del Servicio de Documentación Clínica del HGURS y de la historia clínica del paciente mediante el programa informático Selene®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Obtuvimos un total de 78 pacientes, de los cuales un 78.2% fueron mujeres, con una edad media de 83 años. Respecto a los principales FRCV, un 78.2% padecen hipertensión arterial (HTA), un 59% diabetes mellitus (DM) y un 50% dislipemia (DLP). En un 20.5% presentaban enfermedad renal crónica (ERC). En cuanto a la situación basal, un 44.9% presentaban deterioro cognitivo, destacando que en un 15.4% de los casos este dato no estaba recogido, con un índice de Barthel 77/100 de media. En un 67.9% de los casos, estos pacientes presentaban un déficit de vitamina D. Un 26.9% estaban en tratamiento con Calcio o Vitamina D, y únicamente un 5.1% con fármacos antirresortivos. El tiempo medio de hospitalización fue de 10 días de media, con un 51.3% de complicaciones durante el ingreso. En los siguientes 6 meses desde el ingreso, un 30.8% de los pacientes sufrieron un reingreso hospitalario y un 17.9% fallecieron. Respecto a las complicaciones, se han observado como más frecuentes el desarrollo de ileo paralítico, reagudización de su ERC e insuficiencia cardiaca descompensada.

DISCUSIÓN:

De los resultados descritos, cabe destacar que se trata de una población envejecida, con una predominancia significativa de mujeres. En cuanto a FRCV, la HTA es la condición más común, seguida de la DM y la DLP, siendo la ERC menos prevalente.

Llama la atención la gran proporción de pacientes con un déficit de vitamina D al ingreso y el escaso número de pacientes en tratamiento con calcio o vitamina D.

En cuanto a la situación basal, casi la mitad de los pacientes mostraban deterioro cognitivo, lo que puede influir en su manejo clínico y pronóstico. El índice de Barthel promedio fue de 77/100, indicando un grado variable de dependencia funcional en esta población.

Respecto a las complicaciones expuestas, estas pueden ser indicadores importantes de la complejidad clínica y la fragilidad de esta población, y señalan áreas de intervención prioritarias para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes.

CONCLUSIONES:

Estos hallazgos proporcionan una visión detallada de la complejidad clínica de esta población, destacando la



alta prevalencia de comorbilidades, que nos permiten plantear la necesidad de estrategias de manejo integral y seguimiento postoperatorio para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de esta población vulnerable.

15 COMUNICACIÓN

REGISTRO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA QUE DESARROLLAN INMUNOTOXICIDAD, ESQUEMAS TERAPÉUTICOS APLICADOS Y SUS EFECTOS ADVERSOS.

Martínez Pérez, I.(1); García-Romero García, A.(2); García Porlán, B.(2); Sánchez Seller, E.(1); García Ruiz, I.(1); Martín Cascón, M.(3); Sánchez Cánovas, M.(4); Herranz Marín, M.T.(3).

(1) MIR Medicina Interna; (2) MIR Oncología; (3) FEA Medicina Interna; (4) FEA Oncología. Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La inmunoterapia (IT) es una estrategia efectiva en el tratamiento del cáncer, pero no está exenta de efectos adversos. La inmunotoxicidad (ITOX) puede comprometer la eficacia del tratamiento oncológico, supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Se han descrito diversos esquemas terapéuticos para abordar la ITOX, pero aún no se dispone de protocolos eficaces basados en la evidencia científica, ni se han evaluado los efectos adversos relacionados con altas dosis acumuladas de esteroides. El objetivo principal del estudio es describir las características clínicas, tratamientos y evolución de una serie de pacientes oncológicos tratados con IT que han desarrollado ITOX.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y ambispectivo, que incluye un registro retrospectivo, seguido de un registro prospectivo, de pacientes con cáncer tratados con IT que desarrollan ITOX. Por el momento, se han incluido pacientes con ITOX entre enero de 2010 y julio de 2023.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 65 pacientes tratados con IT (73.8% hombres). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (49.2%), dislipemia (36.9%), DM (24.6%) y hábito tabáquico (83.1%) y enólico (30.8%) en algún momento. En relación al tumor primario, se observó que la edad media al diagnóstico fue de 61.95 años, la localización más común el pulmón (52.3%) y el tipo histológico predominante el adenocarcinoma (35.4%). En cuanto a la IT, todos los pacientes presentaban un estadio tumoral $\geq III$ y un estado funcional ECOG ≤ 2 al inicio del tratamiento. El 60% recibió el tratamiento como primera línea de enfermedad metastásica y el 83.1% en monoterapia, siendo Pembrolizumab (46.2%) y Nivolumab (21.5%) los fármacos más usados. Los tí-

pos de ITOX más frecuentes fueron hepatitis (29.2%), neumonitis (26.2%) y enteritis (24.6%), requiriendo manejo hospitalario el 98.5% de casos, con una estancia media de 8.85 días. La pauta de tratamiento más frecuente fue el uso de pulsos de esteroides intravenosos (83.1%), seguido de dosis < 30 mg de prednisona con reducción gradual rápida. La pauta convencional de 1-2 mg/kg/día de esteroides se utilizó en 9.2% casos. En 9.2% se emplearon otros fármacos como Infliximab (7.7%) e Inmunoglobulinas Intravenosas (1.5%). Todas las altas se produjeron por mejoría y/o estabilización de la ITOX, aunque el 16.9% requirió reingreso por esta causa. Entre los pacientes tratados con esteroides, el tiempo medio con dosis ≥ 7.5 mg/día de prednisona fue de 42.55 días, y la suspensión se produjo en el 44.6% tras una media de 95.93 días de tratamiento. El 23.1% de pacientes presentaron efectos adversos atribuidos a esteroides, siendo los más comunes la ansiedad (12.3%), las infecciones (12.3%) y la hiperglucemias (10.8%). Por último, se registró un 58.5% de mortalidad, siendo el 5.2% atribuible a la ITOX y el 81.6% a la progresión de la enfermedad oncológica.

DISCUSIÓN:

La IT es un tratamiento frecuente, que puede originar ITOX, condicionando la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. El gold estándar de tratamiento son los esteroides, pero no se ha establecido una pauta estándar con dosis óptima, reducción gradual ni duración del tratamiento, pudiendo recibir una elevada dosis acumulada, lo que no está exento de efectos perjudiciales. Este estudio preliminar es meramente descriptivo, dejando la puerta abierta a futuros análisis para determinar el esquema terapéutico que demuestre mayor beneficio en términos de eficacia, seguridad, reducción de hospitalizaciones y supervivencia global.

CONCLUSIONES:

Puesto que la IT es un tratamiento frecuente con riesgo de ITOX en diferentes órganos, es fundamental el desarrollo de nueva evidencia científica para determinar el esquema terapéutico óptimo, así como un enfoque multidisciplinar.

16 COMUNICACIÓN

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CARBOXIMALTOSA FÉRRICA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) DEL ÁREA DE SALUD I

Herrera Marrero, M.T.; Boya de Vicente, A.; Bernal Peñaranda, P.; Fernández-Rufete Cerezo, A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El tratamiento con hierro intravenoso (i.v.) tiene como objetivo corregir el déficit de hierro (DH) y/o la anemia por déficit de hierro (ADH) o ferropénica que presenta intolerancia digestiva a las dosis necesarias por vía



oral; falta de respuesta a dosis correctas de hierro oral o sangrado crónico de volumen superior a reposición por vía oral.

Como principales objetivos se encuentran definir las características socio-demográficas de la población que necesita la administración de hierro carboximaltosa i.v. en el domicilio del paciente en el Área I de Salud de Murcia, comprobar su seguridad y exponer los efectos adversos obtenidos durante el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo observacional de pacientes ingresados en domicilio que requieren hierro carboximaltosa desde 2022 hasta marzo de 2024, un total de 55 pacientes (20 mujeres y 35 hombres) de edades entre 28 y 97 años.

RESULTADOS:

Se analizan las principales características sociodemográficas junto con los parámetros analíticos de relevancia.

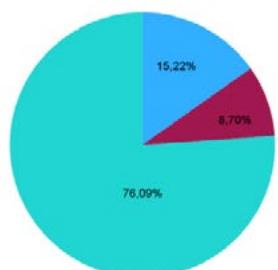
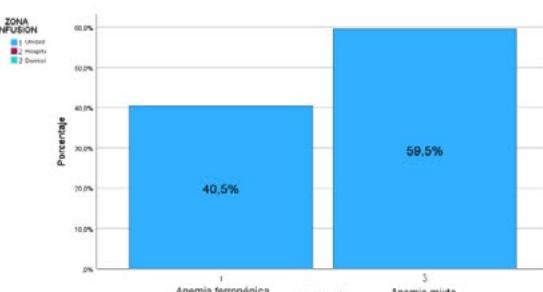
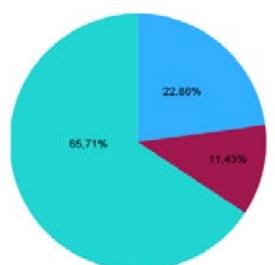
Como efecto secundario se registró 1 caso de urticaria y mialgias en la misma persona junto con extravasación del contenido, sin ser en ningún caso de gravedad.

DISCUSIÓN:

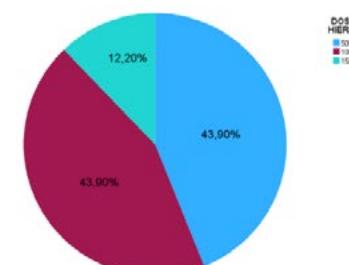
Con este descriptivo se sientan bases para establecer las características de los pacientes y definir las poblaciones que más se benefician de la terapia tratada para optimizar y dirigir esfuerzos a este respecto con seguridad suficiente.

CONCLUSIONES:

La administración intravenosa de hierro en nuestra UHD ha demostrado ser segura, sin importar la dosis, el sexo, la edad o la condición médica del paciente. Por lo tanto, se ha evidenciado como un tratamiento seguro y eficaz, con una relación beneficio-riesgo favorable, lo que justifica su inclusión en los servicios ofrecidos por las distintas UHD .



| EDAD (m, SD) años | 76,28 ± 16 |
|---------------------|-----------------|
| SEXO (hombres, %) | 63,64 |
| CHARLSON (m, SD) | 7,28 ± 2,68 |
| FERRITINA (ng/ml) | 312,70 ± 474,12 |
| HB (mg/dl) | 9,805 ± 1,86 |
| HIERRO (μg/dl) | 32,20 ± 14,016 |
| IST (%) | 11,358 ± 5,34 |
| PLURIPATOLÓGICO (n) | 30 (54,5%) |
| DEMENCIA(n) | 7 (12,7%) |



| | |
|-------------------------|------------|
| INSUFICIENCIA RENAL (n) | 18 (32,7%) |
| ONCOLÓGICO (n) | 8 (14%) |
| REACCIÓN ADVERSA (n) | 3 (5,45%) |
| MIALGIAS (n) | 1(1.81%) |
| GI (n) | 0 |
| EXTRAVASACIÓN (n) | 1(1.81%) |
| CEFALEA (n) | 0 |
| URTICARIA (n) | 1(1.81%) |



la Arrixaca. Todos los datos extraídos se incluyeron y analizaron utilizando herramientas que permiten estructurar la información y facilitar la identificación de las principales conclusiones, en este caso, los programas Excel Office versión 15.37.

RESULTADOS:

Se identificó un total de 6247 solicitudes, con un aumento del número de las mismas por año: un 18.70% en 2020, 23.95% en 2021, 27.13% en 2022, 30.24% en 2023. En cuanto al sexo, se objetiva una frecuencia de 1:1, con ligera tendencia hacia el sexo masculino (52.35% frente a 47.62% de mujeres). El grupo etario al que más peticiones se realizan es el grupo de 50 a 75 años (44.58%), seguido del grupo de 25-50 años (36.91%), sin apreciarse diferencias a lo largo de los años del estudio, aunque con cierta tendencia a aumentar el número de peticiones en pacientes con > 50 años. De todas las peticiones, presenta un resultado positivo un 10.16%, negativo 83.61%, negativo con anefilia 1.25% e indeterminado 4.98%. Desglosado por años presenta una ligera tendencia al aumento del porcentaje de casos positivos (9.81% en 2020 y 11.28% en 2023). El Servicio que más peticiones ha realizado ha sido Medicina Interna con un porcentaje de peticiones del 15.43%, teniendo un total de 10.48% de positivos. El segundo es de Digestivo con un 14.61% de peticiones, con un total de 7.89% de positivos. El tercer servicio con más peticiones corresponde a Nefrología con un 11.92% de peticiones, siendo el servicio con más positivos (13.56%).

DISCUSIÓN:

En general se puede observar un aumento del número de peticiones conforme pasan los años, al igual que un aumento de peticiones en cada servicio, esto puede deberse a nuevos protocolos de trasplantes, indicaciones de tratamientos biológicos y terapias inmunosupresoras. Aún así, haría falta realizar algún estudio para valorar el motivo del aumento de las peticiones. En cuanto a los resultados, hay una ligera tendencia al aumento con el paso de los años.

CONCLUSIONES:

Es necesarios revisar los protocolos en los distintos servicios para realizar solicitud de la prueba del quantifero.

Hay un aumento del número de peticiones con el paso de los años, así como del número de positivos.

La edad más frecuente en la que se realizan solicitudes es de 50 a 75 años, seguido del grupo de 25-50 años.

18 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTÉRISTICAS CLÍNICAS, MICROBIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA GRAVE EN EL AÑO 2020.

García Ruiz, I.; López Lechuga, M.C.; López Robles, J.; Ruiz Contreras, M.; Medina Serrano, C.; Martínez Pérez, I.; Sánchez Seller, E.; Alemán Belando, S.
Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La neutropenia es una complicación frecuente en los pacientes oncológicos debido, entre otras causas, al tratamiento que reciben. Estas representan un factor crítico en el desarrollo de infecciones bacterianas graves que requieren de un manejo multidisciplinar. Conocer las características de dichas infecciones es fundamental para mejorar su manejo terapéutico. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los pacientes oncológicos con neutropenia grave ingresados con infección bacteriana el año 2020.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal que recoge a los pacientes oncológicos ingresados en el HUMM durante 2020 con diagnóstico de infección bacteriana. Para cada caso se registraron variables clínicas, microbiológicas y pronósticas. El análisis se realizó en el subgrupo de pacientes con neutropenia grave (<500 células/mm³).

RESULTADOS:

Se incluyeron 281 pacientes, de los cuales 49 (17,4%) tenían neutropenia grave. La mediana de neutrófilos fue de 100 [0-300] células/mm³. Las características de la muestra se exponen en la Tabla 1. Los pacientes presentaban un ECOG 0-2 en el 98% con un estadio III-IV en el 71,4%. El foco infeccioso más frecuente fue el abdominal (32,7%), seguido de las infecciones sin foco (26,5%) y el respiratorio (20,4%). El microorganismo causal se identificó en el 16,3% de casos, con hemocultivos positivos en el 6,1%. No se aisló ningún microorganismo multirresistente. La mortalidad durante el ingreso fue del 2%.

DISCUSIÓN:

Los pacientes con neutropenia grave resultaron tener características distintas al resto destacando una menor edad, menos comorbilidades y un mejor estado funcional. La evolución favorable de estos pacientes a pesar de las cifras bajas de neutrófilos podría explicarse por su buena situación basal previa. El foco infeccioso más frecuente fue el abdominal, aunque con una baja tasa de identificaciones microbiológicas. Sería conveniente ampliar el tamaño muestral incluyendo además a pacientes con neoplasias hematológicas.

CONCLUSIONES:

Las infecciones bacterianas más frecuentes en pacientes oncológicos con neutropenia grave fueron abdominales. Los pacientes con neutropenia grave presentaron una mejor situación basal previa. La neutropenia grave no se ha asociado con una mayor mortalidad.



Tabla 1. Características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la población.

| Variable | Total (n = 281) | Neutropenia grave (n = 49) | Sin neutropenia grave (n = 232) | p |
|---|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------|
| Sexo (%) - hombre | 60,5 | 32,7 | 66,4 | <0,001 |
| Edad (RIC) - años | 64 [55 – 72] | 58 [46,5 – 66] | 66 [57 – 73] | <0,001 |
| Hipertensión arterial (%) | 46,6 | 44,9 | 47 | 0,79 |
| Diabetes mellitus (%) | 29,2 | 26,05 | 29,7 | 0,65 |
| Exposición a tabaco (%) | 69 | 61,2 | 70,7 | 0,19 |
| Enfermedad pulmonar crónica (%) | 14,6 | 31 | 12,7 | 0,008 |
| Enfermedad cerebrovascular (%) | 6 | 17,2 | 4,8 | 0,008 |
| Índice de Charlson (RIC) | 10 [5 – 11] | 6 [3 – 8] | 10 [7 – 12] | <0,001 |
| ECOG 0-2 (%) | 92,2 | 98 | 90,9 | <0,001 |
| Cáncer de mama (%) | 13,5 | 40,8 | 7,8 | |
| Cáncer de pulmón (%) | 25,6 | 34,7 | 23,7 | <0,001 |
| Otro tipo de cáncer (%) | 60,9 | 24,5 | 68,5 | |
| Foco infeccioso (%) | | | | |
| Abdominal | 31,3 | 32,7 | 31 | |
| Sin foco | 12,1 | 26,5 | 9,1 | |
| Respiratorio | 33,5 | 20,4 | 36,2 | 0,004 |
| Urinario | 13,5 | 6,1 | 15,1 | |
| Otros | 23,1 | 20,4 | 23,7 | |
| Quimioterapia (%) | 70,8 | 100 | 64,7 | <0,001 |
| Estancia hospitalaria (RIC) - días | 7 [4 – 11] | 5 [3 – 8] | 7 [5 – 11] | 0,09 |
| Ingreso en UCI (%) | 2,5 | 4,1 | 2,2 | 0,43 |
| Mortalidad en el ingreso (%) | 12,8 | 2 | 15,1 | 0,07 |

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. UCI: Unidad de cuidados intensivos.

19 COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATRÓN DE RESISTENCIAS A MACROLÍDOS Y QUINOLONAS Y TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN LAS INFECCIONES POR MYCOPLASMA GENITALIUM EN UNA UNIDAD DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Molina Valverde, S.(1); Castillo Navarro, A.M.(1); Albendín Iglesias, H.(1); Fernández López, M. Á.(1); Merlos Rodríguez, M.A.(1); Iborra Bendicho, M.A.(2); Moreno Docón, A.(2); Galera Peñaranda, C.(1)

1. Servicio Medicina Interna-Unidad de infecciones de transmisión sexual. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

2. Servicio Microbiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

ANTECEDES Y OBJETIVOS:

Mycoplasma genitalium es causa de uretritis, proctitis y cervicitis. Actualmente, no se recomienda la detección asintomática debido a la falta de conocimiento sobre su historia natural, al aumento de resistencias a Azitromicina (AZT) y Moxifloxacino (MOX) y com-

plejidad para el acceso a tratamientos eficaces. El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes con *M.genitalium*, el patrón de resistencias a antimicrobianos y tratamientos empleados en nuestro medio.

METODOLOGÍA:

Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) desde enero a diciembre de 2023, con diagnóstico de *M. genitalium* mediante técnica de amplificación de ácidos nucleicos con reacción en cadena de polimerasa (RCP) en orina, exudado uretral, rectal o cervical independientemente de que fueran o no sintomáticos. Se revisaron las historias clínicas, tratamiento, tiempo medio hasta la curación o negativización de la RCP.

RESULTADOS:

Se incluyeron 44 pacientes, 42 (95,4%) fueron hombres cis. El resto de características basales se recogen en la tabla 1. Del total de enfermos, 12 (27,3%) presentaron clínica, 9 (75%) uretritis aguda y 2 (16,7%) cervicitis y 1 (8,3%) proctitis. El resto fue un hallazgo casual tras cri-



bado asintomático, 27 (84,4%) RCP en exudado rectal y 5 (15,6%) en orina. El patrón de resistencias obtenido para cada infección fue: ausencia de resistencias en 15 (34%), resistencia a AZT en 13 (29,5%) y resistencia a AZT y MOX en 16 (36,5%). En cuanto al tratamiento de los casos sintomáticos, se llevó a cabo con doxiciclina seguido de AZT en 6 (50%) pacientes, 3 (25%) recibieron doxiciclina en monoterapia, 2 (16,7%) doxiciclina seguido de MOX y 1 (8,3%) doxiciclina seguido de pristinamicina. Se realizó test curación (RCP control) en 9 (75%) de los casos sintomáticos a los 3 meses, siendo el resultado negativo. Entre los asintomáticos, 18 (56,3%) pacientes no se realizaron ningún examen posterior, 9 (28,1%) fueron negativos a los 5,4 meses y 5 (15,6%) persistieron positivos a los 3,6 meses.

Se diagnosticó de forma concomitante otra ITS en 13 (29,5%) sujetos. Las más frecuentes fueron 5 *Neisseria gonorrhoeae* (faringe o recto), 4 lúes, 2 herpes genitales, 2 *Chlamydia trachomatis* (serovar L negativo) y 1 linfogranuloma venéreo rectal.

CONCLUSIONES:

La infección por *M. genitalium* en nuestra serie fue asintomática en más de la mitad de los casos, siendo frecuentes las resistencias a AZT o AZT y MOX. El tratamiento de los pacientes sintomáticos fue favorable, consiguiéndose la curación en el 75 % de ellos a los 3 meses. Disponer del patrón de resistencias a macrólidos y quinolonas es importante para mejorar la tasa de curación.

Tabla 1: Características de los pacientes.

| | N (%) = 44 |
|---------------------------------|------------|
| Género (mujeres cis) | 2 (4,5) |
| HSH | 37 (84) |
| Edad media (años) | 38 |
| Parejas/3 meses (media) | 8,5 |
| Pareja estable | 9 (20,4) |
| PVIH | 20 (45,4) |
| Recuento CD4 (media) entre PVIH | 753 (32) |
| Usuario PrEP | 16 (36,3) |
| Sexo transaccional | 2 (4,5) |
| Otra ITS (no VIH) | 13 (29,5) |

20 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MICROBIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNE EN EL AÑO 2020.

García Ruiz, I.; López Robles, J.; López Lechuga, M.C.; Ruiz Contreras, M.; Medina Serrano, C.; Martínez Pérez, I.; Sánchez Seller, E.; Alemán Belando, S.

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (HUMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los inhibidores del punto de control inmune (ICI) son cada vez más empleados en las enfermedades oncológicas. La inmunosupresión derivada tanto de la enfermedad como de sus tratamientos puede favorecer la aparición de infecciones bacterianas graves que requieran de un manejo especializado. Conocer las características de dichas infecciones es fundamental para optimizar el manejo de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los pacientes oncológicos en tratamiento con ICI ingresados con infección bacteriana el año 2020.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal que recoge a los pacientes oncológicos ingresados en el HUMM durante 2020 con diagnóstico de infección bacteriana. Para cada caso se registraron variables clínicas, microbiológicas y pronósticas. El análisis se realizó en el subgrupo de pacientes que recibían tratamiento con ICI.

RESULTADOS:

Se incluyó un total de 281 pacientes, de los cuales 29 (10,3%) recibían ICI. El 75,9% tomaba anti-PD-1, siendo Pembrolizumab el fármaco más usado (44,8%) y el 24,1% recibió quimioterapia de forma concomitante. Las características de la muestra se exponen en la Tabla 1. Los pacientes presentaban un ECOG 0-2 en el 96,6% con un estadio III-IV (100%). Los focos infecciosos más frecuentes fueron el respiratorio (58,6%), el abdominal (17,2%) y el urinario (13,8%) siendo la distribución de los focos distinta del grupo que no recibía ICI ($p=0,02$). El microorganismo causal se identificó en el 31% de casos, con un 10,3% de bacteriemias. Los bacilos Gram negativos constituyeron el 77,8% de aislamientos, de los cuales, ninguno fue multirresistente. La mortalidad fue del 10,3% durante el ingreso y del 13,8% a los 30 días.

DISCUSIÓN:

El uso de ICI en pacientes oncológicos está asociado a un perfil de infección bacteriana distinto, con implicaciones para su manejo clínico. Existen diferencias entre los pacientes que reciben ICI y los que no en cuanto a los focos de infección bacteriana. Los hallazgos podrían estar influidos por el perfil de paciente que toma estos fármacos más que por el propio ICI ya que también se detectaron diferencias en las comorbilidades, tratamientos oncológicos que reciben y tasas de neutropenia. No se detectaron multirresistencias en este subgrupo, pero sería conveniente repetir el estudio con mayor tamaño muestral.

CONCLUSIONES:

Las infecciones bacterianas más frecuentes en pacientes oncológicos en tratamiento con ICI son las respiratorias. Estos pacientes presentan unas comorbilidades particulares que les confieren más complejidad en el manejo clínico. La mortalidad en este grupo de pacientes es elevada.



Tabla 1. Características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la población.

| Variable | Total (n = 281) | ICI (n = 29) | Sin ICI (n = 252) | p |
|---|-----------------|---------------|-------------------|--------|
| Sexo (%) - hombre | 60,5 | 89,7 | 57,1 | 0,001 |
| Edad (RIC) - años | 64 [55 – 72] | 65 [59 – 74] | 63 [54 – 71] | 0,08 |
| Hipertensión arterial (%) | 46,6 | 41,4 | 47,2 | 0,55 |
| Diabetes mellitus (%) | 29,2 | 31 | 29 | 0,82 |
| Exposición a tabaco (%) | 69 | 89,7 | 66,7 | 0,01 |
| Exposición a alcohol (%) | 33,5 | 58,6 | 30,6 | 0,002 |
| Enfermedad pulmonar crónica (%) | 14,6 | 31 | 12,7 | 0,008 |
| Enfermedad cerebrovascular (%) | 6 | 17,2 | 4,8 | 0,008 |
| Índice de Charlson (RIC) | 10 [5 – 11] | 11 [9,5 – 12] | 9 [5 – 11] | 0,009 |
| Cáncer de pulmón (%) | 25,6 | 58,6 | 21,8 | <0,001 |
| Cáncer de mama (%) | 13,5 | 13,8 | 15,1 | |
| Cáncer del tracto digestivo (%) | 20,6 | 13,8 | 21,4 | |
| Otro tipo de cáncer (%) | 40,3 | 13,8 | 41,7 | |
| Foco infeccioso (%) | | | | |
| Respiratorio | 33,5 | 58,6 | 30,6 | 0,02 |
| Abdominal | 31,3 | 17,2 | 32,9 | |
| Urinario | 13,5 | 13,8 | 13,5 | |
| Otros | 21,7 | 10,4 | 23 | |
| Neutropenia < 500 cel/μL (%) | 17,4 | 0 | 19,4 | 0,01 |
| Quimioterapia (%) | 70,8 | 24,1 | 76,2 | <0,001 |
| Estancia hospitalaria (RIC) - días | 7 [4 – 11] | 9 [5 – 14] | 6 [4 – 10,7] | 0,7 |
| Ingreso en UCI (%) | 2,5 | 0 | 2,8 | 0,36 |
| Mortalidad en el ingreso (%) | 12,8 | 10,3 | 13,1 | 0,65 |

ICI: Inhibidor del punto de control inmune. ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. UCI: Unidad de cuidados intensivos.

21 COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN DE COMORBILIDADES Y TRATAMIENTO CRÓNICO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA Y SU RELACIÓN CON EL REINGRESO O FALLECIMIENTO: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO RETROSPPECTIVO.

Tallón Hernández, M.; Egea Pérez, N.; Franco Maseres, C.; Rodríguez Alcaraz, M.; Lorente Navarro, L.; Albarracín Edo, J.M.; García Flores, J.; Ruzafa Martínez, C.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

- Conocer la relación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM y DLP) y el reingreso o fallecimiento de los pacientes en un período de tiempo inferior a 6 meses.
- Evaluar la relación entre la presencia de enfermedad renal crónica y el reingreso o fallecimiento de los pacientes.

- Establecer si el tratamiento con Calcio y Vitamina D, así como el tratamiento antirresortivo, se relaciona con el reingreso o fallecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo con componentes analíticos que se realiza sobre pacientes intervenidos de fractura de cadera, durante el período comprendido entre enero y junio de 2023, y valorados junto con la Unidad de Apoyo a Servicios Quirúrgicos (Unidad de Corta Estancia) del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de Murcia. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente mediante el programa informático SELENE®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Durante el período comprendido entre enero y junio de 2023, fueron intervenidos y valorados por UCE un total de 74 pacientes, de los cuales 61 (82,4%) fueron mujeres y 13 (17,6%) varones. La edad media fue de 83 años ($DE \pm 6,69$). Respecto a los principales FRCV, 61 pacientes (82,4%) pa-



decen HTA, 28 (37,8%) padecen DM y 39 (52,7%) padecen DLP. Además, 16 pacientes (21,6%) presentaban ERC. 21 pacientes (28,3%) estaban en tratamiento con Calcio o Vitamina D, y únicamente 4 de ellos (5,4%) con fármacos antirresortivos. En los siguientes 6 meses desde el ingreso, 24 pacientes (32,4%) sufrieron un reingreso hospitalario y 14 pacientes (18,9%) fallecieron. Encontramos una relación estadísticamente significativa ($p<0.001$) entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM y DLP) y las variables de reingreso o fallecimiento en un período menor a 6 meses, de forma similar a lo que sucede entre la presencia de ERC y el reingreso o fallecimiento ($p<0.001$), así como entre el tratamiento con Calcio y Vitamina D o tratamiento antirresortivo y el reingreso o fallecimiento ($p<0.001$).

DISCUSIÓN:

La fractura de cadera es uno de los motivos de intervención quirúrgica más prevalentes en población geriátrica. De los resultados descritos, cabe destacar que se trata de una población de edad avanzada, con mayor incidencia de esta patología en mujeres. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, la HTA es la condición más común, seguida de la DM y la DLP, siendo la ERC menos prevalente. Llama la atención el escaso número de pacientes en tratamiento con suplementos de calcio o vitamina D, así como con tratamiento antirresortivo. Por último, destaca la importancia de actuar sobre los FRCV y las comorbilidades clínicas de esta población, así como en el manejo adecuado de estos, para disminuir la tasa de reingresos y/o fallecimientos en los pacientes intervenidos de fractura de cadera.

CONCLUSIONES:

Según los resultados de nuestro estudio, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y otras comorbilidades en los pacientes se relaciona con una mayor incidencia de reingresos y/o fallecimientos. El déficit en el manejo del tratamiento con Vitamina D y Calcio en estos pacientes, así como el tratamiento antirresortivo, se relaciona de igual forma con una mayor incidencia de reingresos y/o fallecimientos.

22 COMUNICACIÓN

CONCORDANCIA ENTRE UN MÉTODO VALIDADO PARA EL CRIBADO DEL RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN POR DISFAGIA COMPARADO CON LA VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PERSONAL SANITARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 70 AÑOS.

Sánchez Seller, E.(1); Sánchez Martínez, E. (1); Martínez Pérez, I.(1); García Ruiz, I.(1); Arjonilla Sanpedro, M.E.(2) ; Gambín Esteban, R.(3); Andreo Serrano, I.(3); Pinar Sánchez, J.(2).

(1) Médico Interno Residente de Medicina Interna (HUMM).

(2) Médico Facultativo Especialista de Endocrino (HUMM).

(3) Diplomada Universitaria en Enfermería (HUMM).

(4) Médico Facultativo Especialista en Medicina Interna (HMM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La disfagia es tanto una patología de etiología multifactorial, como un problema de seguridad por el riesgo de desnutrición y broncoaspiraciones. La seguridad del paciente es una competencia genérica del personal sanitario. Con este espíritu, en 2023 se promovió desde el Grupo de Disfagia del Hospital Morales Meseguer, un estudio para evaluar las posibles medidas a implementar y su rentabilidad, mediante un análisis Antes-Después, tipo Ciclo de Mejora. El presente texto corresponde al estudio preliminar para conocer, concienciar y evaluar la necesidad del cribado de la disfagia como medida dentro del protocolo, estableciendo los siguientes objetivos:

1. Establecer la concordancia entre el cuestionario EAT-10 y la valoración del personal asistencial para el cribado del riesgo de broncoaspiración en disfagia (Objetivo primario).
2. Describir el número de broncoaspiraciones por disfagia no detectadas por cada método y si las medidas preventivas de broncoaspiración estaban establecidas (objetivos secundarios).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio transversal. La probación seleccionada fueron pacientes ingresados en Medicina Interna, Neurología y en la Unidad de Cuidados Paliativos durante la primera semana de febrero de 2023. El tamaño muestral calculado fue 87 sujetos (C: 95% y ME: 5%). Se establecieron análisis intermedios por los que se podría detener la recogida de muestra si se determinaba concordancia estadísticamente significativa, respecto del objetivo primario ($p<0,05$).

RESULTADOS:

Se detuvo la inclusión de sujetos a la muestra, por hallazgo de significación estadística con una $N=46$. La edad media fue 80,1 (DE $\pm 8,4$). El número de hombres fue de 27 (58,7%) y el de mujeres 19 (41,3%) de EAT-10 determinó que 28 sujetos (60,9%) tenían riesgo de broncoaspiración por disfagia. Los auxiliares de enfermería detectaron 14 (30,4%) y los médicos 16 (34,8%) con una concordancia baja (IK 0,28; p 0,022 y IK 0,35; p 0,007 respectivamente). Enfermería detectó 20 sujetos (43,5%), con una concordancia moderada (IK 0,49; $p<0,001$). La valoración subjetiva combinada de todo el personal detectó 23 sujetos (50%) con una concordancia baja (IK 0,348; p 0,016). Respecto a las broncoaspiraciones en pacientes con disfagia se detectaron en 9 pacientes (19,9%); de los cuales, el riesgo de broncoaspiración fue detectado en todas las ocasiones por el EAT-10 (100%). El riesgo no fue detectado por el personal en 6 de ocasiones (67%) del total, sin poder establecerse relación causal de la broncoaspiración (Test de Fisher: 0,643 a dos colas). Se observó alguna medida de preventión en 34 de los 46 pacientes (72%). En 13 de ellos



(13%) no se registró ninguna medida establecida y en otros 13 (13%) sí se establecieron las tres medidas preventivas evaluadas (posición 45o, espesante y dieta pastosa).

DISCUSIÓN:

Acorde con la literatura publicada, los resultados del estudio sirvieron para establecer el EAT-10 como cribado para la detección del riesgo de broncoaspiración. Actualmente se encuentra incluido en el protocolo de ingreso para prevenir la broncoaspiración por disfagia en los pacientes del Hospital Morales Meseguer.

CONCLUSIONES:

- La concordancia establecida entre el cuestionario EAT-10 y la valoración del personal asistencial fue baja para el cribado del riesgo de broncoaspiración en disfagia.
- El EAT-10 detectó riesgo en todos los pacientes en los que se observó broncoaspiración, al contrario que la valoración subjetiva. La gran mayoría de paciente tenían establecidas medidas preventivas.

23 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ANTIBIOTERAPIA EMPLEADA ANTE UN PRIMER Y SEGUNDO EPISODIO DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE Y TASAS DE RECURRENCIA ASOCIADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE HGURS EN 2022 Y 2023.

Franco Maseres, C.; Albaracín Edo, J.M.; Rodríguez Alcaraz, M.; García Flores, J.; Gambín Arróniz, M.; Egea Pérez, N.; Tallón Hernández, M.; Llorente Navarro, L.

Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La infección por Clostridioides difficile (ICD) es la principal causa de diarrea infecciosa en pacientes hospitalizados, con una tasa de recurrencia tras un primer episodio tratado mediante el esquema clásico de tratamiento (vancomicina o metronidazol) entre 20% y 30%. El manejo terapéutico de esta infección ha cambiado en los últimos años, a raíz de la publicación de actualizaciones en dicho aspecto de guías europeas y americanas en 2021. Actualmente, se considera como tratamiento de elección fidaxomicina frente a vancomicina y metronidazol, por resultar superior en la prevención de recurrencias tras un primer episodio de ICD. El objetivo de este estudio es analizar el tratamiento antibiotic administrado y la tasa de recurrencia de los casos de ICD diagnosticados durante los años 2022 y 2023 en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS). Se incluyeron todos los casos con diagnóstico microbiológico realizado en heces de Clostridioides difficile entre los meses de enero de 2022 y diciembre de 2023. Los datos se obtuvieron del Servicio de Documentación Clínica del HGURS y de la historia clínica del paciente mediante el programa informático Selene®. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Obtuvimos un total de 109 casos de ICD diagnosticados mediante toxina positiva en heces. En el primer episodio, 92 pacientes (84.4%) se trataron con vancomicina vía oral, 8 (7.3%) con metronidazol, 3 (2.8%) con fidaxomicina y 6 (5.5%) con terapia doble con vancomicina y metronidazol. De los 109 pacientes estudiados, 16 (14.6%) presentaron una recurrencia en las ocho semanas siguientes a la finalización del tratamiento. Respecto a los pacientes que presentaron recurrencias, 15 (93.7%) de ellos habían sido tratados durante el primer episodio con vancomicina, y 1 (6.3%) con vancomicina y metronidazol en combinación, no presentando recurrencia los pacientes tratados durante el primer episodio con fidaxomicina o metronidazol en monoterapia. El tratamiento de elección en las recurrencias fue fidaxomicina (75%), seguido de vancomicina (25%).

DISCUSIÓN:

Con estos resultados observamos que el tratamiento elegido para tratar un primer episodio de ICD fue vancomicina oral en la gran mayoría de casos. Sin embargo, de acuerdo con las últimas recomendaciones, a día de hoy fidaxomicina se sitúa como el fármaco de primera elección en el tratamiento de esta infección, siendo probablemente su elevado coste frente al resto de antimicrobianos un factor limitante en su uso. En contraposición, para el manejo de las recurrencias, la vancomicina en monoterapia no obtuvo tanto peso, prefiriéndose en su lugar el uso de fidaxomicina, quedando relegado el tratamiento combinado que se utilizaba tradicionalmente con vancomicina y metronidazol. El mayor uso de fidaxomicina en estos casos se debe probablemente al gran número de casos tratados con vancomicina durante el primer episodio. Cabe destacar que en nuestra experiencia, las tasas de recurrencia fueron menores que aquellas descritas en la literatura consultada.

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos, fidaxomicina no es el fármaco de elección frente vancomicina en nuestro centro para el tratamiento de un primer episodio de ICD, que sería lo recomendable en base a las últimas guías, por su relación con una menor tasa de recurrencias, considerando su mayor coste un factor influyente en su menor uso.



24 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE TROMBOSIS ESPLÁCNICAS AGUDAS

Garrigós Gómez, F.; Dumitru Dumitru, T.; Albaladejo Bermejo, T.; Martínez García, F.; Caja Matas, Y.; Pérez López, J.D.; Campos Rodríguez, V.; Escrivano Viñas, P.

Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL), Cartagena

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La trombosis venosa esplácnica (TVE) es una forma específica de enfermedad tromboembólica venosa que abarca la trombosis de venas suprahepáticas, portal (TP), mesentérica (TVM) y esplénica (TVe). Se consideran atípicas debido a su menor incidencia comparada con la TVP y el TEP y son a menudo infradiagnosticadas debido a su curso asintomático o síntomas inespecíficos. La cirrosis hepática y el cáncer se encuentran entre las comorbilidades frecuentes. El objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar los factores de riesgo relacionados con la trombosis esplácnica y el pronóstico vital de los pacientes, considerando las posibles complicaciones ocurridas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que analiza una serie de casos de trombosis esplácnicas agudas en pacientes hospitalizados en nuestro centro entre noviembre de 2021 y enero de 2024. Se emplearon tablas de contingencia y pruebas de Chi-Cuadro para evaluar asociaciones entre comorbilidades al diagnóstico, tratamiento instaurado, complicaciones, resolución de la trombosis y mortalidad.

RESULTADOS:

Nuestra serie de casos se compone de 42 pacientes, diagnosticados un 45,2% de TP, un 19% de TP y TVM, un 14,3% de TP, TVM y eje esplenoportal, un 7,1% de TVM, un 4,8% de trombosis de venas suprahepáticas, otro 4,8% de TP y TVe y otro 4,8% de TP y de venas suprahepáticas. La mayoría (71,4%) fueron hombres, con una edad media de 63,9 años (DE 14,6). Un 95,2% presentó síntomas iniciales, siendo el más frecuente el dolor abdominal (71,4%) seguido de la intolerancia digestiva (52,4%), considerando la trombosis un hallazgo incidental en un 33,3% del total. Entre la comorbilidad asociada, la más prevalente fue la neoplasia sólida (38,1%, siendo el cáncer más frecuente el de páncreas con un 14,3% del total, seguido del hepatocarcinoma con un 9,5%) y la cirrosis hepática (26,2%). 6 pacientes (14,3%) presentaron una trombosis esplácnica a pesar de estar anticoagulados. La mayoría fueron tratados inicialmente con heparina de bajo peso molecular (HBPM) cada 12h (59,5%). Al alta la mayoría fueron tratados con acenocumarol (35,7%) o con un anticoagulante oral directo (16,7%); hasta un 28,6% no recibió tratamiento al alta (58,3% de ellos por alto riesgo

hemorrágico, 33,3% por inestabilidad hemodinámica y 8,3% por no presentar síntomas relacionados). Las complicaciones asociadas (hasta en un 28,6% del total) se clasificaron en hemorrágicas (91,7% de las complicaciones), embólicas (0 pacientes) y pileflebitis (8,3%). El 41,5% de pacientes falleció (58,8% de ellos durante ese ingreso y el resto en los primeros 6 meses tras el alta).

En cuanto a las asociaciones significativamente estadísticas ($p < 0,05$), encontramos: correlación entre neoplasia sólida y mortalidad, el tratamiento elegido a largo plazo y las complicaciones hemorrágicas (destacando un 33,33% de sangrado entre los que recibieron acenocumarol) y tratamiento a largo plazo y mortalidad (existiendo más mortalidad global entre el grupo de no tratados al alta, probablemente atribuible a la comorbilidad y no al hecho de no anticoagular). No encontramos asociación significativa entre el tiempo de anticoagulación y la resolución de la trombosis o la aparición de complicaciones hemorrágicas.

DISCUSIÓN:

En nuestra serie la mortalidad fue alta, al igual que en otras series, aunque atribuible más a la comorbilidad que al propio proceso trombótico. La asociación a neoplasias sólidas y cirrosis hepática es consistente con la literatura. Destaca el número significativo de pacientes (14,3%) que desarrollaron trombosis a pesar de estar anticoagulados, al igual que la no asociación entre tiempo de anticoagulación y resolución de la trombosis, lo que plantea interrogantes sobre la efectividad del manejo. La tasa de complicaciones hemorrágicas también fue similar a la de otras series, aunque convendría analizar la gravedad y comorbilidades para individualizar el tratamiento antitrombótico.

CONCLUSIONES:

1) Debido a su alta asociación, es importante descartar la hepatopatía o la neoplasia de órgano sólido tras el diagnóstico de este tipo de trombosis. 2) La elevada mortalidad se asocia más bien a la patología de base y no al proceso trombótico. 3) La presencia de un tamaño muestral tan pequeño no permite concluir otras diferencias significativas.

25 COMUNICACIÓN

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VHD EN PACIENTES VIH EN FUNCIÓN DE SU ESTADIO

Herrera Marrero, M.T.; Boya de Vicente, A.; Bernal Peñaranda, P.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los virus de la hepatitis B y D (VHB y VHD) son virus frecuentemente asociados con la infección de VIH debido a que comparten mismas vías de transmisión y en



comparación con la monoinfección por alguno de estos, la triple infección es bastante más agresiva. Varios estudios confirman que estas tres infecciones tienen gran prevalencia en todo el mundo, no obstante, la triple infección varía bastante entre regiones/países y en algunos casos podría estar infraestimada [1][2]. Así es que lo anteriormente expuesto evidencia la importancia de este tema para la Salud Pública. El objetivo de esta comunicación es dilucidar si existen diferencias en la prevalencia de infección por VHD en pacientes con VIH en estadios avanzados o tempranos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza un estudio descriptivo transversal. Partimos de un conjunto de 37 pacientes con infección por VIH y VHB simultáneamente en seguimiento por Medicina Interna desde 1990 hasta la actualidad. Las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de los participantes fueron analizadas de forma retrospectiva. Dividimos este grupo en 2 brazos de análisis en función de características analíticas (recuento CD4) y clínicas (infecciones y situaciones derivadas de la infección por VIH) definiendo así: Estadio temprano (A1, B1, A2, B2), un 40,5% vs Estadio avanzado (A3, B3, C1, C2, C3) un 59,5%. Para ello usamos como herramienta de análisis el SPSS. Nivel de significancia estadística establecido $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Aplicamos la prueba de chi-cuadrado y observamos una significación de 0.736 ($p > 0.05$), por lo que concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes VHB (+) con infección de VIH estadio avanzado vs pacientes VHB (+) grupo con VIH estadio temprano en cuanto a la seroprevalencia de coinfección por VHD.

DISCUSIÓN:

En este estudio hemos tratado de observar diferencias entre la prevalencia de VHD (triple infección) en diferentes estadios de VIH para sentar las bases de una posible asociación de su presencia a peor estadio de VIH. No obstante, el número limitado de la muestra analizada merma la potencia estadística y los datos no muestran diferencias significativas entre ambos grupos a este respecto. Además, sabido es que la prevalencia se altera en función de las características de la población (sexo, localización, etc), por lo que la procedencia de la muestra de una región acotada y desde el mismo servicio de atención médica ha podido artefactar el resultado que, a nivel global y según otros estudios parecería lógico.

CONCLUSIONES:

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de continuar estudios no solo descriptivos, sino analíticos en el futuro que permitan definir factores de confusión que permitan mejor abordaje a nivel individual y poblacional de estas infecciones.

26 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 14 CASOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE NEOPLASIA CEREBRAL

Tudela Quiñonero, L.; Pastor García, B.; Nieves Fernández, C.; Puche Palao, G.; Otálora Valderrama, S.; Guirado Torrecillas, L.; Hernández Molina, A.; García Méndez, M.

Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) representan del 1.5-2% de todas las neoplasias con una mortalidad global en torno al 3%. Una de las complicaciones más frecuentes en estos pacientes es la enfermedad tromboembólica venosa (ETV), que incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como el embolismo pulmonar (EP). Además, el tratamiento quirúrgico puede aumentar el riesgo de ETV, siendo éste máximo a las 6 semanas tras la cirugía. De esta manera, se trata de un problema sanitario importante que origina una elevada morbilidad.

El objetivo de este trabajo es analizar las características y el manejo de la ETEV tras la realización de una intervención neuroquirúrgica en pacientes con neoplasia cerebral.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de una serie de 14 pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en el periodo de Enero de 2008 a Diciembre de 2023. Análisis estadístico realizado con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Se recogieron un total de 14 pacientes con ETV tras intervención quirúrgica por neoplasia cerebral. Un 64.3% eran hombres (9/14), frente a un 35.8% que eran mujeres (5/14) con una edad media de 62 años. De todos los episodios de ETEV, un 50% (7/14) de los casos se correspondieron con EP, mientras que el otro 50% (7/14) se trato de TVP, presentando dos pacientes de forma concomitante episodio de TVP y TEP. Como antecedentes, un 21.4% (3/14) habían presentado un episodio de ETV previo. Como factores asociados encontramos que un 14.3% (2/14) tenía algún tipo de trombofilia (2/14). Hasta un 14.3% (2/14) de los pacientes precisó la colocación de un filtro de vena cava inferior. Todos los pacientes recibieron Heparina de bajo peso molecular (HBPM) en el momento agudo, y en la fase a largo plazo el 71.4% (10/14) continuó con HBPM, frente al 14.3% (2/14) que continuó con ACODs y un paciente continuó con antivitamina K. La duración del tratamiento anticoagulante se extendió entre 3 y 6 meses, permaneciendo actualmente 2 pacientes con anticoagulación permanente, uno de ellos por inmovilización



permanente y otro de ellos por continuar en el momento actual con neoplasia activa.

DISCUSIÓN:

La ETV tras una intervención quirúrgica supone un importante impacto tanto en la calidad de vida de los pacientes como en el consumo de recursos sociosanitarios. Actualmente, la incidencia de ETV tras neurocirugía neoclásica es del 70% para TVP y del 30% para EP. En nuestro estudio se puede observar que no existe diferencia en la tasa de episodios de TVP y de EP en pacientes neuroquirúrgicos. En cuanto al tratamiento, las guías clínicas actuales recomiendan iniciar anticoagulación en fase aguda, seguida de anticoagulación prolongada con el objetivo de evitar la recidiva, manteniendo la anticoagulación de 3 a 6 meses o de forma permanente mientras el tumor se mantenga activo o el paciente se encuentre recibiendo tratamiento quimioterápico. En nuestro estudio, todos los pacientes mantuvieron anticoagulación durante un mínimo de 3 meses, individualizándose el tratamiento posteriormente. Como anticoagulante de elección recomiendan en la fase aguda el empleo de HBPM. En nuestro estudio todos los pacientes iniciaron el tratamiento con HBPM.

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio no hubo diferencias entre los episodios de TVP frente a los de TEP en pacientes postquirúrgicos de neoplasia cerebral. En líneas generales, el manejo de la ETV en pacientes postquirúrgicos de neoplasia cerebral en cuanto a tipo de tratamiento y duración del mismo es similar al resto de neoplasias.

27 COMUNICACIÓN

ANÁLISIS DE LAS POSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO TARDIO.

Pérez López, J.D.; Caja Matas, Y.; Martínez García, F.; Albaladejo Bermejo, T.; Garrigós Gómez, F.; Guillen Martínez, S.; Bruno Pérez, T.

Hospital Universitario Santa Lucía-Santa María del Rosell de Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En la región de Murcia, la tasa de diagnóstico tardío de VIH es del 51,3%, superando la media nacional del 45%. Este estudio busca evaluar las ventajas del diagnóstico precoz a través de un cribado universal comparado con las estrategias convencionales basadas en indicaciones específicas para la prueba del VIH.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional retrospectivo y monocéntrico. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico tardío (<350 CD4 al diagnóstico) de la cohorte CoRIS local diagnosticados entre los años

2021 y 2023. Se examinaron los 5 años previos al diagnóstico y se recogieron tanto las oportunidades perdidas para el diagnóstico como las analíticas realizadas. Se describieron las variables numéricas mediante mediana y rango intercuartílico mientras que las categóricas mediante frecuencias y porcentaje. Se utilizó el programa SPSS V24 para el análisis estadístico. Se realizaron análisis de chi-cuadrado mediante el test de Fisher para las comparaciones entre variables categóricas. Finalmente se realizó un análisis de Kaplan-Meier para analizar del cribado universal frente al diagnóstico mediante estrategias convencionales.

RESULTADOS:

En nuestra área de referencia, entre el año 2021 y 2023 se detectaron 46 nuevos casos de VIH, de los cuales 24 (50%) supusieron un diagnóstico tardío. Dentro de esta categoría, la mediana de edad fue de 41 años, 21 hombres (91.3%) y 7 (30.4%) extranjeros. Del total, 11 pacientes estaban muy inmunodeprimidos (<200CD4). Al evaluar las estrategias de diagnóstico precoz, 20 pacientes (83,3%) se podrían haber beneficiado del cribado universal frente a 14 (58,3%) que podrían haber sido diagnosticados atendiendo a las indicaciones convencionales ($p=0,02$). Solo 6 pacientes (25%) se hubieran beneficiado del cribado y no de un diagnóstico precoz por otro motivo.

El análisis de supervivencia (Gráfico 1) no reveló diferencias significativas entre las dos estrategias, si bien la mediana de tiempo al diagnóstico desde el inicio del seguimiento fue de 2 años y 9 días en el grupo de cribado frente a los 2 años y 127 días en el grupo de análisis convencional ($\log-rank=0,37$).

DISCUSIÓN:

Nuestros resultados se ven limitados por la baja potencia del estudio dado el escaso número de pacientes reclutados. Si bien los datos sugieren un beneficio del cribado, los resultados del análisis de supervivencia no son estadísticamente significativos. Contemplado entre las recomendaciones del ministerio de sanidad desde 2014, el cribado universal VIH ha demostrado resultados de efectividades en zonas con prevalencias mayores al 0,1% con beneficios frente al cribado dirigido (González del Castillo J, et al., 2022).

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de VIH tardío en el área II de la región de Murcia es muy elevado (50%). Entre las posibles estrategias para realizar un diagnóstico precoz es difícilmente asumible un 58,3% de casos diagnosticados tarde pese a haber presentado una indicación previa. El cribado universal podría disminuir la tasa de VIH oculto en nuestra región y mejorar las tasas de diagnóstico tardío. Sin embargo, estudios prospectivos y con mayor potencia estadística son necesarios para demostrarlo.



28 COMUNICACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 5 CASOS DE TROMBOSIS DE LA VENA RENAL, FORMA DE PRESENTACIÓN Y ASOCIACIÓN CON DISTINTOS FACTORES DE RIESGO.

Pastor García, B.; Tudela Quiñonero, L.; Nieves Fernández, C.; Puche Palao, G.; Otálora Valderrama, S.; Guirado Torrecillas, L.; Hernández Molina, A.; García Méndez, M.

Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La trombosis de la vena renal es una condición poco frecuente en la que encontramos una tasa de presentación ampliamente variable entre los distintos centros. La caracterización adecuada del perfil de paciente con potencial riesgo de presentar dicha entidad puede ayudar a tener una sospecha clínica adecuada en estos.

El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes con trombosis de la vena renal en el área 1 de Salud de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de una serie de 5 pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedad Tromboembólica Venosa del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en el periodo de Mayo 2017 a Agosto 2022. Análisis estadístico realizado con el programa IBM SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS:

Se recogieron un total de 5 pacientes con trombosis de la vena renal. Un 60% eran hombres (3/5) y un 40% mujeres (2/5), siendo la media de edad de 49 años. Como factores de riesgo encontramos que un 40% (2/5) tenían un tumor renal, otro 40% sufrieron shock hipovolémico (2/5) y un 20% (1/5) padecía una nefropatía membranosa con síndrome nefrótico asociado. Como forma de presentación el dolor abdominal se observó en un 60% (3/5), la hematuria en otro 60% (3/5), mientras que uno de los pacientes se presentó en forma de dolor lumbar. Para llegar al diagnóstico se utilizó el TAC abdominal en un 60% (3/5), mientras que el otro 40% se realizó mediante ecografía (2/5). El 100% de los pacientes presentó alguna otra trombosis venosa asociada, siendo la más frecuente la de la vena cava inferior (3/5), seguida de las venas ováricas (2/5) y las venas del sistema venoso profundo de los miembros inferiores (2/5), encontrando un único caso con tromboembolismo de pulmón concomitante. La totalidad de los pacientes presentaba algún grado de insuficiencia renal aguda con cifras elevadas de creatinina al diagnóstico (>1.1 g/dL), normalizándose estas durante el seguimiento con el tratamiento antiocoagulante en un 60% (3/5), permaneciendo alteradas en el otro 40% (2/5). Ninguno de los pacientes presentó una recurrencia trombótica hasta el momento de este estudio.

DISCUSIÓN:

La trombosis de la vena renal es una entidad potencialmente grave que puede ser causa de infarto renal y enfermedad renal crónica. Clásicamente se ha asociado con factores de riesgo propios como las neoplasias, el síndrome nefrótico o la hipovolemia, esta última sobre todo en niños, y con otros comunes a la enfermedad tromboembólica general como la inmovilización o la cirugía. En nuestro estudio observamos como los resultados son concordantes con la literatura científica, resaltando la hipovolemia como factor de riesgo también en adultos. La forma de presentación es muy variable, pudiendo ser asintomática o asociarse con dolor abdominal y hematuria como síntomas más frecuentes, lo que queda también demostrado en los pacientes de este estudio. La trombosis de la vena cava inferior es la más frecuentemente asociada, sin embargo, tal y como observamos con los datos obtenidos con el presente trabajo, se debe prestar especial atención a los síntomas para realizar una adecuada búsqueda de otros vasos afectos. De nuestros pacientes únicamente dos presentaron un deterioro de la función renal mantenido a pesar de un adecuado tratamiento.

CONCLUSIONES:

Nuestro estudio muestra la escasa prevalencia de esta enfermedad, así como una alta tasa de concordancia entre nuestros datos y los aportados por la literatura científica. Sin embargo, también observamos algunas peculiaridades que demuestran la necesidad de mantener una alta sospecha de esta entidad en pacientes con potencial riesgo de padecerla de cara a evitar secuelas irreversibles a nivel renal.

29 COMUNICACIÓN

INFLAMACION Y SD MIELODISPLASICOS. NO TODO ES VEXAS.

Nieves, C.(1); Rocha, G.(1); Rodríguez, E.(1); Alarcón, C.(2); Molina, S.(1); Arostegui, J.(3), Poza, G. (1)
(1) Servicio de M. Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (2) Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. (3) Servicio de Inmunología Hospital Clinic Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La asociación entre sd mielodisplásicos (SMD) y enfermedades autoinmunes/inflamatorias han sido descritas desde hace tiempo, si bien la reciente descripción de Sd. Vexas ha planteado nuevos mecanismos patogénicos que expliquen estos cuadros. Describimos dos pacientes con sd mielodisplásicos y manifestaciones autoinflamatorias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión retrospectiva de los pacientes remitidos a M. Interna para valorar Sd. VEXAS

RESULTADOS:

Paciente 1: Varón de 64 años que presenta infiltrados pulmonares alveolares bilaterales (figura 1). Sin ante-



cedentes de interés y con alteraciones analíticas (tabla 1). Se realiza estudio con diagnóstico de neumonitis linfocitaria idiopática con respuesta a esteroides. Durante el seguimiento presenta lesiones cutáneas (fig 2) de Sd Sweet histiocitoide. El aspirado medular diagnostica SMD con vacuolas en serie eritroide y mielode. No se detecta mutación en gen UBA1. Debido a la dependencia de altas dosis de esteroides se inicia tratamiento con tocilizumab sin respuesta y posteriormente ruxolitinib con favorable respuesta inicial.

Paciente 2: Varón de 65 años con aftosis oral recurrente. Sin antecedentes médicos de interés con similares alteraciones analíticas(tabla 1) El aspirado medular era compatible con SMD destacando vacuolas en serie eritroide y granulopoyética presentando trisomía 8. Posteriormente presenta empeoramiento de aftosis, poliartralgias, artritis y nódulos cutáneos compatible con Sd Sweet histiocitoide precisando esteroides continuos. En estudio genético no presenta mutación en UBA 1. Se decide iniciar ruxolitinib .

DISCUSIÓN:

Presentamos dos pacientes que presentan manifestaciones inflamatorias (neumonitis, Sd, Sweet histiocitoide, Behcet- like) asociadas a SMD. El Sd Sweet histiocitoide es una manifestación inflamatoria frecuente en SMD y el Behcet like se suele asociar a trisomía 8.

A pesar de sospecha de VEXAS no tenían mutación en UBA1 si bien debido a similitud clínica y posiblemente patogénica la aproximación terapéutica ha sido similar. Es importante realizar diagnóstico genético en estos casos y es probable que futuros estudios aclaren los mecanismos fisiopatológicos para disponer tratamientos eficaces.

CONCLUSIONES:

Es necesario conocer la asociación entre manifestaciones inflamatorias y síndrome mielodisplásico y realizar estudio genético en todos los casos de sospecha de VEXAS. El manejo es complejo y debe ser interdisciplinario.

Tabla 1

| | Hb | VCM | Leucos | PIR | PCR | VSG | Femina |
|------------|------|-----|--------|--------|-----|-----|--------|
| Paciente 1 | 10.4 | 107 | 7800 | 110000 | 22 | 140 | 800 |
| Paciente 2 | 10 | 109 | 2800 | 128000 | 1.8 | 48 | 344 |



Figura 1



Figura 2



ÍNDICE DE AUTORES

A

- Albaladejo Bermejo, T. 9, 10, 16, 28, 30
Albarracín Edo, J.M. 10, 11, 15, 17, 18, 19, 25, 27
Albendín Iglesias, H. 23
Alcaraz Rodríguez, M. 19
Alemán Belando, S. 13, 22, 24
Andreo Serrano, I. 26
Arjonilla Sanpedro, M.E. 26

B

- Baumela Puertas, A. 21
Benítez Castillo, C. 21
Bernal Peñaranda, P. 20, 28
Boya de Vicente, A. 14, 20, 28
Bruno Pérez, T. 9, 16, 30

C

- Caja Matas, Y. 9, 10, 16, 28, 30
Campos Rodríguez, V. 28
Castillo Navarro, A.M. 23

D

- Dumitru Dumitru, T. 9, 10, 16, 28

E

- Egea Pérez, N. 10, 13, 15, 17, 19, 25, 27
Escribano Viñas, P. 28

F

- Fernández López, M. Á. 23
Fernández-Rufete Cerezo, A. 14, 20
Franco Maseres, C. 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 25, 27

G

- Galera Peñaranda, C. 23
Gambín Arróniz, M. 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 27
Gambín Esteban, R. 26
García Flores, J. 11, 13, 17, 18, 19, 25, 27
García Méndez, M. 29, 31
García Porlán, B. 20
García-Romero García, A. 20
García Ruiz, I. 13, 20, 22, 24, 26

- García Vázquez, E. 12, 16
Garrigós Gómez, F. 9, 16, 28, 30
Guillen Martínez, S. 30
Guirado Torrecillas, L. 29, 31

H

- Hernández Molina, A. 29, 31
Herranz Marín, M.T. 20
Herrera Marrero, M.T. 14, 20, 28

I

- Iborra, A. 16
Iborra Bendicho, M.A. 23

J

- Jiménez Arco, A. 21

L

- López García, M.S. 16
López Lechuga, M.C. 22, 24
López López, P. 13
López Robles, J. 22, 24
Lorente Navarro, L. 10, 11, 13, 15, 17, 18, 25, 27

M

- Marín Real, S. 12
Martín Cascón, M. 20
Martínez García, F. 9, 16, 28, 30
Martínez Pérez, I. 13, 20, 22, 24, 26
Mateo Lopez, A. 14
Medina Serrano, C. 13, 22, 24
Merlos Rodríguez, M.A. 23
Molina Valverde, S. 21, 23
Moreno Docón, A. 23

N

- Nieves Fernández, C. 29, 31

O

- Otalora Valderrama, S. 29, 31

P

- Pastor García, B. 29, 31
Peñaranda Bernal, P. 14, 21
Pérez López, J.D. 9, 10, 16, 28, 30
Pinar Sánchez, J. 26
Puche Palao, G. 29, 31

R

- Rocha deLossada, G. 21
Rodríguez Alcaraz, M. 10, 11, 13, 15, 18, 25, 27
Rodríguez Zarzo, E. 21
Roura Piloto, A.H. 12
Ruiz Contreras, M. 13, 22, 24
Ruzafa Martínez, C. 10, 11, 13, 17, 18, 19, 25
Ruzafa Martínez; C. 15

S

- Sánchez Cánovas, M. 20
Sánchez Martínez, E. 26
Sánchez Polo, M.T. 10
Sánchez Sánchez, J.M. 12
Sánchez Seller, E. 13, 20, 22, 24, 26
Saura, I. 12
Selvi Sabater, P. 12

T

- Tallón Hernández, M. 10, 11, 13, 18, 19, 25, 27
Tudela Quiñonero, L. 29, 31

V

- Valero Cifuentes, S. 15, 17
Vilaplana García, R. 10

Edita: Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

ISBN: 978-84-09-61938-2

ORGANIZA



www.somimur.org

X @somimurenred
#SOMIMURtuit



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE LA REGIÓN DE MURCIA



Lilly

AstraZeneca



VIATRIS

SECRETARÍA TÉCNICA

Gade Eventos, S.L.

Avda. Teniente Montesinos, nº8 – Torre A. 7^a planta, 30100, Murcia. Tf.: 968 969 340 – Fax: 968 964 635

www.gadeeventos.com / somimur@gadeeventos.es

Inscrita en el Registro de Actividades Turísticas OPC. MU. 017.

