

REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA TORÁCICA

Edición española

ISSN: 1889-7347



Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Volumen 32. Número 1. Año 2020

Comunicaciones

Índice de autores

46º Congreso de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur
(NEUMOSUR)

Granada, 26 al 28 de marzo de 2020



Junta Directiva de Neumosur, desde Marzo 2019

Presidente

Dr. Aurelio Arnedillo Muñoz.

Vicepresidente: Dr. Juan Fco. Medina Gallardo.

Relaciones

Institucionales: Dr. Francisco Casas Maldonado.

Secretario General: Dr. Eduardo Márquez Martín.

Tesorero: Dr. Jesús Sánchez Gómez.

Vocal Por Cirugía De Torax: Dr. Fernando Cózar Bernal.

Vocal Por Andalucía Occidental: Dra. Eva Vázquez Gandullo.

Vocal Por Andalucía Oriental: Dra. Alicia Padilla Galo.

Vocal Por Extremadura: Dr. Juan José Garrido Romero.

Vocal Por Médicos Jóvenes: Dra. Ana Fulgencio Delgado.

Director de la Revista

Aurelio Arnedillo Muñoz (Cádiz)

Adjunto a la Dirección

Carmen Calero Acuña (Sevilla)

Jefe de Redacción

Antonio Álvarez Kindelán (Córdoba)

Secretaría de Redacción

Rut Ayerbe García. (Huelva)

Comité de Redacción

Bernardino Alcázar Navarrete (Granada)

Virginia Almadana Pacheco (Sevilla)

Ricardo Arrabal Sánchez (Málaga)

Candelaria Caballero Erasó (Sevilla)

José Calvo Bonachera (Almería)

Adolfo Domenech del Río (Málaga)

Dionisio Espinosa Jiménez (Cádiz)

Nuria Feu Collado (Córdoba)

German García de Vinuesa Calvo (Mérida)

Bernabé Jurado Gámez (Córdoba)

Paula Moreno Casado (Córdoba)

Alicia Padilla Galo (Marbella)

Gerardo Pérez Chica (Jaén)

Consejo Editorial

Inmaculada Alfageme Michavila (Sevilla)

María del Sol Arenas de Larriva (Córdoba)

Manuel Arenas Gordillo (Sevilla)

Emilia Barrot Cortes (Sevilla)

Ana Isabel Blanco Orozco (Sevilla)

Alberto Beitztegui Sillero (Sevilla)

Carmen Carmona Bernal (Sevilla)

Luis Fdo. Cassini Gómez de Cádiz (Granada)

M.ª del Pilar Cejudo Ramos (Sevilla)

Manuel Cepero Valdés (La Habana-Cuba)

Pilar Cordero Montero (Badajoz)

Jaime Corral Peñafiel (Cáceres)

Francisco Javier Cosano Povedano (Córdoba)

Antonio Cueto Ladrón de Guevara (Granada)

Daniel del Castillo Otero (Jerez de la Frontera, Cádiz)

José Luis de la Cruz Ríos (Málaga)

Carlos Disdier Vicente (Cáceres)

Teresa Elías Hernández (Sevilla)

Victor M. Encinas Tobajas (Sevilla)

Luis Manuel Entrenas Costa (Córdoba)

Javier Fernández de Córdoba Gamero (Huelva)

José Fernández Guerra (Málaga)

Enrique García Martínez (Granada)

Rafael García Montesinos (Málaga)

Cayo J. García Polo (Cádiz)

Marcos García Rueda (Málaga)

Arturo Gómez González (México)

Lourdes Gómez Izquierdo (Sevilla)

Jesús Grávalos Guzmán (Huelva)

Jacinto Hernández Borge (Badajoz)

Fernando Hernández Utrera (Huelva)

Pilar Íñigo Naranjo (Badajoz)

Luis Jara Palomares (Sevilla)

Rafael Jiménez Merchán (Sevilla)

Rafael Lama Martínez (Córdoba)

Antonio León Jiménez (Cádiz)

José Luis López-Campos Bodineau (Sevilla)

Francisco Marín Sánchez (Málaga)

Francisca Lourdes Márquez Pérez (Badajoz)

Antonio Martín Ucar (Reino Unido)

Juan Fernando Masa Jiménez (Cáceres)

Juan Fco. Medina Gallardo (Sevilla)

Teodoro Montemayor Rubio (Sevilla)

Antonio Pereira Vega (Huelva)

Antonio M. Pérez Fernández (Badajoz)

Francisco Ortega Ruiz (Sevilla)

Remedios Otero Candelera (Sevilla)

Andrés Palomar Lever (México)

Elvira Pérez Escolano (Jerez de la Frontera)

Esther Quintana Gallego (Sevilla)

Florencio Quero Valenzuela (Granada)

Juan Antonio Riesco Miranda (Cáceres)

Ignacio Rodríguez Blanco (Badajoz)

Francisco Rodríguez Panadero (Sevilla)

José A. Rodríguez Portal (Sevilla)

Mª Auxiliadora Romero Falcón (Sevilla)

Ana Dolores Romero Ortiz (Granada)

Pedro José Romero Palacios (Granada)

Beatriz Romero Romero (Sevilla)

Fernando Romero Valero (Cádiz)

José Antonio Ruiz Navarrete (Viena)

Ángel Salvatierra Velázquez (Córdoba)

Mª Ángeles Sánchez Armengol (Sevilla)

Julio Sánchez de Cos Escuin (Cáceres)

Francisco Santos Luna (Córdoba)

Dolores Sebastián Gil (Málaga)

Agustín Sojo González (Cáceres)

J. Gregorio Soto Campos (Jerez de la Frontera)

José M. Vaquero Barrios (Córdoba)

Rosa Vázquez Oliva (Huelva)

Rosario Ysamat Marfá (Córdoba)

Redacción y administración

Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Secretaría Técnica

C/ Virgen de la Cinta, 21

Edificio Presidente B-2, 11º C. 41011 Sevilla

Tel.: 954 28 27 37 – Fax: 954 27 60 80

e-mail: neumosur@neumosur.net

<http://www.neumosur.net>

© Copyright 2020 Asociación de Neumología y

Cirugía Torácica del Sur

Reservados todos los derechos

Diseño maquetación: Editorial Bienza, SL.

Revista Española de Patología Torácica es el Órgano Oficial de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur.

Incluida en el Índice Médico Español.

Publicación trimestral, de difusión nacional, con cuatro números al año.

Foro que incluye artículos sobre ciencia básica y enfermedades médicas y quirúrgicas del tórax.

Revista Española de Patología Torácica se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la Medicina.

Todos los artículos se someten a crítica, por dos revisores, antes de su aceptación para publicación.

La Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la revista.

Título clave: Rev Esp Patol Torac

Depósito Legal. S. 872-2009

ISSN: 1889-7347



SUMARIO

Comunicaciones

Comunicaciones orales, pósters.....04

Índice de autores

Índice de autores..... 92



46º Congreso Neumosur, 26 al 28 de marzo de 2020

PERFIL DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA SEGÚN EL SERVICIO DE DERIVACIÓN

E. Sánchez Álvarez, N. Reina Marfil, A. Aguilar Gálvez, A. Martínez Mesa, E. Cabrera César, J.L. Velasco Garrido
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El diagnóstico de una enfermedad es un momento oportuno para cesar el hábito tabáquico ya que el pronóstico va a ser diferente entre los que continúan fumando frente a los que cesan su hábito tabáquico. El perfil del fumador es distinto, conociéndose que los pacientes EPOC presentan una mayor dependencia a la nicotina y una mayor dificultad para dejar de fumar, pero ¿son diferentes los pacientes con otras patologías? El objetivo de nuestro trabajo conocer la procedencia y las características, en función de patologías, de los pacientes que acuden a las consultas de deshabituación.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron a consultas de deshabituación tabáquica del hospital del Servicio de Neumología en los últimos 3 años de forma aleatoria. Los datos se recogen de la historia clínica informatizada del hospital. Se han registrado variables epidemiológicas, clínicas, y analíticas.

Resultados: Se han revisado un total de 232 pacientes derivados a las consultas de deshabituación tabáquica; con una media de edad de 56,2 años. Un 50% (116) son hombres y un 50% (116) mujeres. El servicio de derivación fue: Neumología 134 (57,7%), Cirugía vascular (CV) 35 (14,9%), personal del hospital 27 (11,8%), medicina interna 12 (5,1%) otros 24 (10,5%) La edad media de inicio a fumar es de 14,7 años en los de Neumología, med. interna y vascular siendo el personal sanitario el que se inicia más tarde a los 20,3: El número de cigarrillos más elevado es en los de CV, 29,3. La abstinencia más elevada la tienen los de neumología siendo a los 3 meses del 33,5% seguidos de los de med. Interna con un 27,8%. En Cirugía Vascular el 7% alcanza la abstinencia a los 3 meses. Un 80% ya había intentado en alguna

ocasión dejar de fumar. En el momento de la consulta, los pacientes fumaban una media de 24,55 cigarrillos/día. El 25,8% (60) pacientes tienen confirmado el diagnóstico de EPOC. Un total, el 32,8% dejó de fumar en la visita a los 15 días, manteniéndose en abstinencia el 72,2% de estos. Entre los que seguían fumando en la visita a las dos semanas (67,2% del total), el 25,45% consiguió abandonar el hábito tabáquico.

Conclusiones:

-El perfil de pacientes que acude a nuestra consulta presenta dependencia a la nicotina moderada, un número elevado de cigarrillos fumados, con una edad de inicio temprano e intentos previos por dejar de fumar.

-La especialidad que más deriva es el propio Servicio de Neumología, siguiéndole Cirugía Vascular y el personal sanitario.

-Se observa una menor edad de inicio, un consumo mayor y un menor abandono del hábito tabáquico en los pacientes con patología vascular, por lo que se deberían plantear actuaciones especiales en este grupo.

-Observamos que mantenerse sin fumar a los 15 días del día D es un factor predictor para mantenerse sin fumar a los 3 meses.

-Servicios como Cardiología con patología relacionada con el tabaco no derivan pacientes a nuestra unidad.

EFFECTO DE UNA ÚNICA CHARLA DE INTERVENCIÓN GRUPAL FRENTE AL TABAQUISMO ENTRE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL DE VALME DE SEVILLA

A.C. Reina González, N. Reyes Núñez, I. de la Cruz Morón, I. Alfageme Michavila, Z. Palacios Hidalgo
Servicio de Neumología. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: Valoración de la eficacia de una única charla grupal de sensibilización frente al tabaquismo en trabajadores de un hospital de especialidades.

Metodología: Se realizaron 9 charlas de sensibilización frente al tabaquismo consistentes

en facilitar información, y ofrecer ayuda para deshabituación tabáquica de una hora de duración, desde febrero a diciembre de 2012, para todo el personal sanitario y no sanitario fumadores del hospital de Valme de Sevilla. Se recogieron datos demográficos, estamento al que pertenecían, historia de tabaquismo, intentos previos de abandono, grado de motivación medido por el test de Richmond y de dependencia física medido por el test de Fargestrom. Posteriormente, se realizó seguimiento mediante revisión de historias clínicas, localización personal y telefónica en diciembre de 2018. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS. Las variables continuas se expresan como media \pm DS (mínimo-máximo) y las variables categóricas como número (%).

Resultados: Acudieron 54 personas, 48 mujeres, con edad media de 50 años \pm 6 (30 - 61) La distribución por categoría profesional era la siguiente: Enfermeras: 17 (31,5%), Auxiliares de enfermería 23 (42,6%), médico 1 (1,9%), personal no sanitario 13 (24%) Un 64,8% (35) habían tenido algún intento previo de abandono y el 60% de éstos no había utilizado terapia previamente. 41 de ellos (75,9%) estaban en fase de preparación. El grado de motivación era de $8,54 \pm 1,7$ (5 - 10) y la dependencia de $6,1 \pm 2,3$ (0 - 10) El consumo acumulado previo de tabaco era de 34,1 paquetes año \pm 14,9 (12 - 82) Precisaron tratamiento farmacológico con vareniclina 30 (55,6%), Bupropion 4 (7,4%), TSN 7 (13%), bupropion + TSN 1 (1,9%) y ningún tratamiento farmacológico en 12 (22,1%) Dejaron de fumar más de 12 meses 17 sujetos (31,5%) de estos 6 (35%) recayeron y a los 6 años 11 sujetos seguían sin fumar (64,7%) La evaluación y valoración subjetiva de la charla recibida, realizada 6 años después, en escala analógica del 1 - 10 fue de $8,6 \pm 1,1$ (7 - 10)

Conclusiones: La realización de una intervención única grupal de sensibilización frente al tabaquismo es eficaz para ayudar al abandono del hábito tabáquico. La implementación de charlas de ayuda para dejar de fumar de forma regular en los hospitales, debería llevarse a cabo.

MORTALIDAD DE LOS FUMADORES TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO

N. Reina Marfil, E. Cabrera César, A. Martínez Mesa, A. Aguilar Gómez, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El consumo de tabaco es una de las causas principales de empeoramiento de la mayoría de las enfermedades por las que los pacientes ingresan en neumología y más del 40% de las muertes relacionadas con el tabaco se deben a enfermedades pulmonares. El objetivo del trabajo ha sido analizar la mortalidad en fumadores que fueron hospitalizados y sus características.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes fumadores que habían ingresaron en 2017/2018, evaluando los fallecimientos en función de si continuaron con el hábito tabáquico tras el alta. Todos estos pacientes recibieron intervención avanzada durante su ingreso hospitalario asignándosele terapia sustitutiva con nicotina o vareniclina y siguiéndose en consulta. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

Resultados: Se analizaron 78 fumadores, 50 hombres (64%) La edad media era 54 años, con consumo medio de 25 cigarros al día. 43 recibieron parches (55%) y 35 champix (45%) 45 (58%) habían hechos intentos previos de abandono. Las cifras de abstinencia a los 15 días era 62 (79%), al mes 55 (71%), a los tres meses 47 (58%) A los 18 - 24 meses, sólo se pudo analizar el tabaquismo en 60 pacientes; 26 (43%) se mantenían sin fumar. Al alta habían continuado tratamiento farmacológico 26 a los 15 días (33%) y al mes 12 (15%) Se evaluó los fallecimientos a fecha noviembre/2019, que fue del 21% (16) De estos, 11 pacientes (69%) habían continuado fumando tras el alta, 3 se habían mantenido en abstinencia (19%) y 2 no tenían registrado datos sobre tabaquismo. Los fallecidos tenía una edad media de 61 años y los que seguían vivos, 51. El IPA era de 49 y 45 paquetes año respectivamente. Entre los fallecidos, el motivo de ingreso más frecuente fue cáncer (10 pacientes, 63%), seguido de agudización de EPOC (4 - 25%) Entre los que no fallecieron, el diagnóstico más frecuente fue agudización de EPOC (22 enfermos, 35%), seguido por cáncer (10 - 16%) El 36% (28) tuvieron visitas a urgencias por enfermedades cardiorrespiratorias en el periodo de seguimiento. Entre los fallecidos, 6 habían acudido a urgencias (38%), con una media de 0,69

asistencias; entre los que continuaban vivos, 22 (35%) tuvieron asistencias urgentes, con una media de 1,31 valoraciones. El 29% (23) de los enfermos volvieron a ingresar, 8 de los fallecidos (50%), con una media de 1,63 ingresos; y 15 (24%) de los no fallecidos (2,31 ingresos de media)

Conclusiones: Los fumadores que requieren ingreso en neumología presentaron una elevada mortalidad. Los fallecidos habían continuando fumando en su gran mayoría tras el alta hospitalaria. Eran más mayores y con IPA más elevado, siendo más de la mitad ingresados por cáncer seguido por la agudización de EPOC. Aquellos fumadores que fallecieron tuvieron más visitas a urgencias y más ingresos hospitalarios tras el alta. Por ello, es imprescindible aprovechar la oportunidad que brinda el ingreso hospitalario para ayudar a los enfermos a dejar de fumar y así reducir visitas a urgencias, reingresos y muertes

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN PARA EL ABANDONO TABÁQUICO ENTRE FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEOPLASIA PULMONAR

J. Santos Morano¹, S. Rodríguez Hernández², M. Romero Correa³, M. García Fraile³

¹Servicio de Neumología. H. Riotinto. Huelva.

²UGC Urgencias y Cuidados Críticos. H. Valme. Sevilla.

³Servicio de Medicina Interna. H. Riotinto. Huelva.

Introducción: El tabaco es el responsable de la mayoría de cánceres de pulmón. Los hermanos e hijos de las personas que han padecido cáncer de pulmón pueden tener un riesgo ligeramente mayor de cáncer de pulmón. Por tanto, esta población se convierte un grupo de vital importancia para conseguir el abandono del tabaco. Pero esta acción no es fácil, por la adicción que produce la nicotina y otras causas de índole personal y social entre otras. El objetivo del estudio fue analizar cómo influye el impacto del diagnóstico de un cáncer de pulmón en un familiar directo fumador junto con una intervención mínima por un neumólogo en el abandono de tabaco.

Metodología: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron 43 familiares de pacientes diagnosticados de neoplasia pulmonar en el Hospital de Riotinto (Huelva) desde junio 2017 hasta abril 2019. Tras el diagnóstico de cáncer se citaba a los participantes en la consulta de Neumología donde se realizaba una intervención

mínima. Al mes se contactaba telefónicamente valorando si se había producido el abandono.

Resultados: Veintisiete fueron hombres (63%), un 53% de hijos frente a hermanos. La mediana de edad fue 40 (32-52) años, los paquetes-años 15 (9 - 26) y la edad de inicio 16 (12 - 14) años. Se produjo el abandono en 8 casos (18,6%) Siete (30%) en el grupo de los hijos frente a 1 (5 %) en el grupo de los hermanos. Los participantes con y sin abandono no presentaron diferencias en cuanto al sexo, edad, paquetes-año, edad de inicio, estudios superiores, comorbilidad, alcohol, depresión, entorno con fumadores, más de dos intentos previos de abandono y dependencia moderada-alta. Los pacientes con abandono si tuvieron mayor parentesco hijo, motivación alta y estaban fase de abandono 3. En el análisis de regresión logística, la única variable asociada de forma independiente al abandono fue la motivación alta.

Conclusiones: A pesar de la intervención en un momento clave el abandono fue bajo, siendo más frecuente en los hijos. La única variable asociada de forma independiente al abandono fue la motivación alta.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

M. Entrenas Castillo², L. Cobo Roldán², L.M. Entrenas Costa¹

¹UGC de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. Universidad de Córdoba. Córdoba.

Introducción: La normativa SEPAR sobre el tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados indica que el ingreso puede ser un momento idóneo para el abandono del tabaco. El objetivo de este trabajo es comprobar el manejo del tabaquismo durante el ingreso en un servicio de neumología.

Metodología: Durante el mes de octubre de 2019 se realizó una encuesta a todos los pacientes que ingresaron en Neumología en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y que firmaron el consentimiento informado aceptando participar.

Resultados: Ingresaron 113 pacientes (66 hombres, 58,4% y 47 mujeres, 41,6%) con edad media de 66,93 +/- 13,49 años. Motivo de ingreso: neumonía 34 (30,09%); EPOC 33 (29,20%);

trasplante 14 (12,39%); neoplasia 11 (9,74%); TEP 7 (6,19%); asma 5 (4,43%); hipertensión pulmonar 4 (3,55%); broncoscopia rígida 3 (2,65%); derrame pleural 1 (0,88%); tbc 1 (0,88%) Tabaquismo: 21 (18,6%) fumadores activos, 8 (7,1%) abstinentes de menos de 6 meses, 39 (34,5%) abstinentes de más de 6 meses y 45 (39,8%) no fumadores. Uso de cigarrillos electrónicos: 10 (8,8%) Consumo acumulado (fumadores activos): 51,35 +/- 43,40 paquetes/año. Manifestaron deseo de abandonar el tabaco 16 (76,2%), mientras que 5 (23,8%) no. Fagerström de fumadores: 5,33 +/- 2,22. De los 68 fumadores o exfumadores habían recurrido a algún método para dejar el tabaco 11 (16,17%): vareniclina 5, parche de nicotina 4, bupropion 1, acupuntura 1. A 102 pacientes (90,3%) se le preguntó en el ingreso por el tabaquismo. Habían experimentado síntomas de abstinencia 28 (41,18) Más frecuentes: ansiedad (89,29%) y deseo intenso de fumar (85,71%) Petición expresa de abandono: familia 47/68 (69,12%), profesional sanitario 48/68 (70,59%): 27 médico, 1 enfermería, 20 médico y enfermería. A los 21 fumadores en activo se les ofreció ayuda en 10 ocasiones (8 parches, 1 cita con su médico de atención primaria, 1 charla educativa) Respecto a la posibilidad de dejar el tabaco en los próximos 6 meses los 21 fumadores activos, 9 (42,86%) dijeron que sí, 6 (28,57%) quizá y 6 (28,57%) no.

Conclusiones: El 18,6% de los pacientes era fumador activo en el momento del ingreso con un consumo acumulado de 51,35 +/- 43,40 paquetes/año.

El 76,2% manifestó deseo de abandono.

Uso de cigarrillo electrónico: 8,8%.

De los 68 fumadores o exfumadores, 10 no habían realizado ningún intento de abandono y solo 11 habían utilizado algún método, siendo la vareniclina el fármaco más utilizado.

A 102 pacientes (90,3%) se le había preguntado en el ingreso por el hábito tabáquico.

A los 21 fumadores en activo, se les ofreció ayuda en 10 ocasiones (8 parches, 1 cita con su médico de atención primaria, 1 charla educativa)

ACTIVIDAD DE SENSIBILIZACIÓN EN UN GRUPO DE FUMADORES DURANTE EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

S. Hernández Gómez¹, L. Cañón Barroso¹, K. El Boutaibi Faiz¹, L. Miguel Sierra Murillo¹, M. López Arza², P. Íñigo Naranjo¹, M. T. Gómez Vizcaíno¹, J. Hernández Borge¹, A. Castañar Jover¹, F.L. Márquez Pérez¹

¹Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz,

²Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud celebra todos los años el Día Mundial Sin Tabaco. Durante su edición de 2019, nuestro objetivo fue conocer las características de los fumadores que acudían ese día al Hospital Universitario de Badajoz, concienciar a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco e informar de las posibilidades de ayuda para dejar de fumar.

Metodología: Se organizó una mesa informativa para fumadores en el vestíbulo del hospital que estaba atendida por una neumóloga y residentes de Neumología. A los fumadores se les realizó una encuesta breve, un test de Fagerstrom (TF), una cooximetría y se les suministró por escrito un consejo breve para dejar de fumar. Las variables cuantitativas obtenidas se expresaron como media ± desviación estándar y las cualitativas en forma de proporción. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.

Resultados: Se obtuvieron datos de 51 fumadores (68,6% mujeres) La edad media fue de 46,39 años. Un 47% de los encuestados tenía alguna enfermedad crónica siendo la más frecuente la hipertensión arterial (HTA) El consumo medio era de 16,33 cigarrillos/día y el 84,3% de los fumadores había intentado dejar de fumar alguna vez (21,6% con ayuda) De los tratamientos habituales, el más utilizado fue la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) (13,7%) El motivo de recaídas había sido ansiedad en un 41,2%. Un 7,8% de los fumadores presentó altos niveles de dependencia a la nicotina (TF > 7) y el 60,8% mostraba dependencia moderada (TF = 4 - 7) Esto significa que en el 68,6% de los fumadores atendidos en la mesa había un importante componente de dependencia física de la nicotina. Al determinar el nivel de monóxido de carbono se observó que el 37,3% daba lecturas de más de 20 partes por millón. Un 86,3% deseaba dejar de fumar (62,7% en fase de contemplación)

Conclusiones: Persiste una elevada prevalencia de tabaquismo en mujeres. La mayoría presentan una dependencia nicotínica moderada-alta. Un alto

porcentaje desea abandonar el hábito tabáquico. Una actividad de sensibilización como la que se ha realizado en el presente estudio durante el Día Mundial sin Tabaco, puede constituir una herramienta muy útil para concienciar a la población sobre el riesgo del consumo de tabaco y para motivar a aquellos que deseen dejar de fumar.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE APNEA DEL SUEÑO

L.M. Sierra Murillo, L. Cañón Barroso, K. El Boutaibi Faiz, S. Hernández Gómez, J. Hernández Borge, M.T. Gómez Vizcaíno, P. Íñigo Naranjo, J. A. Gutiérrez Lara, A. Castañar Jover, F.L. Márquez Pérez

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz.

Introducción: El Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente siendo más frecuente en varones. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar las características de los pacientes remitidos a una consulta monográfica de apnea del sueño durante un año, y valorar las diferencias entre varones y mujeres.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes atendidos en una consulta monográfica de apnea del sueño entre el 1 de octubre de 2017 y el 1 de octubre de 2018. Se excluyeron los pacientes que acudían como consulta sucesiva. Se recogieron variables antropométricas, médico remitente, comorbilidades, horas de sueño, test de Epworth, probabilidad de tener SAHS, medicación sedante, índice de apnea/hipopnea (IAH), diagnóstico de SAHS, e índice de gravedad: leve (IAH: 5-14,9), moderada (IAH: 15 - 29,9) y grave (IAH > 30) Análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporción. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.

Resultados: Se estudiaron 473 pacientes (60,5% varones y 39,5% mujeres) realizándose una comparación entre ambos sexos. La edad media de la población fue de 53,17 años siendo significativamente mayor en mujeres (55,7 vs 51,5; $p < 0,001$) Un 40,8% de la población era hipertensa y un 18,8% padecían alguna cardiopatía. Un 76% de los casos procedían de Atención Primaria. La media de sueño nocturno era de 6,8 horas. La mayoría presentaban obesidad (índice de masa corporal, IMC, medio de 31,22) Un 30,7% eran

fumadores fundamentalmente varones (20% vs 10,8%; $p < 0,001$) y con un mayor consumo de cigarrillos/día (24,7 vs 13,7; $p < 0,001$) Las mujeres tomaban medicación sedante en mayor proporción que los varones (15,2% vs 8,3%; $p < 0,001$) La puntuación media del test de Epworth fue 7. La probabilidad de tener SAHS fue baja en un 14,2%, moderada 63,4% y alta 22,4%. Se les realizó PR a un 92,4% de los pacientes y PSG a un 12,5% (positivo en un 86,5%) El IAH medio fue 27,8 siendo significativamente mayor en varones (30,2 vs 23,7; $p < 0,005$) Un 29% presentó SAHS grave.

Conclusiones: Persiste elevada prevalencia de SAHS en los pacientes derivados a consulta.

Existe una mayor prevalencia de varones siendo estos más fumadores, con mayor IMC e IAH que las mujeres estudiadas.

Las mujeres tienen mayor edad y realizan más consumo de medicación sedante.

La mayor parte de los pacientes son derivados desde Atención Primaria.

ASOCIACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD DE LA APNEA DEL SUEÑO Y LA AGRESIVIDAD DEL CÁNCER DE PROSTATA

J. Santos Morano¹, F. Rivera Muñoz², B. Jurado Gámez³, J. Salguero Segura⁴, C. Carmona Bernal⁵, I. Osman García⁶, C.V. Almeida González⁷, F. Campos Rodríguez¹

¹Servicio de Neumología. H. Valme. Sevilla.

²Servicio de Urología. H. Valme. Sevilla.

³Servicio de Neumología. H. Reina Sofía. Córdoba.

⁴Servicio de Urología. H. Reina Sofía. Córdoba.

⁵Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. Virgen del Rocío. Sevilla.

⁶UGC Uro-Nefrológica. H. Virgen del Rocío. Sevilla.

⁷Unidad de Bioestadística. H. Valme. Sevilla.ç

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (OSA) se ha asociado a una mayor agresividad tumoral en algunos cánceres como el melanoma, pero apenas existen estudios que hayan estudiado su efecto en otros tumores específicos. El objetivo de este trabajo es analizar si la presencia y gravedad de OSA se asocia con la agresividad del cáncer de próstata.

Metodología: Estudio multicéntrico, transversal y observacional. Se analizaron 165 hombres entre 18 y 65 años diagnosticados consecutivamente de cáncer de próstata en 3 hospitales Universitarios andaluces. En todos los casos se realizó poligrafía respiratoria domiciliaria y se definió OSA como

un índice apnea-hipopnea (IAH) ≥ 5 /hora, y OSA moderado-grave como un IAH ≥ 15 /hora. Como marcadores de gravedad de OSA se analizaron el IAH, índice de desaturación al 4% (ID4), SaO₂ mínima (SaO₂min) y tiempo con SaO₂ $< 90\%$ (CT90) Como principal marcador de agresividad tumoral se utilizó la puntuación de Gleason, tanto como variable continua como categorizada (Gleason 6 y > 6), y como marcadores secundarios se usaron el antígeno prostático específico (PSA), el estadio tumoral y la presencia de metástasis.

Resultados: Pacientes con mediana (P 25 - 75) de edad 60 (56 - 63) años, IMC 28,0 (25,3 - 30,0) Kg/m², y perímetro cuello 41 (38 - 43) cm. Un total de 129 (78,2%) presentaron OSA, y 77 (46,7%) OSA moderado-grave (IAH ≥ 15) La mediana de IAH fue 13,3 (5,7 - 25,8), de ID4 8,7 (2,9 - 17,8), de SaO₂min 85% (81% - 88%), y de CT90 1,5% (0,2% - 6,7%) 77 casos (46,7%) tenían un Gleason 6 y 88 (53,3%) Gleason > 6 . La mediana (P 25 - 75) de IAH fue similar entre los grupos con Gleason 6 y > 6 [13,7 (5,6 - 28,7) vs 12,2 (5,7 - 23,2), $p = 0,447$], estadio tumoral I-II y III-IV [13,5 (5,3 - 26,5) vs 11,7 (7,8 - 21,1), $p = 0,678$], presencia o no de metástasis [14,2 (9,6 - 31,8) vs 13,3 (5,2 - 24,6), $p = 0,463$], y PSA < 6 y > 6 [14,5 (5,9 - 29,8) vs 12,3 (5,0 - 20,2), $p = 0,138$] Los resultados no variaron cuando en lugar del IAH, se utilizaron el ID4, la SaO₂min o el CT90 como marcadores de gravedad de OSA. Cuando se analizó la puntuación de Gleason como variable continua, no se encontró correlación con los valores de IAH ($r = -0,08$, $p = 0,285$), ID4 ($r = -0,09$, $p = 0,216$), CT90 ($r = -0,04$, $p = 0,595$), ni de SaO₂min ($r = 0,08$, $p = 0,283$) La prevalencia de OSA fue similar entre los grupos con Gleason 6 y > 6 (79,2% vs 77,2%, $p = 0,851$), estadio tumoral I-II y III-IV (77,1% vs 84%, $p = 0,601$), y presencia o no de metástasis (91,6% vs 77,1%, $p = 0,446$) Tampoco se encontraron diferencias cuando se analizó la prevalencia de OSA moderado-grave en los diferentes marcadores de agresividad tumoral ($p > 0,05$ para todas las comparaciones)

Conclusiones: Siendo la prevalencia de OSA muy elevada en pacientes con cáncer de próstata, no observamos asociación alguna entre la presencia o gravedad de OSA y diferentes marcadores de agresividad tumoral del mismo.

ASOCIACIÓN ENTRE APNEA DEL SUEÑO E INSOMNIO

C.M. Carrasco Carrasco, J. Díez Sierra, F. Campos Rodríguez

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los síntomas de insomnio son frecuentes en pacientes con apnea del sueño (AS), si bien la asociación entre ambas entidades es controvertida. El objetivo de nuestro estudio es analizar si el insomnio y la AS están asociados.

Metodología: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes entre 18 y 80 años estudiados mediante polisomnografía convencional por sospecha de AS entre enero y octubre de 2019 en un Hospital Universitario. El insomnio se valoró mediante el cuestionario Insomnia Severity Index (ISI), definiéndose como insomnio una puntuación ≥ 15 . La depresión y la ansiedad se investigaron mediante las subescalas de depresión y ansiedad del Hospital Anxiety and Depression questionnaire (HAD-D y HAD-A) Se definió como AS la presencia de un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 5 , clasificándose en leve, moderada o grave si el IAH era 5 - 14,9, 15 - 29,9 o ≥ 30 , respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes (82 hombres) con una mediana (P 25 - 50) de edad 53 (44 - 66) años. En 136 (88,3%) casos se diagnosticó AS, con mediana de IAH de 23,9 (15,1 - 43,5), siendo en 32 de ellos leve, en 49 moderado y en 55 grave. Un total de 52 casos (33,8%) tomaba hipnóticos, 39 (25,3%) antidepresivos, y 49 (31,8%) tenían un diagnóstico previo de ansiedad o depresión. 74 (48,1%) sujetos presentaron insomnio clínico y tuvieron puntuaciones más altas en las subescalas HAD-D [7,5 (5,0 - 10) vs. 4,0 (2,0 - 7,0), $p < 0,001$] y HAD-A [10,5 (7,0 - 14,0) vs. 8,0 (4,0 - 12,0), $p < 0,001$] respecto aquellos sin insomnio. Sin embargo, no se observaron diferencias entre pacientes con y sin insomnio en cuanto a IAH [21,3 (13,0 - 37,3) vs. 19,9 (10,1 - 32,2), $p = 0,68$], CT90 [0,5 (0,1 - 2,4) vs. 0,5 (0,0 - 4,1), $p = 0,45$] e ID3 [17,3 (6,6 - 32,8) vs 13,6 (5,0 - 27,5), $p = 0,60$]. Tampoco existieron diferencias en IAH-REM, IAH-supino, ni en otras variables oximétricas. En el análisis de regresión logística, la edad (OR 0,97, IC 95% 0,94 - 0,99) y el HAD-D (OR 1,19, IC 95% 1,09 - 1,31) fueron predictores independientes de insomnio. La puntuación del ISI se correlacionó con la del HAD-D ($r = 0,48$, $p < 0,001$) y HAD-A ($r = 0,44$, $p < 0,001$), pero no con el IAH global, IAH supino, IAH-REM, ni

ninguna de las variables oximétricas. Por otro lado, la prevalencia de insomnio fue similar en pacientes con AS leve, moderado y grave (40,6%, 51,0%, y 50,9%, respectivamente, $p = 0,59$), al igual que ocurrió con las puntuaciones de ISI en cada uno de estos grupos [14 (9 - 18), 15 (10 - 19,5) y 16 (10 - 20), respectivamente, $p = 0,45$]

Conclusiones: La prevalencia de insomnio es alta entre los pacientes estudiados por sospecha de AS, si bien no hemos encontrado asociación entre ambas entidades. El insomnio sí parece estar más asociado a la depresión y la edad.

IMPACTO DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO DE CARACTER GRAVE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP

J. Lancha Domínguez, J. I. Hilares Vera, M. Morón Ortiz, R. del Pozo Rivas

Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El Síndrome de Apnea Hipopnea del sueño (SAHS) es una enfermedad altamente prevalente, con múltiples repercusiones cardiovasculares y deterioro de la calidad de vida. Los pacientes diagnosticados de SAHS grave son aquellos que presentan un índice de apnea hipopnea (IAH) mayor de 30 eventos respiratorios por hora. La terapia de presión positiva en la vía aérea (CPAP) es el pilar del tratamiento en el SAHS grave. Creamos una consulta monográfica de SAHS grave, donde disponíamos de mayor tiempo para promover la adherencia terapéutica. El objetivo fue valorar la utilidad de una consulta específica de SAHS grave respecto a una consulta general de patología respiratoria del sueño, analizando la adherencia terapéutica mediante el uso objetivo de CPAP.

Metodología: Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, de registro de sueño, y de cumplimiento terapéutico mediante las horas de uso objetivo de CPAP, y se compararon entre 50 pacientes valorados en la consulta monográfica de SAHS grave y 50 paciente valorados en consulta general de sueño.

Resultados: De los 50 pacientes que se vieron en la consulta específica de SAHS grave, la edad media fue de 53,3 años, fueron en su mayoría varones 86%, solo 2 pacientes tenían antecedente de AVC, 5 pacientes tenían una profesión de riesgo,

20 de los 50 pacientes eran fumadores activos. Los síntomas predominantes fueron los ronquidos, las apneas y despertares asfícticos, tenían menos somnolencia diurna. En este grupo de pacientes el IAH medio fue de 55,1 eventos/hora, el CT90 medio 25%. Se ve que en este grupo el 69% (31pacientes) fueron cumplidores, teniendo una media de horas de uso de 4,59 horas diarias. De los 50 pacientes que se vieron en una consulta general de patología del sueño, la edad media fue 59 años, fueron también en su mayoría varones 79%, 3 pacientes tenían antecedente de AVC, solo 1 tenía profesión de riesgo, los síntomas predominantes fueron los ronquidos y las apneas, tenían más somnolencia diurna. En este grupo de pacientes el IAH medio fue de 56.6 eventos/hora, el CT90 medio 30%. En este grupo el 80% (40 pacientes) fueron cumplidores, teniendo una media de horas de uso de 5,34 horas diarias.

Conclusiones: En nuestro estudio la consulta monográfica de pacientes con SAHS grave no presentó una mayor adherencia ni mayor uso objetivo de la CPAP en comparación con la consulta general de patología del sueño ($p 0,2$) En el grupo de la consulta monográfica había mayor porcentaje de pacientes fumadores activos, así como menor grado de somnolencia diurna, lo que podría contribuir a no mejorar la adherencia terapéutica.

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO (SAOS) EN EL CINTURÓN DEL ICTUS. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

R. Perera Louvier¹, J.A. Delgado Torralbo¹, A. Domínguez Mayoral², J. Sánchez Gómez¹, P. Guerrero Zamora¹, M. Velarde³, J. M. Benítez Moya¹, A.S. Valido Morales¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

³Vivisol Ibérica.

Introducción: El SAOS es una entidad infradiagnosticada que puede tener una alta prevalencia en paciente con ictus isquémico agudo (IIA) El objetivo fue estudiar la prevalencia de SAOS en el cinturón del ictus.

Metodología: Estudio prospectivo realizado conjuntamente por las unidades de Neurología y Respiratorio. La población diana la constituyen los pacientes con IIA de menos de 72 horas de duración de un área conocida a nivel mundial como cinturón

del ictus por su alta prevalencia. El protocolo de estudio incluye historia clínica de SAOS y patología cardiorrespiratoria. En los casos con SAOS grave o moderado se le indicó CPAP.

Resultados: Estudiamos un total de 40 pacientes con edad media de 71 años y un 42,5% de varones. Un 67,5% tenían antecedentes personales de HTA y un 30% de diabetes. Entre las causas de ictus un 37% fueron de origen cardioembólico, un 25% lacunar, un 12,5% aterotrombótico y un 26,5% por otras causas (diseciones arteriales o causa autoinmune) La prevalencia de SAOS es de 87,36% (36,84 graves, 24,1 moderados y 26,31 leves) El índice de apneas e hipopneas por hora (IAH) medio fue de 36,17,6 si consideramos apneas centrales. Los valores medios de CT90, IAH, Sat02 media y saturación mínima son de 26,84%, 23,18, 90,96 y 74.80 respectivamente. Se indicó CPAP en 30 pacientes.

Conclusiones: Se trata del primer estudio sobre prevalencia de SAOS en práctica clínica real en pacientes del cinturón del ictus. La alta prevalencia detectada puede justificar intervenciones como estudios de cribado.

SINDROME DE APNEAS- HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) EN LA JANDA PREVALENCIA, TIEMPO DIAGNÓSTICO Y PERFIL CLÍNICO

M. Sánchez Bommatty¹, S. Macías Dorado¹, F.L. Gil Muñoz²

¹Hospital Alta Resolución La Janda. Vejer de la Frontera,

²Hospital Universitario Puerto Real.

Introducción: La sospecha clínica del SAHS es un motivo frecuente de derivación a consultas de Neumología lo que conlleva una demora diagnóstica y terapéutica. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la prevalencia del SAHS en el área del HAR La Janda, el perfil clínico de los pacientes y la capacidad de resolución con la realización del acto único clínico

Metodología: Estudio descriptivo y prospectivo de los pacientes valorados en consulta de Neumología por sospecha de SAHS desde el 1 de Abril de 2019 al 30 de Noviembre de 2019, tiempo transcurrido desde la apertura del hospital.

Resultados: Han sido valorados 155 sujetos de edad media 53 (16 - 84), siendo 55 mujeres (35%) y 100 hombres (65%) El 73% ha sido derivado desde Atención Primaria, 12% de Medicina Interna, 5% de Cardiología, 1% desde Otorrinolaringología, 2% de

Neurología y 7% se ha realizado tras seguimiento en Neumología por otras patologías. Eran fumadores activos 29 pacientes (18%) y 71 (46%) exfumadores. En relación al peso 8 (5%) tenían normopeso, 47 (30%) sobrepeso, 100 (65%) obesidad, de los que 46% tenían obesidad tipo 1, 27% obesidad tipo 2 y 27% obesidad tipo 3. De la totalidad de sujetos 62 pacientes (40%) tenían Hipertensión arterial (HTA) siendo en 11 no controlada e HTA refractaria en 6 pacientes. Eran dislipémicos el 57% y el 16% tenían diabetes mellitus tipo 2. El 6% presentaban Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el 12 % asma bronquial. A nivel cardiológico destaca 6% cardiopatía hipertensiva, 8% arritmias, 2% isquémica, 5% valvulopatías. La enfermedad cerebrovascular estaba presente en 2% enfermedad y la medicación depresora del sistema nervioso central 21% y el 8% hipotiroidismo. El motivo de consulta ha sido por síntomas clínicos en el 92%, 7% por HTA mal controlada y 1% por estudio poliglobulia. Los síntomas más frecuentes son el ronquido (95%), apneas (72%), somnolencia (58%), nicturia (53%), cefaleas 25%, somnolencia al conducir (21%) y sueño no reparador 15%, estando la triada clínica de SAHS en el 44% de los pacientes. Para el diagnóstico utilizamos la Poligrafía cardiorrespiratoria (PG) domiciliaria realizándose la prueba en el 97% el día de valoración en consultas y el 3% citado posteriormente. Analizamos manualmente los estudios con un tiempo medio de 9,96 días y mediana de 6 días, realizándose la entrega de resultados al paciente con una media de 11,5 días y mediana de 10 días. Los diagnósticos han sido: no SAHS 5%, roncopatía 3%, Síndrome de Hipoventilación - Obesidad 6%, SAHS leve 21%, SAHS moderado 29% y SAHS grave 36%, sumando un total de 82% con patología SAHS o SHO.

Conclusiones: -La sospecha clínica inicial se confirma con el diagnóstico total de 82% con SAHS o SHO.

-El sobrepeso y la obesidad constituyen el 95% de los pacientes valorados siendo un problema de salud actual.

-El acto único de realización de Poligrafía el día de consulta conduce a la no existencia de lista de espera y a un rápido diagnóstico e inicio de tratamiento, lo que creemos que debe extenderse a otros centros.

ANÁLISIS DE LA PERDIDA DE PESO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO DE CARÁCTER GRAVE TRAS UNA INTERVENCIÓN BÁSICA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA

M. Morón Ortiz, J. Lancha Domínguez, J. Hilares Vera, R. Del Pozo Rivas

Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: El SAHS es una enfermedad muy prevalente, con múltiples repercusiones y potencial gravedad, infradiagnosticado e infratratado. Teniendo en cuenta que la edad y la obesidad son sus principales factores de riesgo, es previsible que en el futuro la situación empeore. La pérdida de peso y el ejercicio se deben recomendar a todos los pacientes con SAHS que tienen sobrepeso o son obesos (IMC >30 kg/m²). Se ha demostrado que la pérdida de peso, mejora la salud general y los parámetros metabólicos, disminuye el índice de apnea-hipopnea (IAH), reduce la presión arterial, mejorar la calidad de vida y probablemente disminuya la somnolencia diurna. Dado el elevado porcentaje de pacientes con Obesidad y SAHS grave, iniciamos un abordaje global del paciente, incidiendo en la mejora de los hábitos y del estilo de vida, mediante recomendaciones nutricionales y de actividad física en una consulta específica de SAHS grave con la finalidad de fomentar la pérdida de peso. El objetivo de este estudio es analizar la pérdida de peso relevante (más de 10 kilos) de pacientes atendidos en una consulta general de sueño y en una específica de SAHS grave.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo transversal. Se incluyen un total de 100 pacientes diagnosticados de SAHS grave, de los cuales 50 fueron valorados en una consulta general de sueño y los otros 50 en una consulta específica de SAHS grave. La principal diferencia estriba en el tiempo de consulta dedicado a cada paciente, de modo que en la consulta específica de SAHS grave se dispone de mayor tiempo para incidir en las medidas higiénico-dietéticas, encaminadas a la pérdida de peso, como complemento al tratamiento con CPAP.

Resultados: De los 50 pacientes atendidos en la específica de SAHS grave el 86% (43) de los pacientes fueron obesos y de estos solo 9 (20%) perdieron peso, mientras que en la consulta general el 70% (35) fueron obesos y perdieron peso 7 (17%)

pacientes, no siendo estadísticamente significativa esta pérdida de peso (p 0,9)

Conclusiones: En nuestro estudio la pérdida de peso tras implementar una consulta específica de sueño no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, hemos obtenido resultados alentadores logrando una pérdida de peso relevante del 20%. Estos resultados nos animan a seguir diseñando estrategias para incrementar el porcentaje de pacientes con SAHS grave- Obesidad que tras una intervención logran perder peso.

FUNCIÓN PULMONAR Y ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL

M. Morón Ortiz¹, J. Lancha Domínguez¹, J. Hilares Vera¹, C. Puchas Manchón¹, A. Pereira Vega, J.L. Sánchez Ramos²

¹Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva,

²Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva.

Introducción: La definición de Asma bronquial requiere clínica concordante y al menos un dato objetivable: prueba broncodilatadora (PBD) +, variabilidad en el Peak Flow, FENOx >50 ppm o metacolina +, en algún momento de la enfermedad. La gravedad del asma se define por determinadas características clínicas y la función pulmonar (FP), siendo esta última uno solo de los criterios. Puede existir cierta discordancia entre la FP y la clínica / gravedad de los pacientes con AGCD. Por otra parte, sabemos que la vía fina tiene un papel fundamental en el asma y posiblemente en los pacientes con asma grave de control difícil (AGCD) y su reversibilidad. El objetivo fue: 1.- determinar el grado de obstrucción bronquial en pacientes con AGCD. 2.- Analizar la relación entre el grado de Obstrucción y PBD. 3.- Investigar el frecuencia de tener una espirometría normal u obstrucción leve con PBD negativa pero con mejoría >15% en el MMEF.

Metodología: Hemos revisado las espirometrías de control realizadas, en situación basal y reagudizaciones de 265 pacientes atendidos en la consulta de AGCD del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en los últimos dos años.

Resultados: Las espirometrías eran normales en el 45,6 % de los pacientes, obstrucción leve en el 4,4 %, moderada en el 14,4 %, grave 21,1 % y muy grave en el 2,2 %. El 12,2 % presentaba una alteración no obstructiva. En el 28,9 % la PBD fue positiva. Encontramos que el 40,9 % pacientes

tenían una espirometría, en alguna visita, casi normal (normal o obstrucción ligera) y una PBD negativa según los criterios clásicos. Al seleccionar estas últimas espirometrías encontramos que el 39,9 % de ellas mostraban una mejoría del MMEF >15%. La metacolina fue positiva en el 32,9% de los 88 pacientes en los que se realizó.

Conclusiones: 1.- Un número significativo (40,9%) de nuestros pacientes con Asmas Graves de Control Difícil (AGCD) tenían una espirometría casi normal y PBD negativa. 2.- En el 39,9 % de ellos encontramos una mejoría del MMEF significativa, sugiriendo a nuestro criterio un valor relevante de la vía fina en el AGCD.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA QUE CESARON TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

Á. Cabeza Serrano, N.P. de la Cruz Castro, J.C. Rodríguez Fernández, C. González Pérez, J.G. Soto Campos
Servicio Neumología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción: El omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado con capacidad para bloquear la IgE, está indicado en pacientes con asma alérgica grave no controlada, con sensibilización a alérgenos perennes, exacerbaciones frecuentes y función pulmonar reducida, todo ello, a pesar de recibir tratamiento para el asma a dosis plenas.

Metodología: Estudio observacional, de carácter retrospectivo en el que se analizaron el número total de pacientes que suspendieron tratamiento con omalizumab en el área del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. El objetivo principal del estudio fue conocer el motivo del cese de dicho tratamiento y posibles efectos adversos. Como objetivos secundarios se analizaron los niveles de IgE, RAST y función pulmonar, especialmente en los pacientes que abandonaron tratamiento por no presentar mejoría.

Resultados: Se analizaron un total de 61 pacientes, de los cuales el 25% eran varones y el 75% mujeres, con una edad media de 58 años y un peso de 75 kg. Los niveles de IgE previo al inicio de tratamiento fueron de 379. El 71% de los pacientes presentaban un RAST positivo, mientras que en el resto (28,8%) el resultado fue negativo. Presentaban un FEV1 previo de 1.908 ml que tras el tratamiento mejora a 1.972 ml, un FEV1% previo de 69 y post-tratamiento de 68. La duración

media del tratamiento con omalizumab fue de 48 meses. El 26,7% de los pacientes suspendieron el tratamiento por permanecer estables y sin agudizaciones durante un periodo mínimo de 5 años, sin embargo, en 6 pacientes fue necesaria la reintroducción del fármaco al presentar un empeoramiento tras la retirada; el 24% lo suspendió para iniciar tratamiento con un fármaco anti-IL5; el 14,3% (9 pacientes) lo abandonaron al presentar efectos adversos (mialgias, parestesias, astenia, úlceras bucales, erupción cutánea); 12 pacientes (20%) lo suspendieron al no presentar mejoría clínica; 7 pacientes (11,7%) lo abandonaron de forma voluntaria y fallecieron 2 pacientes (3,3%), uno por neoplasia pancreática y otro por insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de una sarcoidosis con HTP. Si analizamos exclusivamente los pacientes que suspendieron omalizumab por resultar inefectivo o por cambio a otro anti-IL5, vemos que la edad media fue de 58 años con un peso de 75 kg, FEV1 de 2.021 ml con un FEV1% de 66, los niveles de IgE previo al inicio fueron de 386, con una duración media de tratamiento de 52 meses; presentaron un RAST positivo el 57,7% de los pacientes, mientras que en el resto (42,3%) fue negativo.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que suspendieron omalizumab lo hicieron al permanecer estables durante al menos 5 años.

Los principales efectos adversos observados con la administración del fármaco fueron las mialgias, erupciones cutáneas y astenia.

Comparando los pacientes en los que no fue efectivo el fármaco y los que sí, observamos un menor porcentaje de sensibilización a alérgenos perennes en el grupo en los que no fue efectivo.

PERFIL CLÍNICO DE ASMÁTICOS TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

L.M. Sierra Murillo¹, J. Hernández Borge¹, M.T. Gómez Vizcaíno¹, S. Hernández Gómez¹, K. El Boutaibi Faiz¹, M.C. García García¹, I. Rodríguez Blanco¹, F.L. Márquez Pérez¹, L. Cañón Barroso¹, J. A. Gutiérrez Lara¹
¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz;

Introducción: Los fármacos biológicos han supuesto un cambio en el paradigma del tratamiento del asma bronquial grave en los últimos años. El objetivo del presente estudio es conocer las características de los pacientes asmáticos con

tratamiento biológico (CB) respecto a aquellos que no los reciben (SB)

Metodología: Estudio descriptivo transversal y comparativo entre pacientes asmáticos con CB y aquellos SB como parte de su terapia. Para ello, se realizó una inclusión consecutiva de casos pertenecientes a la consulta monográfica de asma del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Badajoz entre los meses de octubre de 2017 y enero de 2019. Se analizaron variables socio-demográficas, tabaquismo, gravedad y grado de control, función pulmonar, resultados en otras pruebas complementarias, adhesión terapéutica según el Test de Adhesión a Inhaladores (TAI) y variables relativas al tratamiento farmacológico.

Resultados: Se incluyeron 192 pacientes (54,1% mujeres, edad media de $55,34 \pm 17,5$ años) 43 (22,3%) recibían tratamiento CB. Los pacientes CB presentaron con mayor frecuencia antecedentes de poliposis nasal (44,2% vs 14%; $p < 0,005$), trastorno ansioso-depresivo (39,5% vs 23,5%; $p = 0,037$), asma grave (90% vs 19,5%; $p < 0,005$), asma grave no controlado (46,5% vs 7,8%; $p < 0,005$) y de difícil control (37,2% vs 5,4%; $p < 0,005$), eosinofilia en sangre periférica (11,4% vs 3,65%; $p = 0,035$) y mayores niveles de IgE (633,9 U/ml vs 320,4 U/ml; $p = 0,072$) Asimismo, el grupo CB tuvo mayor puntuación media en el TAI de 10 ítems (48,5 vs 45,8; $p = 0,01$), menor frecuencia de incumplimiento deliberado (9,3% vs 37,5%; $p < 0,005$) y de incumplimiento inconsciente (14% vs 30,2%; $p = 0,034$), existiendo mayor uso de LAMA (62,7% vs 28,9%; $p < 0,005$) y de triple terapia (62,7% vs 26,2%; $p < 0,005$)

Conclusiones: El grupo de pacientes CB presentó una comorbilidad más compleja y un asma más grave y difícil de controlar. La complejidad del tratamiento farmacológico fue mayor en este grupo, que realizó una mejor cumplimentación de la terapia inhalada, siendo menos frecuente el incumplimiento, tanto deliberado como inconsciente, respecto a los pacientes SB.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC

L.M. Sierra Murillo¹, J. Hernández Borge¹, M.J. Antona Rodríguez², M. Gómez Vizcaíno¹, P. Cordero Montero¹, S. Hernández Gómez¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz

²Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Mérida.

Introducción: El grado de cumplimiento de la terapia inhalada (TI) en pacientes con enfermedades crónicas obstructivas es deficiente. Múltiples circunstancias pueden ser determinantes en este sentido. El objetivo del presente estudio es conocer el nivel de adhesión a la TI en pacientes con asma y EPOC, así como el patrón de incumplimiento de dicha terapia.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes con asma, EPOC y fenotipo mixto (ACO) incluidos de forma consecutiva desde las consultas externas del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Badajoz. Se incluyeron numerosas variables epidemiológicas, comorbilidades, función pulmonar, exacerbaciones, Asthma Control Test (ACT), COPD Assessment Test (CAT), test de Morisky-Green y puntuación en el Test de Adherencia a Inhaladores (TAI), así como los dispositivos inhaladores utilizados (número, tipo y combinaciones) Se ha realizado un análisis descriptivo y comparativo en función de los resultados del TAI.

Resultados: Se incluyeron 326 pacientes (61% hombres, edad media de $62 \pm 16,1$ años) EPOC: 46,01%, asma: 49,69% y ACOs: 4,29%. El 94,8% tenían comorbilidades: obesidad (27%), HTA (38%), cardiopatía (23,6%) o Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño (SAHS; 20,6%) El tiempo medio desde el diagnóstico fue de $5,8 \pm 8,1$ años. Los resultados del ACT fueron de $17,4 \pm 5,6$ y del CAT de $20,1 \pm 7,6$. El número medio de inhaladores empleados fue de $2,2 \pm 0,8$ (un 35,9% tres o más) El Test de Morisky Green indicó un 44,2% de incumplidores. El nivel de adhesión según el TAI 10 se consideró: bueno en el 49,1%, intermedio en el 23% y malo en el 27,9%. El incumplimiento errático fue el más frecuente (47,9%), seguido del deliberado (36,5%) y el inconsciente (35%) Los factores relacionados con una buena adhesión fueron: sexo masculino ($P = 0,05$), pacientes de más edad ($P = 0,001$), con más años de evolución de la enfermedad y presencia de diversas comorbilidades (hipertensión, diabetes, dislipemia, poliposis nasal) Junto a los anteriores,

el empleo de cámara de inhalación ($P = 0,057$) y de un mayor número de inhaladores ($P < 0,005$), los inhaladores de dosis única, el empleo de LAMA+CI ($P = 0,01$), LAMA+LABA ($P = 0,02$), triple terapia (LAMA+LABA+CI) ($P = 0,005$) y las dosis altas de corticoides inhalados ($P = 0,001$), también se asociaron a una mejor adhesión.

Conclusiones: Encontramos que hasta un 50,9% mostraron una adhesión deficiente al TI. La adhesión parece mejor en pacientes más graves y con tratamientos más complejos.

LA BAJA FUNCIÓN PULMONAR AL COMIENZO DE LA EDAD ADULTA SE ASOCIA A UNA MAYOR PROBABILIDAD DE DIAGNÓSTICO PREVIO DE ASMA BRONQUIAL O DE BRONQUITIS CRÓNICA: RESULTADOS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

A. Fajardo Muñoz¹, M.A. Enamorado Varela¹, M. Jiménez Almenara¹, E. Pérez Expósito¹, C. Ruiz Trescastro¹, C.M. Morales Garzón¹, J.A. Moral Vázquez¹, E. Orozco Barba¹, B. Alcázar Navarrete³, P.J. Romero Palacios²

¹Estudiante. Grupo de trabajo del Proyecto de Desarrollo Pulmonar. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

²Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

³Hospital de Alta Resolución de Loja. Agencia Sanitaria de Poniente. Granada.

Introducción: El desarrollo pulmonar completo correcto se alcanza durante los primeros 25 años de la vida y puede influir en el desarrollo futuro de enfermedades respiratorias. El objetivo de este análisis es conocer los antecedentes personales de los participantes de la cohorte de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada con baja función pulmonar al comienzo de la edad adulta.

Metodología: Entre los participantes de la cohorte se recogieron los valores de la función pulmonar mediante espirometría simple en cada visita así como variables relacionadas con hábitos tóxicos o antecedentes personales. Se obtuvieron los valores de Z score mediante las ecuaciones del Global Lung Function Initiative (1) para el FEV1 en cada visita y se consideró anormal un resultado del FEV1 menor a -1,96 Z o superior a +1,96 Z. La comparación de las frecuencias se llevó a cabo mediante X2. Se aceptó la significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: La cohorte está formada por 224 sujetos, con una edad media (DE) de 18,4 años (1,5), el 91,5% de raza caucásica, un 68,8% mujeres. En la visita basal un 11,9% de los participantes presentaba un FEV1 anormal por Z-score (4,8% por FEV1 inferior a -1,96 Z y un 7,1% por FEV1 superior a +1,96 Z) Los participantes con espirometría anormalmente baja tenían un mayor porcentaje de diagnósticos previos de asma (30,0% vs 12,5%, $p = 0,007$) y bronquitis crónica-EPOC (10,0% vs 0,0%, $p < 0,0001$), sin diferencias en el porcentaje de fumadores activos, consumo habitual de tabaco, aquellos con al menos una enfermedad crónica, diagnóstico previo de alergia crónica.

Conclusiones: cerca de un 12% de las espirometrías realizadas en esta cohorte de sujetos adultos presenta una espirometría anormal definida por Z-score. Aquellos participantes con FEV1 inferior a -1,96 Z presentan una mayor frecuencia de diagnósticos previos de asma bronquial y bronquitis crónica.

FENO Y SUS FACTORES MODIFICANTES

B. Barragán Pérez¹, J.A. Durán Cueto¹, A. Losa García-Uceda¹, E. Morales Manrubia¹, C. Montañó Montañó¹, C. Cabanillas Díez-Madroñero¹, C. De Dios Calama¹, M.E. Ruiz Carretero¹, J.A. Riesco Miranda²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres,

²CIBERES.

Introducción: El FENO es una prueba que refleja inflamación eosinofílica, de muy fácil realización, no invasiva, barata. Su aplicación se ha asociado clásicamente con el manejo del Asma pero los resultados pueden verse afectados por diferentes factores (tabaquismo, peso, dieta, y otras variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas) Además se sabe que puede estar alterado en EPOC y otras enfermedades. El objetivo de este estudio es identificar la interferencia de diferentes factores en la medición de FENO según patologías.

Metodología: Se hizo un estudio retrospectivo, la muestra se obtuvo de los pacientes vistos en consultas externas, quienes se realizaron FENO en la unidad de pruebas funcionales de nuestro servicio, durante el mes de octubre de 2019; se recogió en una base de datos las variables epidemiológicas, diagnósticas, clínicas, comorbilidades y analíticas, obtenidas de la historia clínica. Se hizo estudio estadístico mediante programa informático PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluye un total de 108 pacientes de los que 65 (60%) son mujeres y 43 (40%)

hombres, no hubo diferencias significativas entre las medias de FENO respecto a género (H: 26,13 y M: 19,59) El diagnóstico más frecuentemente en la muestra es el Asma (78%) la media de FENO es 24,3ppb en EPOC 11,72ppb. La media del FENO fue menor en los fumadores (15,81ppb) frente a los no fumadores y exfumadores (23 y 22 ppb respectivamente) diferencia que no es estadísticamente significativa. El valor de FENO presentó moderada correlación con la media porcentual de eosinófilos (Eo%) con una $p < 0,01$, al hacer análisis de regresión lineal de esta variable se infiere que el 23% (R2) de estos resultados se atribuyen a los eosinófilos, no se obtuvo el mismo resultado con los valores absolutos de eosinófilos. El análisis según patología demuestra que en Asma el FENO se correlaciona positivamente con los valores porcentual y absoluto de eosinófilo; no observando otras asociaciones. En el caso de pacientes con EPOC llama la atención su correlación favorable con un mayor IMC. Respecto a otras variables como IMC, FEV1/FVC, ingresos y exacerbaciones no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: El FENO se relaciona positivamente con la eosinofilia (absoluta y porcentual) en pacientes con Asma, no siendo influenciado por la edad, sexo, IMC y otros biomarcadores. La presencia de tabaquismo se asocia a valores más bajos de FENO. En EPOC el valor de FENO se asocia a un mayor IMC, no encontrando influencia de otros factores.

EXPERIENCIA CON RESLIZUMAB EN ASMA GRAVE EN HOSPITAL DE JEREZ

M.P. Lobato de la Sierra, C. González Pérez, A. Cabeza Serrano, J.C. Rodríguez, J.G. Soto Campos, C. Cabrera Galán

Servicio de Neumología. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: El reslizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-5 que ha sido aprobado para la terapia de mantenimiento complementaria del asma grave en pacientes de 18 años o más y que tienen un fenotipo eosinofílico (definido como un recuento absoluto de eosinófilos en sangre periférica de 400/microL o mayor) El objetivo del estudio es evidenciar la eficacia del Reslizumab en pacientes con asma grave pertenecientes al Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Metodología: Estudio descriptivo, de carácter retrospectivo. Para ello hemos revisado las historias

de los 22 pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento con Reslizumab. De cada paciente hemos recabado los siguientes datos: Edad, sexo, tiempo de evolución, agudizaciones anuales, consultas en urgencias, hospitalizaciones, ingresos en UCI, ACT, función pulmonar (FVC, FEV1, FEV1/FVC) y recuento de eosinófilos en sangre periférica antes y tras 4 meses y 1 año de tratamiento. Analizamos los datos y los presentamos mediante medias y DE.

Resultados: Se analizaron los datos post tratamiento a los 4 meses de 17 (77,7%) de los 22 pacientes en tratamiento con reslizumab y al año. 5 pacientes no han podido ser analizados, 4 de ellos (23,5%) no llevaban suficiente tiempo en tratamiento como para poder entrar en nuestro estudio y 1 (5,82%) se desestimó por no cumplir el tratamiento. Antes del ser tratados, 16 (94,4%) de los 17 pacientes analizados referían mal control del asma (Resultados de cuestionario ACT <20), 15 (83%) más de 2 agudizaciones al año, 12 (66,6%) de ellos acudieron a urgencias hospitalarias al menos alguna vez para control de la sintomatología, 8 (47,1%) habían sido hospitalizados en la planta de neumología como mínimo en una ocasión y sólo uno de ellos (5,8%) requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Tras el tratamiento se aprecia incremento de más de 5 puntos en el cuestionario ACT en el 100% de los tratados, alcanzándose buen control de la sintomatología asmática en 9 (52%) de ellos. El número de agudizaciones por año se redujo en 14 de los 15 que las referían (93,3%), las consultas a urgencias hospitalarias solo se repitieron en 2 (16,6%) y no se registraron ingresos hospitalarios en el 100% de los tratados. El número y porcentaje de eosinófilos en sangre se redujo a un valor medio de 74 células/mcL. Los valores de FEV1 aumentaron en más de 100 ml en más de la mitad de los pacientes (10, un 58,8%)

Conclusiones:

1- El tratamiento con Reslizumab en pacientes con asma grave no controlado reduce número de agudizaciones, consultas a urgencias e ingresos

2- Un importante porcentaje de pacientes tratados alcanza un buen control de la sintomatología asmática.

3- Se consigue una mejoría funcional significativa en más de la mitad de los pacientes.

BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA DE 6 MESES EN “VIDA REAL” EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

Autores: B. Valencia Azcona¹, M. Pérez Morales¹, A. Padilla Galo¹, L. Fernández de Rota García¹, F. Rivas Ruiz², J.J. Cebrián Gallardo¹

¹Servicio de Neumología. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella, Málaga,

²Unidad de Investigación. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción: Benralizumab es el primer Ac monoclonal antieosinófilo comercializado. Está indicado como tratamiento adicional en el asma eosinofílica refractaria grave en pacientes adultos. Los objetivos del estudio son describir las características de los pacientes en tratamiento con benralizumab, valorar los cambios clínicos, analíticos y funcionales a los 3 y 6 meses de tratamiento y valorar su seguridad.

Metodología: Se evaluaron las características clínicas (edad, sexo, IMC, corticodependencia, ACT...), analítica (eosinófilos en sangre e IgE) y funcionales (FEV1 y FENO) de los pacientes con asma eosinofílica grave en tratamiento con benralizumab al menos durante 6 meses, en situación de práctica clínica habitual. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete SPSS.15. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje y las variables cuantitativas en mediana y rango intercuartílico (RI) Para comparar las diferencias de muestras relacionadas hemos utilizado el Test de Wilcoxon.

Resultados: Se han incluido 8 pacientes, con una mediana de 9 meses (RI: 2) de tratamiento con benralizumab. 7 (87,5%) eran mujeres, con una mediana de edad de 58 (RI: 12) años, mediana de edad al diagnóstico de 32 (RI: 28) años, IMC 26 (RI: 16), el 75% presentaban poliposis nasal, el 25% EREA y el 75% tenían pruebas cutáneas alérgicas positivas. Otros datos de interés: FEV1 71% (RI: 27), el 25% eran corticodependientes y el 75% habían estado previamente en tratamiento con otro biológico (4 con omalizumab y 2 con mepolizumab) El 100% de los pacientes presentaron mejoría clínica subjetiva con el benralizumab a los 3 y 6 meses. Los resultados de mejoría funcional y ACT, reducción en el uso de corticoides orales, asistencias a Urgencias, niveles de eosinófilos en sangre e IgE se muestran en la tabla 1. 3 pacientes presentaron efectos secundarios leves (como distermia, cefalea

e insomnio), que cedieron a los pocos meses y que no fueron causa de suspensión de tratamiento. Por el momento no se ha retirado ningún tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con benralizumab en condiciones de “vida real” mejora el control de los pacientes con asma grave eosinofílica y la función pulmonar, reduciendo el consumo de corticoides orales e inhalados. Además, presenta un perfil de tolerancia aceptable a los 6 meses de tratamiento.

TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Vázquez Gandullo, A. Hidalgo Molina, F. Montoro Ballesteros, C. España Domínguez, M. Morales González, I. Muñoz Ramírez

Servicio Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La aprobación de anticuerpos monoclonales ha supuesto un antes y un después en el tratamiento del asma grave de difícil control. El primero comercializado fue el omalizumab, en 2005, seguido años después de otros como el mepolizumab, beralizumab y reslizumab. Con este análisis se pretende conocer las causas de retirada del tratamiento y porcentaje de casos en los que o bien hemos tenido que reintroducir el fármaco nuevamente, u optar por nuevas terapias indicadas en asma grave.

Metodología: Se han incluido un total de 124 pacientes asmáticos tratados en el Servicio de Neumología del Hospital Puerta del Mar con Omalizumab en el periodo comprendido entre el 2007 y 2019. De ellos, el 67,7% eran mujeres, y la edad media fue de 50,9 años.

Resultados: Entre los fenotipos de asma diagnosticados en un inicio, en su mayoría, el 82,3% fue alérgico, seguido del fenotipo mixto (rasgos compatibles con fenotipo alérgico y eosinofílico) en el 17% de los casos, y un solo caso de asma eosinofílico. De los 124 incluidos en el análisis 35 (28,2%) siguen en tratamiento activo, y 10 (8%) fueron pérdidas durante el seguimiento. En 79 (63,7%) se suspendió el tratamiento, con cumplimiento correcto del mismo en 35 pacientes (28,2%), retirándose entre los 4 y 7 años desde su inicio en la mayoría de los casos. Del resto, en 36 pacientes (29%) fue retirado por ausencia de mejoría de los síntomas, en el 3,2% por embarazo y 3,2% por reacción alérgica (tres de los casos por síntomas gastrointestinales y en

uno de ellos reacción por hipersensibilidad con reacción cutánea) En 23 (18,5%) de los casos en que se suspendió el tratamiento (13 por falta de respuesta) fue necesario nueva valoración de inicio de tratamiento con anticuerpos monoclonales por recurrencia o persistencia de la clínica, pautándose en 9 (7,2%) de ellos, nuevamente omalizumab, mepolizumab en 12 (9,8%) y benralizumab en 2 (retirándose en uno de los casos tras la primera dosis por reacción de hipersensibilidad)

Conclusiones: El tiempo de tratamiento establecido es muy variable, en parte debido a la ausencia de un tiempo de tratamiento concreto para su retirada. El porcentaje de pacientes que requirieron reinicio de tratamiento con omalizumab es considerable, lo que abre nuevamente el interrogante de cuándo habría que retirarlo. De entre las causas de retirada, la que más se repitió en nuestra serie fue la falta de respuesta clínica. Habría que considerar que se han incluido pacientes desde 2007, momento en el que sólo se disponía de omalizumab como tratamiento de pacientes con asma grave.

EXPERIENCIA CON BENRALIZUMAB EN UN COHORTE DE PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL GRAVE NO CONTROLADO

F. Casas Maldonado, N.A. Barba Gyengo, S.J. Sánchez Noguera, A.B. Gámiz Molina, C. Cabrero Rodríguez, P. Gámez Baeza

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Hasta el 50% de los pacientes con asma bronquial no están controlados y existe un grupo con asma bronquial grave (ABG) que a pesar de utilizar todos los recursos terapéuticos disponible no están controlados (ABGNC) Hoy disponemos de una serie de anticuerpos monoclonales (mAB), que han mostrado eficacia y efectividad para reducir las exacerbaciones, mejorar la calidad de vida y el control en pacientes con ABGNC. **OBJETIVO:** describir la experiencia de tratamiento con Benralizumab en una cohorte de pacientes con ABGNC en una consulta de Neumología.

Metodología: Han sido incluidos 10 pacientes diagnosticados de ABGNC tratados con benralizumab que hubieran completado un mínimo 16 semanas de tratamiento. Son recogidos edad, sexo, IMC, tabaquismo con índice paquetes-año, IgE, tratamientos previos con otros mAB y

motivo del cambio, y valores pre y postratamiento con benralizumab de: número de exacerbaciones moderadas-graves, ingresos hospitalarios, ciclos de corticosteroides orales/parenterales, recuento de eosinófilos, ACT, FVC, FEV1 y FEV1/FVC. Se han recogido efectos adversos del tratamiento con benralizumab. Criterios de respuesta al tratamiento: 1) Respuesta completa: Sin exacerbaciones tras inicio del tratamiento; ACT >20; retirada en su caso de esteroides sistémicos o de los ciclos de corticoides >50%; mejoría del FEV1 >100 ml y FEV1 >80%. 2) Respuesta parcial: Reducción de exacerbaciones >50%; aumento ACT10%, mejoría del FEV1 >100 ml con FEV1 <80%, reducción de los corticoides o ciclos de corticoides del 50% pero no retirada. 3) No respuesta: reducción exacerbaciones <50%.

Resultados: 6 mujeres y 4 varones; 5 exfumadores con un índice paquetes-año $16,80 \pm 10,45$, 6 con corticoides orales (CO) a diario o cada 48 h y 4 con ciclos de CO en las agudizaciones, con una edad de $62,1 \pm 11,2$ años, IMC $24,3 \pm 4,8$ y seguimiento de $24,3 \pm 4,8$ semanas (16,1 - 30,7) 6 pacientes tratados por primera vez con un mAB y 4 pacientes con tratamiento previo con Omalizumab que fue suspendido por falta de respuesta. Se consiguió suspensión de los CO en 2 de los 4 pacientes corticodependientes y reducción a más del 50% de la dosis en los otros 2 casos. Resultados en tablas adjuntas. Diferencias estadísticamente significativas $p < 0,001$ para todas las variables estudiadas entre sus valores previos al inicio de Benralizumab y al final del periodo analizado. Respuesta completa en el 80% de los pacientes describiendo solo efectos adversos locales y sistémicos leves en una paciente con la primera dosis de tratamiento.

Conclusiones: En los pacientes corticodependientes, Benralizumab facilitó la suspensión de los CO en la mitad de los pacientes y a una reducción >50% de las dosis diarias en los otros dos pacientes. Respuesta completa en el 80% de los pacientes estudiados con reducción significativa de las agudizaciones y de los ciclos de CO/sistémicos, con mejoría en el ACT y de todos los parámetros de función pulmonar con un excelente perfil de seguridad.

PERCEPCIÓN DEL CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

S. López Ruz¹, J.F. Medina Gallardo¹, A. Romero Falcón¹, A.J. García Ruiz², L. Carrasco Hernández¹, F.J. Álvarez Gutiérrez¹

¹UMQER. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

²UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

Introducción: La gravedad y control del asma se subestima por parte de los propios pacientes, incluso tras agudización reciente. Por ello planteamos evaluar el grado de control del asma, medido por el asthma control test (ACT), y la gravedad del asma según GEMA, a los pacientes remitidos tras agudización a consulta de alta resolución (CARE)

Metodología: Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de asma bronquial y remitidos al CARE desde las urgencias del hospital general o desde consultas de Atención Primaria por agudización de su enfermedad. A todos los pacientes además de las características generales (edad, peso en IMC, situación laboral, antecedentes personales) se realizó una valoración clínica- funcional del asma (ACT, gravedad previa de su asma, espirometría forzada, medidas de FENO), se recogieron variables de consumo de recursos sanitarios como son visitas al médico de AP y especialistas en el último año, asistencia a urgencias (ambulatorias u hospital), ingreso en planta hospitalaria y UCI.

Resultados: Incluimos a 108 pacientes, 78 mujeres (72,2%), de 49 años (16,3) En el año previo a la consulta habían precisado atención del médico de atención primaria por asma una media de 2,01 (3,87) veces, y haber recibido 1,62 (3,8) ciclos de corticoides orales y 2,35 (5,29) IM o IV, atención en urgencias hospitalarias en 2,81 (4,62) ocasiones e ingresos 0,18 (0,5) Estaban clasificados previamente como asma intermitente el 11,11%, persistente leve el 7,4%, persistente moderado el 50% y grave el 31,5%. El resultado de ACT en la visita a consulta mostró asma bien controlada (valor ≥ 20) en el 24,0% de los pacientes, parcialmente controlada (ACT entre 16 a 19) el 21,3% y no controlada (ACT < 15) el 53,7%. No encontramos diferencias entre la gravedad del asma y ACT de los pacientes, salvo entre los persistentes moderados y los graves ($p = 0,02$), demostrando una baja correlación entre la gravedad estimada y la percepción del paciente del control del asma.

Conclusiones: A pesar de agudización reciente aún hay un número destacable de pacientes que indican que su asma está bien controlada

Previamente a la agudización casi un 20% de los pacientes tenían antecedentes de asma leve e intermitente.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE OMALIZUMAB EN EL CONTROL DEL ASMA Y LA TASA DE EXACERBACIONES GRAVES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALÉRGICO EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

L. Fernández Mula, E. García Sánchez, R. Andújar Espinoza, M. Aparicio Vicente, S.Y. Ruiz Martínez, J.A. Ros Lucas, B. Fernández Suárez, M.D. Sánchez Caro, E. Solana Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE que actúa bloqueando la IgE en suero y, por tanto, disminuyendo la inflamación de la vía aérea. El objetivo fue demostrar el beneficio del tratamiento con omalizumab en vida real, en los pacientes adultos con asma alérgica grave no controlada.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional en 18 pacientes con asma grave alérgica de la unidad de asma del servicio de Neumología del H. Virgen de la Arrixaca en tratamiento con omalizumab durante al menos un año. Se analizaron: el control del asma medido con el cuestionario test de control del asma (ACT), la tasa de exacerbaciones asmáticas, el número de ciclos de corticoides, las atenciones en urgencias y las hospitalizaciones por asma, así como la retirada de corticoides sistémicos en estos pacientes.

Resultados: El análisis llevado a cabo mostró que la puntuación en el ACT mejoró 8,24 puntos (IC 95%: 10,26 – 6,21) tras 1 año de tratamiento. Se evidenció una reducción del 78,85% en la tasa de exacerbaciones graves de asma. Disminuyó la tasa de visitas a urgencias en el 68,94% y la tasa de hospitalizaciones en el 84,17% tras 1 año de tratamiento con omalizumab. Se consiguió una reducción del 80,63% de la necesidad de ciclos de corticoides y retirar por completo los corticoides en el 85,7% de los pacientes corticodependientes. Únicamente se suspendió el tratamiento en un paciente debido a efectos adversos.

Conclusiones: Omalizumab consigue mejorar el control del asma de forma clínica y estadísticamente significativa, disminuye la tasa de exacerbaciones graves, el número de ciclos de corticoides sistémicos, las visitas a urgencias y las hospitalizaciones por asma en los pacientes con asma grave alérgica no controlada.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE DE CONTROL DIFÍCIL

J. Romero López¹, J. Lancha Domínguez¹, M. Morón Ortiz¹, C. Puchas Manchón¹, J. L. Sánchez Ramos², A. Pereira Vega¹

¹Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva,

²Facultad de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva.

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos para el asma bronquial, lo que ha supuesto, para pacientes con asma grave de difícil control (AGDC), un beneficio clínico evidente. El Omalizumab (anti IgE) se empezó a prescribir en nuestro hospital en 2007 y posteriormente los anti IL5, Mepolizumab en 2010 y más recientemente Benralizumab (2018) **Objetivos:** Analizar la experiencia en el tratamiento con Omalizumab (O), Mepolizumab (M) y Benralizumab (B) en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Metodología: Revisamos los pacientes que en alguna ocasión han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007, valorando la posible mejora en las agudizaciones, la necesidad de ciclos de corticoides orales y la variación en el cuestionario ACT. Se han recogido también efectos secundarios y comorbilidades.

Resultados: Han iniciado terapia biológica en algún momento 158 pacientes con AGDC. Han iniciado tratamiento con Omalizumab 124 pacientes, 16 con Mepolizumab y 18 con Benralizumab. Se ha retirado el tratamiento biológico en algunos casos por no eficacia, efectos secundarios relevantes o reevaluación tras 5 años de tratamiento. En 18 de ellos (14,5%), tras su retirada, se ha tenido que reintroducir de nuevo el mismo biológico en 5 pacientes (O → O) o uno nuevo, habitualmente pasando de Omalizumab a anti-IL5 (4 O → M; 5 O → B; 3 M → B) Dos pacientes han recibido de forma progresiva los 3 fármacos (Omalizumab, Mepolizumab y finalmente Benralizumab) Los tratamientos biológicos han disminuido las agudizaciones anuales de 3,44 a 0,58 (diferencia de 2,67, IC 95 %: 0,13 - 5,19) La necesidad de corticoides orales se ha disminuido en el 23,5 % de los casos. Ha mejorado inicialmente en 9,75 puntos el cuestionario ACT (IC 95 %: 0,34 - 19,2) Los efectos secundarios relevantes obligaron a retirar el tratamiento en 5

pacientes por cefaleas intensas, cuadro sincopal, metrorragias incontrolables que mejoran tras su retirada, intolerancia digestiva severa y crisis grave de asma. El 35 % de los pacientes presentaban comorbilidades, siendo las más frecuentes las del área Psicológico/Psiquiátricas, del área ORL y el Reflujo Gastroesofágico, habitualmente con varias comorbilidades asociadas.

Conclusiones:

1.- Los tratamientos biológicos son eficaces en el AGDC y son bien tolerados (aunque pueden existir efectos secundarios relevantes que obliguen a su retirada)

2.- Las comorbilidades son frecuentes en el asma grave de control difícil.

3.- Tenemos que seguir aprendiendo en estas terapias para poder priorizar los distintos tratamientos biológicos en función de los fenotipos del asma.

ANTIBIOTICOS INHALADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS: TODOS NO SON IGUALES

J.S. Gordillo Fuentes, R. Ayerbe García, L. Marín Barrera, J.A. Delgado Torralbo, R. Perera Louvier, E. Viciano Martín, A.S. Valido Morales, V. Almadana Pacheco
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La utilización de antibióticos por vía inhalada (AbInh) en pacientes con bronquiectasias (BQ) es una práctica cada vez más habitual, ya que mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce el número de agudizaciones. Existen varias opciones en cuanto al uso de antibioterapia inhalada, pero no existen estudios que indiquen cuál de ellos es más eficaz o presenta menor número de efectos secundarios. **Objetivo:** comprobar los efectos secundarios de los distintos AbInh empleados en las bronquiectasias, su tolerancia y efectividad.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de los AbInh instaurados en pacientes con BQ entre 2016 y 2018 en el H. U. Virgen Macarena. Se han recogido datos a partir de la historia clínica digitalizada y se ha valorado la tolerancia en función de la necesidad de suspender el tratamiento por los efectos secundarios (E2º), y el éxito cuando se constaba cultivo de esputo negativo y/o control de síntomas.

Resultados: Se han recogido 116 tratamientos de AbInh, en un total de 73 pacientes (37 varones

y 36 mujeres): 43 con tobramicina (Bramitob) (T), 42 con colistimetato de sodio en I-neb (Promixin) (P) y 31 con colistimetato de sodio en e-flow (colfinair) (Cf) Edad media: 65,9 años. FEV1: 1.486,34 (63,37%); FVC: 2.320,62 (78,7%); test marcha 6 minutos: 384,82 metros; disnea mMRC 1,5; EFACED: 3. Del total de 73 pacientes, 51 tenían BQ de causa conocida (70%): 11 FQ, 22 post infecciosa (TBC), 11 EPOC, 3 asma, 1 ICV, 1 FPI trasplantados. Los efectos secundarios más frecuentes han sido: disnea, tos y sequedad de garganta. El 60% tenía tratamiento concomitante con azitromicina en días alternos y el 78% con corticoides inhalados (46% dosis bajas, 17% dosis medias, 15% dosis altas) La T presentó E2º en el 59,5% de los casos y precisó su retirada en el 45%, el P lo presentó en el 19% y precisó retirada en el 11,9%, y el Cf lo presentó en el 19% y se retiró en el 9,6%. Se inició tratamiento con T en 31 casos, con P en 36 y con Cf en 6. Se obtuvo éxito con el tratamiento en: 42,8% con T, 64,2% con P y 58% con Cf.

Conclusiones: A) La tobramicina tiene más efectos secundarios y es peor tolerada teniendo que ser suspendida en un elevado número casos. B) El éxito del tratamiento es mayor con el colistimetato de sodio en cualquiera de sus presentaciones. C) Deberíamos plantearnos iniciar tratamiento con los antibióticos mejor tolerados y más eficaces. D) Se ha registrado la etiología en un elevado número de casos.

INFECCIÓN POR NOCARDIA DIAGNOSTICADAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Ramos Apolaya¹, L. Carrasco Hernández², M. Ruiz Gallego³

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

³Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Nocardia es un género de actinomicetos, bacilos gram positivos ramificados ácido alcohol resistente, que producen infecciones oportunistas localizadas o diseminadas en huéspedes inmunocomprometidos. El género nocardia muestran poca actividad ante las pruebas bioquímicas por lo que su determinación suele ser difícil. En la actualidad se conocen 33 especies que

se asocian con enfermedad en humanos, siendo el complejo N. Asteroides el más frecuentemente identificado. El objetivo de esta comunicación es analizar las especies de Nocardia más frecuentemente encontradas en nuestra población, las características clínicas de los pacientes, así como el tratamiento antibiótico empleado.

Metodología: Se trata de un estudio observacional descriptivo en el cual se identificó a los pacientes diagnosticados de Infección por Nocardia con al menos un cultivo positivo y la detección de especies mediante la técnica de espectrometría de masas MALDI-TOF, registrados en la base de datos hospitalaria de microbiología desde enero de 2017 a noviembre de 2019. Se recogieron datos clínicos y microbiológicos.

Resultados: Se identificaron 9 casos de infección por Nocardia, aislándose en 4 (44,4 %) Nocardia Cyriacigeorgica, 2 (22,2%) Nocardia Sp, 2 (22,2%) Nocardia abscessus y 1 (11,1%) Nocardia farcinica. La media de edad fue de 52,4 años ($\pm 13,2$ años), 7 (77%) exfumadores, 1 (11%) no fumador y 1 (11%) fumador activo. De la muestra 8 (88,9%) son inmunocomprometidos (Neoplasias activas, bronquiectasia, asma no controlado) y 1 (11%) inmunocompetentes. De los pacientes con neoplasia 75% estaban con QT o RT y 25% uso de biológicos. Al diagnóstico de la infección el 100% presentaban clínica pulmonar asociada, siendo los síntomas más frecuentes tos en el 77% y 66% con expectoración, disnea y fiebre. El 66,7% tenían enfermedad pulmonar y 33,3% enfermedad diseminada. El tratamiento empleado en todos los casos fue Trimetropin/Sulfametoxazol asociado o no a otros antibióticos en el primer mes de la enfermedad. El 100% de los casos tiene sensibilidad adecuada. Se consiguió erradicación de la infección en 4 pacientes, tratados durante 12 meses. Fue exitus 1 paciente cuya causa no fue asociada a la infección.

Conclusiones: En nuestra serie de casos la Nocardia Cyriacigeorgica es la especie más frecuente de todas las especies encontradas.

Las comorbilidades más frecuentes asociada a la Nocardiosis fueron bronquiectasia y la neoplasia activa, siendo un caso inmunocompetente.

Todas las especies fueron sensibles a Trimetropin/Sulfametoxazol, siendo el tratamiento empírico elegido en todos los casos llegando a una terapia exitosa, pero de larga duración con un mínimo de un año.

¿SE AFECTA LA CALIDAD DE VIDA EN LAS BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA EN RELACIÓN A LA GRAVEDAD PRONÓSTICA?

S.B. Cedeño de Jesús¹, V. Almadana Pacheco², A. Valido Morales², A.M. Muñiz Rodríguez²

¹Hospital Infanta Elena.

²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Por intentar tratar otros aspectos de las enfermedades respiratorias crónicas, el impacto en la calidad de vida (CV) está infravalorado en las consultas de neumología, a pesar de que su determinación nos aproxima a la toma de medidas que puedan beneficiar de manera integral al bienestar del enfermo. Es más habitual, sin embargo, la determinación de índices pronósticos como el EFACED en el caso de las bronquiectasias, aunque entre los parámetros valorados para su cálculo, no se valora el impacto de la CV. El objetivo de este estudio es valorar la repercusión en la CV de los pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística (BQ no FQ) por medio de cuestionarios validados en BQ no FQ y su relación con el EFACED.

Metodología: Realizamos un estudio transversal de pacientes con BQ no FQ en pacientes que se incluyeron en un programa específico de rehabilitación respiratoria entre Marzo 2018 a Septiembre 2019 en el Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recogieron variables demográficas y se evaluó la CV con los cuestionarios (Qs) de Saint George (SGRQ) y Leicester (LCQ) Se evaluaron las exacerbaciones en el año previo, la infección crónica por *P. aeruginosa* (ICPA), la afectación radiológica y la gravedad de las BQ no FQ por medio de la escala EFACED.

Resultados: Se incluyeron un total de 34 pacientes, 25 mujeres, con una edad media de $60 \pm 8,1$ años, 82,4% eran exfumadores. El IMC medio fue de $26,9 (\pm 2,8)$, en un 19% de los casos el IMC fue <21 . El 64% tenían disnea grado 1 de la mMRC. El E-FACED medio fue de $4,76 \pm 1,9$ puntos, determinando una afectación moderada en el 60% de los casos. Más de la mitad (67%) tenían afectación multilobar en el TAC. La ICPA estaba presente en el 50,4%. Por otro lado, 61,8 % presentó 1 - 2 agudizaciones ambulatorias en el año anterior, mientras que el 23,5% requirió ingreso hospitalario (11,8% UCI) El FEV1 medio fue de $1,6 l \pm 0,5$. En relación al LCQ la puntuación media fue de $5,61 \pm 1,33$ puntos en el dominio físico, $5,5 \pm 1,24$ en el psicológico y $5,4 \pm 1,1$ a

nivel social; con una puntuación total media de $15,3 \pm 4$. Se realizó un subanálisis por sexo y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la repercusión global ni en los subgrupos. En relación al SGRQ la puntuación media total fue de $44,4 \pm 14,92$ puntos. Se obtuvo una media de puntos de: $48,61 \pm 23,8$ en síntomas, $42,03 \pm 15,87$ en actividad y $38,38 \pm 15,62$ en impacto. No existió correlación entre la gravedad de las BQ no FQ y el impacto de la enfermedad en las esferas valoradas en los Qs, aunque sí existió una correlación entre los Qs, especialmente en el dominio LCQ en el dominio físico y SGRQ Actividad ($p < 0,033$) entre los dos Qs.

Conclusiones: Los pacientes con BQ no FQ de nuestra muestra presentan un impacto negativo en su calidad de vida, sin embargo, no encontramos relación entre la calidad de vida medida por dos cuestionarios específicos y la gravedad según EFACED, lo que podría traducir una importante pérdida de información si nos quedamos sólo con este último índice.

BURKHOLDERIA CEPACIA COMPLEX EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

R. Ortega Rivera¹, L. Carrasco Hernández², L. Román Rodríguez¹, R. Romero Reina³, I. Delgado Pecellín³, E. Quintana Gallego²

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES.

³Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Burkholderia cepacia complex es un grupo de bacilos gram negativos que incluye nueve especies diferentes, siendo las que con mayor frecuencia afectan a los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) *B. cenocepacia*, seguida de *B. multivorans*. El curso clínico de los pacientes infectados por Burkholderia cepacia complex es muy variable, desde infección bronquial crónica asintomática hasta un deterioro progresivo e incluso fulminante. Los objetivos de esta comunicación son conocer la prevalencia de la infección por Burkholderia cepacia complex en los pacientes de la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Virgen del Rocío, así como las características clínicas.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron

a los pacientes que presentaban una infección bronquial por *Burkholderia cepacia complex*, de la unidad de fibrosis quística del Hospital Universitario Virgen del Rocío, desde 2009 a 2019. Se recogieron además de los datos microbiológicos, genética, comorbilidades asociadas a la FQ, prueba funcional, clínica y tratamiento que estaba realizando al diagnóstico, índice radiológico de Bhalla, así como el tratamiento empleado en la infección.

Resultados: De nuestra muestra de 289, 16 pacientes presentaban una infección bronquial por *Burkholderia cepacia complex*, de los cuales 13 pacientes tenían criterios de infección bronquial crónica. La edad media de $22,88 \pm 14,84$ años, 56,3% (n = 9) varones, con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) de media de $64,4\% \pm 26,68$ y un índice de Bhalla de $14 \pm 5,4$. 62,5% (n = 10) presentaban la mutación del $\Delta F508$ en heterocigosis y 18,75% (n = 3) en homocigosis. El 50% presentaban una infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* y un 56,3% por infección bronquial crónica por *Staphylococcus aureus* metilicín sensible. En cuanto a las comorbilidades, el 81,3% (n=13) presentaban insuficiencia pancreática exocrina, 37,6% (n=6) alteración del páncreas endocrino (18,8% intolerancia hidrocarbonada y 18,8% diabetes asociada a la FQ) y el 18,8% (n=3) hepatopatía asociada a la FQ. La prevalencia de la infección es de 5,54%. Con respecto a la distribución de las especies encontradas *B.cepacia* en el 62,5%, *B. cenocepacia* en el 12,5%, *B. multivorans* en el 6,3%, *B. stabilis* en el 6,3%, *B. vietnamiensis* en el 6,3% y *B.dolosa* en el 6,3%. El 75% de los pacientes presentaban síntomas respiratorios al diagnóstico de la infección. Se consiguió la erradicación en 31,3% (n=5) Para el tratamiento se empleó antibioterapia combinada con tobramicina, meropenem, ceftazidima, ceftazidima avibactam y trimetropin sulfametoxazol. De los dos pacientes trasplantados de pulmón con infección bronquial crónica se produjo la reinfección post trasplante en 1 de los casos.

Conclusiones: En nuestra muestra la especie de *Burkholderia cepacia complex* más frecuente es *B.cepacia* (genomovar I) El 75% de la infección fue sintomática. Se erradicó la bacteria de la vía aérea en el 31,3%.

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA

J. Alcántara Fructuoso, M. Garci-Valera, J. Carlos Vera Olmos

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un síndrome muy prevalente y supone un reto terapéutico habitual. Este artículo trata de conocer si existen signos clínicos que nos puedan ayudar a conocer el pronóstico de estos enfermos.

Metodología: Se trata de un estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se seleccionaron de forma aleatoria 320 pacientes ingresados en el H. Morales Meseguer (Murcia) con diagnóstico de NAC entre los años 2014 y 2016. Se midieron diversas variables tanto demográficas como clínicas. Se dividió la muestra en dos grupos, en función de la mortalidad hospitalaria y se realizó estudio estadístico univariante con Chi cuadrado y multivariado, mediante regresión logística binaria para conocer la relación de las distintas variables con la mortalidad y estimación del riesgo mediante Odds Ratio.

Resultados: La media de edad fue de 75,53 años; un 58,9% eran hombres con una media del índice de Charlson de 5,54. La mortalidad fue de un 13% (42) Entre las variables estudiadas en análisis univariante, se observó un mayor riesgo significativo entre los pacientes varones (OR: 2,17; IC 95% 1,05 -4,50), los mayores de 65 años (OR: 4,49; IC 95% 1,05 - 19,19), aquellos con una puntuación en el índice comorbilidad de Charlson superior a 3 (OR: 8,12; IC 95% 1,09 - 60,59) y los que cumplían criterios de ingreso según la escala CURB65 (OR 8,12; IC 1,10 - 60,60) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con otras variables como el valor de proteína C reactiva, leucocitosis, saturación de oxígeno o hallazgos radiológicos como presencia de derrame pleural o neumonía bilateral. En análisis multivariante no se encontraron diferencias significativas con ninguna variable estudiada.

Conclusiones: La epidemiología de los pacientes ingresados por NAC en Murcia es muy similar a lo publicado en series anteriores. Se aprecia un aumento en la edad de estos pacientes, lo cual se explicaría por el envejecimiento poblacional en Europa Occidental. La tasa de mortalidad fue de 13.1%, similar a otros estudios publicados pese a la media de edad superior.

La edad, el sexo varón, puntuación alta en la escala de CURB65 y la presencia de comorbilidades se asociaron a un aumento de la mortalidad durante el ingreso tras realizar análisis univariante.

USO DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INHALADO CON COLFINAIR EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FQ EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

J.C. Rodríguez Fernández, F. Pérez Grimaldi, A. Cabeza Serrano, N.P. De La Cruz Castro, J.G. Soto

UGC Neumología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez De La Frontera. Cádiz. España.

Introducción: Las bronquiectasias no fibrosis quística (BQ) son dilataciones bronquiales anómalas y permanentes que condicionan una alteración del aclaramiento mucociliar y favorecer la aparición de infección bronquial crónica por diferentes microorganismos potencialmente patógenos (MPP) Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de antibioterapia inhalada para reducir el inóculo de MPP y así obtener mejoría clínica y menos agudizaciones. El objetivo del estudio es valorar el beneficio y la seguridad del tratamiento inhalado con colistimetato de sodio (Colfinair®) mediante dispositivo E-flow® en pacientes con BQ e infección bronquial crónica

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, en donde incluimos a los pacientes valorados en consultas de Neumología del Hospital Universitario de Jerez entre los meses de Enero de 2018 y Junio de 2019, ambos incluidos; los criterios de inclusión serían los siguientes: - Pacientes mayores de edad. - Diagnóstico de BQ mediante TC-AR de tórax.- Datos microbiológicos de infección bronquial crónica. - Realización de tratamiento antibiótico inhalado con Colfinair durante al menos un mes. Las variables incluidas en el estudio serán las siguientes: edad, sexo, tabaquismo, etiología de las BQ, MPP, E-FACED, valoración del paciente sobre el tratamiento (favorable/neutra/desfavorable), agudizaciones/año, hospitalizaciones/año, función pulmonar, erradicación del MPP, tiempo de tratamiento, efectos adversos, retiradas de tratamiento y motivo de la misma. Las variables que miden impacto del tratamiento se medirán en los 12 meses previos y posteriores al tratamiento. Los resultados se expresarán en valores absolutos y porcentajes.

Resultados: En nuestro estudio se incluyeron 18 pacientes de los cuales el 78% eran varones y 22% mujeres, con una edad media de 62,4 años. De éstos, 7 eran exfumadores y ningún fumador activo. En todos se aisló *Pseudomonas Aeruginosa* y el 39% tenían además otros MPP. Con Colfinair las agudizaciones disminuyeron (de 2,8 a 0,5 de media) Tanto el FEV1 como la FVC mejoraron un 5,2% y un 6,1% de media respectivamente. La *Pseudomonas Aeruginosa* se consiguió erradicar en 5 pacientes (28%) Respecto a la seguridad del fármaco, se retiró en 4 pacientes por falta de eficacia y efectos adversos. La valoración por parte del paciente fue muy favorable, casi el 80% se sintió satisfecho con el tratamiento.

Conclusiones:

- Los pacientes en tratamiento con colfinair presentaron una reducción de las agudizaciones.
- Los pacientes se sintieron satisfecho con el fármaco
- En casi un tercio de los pacientes se erradicó la *Pseudomonas Aeruginosa*.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA Y MUTACIÓN DE FUNCIÓN RESIDUAL EN LA ERA DE LOS MODULADORES DEL CFTR

L. Román Rodríguez¹, M.J. Garrido Sánchez², L. Carrasco Hernández¹, R. Romero Reina³, I. Delgado Peces³, E. Quintana Gallego¹

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Servicio de Pediatría del Hospital de Villarrobledo, Villarrobledo, Albacete.

³Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Con el desarrollo de las nuevas terapias moduladoras dirigidas a mejorar la función de la proteína CFTR, el genotipo cobra un papel aún más relevante a la hora de la caracterización, enfoque terapéutico y pronóstico de los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) La aprobación de moduladores del CFTR para sujetos que llevan al menos una mutación de función residual requiere un mayor conocimiento de este subgrupo de pacientes El objetivo de este trabajo fue describir las características de los sujetos que llevan al menos un alelo de función residual (FR), en comparación con los de un grupo de homocigotos F508del.

Metodología: Realizamos un estudio observacional transversal retrospectivo de los pacientes en seguimiento por la Unidad de FQ del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla hasta el año 2018 con al menos una de las 28 MFR con elegibilidad para tratamiento con moduladores del CFTR. Variables analizadas: edad actual en el seguimiento y al diagnóstico, sexo, test del sudor, infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) comorbilidades asociadas a FQ, función pulmonar e historia de trasplante pulmonar. Como grupo de comparación se extrajeron las mismas variables de sujetos homocigotos F508del.

Resultados: De los 266 pacientes en seguimiento por la Unidad, el 23,3% presentaba la mutación F508del en homocigosis y el 53% en heterocigosis. 42 pacientes presentaban al menos una mutación de FR (15,48%) estando un paciente trasplantado. Las MFR más frecuentes fueron la L206W, D1152H y 2789+5G→A. Los pacientes con MFR, presentaban mayor edad en la evaluación, con un mayor porcentaje de adultos y una mediana de edad en el momento del diagnóstico más alta ($P < 0,001$), mientras que los valores del test del sudor fueron más bajos ($p < 0,001$) No hubo diferencias en cuanto a sexos. En el grupo MFR, las infecciones crónicas por PA fueron menos comunes que en el grupo homocigoto F508del ($P < 0,001$) Los pacientes con MFR^F tuvieron un mejor FEV1 frente a los pacientes homocigotos F508del ($P < 0,001$) El análisis por edad mostró una disminución progresiva del FEV1 en pacientes con MFR. Alrededor del 80% de los niños y adolescentes con MFR tenían FEV1 superior al 90%. En cambio, aproximadamente el 40% de los adultos con MFR tenían FEV1 inferior al 70% previsto. Hubo menor prevalencia de insuficiencia pancreática y un mejor estado nutricional en los pacientes con MFR que en los homocigotos para F508del.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con mutaciones de función residual no es despreciable, por lo que ha de tenerse en cuenta a la hora de la prescripción de los moduladores del CFTR. En estos pacientes, a pesar de tener fenotipos generalmente más leves y con menos complicaciones, la enfermedad respiratoria ocurre en un considerable porcentaje de casos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE HUSC

C. Cabrero Rodríguez, P. Gámez Baeza, A.B. Gámiz Molina, S.J. Sánchez Noguera, N.A. Barba Gyengo
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Los ingresos y la incidencia de tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) en España han aumentado en los últimos años, en parte gracias al avance en la utilización de pruebas diagnósticas de imagen y en particular por la Angiografía de Tórax por Tomografía Computada (AngioTC) El objetivo de nuestro estudio es describir una serie de variables que se relacionan con frecuencia con el diagnóstico de TEP.

Metodología: Estudio descriptivo de 218 pacientes con edades comprendidas entre los 21 y 93 años cuyo diagnóstico principal fue TEP y que fueron hospitalizados en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio entre junio de 2018 y septiembre de 2019. Se analizó el género, edad, factores de riesgo (obesidad, inmovilización previa, antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica (ETV) o trombofilia, neoplasia y cirugía reciente), la presencia o no de trombosis venosa profunda (TVP) y la localización del TEP. La información fue obtenida de su historia clínica.

Resultados: 218 pacientes, 118 mujeres y 100 hombres con una media de edad de 70 años y con una mediana de 76. En cuanto a la localización, en 61 pacientes el TEP era masivo, en 55 afectaba a arterias pulmonares principales, en 55 a lobares, en 45 a segmentarias y en 2 a subsegmentarias. El 45% de los pacientes tenían signos directos o indirectos de sobrecarga derecha objetivada mediante angioTC, propéptido natriurético cerebral N-terminal (NTproBNP) o ecocardiograma (ETT) La prevalencia de los factores de riesgo en nuestra población por orden de frecuencia fueron: inmovilización previa (53), obesidad (44), neoplasia (30), antecedentes familiares de ETV o de trombofilia (23) y cirugía reciente (11) Un 45% de pacientes presentaron TVP, destacando las femorales (37) y poplíteas (23)

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes hospitalizados por TEP en nuestro centro presentaban afectación de arterias pulmonares principales o afectación masiva, es decir, un grado

de afectación que justificaba su clínica, su ingreso y su tratamiento anticoagulante. Casi la mitad de los pacientes presentaban signos de sobrecarga de cavidades derechas, siendo más probable el desarrollo de insuficiencia cardíaca.

Los factores de riesgo más frecuentes de desarrollo de TEP en nuestros pacientes fueron la inmovilización y la obesidad, características frecuentes en pacientes de edad avanzada, como podemos ver en la edad media de nuestra población estudiada. La presencia de TVP se considera un factor importante a descartar como causa de TEP, observándose en casi la mitad de nuestra muestra.

ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA A LOS QUE SE HA INSTAURADO FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

S. Marín Romero¹, S. López Ruz¹, T. Elías Hernández¹, M.D. Ucero León², J.L. Ortega García³, V. Nacarino Mejías³, A. Iglesias López³, M. Espinoza Solano¹, R. Otero Candelera¹, L. Jara Palomares¹

¹Neumología. Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Enfermería. Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

³Unidad Radiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Aunque los filtros de vena cava se utilizan para prevenir la tromboembolia pulmonar (TEP) en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en los que está contraindicado la anticoagulación (ESC/ERS 2019), la evidencia sobre su eficacia y seguridad es aún limitada. La evidencia en la que se sustenta dicha afirmación se basa en dos ensayos clínicos en los que se comparó la anticoagulación vs. anticoagulación + filtro de cava. Por ello nos planteamos: 1) analizar las complicaciones (sangrado mayor, recurrencia y muerte) a corto plazo (30 días); 2) Comparar nuestros resultados a corto plazo con una serie histórica (Muriel et al. JACC 2014); 3) Analizar las complicaciones a largo plazo.

Metodología: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos con ETV aguda sintomática en los que se instauró un filtro de vena cava en el periodo comprendido desde enero de 2015 hasta agosto de 2019. Analizamos

la proporción de complicaciones (sangrado mayor, recurrencia y muerte) a 30 días, y realizamos una comparación de nuestros resultados con los publicados previamente (Muriel et al. JACC 2014) mediante la prueba Z de comparación de proporciones.

Resultados: Durante el periodo de estudio se colocaron 65 filtros de vena cava inferior, con un predominio de hombres (63,5%) y una mediana de edad de 62 años (p 25 - 75: 49,5 - 74,5) Las comorbilidades más frecuentes fueron el cáncer (44,6%), tabaquismo (32,3%) y la dislipemia (27,7%) El motivo para la colocación del filtro de vena cava fue: intervención quirúrgica (53,8%), sangrado reciente (38%) y alto riesgo de sangrado (18,5%) La mediana de días desde el evento tromboembólico venoso hasta la colocación del filtro de vena cava fue 14 (p 25 - 75: 3 - 29,5) En aproximadamente dos tercios de los pacientes se pudo retirar el filtro sin incidencias. A 30 días, hubo una recurrencia (1,5%), tres hemorragias graves (4,6%) y 5 muertes (7,7%) La mediana de seguimiento fue de 8,77 meses (p 25 - 75: 3,5 - 18) Durante todo el seguimiento hubo 2 recurrencias (3,1%), 5 hemorragias graves (7,7%) y 15 muertes (23,1%) No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las complicaciones a 30 días en nuestra serie, comparado con el trabajo publicado por Muriel et al. JACC 2014.

Conclusiones: En nuestro centro, la colocación de filtro de vena cava presentó una tasa de complicaciones similares a las publicadas previamente.

ANÁLISIS DE LA EXISTENCIA DE BRONQUIECTASIAS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Salcedo Lobera, G. Bentabol Ramos, A. Doménech del Río

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las bronquiectasias (BQ) son 2 de las enfermedades más frecuentes e infradiagnosticadas en Neumología. Por su elevada prevalencia puede ser fácil encontrarla de forma sincrónica. Nuestro objetivo es observar la prevalencia de bronquiectasias en pacientes EPOC en un hospital de tercer nivel.

Metodología: Estudio observacional y descriptivo de 83 pacientes en seguimiento en nuestra consulta monográfica de EPOC durante tres años. Se recogieron datos generales como edad, sexo, hábito tabáquico, pruebas funcionales respiratorias, colonizaciones, necesidad de antibioterapia inhalada y número agudizaciones graves con necesidad de ingreso hospitalario en el último año.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes fue de $68,31 \pm 8,96$ años siendo el 76,5% varones. Casi un 80% eran exfumadores con un IAT medio de $57,72 \pm 21,61$ paq-año. Los valores medios espirométricos fueron: FVC $2.237,22 \pm 712,90$ cc, FVC% $58,12 \pm 14,95\%$, FEV1 $1.304,69 \pm 536,87$ cc, FEV1% $47,13 \pm 16,75\%$, FEV1/FVC $57,16 \pm 11,50\%$. Un 30% tuvieron reagudizaciones en el último año. En el grupo de bronquiectasias tenemos 38 pacientes con una edad media de $68,02 \pm 9,22$ años siendo el 82% varones y el 73% exfumadores con un IAT medio de $59,32 \pm 21,90$ paq-año. Funcionalmente encontramos: FVC media 2.268 ± 768 cc, FVC% $58,48 \pm 13,97\%$, FEV1 $1.315,68 \pm 622$ cc, FEV1% $47,30 \pm 19,18\%$, FEV1/FVC $56,14 \pm 11,95\%$. En la prueba de los 6 minutos marcha recorrían $336,67 \pm 118,77$ metros y presentaban un BODE $4,3 \pm 1,90$. A nivel microbiológico 8 casos estaban colonizados, 6 por *Pseudomonas*, 1 *E.Coli* y 1 *Klebsiella pneumoniae*. 6 casos se encuentran en tratamiento con colistina. En el grupo sin bronquiectasias tenemos 45 pacientes con una edad media de $67,60 \pm 8,8$ años siendo el 77% varones y 74% exfumadores con un IAT medio de $58,86 \pm 21,18$ paq-año. A nivel funcional, la FVC media era de 2165 ± 661 cc, FVC% $57,80 \pm 13,35\%$, FEV1 $1274,93 \pm 473$ cc, FEV1% $46,71 \pm 14,40\%$, FEV1/FVC $56,77 \pm 11,45\%$. En el test de 6 minutos marcha recorrían $333,97 \pm 110$ metros con un BODE $3,4 \pm 1,93$. A nivel microbiológico 3 casos estaban colonizados, 1 *Pseudomona*, 1 *Haemophilus* y 1 *stretophormonas*. 1 caso se encontraba en tratamiento con colistina. Al comparar ambos grupos no se objetivaban diferencias estadísticamente significativas en ninguno de nuestras comparaciones.

Conclusiones: Es fundamental descartar bronquiectasias en los pacientes EPOC con *Pseudomonas*.

Se necesitan estudios con muestras de mayor tamaño para establecer diferencias en el pronóstico de estos pacientes.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON AGUDIZACIONES EN UNA CONSULTA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

Á. Cabeza Serrano¹, J.A. Delgado Torralbo², V. Almadana Pacheco², A. Valido Morales²

¹Servicio Neumología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz;

²Servicio Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) define a la agudización o exacerbación como un episodio agudo de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y que se caracteriza por un empeoramiento de los síntomas respiratorios. Sin embargo, muchas de las agudizaciones no son comunicadas al médico, ya que la intensidad, duración y frecuencia de las mismas varía mucho de un paciente a otro. La literatura demuestra que las exacerbaciones afectan a la progresión de la enfermedad, generan elevados costes, producen un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y aumentan la mortalidad en los pacientes más frágiles.

Metodología: Estudio descriptivo y prospectivo en el que se analizaron todos los pacientes que consultaron por exacerbación de forma precoz en la consulta monográfica de Rehabilitación Respiratoria, desde enero a noviembre de 2019. El objetivo principal del estudio fue analizar si el manejo precoz de este tipo de pacientes con exacerbaciones evitaba una recaída de su enfermedad, entendida como empeoramiento de sus síntomas, con una visita a Urgencias o una hospitalización, entre la finalización del tratamiento pautado y las 4 semanas posteriores (definición según GesEPOC) Entre los objetivos secundarios se valoró la función pulmonar (FVC, FEV1, cociente FEV1/FVC) y la escala BODE.

Resultados: De los 56 pacientes analizados, 21 eran mujeres (37,5%) y 35 varones (62,5%), con una edad media de 67 años. Durante el año previo tuvieron un ingreso hospitalario de causa respiratoria el 28.5% de los pacientes. Del total de los pacientes que consultaron de forma precoz, un 3,6% lo hizo de forma telefónica, mientras que el resto (96,4%) lo hicieron de forma presencial en la consulta. Fue necesaria la administración de tratamiento, en el momento de la consulta, a 15 pacientes (26,8%) y 10 pacientes (17,9%) precisaron un ingreso directo desde la consulta. Tras el manejo precoz de los 56 pacientes, incluidos los ingresos

directos, presentaron una recaída, en las 4 semanas posteriores, el 16% de los pacientes, entendida como hospitalización o visita a Urgencias por causa respiratoria. En cuanto a función pulmonar, presentaban de media un FEV1 de 990 ml (39%), FVC de 1.948 ml (60%) y un cociente FEV1/FVC de 48, la escala BODE fue de 4,8 puntos. No hubo diferencias significativas en cuanto a función pulmonar ni en la escala BODE entre los pacientes que presentaron una recaída de su enfermedad y los que no.

Conclusiones: Una intervención precoz de las agudizaciones en este tipo de pacientes parece ser una medida útil para evitar recaídas de la enfermedad.

La mayoría de los pacientes que consultaron fueron pacientes varones con EPOC, con un grado de obstrucción severo y una puntuación elevada en la escala de riesgo BODE.

No hubo diferencias significativas en función pulmonar entre los pacientes que presentaron una recaída a las 4 semanas y los que no. La puntuación en la escala de riesgo BODE también fue similar en ambos grupos.

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC

C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Díez-Madroño¹, A. Losa García-Uceda¹, E. Morales Manrubia¹, B. Barragán Pérez¹, J.A. Durán Cueto¹, M.E. Ruíz Carretero¹, C. de Dios Calama¹, J.A. Riesco Miranda²

¹Complejo Hospitalario Universitario. Cáceres.

²CIBERES.

Introducción: El estado nutricional influye en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes (p) con EPOC. Las agudizaciones de esta enfermedad se correlacionan con un peor pronóstico de supervivencia y empeoramiento de su calidad de vida. Por ello, desarrollamos el siguiente estudio cuyo objetivo era comparar el estado nutricional de p. con EPOC según el antecedente de hospitalización por agudización grave en el año previo.

Metodología: Estudio prospectivo de dos meses de duración (15 septiembre-15 noviembre 2019) donde se incluyeron p. diagnosticados de EPOC en seguimiento por nuestras consultas. Hicimos una valoración nutricional a todos los p. mediante el test de bioimpedancia y cuestionarios de riesgo de desnutrición (Mini Nutritional Assessment (MNA) p. >65 años, y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) p <65 años) Además, obtuvimos datos

epidemiológicos, clínicos, analíticos, espirométricos y antropométricos a partir de su historia clínica. Los datos se almacenaron en una base creada al efecto. Se realizó un estudio comparativo entre dos grupos de p; según si habían presentado agudización grave con hospitalización en el año previo o no. El estudio estadístico se hizo mediante programa informático PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyen 75 pacientes, entre los cuales distinguimos que el 33% presentó agudización grave con hospitalización en el año previo (Grupo 1) (G1) y el 67% no (Grupo 2) (G2) En ambos grupos observamos mayor porcentaje de varones (G1: 84%, G2: 88%), exfumadores (G1: 84%, G2: 68%), y presencia de algún factor de riesgo cardiovascular (G1:80%, G2:62%) La edad media era de 71 (G1), y 68 años (G2), el índice paquetes año medio era de 70 (G1) y 54 (G2) y el IMC medio era de 27.1 (G1) y 26.5 (G2) Sin observar diferencias estadísticamente significativas entre ellos. En cuanto al FEV1 medio (G1: 46,6, G2: 56,5) y número de agudizaciones (G1: 1,56, G2: 0,44) sí encontramos diferencias estadísticamente significativas (p = 0,00) Sin embargo, no existen diferencias significativas entre el grado de disnea funcional y los valores analíticos de ambos grupos. A continuación comparamos los parámetros obtenidos en el estudio nutricional:- Índice de mineralización ósea G.1:2.7, G.2:2.6 - % masa grasa G.1:27.5, G.2:27 - % masa libre de grasa G.1:72.4, G.2:72.9 - Índice de grasa visceral G.1:14.5, G.2:14.1 - Índice de masa muscular G.1:13.4, G.2:12.1 - Índice de tasa metabólica(ITM) alto G.1:72%, G.2:66% - Metabolismo basal (MB) elevado G.1:68%, G.2:70% - Riesgo de desnutrición bajo G.1:68%, G.2:88% En este análisis comparativo del estado nutricional no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: No vemos diferencias en el perfil nutricional de nuestros p con EPOC y antecedentes de agudización grave. El perfil EPOC con agudización grave en nuestro medio corresponde a varón de edad avanzada, exfumador, con % de masa grasa alta, ITM y MB elevados, obstrucción funcional severa y antecedente de agudizaciones.

VENTILACION MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) O CRÓNICA AGUDIZADA (IRCA) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SIN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS: PAPEL DE LA UCI

D. Martínez Rodríguez, G. Bentabol Ramos, J. Torres Jiménez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La VMNI es en una técnica fundamental para poder manejar la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica agudizada (IRCA) Nuestro objetivo es analizar la el papel de la UCI en los pacientes inicialmente tratados por nosotros con esta técnica.

Metodología: Estudio prospectivo del primer semestre de 2019 sobre los pacientes con IRA o IRCA tratados por nosotros con VMNI. Recogimos datos generales, clínicos y gasométricos, así como el respirador utilizado (V60 cuando la necesidad de FiO2 era >40%, y Trilogy 100 u otros para el resto) Usamos el índice de Charlson (m) para el análisis de la comorbilidad, y el Apache II para evaluar la severidad y probabilidad de muerte.

Resultados: Del total de 260 pacientes analizamos 240. 55% varones, edad media 69 años (15 - 91) Charlson 5,9 (0 - 13) Apache II 23,5 puntos (6 - 45), con mortalidad predicha del 47% (13% - 95%) -Solicitud de valoración por UCI a 53 pacientes (22%) Esta solicitud se relacionó significativamente con la edad (61 años vs 71), la mayor afectación radiológica, la necesidad de usar V60 (62% vs 28%), el Apache II (26 puntos, 55% vs 22 puntos, 45%) y la planta de hospitalización (Neumología 9% de los casos, M.Interna 18%, Cirugía 38%, Infecciosas 42%, OncoHematología 50%) -Ingresaron en UCI 31 pacientes (58% de los valorados, 12,8% del total de la serie) No encontramos ninguna variable con significación estadística respecto a los valorados que finalmente no ingresaron en UCI, aunque sí tendencias en el I.Charlson (5,1 en ingresados vs 6.2 en valorados pero no ingresados), necesidad de V60 (67% vs 54%) o mayor afectación radiológica -La mortalidad del total de la serie global fue del 29%, ascendiendo al 52,8% en el subgrupo valorado por UCI. La mortalidad de los que finalmente ingresaron en UCI fue del 48%, frente al 59% en los valorados por UCI pero finalmente no ingresados.

Conclusiones:

-En sólo el 22% de los casos con IRA/IRCA tratados por nosotros con VMNI se solicita valoración por UCI, ingresado en dicha unidad el 58% de éstos

-Esta solicitud de valoración se relaciona de forma significativa con la menor edad y la mayor afectación clínico-radiológica, así como con una mayor puntuación en el Apache II. También con la planta de origen (en relación con su patología de ingreso) No se relaciona con la I.Charlson ni los datos gasométricos iniciales

-No encontramos diferencias significativas entre, de los valorados, los que finalmente ingresaron en UCI o no, aunque sí tendencias apreciables -La mortalidad de los pacientes valorados por UCI fue significativamente mayor que la del grupo general (52% vs 29%), no existiendo diferencias significativas en los que, de los valorados, finalmente sí ingresaron en dicha unidad.

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) O CRÓNICA AGUDIZADA (IRCA) TRATADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

E. Salcedo Lobera, M. Ruano Carretero, J. Torres Jiménez

Servicio de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La VMNI es una técnica fundamental para el manejo de la IRA/IRCA. Nuestro objetivo es analizar la mortalidad en los pacientes a los que hemos aplicado esta técnica.

Metodología: Estudio prospectivo, durante los seis primeros meses de 2019. Recogimos datos generales, clínicos y gasométricos, así como respirador utilizado, índice de Charlson (m) para análisis de la comorbilidad, y Apache II para evaluar severidad y probabilidad de mortalidad

Resultados: El 55 % varones con una edad media de 69 años. La mortalidad media predicha por Apache II 47% mientras que la real global fue del 29% *La mortalidad real se relacionada significativamente con: -Comorbilidad (I. Charlson (m) 6,97 éxitus vs 5,49 vivos), presentando una mortalidad del 42% aquellos casos con Charlson >5puntos. -Planta hospitalización: Neumología 20%, M. Interna 43%, Oncohematología 77%. -Intensidad trabajo respiratorio (moderado/severo 81% vs 53%) -Respirador (V60, necesidad FiO2

>40%: 48% vs Otros: 18%) *La mortalidad global no se relacionó con edad, sexo, radiología, nivel de conciencia ni datos gasométricos. Analizando la mortalidad real según el porcentaje predicho por el Apache II observamos que los pacientes con menos 50% de probabilidad de éxito fallecieron el 20% y aquellos con más del 50% de probabilidad fallecieron el 40%. En los 20 que, estadísticamente, “no deberían” haber fallecido, su I. Charlson medio fue de 7,1.

Conclusiones:

-La mortalidad real esperada fue considerable (29%) pero menor a la esperada según Apache II (47%)

-La mortalidad real se relaciona con la mayor comorbilidad (I. Charlson), así como con la necesidad de usar V60, y con la intensidad del trabajo respiratorio

-El Apache II ha proporcionado una probabilidad de muerte cercana a la real (54,8% vs 48,8%) en los casos ventilados con V60, (mayor hipoxemia), pero no en los casos que han requerido otro tipo de respirador (43,6% vs 18,0%)

-Tras el análisis pormenorizado de nuestra mortalidad real, creemos que no ha habido ningún fallecimiento no esperable, a pesar de no contar con unidad específica para VMNI.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

N. Reina Marfil, A. Aguilar Gálvez, E. Cabrera César, A. Martínez Mesa, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la degeneración progresiva de neuronas motoras, que se caracteriza por la debilidad y parálisis de los músculos de miembros superiores e inferiores, cara y tronco, incluido el diafragma, dando lugar a insuficiencia respiratoria progresiva, con un pronóstico fatal. El abordaje multidisciplinar de la enfermedad es fundamental en estos pacientes y el neumólogo juega un papel imprescindible en su atención. El objetivo de este estudio ha sido analizar las características de los pacientes con ELA en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva en nuestra área sanitaria.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que están en seguimiento multidisciplinar en nuestro hospital, evaluando datos demográficos, clínicos y terapéuticos.

Resultados: Un total de 23 pacientes con ELA hacían seguimiento multidisciplinar en nuestro centro. El 39% (9 pacientes) estaban en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y son los paciente que fueron incluidos en el análisis de los datos. La edad media era de 57 años (rango: 42 - 70) El 56% eran mujeres (5) El tiempo de evolución de la enfermedad era de 16 meses de media (rango: 5 - 32) La valoración inicial por neumología se había realizado en 108 días de media desde el diagnóstico de la enfermedad; la derivación se hacía a criterio de neurología. El 67% (6 pacientes) toleraban bien la VMNI. Las presiones medias eran de 11.8 cm H₂O para la IPAP y de 5.8 cm H₂O para la EPAP. La indicación fue por síntomas en un caso (11%) y el resto, tras los hallazgos detectados en un estudio de sueño (89%) En cuanto a la interfase, 4 pacientes usaban mascarilla nasal (44%) y 5 oronasal (56%) El 33% (3) no toleraban la VMNI. El 33% (3) usaban asistente de tos, 22% (2) necesitaban además oxigenoterapia. El 22% (2) se alimentaban a través de sonda de gastrostomía. Realizaban seguimiento por rehabilitación todos los pacientes (100% - 9), por endocrino el 67% (6) y por paliativos el 33% (3) En 3 casos había registro de voluntades anticipadas (33%)

Conclusiones: La ELA es una enfermedad compleja donde el neumólogo juega un papel esencial dentro del manejo integral del paciente. En nuestro estudio, una tercera parte de los pacientes precisaban tratamiento con ventilación mecánica no invasiva, con buena tolerancia en la mayoría de los casos y cuya indicación se había realizado tras un estudio de sueño. Llama la atención que solo una tercera parte había realizado registro de voluntades anticipadas, lo que dificulta la toma de decisiones para la familia y sanitarios en las fases avanzadas de la enfermedad cuando la VMNI ya no es suficiente para controlar el fracaso respiratorio.

VALORACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON STEINERT: LA APNEA DEL SUEÑO COMO SOCIO FRECUENTE

J.A. Delgado Torralbo, R. Perera Louvier, J.S. Gordillo Fuentes, J.M. Benítez Moya, A.S. Valido Morales

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La afectación de la musculatura respiratoria, es común a la mayor parte de enfermedades neuromusculares. En la distrofia de Steinert (DM1), se produce de forma lentamente progresiva. En la última guía clínica de consenso¹, se recomienda la valoración neumológica periódica de estos pacientes debido a que es determinante en su evolución. Nuestro objetivo es hacer una descripción de los pacientes de la unidad de trastornos del sueño y ventilación.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo desde enero 2018 hasta noviembre 2019, de pacientes con Steinert, con revisiones al menos semestrales. Recogimos datos epidemiológicos, antropométricos, clínicos, comorbilidades, funcionales respiratorios, estudios de sueño y tratamientos de la historia clínica digitalizada.

Resultados: El total de pacientes fue: 24. El número total diagnosticados de DM1 en nuestra área hospitalaria fue: 67. Por tanto se han valorado en consulta el 35,8%. La media de edad: $46,92 \pm 12,15$. Hombres: 16 (66,7%) IMC medio: $28,33 \pm 6,14$. La media de edad del diagnóstico fue: $38,3 \pm 10,26$ y de años diagnosticados: $8,62 \pm 6,32$. Tenían diagnóstico genético: 20 (83,3%) La media de CPK fue: $185,93 \pm 96,64$. Fue superior en varones ($193,82 \pm 96,75$) sin diferencias estadísticamente significativas. El síntoma respiratorio más frecuente fue la disnea de esfuerzo (mMRC 1): 47,1%. Se realizó estudio de sueño a 19 (79,17%) La media de IAH: $24,16 \pm 13,58$ y la CT90% media: $33,83 \pm 31,34\%$ sin correlación entre ambos ($p=0,36$) Fueron diagnosticados de SAHS 17 (70,84%), leve (3; 17,6%; media: 9,1), moderado (7; 41,17%; media: 18,3), grave (7; 41,17%; media: 38) La media en el test de Epworth (ESS) fue: $6,9 \pm 4,11$. No existe correlación entre IAH y Epworth ($p = 0,63$) Se inició CPAP a 15 pacientes (62,5%) y VMNI a 4 pacientes (16,7%), con una media, entre el diagnóstico y su inicio, de $6,26 \pm 6,02$ años. Los motivos de inicio de VMNI fueron por FEV1 y FVC <50%, CT90% muy elevada y mala respuesta a tratamiento con CPAP. La ratio media fue: $5,2 \pm 4$ h. 3 pacientes (12,5%) tenían oxígeno domiciliario y 2 (8,4%) con tosedor. Todos tenían patrón restrictivo con

media de FVC%: $70,8 \pm 21,38$; solo 4 tuvieron $\leq 50\%$. La media de pico de tos, PIM y PEM fueron: $267,8 \pm 82,6$ l/min, $42,21 \pm 21,7$ y $36,64 \pm 18,14$, respectivamente. Gasométricamente media pH $7,4 \pm 0,021$, pCO₂ $42,45 \pm 4,47$ y pO₂ $76 \pm 19,8$. Las comorbilidades más frecuentes fueron cardíacas (10; 41,7%) y la disfagia (14; 58,4%)

Conclusiones: Existe una proporción baja de pacientes con DM1 que tienen, al menos, una valoración respiratoria en nuestra área.

La prevalencia de SAHS es elevada, que en nuestra muestra suele ser moderado, con escasa somnolencia diurna y una CT90% elevada.

En nuestros pacientes predomina la restricción moderada compatible con la evolución lentamente progresiva de la enfermedad.

La tos asistida es poco utilizada a pesar de picos de tos, PIM y PEM bajos.

El grado de cumplimiento, aunque suficiente, se encuentra en general en el límite inferior de la normalidad.

ANÁLISIS DE 117 PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL Y ACIDOSIS RESPIRATORIA TRATADOS CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI) EN NUESTRO MEDIO

M. Ruano Carretero, M. Arredondo López, J. Torres Jiménez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La VMNI es técnica fundamental para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica agudizada (IRCA) Nuestro objetivo es analizar los casos de insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria (IRGAR) tratados por nosotros con VMNI.

Metodología: Estudio prospectivo del primer semestre de 2019. Recogimos datos generales, clínicos y gasométricos venosos, así como el respirador utilizado (V60 cuando la necesidad de FiO₂ >40%, y Trilogy 100 u otros para el resto) Usamos el índice de Charlson (m) para el análisis de la comorbilidad, y el Apache II para la severidad del proceso agudo y su probabilidad de muerte, así como escalas de severidad creciente para la afectación radiológica (0 - 2), trabajo respiratorio (0 - 3) o disminución del nivel de conciencia (0 - 3)

Resultados: 55% varones, edad media 67 años (15 - 91) Se inició la VMNI en Neumología en el 26.4% de los casos, Urgencias 20.5% y M. Interna

19,6%. Radiología: sin infiltrados 41%, unilaterales 28%, bilaterales 27%. Trabajo respiratorio moderado o intenso en el 58% de los casos. Nivel de conciencia: despertar difícil 15%, estupor/coma 7%. La puntuación media del I. Charlson (m) fue de 5,9 puntos (0 - 13), y del Apache II de 24 puntos (11 - 45), lo que implica una mortalidad esperada del 48% (13% - 95%) Ingresaron en UCI el 12% de los casos. Usamos el respirador V60 (necesidad de FiO₂ >0,4) en el 34% de los casos. Trilogy 100 en el 48%, y otros respiradores en el 18% de los casos. La duración media de la VMNI en fase aguda fue de casi 3,7 días (1 - 15) La mortalidad fue del 28%. Analizando esta mortalidad, no apreciamos diferencias significativas con la edad, sexo, afectación radiológica, nivel de conciencia o datos gasométricos. Sí con el mayor trabajo respiratorio, el Índice de Charlson (7,0 vs 5,5), la necesidad de usar V60 (47% vs 18%) o la planta de hospitalización (M. Interna 39%, Neumología 22%). En base a este último dato, analizamos las diferencias entre los pacientes ingresados en ambas plantas, siendo los ingresados en M.Interna significativamente más mayores (75 años vs 62), con peor I. Charlson (7,1, vs 5,0) y con mayor pluripatología

Conclusiones:

-La VMNI es una técnica útil para el manejo del paciente con IRGAR aunque no se disponga de unidad específica

-La mortalidad es considerable pero francamente menor de la esperada según Apache II, con una diferencia entre ambas que hace cuestionar la idoneidad de tal escala para estos pacientes

-La mortalidad general está relacionada con la carga de morbilidad, el trabajo respiratorio y la necesidad de FiO₂ elevadas, no con las alteraciones gasométricas ni radiológicas

-La mayor mortalidad en la planta de M. Interna se debe a la mayor edad de sus pacientes y su mayor carga de morbilidad y pluripatología.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA INGRESADOS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Marín Romero¹, D. Molina Cabrerizo², F. Díaz Gutiérrez³, S. López Ruz¹, M. Espinoza Solano¹, C. Caballero Eraso¹, M.D. Ucero León⁴, M. Arellano Ceballos⁴, L. Jara Palomares¹, E. Barrot Cortés¹

¹Neumología. Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Neumología. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.

³Rehabilitación. Unidad de Fisioterapia Respiratoria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Enfermería. Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El número de pacientes con traqueotomía ingresados en planta de hospitalización de neumología se está incrementando progresivamente. La asistencia de este tipo de pacientes es compleja, y viene definida por la gravedad de su patología de base, las comorbilidades derivadas de la misma y la pérdida de autonomía que sufren, bien durante una estancia prolongada en UCI, o bien por el curso de una enfermedad neurodegenerativa. El análisis, así como el conocimiento de las complicaciones en el seguimiento son cruciales para poder abordarlas de forma integral. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las características clínicas, comorbilidades, complicaciones, evolución y supervivencia de pacientes con traqueotomía ingresados en el servicio de Neumología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

Metodología: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos con traqueotomía, ingresados en Planta de Neumología durante el periodo comprendido entre 2016 y 2019. Analizamos las características clínicas (incluyendo variables demográficas, comorbilidades, presencia de NAVM, tiempo de intubación, extubaciones fallidas, tiempo de decanulación en UCI y tiempo total de ventilación mecánica entre otras), diagnóstico al ingreso, complicaciones relacionadas con la traqueotomía y la situación al alta.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se incluyeron un total de 31 pacientes procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), plantas de hospitalización distintas a Neumología o domicilio, con una edad media de 56,87 ± 16,83 años. El 61,3%

de los pacientes ($n = 19$), desarrollaron neumonía asociada a ventilación mecánica en UCI. El tiempo medio de intubación fue de 15,6 días ($15,6 \pm 9,2$). Los diagnósticos que motivaron el ingreso en UCI con mayor frecuencia fueron la lesión pulmonar (41,9%), trauma múltiple (16,1%) y cirugía urgente (16,1%). La estancia media hospitalaria fue de $74,42 \pm 50,54$ días y la estancia media en UCI de $41,87 \pm 24,94$ días. La decanulación fue posible en el 71% de los pacientes ($n = 22$), el 80% presentó una adecuada función deglutoria al alta y un 32,3% presentó complicaciones con la cánula en planta (siendo la hipoxemia, los tapones de moco y los granulomas las más frecuentes). En cuanto a la situación al alta, 13 pacientes presentaron cierto grado de polineuropatía de paciente crítico, 9 pacientes permanecieron canulados y 9 precisaron ventilación mecánica. La supervivencia global fue del 87,1%.

Conclusiones: A pesar de la complejidad de los pacientes y la estancia media hospitalaria prolongada la supervivencia global fue mayor al 87%. Las complicaciones más frecuentes en relación a la cánula fueron la hipoxemia y los tapones mucosos. Resulta esencial el manejo integral y multidisciplinar por neumólogos especializados, fisioterapeutas respiratorios y una enfermería entrenada en el manejo de estos pacientes

VALORACIÓN DE LA MORTALIDAD Y REINGRESOS EN LOS PACIENTES CON VMNI EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

A. González Suárez¹, M.G. Rojano Rivero², A. Fulgencio Delgado³

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena,

²Medicina Interna. Hospital Infanta Elena.

³Especialista de Área en Neumología. Unidad de Neumología. Hospital Infanta Elena.

Introducción: Es una herramienta útil y cada vez más indispensable para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada (IRA, IRCA) en las plantas de hospitalización convencional. Se ha objetivado que, independientemente de la unidad donde se utilice (con disposición de una monitorización básica) se obtiene una reducción de la IOT, de morbimortalidad y de la estancia hospitalaria. El principal objetivo consiste en determinar la mortalidad en planta de los pacientes con ventilación mecánica no invasiva (VMNI), basándonos en sus comorbilidades, la patología

determinante de la ventilación y el APACHE II, además de valorar si la ventilación mecánica no invasiva influye en los reingresos.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo cuya muestra son 112 pacientes ingresados entre marzo de 2018 y octubre de 2019 en el Hospital Infanta Elena que precisaron VMNI. Las variables recogidas fueron: VMNI crónica domiciliaria, comorbilidades, motivo de ventilación, Inicio de la VMNI, indicación de RCP, días con VMNI, días de estancia, gasometría, escala APACHE II, VMNI crónica, reingresos y éxitos de los mismos.

Resultados: La edad media fue de $73,66 \pm 12$ años, mujeres 55,3% y 44,6% hombres. Un 54,3% ingresaron en MI seguidos de 39,3% en Neumología. El motivo principal de VMNI fueron: EPOC descompensado un 25% e ICC 22,3. Un 31,21% fallecieron durante el ingreso por insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica agudizada (IRCA) El motivo de la IRA o IRCA que mas frecuente conllevó a la muerte fue la ICC con un 34,28%, seguida de la reagudización EPOC en 17,14% y EAP y Neumonía con 14,28%. EL 66 % de los pacientes presentaban más de un 25% de riesgo de morir en el ingreso (APACHE II) en las primeras 24hrs de ventilación, siendo el 28,37% los ventilados por ICC seguidos de reagudización EPOC con 24,32%. Se encontró una correlación positiva entre el APACHE y la probabilidad de morir. Los pacientes ventilados tenían una media de 3 enfermedades concomitantes y de ellos en el 55 % tenía la indicación de reanimación cardiopulmonar, precisando IOT el 10%. Se prescribió VMNI para domicilio al 42,85% disminuyendo en estos los reingresos en relación a aquellos que no se les prescribió, correlacion negativa débil ($p < 0,003$)

Conclusiones: La VMNI fue exitosa y eficaz en un alto porcentaje de pacientes independientemente a las comorbilidades y a que su uso implica mayor gravedad y peor pronóstico. La mayoría de los pacientes sobrevivieron al ingreso, siendo la causa más frecuente de IRA o IRCA la EPOC y la ICC, mientras que la mortalidad fue más frecuente en ICC que en EPOC. Además, su uso de manera crónica influye positivamente en la disminución de reingresos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL HOSPITAL INFANTA ELENA (HUELVA)

M.G. Rojano Rivero¹, A. González Suárez², M. Carrero Morera², S. Berenice Cedeño De Jesús³, A. Fulgencio Delgado³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva.

³Servicio de Neumología. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un mecanismo altamente eficaz de soporte ventilatorio en numerosas patologías que condicionan insuficiencia respiratoria, permitiendo corregir esta situación sin necesidad de otras técnicas invasivas que conllevan más complicaciones y un mayor uso de recursos hospitalarios. Es esencial, por tanto, conocer el fenotipo de estos pacientes y cómo responden a esta terapia, para poder determinar el pronóstico de los mismos y anticiparse a las posibles complicaciones. El objetivo es analizar las características y comorbilidades de los pacientes ingresados que requirieron VMNI durante su estancia en el hospital. Como objetivo secundario, determinar las principales causas de VMNI en estos pacientes.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo cuya muestra son 112 pacientes ingresados entre marzo de 2018 y octubre de 2019 en el Hospital Infanta Elena y que precisaron VMNI durante su ingreso. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y comorbilidades, motivo de ventilación, VMNI previa en el Servicio de Urgencias o en UCI, indicación de RCP, tiempo de ventilación y de estancia, escala APACHE II, VMNI domiciliaria previa y/o al alta, reingresos posteriores y éxitus durante el ingreso.

Resultados: La edad media fue de 73,7 años, con un ligero predominio femenino (55,3% VS 44,6%) Más de la mitad estaban ingresados a cargo de Medicina Interna (54,5%) y hasta el 39,3% pertenecía a Neumología. Los FRCV más habituales fueron hipertensión arterial - HTA - (75,8%), dislipemia (54,4%), obesidad - IMC >30 - (49,1%) y tabaquismo (47,3%) Entre las comorbilidades recogidas destacaron: insuficiencia cardíaca crónica (ICC) (54,4%; fracción de eyección de ventrículo izquierdo - FEVI - preservada 84,8%, FEVI intermedia 8%, FEVI reducida 7%), enfermedad

pulmonar obstructiva crónica - EPOC - (38,3%) e hipertensión pulmonar (37,8%) Los principales motivos de ventilación fueron EPOC exacerbado (25%), ICC descompensada (22,3%) y neumonía (14,3%) Además, el 59,8% tenía indicación de RCP y el 12,5% tenían VMNI domiciliaria crónica. Por otro lado, el 56,2% no requirió VMNI previa a su ingreso en planta, mientras que el 34,8% precisó VMNI previa en Observación y el 8,9% en UCI. La puntuación media en la escala APACHE II fue de 16,9. El tiempo medio de ventilación fue de 6,8 días, y el tiempo medio de ingreso de 12 días, destacando un 42,8% al que se le prescribió VMNI domiciliaria al alta. Por último, fallecieron el 31,2% en el ingreso por el motivo de ventilación y el 21,9% reingresó en los próximos 6 meses, de los cuales fallecieron el 4,4%.

Conclusiones: El FRCV más observado fue HTA y la comorbilidad principal, ICC (la mayoría con FEVIp) La causa más frecuente de VMNI fue EPOC exacerbado seguido de ICC descompensada. Cabe destacar que casi un tercio de la muestra fueron éxitus durante el ingreso, mientras que más de un 20% volvió a ingresar en los próximos meses y más del 40% precisaron VMNI domiciliaria tras su ingreso.

SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MOTONEURONA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

J. Díez Sierra¹, C.M. Carrasco Carrasco¹, Á.C. Reina González¹, C. Almeida González², N. Reyes Núñez¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla,

²Servicio de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La enfermedad de motoneurona es una patología degenerativa de curso progresivo, que habitualmente evoluciona a insuficiencia respiratoria, precisa de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en el curso de la enfermedad, y tiene una elevada mortalidad. El objetivo de este estudio es analizar la necesidad de VMNI y la supervivencia en pacientes con enfermedad de motoneurona en nuestra área hospitalaria.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de enfermedad de motoneurona seguidos en una consulta monográfica de VMNI en el Área Sur de Sevilla entre enero de 2008 y noviembre de 2019. Se analizó la necesidad de

VMNI y la supervivencia mediante análisis de Kaplan Meier.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, 34 (58,6%) hombres, con una mediana (P 25 - 50) de edad de 66 (55 - 74) años. El 60% presentaron esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y el resto otras formas de enfermedad de motoneurona. En 21 pacientes (36%) se diagnosticó SAHS asociado, y 35 (61,4%) pacientes precisaron gastrostomía. La mediana de seguimiento desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 37 meses (15 - 73) En 38 casos (65,5%) se inició VMNI, de ellos en 14 (37,8%) se hizo de forma ambulatoria y en 23 (62,1%) durante hospitalización. El 27,4% de los casos había iniciado VMNI al año de seguimiento, el 44,6% a los 2 años, y el 55,2% a los 5 años. La VMNI se inició una mediana de 18 meses (4 - 36,5) tras el diagnóstico de la enfermedad, siendo el motivo principal la aparición de síntomas y/o restricción ventilatoria grave (92,3%) Al inicio de VMNI la FVC era del 51% (43,3% - 65,3%) Al final del seguimiento habían fallecido 35 pacientes (60%) La supervivencia a 1, 2 y 5 años fue del 82,3%, 76,8%, y el 49,5%, respectivamente. El lugar de inicio de la VMNI no influyó en la mortalidad (supervivencia al año y a los 5 años del 92,3% y 27% en el grupo ambulatorio frente al 69,6% y 36,5% en el grupo hospital, respectivamente, Log Rank 0,69)

Conclusiones: Más de la mitad de nuestros pacientes precisaron VMNI durante el seguimiento, la mayoría durante los dos primeros años tras el diagnóstico, por lo que es necesaria una vigilancia estrecha durante este periodo. La supervivencia en nuestra muestra es similar a la descrita en la literatura.

¿CÓMO ES LA CAPACIDAD DE ESFUERZO Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA?

S.B. Cedeño de Jesús¹, V. Almadana Pacheco², A. Valido Morales², A.M. Muñiz Rodríguez³

¹Unidad de Neumología. Hospital Infanta Elena,

²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

³Unidad de Rehabilitación Respiratoria. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: En pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística (BQ no FQ) se ha comprobado una disminución del grado de actividad física a medida que empeora la enfermedad. A pesar de que hoy en día un pilar a tener en cuenta en

el tratamiento de las BQ no FQ es el empleo de medidas que aumenten la actividad física y la tolerancia al ejercicio, la inactividad continúa siendo un punto común para estos pacientes. EL objetivo es evaluar el grado de actividad física en pacientes con BQ no FQ, medido por acelerómetro y valorar la capacidad de ejercicio para estos pacientes.

Metodología: Estudio transversal en pacientes con BQ no FQ que iban a participar en un programa de rehabilitación respiratoria (marzo 2018 a Septiembre 2019), en los que se evaluó la actividad física (AF) por medio acelerómetro Sensewear ® durante 5 días, registrando el gasto energético (GE), número de pasos, equivalentes metabólicos necesarios para realizar la actividad (METS) y duración de la actividad. Se evaluó la capacidad de ejercicio con el test de la marcha de 6 minutos (TM6M), además de variables demográficas y funcionales.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (25 mujeres), con una edad media de 60 ± 8,1 años, IMC medio de 26,9 ± 2,8 y 82,4% exfumadores. La principal etiología de las BQ no FQ fue post infecciosa en 29% y el 68% tenía infección crónica por P. aeruginosa. En relación a la AF medida por acelerómetro: el número de pasos medio fue de 5.086 ± 3.483 pasos, el GE total medio fue de 1.376 ± 826 kcal, con un GE medio en actividad por día de 543 (±305) Kcal. El tiempo de AF de intensidad media (con un gasto mayor de 2,5 METS) fue de 1,5 hrs ± 0,25. El 50,4% tenían una AF de menos de media hora al día con un GE de 1,2 METS, mientras que solo el 25% realizaban alguna AF con un GE mayor a 1,8 METS. El tiempo medio sin actividad fue de 9,09 ± 1,4 hrs, destinando 6,2 hrs de media a dormir. En el TM6M, la distancia recorrida media fue de 398 ± 75, no se produjeron desaturaciones relevantes. Solo 2 pacientes detuvieron la prueba por disnea y la limitación más llamativa fue por dolor en las piernas (Media inicial 1,12 y final 6,4), sin ser esto causa para detener la prueba. En cuanto a la función pulmonar el FEV1 medio fue de 1,6 l (69%) ± 0,5. Casi la mitad (47%) presentaban un patrón obstructivo. No se encontró relación entre el gasto energético total y el test de la marcha, sin embargo hubo una correlación significativa entre el grado de actividad física, gasto energético total y el FEV1, presentando mayor grado de actividad física aquellos con mejor función pulmonar.

Conclusiones: Los pacientes con BQ no FQ estudiados presentan en general niveles de actividad física más bajos que los aconsejables (>10000 pasos), estando relacionado con la función pulmonar. Aunque la distancia media recorrida en el TM6M fue elevada, es llamativo que la mayoría

de ellos pare por dolor en las piernas, pudiendo reflejar el desacondicionamiento físico asociado a la enfermedad.

*Beca neumosur.

*Colaboración grupo Menarini.

RELACIÓN ENTRE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y FUNCIÓN PULMONAR EN SUJETOS SANOS

M.K. Hammu¹, A. Díaz Gomez¹, R. Moya Barquero¹, D. Del Moral Ramírez¹, A. Perales Prados¹, A. Rodríguez Cabrera¹, A. L. Padilla Contreras¹, M. Arjona Molina¹, P. Romero Palacios², B. Alcázar Navarrete³

¹Estudiante. Grupo de trabajo del Proyecto de Desarrollo Pulmonar. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

²Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada,

³Hospital de Alta Resolución de Loja. Agencia Sanitaria de Poniente. Granada.

Introducción: La espirometría es una técnica imprescindible para el estudio de las enfermedades respiratorias, y para su interpretación es necesario el conocimiento de los valores antropométricos de altura y peso. El objetivo de este estudio es comparar si existe alguna relación entre las variables de función pulmonar (FEV1, FVC) y otras medidas antropométricas como la talla sentado, el perímetro abdominal y perímetro torácico.

Metodología: Estudio observacional transversal realizado en una cohorte de sujetos sanos. Comparamos los valores de la espirometría (FEV1, FVC y expresado como Z-score) con el perímetro abdominal y torácico de cada participante. Para esta comparación utilizamos un modelo de regresión lineal. Se aceptó la significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Obtuvimos datos de 734 espirometrías realizadas de 224 sujetos, con una edad media (DE) de 18,4 años. La talla sentado presentaba relación tanto con el FEV1 como con el FVC. El perímetro abdominal medio era de 78,5 (9,5) cm y el perímetro torácico medio de 85,5 (9,5) cm. Ambas medidas antropométricas tenían una relación leve con el valor absoluto del FEV1 ($r = 0,078$ y $0,110$, respectivamente) y de la FVC ($r = 0,108$ y $0,138$), sin relación con FEV1 Z-score ni FVC Z-score).

Conclusiones: Los valores antropométricos de perímetro abdominal y perímetro torácico tienen una relación lineal leve con la función pulmonar. La talla sentado tiene igualmente relación con FEV1 y FVC

EL APRENDIZAJE DE LA ESPIROMETRÍA ES POSIBLE EN ALUMNOS DEL GRADO DE MEDICINA: RESULTADOS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

J. Torres Medina¹, A. Díaz Gómez¹, A. Díaz García¹, A. Fajardo Muñoz¹, M.A. Enamorado Varela¹, S. Clares Mena¹, M.K. Hammu¹, O. Ruiz Rodríguez², B. Alcázar Navarrete², P.J. Romero Palacios³

¹Estudiante. Grupo de trabajo del Proyecto de Desarrollo Pulmonar. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

²Hospital de Alta Resolución de Loja. Agencia Sanitaria de Poniente. Granada.

³Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

Introducción: La espirometría es una técnica imprescindible para el estudio de las enfermedades respiratorias, pero su enseñanza no está reglada en el grado de Medicina. El objetivo de este estudio es conocer la calidad de las espirometrías realizadas por alumnos del grado de Medicina que participan en la Cohorte de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada

Metodología: La cohorte está integrada por alumnos del grado de Medicina, de los que un grupo participa como sujeto de la cohorte y como espirometristas tras recibir una formación reglada por personal acreditado por la ERS. Para cada espirometría se recogen los valores de función pulmonar y se califica la calidad espirometría de acuerdo con las normativas. Comparamos la calidad de la espirometría en la cohorte y cada visita tras ser evaluada por 2 neumólogos de forma independiente. La comparación de las frecuencias se llevó a cabo mediante X2. Se aceptó la significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: La cohorte está formada por 224 sujetos, con una edad media (DE) de 18,4 años (1,5), el 91,5% de raza caucásica, un 68,8% mujeres. El número total de espirometrías realizadas es de 734 espirometrías, con una mediana de seguimiento medio de 2 años. La calidad de las espirometrías ha sido de grado A del 87,1% de la 1ª visita hasta el 94,7% de la visita de seguimiento nº 6.

Conclusiones: Cerca del 95% de las espirometrías realizadas en la Cohorte de Desarrollo Pulmonar de la UGR tienen una calidad óptima. La enseñanza de la espirometría en el grado de Medicina es factible con buenos resultados técnicos.

BIOMARCADORES METABOLÓMICOS PREDICTORES DE LA CAÍDA DEL FEV1 EN FUMADORES SANOS Y PACIENTES CON EPOC LIGERA-MODERADA

L.A. Padrón Fraysse¹, A. Pereira Vega¹, C. Gotera Rivera², S. García Garrido³, T. García Barrera⁴, J.L. Gómez Ariza⁴, J.L. López Campos⁵, L. Seijo Maceiras⁶, G. Peces-Barba Romero², Investigadores de CHAIN⁷

¹Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Departamento de Neumología. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ISCIII-CIBERES.

³Fundación Andaluza Beturia de Investigación en Salud (Fabis), Huelva.

⁴Departamento de Química Analítica. Universidad de Huelva.

⁵Departamento de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Instituto de Biomedicina, Sevilla (IBIS), ISCIII-CIBERES, Sevilla.

⁶Departamento de Neumología de la Clínica Universitaria de Navarra. ISCIII-CIBERES, Madrid.

⁷Investigadores de la cohorte CHAIN (COPD History Assessment In Spain)

Introducción: El FEV1 determina la severidad de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) pero no es un buen predictor de su progresión. Son necesarios biomarcadores (BM) de predicción de la progresión de la EPOC. Nuestro estudio se diseñó para identificar BM de utilidad clínica en el diagnóstico de la EPOC capaces de predecir la caída rápida del FEV1.

Metodología: Análisis metabólico en individuos de la cohorte CHAIN (COPD History Assessment In Spain) Se analizaron muestras de sangre y el FEV1 postbroncodilatación durante 3 años consecutivos en dos grupos de sujetos o pacientes: 31 fumadores sin EPOC (controles) y 31 con EPOC ligera (EPOC) Se seleccionaron 2 grupos: Los que tenían una caída del FEV1 >100 ml/año (16 controles y 12 EPOC) y los que tenían una caída <100 ml/año (15 controles y 19 EPOC) En las muestras de sangre se realizó un estudio metabólico mediante cromatografía de gases con detector de masas (GC-MS) y análisis de inyección de flujo (FIA), en modo positivo y negativo. Para comparar los perfiles metabólicos entre los grupos se utilizó el análisis de mínimos cuadrados parciales (PLS-DA) Los metabolitos alterados, causantes de las posibles diferencias entre grupos, se seleccionaron según el parámetro importante de la variable (VIP), considerándose significativo un VIP >1. Se evaluó la especificidad y la sensibilidad de los metabolitos alterados, realizando curvas

ROC, considerando potenciales biomarcadores a los metabolitos con área bajo la curva superior a 0,75.

Resultados: Hay una clara diferencia en el perfil metabólico global de los controles y los pacientes con EPOC ligera. Encontramos 39 metabolitos alterados en ambos grupos. Al comparar los grupos según la caída anual del FEV1, también encontramos una clara diferencia entre ambos grupos. Encontramos diversos metabolitos (ácido oleico, ácido palmítico, urea, inositol y glucosa) que tenían un área bajo la curva >0,75 en el grupo con caída acelerada del FEV1. Adicionalmente, estos sujetos mostraban un descenso en los ácidos grasos y aminoácidos (fenilalanina, leucina, piroglutamato, prolina, treonina y valina) y un incremento en los niveles de fosfocolina.

Conclusiones: Los fumadores sanos pueden experimentar un descenso acelerado del FEV1 similar a los pacientes con EPOC ligero. En análisis metabólico identificó diversos metabolitos asociados a este descenso.

EMBARAZO EN FIBROSIS QUÍSTICA: ANÁLISIS DE LA TASA DE EXACERBACIONES Y HOSPITALIZACIONES

L. Román Rodríguez¹, M. Abad Arranz¹, L. Jara Palomares¹, L. Carrasco Hernández¹, I. Delgado Pecellín², E. Quintana Gallego¹

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Gracias al avance en el manejo de la Fibrosis Quística (FQ), la maternidad en estas pacientes ya no supone una rara excepción. El objetivo del estudio es valorar si el embarazo se asoció con un incremento de las exacerbaciones y/u hospitalizaciones, así como las posibles implicaciones de la enfermedad en el desarrollo y alumbramiento fetal.

Metodología: Estudio retrospectivo de embarazadas con FQ seguidas en consulta desde el año 2008 al 2019. Variables analizadas: Edad, mutaciones, comorbilidades asociadas a FQ, infecciones bronquiales crónicas, planificación familiar, tipo de concepción y parto, semanas de gestación, peso del recién nacido (RN), complicaciones, función pulmonar y tasa de exacerbaciones y hospitalizaciones.

El análisis primario se realizó comparando en las mismas pacientes la tasa de exacerbaciones y hospitalizaciones por mes (pre-embarazo vs. embarazo) Definimos la tasa como el número de pacientes con exacerbaciones/hospitalizaciones dividido por el número total de pacientes-mes en riesgo.

Resultados: En el periodo de estudio hubo 18 embarazos en 11 pacientes, el 54,54% de las cuales presentaba la mutación F508del en heterocigosis y el 9,1% en homocigosis. El 66,67% presentaba una infección bronquial crónica (80% por *Pseudomonas aeruginosa* y 30% por *Stafilococo Aureus*) Como comorbilidades destacan: insuficiencia pancreática exocrina (36,4%), intolerancia hidrocarbonada (9,1%), DM secundaria a FQ (9,1%) y hepatopatía crónica (9,1%) En el 66,7% existió planificación familiar y hubo 2 F.I.V. y 4 inseminaciones. La edad media de las gestantes fue de $31,8 \pm 5,7$ años y el IMC basal medio de $21,3 \pm 2$ kg/m². El FEV1 medio disminuyó desde el valor basal ($78,3 \pm 31,2\%$) hasta el 3er trimestre ($68,4\% \pm 28,4$), recuperándose al año ($73,4 \pm 28,5$) Al comparar el periodo previo al embarazo vs. periodo de embarazo no hubo diferencias en las exacerbaciones ni en las hospitalizaciones La tasa de exacerbaciones en el periodo pre-embarazo vs. embarazo fue de 10,1 por 100 personas/mes (IC_{95%}: 7,43 - 13,53) vs. 8,89 (IC_{95%}: 4,82 - 15,11) (p: 0,7), mientras que la de hospitalizaciones, de 1,89 por 100 personas/mes (IC_{95%}: 0,88 - 3,58) vs. 2,22 por 100 personas/mes (IC_{95%}: 0,56 - 6,05) (p: 0,9) Los partos pretérmino (21,4%), cesáreas (21,4%) y partos instrumentados (14,3%) acontecieron en pacientes con un FEV1 pre-parto <60%. La edad gestacional media fue de $37,6 \pm 2,9$ semanas y el peso medio de los RN de $2,93 \pm 0,6$ Kg. Se reportaron 4 abortos, 1 enterocolitis necrotizante en un pretérmino y 1 TEP en una gestante durante el puerperio.

Conclusiones: En nuestras pacientes, no hubo un incremento de la tasa de exacerbaciones ni de hospitalizaciones. Aunque un valor bajo de FEV1 se relacionó con el parto pretérmino, cesárea y parto instrumentado, no existieron complicaciones que nos lleven a desaconsejar la maternidad en pacientes FQ en seguimiento por una unidad multidisciplinar.

IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INTRODUCCIÓN DE 12 SQ HDM PARA EL ASMA ALÉRGICA POR ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO EN ESPAÑA

M. Romano Rodríguez¹, I. Sánchez-Guerrero², E. Martínez-Moragón³, E. Enrique⁴, C. Domingo⁵, A. Galán⁶, E. Martínez⁶, C. Miñarro⁷

¹ALK-Abelló A/S, Hørsholm, Dinamarca,

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España,

³Hospital Universitario Dr Peset de Valencia,

⁴Sección de Alergología del Hospital General de Castellón, Castellón, España,

⁵Servicio de Neumología del Hospital de Sabadell Corporació Sanitària Parc Taulí-Universitat Autònoma de Barcelona, Barc,

⁶ALK-Abelló S.A, Madrid, España,

⁷IQVIA, Madrid, España

Introducción: 12SQ HDM (Acarizax®) es un liofilizado oral que contiene extracto alérgico a ácaros del polvo doméstico (APD) estandarizado, indicado en la rinitis alérgica por ácaros moderada-severa o en asma alérgica por ácaros parcialmente controlado por corticoides asociado a rinitis alérgica por ácaros leve-severa, que ha demostrado una reducción en exacerbaciones moderadas/severas. Evaluar el impacto presupuestario (MIP) de iniciar el tratamiento con 12SQ HDM en pacientes con asma leve y moderada parcialmente controlada en España

Metodología: Se desarrolló un MIP de 3 años para analizar el impacto sobre el presupuesto sanitario de 12SQ HDM como tratamiento adicional sobre la medicación de mantenimiento, utilizando datos epidemiológicos españoles y de manejo de pacientes. Los datos de entrada, obtenidos de la literatura y opinión de expertos utilizado en el modelo, incluyeron: prevalencia de asma alérgica, recursos médicos asociados con el manejo, tasa de exacerbaciones y uso de recursos de atención médica asociados a exacerbaciones. Se estimó la utilización de recursos sanitarios y se aplicaron costes unitarios de esos recursos, para calcular los costes totales de los escenarios con y sin 12SQ HDM con el objetivo de estimar el impacto presupuestario IP desde la perspectiva del proveedor sanitario.

Resultados: Se estimó la población candidata a recibir 12SQ HDM durante tres años en 3.291, 4.565 y 5.719, respectivamente. La inclusión de 12SQ HDM lograría una reducción en el coste de las exacerbaciones de 660.331€ (1,81%), variando

entre 1.678.696€ y 484.774€ en los escenarios analizados más y menos favorables. El presupuesto total, incluido el coste de los medicamentos, el manejo del paciente y las exacerbaciones, aumentaría un 2,73% (6.728.196€), oscilando entre un 0,06% a un 3,02%.

Conclusiones: La introducción de 12SQ HDM en asma reduce el impacto presupuestario IP del manejo de las exacerbaciones en España en un 1,81%, con un impacto presupuestario IP total limitado

INDICE PEARL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EPOC. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Martínez Mesa, N. Reina Marfil, A. Aguilar Gálvez, E. Cabrera Cesar, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus exacerbaciones son un problema importante para la salud pública. Se han desarrollado diferentes escalas para evaluar tanto su nivel de control como su nivel de severidad y riesgo de mortalidad. El índice de PEARL es una escala usada para valorar el riesgo de reingreso y mortalidad a los noventa días de una estancia hospitalaria. Se conforma por cinco variables, ingresos previos, edad, grado de disnea fallo cardiaco izquierdo y fallo cardiaco derecho. El objetivo de este estudio ha sido ver la relación entre el índice de PEARL y la mortalidad a los 90 días de un ingreso hospitalario por exacerbación de EPOC.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo sobre una selección aleatoria de 150 pacientes que ingresaron entre 2016 y 2017 en el servicio de neumología de nuestro hospital. Se han recogido las siguientes variables: edad, género, ingresos previos, grado de disnea al ingreso, signos de fallo cardiaco derecho e izquierdo, tabaquismo y defunción en durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, de los cuales 31 eran mujeres (20,67%) y 119 eran varones (73,99%) La edad media fue de 71,81 con una desviación típica de 10 estando el 21,33% por encima de 80 años. El 29,33% (44 pacientes) eran fumadores activos. La tasa de fumadores activos en el grupo de alto riesgo fue de 9% (3 pacientes) El 49,3% (74 pacientes) tenían más de dos ingresos previos en neumología. El 27,33% (41 pacientes) tenían signos de fallo cardiaco derecho al ingreso y el 22,67% (34), signos de fallo cardiaco izquierdo.

Con respecto al grado de la disnea según la escala eMRCD, el 26% (39 pacientes) tenía disnea por debajo de 3, 28,67% (48 pacientes) grado 4, el 20% (30 pacientes) grado de 5a y finalmente 25,33% (38 pacientes) un grado de 5b. La distribución del índice de PEARL fue: riesgo bajo: 32,67% (49 pacientes) con 0 defunciones durante el ingreso. Tasa de mortalidad del 0%. Riesgo intermedio: 46,67% (70 pacientes) con un total de 15 defunciones y 55 supervivientes. Tasa de mortalidad del 21%. Riesgo alto: 2,67% (31 pacientes) con un total de 22 defunciones y 9 supervivientes. Tasa de mortalidad del 70%.

Conclusiones: El índice de PEARL es una herramienta de fácil aplicación que nos permitió identificar a los pacientes con un mayor riesgo de fallecimiento. El grupo de alto riesgo tuvo una tasa de mortalidad mayor a la del grupo de intermedio y bajo riesgo (aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos) Conocer el índice de PEARL de nuestros pacientes puede ayudarnos en la toma de decisiones clínicas y en la asignación de los recursos sanitarios.

CLUSTER DE PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (DAAT) EN LA COSTA DE HUELVA

A. Fulgencio Delgado¹, S.B. Cedeño De Jesús¹, B. Gómez Rodríguez¹, C. Rodríguez Candilejo²

¹Médico adjunto. Servicio de Neumología. Hospital Infanta Elena. Huelva,

²Enfermería. Servicio de Neumología. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción: El déficit de AAT (DAAT) es una enfermedad rara por déficit de una glucoproteína que predispone el desarrollo de enfisema pulmonar a edades más tempranas de la vida. El tabaco y las agudizaciones son los principales factores de riesgo que aceleran el desarrollo de la enfermedad. Continúa siendo infradiagnosticada por lo que el screening familiar resulta fundamental para promover e implantar medidas de prevención primarias. El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características de los pacientes diagnosticados en nuestra área sanitaria y su prevalencia.

Metodología: Estudio descriptivo en el que se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de déficit de AAT encontrados en el área sanitaria del Hospital Infanta Elena de Huelva desde Octubre de 2018 hasta Noviembre de 2019. Se han recogido variables demográficas, antecedentes personales

y otras relacionadas con síntomas, pruebas funcionales, analíticas, genotípicas y tratamiento.

Resultados: Existen 22 pacientes diagnosticados mediante frotis bucal de 6 familias distintas, localizadas en dos clúster: 4 en Lepe y 2 en Bollullos del Condado. La prevalencia de la enfermedad en nuestra área es del 0,013%. La edad media global es de 40 años, 55% varones y 45% mujeres. El 59% tenían antecedentes de tabaquismo, de los cuales el 27% fumaba de forma activa. La función pulmonar estaba conservada con FEV1 de 98,47% y FEV1/FVC de 80,31. El alelo deficitario más frecuente ha sido el PI*Z, presente en 14 pacientes; seguido del PI*S en 10. El alelo raro M malton se ha encontrado en 7 de los pacientes, todos naturales de Lepe. El genotipo más frecuente es el M/Z (36%), con niveles medios de AAT de 78,9 mg/dl (medido por nefelometría). Hay 3 pacientes con tratamiento sustitutivo.

Conclusiones: El perfil de nuestro paciente con DAAT es el de un varón de edad media, asintomático, con antecedentes de tabaquismo, función pulmonar conservada y sin signos de enfisema pulmonar; portador del alelo PI*Z y probable genotipo M/Z. Existe una tendencia significativa hacia un mayor daño pulmonar, peor función respiratoria y más síntomas en pacientes con más edad y déficit moderado; precisando terapia sustitutiva con mayor frecuencia. Por lo tanto, la búsqueda activa de esta enfermedad permite establecer el diagnóstico a edades más tempranas, con menor afectación clínica y funcional; permitiendo desarrollar estrategias de prevención primaria más efectivas.

Opta a: Premio

Archivos adjuntos: Archivo adjunto 1: Ver adjunto 1 Archivo adjunto 2: Ver adjunto 2 Archivo adjunto 4: Ver adjunto 4

CAPACIDAD DE ESFUERZO EN HOMBRES Y MUJERES EPOC: ¿SON TODOS IGUALES?

V. Almadana Pacheco, C. Benito Bernáldez, L. Marín Barrera, R. Ayerbe García, A. Valido Morales
Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: En los últimos años la prevalencia de mujeres con EPOC ha ido en aumento y existen cada vez más estudios que ponen de relevancia rasgos diferenciales entre hombres y mujeres EPOC, sin embargo, el campo

de la capacidad de ejercicio ha sido menos evaluado. **Objetivo:** Evaluar las diferencias en capacidad de esfuerzo entre hombres y mujeres en una cohorte de pacientes EPOC.

Metodología: Estudio prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes de una consulta monográfica de rehabilitación respiratoria desde enero de 2011 hasta junio de 2019. Realizaron espirometría, prueba de fuerza o test de 1 repetición máxima (T1RM), test de marcha de 6 minutos (PM6M), prueba de esfuerzo submáxima en bicicleta (PEsub) y cicloergometría con consumo (PEmax) Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas (disnea mMRC) Las variables se expresan como media \pm desviación estándar o %.

Resultados: 336 pacientes (13,7% mujeres) Las características generales de la muestra fueron: edad de $63,2 \pm 29,7$ años. Hábito tabáquico: 11,1% fumadores, 77,7% exfumadores, 10,8% en programa de abandono y 0,4 nunca fumador. IMC fue de $28,1 \pm 6,2$. La disnea mMRC fue de $2,4 \pm 0,8$. En cuanto a clasificación GOLD2019: la distribución por grados fue GOLD1 3,6%, GOLD2 26,3%, GOLD3 40,3% y GOLD4 29,9%. Y por grupos: 15,5% A, 24,6% B, 25,4% C, y 34,5% D. BODE medio de $4,3 \pm 2$. La media de metros en PM6M fue de $368,1 \pm 135,3$; en PEsub $729,6 \pm 431,2$ segundos. Los valores de PEmax fueron: Wmax $40,9 \pm 19,3$, VO2max $942 \pm 299,2$, VO2max% $51,8 \pm 14,3$, VO2/kg $12,2 \pm 3,6$, %MVV 109 ± 3 . Los resultados del T1RM (kilos) fueron: percha $27,3 \pm 9,2$, mariposa $14,9 \pm 1,2$, flexión pierna $11,6 \pm 8,3$, extensión pierna $22,4 \pm 9$, flexo-extensión codo $8,8 \pm 3,8$. Cuando se evaluó las diferencias de estas variables en relación al sexo, se encontraron diferencias en el grado de la GOLD (38,6% M vs 24,5% H en grado 2 y 15,9% M vs 32,1% H grado 4, p 0,014); en resultados PEsub (480 segundos M vs 600 segundos H, p 0,022); y en diferentes variables de PEmax como W% (51 M vs 37 H, p >0,001); VO2% (57,5 M vs 49 H, p 0,004); O2/HR% (73 M vs 63 H, p 0,001) y VE (27,5 M vs 33 H, p 0,001) También encontramos diferencias significativas (p <0,001) en el T1RM: percha 15 M vs 30 H; mariposa 10 M vs 15 H, flexión pierna 5 M vs 10 H, extensión piernas 15 M vs 25 H y flexo-extensión codo 6 M vs 8 H. La mortalidad de la serie fue del 22% (74 pacientes), en su mayoría hombres (72/2, p <0,005)

Conclusiones:

- En nuestra muestra, los pacientes evaluados presentaban un grado de disnea elevado y un grado de obstrucción grave o muy grave, sobre todo los hombres.

- Aunque las mujeres mostraron una capacidad de ejercicio más conservada que los hombres, estos reflejaron una mayor fuerza muscular y mejores resultados en pruebas de resistencia (PEsub)

- La mortalidad fue llamativamente mayor en hombres.

ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PRESIÓN POSITIVA EN LA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON SHO

E. Morales Manrubia¹, J.F. Masa¹, B. Mokhlesi², I. Benítez³, F.J. Gómez de Terreros¹, M.A. Sánchez-Quiroga⁴, A. Romero⁵, C. Caballero-Eraso⁵, M.L. Alonso-Álvarez⁶, J. Corral Peñafiel¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres),

²University of Chicago,

³Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLEIDA),

⁴Hospital Virgen del Puerto (Plasencia),

⁵Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS),

⁶Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El tratamiento del SHO es tanto la VMNI como la CPAP, sin embargo, existen pocos estudios que comparen ambos tratamientos en términos de coste - efectividad. Hemos realizado un estudio multicéntrico, randomizado, abierto y controlado para determinar el coste-efectividad a largo plazo del tratamiento con CPAP frente a VMNI utilizando como resultado primario los días de hospitalización.

Metodología: Evaluamos la utilización de los recursos hospitalarios en función de la diferencia de eficacia basada en el resultado primario (días de hospitalización/año, transformados y no transformados en términos monetarios) Los costos y la eficacia siguieron una distribución logarítmica normal utilizando un enfoque bayesiano. Se realizó un análisis secundario por subgrupos de adherencia.

Resultados: En total se seleccionaron 363 pacientes, 215 se randomizaron y finalmente 202 se analizaron. La mediana de seguimiento fue de 3.01 años para el grupo de VMNI y de 3,00 años en el grupo de CPAP. La media bayesiana estimada de días de hospitalización fue de 2,13 para CPAP y 1,89 para VMNI. La media estimada del coste por paciente/año en el brazo de VMNI, excluyendo la hospitalización, fue de 2.075,98 euros, superior al coste en el brazo de CPAP, con una media de 1.219,06 euros. La diferencia entra ambas fue de 857,6 euros. El tratamiento con CPAP resultó

más rentable que la VMNI porque las estancias hospitalarias más largas en el brazo CPAP fueron compensado por sus menores costes. La adherencia en ambos grupos fue similar.

Conclusiones: El tratamiento con CPAP es más coste-efectivo que la VMNI, por tanto, ante un paciente con SHO con SAHS severo concomitante, es preferible la utilización de presión positiva continua frente a VMNI.

BIOMARCADORES DE DEPRESIÓN EN MUJERES CON APNEA DEL SUEÑO

C.M. Carrasco Carrasco¹, J. Cordero Guevara², A. Sánchez Armengol³, B. Jurado Gámez⁴, V. Sánchez López⁵, E. Arellano Orden⁵, M.A. Martínez García⁶, F. Campos Rodríguez¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla,

²BioAraba. Vitoria,

³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla,

⁴Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,

⁵IBiS. Laboratorio de Enfermedades Respiratorias. Sevilla,

⁶Servicio de Neumología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La depresión es una enfermedad común en mujeres con apnea obstructiva del sueño (OSA), pero no existen estudios que hayan analizado marcadores objetivos de depresión en población de pacientes con OSA. El objetivo de este estudio es analizar si una serie de biomarcadores de inflamación sistémica y antioxidación podrían ser marcadores de depresión en mujeres con OSA.

Metodología: Estudio multicéntrico y transversal. Se incluyeron 247 mujeres entre 18 y 75 años diagnosticadas consecutivamente de OSA moderado-grave (índice apnea-hipopnea [IAH] ≥ 15) mediante poligrafía respiratoria simplificada en las que se recogieron muestras de sangre en situación basal. La depresión se investigó mediante la subescala de depresión del Hospital Anxiety and Depression questionnaire (HAD-D), diagnosticándose depresión cuando la puntuación fue ≥ 11 . En todas las pacientes se determinaron en situación basal niveles plasmáticos de proteína C reactiva (PCR), interleucina 6 (IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), moléculas de adhesión intercelular (ICAM1), catalasa (CAT), superóxido dismutasa (SOD), y factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). Se analizó la posible asociación entre los niveles de los diferentes biomarcadores y

la presencia de depresión, tanto considerada como variable categórica como continua.

Resultados: Las mujeres tenían una mediana (percentil 25 - 75) de edad 58 (51 - 65) años, IMC 33,5 (29 - 38,3) Kg/m², escala de Epworth (ESS) de 10 (6 - 13) e IAH 33,3 (22,8 - 49,3) 50 mujeres (20,2%) tuvieron HAD-D \geq 11 y fueron diagnosticada de depresión. El análisis de regresión logística realizado para cada biomarcador mostró que solo los niveles de IL6 se asociaron a la presencia de depresión (OR ajustada 1,20, IC 95% 1,08 - 1,34) Asimismo, el análisis de la regresión lineal confirmó que los niveles de IL6 se asociaron de forma positiva y significativa a la puntuación del HAD-D (β = 0,154; IC 95% 0,03 - 0,30) Por el contrario, ninguno de los otros biomarcadores analizados mostró asociación ni con la presencia de depresión, ni con la puntuación del HAD-D. El análisis multivariado de regresión logística en el que se incluyeron todas las variables con $p < 0,10$ en el análisis bivariado mostró que, además de los valores de IL6 (OR ajustada 1,22; IC 95% 1,09 - 1,36), la excesiva somnolencia diurna medida por el ESS (OR ajustada 1,10; IC 95% 1,02 - 1,19), y la actividad física < 30 minutos/día (OR ajustada 2,51; IC 95% 1,25 - 5,05) fueron predictores independientes de depresión.

Conclusiones: En una cohorte de mujeres con OSA moderado-grave, los niveles plasmáticos de IL6 se asociaron de forma independiente a la presencia de depresión, y se correlacionaron positivamente con la puntuación de depresión. Además de IL6, una baja actividad física y una excesiva somnolencia diurna fueron también variables predictoras de depresión.

SÍNDROME HIPOVENTILACIÓN-OBESIDAD SIN APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO GRAVE: EFECTOS DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA A LARGO PLAZO

A. Losa García¹, J.F. Masa¹, J. Corral Peñafiel¹, F.J. Gómez De Terreros Caro¹, M.A. Sánchez-Quiroga², I. Benítez³, A. Romero⁴, C. Caballero-Eraso⁴, M.L. Alonso-Álvarez⁵, E. Ordax-Carbajo⁵

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Pedro de Alcántara. Cáceres.

²Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

³Instituto de Recerca Biomèdica de Lleida. Lleida.

⁴Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS) Sevilla.

⁵Servicio de Neumología. Hospital de Burgos. Burgos.

Introducción: El síndrome de hipoventilación obesidad (SHO) se define por la presencia de obesidad, trastornos respiratorios del sueño e insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica en ausencia de otras enfermedades causantes de hipoventilación diurna. La mayoría de los pacientes (P) con SHO asocian apneas obstructivas del sueño (AOS) grave de manera concomitante, siendo la ventilación no invasiva (VNI) una forma efectiva de tratamiento en este tipo de P. Tan sólo el 27% de P con SHO no asocian AOS grave, existiendo poca evidencia sobre el efecto de la VNI en este perfil de P. Dado que la VNI tiene mejores resultados a medio plazo que las modificaciones en el estilo de vida (MEV), se plantea la posibilidad de que el tratamiento a largo plazo con VNI pueda llevar a mejores resultados que las MEV en P con SHO sin AOS grave asociada.

Metodología: Se diseñó un ensayo multicéntrico, abierto, aleatorizado, controlado para comparar la efectividad de la VNI a largo plazo con las MEV en P ambulatorios con SHO sin AOS grave no tratados previamente; siendo los días de hospitalización/año el objetivo primario del estudio. El análisis se realizó por intención de tratar y por protocolo.

Resultados: 49 pacientes fueron asignados al azar al grupo de VNI y 49 al grupo control (MEV) y se analizaron 48 pacientes de cada grupo, con un seguimiento mínimo de 3 años. La media de días de hospitalización/año fue de 2,6 en el grupo de las MEV y 2,71 en el grupo de VNI, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,882$), con resultados similares en el análisis por protocolo ($p = 0,898$) La incidencia de eventos cardiovasculares fue del 23% en el grupo de las MEV y del 21% en VNI (sin diferencias estadísticamente significativas $p = 0,927$), con resultados similares en el análisis por protocolo ($p = 0,717$) Fallecieron el 19% de los pacientes de ambos grupos ($p = 0,893$), la causa más frecuente en el grupo de VNI se relacionó con eventos cardiovasculares y en el grupo de MEV fue la insuficiencia respiratoria (con resultados similares en el análisis por protocolo $p = 0,529$) Las cifras de PaCO₂, pH y bicarbonato mejoraron significativamente más ($p < 0,05$) con el tratamiento con VNI, en comparación con las MEV. Los eventos adversos fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: En el fenotipo de SHO sin AOS grave concomitante, la VNI a largo plazo mostró resultados similares a las MEV en cuanto a días de hospitalización/año, incidencia de eventos cardiovasculares y mortalidad; sin embargo las cifras de PaCO₂, pH y bicarbonato fueron mejores

con VNI. Se necesitan estudios más amplios para determinar mejor el beneficio a largo plazo de la VNI en este fenotipo de SHO menos prevalente en la población.

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (PECP) EN LA PREDICCIÓN DE MORBILIDAD POR CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

C. España Domínguez, M. Morales González, A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, A. Hidalgo Molina, A. Arnedillo Muñoz

Unidad Clínica de Neumología, Alergología y Cirugía Torácica. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo fue analizar qué variables de las analizadas durante la PECP se relacionan con la presentación de complicaciones postoperatorias.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les había realizado una PECP para valoración de operabilidad y que posteriormente se habían sometido a intervención de resección pulmonar desde junio de 2010 a octubre de 2019. Se recogieron los datos demográficos, los valores de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) y de la PECP, el índice de Charlson preoperatorio, el tipo de intervención, el resultado histológico y estadio neoplásico, las complicaciones postoperatorias en los 30 días posteriores a la intervención y la duración del ingreso hospitalario. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS versión 15.0 y para el estudio de las relaciones entre variables se utilizó el Test de Student y Chi cuadrado.

Resultados: Se estudiaron un total de 100 pacientes (88 varones) Con una media de edad de $65,89 \pm 7,3$ años. En las PFR la media en los diferentes valores fueron: FVC%: $68,47 \pm 13,15$; FEV1%: $54,18 \pm 13,57$; DLCO%: $61,84 \pm 16,87$. En las PECP los resultados mostraron medias de VO₂/kg máx: $15,68 \pm 3,34$ ml/kg/min. VO₂ máx %: $64,14 \pm 12,67$ %; RER máx: $1,04 \pm 0,15$. EqCO₂ (AT): $37,95 \pm 26,58$. La media del Índice de Charlson fue de $5,29 \pm 1,38$. 48 pacientes fueron sometidos a resección atípica, 44 a lobectomía, 8 a neumectomía. En 39 pacientes el diagnóstico histológico fue de adenocarcinoma, en 35 de epidermoide, 10 presentaron otras estirpes de cáncer de pulmón y en 16 no se encontró evidencia de neoplasia. 44 pacientes presentaron un estadio

final I, 20 II, 16 III 4 IV. El 36% presentó complicaciones postoperatorias, siendo las más frecuentes la fuga aérea prolongada (9), el enfisema subcutáneo (9) Hubo 5 casos de neumotórax, 3 de neumonías, 2 de hemorragias y solo 1 caso de empiema, quilotórax, hemotórax, cámara pleural residual, atelectasia, pericarditis, edema agudo de pulmón y 1 sólo fallecimiento. La media de días de ingresos fue de $7 \pm 6,7$. Con respecto a los resultados de las pruebas para operabilidad, sólo con el RER máx obtuvimos un resultado estadísticamente significativo en la predicción de complicaciones postoperatorias, a menor RER máx, mayor probabilidad de complicaciones, con una $p < 0,011$, pero no en todos los sujetos se pudo obtener dicho valor, por no alcanzar algunos el esfuerzo máximo. También el estadio mostró relación con la frecuencia en presentación de complicaciones, a mayor estadio mayor probabilidad con una $p < 0,26$. El número de días de hospitalización también se relacionó con la presentación de complicaciones con una $p < 0,009$.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el RER máx es válido como predictor de complicaciones postoperatorias, con la limitación de que es preciso que se alcance un esfuerzo máximo durante la PECP para obtener dicho valor. También el estadio del cáncer predice la probabilidad de complicaciones.

USO DE ESCALAS PRONÓSTICAS DE PREDICCIÓN DEL RIESGO EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA DURANTE LA VALORACIÓN PRETRASPLANTE PULMONAR

M.S. Melgar Herrero¹, S. Martín Bote¹, M.J. Cobos Ceballos², J. Redel Montero², F. Santos Luna², J.M. Vaquero Barrios²

¹Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La historia natural de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es variable, de curso clínico impredecible, variando desde una progresión rápida hasta un deterioro lento y constante con periodos de exacerbaciones agudas. Las escalas pronósticas nos permitirán, entre otras posibilidades, aquilatar mejor la indicación de trasplante pulmonar (TP) y una aproximación más precisa al riesgo de mortalidad. El Objetivo

de nuestro estudio es analizar retrospectivamente la utilidad de las distintas escalas pronósticas en los pacientes derivados a TP por FPI a la hora de predecir la inclusión en lista de espera.

Metodología: Realizamos un estudio observacional retrospectivo entre los años 2014 y 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de FPI que fueron derivados como candidatos a TP y alcanzaron la fase de evaluación hospitalaria. Se excluyeron los casos con datos insuficientes para el análisis. Se evaluaron 5 escalas pronósticas (TORVAN, GAP index, RISE, CPI y LAS) y se categorizaron los datos según el resultado final de la evaluación: inclusión en lista de espera (LE), no inclusión por estadio precoz de la enfermedad (nLE-P) y no inclusión por circunstancias miscelánea (nLE-M), lo cual supone un rechazo del Programa de Trasplante por la presencia de comorbilidades asociadas con impacto pronóstico negativo. Los datos fueron analizados mediante análisis descriptivo y Chi-cuadrado.

Resultados: Se derivaron a valoración 974 pacientes, 339 con EPID (34,8%), de los cuales 172 eran FPI. Sólo 46 pacientes (26,7%) reunieron los criterios de inclusión, la mayoría de ellos fueron varones (84,8%), con edad media de $58,7 \pm 5,3$ años. Del total de la muestra, 21 pacientes (45,7%) se incluyeron en LE, 7 se encuadraron en el grupo nLE-P y 18 fueron rechazados (nLE-M). Más del 80% de la muestra global presentaba alguno de los siguientes criterios de gravedad: $GAP \geq 2$, $RISE \geq 2$, $CPI > 52$, $LAS > 41$ puntos o $TORVAN > II$. Más del 50% de los pacientes se agrupaban en los estadios III y IV de la escala de TORVAN, que aúna función pulmonar y comorbilidades. Cuando se analiza la muestra según el número de criterios de gravedad, identificamos diferencias significativas entre los grupos LE y nLE-M cuando se compara con nLE-P ($p = 0,004$). No se observan estas diferencias entre los grupos LE y nLE-M ($p = 0,1$).

Conclusiones: Los pacientes con FPI se siguen derivando muy tarde a los Programas de TP, reuniendo varios criterios de mal pronóstico, incluyendo comorbilidades graves. Estas escalas nos pueden servir de ayuda tanto para definir el momento de la derivación, la intensidad del seguimiento o su potencial inclusión en lista de espera.

CAMBIOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN-OBESIDAD: VMNI VS CPAP

E. Morales Manrubia¹, J.F. Masa¹, B. Mokhlesi², I. Benítez³, M.V. Mogollón¹, F.J. Gómez de Terreros¹, M.A. Sánchez-Quiroga⁴, A. Romero⁵, C. Caballero-Eraso⁵, J. Corral Peñafiel¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

²University of Chicago.

³Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. IRBLLEIDA.

⁴Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

⁵Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)

Introducción: El síndrome de hipoventilación-obesidad (SHO) se ha asociado con disfunción cardíaca y sin embargo faltan estudios que evalúen los cambios ecocardiográficos derivados del tratamiento con presión positiva en la vía aérea. En este análisis secundario del estudio Pickwick comparamos la eficacia de 3 años de NIV y CPAP en cuanto a los cambios ecocardiográficos estructurales y funcionales.

Metodología: Los pacientes fueron sometidos a la realización de una ecografía bidimensional y una ecografía doppler al inicio del estudio y a los tres años. Los cardiólogos que realizaron las ecografías desconocían la rama de tratamiento de los pacientes. El análisis estadístico se realizó utilizando un modelo lineal de efectos mixtos para determinar la diferencia entre el tratamiento con CPAP frente a VMNI.

Resultados: Se analizaron 196 pacientes, 102 tratados con CPAP y 94 tratados con NIV. La PSAP disminuyó de $40,5 \times 1,47$ mmHg al inicio a $35,3 \times 1,33$ mmHg a los 3 años con CPAP y de $41,5 \times 1,56$ mmHg a $35,5 \times 1,42$ con VMNI ($p < 0,0001$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos: ambas terapias mejoraron de manera similar la disfunción diastólica ventricular izquierda y redujeron el diámetro auricular izquierdo. Además, tanto VMNI como CPAP mejoraron la función respiratoria y la disnea.

Conclusiones: En pacientes con SHO con SAHS concomitante, tanto la VMNI como la CPAP logran la mejoría de los parámetros ecocardiográficos de hipertensión pulmonar y disfunción diastólica ventricular izquierda.

EBUS-TBNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS HILIOMEDIÁSTINICAS EN NEOPLASIAS NO PULMONARES

C. España Domínguez, I. Muñoz Ramírez, A. Marín Andreu, M. Pérez Morales, M. Morales González, C. García Polo

UCG de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz;

Introducción: El estudio de extensión de muchas neoplasias extratorácicas mediante TAC y/o PET detecta adenopatías hiliomediastínicas, que es necesario descartar sean metastásicas para decidir el tratamiento oncológico de la enfermedad primaria. El objetivo del estudio es analizar la rentabilidad del EBUS-TBNA en el diagnóstico de estas adenopatías

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA en nuestro centro, con neoplasias primarias no pulmonares, para el diagnóstico de adenopatías hiliomediastínicas detectadas en el estudio de extensión o seguimiento de neoplasias no cáncer de pulmón, en el periodo de febrero 2016 a septiembre 2019. Se recogen edad, sexo, tipo de neoplasia, diámetro de aguja, ganglios puncionados, número de punciones y resultado

Resultados: De un total de 453 exploraciones analizadas en el periodo de estudio referido, 88 pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La edad media fue de 61,2 años (19 - 84), y 45 pacientes eran hombres. La exploración se realizó en la unidad de endoscopia respiratoria, bajo sedación consciente, en régimen ambulatorio la inmensa mayoría de casos. La neoplasia primaria era de origen digestivo (n = 22, 24,7%), mama (n = 20, 22,5%), urológico (n = 10, 11,2%), hematológico (n = 9, 10,1%), ORL (n = 9, 10,1%), ginecológico (n = 7, 7,9%), sarcoma (n = 4, 4,5%), piel (n = 4, 4,5%) y múltiple (digestivo + urológico, n = 3, 3,4%) Se realizaron un total de 190 punciones de adenopatías mediastínicas, con una media de 3,55 pases por adenopatía. La estación ganglionar puncionada fue la 7 (n = 69), 4R (n = 38), 4L (n = 28), 2R (n = 13), 11L (n = 12), 11R (n = 11), 10R (n = 6), 2L (n = 5), 10L (n = 3), 3p (n = 1) y 8 (n = 1) Se obtuvo coagulo en 117 casos (61,5%) El tamaño de aguja fue 19G (n = 1), 21G (n = 23), 22G (n = 12) y no registrado en 52 casos. El diagnóstico citohistológico definitivo por EBUS-TBNA fue positivo para malignidad coincidente con la neoplasia primaria en 25 casos (28,4%), positivo para sarcoidosis en 11 casos (12,5%) y negativo para malignidad en 52 casos (59,1%) El total de casos donde el EBUS-TBNA aportó diagnóstico

definitivo fue de 36 casos (40,9%) En 28 casos se realizó exploración quirúrgica del mediastino mediante mediastinoscopia posterior al EBUS-TBNA. En 5 casos donde el EBUS-TBNA había diagnosticado sarcoidosis, la mediastinoscopia lo confirmó, en 2 casos en que EBUS-TBNA fue positivo para malignidad también lo confirmó. En 22 casos que EBUS-TBNA resultó negativo para malignidad o sarcoidosis, la mediastinoscopia fue negativa en 17 casos, positiva para malignidad en 2 y positiva para sarcoidosis en 3.

Conclusiones: En nuestra experiencia el EBUS-TBNA es una técnica útil, como primera alternativa, para el diagnóstico de extensión de adenopatías hiliomediastínicas de neoplasias no cancer de pulmón, evitando la exploración quirúrgica del mediastino

La presencia frecuente de sarcoidosis, obliga al diagnóstico citohistológico de estas adenopatías antes de decidir tratamientos oncológicos de la enfermedad primaria

RENTABILIDAD DE LA CRIOBIOPSIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID)

E. Salcedo Lobera¹, F. Páez Codeso¹, A. Dorado Galindo¹
¹Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa constituye un grupo muy heterogéneo de afecciones con diagnóstico difícil. La biopsia quirúrgica es la técnica considerada gold estándar pero presenta numerosas desventajas dejando paso a la criobiopsia, técnica menos invasiva, en el diagnóstico de las EPID.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo y observacional de 2 años de duración con una cohorte de 26 pacientes que fueron derivados a nuestra Unidad de Técnicas Broncopleurales para realización de criobiopsia tras la decisión de un comité multidisciplinar. Se recogieron datos clínicos, radiológicos, localización de obtención de muestras, complicaciones de la técnica y resultados de la misma.

Resultados: Estudiamos 26 pacientes consecutivos, de los que el 54% eran mujeres. Edad media de 62,85 ± 10,25 años, el 42,3% eran exfumadores con IAT medio de 23,96 ± 23,12 paq/a. Un 38,5% presentaba disnea grado 1 mMrC -Funcionalmente presentaban unos valores medios FVC: 66,43%; FEV1: 71,70%; FEV1/

FVC: 83,86%; DLCO 66,35% -La Radiología más prevalente fue el patrón sugestivo de neumopatía intersticial no específica (NINE) en un 43,1% de los casos seguido de un 26,9% sugestivo de neumopatía intersticial usual (NIU) Otros patrones el 30% restante. Se obtuvieron al menos 3 muestras de criobiopsia. Las localizaciones más frecuentes fueron 30,7% en pirámide basal izquierda, 26,9% en pirámide basal derecha y 23,1% en lóbulo medio. Se obtuvo tejido pulmonar viable y adecuado para estudio en 24 de los 26 casos (96%) Se consideraron muestras diagnósticas a 17 de las 27 (68%) Cuando los hallazgos anatomopatológicos junto con los clínico-radiológicos fueron discutidos en un comité multidisciplinar se llegó a un diagnóstico consensuado en 19 pacientes (76%) Los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes fueron en 6 casos neumonitis por hipersensibilidad crónica, 5 casos de NIU, 5 casos de NINE y un caso de adenocarcinoma pobremente diferenciado. La mitad de los casos no sufrieron complicaciones. Del otro 50% que sí sufrió complicaciones, las más comunes fueron el sangrado leve-moderado en 9 pacientes (36%), 2 casos de sangrado leve y 7 moderados. Un caso de neumotórax (4%) y un caso de desaturación de oxígeno severa (4%) durante el procedimiento.

Conclusiones: La criobiopsia es una técnica con una gran rentabilidad para el diagnóstico de EPID, sobre todo cuando existe un consenso entre los diferentes datos radiológicos, clínicos y anatomopatológicos consensuados por un comité multidisciplinar experto.

Las complicaciones han sido pocas y leves, por lo que la criobiopsia presenta un buen perfil de seguridad.

RENTABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA BRONCOSCOPÍA EN UN HOSPITAL GENERAL

P. Cano Lucena¹, M. García Amores¹, M. Sánchez Palop¹, L. Lamrini H. Laarbi¹, M. C. Rosa Gutiérrez², C. Lacárcel Bautista¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Jaén.

²Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO)

Introducción: La broncoscopia es útil en el diagnóstico de diversas enfermedades respiratorias, existiendo numerosas variables que afectan a su rentabilidad. El objetivo de nuestro estudio es

conocer la seguridad y los resultados que obtenemos con esta técnica en nuestro hospital.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyeron las broncoscopias realizadas de enero a octubre de 2019. Se elaboró una base de datos, incluyendo variables epidemiológicas, indicación, medicación, hallazgos endoscópicos, técnicas realizadas, resultados obtenidos y complicaciones. El análisis estadístico se realizó con SPSS 19.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 136 pacientes, 26% mujeres, con una edad media de 65 años. La indicación principal fue sospecha de neoplasia (63%), seguida de sospecha de infección (25%), hemoptisis (8%) y otras (3%) Los fármacos utilizados para sedación fueron midazolam (60%), fentanilo (1%) y propofol (25%) Del total de pacientes que presentaron alguna complicación (23%), sólo en 4 casos (3%) hubo que suspender el procedimiento. Entre los pacientes con sospecha inicial de cáncer (n = 82), la sensibilidad de la broncoscopia fue del 49% (IC 36 - 61%), y su valor predictivo negativo fue del 27% (IC 13 - 41%) No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas con el uso de radioscopia. Tras el ajuste según lesión endoscópica visible (lesión exofítica o infiltración grado III), la sensibilidad fue del 89%. En aquellos con sospecha de infección (n = 31), se aisló el microorganismo responsable en el 48% de los casos.

Conclusiones: La broncoscopia es un procedimiento seguro y con buena rentabilidad en los casos con lesión endobronquial visible y ante la sospecha de infección respiratoria.

CONCORDANCIA ENTRE LA EVALUACIÓN RÁPIDA IN SITU (ROSE) HECHA POR NEUMOLOGÍA Y EL DIAGNÓSTICO FINAL ANATOMOPATOLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A EBUS-TBNA

M. Pérez Morales, E. González-Moya Rodríguez de Mondelo, C. España Domínguez, M. Morales González, A. Marín Andreu, C. García Polo

UCG de Neumología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: En determinados centros donde se practican EBUS-TBNA, se usa el ROSE para la toma de decisiones clínicas, especialmente en la estadificación mediastínica del cáncer de pulmón. A veces, es complicado disponer de un especialista en anatomía patológica para practicar esta técnica.

Nuestro objetivo es analizar la concordancia del ROSE realizado por neumólogos con respecto al diagnóstico anatómo-patológico (AP) definitivo

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA en nuestro centro, en el periodo de febrero 2016 a septiembre 2019, en los cuales se hiciera durante el procedimiento un ROSE por parte de un neumólogo, mediante una tinción en fresco con la técnica de inmersión rápida de panóptico, que utiliza una solución fijadora, un colorante ácido y otro básico, permitiendo obtener una muestra de un extendido celular en un tiempo aproximado de 30 segundos. Posteriormente se examinan los cristales en el microscopio. Se informa el resultado como válido/sugestivo (muestra representativa de ganglio linfático y sugestiva de malignidad), válido no sugestivo (muestra representativa de ganglio linfático sin celularidad sugestiva de malignidad) y no válido/no sugestivo (no celularidad linfática ni sugestiva de malignidad) Se comparan dichos resultados con el diagnóstico AP definitivo por paciente, de forma general en todos los casos realizados y en aquellos casos en los que se obtuvo diagnóstico de malignidad

Resultados: De un total de 453 exploraciones analizadas en el periodo de estudio referido, 198 pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La edad media fue de 64,08 años (33 - 89) años, de los cuales 155 eran hombres. Se realizaron un total de 437 punciones de adenopatías hiliomediastínicas, con una media de 3,66 punciones por adenopatía. Las adenopatías puncionadas fueron 7 (n = 140), 4R (n = 104), 4L (n = 58), 11L (n = 34), 2R (n = 31), 11R (n = 29), 10R (n = 19), 10L (n = 8), 2L (n = 8), 8 (n = 4) y 3p (n = 2) El tamaño de aguja utilizado fue 19G (6,6%), 21G (44,9%), 22G (17,2%) y no registrado el 31,2%. Se obtuvo un valor de ROSE neumológico válido/sugestivo en 104 pacientes (52,3%), válido/no sugestivo en 81 (40,9%) y no válido/no sugestivo en 13 (6,6%) La concordancia del total de ROSE realizados con respecto al diagnóstico definitivo AP fue considerada de grado moderado (valor kappa 0,494) Cuando se analiza la concordancia en caso de resultado definitivo de malignidad, se reduce a 104 casos, donde la concordancia obtenida es considerada como muy buena con un valor kappa de 0,952. La sensibilidad es del 98,9%, especificidad 92,3% y VPN del 92,3%.

Conclusiones: Los diagnósticos mediante ROSE realizado por neumólogos muestran una concordancia moderada cuando se analizan las adenopatías hiliomediastínicas en conjunto, y muy

buena en los casos de estadificación mediastínica del cáncer de pulmón

En nuestra experiencia, las decisiones clínicas basadas en el ROSE neumológico para el estadiaje mediastínico del cáncer de pulmón, se pueden tomar con confianza

BIOPSIA TRANSBRONQUIAL CIEGA. FACTORES PREDICTORES DE MALIGNIDAD Y COMPLICACIONES EN EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA PULMONAR

J. Díez Sierra, N. Reyes Núñez, J. Gallego Borrego, I. Alfageme Michavila

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El diagnóstico de las lesiones pulmonares, tanto periféricas como centrales, sin hallazgos broncoscópicos directos, es un reto común en la práctica clínica diaria. A pesar de los avances diagnósticos, la biopsia transbronquial (BTB) ciega sigue siendo un método diagnóstico utilizado frecuentemente en estos casos. Nuestro objetivo es evaluar la rentabilidad diagnóstica de la BTB ciega en lesiones pulmonares periféricas y centrales sospechosas de malignidad con broncoscopia sin signos directos de neoplasia. Evaluamos complicaciones de la técnica y posibles factores predictores de éxito.

Metodología: Analizamos retrospectivamente todas las BTB realizadas por sospecha de malignidad desde noviembre de 2017 hasta noviembre de 2019. Las variables analizadas fueron datos demográficos y relacionados con la lesión: tamaño (mayor o menor a 3 cm), localización (periférica o central), presencia de signo del bronquio en la TC, complicaciones, diagnóstico definitivo y método por el que se alcanzó. Se realiza análisis estadístico mediante SPSS. Las variables se expresan como media o mediana +/- DS (mínimo-máximo) y las variables categóricas como porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (80% hombres) con una mediana (P 25 - 50) de edad de 68 años (31 - 84) 21 pacientes eran fumadores activos (51,2%), y 10 exfumadores (24%) en el momento del diagnóstico, con un media de consumo acumulado de 53 paquetes-año (16 - 150) La localización más frecuente fue periférica (63%) y 27 casos presentaban signo del bronquio positivo (65%) La broncoscopia fue normal en el 85% de los casos y en el 15% restante hubo signos indirectos.

La BTB fue diagnóstica en 13 casos (31%), siendo el adenocarcinoma (10/13, 77%) el diagnóstico más frecuente. En los 28 casos restantes, el método diagnóstico alternativo más frecuente fue la biopsia transtorácica (BAG/PAFF) (12/28, 43%) Tres BTB (7,3%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente el neumotórax (4,8%) En el análisis multivariante, ni la localización, ni el signo del bronquio positivo ni el tamaño de la lesión fueron factores predictores de diagnóstico de malignidad. El 31% de los procedimientos fueron diagnósticos, obteniendo una sensibilidad del 41%, una especificidad del 100%, un valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 8%.

Conclusiones: La BTB ciega es un método útil, rentable y seguro en el diagnóstico de neoplasias pulmonares sin signos directos en la broncoscopia. No obtuvimos diferencias significativas por tamaño, localización o presencia de signo del bronquio.

TOLERANCIA EN ENDOSCOPIA Y ECOBRONCOSCOPIA RESPIRATORIAS

M. Pavón Masa, E. Luque Crespo, V. Almadana Pacheco
Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: En manos expertas, la Fibrobroncoscopia y Ecobroncoscopia son pruebas bastante seguras y tolerables, pero no por ello deja de ser una experiencia molesta que ocasiona ansiedad a los pacientes que se la realizan. Desde la introducción de la sedación en nuestra práctica diaria, conseguimos aliviar el estado de ansiedad de nuestros pacientes, hacer la técnica lo más confortable posible y facilitar las maniobras al endoscopista. Nos proponemos ver cuáles son los niveles de tolerancia en nuestra práctica diaria, si existe correlación entre los medidos por el paciente y los del personal que realiza la técnica y si a mayores niveles de invasividad la tolerancia se modifica.

Metodología: Estudio prospectivo de la población de pacientes a los que se realiza durante 5 meses una fibrobroncoscopia simple (FBC), con lavado broncoalveolar (LBA) o Ecobroncoscopia (EBUS), analizando sedación administrada, intervencionismo realizado y tolerancia de la prueba medida mediante escala simple de 0 - 7 (donde 0 es mala tolerancia y 7 es buena) tanto por parte del paciente como del personal que realiza la técnica. Se realizó un análisis descriptivo de las diferentes variables medidas y para las comparaciones entre

variables se aplicó la Chi cuadrado de Pearson y el test de Anova.

Resultados: - Se realizaron un total de 401 exploraciones (77,6% a varones), en las que en el 59,9% se realizó FBC (grupo 1), en un 3,5% LBA (grupo 2) y en un 36,7% EBUS (grupo 3) - La sedación aplicada fue en todos los casos Midazolam, con dosis de: 4,88 +/-1,53 (grupo 1); 6,07 +/-1,68 (grupo 2); 7,40 +/-2,62 (grupo 3) Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00$) entre grupos 1 y 3 - Los niveles globales de tolerancia encontrados fueron en el caso del paciente de 5,66 +/-1,75 y los del personal de endoscopistas de 5,91 +/- 1,61 (NS) No se hallaron diferencias significativas en la tolerancia de los pacientes por sexos. El coeficiente de correlación hallado fue 0,33 con $p: 0,001$ - En aproximadamente un 33%, existía una mejor valoración de la tolerancia por parte del paciente, viéndose que este grupo de pacientes correspondía a aquellos con mayores niveles de sedación. No se apreciaron diferencias significativas en la tolerancia del paciente y del endoscopista en relación a si en FBC (grupo 1) se realiza únicamente broncoaspirado, cepillado o biopsia bronquial - Las tolerancias medidas por grupos de invasividad quedan recogidas en la tabla 1, no observándose diferencias estadísticamente significativas, en relación a mayor nivel de invasividad, peor tolerancia.

Conclusiones: 1. Desde la introducción de la sedación la Fibrobroncoscopia es una prueba aceptablemente tolerada por parte de paciente y del personal que la realiza.

2. No observamos diferencias de tolerancia en función de la duración de la prueba o del intervencionismo realizado, posiblemente por el efecto de la sedación (mayor sedación en técnicas más complejas y largas como el EBUS)

ANÁLISIS TRAS LA CURVA DE APRENDIZAJE DE EBUS-TBNA EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

C.M. Carrasco Carrasco, J. Gallego Borrego, N. Reyes Núñez, I. Alfageme Michavila
Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) es una técnica mínimamente invasiva y una prueba de elección para la evaluación de las adenopatías mediastínicas. El número de procedimientos necesarios para superar la curva de

aprendizaje inicial es de unos 40 - 50. El objetivo de nuestro estudio es analizar los datos obtenidos en dicha curva y compararlo con los siguientes.

Metodología: Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo de todos los EBUS-TBNA realizados desde Febrero de 2017 hasta Noviembre de 2019 en el H. de Valme. Se consideró EBUS-TBNA diagnóstico cuando se obtenía un diagnóstico anatomopatológico o la presencia de tejido linfoide.

Resultados: En total se realizaron 95 procedimientos, 55 que incluimos en la curva y comparamos con los 40 posteriores. La mediana (P 25 - 50) de edad fue similar en ambas partes [64 (57 - 71) vs 66 (57,5 - 71) años], disminuyendo la sospecha de neoplasia como indicación más frecuente [50 (90,9%) vs 21 (52,5%)]. Las estaciones de punción de forma individual más frecuentes continuaron siendo las adenopatías subcarinales [15 (27,3%) vs 6 (15%) y la paratraqueal derecha [8 (14,5%) vs 8 (20%)] Con respecto a la curva, aumentó la media (\pm desviación estándar) de pases por adenopatía [2,17 (\pm 1,1) vs 3,70 (\pm 1,8)], siendo el tamaño mínimo de las adenopatías ligeramente inferior [16,5 (12 - 25,25) vs 16 (11-20) mm] y el tamaño máximo mayor [18 (15 - 29,25) vs 20 (14 - 29) mm] Los diagnósticos anatomopatológicos disminuyeron [30 (54,5%) vs 15 (37,5%)] a pesar de un aumento del número de muestras con tejido linfoide [19 (34,5%) vs 23 (57,5%)]. Aumentó el diagnóstico de metástasis por carcinoma no microcítico (7 (12,7%) vs 6 (15%)), disminuyendo para adenocarcinoma, carcinoma epidermoide y carcinoma microcítico (4 (6,6%), 6 (10,9%) y 8 (14,5%) vs 2 (5%), 2 (5%) y 0 (0%)) respectivamente. Tras la curva de aprendizaje se diagnosticaron 2 (5%) sarcoidosis. El 95% de los procedimientos fueron diagnósticos frente al 89,1% de la curva de aprendizaje, disminuyendo la sensibilidad (85% vs 65,2%) y manteniéndose la especificidad (100%) en ambas partes. El valor predictivo negativo disminuyó ligeramente del 74% al 68%, manteniéndose una rentabilidad diagnóstica del 80%.

Conclusiones: Como conclusión, una vez superada la curva de aprendizaje el rendimiento se ha mantenido sin cambios significativos a pesar de haber aumentado el número de pases por adenopatías. El número de procedimientos diagnósticos ha aumentado por disminución de material no apto para el diagnóstico.

ANÁLISIS DEL MODELO DE SEDACION EMPLEADO POR EL NEUMOLOGO DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE Y ECOBRONCOSCOPIA

M. Pavón Masa¹, E. Luque Crespo¹, J.S. Gordillo Fuentes¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Las endoscopias respiratorias pueden producir ansiedad y mala tolerancia, conllevando alteraciones respiratorias y hemodinámicas. Desde la introducción de fármacos sedantes se ha mejorado la tolerancia del paciente y el control de la situación clínica y las condiciones de trabajo del neumólogo intervencionista

Metodología: Estudio prospectivo observacional que incluyó pacientes a los que se realizó una broncoscopia (FB) o Ecobroncoscopia (EBUS) bajo sedación controlada por un neumólogo durante 2 meses consecutivos (Febrero-Marzo 2019) Se recogieron: datos antropométricos, comorbilidades, modelos de sedación, administrador de la sedación, fármacos empleados, forma de administración y dosis total administrada. Se valoró la profundidad de la sedación percibida por parte del broncoscopista y complicaciones asociadas a la sedación. Datos expresados en frecuencia relativa y media \pm DE.

Resultados: Muestra compuesta de 101 sedaciones realizadas por neumólogos (53,5% ambulatorias y 46,5% ingresados) El 69,3% eran varones, con una edad media de 65 \pm 12 años e IMC de 26,78 \pm 4,99. El 21,8% presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes: fibrilación auricular (15,8%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (13,9%), cardiopatía isquémica (7,9%) y SAHS (6,9%) El encargado de la administración de la sedación fue el personal de enfermería (100%), en bolos intravenosos en la totalidad de los casos. Los fármacos utilizados fueron: Midazolam (100%, con dosis media de 5 \pm 2 mg) y Fentanilo (19,8% con dosis media de 1 cc) La percepción de la sedación administrada fue considerada por el Broncoscopista como leve, moderada y profunda respectivamente en el 23,8%, 75,2% y 1% de los casos. Las complicaciones (13,9%) fueron en su mayoría leves: 7,9% desaturación, 5,9% mala tolerancia, con un único episodio de parada respiratoria. En cuanto a la recuperación tras sedación, más del 90% de los pacientes presentaban puntuaciones de 9-10 en la escala Aldrete.

Conclusiones: Existe una elevada presencia de comorbilidades en los pacientes sometidos a broncoscopia

El grado de sedación alcanzado durante el procedimiento, fue adecuado para conseguir una exploración bien tolerada por el paciente, con escasas complicaciones reportadas.

Aunque existen una gran diversidad de fármacos sedantes, cada centro empleará aquellos con los que se encuentre cómodo en su manejo. En nuestro caso Midazolam y en casi el 20% combinación con Fentanilo, siempre en bolos.

Se considera imprescindible una adecuada formación del neumólogo para el correcto manejo de la medicación administrada y de las complicaciones derivadas de la misma.

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DEL EBUS-TBNA EN LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN

M. Morales González, C. García Polo, M. Pérez Morales, I. Muñoz Ramírez, E. González-Moya Rodríguez de Mondelo, C. España Domínguez

UCG de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La punción transbronquial mediante ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) se considera la principal herramienta para la estadificación ganglionar mediastínica citohistológica en el cáncer de pulmón. Sin embargo, sigue sin estar claro si la estadificación quirúrgica mediante mediastinoscopia, VATS o cirugía abierta es siempre necesaria después de un resultado negativo del EBUS-TBNA. El objetivo del presente estudio es determinar el valor predictivo negativo (VPN) de la EBUS-TBNA para la estadificación mediastínica del cáncer de pulmón.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA en nuestro centro, para la estadificación mediastínica preoperatoria del cáncer de pulmón, en el periodo de febrero 2016 a septiembre 2019. Se analizan todos los procedimientos de estadiaje mediastínico mediante EBUS-TBNA que luego se sometieran a una técnica quirúrgica diagnóstica ganglionar mediastínica o cirugía de resección pulmonar con linfadenectomía. Un resultado verdadero negativo se definió como la negatividad para malignidad en la citología del EBUS-TBNA y la confirmación quirúrgica posterior.

Resultados: De un total de 453 exploraciones en el periodo de estudio referido, 56 pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La edad media fue de 66 años (48-80), y 51 casos (91,1%) eran hombres. La exploración se realizó en la unidad de endoscopia respiratoria, bajo sedación consciente, en régimen ambulatorio, la inmensa mayoría de casos. Se realizaron un total de 118 punciones de adenopatías mediastínicas, con una media de 3,46 pases por adenopatía. Las adenopatías puncionadas fueron 7 (n = 40), 4R (n = 33), 4L (n = 16), 10R (n = 9), 2R (n = 7), 11R (n = 5), 11L (n = 4), 10L (n = 3) y 8 (n = 1) Se obtuvo coagulo en el 66,9% de punciones (n=79) El tamaño de aguja fue 19G (n = 1), 21G (n = 18), 22G (n = 9) y no registrado en 28 casos. La técnica quirúrgica definitiva para el estadiaje fue la mediastinoscopia (n = 8), VATS (n = 12) o resección quirúrgica abierta (n = 41) El valor predictivo negativo general del EBUS-TBNA fue del 92,9%, con falsos negativos en 4 pacientes. No se produjeron complicaciones importantes en esta cohorte.

Conclusiones: La EBUS-TBNA tiene un alto VPN en la estadificación mediastínica del cáncer de pulmón, lo que confirma que esta técnica endoscópica es segura y eficaz en la estadificación preoperatoria del cáncer no microcitico de pulmón

En función de los resultados expuestos, es posible que las adenopatías mediastínicas negativas por EBUS-TBNA no necesiten confirmación quirúrgica.

UTILIDAD DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN LA FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA

J. Alcántara Fructuoso, M. Garci-Valera Orea, J.C. Vera Olmos, M. Á. Franco Campos

Servicio Neumología, Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: La caída de la SatO₂ es una complicación que suele ocurrir durante la fibrobroncoscopia (FBC) diagnóstica y que en ocasiones puede suponer el fin de la prueba. Tradicionalmente se ha utilizado oxigenoterapia convencional o ventilación no invasiva (VNI) durante la sedación y realización de la prueba. En los últimos años se han publicado varios artículos sobre el uso de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en este contexto. El objetivo del estudio que presentamos es describir la experiencia del uso de esta terapia durante la FBC en un hospital de tercer nivel.

Metodología: Se realiza un estudio observacional y descriptivo en el que se recogen pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica de forma consecutiva a los que se les realizó FBC con OAF. Se excluyeron pacientes con antecedentes de insuficiencia respiratoria hipercápnica. Se recogieron datos clínicos y demográficos y se hizo análisis descriptivo de la muestra.

Resultados: Se realizaron 5 broncoscopias en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica por diferentes indicaciones (ver tabla) 4 de ellos fueron hombres y la edad media fue de 69,2 años con un IMC medio del 26,41. Tras sedación y aplicación de OAF, la SatO2 inicial estuvo comprendida en todos los casos entre 98 - 99%. La satO2 mínima fue de 92% en dos de los pacientes y en todos excepto en uno se requirió de aumento de parámetros de flujo y FiO2 durante el procedimiento. En ninguno de los casos se requirió uso de VNI durante el procedimiento ni hubo otras complicaciones ni mala tolerancia.

Conclusiones: Pese a la pequeña muestra de este estudio, el uso de OAF podría aportar una mejor oxigenación en los pacientes sometidos a FBC con un menor número de desaturaciones y otras complicaciones durante su realización, además de un mayor confort. No obstante, son precisos otros estudios con mayor muestra para definir el papel de esta terapia.

RECUESTO CELULAR EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS Y OTROS PARÁMETROS EN SANGRE PERIFÉRICA

S.Y. Ruiz Martínez, G. Clemente Pérez, M. Aparicio Vicente, L. Fernández Mula, E. Novoa Bolívar, J.A. Ros Lucas, R. Andújar Espinosa, E. Solana Martínez, M.D. Sánchez Caro, B. Fernández Suárez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de alteraciones con diferentes grados de inflamación y fibrosis pulmonar, provocando liberación de células inflamatorias por ejemplo neutrófilos que pueden estar relacionados con un mayor desarrollo de fibrosis pulmonar y peor función respiratoria pulmonar siendo un predictor de mala evolución.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de EPID

de predominio linfocitario: Neumonía organizada (NO), Neumonitis por hipersensibilidad (NH) y Sarcoidosis, procedentes de la consulta de EPID del H.U. Virgen de la Arrixaca, en los que se realizó el lavado broncoalveolar (LBA) mediante citometría de flujo (CF) entre 2013 y 2019. Se estudió la correlación de la celularidad obtenida mediante CF con la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), capacidad vital forzada (CVF) y la proteína C reactiva (PCR) La relación entre variables cuantitativas se realiza con la correlación de Spearman en las no paramétricas y correlación de Pearson en las paramétricas. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Los neutrófilos del LBA en las tres patologías se correlacionaron de forma inversa con la DLCO ($R = -0,359$, $p = 0,013$) y la FVC ($R = -0,272$, $p = 0,045$) En la NO encontramos una mayor PCR ($5,5 \pm 5,4$, $p = 0,001$), LDH ($344,67 \pm 296,7$, $p = 0,01$), neutrófilos ($6,9 \pm 6,1$, $p = 0,004$) y plaquetas ($314,80 \pm 131,409$, $p = 0,031$) en sangre periférica, respecto a la NH y la sarcoidosis. Se encontró una correlación positiva entre la PCR en sangre periférica y el recuento en LBA de leucocitos, neutrófilos, eosinófilos, CD19 y CD1 ($p < 0,05$)

Conclusiones: La neutrofilia en el LAB se asoció a un deterioro de la función respiratoria pulmonar y a un mayor grado de inflamación sistémica.

VALIDEZ DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS POR EBUS-TBNA DE ADENOPATÍAS HILIO-MEDIASTÍNICAS PARA ESTUDIO MOLECULAR EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP)

M. Merino Sánchez, A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, M. Pérez Morales, M. Morales González, C. García Polo

UCG de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: En los últimos tiempos la aparición de nuevas líneas de tratamientos oncológicos frente al cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNCP) localmente avanzado o metastásico, requiere la determinación de estudios moleculares para sentar la indicación de dichos tratamientos. Estos estudios se han validado en muestras histológicas, pero es cada vez más frecuente que los diagnósticos de estas neoplasias vengan dadas por determinaciones citológicas

como es el caso del EBUS-TBNA. Nuestro objetivo es valorar la viabilidad de las muestras obtenidas por EBUS-TBNA para el estudio molecular de pacientes con CPNPC.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a EBUS-TBNA en nuestro centro, en el periodo de febrero 2016 a septiembre 2019, en los cuales se haya hecho determinación de estudio molecular en caso de diagnóstico de CPNPC. En función de la estirpe histológica del tumor se procedió a determinación de mutación EGFR, traslocación ALK, ROS1 y PD y PD-L1, recogiendo también porcentaje de células tumorales, positividad o negatividad y nivel de expresión.

Resultados: De un total de 453 exploraciones analizadas en el periodo de estudio referido, 66 pacientes cumplieron con los criterios del estudio. La edad media fue de 63 años (34 - 84), de los cuales el 74% eran hombres. La exploración se realizó en la unidad de endoscopia respiratoria, bajo sedación consciente, en régimen ambulatorio la inmensa mayoría de casos. Se realizaron un total de 122 punciones de adenopatías mediastínicas, con una media de 3,52 pases por adenopatía. El número de estación ganglionar puncionadas y su frecuencia fue 7 (n = 43), 4R (n = 35), 2R (n = 14), 4L (n = 13), 10R (n = 7), 11R (n = 4), 11L (n = 3), 2L (n = 2) y 10L (n = 2) Se obtuvo coagulo para bloque celular en 85 de las 122 adenopatías puncionadas. El tamaño de aguja utilizado fue 19G (3%), 21G (29%), 22G (12%) y no registrado el 43%. Del total de 66 muestras enviadas para estudio molecular, 61 (88,4%) se consideraron viables, 4 (5,8%) no viables y 1 (1,4%) viable parcialmente. La mutación EGFR nativo apareció en 2 casos con diagnóstico de adenocarcinoma de los 50 en que fue analizado. El porcentaje de células tumorales tuvo una mediana del 80% (rango 1 a 100%) La determinación de ROS1 fue positiva en 1 caso de adenocarcinoma y ALK en 2 casos de adenocarcinoma. El PD-L1 fue positivo en 22 casos (14 adenocarcinomas, 6 carcinoma de células escamosas y 2 carcinoma de células no pequeñas), con un porcentaje de expresión cuya mediana fue 50% (rango 1 - 100)

Conclusiones: La determinación de estudio molecular de CPNPC que comprende determinación de EGFR, ALK, ROS1 y PD-L1, obtenida mediante EBUS-TBNA obtiene una elevada viabilidad y se puede considerar una muestra válida, similar a la determinación en muestras histológicas.

PAPEL DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) EN EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS (EPID) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Arredondo López, E. Salcedo Lobera, F. Espíldora Hernández

Servicio de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Introducción: El Lavado Broncoalveolar (BAL) consiste en una técnica de riesgo relativamente bajo que nos permite el estudio celular del epitelio alveolar y de los bronquiolos terminales. Podemos llegar incluso al diagnóstico de ciertas patologías gracias a la información proporcionada por dicha técnica. Existen diversos patrones posibles a la hora de analizar los recuentos celulares en el BAL, como puede ser el patrón linfocítico, eosinofílico o neutrofílico. El objetivo del presente estudio es el de revisar las características clínicas y funcionales de los pacientes a los cuales se le han realizado BAL en nuestro servicio y analizar el resultado obtenido mediante esta técnica.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo con 36 pacientes que fueron derivados a la Unidad de Técnicas Broncopleurales entre 2016 - 2019 para realización de BAL en pacientes con sospecha de EPID. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, radiológicos, pruebas funcionales respiratorias y resultados del BAL.

Resultados: De los 36 casos, la edad media fue 65 ± 11 años siendo el 61% varones. Al estudiar las exposiciones objetivamos que un 44,40% habían tenido contacto con aves, 8 casos con asbesto y 3 casos humedades en su domicilio. A nivel funcional encontramos los siguientes valores medios: FVC $64,72 \pm 17,01\%$, DLCO $64,13 \pm 25,24\%$. Hubo 16 casos (44,40%) de antecedentes de contacto con aves de los cuales 12 presentaron a nivel analítico anticuerpos frente a aves positivo. El patrón radiológico más frecuente observado fue el de Inconsistente con NIU en 17 casos (47,20%) seguido por el patrón de NIU probable con 11 (30,60%) y NIU indeterminada en 8 (22,20%) Al estudiar los resultados del BAL encontramos que la media de macrófagos fue de $77 \pm 23,30\%$, linfocitos $18 \pm 23,20\%$ y neutrófilos $6\% \pm 5,19\%$ ($p > 0,05$)

Conclusiones: - En nuestra práctica habitual a la mayoría de casos con patrón radiológico No

NIU se les realiza un BAL ya sea de forma aislada o de forma conjunta con una criobiopsia

-Predomina en nuestra serie el patrón linfocítico al llevarse a cabo en entidades en las que es más probable dicho hallazgo, lo que nos sirve, en general, para apoyar el diagnóstico de presunción en el comité multidisciplinar de EPID.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL DE PACIENTES CON EPOC DE LA COHORTE TRACE

R. Ortega Rivera¹, L. Carrasco Hernández², E. Márquez Martín², C. Calero Acuña², F. Ortega Ruiz², J.L. López-Campos²

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES.

Introducción: El objetivo de la presente comunicación es conocer las características de la población de la cohorte TRACE.

Metodología: El estudio TRACE (Time-based Register and Analysis of COPD Endpoints) es un estudio observacional de cohortes prospectivas basado en datos de la vida real cuyo objetivo es el estudio de la evolución temporal de parámetros habituales de la práctica clínica, que comenzó en enero 2012 mediante visitas anuales. Para el presente análisis realizamos un estudio descriptivo de la muestra.

Resultados: Actualmente, la cohorte TRACE incluye 1.000 pacientes con EPOC (86,4% hombres, 31,8% fumadores activos, edad 68,5 ± 10,1 años, FEV1 58,13 ± 19,3%) En cuanto a las comorbilidades el 8,5% presentaban SAHS y bronquiectasias un 9,3% con un índice de Charlson de media de 2,4 ± 1,7 puntos, índice de COMCOLD (índice COMorbidities in Chronic Obstructive Lung Disease) 1,7 ± 2,8 y un índice de FCI (Functional Comorbidity Index) de 2,8 ± 1,5. El 52% presentaba disnea grado 1 de la mMRC. 66,6% están vacunados de la gripe y sólo el 2,5% ha sido vacunado frente a neumococo incluyendo conjugada y polisacárida. La prescripción de ICS-LABA en la visita de reclutamiento fue del 50,2%, LABA-LAMA del 0,7%, LAMA 62,9% y LABA de 19,4%. Según la GOLD 2015 el 42,2% pertenecen al grupo Gold A seguido de Gold C con un 28,8% y el 30,6% se clasifican como Gold 2A y el 10,3% de Gold 3A según la clasificación GOLD 2017. Durante los años de seguimiento, continúan en la

visita (v) anual 1 716 pacientes, en la v2 365, en la v3 315 y en v4 217.

Conclusiones: Nuestra cohorte tiene una alta tasa de fumadores activos. Existe un alto porcentaje de la población vacunada contra la gripe. El bajo porcentaje vacunado frente a neumococo precisa de intervención preventiva. La prescripción de la combinación ICS-LABA es alta en comparación con la combinación LAMA-LABA.

INFLUENCIA DEL ESTATUS DE FUMADOR EN EL PERFIL NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON EPOC

C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Díez-Madroñero¹, A. Losa García-Uceda¹, E. Morales Manrubia¹, B. Barragán Pérez¹, J.A. Durán Cueto¹, M.E. Ruíz Carretero¹, C. de Dios Calama¹, J.A. Riesco Miranda²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres,

²CIBERES.

Introducción: Se sabe que el estatus tabáquico y el perfil nutricional son factores que influyen en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con EPOC. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la posible influencia del tabaquismo sobre el estado de nutrición en los pacientes con diagnóstico de EPOC de nuestra área.

Metodología: Realizamos un estudio prospectivo de dos meses de duración (15 septiembre - 15 noviembre de 2019) en pacientes con EPOC en seguimiento en consultas de Neumología. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, tabaquismo, antropométricas, analíticas y espirométricas de sus historias clínicas. La valoración nutricional se hizo mediante el análisis de bioimpedancia eléctrica y el riesgo nutricional se evaluó utilizando los cuestionarios Minimental Nutritional Assessment (MNA) (pacientes >65 años) y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (pacientes <65 años) Los datos se almacenaron en una base creada al efecto. Se realizó un estudio comparativo entre los dos grupos de pacientes (fumadores y exfumadores) El estudio estadístico se hizo mediante programa informático PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes de los cuales el 27% eran fumadores activos (Grupo 1) (G1) mientras que el 73% eran exfumadores (Grupo 2) (G2) En ambos grupos observamos mayor porcentaje de varones (G1: 80%, G2: 89%), una edad media de 63 años en el G1 y 71 años en el G2,

siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El índice de paquetes año medio era de 59 y el IMC medio de 26,6 en ambos. En el G1 un 60% presentaban algún factor de riesgo cardiovascular mientras que en el G2 un 71%. Objetivamos mayor grado de obstrucción pulmonar (FEV1 G1: 68%, G2: 56,6%), de disnea funcional y mayor número de agudizaciones (G1: 0.65, G2: 0.87) en el G2. Sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas. En los resultados obtenidos en el análisis comparativo de las variables nutricionales entre ambos grupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Los valores hallados son los siguientes: - Índice de mineralización ósea: G1: 2,6, G2: 2,6 - % masa grasa G1: 27,8, G2: 26,9 - % masa libre de grasa G1: 72,1, G2: 73,1 - Índice de grasa visceral G1: 13,2, G2: 14,6 - Índice de masa muscular G1: 12, G2: 12,7 - Índice de tasa metabólica (ITM) alto G1: 69%, G2: 65% - Riesgo de desnutrición bajo: G1: 85%, G2: 80% Exceptuamos el metabolismo basal, donde observamos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,03$) entre los dos grupos. Bajo: G1: 5%, G2: 0% - Medio: G1: 45%, G2: 23,6% - Elevado: G1: 50%, G2: 76,4%.

Conclusiones: El estatus de fumador influye en el metabolismo basal de los pacientes con EPOC. No afectando al resto de parámetros que componen el estado y riesgo nutricional de pacientes con EPOC.

ESTIMULACIÓN DE CÉLULAS PULMONARES Y HEPÁTICAS PARA DETERMINAR EL ORIGEN DE LA INFLAMACIÓN EN LA EPOC

F.G. Puig Sánchez¹, E. Arellano², B. Ruiz Duque¹, V. Sánchez López², L. Carrasco³, C. Calero Acuña³, C. López Ramírez³, E. Márquez-Martín, F. Ortega Ruiz³, J.L. López-Campos³

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias (UMQER) Hospital Universitario Virgen del Rocío.

²Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

³UMQER, IBIS, Instituto de Salud Carlos III (CIBERES)

Introducción: La EPOC se ha asociado a un nivel de inflamación sistémica que condiciona el pronóstico de manera importante. Pese a la importancia potencial de esta inflamación sistémica aún existe una cuestión relevante que es el origen de la misma. El objeto de este trabajo es ver la respuesta a la hipoxia en cultivos celulares de células pulmonares y hepáticas para

determinar el origen de la inflamación producida en enfermedades como la EPOC.

Metodología: Se han empleado líneas celulares humanas de fibroblastos pulmonares (MRC-5) obtenidas de la ECACC (Salisbury, UK), epiteliales bronquiales (Nuli-1) y hepatocitos sanos (THLE-2) obtenidas de la ATCC (Rockville, MD, USA) Las células eran crecidas hasta el 80% de confluencia, lavadas e incubadas con medio sin suero durante 24 horas; luego eran incubadas con 10 ng/mL IL-1 β (R&D Systems, Minneapolis, MN, USA) o hipoxia (1% O₂) durante 24 y 48 horas. Se usaron células no tratadas como controles para los experimentos de IL-1 β y células en condiciones de normoxia (5% de O₂) Los experimentos fueron repetidos 5 veces. Se recogieron los sobrenadantes de los medios de las células estimuladas con IL-1, hipoxia y de los controles; se centrifugaron a 2.750g durante 5 minutos y luego se guardaron a -80°C hasta futuras determinaciones. Nosotros medimos los niveles de IL8 mediante ELISA.

Resultados: Los niveles de IL8 aumentaron significativamente cuando los fibroblastos (MRC5) fueron estimulados con IL1 durante 24 y 48 horas con respecto al control ($p = 0,016$ y $p = 0,029$, respectivamente) Cuando las células fueron expuestas a condiciones de hipoxia, sólo hay un incremento a las 48 horas ($p = 0,057$) Las células epiteliales (Nuli-1) estimuladas con IL1 aumentaron los niveles de IL8 las 24 y 48 horas con respecto al control ($p = 0,029$) Los niveles de IL8 aumentan cuando las células son expuestas durante 48 horas a condiciones de hipoxia ($p = 0,057$) Cuando son estimuladas con IL1 tienen mayor respuesta inflamatoria que cuando son estimuladas en condiciones de hipoxia ($p = 0,057$, a las 48 horas) Los hepatocitos (THLE-2) estimulados con IL1 o hipoxia no incrementaron la respuesta inflamatoria con respecto a las células control (sin estimular) Comparamos el incremento de IL-8 producido por las células estimuladas con IL-1 durante 24 y 48 horas con respecto a las células sin estimular y observamos que los fibroblastos son los que mayor respuesta inflamatoria produce a las 24 horas, pero después a las 48 horas la respuesta de las epiteliales es mayor, es decir, la respuesta de las células epiteliales más mantenida en el tiempo. Las únicas células que producen un incremento cuando son expuestas a condiciones de hipoxia durante 48 horas con respecto a las células en normoxia son los fibroblastos.

Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo orientan a un origen pulmonar de la inflamación como respuesta a la hipoxia, siendo el fibroblasto la célula que parece tener un papel principal en el origen de esta inflamación.

ESPIROMETRÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA SEGUIMIENTO DE ASMA Y EPOC

M. Entrenas Castillo, I. Ordóñez Dios, L.M. Entrenas Costa

Servicio de Neumología. Hospital Quirón Salud. Córdoba.

Introducción: Las guías de práctica clínica indican el uso de la espirometría para el diagnóstico y seguimiento de la patología obstructiva de la vía aérea. El objetivo de este trabajo es comprobar en qué grado se cumplen estas recomendaciones.

Metodología: Análisis de 100 espirometrías consecutivas realizadas en nuestro servicio de Neumología.

Resultados: Pacientes: 54 hombres y 46 mujeres con edad media 54,04 +/- 17,68 (hombres 55,33 +/- 18,26; mujeres 52,52 +/- 17,05; $p=0,431$) Los pacientes con asma tenían una edad de 48,26 +/- 19,10; mientras que los de EPOC 64,17 +/- 10,43 ($p < 0,001$) La espirometría se solicitó con intención diagnóstica en 56 ocasiones y para seguimiento en 44. En 72 pacientes fue por patología obstructiva de la vía aérea: asma (54) o EPOC (18) ($p < 0,0001$) Asma: 54 pacientes (28, 51,85% diagnóstico; 26, 48,15% seguimiento) La espirometría simple se realizó en 17 pacientes (2 diagnóstico, 15 seguimiento), mientras que con broncodilatadores (BD) se realizó en 37 (26 diagnóstico, 11 seguimiento) De los 28 pacientes a los que se solicitó con intención diagnóstica, en 26 (92,86%) fue con BD, mientras que los 26 pacientes a los que se solicitó para seguimiento, en 11 (42,31%) fue con BD. Hubo una proporción significativamente mayor de petición de BD ($p < 0,0001$) EPOC: 18 pacientes (8, 44,44% diagnóstico; 10, 55,56% seguimiento) La espirometría simple se realizó en 10 pacientes (3 diagnóstico, 7 seguimiento), mientras que con BD se realizó en 8 (5 diagnóstico, 3 seguimiento) De los 8 pacientes a los que se solicitó con intención diagnóstica, en 5 ocasiones (62,5%) fue con BD, mientras que los 10 pacientes a los que se solicitó para seguimiento, en 3 (30%) fue con BD. No hubo una proporción significativamente mayor de petición de prueba BD.

Conclusiones: El 72% de nuestra actividad se centra en patología obstructiva de vía aérea, predominando el asma (54%) sobre la EPOC (18%) ($p < 0,0001$)

En asma, el estudio con broncodilatadores se realizó en el 92,86% de los casos con intención diagnóstica, mientras que, para seguimiento, solo en el 42,31% ($p < 0,0001$)

En EPOC, el estudio con broncodilatadores se realizó en el 62,5% de los casos con intención diagnóstica, mientras que, para seguimiento, solo en el 30% ($p = 0,1679$)

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE PACIENTES EPOC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Villalba Moral¹, F. Montoro Ballesteros², S. Martín Bote³, M. Melgar Herrero¹, N. Pascual Martínez¹

¹Servicio Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía,

²Servicio Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar,

³Servicio Neumología. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaquismo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características basales que presentan los pacientes diagnosticados de EPOC en nuestra muestra.

Metodología: Estudio descriptivo en un Hospital de tercer nivel de una cohorte de 85 pacientes reclutados de una consulta de EPOC. Mediante programa estadístico SPSS se realizó análisis descriptivo. Se analizaron características demográficas y clínicas de los pacientes, así como datos de la capacidad pulmonar medida mediante el índice BODE. También se recogieron datos de la gravedad de la EPOC mediante la clasificación GOLD.

Resultados: 85 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio, de los cuales 73 (85,9 %) eran hombres, con una edad media de 62,2 años, un IMC de 27,5 kg / m² y con un consumo acumulado de 44,4 paquetes / año. Del total de pacientes, un 67,1 % presentaban tos crónica y un 60 % expectoración crónica, de las características de la expectoración un 55,8 % tenían aspecto seroso. Al comparar los resultados por sexos se observó que los varones presentaron una mayor edad media (63,5 años frente a 54,83 años; $p < 0,001$), un mayor consumo acumulado (46,74 paquetes/año frente a 30,67 paquetes / año; $p = 0,02$), así como un mayor número de exacerbaciones aunque no alcanzó significación estadística (1,38 exacerbaciones/año frente a 1,08 exacerbaciones / año; $p = 0,36$) Además, los varones presentaron tendencia a una mayor prevalencia de expectoración crónica frente a mujeres (61% frente a 50%; $p = 0,07$) No

hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar el IMC según género. En nuestra muestra un 91,8 % de los pacientes presentaba un índice de Charlson entre 1 y 2 (65,9 % tenía un índice de 1 y un 25,9 % de 2) No se objetivaron diferencias significativas al comparar dicho índice por sexos. Con respecto a la gravedad de la EPOC medida según la escala GOLD, un 67 % de mujeres se encontraban en estadio A mientras que en este estadio sólo se encontraban el 22,4 % de hombres. Por el contrario, en estadio D se encontraba el 41,1 % de los varones frente al 16,7 % de las mujeres. El FEV1/FVC mostró también una mayor gravedad en los pacientes varones al compararse con el de las mujeres, mostrando tendencia estadística que no alcanzó significación estadística (FEV1/FVC de 58 % en mujeres frente a un FEV1/FVC de 40 % en varones; $p = 0,15$)

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes, se observó un mayor consumo acumulado en hombres con respecto a mujeres, además de un peor estadio funcional según la escala GOLD en los mismos. La prevalencia de EPOC fue mayor en hombres que en mujeres, presentando éstos mayor sintomatología medida según exacerbaciones al año.

ANÁLISIS DE REINGRESOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Fole Vázquez, M.A. Palma Otero, M. Contreras González

Hospital Universitario Torrecárdenas. UGC Neumología y Alergia

Introducción: Los reingresos hospitalarios constituyen un problema importante debido a varios motivos, entre los que se incluyen consumo de recursos económicos y mortalidad. Se definen como episodios que se producen dentro de un mismo hospital que el episodio índice y de un mismo paciente e ingresos en menos de 31 días desde el episodio índice, siendo ingresos urgentes (no programados) Se trata además de un indicador de calidad asistencial, por lo que su análisis puede contribuir a establecer intervenciones que mejoren las tasas obtenidas. Objetivo, analizar las características de los pacientes con ingreso inicial en nuestro servicio que reingresan posteriormente de forma no programada.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que incluimos un total de 50 pacientes pertenecientes al periodo correspondiente entre enero y junio de 2019 con ingreso inicial en el servicio de Neumología. Se

incluyeron inicialmente un total de 57 episodios de reingreso, de los cuales se excluyeron por diferentes motivos 7 episodios. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, existencia de pluripatología y/o problemática social asociada, tiempo transcurrido hasta el reingreso, servicio de ingreso inicial, existencia de visitas a urgencias previas al reingreso, diagnóstico inicial, diagnóstico al reingreso y valoración global de la adecuación del ingreso teniendo en cuenta todo lo anterior. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporciones. Se utilizó el programa estadístico SPSS 23.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, con una edad media de $65,42 \pm 14,51$ de los cuales 32 eran hombres y 18 mujeres. Dentro de este grupo 9 pacientes tenían problemática social asociada y 3 pacientes cumplían criterios de pluripatología. El tiempo medio hasta el reingreso fue de $16,26 \pm 8,48$ días y en 35 casos (70%) existió al menos una visita a urgencias previa al reingreso y con distinta fecha de la del reingreso. La unidad de reingreso fue Neumología en 32 pacientes, 6 en Medicina Interna, 7 en Oncología y 5 en otros servicios médicos. El diagnóstico principal inicial fue agudización de EPOC en 18 pacientes, patología infecciosa 17 pacientes, 6 neoplasias pulmonares y 9 diagnósticos diferentes a los anteriores (EPID, TEP o agudización asmática entre otros) El diagnóstico principal de reingreso fue idéntico al inicial en 34 pacientes y diferente en 16 pacientes.

Conclusiones: Nuestra unidad presenta unas tasas de reingresos elevada por encima de las cifras recogidas en nuestros objetivos lo que requiere un análisis necesariamente

Las principales causas de reingreso en nuestro servicio fueron agudización de EPOC y patología infecciosa, por lo que éstas han de ser probablemente las principales patologías sobre las que incidir

Sería conveniente plantearse la necesidad de cambiar la definición de reingreso que actualmente nos penaliza.

SUPERVIVENCIA EN PACIENTES EPOC CON BRONQUIECTASIAS

M. Benítez-Cano Gamonoso, J. Hernández Borge, L.M. Sierra Murillo, S. Hernández Gómez, P. Iñigo Naranjo, M.C. García García, F.L. Márquez Pérez

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: La prevalencia de bronquiectasias (BQ) en pacientes con EPOC grave es muy elevada y conforman un fenotipo clínico con peor pronóstico. El objetivo del presente estudio ha sido conocer la supervivencia de una cohorte de pacientes EPOC con BQ (EPOCBQ) y analizar los posibles factores pronósticos de mortalidad.

Metodología: Cohorte retrospectiva de pacientes EPOCBQ con inclusión de los mismos tras ingreso hospitalario entre 2006 y 2014 con seguimiento prospectivo hasta diciembre de 2017. Se analizaron múltiples variables clínico-epidemiológicas, extensión radiográfica, exacerbaciones previas y posteriores, tratamiento administrado y mortalidad al final del seguimiento. Se realizó un análisis uni y multivariante (Kaplan-Meier, Regresión de Cox) para valorar los factores predictores de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes (89,4% hombres, edad media $67,9 \pm 9,9$ años) La mortalidad al final del seguimiento fue del 46,8%. La mediana de supervivencia tras inclusión en el estudio y tras el diagnóstico de BQ fue de 5,8 y 10 años, respectivamente. La mortalidad fue superior en los pacientes de más edad (>70 : 30,2% vs 58,5%; $p = 0,007$), con algún tipo de inmunodeficiencia (0% vs 7,3%; $p = 0,08$), GeEPOC D (30,2% vs 48,8%; $p = 0,12$), purulencia (39,6% vs 56,1%; $p = 0,14$) y mayor volumen de expectoración (15,1% vs 26,9%; $p = 0,14$), mayor grado de disnea (mMMRC 3-4: 28,3% vs 61%; $p = 0,002$), insuficiencia respiratoria (39,6% vs 63,4%; $p = 0,037$), número de lóbulos afectados (>2 : 35,8% vs 51,2%; $p = 0,14$), atelectasia asociada (30,2% vs 43,9%; $p = 0,19$), datos de hipertensión pulmonar en TACAR [HTP] (9,4% vs 36,6%; $p = 0,002$), empleo de corticoides inhalados (71,7% vs 87,8%; $p = 0,07$), no empleo de inhibidores de la fosfodiesterasa (13,2% vs 0%; $p = 0,017$), no empleo de macrólidos en pauta continua (18,9% vs 7,3%; $p = 0,13$), mala calidad de vida (1,9% vs 36,6%; $p = 0,0005$), y peor FACED (puntuación 5 - 7: 20,8% vs 46,3%; $p = 0,032$) En el análisis multivariante la calidad de vida (OR 3,8; IC 95%: 1,9 - 7,5) y la presencia de HTP (OR 2; IC 95%: 1,05 - 3,9) se asociaron, independientemente, a la mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes EPOCBQ tuvieron una elevada mortalidad (46,8%) en nuestra experiencia. Sería necesario crear herramientas pronósticas específicamente diseñadas para este tipo de pacientes.

PERFIL NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON EPOC EN NUESTRO ÁREA

C. Cabanillas Díez-Madroño¹, C. Montaña Montaña¹, E. Morales Manrubia¹, Á. Losa García-Uceda¹, B. Barragan Pérez¹, J.A. Durán Cueto¹, C. de Dios Calama¹, M.E. Ruiz Carretero¹, J.A. Riesco Miranda²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres,

²CIBERES.

Introducción: Actualmente existe un creciente interés por conocer el estado nutricional y su influencia sobre el pronóstico y calidad de vida del paciente (p.) con EPOC. En base a ello hemos desarrollado el siguiente trabajo que tiene como objetivo conocer el perfil nutricional que presentan los p con EPOC en nuestro medio.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo de 2 meses de duración (15 septiembre-15 noviembre) en el que se incluyeron p. diagnosticados de EPOC y en seguimiento por nuestras consultas. A partir de su historia clínica se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, espirométricas y antropométricas. La valoración nutricional se hizo mediante el estudio de bioimpedancia y el riesgo de desnutrición se evaluó mediante los cuestionarios Mini Nutritional Assessment (MNA) ($p > 65$ años) y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ($p < 65$ años) Los datos se almacenaron en una base creada al efecto. El estudio estadístico se realizó mediante programa informático PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyeron de forma aleatoria un total de 75 p. (87% varones y 13% mujeres) La edad media fue 69 años. El 27% fueron fumadores activos y el 73% exfumadores. 51 p (68%) presentaron algún factor de riesgo cardiovascular (FCRV) El perfil de EPOC fue bajo riesgo (FEV1 59,9%, disnea clase I y no exacerbador) Los datos analíticos fueron normales, excepto ligero aumento de PCR. En nuestra muestra el peso medio fue 73,6 kg (con un IMC de 26,7) A través de la bioimpedancia obtuvimos los siguientes resultados de promedio: - Masa mineral ósea: 2,67 kg - Porcentaje de masa grasa: 27,1% - Porcentaje de masa libre de grasa: 72,8% - Índice de grasa visceral: 14,25 - Índice de masa muscular: 12,5 - Índice de tasa metabólica (ITM): 68% presentaron ITM alto, 22,7% ITM

medio y 9,3% ITM bajo - Metabolismo basal (MB): 69,3% presentaron un MB alto, 29,3% MB normal y 1,3% MB bajo. Según cuestionarios mencionados el 81,3% de nuestra muestra presentó bajo riesgo de desnutrición, el 14,7% moderado riesgo y un 4% alto riesgo de desnutrición.

Conclusiones: El perfil nutricional del p. con EPOC en nuestro medio corresponde a varón exfumador de edad avanzada, con algún FRCV, poco sintomático con grado de obstrucción leve, obeso, mineralización ósea normal y masa muscular media, metabolismo basal y tasa metabólica elevados y riesgo bajo de desnutrición. Pensamos que estos datos avalan la necesidad del consejo e intervención nutricional en el paciente con EPOC.

DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON EPOC DE LA COHORTE TRACE

L. Carrasco Hernández¹, E. Márquez Martín¹, C. Calero Acuña, F. Ortega Ruiz, J.L. López-Campos

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES.

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina es una enfermedad severa, infradiagnosticada en la actualidad. Por ello es importante que se realice una determinación de alfa 1 antitripsina una vez en la vida en aquellos pacientes con enfermedad de la vía aérea. El objetivo de esta comunicación es estudiar a los pacientes con EPOC de la cohorte TRACE, que presenta una determinación de alfa 1 antitripsina y la prevalencia del déficit en nuestra población.

Metodología: El estudio TRACE (Time-based Register and Analysis of COPD Endpoints) es un estudio observacional de cohortes prospectivas basado en datos de la vida real cuyo objetivo es el estudio de la evolución temporal de parámetros habituales de la práctica clínica, que comenzó en enero 2012 mediante visitas anuales. Para el presente análisis realizamos un estudio descriptivo de aquellos pacientes con determinación de alfa 1 antitripsina.

Resultados: La cohorte TRACE está compuesta por 1.000 pacientes de los cuales, tienen determinación de alfa 1 antitripsina en la visita basal 348 (34,8%) La edad media de 68,2% \pm 10,2, 85,6% varones, 37,2% fumador con un consumo acumulado de media 63,7 \pm 74,3 paquetes y un FEV1 del 59,9% \pm 20,8%. La media de alfa 1 antitripsina es de 158 \pm 34,2mg/dl. En

20 casos (5,8%) presentaban niveles de alfa 1 antitripsina \leq 120mg/dl, que se confirmaron con una segunda determinación. Tras la realización del estudio genético se identificó el genotipo SZ en 2 pacientes, Z-nueva mutación en 1, ZM Malton en 1 y ZZ en 1.

Conclusiones: En nuestra cohorte el genotipo más frecuente encontrado fue SZ en heterocigosis. Para realizar un diagnóstico precoz, debemos de seguir solicitando la determinación de alfa 1 antitripsina en todo paciente con sospecha de enfermedad de la vía aérea.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA INGRESADOS EN NEUMOLOGÍA EN COMPARACIÓN CON AQUELLOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA: EPIDEMIOLOGÍA Y COMORBILIDADES

L. Fernández Mula, M.D. Sánchez Caro, S. Ruiz García, M. Aparicio Vicente, S.Y. Ruiz Martínez, J. A. Ros Lucas, B. Fernández Suárez, R. Andújar Espinoza, E. Solana Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Previo a la implantación hospitalaria del proceso asistencial integrado (PAI) en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el Hospital Virgen de La Arrixaca, el servicio de Urgencias decidía de modo no protocolizado qué pacientes con EPOC reagudizado ingresaban en Neumología (NML) y aquellos que lo hacían en Medicina Interna (MI) El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de estos pacientes previo a la implantación del PAI.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo donde analizamos los datos epidemiológicos y las comorbilidades más frecuentes en los pacientes EPOC que ingresan en un servicio de NML comparados con los de MI durante el mes de mayo de 2019, elegido aleatoriamente. Se utilizó el índice Profund como marcador de gravedad de dichos pacientes. Se consideraron pluripatológicos aquellos con afectación de uno o más órganos o sistemas. Se estudió quienes reingresaban los 30 días posteriores al alta. Además, se observó qué pacientes eran multiingresadores, es decir, aquellos que habían tenido dos o más ingresos en el último año por EPOC.

Resultados: En NML ingresan 92 pacientes de los cuales el 29,34% tienen como diagnóstico EPOC reagudizado, mientras que en MI ingresan 242 pacientes de los cuales solo el 9,5% tienen dicho diagnóstico al alta. Respecto a las características se observa una edad media más avanzada en los pacientes ingresados en MI (81 años versus 71 años) El 78% de los pacientes EPOC que ingresan en MI son pluripatológicos, frente al 40,7% de los que lo hacen en NML. Con respecto a las comorbilidades más frecuentes en MI son hipertensión arterial (73,9%), diabetes (60,9%), arritmias (43,5%) y anemia (39,1%); en cambio, en NML fueron hipertensión arterial (48,1%), síndrome metabólico (40,7%) y cáncer de pulmón (38,8%) La mayor parte de los pacientes de NML son multiingresadores (63%) frente al 43% de los de MI. El 21,7% de los pacientes de MI vuelven a ingresar en MI en el siguiente mes por un motivo relacionado con la EPOC, frente al 25% de los que ingresan en NML.

Conclusiones: En el análisis de los pacientes de nuestro hospital previo a la implantación del PAI de EPOC, encontramos que los pacientes ingresados en MI tienen mayor número de comorbilidades, objetivándose en ambos servicios como la más frecuente la hipertensión arterial. A pesar de que los pacientes ingresados en NML suelen ser multiingresadores, en nuestro servicio tenemos una tasa de reingreso el siguiente mes tras el alta similar a la de MI.

UNA VISIÓN ACTUALIZADA DEL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

J.A. Delgado Torralbo, V. Almadana Pacheco, R. Ayerbe García, A.S Valido Morales

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es la enfermedad hereditaria más frecuente y potencialmente mortal en el adulto, cuyo infradiagnóstico puede alcanzar el 90%. Se relaciona con el enfisema grave, las bronquiectasias, el asma de difícil control, la hepatopatía precoz, las vasculitis o incluso tumores. Según las principales guías, todos los pacientes EPOC deberían tener al menos una determinación y en caso de déficit, se debería determinar su genotipo. Los objetivos fueron describir características epidemiológicas, genotipos, gravedad funcional, enfermedades relacionadas y las indicaciones de tratamiento sustitutivo.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo mediante consulta de historia clínica digitalizada de un 31 pacientes con niveles en sangre de alfa 1 antitripsina (AAT) menores a 116 mg/dl. A todos ellos se les realizó determinación del genotipo al menos mediante determinación en la unidad correspondiente hospitalaria con muestra sanguínea o a través de “alpha Kit” con muestra de saliva. En aquellos casos dudosos se solicitó secuenciación. Además se incluyeron datos epidemiológicos, función pulmonar y gravedad, diagnósticos relacionados y tratamiento.

Resultados: La media de edad fue 57,7 años \pm 13,32. El porcentaje de hombres fue del 64,5%. El IMC medio fue 27,16 \pm 5,2. Mayoritariamente (64,5%) fueron exfumadores con IPA medio de 36,6 \pm 36,61. La edad media del diagnóstico fue de 56,19 \pm 12,9 años. El nivel basal medio se situó en 67,27 \pm 29,25 y el 30% (9 pacientes) presentaron valores \leq 60 mg/dl, de los cuales 5 realizan tratamiento. De ellos 4 (80%), eran PiZZ y el otro PiMS malton. El genotipo más frecuente fue el PiMS, incluyendo variantes (7 pacientes) Se secuenciaron 9 pacientes (29%) La media del % de FEV1 global al diagnóstico fue 70,33 \pm 25,18. Entre los de \leq 60 mg/dl fue 53,85 \pm 13,58, sin evidencia estadística suficiente. El 46,7% tuvieron enfisema radiológico y el 66,7% \leq 60 mg/dl, no siendo estadísticamente significativo. El porcentaje global de EPOC fue 67,9%, seguido de las bronquiectasias (24,1%) y del asma (20%) GOLD 2 y 3 fueron lo más frecuente (68,4%) El 50% de los EPOC \leq 60 mg/dl eran GOLD 3. Un 26,4% del global y un 51% de \leq 60 mg/dl presentaron un BODE \geq 5 y un 47,4 se encuadraron en el grupo D. La media de caída de FEV1 en el global anual fue 43,7 cc y en \leq 60 mg/dl fue de 150,25 cc. Las comorbilidades no pulmonares fueron poco frecuentes (diabetes: 12,9%, vasculitis, hepatopatía y cáncer: 6,5%)

Conclusiones:

- El DAAT continúa siendo una enfermedad infradiagnosticada y es detectada en la edad adulta
- El perfil de paciente en nuestra unidad fue: hombre adulto con sobrepeso, ex fumador, diagnosticado de EPOC moderado-grave con presencia radiológica de enfisema y con fenotipo PiMS
- Los resultados sugieren que niveles \leq 60 mg/dl, presentaron peor función pulmonar al diagnóstico, mayor enfisema radiológico, estadiaje GOLD más avanzado y mayor caída anual de FEV1
- Las comorbilidades no respiratorias fueron poco frecuentes.

SARCOMA DE PARED TORÁCICA CON RESECCIÓN EN BLOQUE DE 6 ARCOS COSTALES Y RECONSTRUCCIÓN CON MATERIAL PROTÉSICO E INJERTO MUSCULOCUTÁNEO

C. Sánchez Matás, J. Gómez Tabales, S. Monge Blanco, D. Andrades Sardiña, F. García Gómez, J.L. López Villalobos, R.M. Barroso Peñalver, FJ. De la Cruz Lozano, A.I. Blanco Orozco

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los tumores primarios de la pared torácica constituyen el 1 - 4% de las neoplasias torácicas. Aproximadamente el 60% presentan un comportamiento maligno, siendo la cirugía de resección en bloque con márgenes sanos el tratamiento de elección. En aquellos tumores que involucran a varios arcos costales la resección completa supone un reto quirúrgico, precisando la reconstrucción de la pared torácica mediante un abordaje multidisciplinar. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de sarcoma fusocelular subescapular izquierdo localmente avanzado sometida a intervención conjunta con Cirugía Plástica.

Metodología: Mujer de 50 años con antecedentes de hipotiroidismo y apendicectomizada, en estudio por lesión subescapular izquierda. Tras valoración mediante pruebas de imagen (Figura 1) se evidencia una masa de partes blandas a nivel de pared torácica izquierda con signos de agresividad. Una vez completado estudio de extensión, descartada diseminación a distancia, y biopsiada la lesión con diagnóstico de sarcoma fusocelular se decide intervención quirúrgica junto con Cirugía plástica.

Resultados: Con la paciente en decúbito lateral derecho se practica incisión rodeando la tumoración con márgenes macroscópicos sanos, realizando disección y sección de músculos pectoral y serrato anterior, así como oblicuo mayor, romboides, dorsal ancho preservando pedículo toracodorsal y trapecio hasta plano óseo evidenciando infiltración desde 5 a 8 arco costal izquierdos. Tras sección de 4 a 9º arco costal izquierdo y tercio inferior de la escápula se evidencia invasión de parénquima pulmonar subyacente que se reseca mediante segmentectomía atípica (Figura 2A), permitiendo la extracción en bloque de la pieza quirúrgica. Una vez comprobada la aerostasia y la hemostasia se procede a reconstrucción parietal mediante malla sintética y 3 barras articuladas de osteosíntesis

sobre 4, 6 y 8 arco costal (Figura 2B); y reparación musculocutánea mediante injerto de unos 20 x 18cm compuesto por músculo vasto lateral (Figura 2C y D) Tras postoperatorio marcado por analgesia cuidadosa la paciente es dada de alta al 12º día sin incidencias.

Conclusiones: La resección en bloque con márgenes libres de enfermedad de los tumores malignos primarios de pared torácica sigue siendo el tratamiento de elección. En aquellos tumores extensos este objetivo puede suponer un reto quirúrgico precisando reconstrucción de la pared para reestablecer la dinámica respiratoria, así como colaboración multidisciplinar para la reparación del defecto causado. El uso de materiales protésicos ha ampliado el espectro de pacientes candidatos a la cirugía oncológica. Imagen 1: Ver imagen 1 Imagen 2: Ver imagen 2

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP) RESCATADOS TRAS NEOADYUVANCIA

M. Leo Castela, A. González Barroso, C. Ortega Rey, M. García Sáez, R. Risco Rojas, C. López García, D. León Medina, S. García Barajas

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: En el cáncer de pulmón localmente avanzado, las terapias de inducción han demostrado mejorar su pronóstico y permitir el rescate quirúrgico en casos seleccionados. Objetivos: analizar la morbi-mortalidad postoperatoria, la respuesta histopatológica y el seguimiento oncológico 1 año en pacientes con CPCNP rescatados para cirugía. Analizar estos resultados en función del esquema de neoadyuvancia: quimioterapia (QT) vs. quimioterapia + radioterapia concomitante (QT+RT)

Metodología: Se desarrolla un estudio descriptivo retrospectivo para analizar una población de 66 pacientes rescatados para cirugía de resección pulmonar tras neoadyuvancia. Período de estudio: enero de 2002 a enero de 2019. Se analizan dos grupos de pacientes: a) pacientes tratados con QT+RT neoadyuvante (n = 26); b) enfermos tratados con QT (n = 40) Se estudian las variables: edad, sexo, criterio de indicación de neoadyuvancia, morbilidad y mortalidad postoperatorias, clasificación TNM, patrón de recidiva, mortalidad y supervivencia a 1 año.

Resultados: La edad media de la serie fue de 61,05 años (rango 37 - 73) Sexo: 56 hombres (84,85%) y 10 mujeres (15,15%) El criterio de indicación de neoadyuvancia fue por dudosa resecabilidad en el 69,70% de los enfermos (46/66) y por enfermedad N2 en el 30,30%. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: arritmia, neumonía y fístula broncopleurales. En el grupo tratado con esquema bimodal (QT+RT): la tasa de morbilidad postoperatoria fue del 19,24% (5/26) y la de mortalidad postoperatoria 0%. Hemos observado un mejor estadio patológico en el 69,24% de los casos (18/26), no evidenciándose células tumorales en la pieza quirúrgica en 11 de ellos (42,31%) En el grupo de QT de inducción: mejoró el estadio en el 60 % y se constató respuesta histopatológica completa en el 10% (4/40) Un 27,5% de los enfermos de este grupo desarrolló complicaciones postoperatorias (11/40) y 2 pacientes fallecieron por fístula broncopleurales. Tras un año de seguimiento desde la intervención, la tasa de recidiva tumoral de la serie ha sido del 21,21 % (14/66): 11 pacientes desarrollaron metástasis a distancia y 3 presentaron recidiva loco-regional. De estos 14 enfermos, 9 pertenecen al grupo de QT. Se registraron 10 fallecimientos: 8 casos en el grupo de QT.

Conclusiones: En el análisis de nuestra serie:

- Los pacientes tratados con QT+RT neoadyuvante presentan mejor respuesta histopatológica y menor morbimortalidad postoperatoria respecto al grupo de QT de inducción.

- El patrón de recidiva a distancia vs. recidiva loco-regional es mayor en los dos grupos de estudio. La incidencia de recurrencia tumoral es superior en los pacientes tratados con QT exclusivamente.

- La supervivencia a un año desde la cirugía de resección pulmonar es mayor en el grupo de QT+RT.

MUJERES Y CÁNCER DE PULMÓN TRAS NEOADYUVANCIA. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA SERIE QUIRÚRGICA

M. Leo Castela, A. González Barroso, C. Ortega Rey, M. García Sáez, R. Risco Rojas, C. López García, D. León Medina, S. García Barajas

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: El cáncer de pulmón constituye la tercera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres españolas. En los últimos años, diferentes estudios indican que hemos asistido a un cambio

en sus factores de riesgo, histología, resultados de tratamiento y pronóstico. **Objetivos:** analizar los resultados histopatológicos, la morbilidad postoperatoria, la supervivencia y la mortalidad a 1 año en mujeres con carcinoma broncogénico no microcítico intervenidas tras tratamiento neoadyuvante.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2002 a enero de 2019. De una población total de 66 pacientes rescatados tras tratamiento neoadyuvante, se estudian las características clínicas y los resultados quirúrgicos de las 10 mujeres de la serie. Se analizan las variables: edad, tabaquismo, criterio de indicación de neoadyuvancia, tipo de intervención, morbimortalidad postoperatoria, estirpe histológica, clasificación TNM (8ª ed. IASLC.), y seguimiento oncológico tras año desde la intervención.

Resultados: El 70% de las mujeres estudiadas presentaba criterios de irreseccabilidad en el momento del diagnóstico y el otro 30% enfermedad N2. De las 10 pacientes: 5 recibieron quimioterapia (QT) neoadyuvante y 5 fueron tratadas con quimioterapia más radioterapia de inducción. Rango de edad: 37-76 años (edad media: 59,80 años); 7 pacientes no fumadoras y 3 fumadoras. El tipo histológico identificado antes del tratamiento neoadyuvante fue: carcinoma escamoso (5) y adenocarcinoma (5) En la estadificación patológica, observamos mejoría del estadio en 6 mujeres, concordancia c-TNM/ p-TNM en 3 y peor estadio en 1 caso. Respuesta histopatológica completa en el 30% (2 pacientes del grupo de QT+RT y 1 paciente tratada con QT) Ninguna paciente falleció en el curso postoperatorio. La tasa de morbilidad postoperatoria fue del 50 % (5/10) mientras que en los hombres fue 19% (11/56) Las complicaciones observadas fueron: parálisis recurrencial (2), neumonía (1), quilotórax (1) e ictus (1) Tras el primer año de seguimiento desde la cirugía de resección pulmonar, observamos 2 casos de recidiva y 1 fallecimiento por progresión tumoral (una paciente del grupo de QT) La supervivencia a 1 año es del 90% (9/10) vs. el 83,93% calculado en los hombres (47/56)

Conclusiones: En el análisis de nuestra serie hemos observado que:

- Las mujeres presentaron más complicaciones postoperatorias que los hombres, pero la mortalidad postoperatoria en ellas fue nula.

- La respuesta histopatológica tras el tratamiento neoadyuvante es elevada, especialmente en el grupo de QT+RT. El carcinoma escamoso fue la estirpe

inicial en todos los casos de respuesta histológica completa.

- Tras 1 año de seguimiento desde el rescate quirúrgico, la tasa de supervivencia es alta, siendo excelente en el grupo de mujeres que recibió QT+RT.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MEDIASTINITIS AGUDA NECROTIZANTE. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA SERIE

M. Leo Castela, A. González Barroso, C. Ortega Rey, M. García Sáez, R. Risco Rojas, C. López García, D. León Medina, S. García Barajas

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: La mediastinitis necrotizante aguda representa una forma poco frecuente de mediastinitis, pero constituye una entidad grave y amenazante para la vida. El diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinar son fundamentales. La cirugía videotoracoscópica (VATS) es una opción de tratamiento, aunque la mayoría de los estudios publicados son de pocos casos. Objetivos: analizar las formas clínicas de presentación, el abordaje quirúrgico y los resultados postoperatorios en pacientes intervenidos por mediastinitis necrosante descendente.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2007 a noviembre de 2019. Se estudian 11 pacientes intervenidos por mediastinitis aguda descendente que ingresaron en nuestro Servicio tras salida de Unidad de Cuidados Intensivos. Se incluyen las variables: edad, sexo, factores de riesgo, clasificación de Endo, tipo de abordaje quirúrgico, estancia media hospitalaria y morbilidad postoperatoria.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 60,54 años (rango 31 - 80); 6 mujeres y 5 hombres. Se identificaron factores predisponentes en tres de ellos (alcoholismo, diabetes y cáncer oral) La mediastinitis fue secundaria a una infección oral en la mayoría de los casos, seguida del absceso cervical y retrofaríngeo. En todos los pacientes fue preciso realizar traqueostomía. Según la clasificación radiológica de Endo, los pacientes se categorizaron en estadios: I (1 enfermo); IIA (2) y IIB (8) El tratamiento quirúrgico incluyó la cervicotomía en el 81,82 % (9/11) El abordaje torácico para el drenaje y desbridamiento mediastínico se realizó mediante toracotomía póstero-lateral en 5 pacientes (derecha: 3; izquierda: 2), esternotomía media en 3

y VATS derecha en 3 casos (tasa de reconversión a cirugía abierta: 0%) La tasa de reintervención en nuestro estudio fue del 27,27 % (3/11) Observamos complicaciones postoperatorias en cuatro pacientes (tasa de morbilidad: 36,36 %) Las complicaciones identificadas fueron: neumonía (2), polineuropatía del paciente crítico (1) y dehiscencia esternal (1) En tres pacientes se practicó un cierre quirúrgico diferido con reconstrucción de pared torácica: dos plastias de músculo pectoral mayor y una epipoplastia, sin complicaciones en ningún procedimiento. La estancia media hospitalaria fue de 52,45 días.

Conclusiones: En el estudio de nuestra serie quirúrgica:

- La incidencia de complicaciones postoperatorias fue similar a la descrita en la literatura científica.
- Es imperativo realizar un tratamiento quirúrgico precoz y agresivo, que incluya un abordaje transtorácico en casos de mediastinitis extendida.

- La cirugía mínimamente invasiva es una opción de tratamiento factible y con buenos resultados. La experiencia y los avances técnicos redefinen sus indicaciones.

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA BRONCOPLEURAL POSTNEUMONECTOMÍA

P. Bravo Carmona, M.J. Moyano Rodríguez, A.M. Gómez Gago, I. Piedra Fernández, F. Quero Valenzuela, J.R. Torres Bermúdez, F. Hernández Escobar, C.I. Bayarri Lara, J. Ruiz Zafra

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La complicación postneumonectomía más grave es la fístula broncopleural (FBP) debido a su elevada morbimortalidad. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de la unidad en el tratamiento de las FBP tras neumonectomías y sus resultados.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con FBP tras neumonectomía desde enero 2012 hasta noviembre 2019. Se recogieron variables demográficas, lateralidad, tratamiento neoadyuvante, empiema asociado, tiempo de aparición tras la cirugía, tamaño, tipo de tratamiento y características del mismo, y cierre o no de la FBP.

Resultados: Del total de 53 neumonectomías realizadas en dicho período, 12 pacientes (22,6%) presentaron como complicación FBP. 10 fueron

varones (83%), 7 eran derechas (58,3%), 5 habían recibido neoadyuvancia previa (41,6%) y 9 asociaban empiema (75%) El 50% (6) de las FBP se clasificaron según el momento de aparición como intermedias (7 - 30 días desde cirugía), el 33,3% (4) fueron tardías (>30 días), y el 16,7% (2) fueron precoces (0 - 7 días) El 75% (9) de las FBP eran <3 mm, de las cuales: 1 fue tratada y cerrada espontáneamente mediante drenaje pleural (DP) y antibioterapia, 7 (58,3%) fueron tratadas exclusivamente mediante técnicas endoscópicas cerrándose la FBP en el 71,4% (5), y 1 inició tratamiento endoscópico sin ser efectivo y requirió de toracostomía abierta (TA) y se está empleando dispositivo de terapia de vacío. Las técnicas endoscópicas empleadas fueron: aplicación de sustancia sellante -SS- con Tissucol®, inyección submucosa -IS- de Etoxisclerol®, y asociación de ambas. La media de sesiones para aplicación de SS y/o IS fue 1,89 (máximo 3) Simultáneamente se empleó DP y antibioterapia según criterio del cirujano en todos los pacientes. Se realizó cirugía directamente tras el diagnóstico en 2 pacientes (16,6%), que presentaban FBP entre 4 - 8mm: cierre primario y plastia intercostal con reapertura de FBP y TA posterior en uno, y TA y aplicación de dispositivo de oclusión tipo Amplatz® con SS e IS alrededor del dispositivo en el otro paciente. En ningún caso se consiguió su cierre. En resumen: de 53 neumonectomías, 12 (22,6%) presentaron FBP. En 6 casos (50%) no se consiguió cerrar la FBP, y en los otros 6 sí se resolvió: 1 cerró espontáneamente y otros 5 (41,6%) mediante técnica endoscópica. Se precisó TA en 3 pacientes.

Conclusiones:

- El manejo de las FBP postneumonectomía es aún controvertido. Debe ser individualizado según tamaño, localización, tiempo de aparición tras cirugía, la asociación o no de empiema, el estado general y comorbilidad del paciente.

- El tratamiento endoscópico es adecuado para FBP pequeñas (< 3 mm) sin empiema asociado. Son técnicas seguras y evitan la cirugía en casos seleccionados.

- La TA es la técnica quirúrgica más empleada y segura para el manejo de la FBP, principalmente en casos con empiema asociado donde no es posible un cierre primario.

ABORDAJE ANTERIOR TRANSMANUBRIAL DEL ESTRECHO TORÁCICO

C. Sánchez Matás, J. Gómez Tabales, S. Monge Blanco, A. Andrades Sardiña, F. García Gómez, J.L. López Villalobos, R.M. Barroso Peñalver, F.J. De la Cruz Lozano, A.I. Blanco Orozco

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El opérculo torácico constituye el espacio situado entre la última vértebra cervical, primeras costillas y manubrio esternal. Incluye variedad de estructuras anatómicas y en él pueden aparecer tumores benignos o malignos involucrando cualquiera de sus componentes. El tratamiento quirúrgico se encuentra marcado por las dificultades de acceso, el gran número de estructuras comprendidas en un espacio reducido y rígido; y el riesgo de lesiones por la manipulación. Estando el acceso mediante toracotomía restringido, es precisa la consideración de vías de abordaje alternativas. Presentamos el caso de un paciente con un neurofibroma en el opérculo torácico intervenido mediante un abordaje anterior transmanubrial (Dartevelle modificado)

Metodología: Varón de 33 años con antecedente de neurofibroma en miembro superior izquierdo. Presenta lesión ocupante de espacio a nivel de mediastino antero-superior derecho de unos 9cm de eje craneocaudal; que desplaza estructuras mediastínicas y presenta proyección intrarraquídea de unos 3,5 cm en reloj de arena, de crecimiento lento y sin datos radiológicos de malignidad (Figura 1) Ante manifestaciones clínicas (síndrome de Horner incompleto) y extensión intrarraquídea, se decide intervención quirúrgica junto con Neurocirugía en dos tiempos.

Resultados: El paciente es sometido en un primer tiempo a una laminectomía cervicodorsal con independización de raíces nerviosas. En un segundo tiempo, con el paciente en decúbito supino se realiza colgajo cutáneo en L invertida (Figura 2A), permitiendo la exposición de clavícula, borde anterior de esternocleidomastoideo, articulación esternoclavicular y cara anterior de manubrio esternal (Figura 2B) Tras la desinserción del esternocleidomastoideo y liberación de ligamento costoclavicular; se procede a movilización transmanubrial clavicular, permitiendo la visualización y disección de elementos vasculares supra e infraclaviculares (Figura 2C) En su profundidad se identifica la tumoración, que se

diseca y extrae (Figura 2D) Tras hemostasia y colocación de dos drenajes aspirativos se procede a reconstrucción de manubrio mediante 2 puntos de acero y cierre muscular por planos. Evolución postoperatoria sin incidencias que permitió el alta al 5º día con excelente resultado funcional a largo plazo. El estudio anatomopatológico fue diagnóstico para neurofibroma.

Conclusiones: Los tumores del opérculo torácico constituyen un reto quirúrgico a día de hoy marcado por dificultades en el acceso que condicionan un acto quirúrgico laborioso con riesgo de lesión de estructuras anatómicas. Se han descrito varias vías de abordaje, tanto anteriores como posteriores, presentando cada una de ellas ventajas e inconvenientes. Para aquellas lesiones anteriores el abordaje transmanubrial permite una adecuada visualización de vasos subclavios y yugulares así como estructuras nerviosas. Imagen 1: Ver imagen 1 Imagen 2: Ver imagen 2

MIGRACIÓN DE MALLA DE PERICARDIO A TRAVÉS VÍA AÉREA TRAS BILEBOCTOMÍA INFERIOR AMPLIADA

J. Gómez Tabales, C. Sánchez Matás, S. Monge Blanco, J.L. López Villalobos, F. García Gómez, R.M. Barroso Peñalver, F.J. De la Cruz Lozano, D. Andrades Sardiña, A.I. Blanco Orozco

Hospital Universitario Virgen de Rocío.

Introducción: Las complicaciones relacionadas con material protésico a nivel intratorácico están escasamente descritas y se centran sobre todo en infecciones agudas o crónicas de mallas o material de osteosíntesis.

Metodología: Presentamos el caso de un varón de 77 años, hipertenso, diabético y con cardiopatía isquémica revascularizada. Sometido a bilobectomía inferior ampliada a pericardio con necesidad de colocación de malla a éste nivel en 2013. En 2015 comienza con episodios de esputos hemoptoicos y expectoración purulenta de forma recurrente. En estudio broncoscópico se observa la presencia del material protésico a nivel del muñón del bronquio intermediario. Tras varios intentos de retirada a través de broncoscopio flexible sin éxito, decidimos realización de broncoscopia rígida.

Resultados: Realizamos broncoscopia rígida bajo anestesia general y procedemos a retirada de material protésico con ayuda de endotijera. Postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta

a las 24 horas. En la revisión al mes de la cirugía, se observa la ausencia de material protésico, sin hallazgos macroscópicos a nivel del muñón bronquial, además del cese de la expectoración hemoptoica y purulenta que venía presentando el paciente.

Conclusiones: Se trata de una complicación excepcional, de la que no hemos encontrado publicación alguna en la literatura. En este caso, la retirada del material protésico provocó el cese de la clínica respiratoria que el paciente presentaba. URL Video nº 1: Ver video 1 Clave Video nº 1: Neumosur_2019

OSTEOSÍNTESIS COSTAL URGENTE: PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA CON MODELO 3D

S. Sevilla López¹, P. Carmona Soto¹, G. Carrasco Fuentes¹, J. Bonilla Alarcón², F. Román Rodríguez², C.I. Herráiz Montalvo²

¹Cirugía Torácica. H. U. Ciudad de Jaén

²Subdirección TIC de Jaén.

Introducción: La osteosíntesis costal es una intervención poco frecuente, y menos aún realizada de forma urgente. Presentamos el caso de un paciente con con traumatismo tóraco-abdominal severo, con evisceración de colon a través de espacio intercostal y fracturas costales múltiples que precisó de cirugía de reconstrucción de pared y fijación costal. Debido a la complejidad de las fracturas, desalineación y múltiples fragmentos se realizó un modelo 3D de la parrilla costal con el fin de mejorar la planificación quirúrgica.

Metodología: Presentamos un caso poco frecuente de osteosíntesis de pared torácica por evisceración intercostal de contenido abdominal.

Resultados: Varón de 57 años que sufre un traumatismo tóraco-abdominal por impacto de pala de excavadora. Presenta fracturas costales múltiples, luxación del cartílago común y evisceración de colon a través de 8º espacio intercostal izquierdo hacia subcutáneo de flanco izquierdo y hueco axilar. Bajo anestesia general e intubación simple se inicia laparotomía para reducción del ángulo esplénico del colon y sutura de peritoneo. A continuación, en decúbito lateral derecho, se realiza incisión de toracotomía lateral baja en 8º espacio intercostal sobre la zona herniada hallando rotura diafragmática, estallido de espacios intercostales y musculatura de pared, fracturas costales múltiples y luxación del cartílago común izquierdo. Se procede

a la sutura con material irreabsorbible de diafragma, y cartílago común a esternón. Osteosíntesis de 7º - 9º arcos con placas de titanio y malla de Goretex. Posoperatorio en UCI con hallazgo de isquemia renal izquierda siendo extubado al 4º día. Evolución en planta lenta por insuficiencia renal y las grandes heridas con pérdida de sustancia que precisaron terapia de vacío. Alta al mes sin secuelas.

Conclusiones: La cirugía de fijación costal en pacientes seleccionados disminuye el tiempo de ventilación mecánica y por consiguiente sus complicaciones pulmonares asociadas. Además, presenta el potencial de reducir secuelas a largo plazo como el dolor y la restricción respiratoria así como beneficios estéticos. La utilización del modelo 3D de la parrilla costal en nuestro caso facilitó la planificación de la cirugía y fue especialmente útil a la hora de fijar los fragmentos óseos de una forma correcta. Este avance en la medicina personalizada consideramos que aporta beneficios en términos de seguridad quirúrgica. URL Video nº 1: Ver video 1 Clave Video nº 1: Neumosur.

ABORDAJE SUBXIFOIDEO ¿ELECCIÓN O RECURSO?

F. Cózar Bernal¹, S. Sevilla López², G. Zúñiga Sánchez³, A. Bravo Cerro², P. Carmona Soto²

¹Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

²Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

³Servicio Cirugía Torácica Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Actualmente, el tratamiento de elección en los timomas localmente avanzados (estadios II-IIIa) es la cirugía con finalidad R0. La vía de abordaje recomendada por la mayoría de las guías clínicas es la esternotomía, si bien con el auge de la videotoracoscopia, este dogma se ha ido modificando, decidiéndose el abordaje más idóneo en función de cada paciente.

Metodología: Presentamos el caso de un varón de 64 años, HTA y sin otras comorbilidades de interés que acudió a urgencias por disnea de meses de evolución. En Rx tórax se identificó gran tumoración mediastínica lateralizada a hemitórax izquierdo. Tras completar estudio y presentar en comité multidisciplinar se programa extirpación quirúrgica de la lesión.

Resultados: Por esternotomía media se llevó a cabo la extirpación de la gran tumoración que invadía llingula, haciéndose precisa una resección

segmentaria atípica de la misma. Macroscópicamente se consiguió una cirugía radical que posteriormente fue confirmada en la anatomía patológica. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó paulatinamente desestabilización hemodinámica con cifras tensionales bajas, necesitando aminas vasoactivas, taquicardia y taquipnea. En Rx de tórax de control se aprecia importante derrame pleural izquierdo sugestivo de hemotórax asociado a un débito hemático de 1.500 cc por drenaje pleural. Se decide reintervenir al paciente para limpieza de cavidad pleuro-mediastínica y localización de posible punto sangrante. Ante la situación de inestabilidad hemodinámica del paciente, se decide llevar a cabo una reintervención lo menos agresiva posible, y se plantea un abordaje subxifoideo (nunca antes utilizado en este hospital) evitando así una re-esternotomía. La cirugía se llevó a cabo sin incidentes, extrayendo abundantes coágulos sin identificar un punto hemorrágico claro, solo un sangrado difuso en tabla esternal, más llamativo en zona de puntos de alambres transesternales, los cuales se electrocoagularon. El paciente permaneció 48h en URP pudiéndose retirar las aminas vasoactivas y siendo trasladado a planta de hospitalización, donde tras 4 días se le retiró el drenaje pleural y fue dado de alta. Actualmente a los 18 meses de la cirugía el paciente se encuentra en seguimiento por Oncología sin signos de recidiva.

Conclusiones: - La vía de abordaje de los timomas localmente avanzados debe individualizarse en cada caso, pero la existencia de afectación de estructuras vecinas suele precisar de un abordaje abierto para conseguir una resección completa - En ocasiones, el tratamiento de posibles complicaciones, como el hemotórax puede tratarse de manera efectiva por una vía de abordaje menos invasiva que la original, restando al paciente un aumento de su morbilidad - El abordaje subxifoideo, en auge últimamente, si bien precisa de instrumental quirúrgico específico, puede ser una opción en casos como el nuestro donde no se precisa de disección fina de estructuras anatómicas, obviando la falta de instrumental específico de la mayoría de los hospitales. URL Video nº 1: Ver video 1 Clave Video nº 1: Neumosur20.

ADENOCARCINOMA Y EXPRESIÓN DE AXL COMO BIOMARCADOR DE MAL PRONÓSTICO

M.J. Moyano Rodríguez¹, C.I. Bayarri Lara¹, D. De Miguel Pérez¹, M.J. Serrano Fernández², J.R. Torres Bermúdez¹, P. Bravo Carmona¹, F. Quero Valenzuela¹, I. Piedra Fernández¹, F. Hernández Escobar¹, J. Ruiz Zafra¹

¹Cirugía Torácica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada,

²Centro de Investigación Genyo. Granada.

Introducción: La biología molecular en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) continua siendo un enigma debido a la heterogeneidad de comportamiento, incluso en estadios iniciales con resección quirúrgica completa. En este paradigma, nuevos genes tumorales en estudio pueden tener cierto valor pronóstico y ser objeto de futuras terapias dirigidas. Este trabajo analiza el valor pronóstico de la sobreexpresión de AXL tumoral en pacientes con adenocarcinoma pulmonar tratado quirúrgicamente.

Metodología: Estudio retrospectivo de una base prospectiva de pacientes intervenidos de adenocarcinoma en estadios iniciales (I-IIIa) entre noviembre de 2012 y febrero de 2015. Las variables a estudio son: demográficas, radiológicas, quirúrgicas y patológicas (TNM, 7ª edición) La muestra de tejido tumoral en fresco se obtuvo en quirófano tras la extracción de la pieza quirúrgica y se almacenó a -80º para extraer posteriormente el ARN. Se han analizado varios genes (AXL, IL6R, MET y GAPDH) en base a la evidencia científica actual, centrandó nuestro estudio en AXL. Los niveles de expresión génica de AXL se han determinado según la aplicación web Cutoff Finder, considerándose como alto un valor ≥ 1.796 . El análisis de resultados se realiza en términos de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE), empleando el paquete SPSS Statistics v22.0.

Resultados: De un total de 47 pacientes con ADC, 36 fueron varones (76,6%), con edad media de 65 años y hábito tabáquico en el 85%. La estadificación tumoral más frecuente fue el estadio I (49%), seguido del II (32%), y solo el 19% resultó un estadio III. La resección más realizada fue la lobectomía (91,5%), tanto por abordaje abierto como por videotoroscopia. El 46,8% de la serie completó tratamiento adyuvante. Con una media de seguimiento de 28 meses, el 48,9% de la serie presentó recidiva. La mortalidad global fue de un 38,3%. Un nivel de expresión de AXL más elevado

se asoció con una peor SLE ($p = 0,033$) y una peor supervivencia global (SG) ($p = 0,004$)

Conclusiones:

- La detección génica de AXL en pacientes con CPNM, concretamente de estirpe adenocarcinoma, puede ser un biomarcador pronóstico futuro.

- En adenocarcinoma pulmonar en estadio inicial resecable, la sobreexpresión de AXL tumoral se asocia a una peor SLE y SG.

- Serán necesarios más estudios que validen el papel de AXL en estadios iniciales de CPNM y permitan complementar el tratamiento quirúrgico de forma dirigida.

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

J.R. Torres Bermúdez, M.J. Moyano Rodríguez, P. Bravo Carmona, A.M. Gómez Gago, J. Ruiz Zafra, I. Piedra, F. Quero Palenzuela, F. Hernández Escobar, C.I. Bayarri
Servicio de Cirugía torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: El neumotórax catamenial (NC) es el que se produce tres días antes o después del inicio de la menstruación. Es la manifestación más frecuente de endometriosis torácica. Tiene varias formas de presentación y por tanto varias formas de tratamiento. El objetivo del trabajo es determinar la efectividad del tratamiento de acuerdo a los hallazgos operatorios.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo analizando una serie de 70 mujeres ingresadas en nuestro servicio por neumotórax entre Marzo 2009 y Octubre de 2019. Se estudiaron las historias clínicas, informes operatorios y de anatomía patológica.

Resultados: De las 70 mujeres tratadas por neumotórax, 23 fueron diagnosticadas de NC. La edad promedio fue de 40 años (17 - 48) El NC fue más frecuente en el lado derecho 20 (86%) En 11 pacientes se encontraron fenestraciones diafragmáticas con sospechas de endometriosis a dicho nivel en 5 de ellas. En 9 se encontraron blebs subpleurales en el vértice pulmonar y 1 con bullas en ambos lóbulos y fenestraciones diafragmáticas. Los 23 pacientes fueron intervenidas por toroscopia. Resección del vértice pulmonar con blebs en 10 pacientes. En las fenestraciones diafragmáticas se empleó un sellante de fibrina (Tissucol) en 6 pacientes, resección diafragmática con endosuturadora en 1 y una plicatura

diafragmática en las 4 restantes. Se realizó abrasión pleural mecánica en 15 pacientes incluyendo a 3 en las que no se encontraron lesiones intratorácicas, pleurectomía parietal en 5 y pleurodesis con talco en 3. Hubo 6 pacientes con recidivas que necesitaron tratamiento hormonal durante 6 meses y reintervención (pleurectomía parietal + talcaje) 3 de ellas. En una de ellas se efectuó una ooforectomía bilateral.

Conclusiones: El NC es heterogéneo en cuanto a su etiopatogenia y formas de presentación. El tratamiento quirúrgico es necesario y dependerá de los hallazgos operatorios.

ESTUDIO DE LA DESREGULACIÓN DE LOS TRANSPONES EN EL CARCINOMA EPIDERMOIDE, EL ADENOCARCINOMA Y EL CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN: EN BUSCA DE NUEVOS BIOMARCADORES

M. Arroyo Varela¹, R. Larrosa Jiménez², M.G. Claros Díaz³, J. Gómez Maldonado⁴, R. Bautista Moreno⁴

¹UGC Enfermedades Respiratorias. Hospital Regional Universitario de Málaga,

²Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga.

³Departamento de Biología Molecular y Bioquímica. Universidad de Málaga.

⁴Plataforma Andaluza de Bioinformática-SCBI. Universidad de Málaga.

Introducción: El cáncer de pulmón es el más frecuente y mortal. Es importante encontrar biomarcadores que nos ayuden al diagnóstico precoz, pronóstico y tratamiento dirigido. Aunque muchas investigaciones se centran en encontrar alteraciones en genes, estos suponen un 2% del genoma humano, el 98% restante está formado por ADN no codificante. De este, el 45% está formado por elementos repetitivos móviles o transposones. En este estudio vamos a estudiar cómo se afectan los transposones en los 3 tipos principales de cáncer de pulmón.

Metodología: Hemos estudiado la expresión diferencial de los transposones entre tejido sano y tumoral de pacientes con adenocarcinoma (LAC), carcinoma epidermoide (SqCC) y carcinoma microcítico de pulmón (SCLC) Hemos secuenciado 8 pacientes con LAC y 8 con (SqCC) intervenidos en el HR de Málaga gracias a las becas Neumosur 12/2015 y 14/2016. Para el SCLC hemos accedido a través del NCBI a la secuenciación de 17 pacientes.

Hemos estudiado tejido sano y tumoral. Se han analizado con un flujo de trabajo bioinformático específico que conlleva preprocesar las lecturas, alinearlas al genoma humano de referencia, determinar la expresión de los transposones en cada una de las muestras, y calcular la expresión diferencial de los mismos al comparar el tejido sano y tumoral.

Resultados: Primero hemos analizado los transposones que presentan expresión diferencial entre tejido tumoral y sano en cada uno de los tipos histológicos estudiados por separado. En los pacientes con LAC se han dado encontrado 7 transposones diferencialmente expresados (TDE), 5 sobreexpresados (ALR_Alpha, HERVL18-int, LTR54B, MER136 y MER65-int) y 2 reprimidos (LTR18B, MSR1) En SCLC se han encontrado 72 TDE, 36 son ERV de clase LTR, 15 transposones de ADN, 6 SINE, 5 LINE (L1MEa, L1M2a1, CR1_Mam, L1M3a y L1PA12), 3 satélites y 5 de clase desconocida. En SqCC hemos obtenido 12 TDE, 8 sobreexpresados (REP522, HERVL18-int, LTR1B1, LTR18A, LTR7Y, LTR52-int, L1P4b, MER34-int) y 4 reprimidos (LTR18B, HERV1_LTRc, L1MEa, UCON34) Hemos encontrado que HERVL18-int y LTR18B son comunes a los tres tipos de cáncer estudiados y se expresan en el mismo sentido. LTR54B y MER65-int se expresan en LAC de forma opuesta a los otros 2 cánceres en la mayoría de los pacientes, siendo especialmente interesante LTR54B para diferencial entre LAC y SCLC. L1P4b no aparece en SCLC, se sobreexpresa en SqCC y no presenta expresión diferencial en LAC. HERV1_LTRd, UCON67, MER75A y UCON88 son específicos de SCLC, no presentando expresión en el resto de tumores estudiados. De estos, MER75A y UCON88 se encuentran sobreexpresados en el tejido tumoral con respecto al sano y HERV1_LTRd y UCON67 reprimidos.

Conclusiones: Los transposones se reprograman específicamente en células de cáncer de pulmón con respecto a células normales. La reprogramación de los transposones conducido por los cambios oncogénicos debe ser un nuevo campo de investigación y su uso como fuente de biomarcadores debe ser un nuevo sello distintivo del cáncer.

Opta a: Premio.

Archivo adjunto 1: Ver adjunto 1 Archivo adjunto 2: Ver adjunto 2 Archivo adjunto 3: Ver adjunto 3 Archivo adjunto 4: Ver adjunto 4 Archivo adjunto 5: Ver adjunto 5 Imagen 1: Ver imagen 1 Imagen 2: Ver imagen 2

ANÁLISIS DE LA DERIVACIÓN A UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN

J.S. Gordillo Fuentes, E. Luque Crespo, M. Pavón Masa, J.A. Delgado Torralbo, R. Perera Louvier, A.S. Valido Morales

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es una de las principales causas de muerte oncológica a nivel global y su incidencia está en aumento, por lo que su prevención y diagnóstico precoz se hace necesaria para poder dar una adecuada asistencia sanitaria a estos pacientes. **Objetivo:** Determinar si se emplean correctamente los códigos de estudio preferente con sospecha de CP, derrame pleural (DP) y/o hemoptisis (Hp) remitidos desde urgencias de nuestro hospital.

Metodología: Estudio observacional prospectivo descriptivo de los pacientes derivados desde urgencias a una consulta de atención rápida establecida para la valoración preferente de los pacientes con sospecha de CP, DP y/o Hp, entre el 1 de septiembre y 10 de noviembre de 2019. Se valoró el diagnóstico de sospecha inicial (establecido en urgencias), el diagnóstico final (establecido en la consulta) y la demora en la cita para dicha consulta.

Resultados: 47 pacientes (39 varones) 5 pacientes no acudieron a consulta (2 por estar ingresados) De los 42 restantes, la sospecha inicial fue: en 11 casos CP, 18 Hp, 5 DP, 6 neumonías y 2 patologías intersticiales. Tras el estudio, el diagnóstico final fue: 10 CP, 8 neumonías, 4 bronquiectasias, 1 tromboembolismo pulmonar, y en 17 casos (40%) se descartó patología neumológica. La media de demora de atención en la consulta fue de 6,3 días, (7,4 días para los que presentaban sospecha de CP, y 5,8 para los que finalmente fueron diagnosticados de CP) De los pacientes que acudieron con sospecha de CP (n = 11), el diagnóstico se confirmó en un 55% (n = 6) Por otro lado, del total de pacientes que se diagnosticaron de CP (n = 10), la sospecha inicial se estableció en un 60% (n = 6)

Conclusiones: A) Pese a contar con una consulta de alta prioridad para pacientes con sospecha de cáncer de pulmón no se emplea correctamente. B) Las derivaciones incorrectas producen aumentos en la demora de atención de pacientes con sospecha de neoplasia.

EMPLEO DE LA RATIO NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL

C. Gómez Rebollo¹, R. Luna Zamora², M.S. Arenas De Larriva¹, E. Mira Padilla¹, A. Requejo Jiménez¹, B. Jurado Gámez¹

¹*Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,*
²*Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba.*

Introducción: El consumo de tabaco es el factor etiológico más frecuente en la EPOC, siendo la inflamación de la vía aérea uno de los mecanismos fisiopatológicos habitualmente descritos. Se postula que en sujetos con una elevada carga tabáquica pueda existir relación entre el grado de obstrucción bronquial y la inflamación sistémica subyacente. La ratio neutrófilos/linfocitos (RNL) está relacionada con la respuesta inflamatoria del organismo. El objetivo de este estudio fue determinar si la RNL en sangre periférica se correlaciona con la gravedad de la obstrucción bronquial.

Metodología: Estudio prospectivo realizado desde la Unidad de Pruebas Funcionales Respiratorias del Hospital Universitario Reina Sofía. Se incluyeron aquellos sujetos con edad comprendida entre 45-75 años, fumadores o exfumadores de menos de 15 años y con un índice de consumo acumulado de tabaco de al menos 30 paquetes/año. La existencia de obstrucción bronquial fue determinada mediante una espirometría forzada, siendo definida por un FEV1/FVC post-BD <0,70. Para la gravedad funcional se siguió el criterio GOLD para valores de FEV1. La RNL se calculó por el número absoluto de neutrófilos dividido por el número absoluto de linfocitos en sangre periférica. Fueron excluidos aquellos pacientes con patologías que pudieran modificar el recuento de neutrófilos o linfocitos.

Resultados: Fueron incluidos 79 sujetos, de los cuales 23 fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 62 ± 7 años, con un índice de masa corporal de $32 \pm 8,3$, un índice de consumo acumulado de tabaco de 38 ± 8 paquetes/año y un FEV1% de $73 \pm 27,4$. Del total de la muestra, n = 79, treinta y nueve sujetos presentaron obstrucción bronquial, definida por un FEV1/FVC post-BD <0,70. En la comparación entre los grupos con y sin obstrucción bronquial, ambos fueron homogéneos. No se observaron diferencias entre ellos en la edad, sexo, índice de masa corporal

ni consumo acumulado tabáquico ($p > 0,05$) En cuanto a la variable relacionada con el objetivo del estudio, los pacientes con obstrucción bronquial no presentaron diferencias en la RNL respecto al grupo sin obstrucción bronquial ($2,98 \pm 2,49$ vs $3,05 \pm 2,91$ respectivamente; $p = 0,917$) Tampoco demostró la RNL correlación con la gravedad de la obstrucción ($p = 0,714$)

Conclusiones: La RNL, variable asociada a respuesta inflamatoria, no ha demostrado correlacionarse con la existencia ni la gravedad de la obstrucción bronquial en sujetos con un elevado consumo de tabaco.

COHORTE TRACE: CORTICOIDES INHALADOS Y EOSINOFILIA EN PACIENTES CON EPOC

L. Carrasco Hernández, E. Márquez Martín, C. Calero Acuña, F. Ortega Ruiz, J.L. López-Campos

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES.

Introducción: Existen varios estudios que indican que la eosinofilia sanguínea podría emplearse como un marcador para predecir el efecto del tratamiento con corticoides inhalados así como el impacto en la reducción de la exacerbaciones, sin embargo no está clara la relación. El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de los corticoides inhalados en el número de eosinófilos en sangre periférica, así como analizar su relación con el número de las agudizaciones en los pacientes EPOC de la cohorte TRACE.

Metodología: Estudio retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de EPOC (Proyecto TRACE: Time-based Register and Analysis of COPD Endpoints) Se evaluó la relación entre el uso de corticoides inhalados empleados como tratamiento habitual y la presencia de eosinofilia en sangre periférica. Fue definida eosinofilia como la presencia de eosinófilos $\geq 300 \times 10^9$ cel.

Resultados: La cohorte estaba compuesta por 1.000 pacientes en la visita basal de los que se incluyeron 615 pacientes que tenían datos de eosinófilos para el análisis. La edad media de la muestra fue de $68,5 \pm 10,3$ años. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) de media fue de $57,5 \pm 19\%$. El 28,9% se clasificaron según la GOLD 2017 en 2A. Se encontró para el uso de corticoides inhalados y la presencia de eosinofilia un Odds ratio de 0,79 (IC 95%: 0,55 -

1,15) ($p = 0,233$) No obstante, no hubo diferencias entre las medianas de eosinófilos en sangre entre los pacientes que tomaban corticoides inhalados 200×10^9 (RIQ: 90 - 290) y los que no los tomaban 200×10^9 (RIQ: 110 - 300) ($p = 0,541$) La eosinofilia no se relacionó con el incremento en las agudizaciones $p = 0,221$.

Conclusiones: La toma de corticoides inhalados se comporta como factor protector para el desarrollo de eosinofilia en sangre periférica. No obstante, en nuestra muestra no influye en el número total de eosinófilos en los pacientes tratados o sin tratamiento con corticoides inhalados.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (AEPOC) Y POR EPOC CON NEUMONÍA

Autores: I. Muñoz Ramírez, A. Marín Andreu, C. España Domínguez, M. Morales González, E. Vázquez Gandullo, A. Arnedillo Muñoz

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Comparar las características de los pacientes ingresados por agudización de EPOC (AEPOC) y por EPOC con neumonía (EPOC-neumonía) y analizar las diferencias en cuanto a la mortalidad inmediata entre estos dos grupos de pacientes.

Metodología: Se estudiaron los pacientes ingresados entre 2013-2016. Se analizaron parámetros demográficos, función pulmonar, hábito tabáquico, índice de Charlson, necesidad de oxigenoterapia o VMNI, tratamiento con esteroides sistémicos e inhalados, existencia de insuficiencia respiratoria y/o acidosis respiratoria. Se analizó la mortalidad durante el ingreso y a los 30 días en cada grupo de pacientes.

Resultados: Se reclutaron datos válidos en 216 pacientes, 183 varones (84,7%) y 33 mujeres (15,3%) con una media de 73 ± 10 años. La mayoría eran exfumadores (63%) o fumadores activos (35%), con un ICAT medio de 65 ± 34 . De ellos, 57 (26%) ingresaron por neumonía y 159 (72%) por AEPOC, con una edad media de 74 ± 9 años y $72,5 \pm 10$ respectivamente. El índice de Charlson fue de $2,5 \pm 1,6$ y de $2,6 \pm 1,4$. El FEV1 en los AEPOC-Neumonía fue del $41\% \pm 17\%$ y en los AEPOC de $47\% \pm 50\%$. El 62% de los pacientes tomaban corticoide inhalado: de los pacientes con AEPOC-neumonía el 54% y de los AEPOC un 65%. La dosis media de CIs equivalente a budesonida fue

de 546 ± 671 mcg en EPOC-neumonía y de 668 ± 725 mcg en AEPOC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tampoco se encontraron al analizar la necesidad de oxigenoterapia ni VMNI. Durante el ingreso fallecieron 11 (5%) pacientes, 7 en el grupo de AEPOC y 4 en el de EPOC-neumonía, con una mortalidad del 4,4% y 7%, sin diferencias en la edad entre ambos grupos, pero sí entre la edad media global en los fallecidos durante el ingreso (80 ± 6 años), y en los no fallecidos ($72,6 \pm 9,8$) ($p < 0,015$) A los 30 días del ingreso fallecieron 14 pacientes (6,5%), 10 en el grupo de AEPOC (6,3%) y 4 (7%) en el grupo de EPOC-neumonía. Los fallecidos por AEPOC fueron mayores que los ingresados por neumonía, $81 \pm 5,5$ y 75 ± 2 años respectivamente ($p < 0,018$) No se encontró asociación significativa entre la mortalidad y el resto de variables analizadas.

Conclusiones: No hubo diferencias en las características analizadas entre los pacientes ingresados por AEPOC y EPOC-neumonía.

La mortalidad durante el ingreso fue del 4,4% y de 7% respectivamente, con una edad significativamente mayor los fallecidos.

La mortalidad a los 30 días del ingreso aumentó discretamente en el grupo de AEPOC, permaneciendo estable de los pacientes con EPOC-neumonía.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR

S. Hernández Gómez, J. Hernández Borge, L.M. Sierra Murillo, P. Iñigo Naranjo, K. El Boutaibi Faiz, L. Cañón Barroso, M.C. García García, F.L. Márquez Pérez, M. Benítez-Cano Gamonoso, J. A. Gutiérrez Lara
Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: El cáncer es uno de los principales factores de riesgo para el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) El objetivo del presente estudio es valorar si la presencia de cáncer afecta a la presentación clínica, pauta de actuación y evolución del TEP.

Metodología: Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo con seguimiento prospectivo con los pacientes diagnosticados de TEP e ingresados en nuestro servicio (Enero 2007-Mayo 2016) Se realizó un análisis descriptivo y comparativo creando 4 grupos: Pacientes sin cáncer (PSC), con diagnóstico de cáncer previo al TEP (PCP), con diagnóstico de

cáncer posterior al TEP (PCPo) y los que tenían cáncer al diagnóstico y en el seguimiento posterior (PCPP) Se analizó la mortalidad a los 30, 90 días y al final del seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 436 pacientes (edad media $63,6 \pm 16,4$ años, 55,5% hombres) Los pacientes neoplásicos fueron con mas frecuencia hombres (PCP 60,2%, PCPo 71,4%, $p = 0,08$), de mayor edad, tuvieron puntuaciones elevadas en la escala PESI (IV-V: PCP 62,6%, PCPP 83,3%; $p < 0,05$) y mayor comorbilidad (Charlson >3 : PCP 50,6%, PCPP 50%; $p = 0,0005$) La presencia de factores de riesgo previos fue más frecuente en los pacientes neoplásicos (PCP 96,4%, PCPP 72,2%; $p = 0,0005$) mientras el TEP idiopático fue más frecuente en los pacientes sin neoplasia (46,4%; $p = 0,0001$) No encontramos diferencias importantes en la presentación o severidad clínica ni en las pruebas complementarias realizadas aunque la afectación de tronco y el territorio afecto ($>50\%$) fue más frecuente en los PSC (10% y 36%, respectivamente) El ingreso en UCI fue similar en todos los grupos pero el tratamiento fibrinolítico fue más habitual en los casos sin neoplasia (16,4%; $p = 0,09$) En el seguimiento, la presencia de complicaciones fue más frecuente en los pacientes neoplásicos sobre todo en los PCPo y en los PCPP (81 y 83,3%, respectivamente; $p = 0,046\%$) Del mismo modo, las complicaciones hemorrágicas y no hemorrágicas fueron más habituales en los pacientes neoplásicos sobre todo en los PCPo y en los PCPP ($p < 0,0001$) La mortalidad a corto (30 días) y medio plazo (90 días) fue superior en los pacientes neoplásicos ($p < 0,05$) La mortalidad al final del seguimiento fue muy superior en los pacientes neoplásicos (PSC 15,7% vs PCP 54,2% vs PCPo 52,4% vs PCPP 50%; $p = 0,005$), pero sin diferencias entre los pacientes neoplásicos.

Conclusiones: El TEP en pacientes neoplásicos, sea cual sea su situación respecto a la neoplasia, no parece mostrar diferencias importantes en su presentación o forma de manejo. A pesar de lo anterior, el pronóstico a corto, medio y largo plazo de los mismos, es claramente peor respecto a los pacientes sin neoplasia.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA RINITIS-ASMA ALÉRGICA A ÁCAROS CON INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL FRENTE A ÁCAROS EN LIOFILIZADO ORAL (SLIT-ALO)

A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, M. Morales González, C. España Domínguez, F. Montoro Ballesteros, A. Arnedillo Muñoz

UCG de Neumología y Alergia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz, España.

Introducción: La inmunoterapia sublingual frente a ácaros en liofilizado oral (SLIT-ALO) (Acarizax®) está posicionada en las guías de asma para el tratamiento de la rinitis y asma con hipersensibilidad a ácaros en los escalones 2 a 4 de la GEMA. El objetivo fue estudiar a los pacientes tratados con SLIT-ALO en nuestro centro y realizar un estudio descriptivo de sus características clínicas, diagnósticas y respuesta al tratamiento.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes en tratamiento con SLIT-ALO desde su comercialización hasta octubre 2019. Se registraron las características demográficas, función pulmonar, tratamiento previo a la prescripción del fármaco, perfil de sensibilización, las comorbilidades y las indicaciones clínicas de cada caso. Se analizó la adherencia, la respuesta y los efectos secundarios al tratamiento.

Resultados: Se registraron un total de 20 pacientes, siendo la mayoría mujeres (65%), con una edad media de 42,55 años. La mayoría de los pacientes eran no fumadores 14 (70%), 2 (10%) eran fumadores activos y 4 (20%) eran exfumadores. Un 50% de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad, destacando la poliposis y el reflujo gastroesofágico ambos en el 20% de los casos. Todos nuestros pacientes estaban diagnosticados de rinitis, el 90% de asma bronquial y el 50% de conjuntivitis. La indicación principal del tratamiento fue pacientes con diagnóstico de rinitis (40%), seguido de paciente con asma bronquial (30%) o asma bronquial y rinitis (30%) En el 40% de los casos la sensibilización se diagnosticó mediante un Prick-Test e IgE específica, en un 50% de los casos solo por prick-test y en un 10% de los casos solo por IgE específica. Hasta un 80% estaban siendo ya tratados con una combinación de LABA más CI, asociando montelukast el 45% y antihistamínicos el 77,8%. La respuesta fue buena en el 66,7% y buena con control parcial en el 20%

de los casos. Aparecieron efectos secundarios en el 75% siendo la mayoría reacciones leves locales que desaparecieron en 1-2 días. Un paciente abandonó el tratamiento por efecto secundario. En el 29,4% de los pacientes se detectaron mala adhesión al tratamiento.

Conclusiones: En conclusión, la inmunoterapia sublingual frente a ácaros en liofilizado oral ha demostrado ser eficaz en el control sintomático del asma y/o rinitis alérgica a ácaros en nuestra muestra. La prevalencia de comorbilidades fue elevada. Los efectos secundarios fueron frecuentes pero leves y pasajeros. El incumplimiento del tratamiento es elevado, por lo que hay que articular mecanismos para el estrecho seguimiento de estos pacientes.

EXPERIENCIA CON BENRALIZUMAB EN LA UNIDAD DE ASMA GRAVE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. Carrasco Hernández¹, D. Ramos Apolaya², A. Romero Falcón², J.F. Medina Gallardo², F.J. Álvarez Gutiérrez²

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES,

²Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Benralizumab es un anticuerpo monoclonal agonista del receptor de la Interleucina 5 que mediante la activación de las células Natural Killer induce la apoptosis del eosinófilo. Está indicado en pacientes adultos con asma grave eosinofílico no controlado en tratamiento con altas dosis de corticoides inhalados y broncodilatadores de acción larga. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto clínico de este nuevo fármaco en los pacientes de nuestra unidad.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes con asma grave tratados con Benralizumab procedentes de la Unidad de Asma del hospital Virgen del Rocío, desde julio 2018 hasta la actualidad. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos, comorbilidades, función pulmonar, analítica, ACT, número de exacerbaciones, tratamiento realizado, incluido los ciclos de corticoides orales, previo al inicio de benralizumab y a las 4 - 16 semanas tras el inicio de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes, 62,5% (n = 10) hombres con edad media de 53,88 años \pm 10,23. 50% no fumadores, 56,3% (n = 9) padecían rinitis, 31,3% (n = 5) poliposis

nasal, 31,3% (n = 5) bronquiectasias, 12,5% (n = 2) granulomatosis eosinofílica con poliangitis y 6,3% (n = 1) ABPA (aspergilosis broncopulmonar alérgica) El número de exacerbaciones al año previo al inicio del tratamiento fue de $4,94 \pm 2,79$, requiriendo ingreso hospitalario el 6,3% (n = 1), la media del número de ciclos de corticoides orales fue de $4 \pm 4,1$. El 81,3 % (n = 13) de los pacientes tomaban corticoides orales al inicio del tratamiento con una dosis media de $15,3 \pm 9,3$ mg. La media del número de eosinófilos fue de $368,75 \pm 406,54 \times 10^9$. Tras el inicio del tratamiento con benralizumab se produjo un aumento de función pulmonar de $+138,13 \pm 501,33$ ml (IC 95% -129,02-405,27) (p = 0,288), ACT mejoró $+5,5 \pm 10,89$ (IC 95% -0,3-11,3) (p = 0,062) se redujo el número de exacerbaciones siendo la mediana de 0 (p = 0,65) En el 12,5% (n = 2) se produjeron efectos secundarios leves (cefalea, febrícula y malestar general) con la primera dosis.

Conclusiones: En nuestra muestra la función pulmonar aumenta en los pacientes tratados con benralizumab y disminuye el número de exacerbaciones. Además, es un fármaco seguro con escasos efectos secundario de intensidad leve.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO Y RADIOLÓGICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

M. Morales González, C. España Domínguez, I. Muñoz Ramírez, A. Marín Andreu, M. Merino Sánchez, A. Arnedillo Muñoz

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz;

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una entidad de difícil diagnóstico que requiere de un comité multidisciplinar que integren los datos de la historia clínica así como los hallazgos de las diferentes pruebas complementarias. Nuestro objetivo es conocer la concordancia entre el diagnóstico histológico y radiológico en pacientes con sospecha de EPID en nuestra área.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes con sospecha de EPID que se han realizado una biopsia pulmonar entre los años 2016 y 2019 en nuestro hospital.

Resultados: Se realizaron un total de 72 biopsias quirúrgicas siendo en su mayoría pacientes hombres (66,7%), exfumadores (58,3%), con una edad media de $60,78 \pm 9,5$ años. En el patrón

radiológico podemos distinguir patrón de NIU en 11 (15,3%) pacientes, patrón de probable NIU en 11 (15,3%) pacientes, patrón indeterminado para NIU en 3 (4,2%) pacientes y diagnóstico alternativo a NIU en 47 (65,3%) pacientes. Tras la realización de la biopsia se catalogaron histológicamente a 18 (25%) pacientes de patrón NIU, 6 (8,3%) de patrón de probable NIU y 48 (66,7%) de diagnóstico alternativo a NIU. Según el diagnóstico radiológico, los diagnósticos alternativos más frecuentes fueron la Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) (19,1%), la Neumonía Intersticial No Específica (NINE) (17%) y la Sarcoidosis (17%) Entre los diagnósticos alternativos histológicos más frecuentes nos encontramos con un patrón inespecífico (39,6%), la NH (10,4%) y la Histiocitosis de Células de Langerhans (10,4%) La concordancia global entre el patrón radiológico e histológico es moderada (índice Kappa de 0,432), mientras que la concordancia cuando se compara el diagnóstico alternativo a NIU en TC de tórax y el diagnóstico histológico alternativo es débil (índice Kappa de 0,304) De los once pacientes con patrón NIU radiológico, 8 (72,7%) de ellos presentaron un patrón de NIU histológico. Tras presentar en comité multidisciplinar o bien tras la evaluación por un Neumólogo se observa que el diagnóstico final más frecuente es el de Fibrosis Pulmonar Idiopática (33,3%), seguido de la NH (18,1%) La concordancia al comparar el diagnóstico radiológico frente al diagnóstico final es moderada (Índice Kappa de 0,459) y al comparar el diagnóstico histológico frente al diagnóstico final se observa una buena concordancia (índice de Kappa de 0,765) La concordancia entre el diagnóstico radiológico, histológico y el diagnóstico final emitido por el especialista es moderada (índice de Kappa de 0,55)

Conclusiones: Ante un patrón NIU radiológico podemos aceptar una buena correlación con el patrón histológico por lo que en la mayoría de los casos no sería necesaria la realización de biopsia quirúrgica. Sin embargo en aquellos casos en los que existe un diagnóstico alternativo a NIU en el patrón radiológico se recomienda la realización de biopsia quirúrgica dado que la concordancia en estos casos es débil.

SILICOSIS POR PIEDRA ARTIFICIAL: ANÁLISIS DE BIOMARCADORES SANGUÍNEOS

A. León Jiménez¹, G. Jiménez Gómez², A. Hidalgo Molina¹, A. García Núñez², D. del Castillo Otero³, J.A. Córdoba Doña⁴, A. Campos Caro²

¹S. de Neumología. Hospital U Puerta del Mar, Cádiz, España,

²U. de Investigación. Hospital U Puerta del Mar, Cádiz, España,

³S. de Neumología. Hospital U Puerto Real, Puerto Real, Cádiz, España,

⁴S. de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital de Jerez, Jerez, Cádiz.

Introducción: La silicosis por Piedra Artificial (PA) se ha convertido en un problema de salud laboral mundial. Se comporta de forma más agresiva que la originada por piedra natural y un porcentaje significativo de pacientes tienen una rápida progresión a formas complicadas de la enfermedad. El análisis de los biomarcadores en sangre periférica puede ayudar a optimizar la clasificación e identificar futuras dianas terapéuticas que ayuden a enlentecer la evolución de la enfermedad.

Metodología: Estudiamos a 58 pacientes diagnosticados de silicosis por PA, 37 con silicosis crónica simple (SCS), 21 con enfermedad complicada (SCC) y 19 controles sanos. De todos se obtuvieron datos demográficos, clínicos, ocupacionales y muestras sanguíneas. A todos los pacientes se les practicó exploración funcional respiratoria y estudios de imagen torácica. En todos se analizaron los biomarcadores a partir de muestras de plasma sanguíneo utilizando ensayos simples para IL-18 y TGF-beta (Abbkine) o multiplexados como el Bio-Plex Pro™ Human Cytokine 27-plex Assay (Bio-Rad) y el Milliplex MAP Human MMP Magnetic Bead Panel 2 (Merck) Se compararon los valores de éstos entre los diferentes grupos.

Resultados: La edad media de los pacientes con SCS era $37,14 \pm 7,6$ años y $34,52 \pm 6,9$ años la de los pacientes con SCC. Los valores de MMP-2 y MMP-7 estaban incrementadas en pacientes con silicosis comparados con voluntarios sanos, pero sólo MMP-7 se encontraba además significativamente aumentada cuando los pacientes con silicosis eran divididos en simple o complicada acorde a la clasificación de la OIT. No se encontraron diferencias para MMP-1, MMP-9 y MMP-10 así como para IL-18. No obstante, IL-1 β y TNF α estaban sólo incrementadas en el grupo de pacientes con enfermedad complicada comparados con los pacientes sanos, pero no comparado con

el grupo de silicosis simple. MIP-1 α mostró un progresivo incremento entre sanos, silicosis simple y complicada.

Conclusiones: La combinación de ciertos biomarcadores puede ayudar a diferenciar entre sujetos sanos y pacientes con enfermedad simple o complicada. Además, estos hallazgos pueden ser útiles para identificar dianas terapéuticas que ayuden a enlentecer la evolución de la enfermedad.

Financiado mediante “Beca NEUMOSUR 7/2016” y subvención de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Resolución de 20 de diciembre de 2018), expediente: salud-201800016448-TRA.

IMPACTO DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN ACTO ÚNICO EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES CON ELA

N. Pascual Martínez¹, C. Gómez Rebollo¹, M. Melgar Herrero¹, S. Martín Bote²

¹UGC Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. IMIBIC. Córdoba,

²UGC Neumología. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa y compleja de carácter progresivo con pronóstico muy grave. Precisa un abordaje integral con enfoque interdisciplinar. La asistencia en equipos multidisciplinares ha demostrado mejorar la calidad de vida y supervivencia de estos pacientes. Evaluar el impacto en relación a la supervivencia y la necesidad de hospitalización del abordaje multidisciplinar en acto único en pacientes con ELA.

Metodología: Estudio longitudinal y retrospectivo (2005-2016) de pacientes con diagnóstico de ELA atendidos en una consulta monográfica de neumología que se comparan con una cohorte de pacientes (2016-2019) incluidos en un modelo de asistencia multidisciplinar de acto único de reciente instauración (comité de ELA) Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, inicio de síntomas, forma de presentación, FVC %, momento inicio de VNI, traqueotomía, PEG, uso “cough assist”, fallo respiratorio, hospitalizaciones, estancia media, inclusión en comité ELA. En el análisis estadístico se usaron Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Fueron incluidos 176 pacientes, con una media de edad de $58,74 \pm 15,59$ años, 55,7% hombres, 63,8% ELA espinal, y 83% presentación

esporádica. Se incluyeron 33 pacientes en el comité de ELA desde Noviembre de 2016 a Enero del 2019, siendo significativamente más jóvenes que los pacientes no incluidos en comité: 51,18 años \pm 15,93 vs 60,49 años \pm 15,03 $p = 0,002$, sin que hubiera diferencias en relación al sexo, tipo de ELA, inicio de síntomas, uso de VNI, o “cough assist”. Los pacientes incluidos en comité de ELA tuvieron menos hospitalizaciones: 10 (30,3%) vs 80 (56,7%), $p = 0,019$ y menor estancia hospitalaria que los pacientes no incluidos en comité de ELA: 6,45 \pm 15,68 días vs 18,10 \pm 41,86 días $p = 0,010$. La supervivencia media de los pacientes incluidos en comité fue significativamente mayor que los no incluidos en comité: 120,39 \pm 17,09 meses vs 70,43 \pm 12,72 meses $p = 0,000$. En el análisis multivariante incluyendo a ambas cohortes, la insuficiencia respiratoria, ELA bulbar y ELA esporádica son factores de mal pronóstico: Insuficiencia respiratoria: HR 1,876 (IC 95% 1,293 – 2,723) ($p = 0,001$), ELA bulbar: HR 1,533 (IC 95% 1,051 – 2,236) ($p = 0,027$), ELA esporádica: HR 3,258 (IC 95% 1,747 – 6,075) ($p = 0,000$)

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar en acto único en pacientes ELA impacta de forma positiva en la supervivencia y reduce la necesidad de hospitalización de dichos pacientes. La insuficiencia respiratoria, ELA bulbar y ELA esporádica son factores de mal pronóstico independientes de forma global en nuestro estudio.

UTILIDAD DE LA PULSIOXIMETRÍA NOCTURNA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) DE CARÁCTER GRAVE Y ALTERACIÓN DE LA OXIMETRÍA NOCTURNA

J. I. Hilares Vera¹, M. Morón Ortiz¹, V. Ignacio Barrios¹, R. Del Pozo Rivas¹, J. Lancha Domínguez¹

Servicio de Neumología y Alergia. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Una vez que un paciente ha sido diagnosticado de SAHS grave (IAH >30), debe determinarse si el tratamiento está indicado y qué terapia es la más adecuada. En la mayoría, la presión positiva en la vía aérea (CPAP) es la terapia de primera línea. Si bien en la mayoría de pacientes diagnosticados de SAHS con alteraciones en la hipoxemia nocturna, esta se corrige con la

CPAP, no existen recomendaciones de hasta qué nivel de hipoxemia puede ser corregida únicamente con CPAP. El objetivo del estudio fue medir la corrección de la hipoxemia nocturna en pacientes diagnosticados de SAHS grave y alteración en la oximetría nocturna, tras 3 meses de tratamiento con CPAP.

Metodología: Se ha realizado un estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SAHS grave y alteración de la oximetría nocturna (CT90 $>10\%$) En todos ellos se inició tratamiento con CPAP a presión determinada mediante la fórmula de Hoffstein. Tras 3 meses de tratamiento se determinó el CT90 mediante oximetría nocturna. Las variables recogidas fueron sexo, edad, IMC, tabaquismo, IAH, CT90, Saturación de O₂, ID4, antecedentes de patología respiratoria y cardiaca así como presión y uso objetivo de CPAP.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, la edad media fue 57 años, 23 (54%) varones, 13 (31%) fumadores activos y el 86% (36) fueron obesos (IMC medio de 36) Solo 4 pacientes presentaron antecedente de enfermedad pulmonar y 7 de cardiopatía. En la Poligrafía diagnóstica el IAH medio fue de 60 eventos/hora, el CT90 medio 55%, la SaO₂ media 87%. El 88% (37) fueron buenos cumplidores mientras que el 12% (5) fueron no cumplidores. En la pulsioximetría nocturna tras tres meses con CPAP se obtuvo un ID4 medio de 9,9 eventos/hora, CT90 medio de 21% y la SaO₂ media de 91%. Si analizamos la mejoría del CT 90 obtenido con la PR y la pulsioximetría con CPAP vemos que la media de corrección va de un 55% a un 21% ($p = 0,001$) En 17 de los 42 pacientes, que a pesar de tener un buen cumplimiento, no se logró tener un CT90 por debajo del 10%, 10 de estos 17 pacientes no tuvieron un ID4 por debajo de 10.

Conclusiones: La mayoría de pacientes presentan una corrección adecuada de la hipoxemia nocturna tras el inicio de CPAP, los que tienen una hipoxemia nocturna asociada al SAHS grave son en su mayoría buenos cumplidores. En algunas unidades de sueño no es posible titular a todos los pacientes con SAHS, en estos centros la pulsioximetría nocturna con CPAP podría ser una ayuda para elegir a los pacientes candidatos a titulación de CPAP.

RELACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA CON DISTINTAS VARIABLES EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

M. Aparicio Vicente¹, E. García Pachón², S.Y. Ruiz Martínez¹, L. Fernández Mula¹, E. Solana Martínez¹, R. Andújar Espinosa¹, M.D. Sánchez Caro¹, M.C. Fernández Sánchez³, B. Fernández Suárez¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Hospital General Universitario de Elche,

³Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción: El cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) supone aproximadamente el 13% del total de los cánceres de pulmón, y es el de peor pronóstico, encontrando una supervivencia a 5 años menor de 5% en los casos diagnosticados en estadio avanzado. El objetivo de este estudio fue comparar las características clínicas en el momento del diagnóstico con la supervivencia de los pacientes.

Metodología: Se realizó el estudio retrospectivo de una cohorte con un periodo de seguimiento superior a 4 años, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico de CPCP desde 2012 a 2014 en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Se compararon el sexo, la edad en el momento del diagnóstico, la historia de tabaquismo, el estadio de la enfermedad y el hallazgo de metástasis con la supervivencia mayor o menor a 12 meses. Se empleó t-student o U de Mann Whitney para variables cuantitativas y el test chi-cuadrado para variables cualitativas. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 61 pacientes diagnosticados de CPCP. La media de edad fue de 64,77 años (DE 9,53), con un rango de edades de 44 a 82 años. 82% de los pacientes eran hombres y 18% mujeres. El 95,1% eran fumadores activos o exfumadores. El 65,6% tenían un estadio de enfermedad avanzado, mientras que en el 34,4% la enfermedad estaba limitada a un hemitórax. En el momento del diagnóstico, 23% tenían metástasis hepáticas, 21,3% suprarrenales, 16,4% óseas y 16,4% en SNC. Encontramos una mediana de supervivencia de 256 días (RIC 80,5-932,5) El 57,4% tuvo una supervivencia menor de 12 meses. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la supervivencia y el sexo ($p = 0,042$), el hallazgo de metástasis suprarrenales ($p = 0,004$), el estadio ($p = 0,027$) y la edad ($p = 0,031$)

No se encontraron diferencias significativas entre la supervivencia y el tabaquismo, el hallazgo de metástasis hepáticas, óseas o en SNC.

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos una media de edad al diagnóstico de 65 años, gran predominio de varones, y la mayoría de pacientes con historia de tabaquismo. Se diagnostican en un estadio avanzado, donde encontramos con mayor frecuencia metástasis hepáticas y suprarrenales. El sexo, las metástasis suprarrenales, el estadio y la edad están relacionadas con la supervivencia, que es menor a 1 año en más de la mitad de nuestros pacientes.

RELACIÓN CON LA SUPERVIVENCIA DE DISTINTOS MARCADORES HEMATOLÓGICOS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

M. Aparicio Vicente¹, E. García Pachón², S.Y. Ruiz Martínez¹, L. Fernández Mula¹, E. Solana Martínez¹, R. Andújar Espinosa¹, M.D. Sánchez Caro¹, M.C. Fernández Sánchez¹, B. Fernández Suárez¹, J. Guardiola Martínez¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Elche, Elche.

³Servicio de Neumología. Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción: Algunos marcadores hematológicos como el recuento total de linfocitos (RTL), la ratio neutrófilo-linfocito (RNL) y la ratio plaqueta-linfocito (RPL), pueden influir en el pronóstico de diversos tipos de cáncer. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor pronóstico de estos y otros indicadores, previo al inicio del tratamiento, en pacientes con carcinoma de pulmón de células pequeñas (CPCP)

Metodología: Se recogieron 61 pacientes diagnosticados de CPCP desde 2012 a 2014 en el H. Virgen de la Arrixaca, y se evaluaron los RTL, neutrófilos, linfocitos, plaquetas, ancho de distribución eritrocitario (ADE), RNL y RPL, previos al inicio del tratamiento. Se compararon las diferencias entre los grupos de mayor o menor RTL, RNL y ADE mediante los test chi cuadrado o U de Mann-Whitney. Se crearon las curvas de supervivencia mediante el método Kaplan-Meier, y se compararon las diferencias en los distintos grupos mediante el test de regresión logística. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Encontramos un recuento total de neutrófilos medio de 6.183,77 por litro (DE 2.058,33), RTL medio 1.685,91 (DE 771,22), recuento total de plaquetas medio 276.180,33 (DE 87.382,97) La RNL una mediana de 3,81 (RIC 2,56 - 5,89), la RPL una mediana de 164,88 (RIC 114,28 - 249,59) y ADE 12,9% (RIC 12,0 - 14,7) La mediana de supervivencia fue de 256 días (8,5 meses) Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la supervivencia en 12 meses y la RTL ($p = 0,005$), la RNL ($p = 0,003$) y el ADE ($p = 0,003$), quedando cerca de la significación estadística la relación con la RPL ($p = 0,058$) La supervivencia en el grupo de RNL $\geq 3,38$ es menor de 12 meses en el 65,4%. Encontramos una supervivencia media mayor para el grupo de RTL ≥ 2020 ($p < 0,001$), en el grupo de RNL $< 3,38$ ($p = 0,001$), y en el grupo de ADE $\geq 12,8$ ($p = 0,002$)

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, los hallazgos sugieren que el RTL disminuido, la RNL y el ADE elevados, determinados antes del inicio del tratamiento, se relacionan con una menor supervivencia en pacientes diagnosticados de CPCP. Estos parámetros se pueden recoger de los análisis sanguíneos rutinarios de los pacientes, y podrían ser útiles para la estratificación de pacientes con CPCP para planificar el tratamiento.

BIOMARCADORES GÉNICOS Y DE SECUENCIAS REPETITIVAS EN EL CÁNCER DE PULMÓN

M. Arroyo Varela¹, R. Larrosa Jiménez², M.G. Claros Díaz³, M.A. Cobo Dols⁴, R. Bautista Moreno¹

¹UGC Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario de Málaga,

²Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga.

³Departamento de Biología Molecular y Bioquímica. Universidad de Málaga.

⁴UGC Oncología Médica. Hospital Universitario de Málaga.

⁵Plataforma Andaluza de Bioinformática. SCBI. Universidad de Málaga.

Introducción: El cáncer de pulmón es el de mayor prevalencia y mortalidad. Uno de los grandes avances terapéuticos es la medicina personalizada, basada en biomarcadores que ayudan en la filiación y elección del tratamiento. La mayoría de los biomarcadores buscan variaciones génicas, que suponen solo un 2% del genoma humano. En cambio, el 45% está formado por secuencias

repetitivas y transposones poco estudiados como biomarcadores debido a la dificultad de su secuenciación y análisis. En este trabajo se contribuye a la búsqueda de biomarcadores.

Metodología: Usando datos generados a partir de la ultrasecuenciación del transcriptoma completo de tejido sano y tumoral de pacientes de adenocarcinoma (LAC), carcinoma epidermoide (SqCC) y carcinoma microcítico de pulmón (SCLC), se han obtenido y secuenciado muestras. Hemos diseñado nuevos flujos de trabajo bioinformáticos para la búsqueda de biomarcadores en genes, secuencias repetitivas y transposones además de estudiar como influye la proximidad de un gen a un transposón.

Resultados: Entre los elementos repetitivos propuestos como biomarcadores, HERVK10D-Int está sobreexpresado en LAC y no en SCLC, y UCON88 sobreexpresado en SCLC sin presentar expresión en LAC. HERVL18-int, AluYg6 y LTR18B presentan expresión diferencial en el mismo sentido en ambos tipos histológicos. Se han propuesto parejas de genes y transposones próximos en las que ambos elementos aparecen diferencialmente expresados en el mismo sentido: 16 en LAC, y 36 en SCLC, siendo 3 parejas comunes a ambos (AluY-LONRF3, L1PA3-AC007743.1 y LTR10A-ATF7IP2) Estas parejas además cambian de expresión en el mismo sentido en todos los pacientes y enfermedades. También se han propuesto 3 genes con capacidad diagnóstica y pronóstica en LAC (TMC5, CAPN8-2 y MUC1) y 3 con utilidad diagnóstica en SCLC (ADYCAP1, BMX y TUBA1A) También se ha demostrado la utilidad de detectar los biomarcadores en cohortes pequeñas y verificarlos en cohortes grandes de las bases de datos. Finalmente, pensando en la futura aplicación clínica, se proponen genes de referencia (RPL14, ATP5F1A-202, UBA52, HNRN-PA1P54) para análisis de RT-PCR o en los que no se cuente con tejido sano con el que comparar.

Conclusiones: De los estudios derivados de este trabajo hemos podido concluir que no existe una desregulación inespecífica de la expresión de los elementos repetitivos cuando las células pulmonares sufren una transformación neoplásica. Las parejas de transposones y genes cercanos presentan un cambio de expresión en el mismo sentido y de la misma magnitud, y ha permitido descubrir nuevos genes que podrían estar implicados en el cáncer de pulmón. Puesto que en este trabajo hemos tenido la precaución de escoger los biomarcadores por su comportamiento

homogéneo en todos los pacientes no descartamos que estos resultados puedan aplicarse a corto plazo a las broncoscopias, e incluso a la biopsia líquida.

PERFIL DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE PULMÓN

A Aguilar Gálvez, A Martínez Mesa, N Reina Marfil, E Cabrera César, E Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La epidemiología y clínica del carcinoma broncogénico ha cambiado en los últimos años fundamentalmente en el sexo femenino. Actualmente es la tercera patología tumoral prevalente en dicho género, con aumento progresivo de su incidencia, en probable relación con el incremento de hábito tabáquico. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de las mujeres con cáncer de pulmón en nuestro centro.

Metodología: Se ha realizado estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de datos recogidos en historia informatizada de todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de pulmón entre octubre de 2018 y octubre de 2019 en nuestro servicio. Fueron recogidos datos epidemiológicos y clínicos, pruebas diagnósticas, estirpe y estadificación, mortalidad y unidad de detección.

Resultados: El número total de pacientes recogidos fue 78, de las cuales 69 tenían confirmación histológica, siendo las incluidas en el análisis de los datos. La edad media fue de 64,58 años. El 36,23% (25) nunca habían fumado, 22 (31,88%) eran exfumadoras y otras 22 fumadoras activas. Como enfermedades pulmonares asociadas, 10 estaban diagnosticadas de EPOC mientras que 59 no presentaban patología respiratoria. En cuanto a clínica inicial, 37 debutaron con sintomatología respiratoria: 23 (33,33%) tuvieron tos, disnea y/o dolor de características pleuríticas, 10 (14,49%) infección respiratoria y 4 (5,79%) hemoptisis. En el 26,08% (18) se registra cuadro clínico de otra naturaleza como síndrome constitucional, confusión/desorientación y algias generalizadas entre otros, mientras que el 17,39% (12) estaban asintomáticas. En cuanto a pruebas complementarias el 10% (7) no presentaba radiografía de tórax patológica. En 85,5%(59) se realizó fibrobroncoscopia, un 13,04%(9) biopsia con aguja gruesa y 1,44% (1) exéresis directa. Con respecto a estirpe

anatomopatológica el 20,28%(14) fueron microcíticos y un 75,36%(52) no microcíticos, de los cuales 29 fueron adenocarcinomas y 5 epidermoides. El estadio al diagnóstico más frecuente fue el IV con un 71,01%(49), seguido por III (18,84%, 13 casos) En cuanto a mortalidad, el 49,27% (34) fallecieron durante el primer año tras el diagnóstico. En el 59,40% (41) de los casos la sospecha diagnóstica se hizo en urgencias, seguido de atención primaria (15,94%) y otras especialidades (24,63%)

Conclusiones:

- La gran mayoría de mujeres con cáncer de pulmón tenían antecedentes de tabaquismo, aunque una tercera parte nunca había fumado
- La forma de presentación más frecuente fue por síntomas respiratorios aunque parte de las pacientes se diagnosticó de manera incidental
- La estirpe más común al diagnóstico es adenocarcinoma
- El estadio más frecuente al diagnóstico es el IV, con elevada mortalidad en el primer año.

EL CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS

A. Aguilar Gálvez, E. Cabrera César, A. Martínez Mesa, N. Reina Marfil, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El cáncer de pulmón en adultos jóvenes es de gran interés por su impacto social y por las características especiales que presentan en su epidemiología, estadiaje y pronóstico. Aunque es conocido que la edad tiene una influencia directa sobre la morbimortalidad del cáncer, en pacientes jóvenes su escasa frecuencia y la interpretación errónea de los síntomas iniciales retrasan el diagnóstico y tratamiento, siendo detectados en fases avanzadas de la enfermedad. EL objetivo de este trabajo ha sido analizar las características los pacientes jóvenes que desarrollan cáncer de pulmón y su evolución.

Metodología: Se ha realizado estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de datos de historia informatizada de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón en pacientes menores de 45 años entre octubre de 2016 y octubre de 2019. Como variables de estudio se recogieron datos demográficos, cuadro clínico inicial, pruebas complementarias, estirpe y

estadiaje de enfermedad tumoral, antecedentes familiares y mortalidad.

Resultados: El número de pacientes totales recogidos fue de 11, de los cuales 5 (45,45%) fueron mujeres y 6 (54,54%) hombres, con una edad media de 38,45 años (rango: 17 - 45) Con respecto a hábito tabáquico, en el momento del diagnóstico 6 (54,54%) eran fumadores con un índice acumulado de 20 paquetes-año, 1 (9,09%) exfumador (3 paquetes-año) y 4 (36,36%) no fumadores (3 varones y una mujer) Como cuadro clínico al diagnóstico inicial, 4 presentaron clínica respiratoria con tos, disnea y dolor de características pleuríticas y 1 hemoptisis. En el resto (6) de registra sintomatología de otra naturaleza. Antecedentes familiares de cáncer fueron registrados en el 27,27% (3), siendo los mismos hepatocarcinomas, cáncer de mama y cáncer ginecológico. En todos los pacientes la radiografía de tórax fue patológica. En el 90,90% (10) se realizó fibrobroncoscopia, siendo el adenocarcinoma la estirpe anatomopatológica más frecuente (72,72%, 8 casos), seguido de carcinoma epidermoide (1), no microcítico (1) y tumor carcinoide (1) El estadio al diagnóstico más frecuente fue el IV (9 casos, 90,90%), seguido del III (2 casos, 18,18%) El 72,72% (8) fallece en el primer año tras diagnóstico inicial.

Conclusiones: El cáncer de pulmón en los pacientes jóvenes presenta unas características peculiares, con gran agresividad, mal pronóstico y supervivencia. Más de la mitad de los enfermos no presentaban clínica respiratoria en el momento del diagnóstico y dos terceras partes tenían antecedentes de tabaquismo. Por ello, es imprescindible implantar medidas de prevención y concienciación para erradicar el consumo de tabaco en jóvenes.

IMPORTANCIA DE PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS COMO PREDICTOR DE EICH CRÓNICA PULMONAR

A. López Bauzá¹, E. De Benito Zorrero¹, F.M. Martín Domínguez², C. López Ramírez¹, J.A. Rodríguez Portal¹

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las complicaciones pulmonares no infecciosas asociadas al trasplante alogénico de progenitores hematopoéticos (TPH) suponen un

aumento significativo de la morbimortalidad, por lo que su detección precoz es crucial. De éstas, el Síndrome de Bronquiolitis Obliterante (SBO/BO) define a la Enfermedad Injerto Contra Huésped crónica (EICHc) Pulmonar y según el Instituto Nacional de Salud (NIH) se caracteriza por la ausencia de infección, atrapamiento aéreo en las pruebas de imagen y patrón obstructivo en las Pruebas funcionales respiratorias (PFR) El objetivo de nuestro estudio fue determinar si las PFR permiten predecir pacientes con riesgo potencial de EICHc pulmonar y la correlación de éstas con el SBO/BO.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron el Volumen Espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), la relación FEV1/Capacidad vital forzada (FEV1/FVC) y la Difusión Pulmonar de CO (DLCO) de 115 pacientes sometidos a TPH alogénico, entre el 1 de enero del 2015 y el 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Virgen del Rocío. Se realizó una monitorización previa y otra a los 100 días del TPH. Se considera FEV1/FVC alterado si es igual o inferior a 0,7, DLCO alterada inferior a 0,8 y FEV1 alterada inferior a 0,8. El análisis estadístico lo realizamos con el SPSS, tomando como significativas aquellos resultados con un p-valor inferior 0,05. Para comparar variables cualitativas empleamos el test Chi-cuadrado con test Exacto de Fisher, y en las cuantitativas, la t de Student o U de Mann-Whitney, según se ajusten o no a la distribución normal. Para la correlación de PFR con la EICH y el riesgo de SBO, se utilizó el método de Fine and Gray y el análisis Landmark.

Resultados: De los 116 pacientes analizados, la EICHc apareció en un 34%, presentando SBO un 8% de sujetos. Existe un empeoramiento significativo en el FEV1, FEV1/FVC y DLCO post-TPH, con una media de descenso del 9,5% (p 0,017), 8% (p 0,023) y del 11,5% (p 0,017) respectivamente. Ningún parámetro espirométrico pre ni post-TPH se correlacionó estadísticamente significativa con el desarrollo de EICHc, sin embargo, hasta un 66,6% de los pacientes con FEV1/FVC alterado desarrollaron EICHc global frente al 47,2% con FEV1/FVC normal (p = 0,13) Ningún parámetro pre-TPH se correlacionó con la BO (valores FEV1, FEV1/FVC y DLCO de 0,76, 0,85 y 0,59, respectivamente), mientras que un 53,3% de los pacientes con FEV1/FCV post-TPH alterado desarrollaron BO frente al 3% con FEV1/FVC normal (p = 0,03) Un 19,7% de los pacientes con DLCO post-TPH alterado desarrollaron BO frente a ningún paciente con DLCO post-TPH

normal ($p = 0,02$) Aunque no resultó significativo, hasta el 31,9% de los pacientes con FEV1 patológico desarrollaron BO ($p = 0,13$), pudiendo asumir dicha tendencia entre ambos parámetros.

Conclusiones: El coeficiente FEV1/FVC y la DLCO post-TPH se relacionan con el desarrollo de EICHc pulmonar siendo una herramienta útil para la detección precoz y seguimiento en el manejo terapéutico de la BO.

PREVALENCIA DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

E. de Benito Zorrero¹, A. López Bauzá¹, F.M. Martín Domínguez², C. López Ramírez¹, J.A. Rodríguez Portal¹

¹Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Virgen del Rocío,

²Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La bronquiolitis obliterante (BO) consiste en una fibrosis que afecta a la vía aérea fina y que puede presentarse como Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) pulmonar crónica en pacientes que han recibido alotrasplante de médula ósea. Se manifiesta como una obstrucción fija al flujo aéreo. Éstos pacientes carecen de sintomatología en estadios precoces y la exploración física suele ser anodina. Por ello, resulta extremadamente complicado llegar al diagnóstico. La prueba que nos permitiría establecer el diagnóstico certero sería el estudio anatomopatológico mediante biopsia pulmonar. La NIH (National Institute of Health) ha propuesto unos criterios diagnósticos para definir el síndrome de BO: Ausencia de infección activa; Disminución de la FEV1 (<75%); Evidencia de obstrucción al flujo aéreo (FEV1/FVC inferior a 0,7); Elevación del volumen residual (VR >120%); Presencia de atrapamiento aéreo o bronquiectasias, demostrables mediante TC torácica. Una vez establecido el patrón obstructivo, es difícil revertir. El régimen terapéutico más relevante lo constituye el FAM (Fluticasona inhalada, Azitromicina oral y Montelukast)

Metodología: Se realizó un estudio observacional prospectivo de 433 pacientes sometidos a Trasplante Alógeno de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) desde el año 2011 hasta 2019, procedentes de 3 centros hospitalarios. Se llevaron a cabo pruebas funcionales respiratorias pretrasplante y postrasplante para detectar la aparición de patrón obstructivo que fuera compatible con síndrome de

bronquiolitis obliterante trascurridos al menos 100 días del trasplante.

Resultados: Se analizaron un total de 433 pacientes con Trasplante Alogénico de Progenitores, con edad media 48,3 años, 181 (41,7%) mujeres y 252 hombres (58,3%) Del total de pacientes, 284 (68,7%) desarrollaron EICH, de los cuales 45 (11,1%) presentaron afectación pulmonar en forma de síndrome de bronquiolitis obliterante. Éste hecho no se correlacionó con edad, sexo, hábito tabáquico, ni tratamiento administrado previo al TPH.

Conclusiones: La principal complicación de los pacientes con TPH alogénico es la EICH, constituyendo la causa principal de morbimortalidad. La BO representa una complicación crónica, con una prevalencia no despreciable, además de un diagnóstico y tratamiento que supone un reto para los profesionales. Por tanto, sería recomendable la realización de un despistaje para detectar de manera precoz la aparición de BO y de esta forma poder llevar a cabo un manejo multidisciplinar adecuado.

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN OTRAS UNIDADES CON DERRAME PLEURAL CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD

R. Perera Louvier¹, J.A. Delgado Torralbo¹, M. Domínguez Pino², E. Viciano Martín¹, T. Domínguez Platas¹, A.S. Valido Morales¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

²Colaborador en la Unidad de Investigación del servicio de Neumología. Hospital Virgen Macarena.

Introducción: La presencia de citología positiva en el líquido pleural, representa un estadio avanzado, que se acompaña de una reducción de la esperanza de vida en el paciente. Esto representa entre el 15 y 35% del total de derrames. En series de casos publicadas, la media de supervivencia es 4 meses, con diferencias dependiendo del estadio y del tipo de tumor primario. El objetivo fue analizar la supervivencia de los pacientes con derrame pleural con sospecha de malignidad, especialmente con diagnóstico histológico de certeza y con antecedentes oncológicos.

Metodología: Estudio descriptivo de pacientes con derrame pleural y sospecha de malignidad, a lo largo de 2018, con recogida de datos epidemiológicos, diagnóstico, tiempo de supervivencia y antecedentes oncológicos, mediante historia clínica digital.

Resultados: Se analizaron 128 pacientes. 77 fueron hombres, con edad media de $68,8 \pm 14,54$ años. Fueron positivas el 29,7% de citologías (38 pacientes) De las procedentes de oncología médica (OM) fueron el 47,3% ($p = 0,003$) El 34% de exudados (36 derrames) tuvieron citología positiva. 13 pacientes con citología positiva con LDH <250 (10,16%) Independientemente de la citología, 29 pacientes con LDH <250 (22,65%), fueron diagnosticados de cáncer. No obstante, existe significación estadística ($p = 0,001$) a favor de LDH ≥ 250 y diagnóstico de cáncer. 47 (36,7%) derrames analizados, no se llegó al diagnóstico o fue negativo (2 y 45 respectivamente) Los más frecuentes fueron los tumores extratorácicos (35/27,34%), carcinoma no microcítico de pulmón (24/18,75%) Lesión pleuropulmonar en TAC se observó en 64 pacientes (50%) que tuvieron citología positiva 27 (42,2%), siendo estadísticamente significativo ($p = 0,002$) De extratorácicos y linfoproliferativos, tuvieron lesión radiológica 24 (54,5%) Diagnóstico previo de cáncer: 45 (35,15%) Los más frecuentes los ginecológicos (17/37,8%) y los digestivos (8/17,8%) La mortalidad global fue 52,34%. Por tipo de tumor, la mayor fue en no microcíticos (75%) y los extratorácicos (68,6%) El número de exitus de pacientes con cáncer actual y antecedente oncológico fue (27/44,26%), siendo estadísticamente significativo ($p = 0,017$) Por antecedente, los ginecológicos (10) y pleuropulmonares. La media hasta el éxitus: $3,025 \pm 4,22$ meses. La media temporal del diagnóstico oncológico previo fue $4,79 \pm 5,9$ años. Se realizó un análisis de supervivencia por método de Kaplan-Meier, con una mediana de 1,25 meses (IC 95% 0,85 - 1,64) Aunque parece que la mediana de supervivencia para mesoteliomas fue mayor, no hubo diferencias estadísticas.

Conclusiones: En nuestra serie, los tumores más frecuentes diagnosticados fueron extratorácicos (ginecológicos y digestivos)

La presencia de lesión radiológica en tórax parece aumentar la probabilidad de citología positiva.

La presencia de antecedente oncológico parece influir en la mortalidad.

Los resultados de supervivencia indican que la presencia de derrame pleural en estos pacientes ensombrecen el pronóstico vital en un corto plazo.

ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS A NEUMOLOGÍA POR DERRAME PLEURAL CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD

J.A. Delgado Torralbo¹, R. Perera Louvier¹, M. Domínguez Pino², J.S. Gordillo Fuentes¹, T. Domínguez Platas¹, A.S. Valido Morales¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Virgen Macarena,

²Colaborador en la Unidad de Investigación del servicio de Neumología.

Introducción: El derrame pleural es un motivo de interconsulta frecuente. La toracocentesis es el procedimiento para establecer su etiología, especialmente en sospecha infecciosa o neoplásica. A pesar de que los criterios de Light siguen vigentes, tienen baja especificidad, lo cual dificultaría la orientación diagnóstica. El objetivo fue conocer las características de los derrames consultados, incluyendo su clasificación según los criterios de Light, y su concordancia con la sospecha clínica.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de serie de casos, en el que se analizaron las características del derrame pleural de todas las toracocentesis realizadas entre el 1 enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018, procedentes de pacientes hospitalizados a cargo de otros servicios y con sospecha clínica de malignidad, así como la concordancia con el diagnóstico final.

Resultados: Se analizaron 128 líquidos pleurales. La edad media fue $68,8 \pm 14,54$ años. 60,2% (77) fueron hombres. Las consultas mayoritarias fueron de medicina interna (MI) un 43% (55) y oncología médica (OM) 28,1% (36) La media del pH fue $7,36 \pm 0,125$. En los de OM, la media fue inferior (pH $7,34 \pm 0,123$) respecto a MI (pH $7,37 \pm 0,137$), sin significación estadística. La media de glucosa fue $114,46 \pm 53,83$. La media en OM ($106,4 \pm 42,67$) fue sensiblemente inferior a MI ($121,64 \pm 54,3$), no alcanzó significación estadística. La media de LDH fue $575,34 \pm 852,1$ y su mediana de 254. Encontramos diferencias significativas ($p = 0,005$) entre OM ($693,19 \pm 874,9$) y MI ($383,82 \pm 493,97$) Proteínas con media de $3,84 \pm 1,14$, sin diferencias estadísticamente significativas. La celularidad fue mononuclear con media de $75,46\% \pm 24,39\%$, sin diferencias significativas por servicio. Fueron positivas el 29,7% de citologías. Por servicio en OM el 47,3%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,003$) Según criterios de Light, 36 exudados tuvieron citología positiva (34%), pero el 94,7% de las citologías positivas fueron exudados, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,02$) Con

citología positiva y LDH <250 hubo 14 pacientes (36,8%) En nuestra muestra: S 37,5%, una E 92,1%, un VPP del 88,9% y un VPN del 46,7%. Se obtuvo diagnóstico de certeza de cáncer en el 63,2%. Por servicios (OM: 97,3%, urgencias: 90%, MI: 40%), siendo estadísticamente significativo.

Conclusiones: El derrame pleural es uno de los motivos más frecuentes de interconsulta por parte de otros servicios en el paciente hospitalizado.

Los servicios que consultan con mayor frecuencia son medicina interna y oncología médica.

Los valores habituales en nuestra muestra, cuando la sospecha es de enfermedad maligna son: un pH normal o ligeramente ácido, sin consumo de glucosa, con características de exudados y celularidad mononuclear.

La presencia de exudado según criterio de Light no parece aumentar considerablemente la posibilidad de citología positiva.

La citología del líquido pleural parece ser una prueba poco sensible pero muy específica.

IMPORTANCIA DE LA DLCO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD DE CAUSA PULMONAR EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

A. López Bauzá¹, E. De Benito Zorrero¹, F.M. Martín Domínguez², C. López Ramírez¹, J.A. Rodríguez. Portal¹

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las complicaciones pulmonares no infecciosas relacionadas al trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (Alo-TPH) continúan siendo la principal causa de morbimortalidad, entre las cuales, el Síndrome de Bronquiolitis Obliterante (SBO), es la única que define la Enfermedad Injerto Contra Huésped crónica (EICHc) pulmonar. Aunque las pruebas funcionales respiratorias (PFR) se utilizan de rutina previas y en los meses posteriores al trasplante, existe controversia sobre qué parámetros pueden ayudar al clínico a predecir aquellos pacientes con mayor riesgo de complicación. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si las alteraciones en la capacidad de difusión del monóxido de Carbono (DLCO), Volumen Espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y la relación FEV1 y Capacidad vital forzada (FEV1/FVC), permiten identificar pacientes con riesgo potencial de mortalidad global

relacionada con el trasplante (MRT) y de causa específicamente pulmonar.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a 115 pacientes sometidos a Alo-TPH, entre el 1 de enero del año 2015 y el 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, realizándose monitorización de las PFR pre-TPH y a los 100 días post-TPH. Se considera alterado una DLCO inferior a 0,8, FEV1/FVC igual o inferior a 0,7 y FEV1 inferior a 0,8. Los análisis estadísticos fueron elaborados mediante el SPSS, tomando como diferencias significativas aquellos tests con p-valor inferiores a 0,05. Para la correlación de las PFR con la predicción de la MRT, la EICH y SBO, se utilizó el método de Fine and Gray y el “análisis Landmark”, según si el momento de recogida de los parámetros fuese pre-TPH o a los 100 días post-TPH respectivamente.

Resultados: Respecto a la MRT, el 43,1% de los pacientes con una DLCO pre-TPH alterado fallecieron al año del trasplante frente al 16,6% con DLCO normal ($p = 0,015$) No hubo diferencias significativas entre FEV1 y FEV1/FVC pre-TPH alterados con MRT. Un 26,3% de los pacientes con DLCO post-TPH alterada fallecían por complicaciones asociadas al TPH, respecto al 6% con DLCO post-TPH normal ($p = 0,017$) No hubo relación significativa entre las alteraciones de FEV1 y FEV1/FVC post-TPH con la MRT. Respecto a la mortalidad de causa pulmonar, un 14,3% de paciente con DLCO alterada pre-TPH fallecieron frente a ninguno con DLCO pre-TPH normal ($p = 0,02$) Un 15,3% que paciente con DLCO post-TPH alterada fallecieron frente a ninguno con DLCO post-TPH normal ($p = 0,02$) La alteración del cociente FEV1/FVC post-TPH, se correlaciona con la mortalidad de causa pulmonar ($p = 0,03$), mientras que no hallamos relación significativa entre las alteraciones en el FEV1 ni FEV1/FVC pre-TPH con la mortalidad de causa pulmonar.

Conclusiones: La DLCO tiene un importante valor pronóstico y su alteración pre y/o post-TPH y del cociente FEV1/FVC post-TPH, se asocian a la mortalidad global y de causa específicamente pulmonar, actuando como predictores de mortalidad asociada al TPH.

DIAGNÓSTICO DE LAS ADENOPATÍA MEDIASTÍNICAS EN PACIENTES CON NEOPLASIA EXTRATORÁCICA: PAPEL DE LA EBUS-TBNA

F.G. Puig Sánchez¹, L. Román Rodríguez¹, M. Barca Hernando¹, L.A. Padrón Frayse², B. Romero Romero¹, J. Martín Juan¹

¹Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: La indicación de la PET-TC y la ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) en la caracterización de adenopatías mediastínicas en el carcinoma de pulmón está bien definida y protocolizada, sin embargo, no existe consenso sobre la mejor estrategia diagnóstica de adenopatías mediastínicas secundarias a neoplasias extratorácicas (AMNE) El objetivo de este estudio es valorar la utilidad de las pruebas de imagen y la EBUS-TBNA en el diagnóstico de AMNE.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con AMNE sometidos a EBUS-TBNA en nuestro hospital desde mayo de 2016 a julio de 2019 en el contexto de diagnóstico inicial, estudio de extensión o seguimiento. Se consideran sospechosas de malignidad las adenopatías con SUV >2,5. El análisis estadístico se realizó con SPSS, versión 21,0.

Resultados: Se analizaron 38 EBUS-TBNA pertenecientes a 36 pacientes (19 varones, 17 mujeres) con una edad media de $62,2 \pm 11,9$ años. La indicación de la EBUS-TBNA se realizó en base a los hallazgos de PET-TC (19) y TC con contraste iv (19) El total de ganglios muestreados fue de 65, con una media de $1,7 \pm 0,7$ adenopatías por paciente, siendo las más analizadas la 7 (38,5%) y la 4R (29,2%) Las muestras confirmaron la metástasis ganglionar en un 52,6%: 12 casos en base a los hallazgos de la TC frente a 8 en base a PET-TC. En un 10,5% de los casos la EBUS-TBNA implicó el diagnóstico de una neoplasia extratorácica no conocida. Destacan las metástasis producidas por neoplasias de mama (30%), renal (20%), hepática (10%), de endometrio (10%) y urotelial (10%) En 2 casos de cáncer de mama y 1 de hepatocarcinoma, se realizó mediastinoscopia y ultrasonografía endoscópica (EUS), respectivamente, como técnicas diagnósticas confirmatorias. Entre los diagnósticos benignos destacan: linfadenitis reactiva (66,7%), reacción granulomatosa sarcoides (5,5%) y necrosis (5,5%) Se realizó una segunda EBUS-

TBNA como técnica confirmatoria en el 22,2% de los casos benignos y en el resto, un seguimiento radiológico durante una media de 13,2 meses, sin reportarse ningún caso de falso negativo. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el SUV medio entre las adenopatías malignas ($7,88 \pm 1,55$) y las benignas ($8,48 \pm 3,43$), ni en sus características ecográficas.

Conclusiones: En nuestros pacientes la EBUS-TBNA ha sido eficaz y precisa en el diagnóstico de AMNE. Al contrario que en el carcinoma de pulmón, el potencial predictivo de malignidad del SUV en AMNE es limitado y la utilidad de la PET-TC como guía en el muestreo del mediastino es cuestionable.

DETERMINACIÓN DE MARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

E. Mira Padilla¹, G.M. Guardia López², M.S. Arenas de Larriva¹, C. Gómez Rebollo¹, I. Ortea García³, B. Jurado Gámez¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,

²Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba,

³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC) Córdoba.

Introducción: La inflamación es un nexo común en el efecto del tabaco sobre la vía aérea y en patología tumoral. Para determinar la inflamación sistémica se ha empleado la ratio neutrófilos/linfocitos (RNL) en sangre periférica. El objetivo del presente estudio fue evaluar si la RNL muestra valores diferenciales entre pacientes con cáncer de pulmón (CaP) respecto a sujetos con un elevado consumo de tabaco.

Metodología: Estudio de casos y controles, analítico, prospectivo, realizado en un hospital universitario. Se incluyeron a pacientes diagnosticados consecutivamente de CaP y en el grupo control a exfumadores de menos de 15 años y con un consumo acumulado de al menos 30 paquetes/año o fumadores activos. Se excluyeron a sujetos con edad mayor a 75 años, antecedentes de enfermedad con pronóstico menor de 6 meses, neoplasia en los últimos 5 años, enfermedad aguda de base inmune o inflamatoria, e ingesta de antiinflamatorios esteroideos o no esteroideos. A todos los sujetos se les realizó una analítica en ayunas, una espirometría siguiendo la normativa SEPAR y las exploraciones complementarias indicadas para clasificar a los participantes en el grupo con CaP o en el grupo control. La RNL se

definió como el recuento absoluto de neutrófilos dividido por el recuento absoluto de linfocitos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 85 pacientes, con una edad media de $65,2 \pm 1,01$ años, índice de masa corporal (IMC) medio de $28,1 \pm 0,99$, consumo acumulado de tabaco de $47,8 \pm 2,13$ paquetes/año y FEV1 medio de $63 \pm 5,12$. Ambos grupos fueron homogéneos al comparar los parámetros de edad y de espirometría, aunque los pacientes con CaP presentaron un menor IMC y un mayor consumo de tabaco ($p < 0,05$). En relación al objetivo del estudio, se obtuvo una media de las cifras de la RNL en el grupo CaP de $5,1 \pm 5,96$ y de $3,34 \pm 3,32$ en el grupo control ($p = 0,106$). Hay que destacar que se observaron diferencias significativas en el porcentaje de neutrófilos, $67\% \pm 14,6\%$ en CaP vs $60\% \pm 13,6\%$ en el grupo control ($p = 0,026$) y un menor porcentaje de linfocitos ($19\% \pm 8,7\%$ vs $27\% \pm 13\%$, respectivamente; $p = 0,002$), mientras que la ratio de valores absolutos de eosinófilos/linfocitos fue mayor en los sujetos con CaP respecto al grupo control ($0,12 \pm 0,15$ vs $0,07 \pm 0,06$ respectivamente) aunque sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,055$).

Conclusiones: En la muestra de pacientes estudiada la RNL no presenta diferencias entre sujetos con un elevado consumo de tabaco y los enfermos con CaP. Sin embargo, este último grupo muestra un porcentaje significativamente más elevado de neutrófilos y un menor porcentaje de linfocitos, sugiriendo un grado de inflamación diferencial en ambos grupos.

PREDICCIÓN DE MORBILIDAD POR CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR MEDIANTE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (PECP)

C. España Domínguez, M. Morales González, A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, A. Hidalgo Molina, A. Arnedillo Muñoz

Unidad Clínica de Neumología, Alergología y Cirugía Torácica. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo fue analizar que variables de las analizadas durante la PECP se relacionan con la presentación de complicaciones postoperatorias.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les había realizado una PECP para

valoración de operabilidad y que posteriormente se habían sometido a intervención de resección pulmonar desde junio de 2010 a octubre de 2019. Se recogieron los datos demográficos, los valores de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) y de la PECP, el índice de Charlson preoperatorio, el tipo de intervención, el resultado histológico y estadio neoplásico, las complicaciones postoperatorias en los 30 días posteriores a la intervención y la duración del ingreso hospitalario.

Resultados: Se estudiaron un total de 100 pacientes (88 varones) con una media de edad de $65,89 \pm 7,3$ años. La media en los diferentes resultados fueron: FVC%: $68,47 \pm 13,15$; FEV1%: $54,18 \pm 13,57$; DLCO%: $61,84 \pm 16,87$. VO2/kg máx: $15,68 \pm 3,34$ ml/kg/min. VO2 máx %: $64,14 \pm 12,67$ %; RER máx: $1,04 \pm 0,15$. EqCO2 (AI): $37,95 \pm 26,58$. La media del Índice de Charlson fue de $5,29 \pm 1,38$. 48 pacientes fueron sometidos a resección atípica, 44 a lobectomía, 8 a neumenectomía. En 39 pacientes el diagnóstico histológico fue de adenocarcinoma, en 35 de epidermoide, 10 presentaron otras estirpes de cáncer de pulmón y en 16 no se encontró evidencia de neoplasia. El 36% presentó complicaciones postoperatorias, siendo las más frecuentes la fuga aérea prolongada (9), el enfisema subcutáneo (9). Hubo 5 casos de neumotórax, 3 de neumonías, 2 de hemorragias y solo un caso de empiema, quilotórax, hemotórax, cámara pleural residual, atelectasia, pericarditis, edema agudo de pulmón y un sólo fallecimiento. La media de días de ingresos fue de $7 \pm 6,7$. De la PECP, sólo con el RER máx obtuvimos un resultado estadísticamente significativo en la predicción de complicaciones postoperatorias, con una $p < 0,011$. También el estadio mostró relación con la frecuencia en presentación de complicaciones, con una $p < 0,026$. El número de días de hospitalización también se relacionó con la presentación de complicaciones con una $p < 0,009$.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el RER máx es válido como predictor de complicaciones postoperatorias tras cirugía de resección pulmonar.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) EN EL HGU DE CIUDAD REAL

M. Orta Caamaño¹, A. Bellido Maldonado¹, I.M. Ordóñez Dios¹, B. Herrero González², J. Lázaro Polo¹, P. Mata Calderón¹, C. Bujalance Cabrera¹, L. Sacristán Bou¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.

²Hospital Punta Europa, Algeciras. Cádiz.

Introducción: Las EPID conforman un grupo heterogéneo de enfermedades que presentan una afectación del intersticio y unas manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales similares. Suponen un problema de salud por la dificultad para llegar a un diagnóstico y por la importante morbilidad que tienen. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la prevalencia y las características de los pacientes diagnosticados de EPID atendidos en la consulta general de Neumología del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Metodología: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo observacional, en el que se han incluido todos los pacientes atendidos en el Servicio de Neumología desde enero de 2017 hasta noviembre de 2019. Se recogieron variables epidemiológicas, radiológicas, terapéuticas y pronósticas. Los datos se almacenan en una base de datos diseñada al efecto y se analizan con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se incluyen 136 pacientes, con una edad media de 70,9 años, de los cuales 79 son varones (58,1%) y 57 mujeres (41,9%) Los pacientes fueron derivados desde los Servicios de Medicina Interna (19,9%), Reumatología (2,2%), Geriátrica (4,4%) y Neumología (73,5%) En la tabla 1 se recoge la distribución de las diferentes EPID. En la tabla 2 se recogen las características epidemiológicas según el diagnóstico de EPID. En cuanto al tratamiento antifibrótico, de los 51 pacientes diagnosticados de FPI, 29 (56,86%) recibieron tratamiento con Pirfenidona (P) y 4 (7,84%) con Nintedanib (N) La mortalidad en el grupo tratado con P fue de 8 pacientes (27,6%) y en el grupo tratado con N de 2 pacientes (50%)

Conclusiones: -La EPID más frecuente es la FPI, seguida de la NINE y la Sarcoidosis.

-Consideramos que el seguimiento de estos pacientes en una consulta monográfica de EPID permitiría estandarizar el manejo de estos pacientes, aumentando así la calidad asistencial.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE REUMATOLOGÍA A LA CONSULTA DE EPID

C. González Pérez, A. Cortes Caballero, J.G. Soto Campos

Hospital Universitario Jerez De La Frontera.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas son una manifestación pulmonar frecuente de las enfermedades del tejido conectivo (ETC), presentando una alta morbilidad, lo que conlleva a que tengan un abordaje complejo, por lo que un enfoque multidisciplinar facilita un adecuado seguimiento e indicación de los distintos tratamientos en estos pacientes; por ello hemos querido conocer las características de los pacientes derivados a nuestra consulta monográfica.

Metodología: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes derivados desde Reumatología a la consulta monográfica de EPID en los últimos 2 años. De cada paciente hemos valorado variables como edad, sexo, hábito tabáquico, diagnóstico, métodos diagnósticos, patrón radiológico y procedencia de los pacientes.

Resultados: Durante los últimos 2 años vimos en nuestra consulta 32 pacientes derivados desde Reumatología, 22 no fumadores, 7 ex-fumadores y 3 continuaban fumando; el 84,3% fueron mujeres y el 15,6 % hombres con una edad media de 60 años, el 62,5% procedían de Jerez y el 37,5 de otras localidades. La Artritis Reumatoide fue la patología más prevalente en nuestros pacientes (13 casos, 40,6%), le siguieron en orden de frecuencia la esclerodermia (6 casos, 18,7%), S. Sjögren (6 casos, 18,7%), dermatomiositis (2 casos, 6,25%), sarcoidosis (1 caso, 3,1%), S. Antisintetasa (1 caso, 3,1%), artritis psoriasisica (1 caso, 3,1%), vasculitis anca + (1 caso, 3,1%) y conectivopatía indiferenciada (1 caso, 3,1%) A todos se les realizó espirometría con difusión, test de 6 minutos de la marcha y TACAR, presentando 9 (28%) pacientes un patrón de NIU, 9 (28%) un probable patrón de NIU y 13 (40,6%) un patrón inconsistente o alternativo. A 10 se les realizó lavado broncoalveolar y a 4 pacientes biopsia quirúrgica. En cinco pacientes se prescribió oxigenoterapia al detectar insuficiencia respiratoria.

Conclusiones:

- En nuestra consulta la ETC más frecuente es la Artritis Reumatoide.

- La valoración por Neumología dentro del abordaje multidisciplinar en ETC aporta un adecuado diagnóstico radiológico y funcional de estos pacientes.

EVOLUCIÓN TRAS EL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

E. Cabrera César, E. Sánchez Álvarez, N. Reina Marfil, A. Aguilar Gálvez, A. Sánchez Mesa, J.L. Velasco Garrido
H.U. Virgen de la Victoria.

Introducción: El tratamiento para la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) debe iniciarse al diagnóstico de la enfermedad habiéndose demostrado un mejor pronóstico con el inicio del tratamiento precoz sin embargo hay más dudas en cuando suspender el tratamiento. Algunos fármacos experimentan efectos adversos indeseados y una opción sería el cambio de tratamiento antifibrótico. Aunque esto podría ser una posibilidad, existen muy pocos datos disponibles al respecto. El objetivo de nuestro trabajo es describir los motivos del cambio de tratamiento y los analizar la evolución de los pacientes tras la modificación de un antifibrótico por otro.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo incluyendo a todos los pacientes a los que se les ha suspendido el tratamiento antifibrótico en la consulta de enfermedades intersticiales desde el 2015 hasta septiembre del 2019. Se han recogido variables demográficas y clínicas de la historia clínica digital de los pacientes.

Resultados: De los 51 pacientes que han iniciado tratamiento antifibrótico en nuestro servicio desde el 2015 a 2019, a 9 de ellos se le ha cambiado de un tratamiento antifibrótico a otro. Ocho (88,9%) eran hombres y una mujer (11,1%) Ninguno era fumador activo, 7 (77,8%) eran Exfumadores y 2 (22,2%) nunca fumador. Presentaban insuficiencia respiratoria dos (22,2%) Al diagnóstico el GAP de 8 (88,9%) pacientes era estadio II y uno estadio III (11,1%) Las pruebas funcionales de los pacientes se habían deteriorado teniendo un FVC inicial del 72,9% y al cambio 59,6%. La DLCO 42,1% y al suspender el tratamiento 35,7%. El peso medio era de 62kg. Tres pacientes han cambiado de Pirfenidona a Nintedanib y 6 de Nintedanib a Pirfenidona. Pirfenidona se suspendió de media a los 3,66 meses de su inicio, por molestias gástricas y molestias inespecíficas subjetivas de deterioro referidas por los pacientes. Continúan 2 con Nintedanib con una media de 12 meses de tratamiento con buena tolerancia. Uno de ellos fallece a los 9 meses. De los 6 que se ha cambiando Nintedanib a Pirfenidona: Todo menos uno se suspendió por diarrea. Se

suspenden a los 19,6 meses de media de inicio tratamiento. 4 continúan con Pirfenidona y dos los suspenden por progresión de la enfermedad y no tolerancia. Ningún tratamiento fue suspendido por elevación de enzimas hepáticas.

Conclusiones:

- La principal razón para detener los tratamientos es por efectos secundarios, ninguno por elevación enzimática - El cambio de tratamiento es seguro y bien tolerado en su mayoría por los pacientes

- Observamos en nuestro medio una suspensión temprana de la Pirfenidona mientras que en Nintedanib la interrupción se presenta a más de un año de tratamiento. Los pacientes presentan buena tolerancia y adaptación en su mayoría al cambio

- Ante la presencia de eventos adversos y no tolerancia al tratamiento antifibrótico una buena opción es cambiar por la otra opción de tratamiento disponible.

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL RETRASO DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y AUTOINMUNES

C. Cabrero Rodríguez, A.B. Gámiz Molina, P. Mejía Lozano, S.J. Sánchez Noguera, N.A. Barba Gyengo
Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: En las patologías que se engloban en conectivopatías y vasculitis la afectación pulmonar va a condicionar el tratamiento y el pronóstico, por lo que es fundamental un diagnóstico precoz. Cada vez más gracias al mayor conocimiento que se tiene de esta asociación y a las guías de práctica clínica se solicitan pruebas complementarias de una manera más precoz como la bodypletiografía o TCAR una vez establecido el diagnóstico. EL objetivo de nuestro estudio es valorar de manera funcional a través de la bodypletiografía el tiempo que pasa desde que se diagnostica la enfermedad hasta que se realiza el primer body y ver si en ese momento ya se detecta afectación pulmonar.

Metodología: Estudio descriptivo de 232 pacientes en seguimiento en consulta de Reumatología o enfermedades sistémicas autoinmunes a los que se le ha solicitado una bodypletiografía en los últimos 6 meses. Se recogieron todos los pacientes a los que se le solicitó la prueba en este periodo de tiempo y se analizó el momento en el que se diagnosticaron de patología del tejido conectivo o vasculitis y también

se observó si presentaban patrón radiológico pulmonar en ese momento

Resultados: De los 232 pacientes, 81 eran seguidos en consulta de Reumatología y 151 en sistémicas. Las patologías más frecuentes fueron 87 esclerodermias (ES), 35 artritis reumatoide (AR), 27 Sd. Sjögren, 17 LES y 16 sarcoidosis, sin embargo, cabe destacar otras como miopatías inflamatorias (7 casos), conectivopatías indiferenciadas (6), sd. Antisintetasa (5), EMTC (5), vasculitis como PAM o Sd. Churg Strauss (5) entre otras. En cuanto a la media calculada de tiempo entre el diagnóstico de la patología de base y el primer body solicitado por parte del servicio de Reumatología fue de 2,43 años y la mediana de 2. Sin embargo, la media en los pacientes derivados del servicio de EAS fue de 1,15 y de mediana 1 año. Destacar la existencia de afectación de la difusión de predominio capilar en el momento del primer body sobre todo en patologías como la AR y la ES

Conclusiones: Son muchas las patologías que nos derivan para la realización de estudio funcional respiratorio en función del cual se valora la necesidad de ampliar estudios de imagen. Cada vez más existe menos intervalo de tiempo entre el diagnóstico de estas patologías y la realización de su primera bodypleetismografía, siendo menor en el caso de los Internistas.

Es de suma importancia la realización en el momento del diagnóstico de un estudio de función respiratoria para detectar de una manera lo más precozmente posible la presencia de afectación pulmonar e intentar modificar el curso de la enfermedad.

PATRONES RADIOLÓGICOS PULMONARES MÁS FRECUENTES OBSERVADOS EN NUESTRA CONSULTA EN PACIENTES DERIVADOS DE REUMATOLOGÍA

A.B. Gámiz Molina, P. Mejía Lozano, C. Cabrero Rodríguez, S.J. Sánchez Noguera, P. Gámez Baeza
Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: Existen una serie de rasgos como pueden ser presentar factor reumatoide positivo, ser varón o fumar que se han relacionado con la presencia de afectación pulmonar en la TCAR de tórax, por este motivo hemos realizado este estudio con el objetivo de analizar a pacientes atendidos en consulta de reumatología con diagnóstico de artritis reumatoide entre otros y a los que se le ha realizado

una bodypleetismografía y un TCAR en algunos casos, procediendo a valorar el patrón radiológico pulmonar que presenta y la patología de base.

Metodología: Estudio descriptivo de 103 pacientes en seguimiento en consulta de Reumatología a los que se le ha realizado una bodypleetismografía entre Enero y Octubre de 2019 examinando a posteriori si tenían realización de TCAR previo y si existía afectación intersticial y en el caso en el que estuviera presente, el patrón radiológico pulmonar al que correspondía. También nos hemos centrado en analizar si los pacientes con afectación intersticial en la TCAR de tórax presentaban algún rasgo de los antes citados que se asocien a una mayor afectación intersticial

Resultados: De los 103 pacientes en seguimiento en consulta, 62 presenta artritis reumatoide (AR) (54 con FR positivo), 22 esclerodermias (3 preesclerodermias, 15 limitadas, 3 difusas), 2 amiloidosis, 4 Lupus sistémicos, 2 Raynaud sin criterio de conectivopatía, 2 espondiloartritis seronegativas, 1 polimialgia reumática, 6 síndromes de Sjögren, 1 PAM y 1 EMTC. De las AR, 20 son varones y 42 mujeres, existiendo afectación pulmonar aproximadamente en el 50% de los varones y en el 20% de las mujeres, de los cuales presentan un hábito tabáquico conocido significativo 6 hombres y 4 mujeres, no constando en 18. Por otro lado, del total de pacientes analizados en este estudio 41 no disponen de TCAR de tórax, 28 no presentan afectación pulmonar, 11 tienen patrón NINE (50% pertenece a esclerodermia), 13 patrón NIU (la mayoría en AR), 6 patrón en árbol en brote, 2 engrosamientos septales, 1 neumonía intersticial linfocítica y 1 donde se observan nódulos reumatoideos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren al igual que consta en la literatura una mayor afectación pulmonar en pacientes con AR, fumadores y de sexo masculino. Además, el patrón radiológico pulmonar más prevalente en nuestra población de pacientes con AR y con esclerodermia es el patrón NIU y el patrón NINE respectivamente.

Destacar la importancia de potenciar en el resto de especialidades la necesidad de preguntar acerca del hábito tabáquico, ya que como podemos comprobar en este caso es bastante limitada. También destacar la escasez de TCAR torácicos realizados a estos pacientes en los que se ha visto que existe una asociación relevante que puede influir tanto en el tratamiento como en el pronóstico.

CONSULTA MONOGRÁFICA DE PACIENTES POSTEXPUESTOS A AMIANTO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

C. España Domínguez¹, A. Hidalgo Molina¹, M. Morales González¹, I. Muñoz Ramírez¹, A. Marín Andreu¹, F. Romero Valero¹, J.A. Córdoba Doña², A. León Jiménez¹

¹Unidad Clínica de Neumología, Alergología y Cirugía Torácica. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

²Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital de Jerez. Jerez. Cádiz.

Introducción: El amianto o asbesto, es un agente cancerígeno, cuya utilización está prohibida en España desde 2002. Previamente tuvo multitud de usos, entre los que se encuentra, el de aislante en la construcción de barcos, labor que durante años se ha realizado en los Astilleros de Cádiz. Debido a ello, existe una importante población de postexpuestos en nuestra zona y contamos con una consulta monográfica para su seguimiento. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer las características de los pacientes postexpuestos a amianto en seguimiento en nuestra consulta monográfica, así como, sus patologías más prevalentes.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos registrados en la consulta monográfica de postexpuestos a amianto, desde noviembre de 2018 a octubre 2019. Se recogieron los datos demográficos, el tiempo de exposición, el puesto de trabajo desempeñado, el tipo de exposición, el hábito tabáquico, las patologías más prevalentes y el tiempo de latencia desde el comienzo de la exposición hasta su diagnóstico. Se analizó la posible relación entre el tiempo de exposición o el ICAT, con el desarrollo de las diferentes patologías.

Resultados: 642 pacientes, de los cuales, 620 (96,6%) fueron varones, la edad media fue de 71,08 ± 7,8 años. El 68,4% (439) eran exfumadores con una media de ICAT de 29,55 ± 26,73, el 19,3% (124) nunca fumadores y el 12% (77) fumadores activos con una media de ICAT de 40,85 ± 31,62. El tiempo medio de exposición fue de 24,57 ± 11,9 años. Las profesiones más prevalentes fueron soldador y tubero, seguidas de las de electricista, estibador y mecánico; además se realiza el seguimiento de 22 mujeres que se ocupaban del lavado de las prendas de trabajo. 293 (45,6%) postexpuestos están diagnosticados de patología relacionada con la exposición, siendo la más frecuente las placas pleurales, presente en 278 (43,3 %) pacientes, seguida del EPOC en 76 (16,2 %) y asbestosis en 43 (6,7%) 10 (1,6 %) pacientes han desarrollado

cáncer de pulmón y 21 (3,3%) otro tipo de cáncer, entre los que destaca el de próstata (4), linfomas (4), colon (3) y vejiga (3) Sólo 7 pacientes presentaron derrame pleural y encontramos un sólo caso de mesotelioma. El tiempo medio de latencia desde el comienzo de la exposición hasta el diagnóstico de las placas pleurales fue de 46,47 ± 9,6 años, para la asbestosis fue de 48,13 ± 11,08 años y de 43,22 ± 12,21 años para el cáncer de pulmón. Sólo obtuvimos relación estadísticamente significativa entre el ICAT y el desarrollo de cáncer de pulmón con una p <0,009.

Conclusiones: Las patologías más prevalentes en nuestros postexpuestos son las benignas, mostrando un tiempo de latencias prolongado hasta su diagnóstico y similar al que han mostrado aquellos que han desarrollado patología maligna.

Sólo hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el ICAT y el desarrollo de cáncer de pulmón.

EXPERIENCIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN TRATAMIENTO CON NINTEDANIB Y PIRFENIDONA EN LA COSTA DE HUELVA

B. Gómez Rodríguez, A. Fulgencio Delgado, S.B. Cedeño de Jesús

Servicio de Neumología. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio fue establecer las características generales y evolución de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en seguimiento en nuestra unidad y que han recibido tratamiento con pirfenidona y nintedanib, analizando la función pulmonar, los ingresos hospitalarios, los efectos secundarios y los datos de mortalidad.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática en seguimiento en nuestras consultas de neumología. Se incluyeron a todos los pacientes en tratamiento actual con antifibróticos o que lo hubieran realizado previamente. Las variables continuas se recogen como medias y las categóricas se han expresado mediante porcentajes.

Resultados: Se estudiaron un total de 18 pacientes de edad media 72 +/- 8,26 años, 17 hombres y una mujer. Un 55,6% eran exfumadores,

16,7% seguían siendo fumadores activos y un 27,8% no habían fumado nunca. El 27,8% estaba en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Recibían tratamiento con nintedanib 10 (55,6%), con pirfenidona 7 (38,9%) y a uno (5,6%) de ellos se le retiraban ambos tratamientos por intolerancia gastrointestinal. En total fueron 3 pacientes (16,7%) en los que se realizó cambio de tratamiento antifibrótico por efectos secundarios, en los otros 2 casos se pasó de nintedanib a pirfenidona también por alteraciones gastrointestinales. En situación basal antes de iniciar el tratamiento presentaban una FVC media del 72,25%, una DLCO media del 52,21%. Un 83,3% de los pacientes se mantuvieron clínicamente estables en la revisión a los seis meses mientras que un 16,7% presentaron un empeoramiento clínico con aumento de disnea. Un 16,7% tuvieron que acudir a urgencias y requirieron ingreso hospitalario por empeoramiento de su enfermedad. De los seis pacientes que habían completado el año de tratamiento en el momento del estudio todos mantuvieron una función pulmonar estable sin presentar una caída de FVC por encima del 10%. Hubo dos exitus uno de ellos por progresión de su enfermedad y otro por complicaciones secundarias a una pancreatitis.

Conclusiones: En nuestra serie gran parte de los pacientes eran varones con hábito tabáquico previo. Los efectos secundarios más frecuentes y que han provocado cambios de tratamiento ha sido la intolerancia gastrointestinal.

La mayoría de los pacientes se han mantenido estable clínicamente tras el inicio del tratamiento antifibrótico y los pacientes que han llegado al año de tratamiento han mantenido su función pulmonar estable.

ASOCIACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DE PREDOMINIO LINFOCITARIO Y EL RECUENTO CELULAR POR CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR

S.Y. Ruiz Martínez, G. Clemente Pérez, M. Aparicio Vicente, L. Fernández Mula, E. Novoa Bolívar, J.A. Ros Lucas, R. Andújar Espinosa, E. Solana Martínez, M.D. Sánchez Caro, B. Fernández Suárez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: Identificar las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) es de gran importancia ya que pueden producir el desarrollo

de fibrosis pulmonar irreversible. El objetivo del estudio es determinar el valor que aporta la cuantificación celular medida por citometría de flujo (CF) en el lavado broncoalveolar (LBA) al diagnóstico diferencial de las EPID de predominio linfocitario.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de EPID de predominio linfocitario, procedentes de la consulta de EPID del H.U. Virgen de la Arrixaca, en los que se haya realizado el estudio del LBA mediante CF entre 2013 y 2019. Se valoró la relación entre las variables cuantitativas obtenidas de la celularidad del LBA (CD3-CD4 (%), CD3-CD8 (%), CD4/CD8, Leucocitos, Neutrófilos, Eosinófilos, CD19 (%)) y la Neumonía organizada (NO), Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) y Sarcoidosis.

Resultados: Se estudiaron un total de 75 pacientes, 52% mujeres y 48% hombres, con una media de edad de 55,56 años (rango 15 - 86) 6,7% eran fumadores, 33,3% exfumadores y 60% no fumadores. 33% pacientes estaban diagnosticados de NO, 32% de NH y 34,7% de Sarcoidosis. Se encontró un recuento de linfocitos CD3-CD4 (%) en la NO ($12,7 \pm 10,12$), en la NH ($18,24 \pm 12,7$) y en Sarcoidosis ($22,7 \pm 12,84$), con $P = 0,021$, de linfocitos CD3-CD8 (%) en la NO ($17,88 \pm 16,9$), seguida de NH ($18,17 \pm 17,24$) y Sarcoidosis ($6,4 \pm 4,5$), con $p = 0,011$ y una relación de linfocitos CD4/CD8 en la NO ($1,4 \pm 1,6$), en NH ($2,21 \pm 2,5$) y en Sarcoidosis ($6,3 \pm 6,9$), $p < 0,001$. Encontramos un mayor recuento de Leucocitos (Mill/mil) en la NO ($0,31 \pm 0,26$), seguida de NH ($0,29 \pm 0,33$) y Sarcoidosis ($0,14 \pm 0,103$), con $p = 0,007$, con un recuento de neutrófilos (mill/ml) en la NO ($0,049 \pm 0,08$), seguida de NH ($0,038 \pm 0,085$), y por último en la sarcoidosis ($0,007 \pm 0,014$), con $p < 0,001$. También encontramos en el LBA de la NO un mayor número de eosinófilos mill/mil ($0,005 \pm 0,2$, $p = 0,015$), de CD19 ($0,002 \pm 0,006$, $p = 0,001$)

Conclusiones: Se han obtenido características diferenciales mediante el análisis del LBA por CF entre los pacientes con NO, NH, y Sarcoidosis. La NO fue la que mayor número de neutrófilos presentaba seguida de la NH y por último la sarcoidosis. Con respecto a los linfocitos la que mayor relación de linfocitos CD4/CD8 presentaba fue la Sarcoidosis.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON EXPOSICIÓN A AMIANTO EN EL HOSPITAL DE VALME

A. Asuero Llanes, Z. Palacios Hidalgo, A.J. Cruz Medina, C. Rodríguez Matute, I. de la Cruz Morón
UGC. Neumología. Hospital de Valme.

Introducción: En España y otros países existe un programa de cribado y vigilancia de trabajadores expuestos a amianto. Son programas médico legales, de ahí la importancia de diagnosticar e identificar las distintas patologías. El objetivo de nuestro estudio ha sido describir las características laborales y clínicas de pacientes con antecedentes de exposición a amianto atendidos en nuestra consulta de patología intersticial desde diciembre de 2014 a octubre de 2019.

Metodología: Realización de un estudio descriptivo, transversal, recopilando datos de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes expuestos a amianto. Para el análisis de los datos hemos utilizado el programa estadístico IBM-SPSS. Se definen las variables categóricas como “n (%)” y las continuas como “mediana (p25-p75)”.

Resultados: De un total de 126 pacientes revisados, 96 (76%) eran hombres. La edad mediana en el momento del estudio era de 78 (74 - 82) años, con un tiempo de exposición de 23 (15 - 28) años, siendo la edad al diagnóstico de 66 (57 - 73) años. 77 (61%) pacientes tenían antecedentes de tabaquismo y de ellos 46 (62%) tenían un nivel de consumo muy grave (IPA >25 paquetes/año) En cuanto al origen de la exposición: 84 (66%) corresponden a trabajadores de Uralita, 28 (22,2%) a trabajos vinculados con otras empresas y 14 (11%) eran familiares de trabajadores expuestos. Desarrollaron patología relacionada con la exposición 101 (80%) El tiempo de latencia desde la exposición hasta el desarrollo de la patología fue 19 (7 - 29) años. La patología más frecuente fue el desarrollo de placas pleurales 90 (88%), seguida de asbestosis 53 (52%) Solo 8 (8%) desarrollaron alguna patología maligna. Asimismo, 49 (39%) presentaban otras patologías respiratorias, siendo las más frecuentes EPOC 23 (46%) y asma 21 (42%) 42 (36%) desarrollaron un patrón restrictivo o mixto. Se produjeron un total de 16 (12,7%) éxitus, de los cuales 4 (3,2%), fueron por causa relacionada con amianto.

Conclusiones: Las patologías más frecuentemente desarrolladas fueron de perfil benigno (placas pleurales y asbestosis) Solo una minoría de pacientes desarrollaron patología maligna.

El tiempo de exposición y latencia en años para el desarrollo de patología relacionada coincide con el descrito en la bibliografía.

El número de éxitus por patología relacionada con la exposición a amianto fue muy bajo.

Estos resultados apoyan nuestras dudas sobre la utilidad del seguimiento de estos pacientes más allá de las implicaciones médico-legales del diagnóstico de la enfermedad profesional.

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON CARDIOPATIA CONGENITA

E. Salcedo Lobera, M. Arredondo López, Adolfo Doménech del Río

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Los pacientes con cardiopatías congénitas que alcanzan la edad adulta ha aumentado progresivamente en los países desarrollados, y están surgiendo nuevos problemas: la evaluación de su capacidad para hacer frente a la actividad física y si este conocimiento se puede utilizar para optimizar el tratamiento médico. Una prueba de ejercicio cardiopulmonar limitada a los síntomas ha demostrado ser una herramienta esencial, ya que puede evaluar objetivamente la capacidad cardiovascular funcional de estos pacientes y permitir la evaluación y decisión de las diferentes intervenciones terapéuticas.

Metodología: Estudio descriptivo y observacional de dos años de duración con 28 pacientes en seguimiento por cardiopatías congénitas que fueron derivados a nuestro laboratorio de pruebas funcionales para realización de prueba de esfuerzo cardiopulmonar. Además de los datos funcionales, se recogieron datos antropométricos, tipo de cardiopatía y resultados de la prueba.

Resultados: La media de edad de nuestros pacientes fue de $29,61 \pm 11,05$ años. Un 57% eran mujeres. Las cardiopatías más frecuentes fueron 9 casos de T. Fallot, 4 de TPGV, 3 atresia pulmonar, el 43% restante representaba una miscelánea (CIA, Coartación aorta,...) además se dividieron según gravedad siendo un 16 casos cardiopatías severas, 4 moderadas y 8 leves a pesar de ello un 54% no presentaban sintomatología diaria frente a un 36% que presentaba disnea leve-moderada. A nivel de pruebas de función respiratoria encontramos los siguientes valores medios: FVC $3.298,93 \pm 942,72$ cc ($74,68 \pm 14\%$), FEV1 2.750 ± 749 cc

(75,86 ± 15,12%), FEV1/FVC 83,79 ± 6,015% Al realizar la prueba de esfuerzo, la duración media del ejercicio fue 5,53 ± 2,09 minutos, el VO2/kg medio fue 14,61 ± 5,72ml/kg/min con un bajo umbral anaerobico en el 75% de los casos. Dentro de las variables cardiovasculares encontramos: TAS basal media 119,77 ± 16,30 mmHg, TAS final media 144,64 ± 32,17mmHg, TAD basal media 70 ± 9,41 mmHg, TAD final media 78,33 ± 13,22 mmHg, FC maxima media 141, 11 ± 22,35 lpm, pulso O2 bajo en el 68% y no agotaban reserva cardiaca en el 82%. A nivel ventilatorio encontramos una reserva ventilatoria media de 57,72 ± 24,11 y un VEV/CO2 medio 32,78 ± 7,30 además las saturaciones medias al inicio y final fueron 96,86 ± 3,48% y 93,54 ± 7,02% respectivamente.

Conclusiones: En estos pacientes no se observa una gran afectación a nivel ventilatorio a pesar de los diferentes grados de severidad que presentan.

Se necesitan estudios con mayor número de pacientes para establecer diferencias en el pronóstico de estos pacientes.

LA BAJA FUNCIÓN PULMONAR AL COMIENZO DE LA EDAD ADULTA SE CARACTERIZA POR UN MAYOR SEDENTARISMO: RESULTADOS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

J. Torres Medina¹, P. Hernández Peregrina¹, A.A. Jiménez Prados¹, P. Redruello Guerrero¹, M. Arjona Molina¹, C. De la Mora Moreno¹, C. García Rosado¹, J.J. Rodríguez Capilla¹, P.J. Romero Palacios², B. Alcázar Navarrete³

¹Estudiante. Grupo de trabajo del Proyecto de Desarrollo Pulmonar. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

²Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada,

³Hospital de Alta Resolución de Loja. Agencia Sanitaria de Poniente. Granada.

Introducción: el desarrollo pulmonar completo correcto se alcanza durante los primeros 25 años de la vida y puede influir en el desarrollo futuro de enfermedades respiratorias. El objetivo de este análisis es conocer si existen diferencias en el nivel de actividad física entre aquellos participantes de la Cohorte de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada que tenían baja función pulmonar al inicio del seguimiento frente a aquellos con función normal

Metodología: entre los participantes de la cohorte se recogieron los valores de la función pulmonar mediante espirometría simple en cada visita así como la actividad física habitual. Se obtuvieron los valores de Z score y del LIN mediante las ecuaciones del Global Lung Function Initiative(1) para el FEV1 en cada visita y se consideró anormal un resultado del FEV1 menor a -1,96 Z o inferior al LIN. La comparación de los niveles de actividad física se llevó a cabo mediante T de Student. Se aceptó la significación estadística con p <0,05.

Resultados: la cohorte está formada por 224 sujetos, con una edad media (DE) de 18,4 años (1,5), el 91,5% de raza caucásica, un 68,8% mujeres. En la visita basal un 4,8% de los participantes presentaba un FEV1 anormal por Z- score y un 6,7% tenían un FEV1 inferior al LIN. Los participantes con baja función pulmonar por Z-score o FEV1.

Conclusiones: cerca del 5% de los participantes de esta cohorte presentan una función pulmonar anormalmente baja en la edad adulta. Este grupo presenta un mayor sedentarismo con respecto a aquellos con función pulmonar normal.

LA BAJA FUNCIÓN PULMONAR AL COMIENZO DE LA EDAD ADULTA NO SE ASOCIA CON UNA MAYOR CARGA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: RESULTADOS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

S. Clares Mena¹, A. Díaz García¹, M. Garzón Polanco¹, J.M. H. Zhou Zhou¹, J.L. Delgado Montoya¹, A.M. Moreno del Salto¹, J. Peñalver Béjar¹, A. Senovilla Ardid¹, B. Alcázar Navarrete², P.J. Romero Palacios³

¹Estudiante. Grupo de trabajo del Proyecto de Desarrollo Pulmonar. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

²Hospital de Alta Resolución de Loja. Agencia Sanitaria de Poniente. Granada.

³Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada.

Introducción: el desarrollo pulmonar completo correcto se alcanza durante los primeros 25 años de la vida y puede influir en el desarrollo futuro de enfermedades respiratorias. El objetivo de este análisis es conocer si existen diferencias entre aquellos participantes de la Cohorte de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada que tenían baja función pulmonar al inicio del seguimiento frente a aquellos con función normal.

Metodología: entre los participantes de la cohorte se recogieron los valores de la función pulmonar mediante espirometría simple en cada visita así como la presencia de síntomas respiratorios. Se obtuvieron los valores de Z score y del LIN mediante las ecuaciones del Global Lung Function Initiative(1) para el FEV1 en cada visita y se consideró anormal un resultado del FEV1 menor a -1,96 Z o inferior al LIN. La comparación de las frecuencias se llevó a cabo mediante X2. Se aceptó la significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: la cohorte está formada por 224 sujetos, con una edad media (DE) de 18,4 años (1,5), el 91,5% de raza caucásica, un 68,8% mujeres. En la visita basal un 4,8% de los participantes presentaba un FEV1 anormal por Z- score y un 6,7% tenían un FEV1 inferior al LIN. Los participantes con baja función pulmonar presentaban una carga sintomática similar a aquellos con función pulmonar normal, ya fuera medida por Z-score o por LIN.

Conclusiones: cerca del 5% de los participantes de esta cohorte presentan una función pulmonar anormalmente baja en la edad adulta. Este grupo presenta una carga sintomática similar a aquellos con función pulmonar normal.



Abad Arranz, M.	37	Contreras González, M.	56
Aguilar Gálvez, A.	4, 30, 39, 77, 85	Cordero Guevara, J.	41
Aguilar Gómez, A.	5	Cordero Montero, P.	14
Alcántara Fructuoso, J.	23, 50	Córdoba Doña, J.A.	73, 87
Alcázar Navarrete, B.	15, 36, 90	Corral Peñafiel, J.	41, 42, 44
Alfágeme Michavila, I.	4, 47, 48	Cortes Caballero, A.	84
Almadana Pacheco, V.	20, 22, 27, 35, 40, 48, 59	Cózar Bernal, F.	65
Almeida González, C.V.	8, 34	Cruz Medina, A.J.	89
Alonso-Álvarez, M.L.	41, 42	De Benito Zorrero, E.	78, 79, 81
Álvarez Gutiérrez, F.J.	19, 71	De Dios Calama, C.	15, 28, 53, 57
Andrades Sardiña, D.	60, 63, 64	De la Cruz Castro, N.P.	13, 24
Andújar Espinoza, R.	19, 51, 58, 75, 88	De la Cruz Lozano, F.J.	60, 63, 64
Antona Rodríguez, M.J.	14	De la Cruz Morón, I.	4, 89
Aparicio Vicente, M.	19, 51, 58, 75, 88	De la Mora Moreno, C.	90
Arellano Ceballos, M.	32	De Miguel Pérez, D.	66
Arellano Orden, E.	41, 54	Del Castillo Otero, D.	73
Arenas De Larriva, M.S.	68, 82	Del Moral Ramírez, D.	36
Arjona Molina, M.	36, 90	Del Pozo Rivas, R.	10, 12, 74
Arnedillo, Muñoz, A.	43, 69, 71, 72, 83	Delgado Montoya, J.L.	90
Arredondo López, M.	31, 52, 89	Delgado Pecellín, I.	22, 24, 37
Arroyo Varela, M.	67, 76	Delgado Torralbo, J.A.	10, 20, 27, 31, 59, 68, 79, 80
Asuero Llanes, A.	89	Díaz García, A.	36, 90
Ayerbe García, R.	20, 40, 59	Díaz Gómez, A.	36
Barba Gyengo, N.A.	18, 25, 85	Díaz Gutiérrez, F.	32
Barca Hernando, M.	82	Díez Sierra, J.	9, 34, 47
Barragán Pérez, B.	15, 28, 53, 57	Domenech Del Río, A.	26, 89
Barroso Peñalver, R.M.	60, 63, 64	Domingo, C.	38
Barrot Cortés, E.	32	Dominguez Mayoral, A.	10
Bautista Moreno, R.	67, 76	Dominguez Pino, M.	79, 80
Bayarri Lara, C.I.	62, 66	Dominguez Plata, T.	79, 80
Bellido Maldonado, A.	84	Dorado Galindo, A.	45
Benítez Moya, J.M.	10, 31	Durán Cueto, J.A.	15, 28, 53, 57
Benítez, I.	41, 42, 44	El Boutaibi Faiz, K.	7, 8, 13, 70
Benítez-Cano Gamonoso, M.	57, 70	Elías Hernández, T.	26
Benito Bernáldez, C.	40	Enamorado Varela, M.A.	15, 36
Bentabol Ramos, G.	26, 29	Enrique, E.	38
Blanco Orozco, A.I.	60, 63, 64	Entrenas Castillo, M.	6, 55
Bonilla Alarcón, J.	64	Entrenas Costa, L.M.	6, 55
Bravo Carmona, P.	62, 66	España Dominguez, C.	17, 43, 45, 46, 50, 69, 71, 83, 87
Bravo Cerro, A.	65	Espíldora Hernández, F.	52
Bujalance Cabrera, C.	84	Espinoza Lozano, M.	26, 32
Caballero Eraso, C.	32, 41, 42, 44	Fajardo Muñoz, A.	15, 36
Cabanillas Díez-Madroño, C.	15, 28, 53, 57	Fernández de Rota García, L.	17
Cabeza Serrano, A.	13, 16, 24, 27	Fernández Mula, L.	19, 51, 58, 75, 88
Cabrera César, E.	4, 5, 30, 39, 77, 85	Fernández Sánchez, M.C.	75
Cabrera Galán, C.	16	Fernández Suarez, B.	19, 51, 58, 75, 88
Cabrero Rodríguez, C.	18, 25, 85, 86	Fole Vázquez, D.	56
Calero Acuña, C.	53, 54, 58, 69	Franco Campos, M.A.	50
Campos Caro, A.	73	Fulgencio Delgado, A.	33, 34, 39, 87
Campos Rodríguez, F.	8, 9, 41	Galán, A.	38
Cano Lucena, P.	46	Gallego Borrego, J.	47, 48
Cañón Barroso, L.	7, 8, 13, 70	Gámez Baeza, P.	18, 25, 86
Carmona Bernal, C.	8	Gamíz Molina, A.B.	18, 25, 85, 86
Carmona Soto, P.	64, 65	García Amores, M.	46
Carrasco Carrasco, C.M.	9, 34, 41, 48	García Barajas, S.	60, 61, 62
Carrasco Fuentes, G.	64	García Barrera, T.	37
Carrasco Hernández, L.	19, 21, 22, 24, 37, 53, 54, 58, 69, 71	García Fraile, M.	6
Carrero Morera, M.	34	García García, M.C.	13, 57, 70
Casas Maldonado, F.	18	García Garrido, S.	37
Castañar Jover, A.	7, 8	García Gomez, F.	60, 63, 64
Cebrián Gallardo, J.J.	17	García Núñez, A.	73
Cedeño De Jesus, S.B.	22, 34, 35, 39, 87	García Pachón, E.	75
Clares Mena, S.	36, 90	García Polo, C.	45, 46, 50, 51
Claros Díaz, M.G.	67, 76	García Rosado, C.	90
Clemente Pérez, G.	51, 88	García Ruíz, A.J.	19
Cobo Dols, M.A.	76	García Sáez, M.	60, 61, 62
Cobo Roldán, L.	6	García Sánchez, E.	19
Cobos Ceballos, M.J.	43	García-Valera Orea, M.	23, 50

Garrido Sánchez, M.J.	24	Martínez García, M.A.	41
Garzón Polanco, M.	90	Martínez Mesa, A.	4, 5, 30, 39, 77
Gil Muñoz, F.L.	11	Martínez Rodríguez, D.	29
Gómez Ariza, J.L.	37	Martínez, E.	38
Gómez de Terreros Caro, F.J.	41, 42, 44	Martínez-Moragón, E.	38
Gómez Gago, A.M.	62, 66	Masa, J.F.	41, 42, 44
Gómez Maldonado, J.	67	Mata Calderón, P.	84
Gómez Rebollo, C.	68, 73, 82	Medina Gallardo, J.F.	19, 71
Gómez Rodríguez, B.	39, 87	Mejía Lozano, P.	85, 86
Gómez Tabales, J.	60, 63, 64	Melgar Herrero, M.S.	43, 55, 73
Gómez Vizcaíno, M.T.	7, 8, 13, 14	Merino Sánchez, M.	51, 72
González Barroso, A.	60, 61, 62	Miñarro, C.	38
González Pérez, C.	13, 16, 84	Mira Padilla, E.	68, 82
González Suarez, A.	33, 34	Mogollón, M.V.	44
González-Moya Rodríguez de Mondelo, E.	46, 50	Mokhlesi, B.	41, 44
Gordillo Fuentes, J.S.	20, 31, 49, 68, 80	Molina Cabrerizo, D.	32
Gotera Rivera, C.	37	Monge Blanco, S.	60, 63, 64
Guardia López, G.M.	82	Montaño Montaño, C.	15, 28, 53, 57
Guardiola Martínez, J.	75	Montoro Ballesteros, F.	17, 55, 71
Guerrero Zamora, P.	10	Moral Vázquez, J.A.	15
Gutiérrez Lara, J.A.	8, 13, 70	Morales Garzón, C.M.	15
H. Zhou Zhou, J.M.	90	Morales González, M.	17, 43, 45, 46, 50, 51, 69, 71, 72, 83, 87
Hammu, M.K.	36, 57	Morales Manrubia, E.	15, 28, 41, 44, 53, 57
Hernández Borge, J.	7, 8, 13, 14, 57, 70	Moreno Del Salto, A.M.	90
Hernández Escobar, F.	62, 66	Morón Ortiz, M.	10, 12, 20, 74
Hernández Gómez, S.	7, 8, 13, 14, 57, 70	Moya Barquero, R.	36
Hernández Peregrina, P.	90	Moyano Rodríguez, M.J.	62, 66
Herráiz Montalvo, C.I.	64	Muñiz Rodríguez, A.M.	22, 35
Herrero Gonzalez, B.	84	Muñoz Ramírez, I.	17, 43, 50, 51, 69, 71, 72, 83, 87
Hidalgo Molina, A.	17, 43, 73, 83, 87	Nacaraino Mejías, V.	26
Hilares Vera, J.I.	10, 12, 74	Novoa Bolívar, E.	51, 88
Iglesias López, A.	26	Ordax-Carbajo, E.	42
Ignacio Barrios, V.	74	Ordoñez Dios, I.	55, 84
Investigadores de CHAIN.	37	Orozco Barba, E.	15
Iñigo Naranjo, P.	7, 8, 57, 70	Orta Caamaño, M.	84
Jara Palomares, L.	26, 32, 37	Ortea García, I.	82
Jiménez Almenara, M.	15	Ortega García, J.L.	26
Jiménez Gómez, G.	73	Ortega Rey, C.	60, 61, 62
Jiménez Prados, A.A.	90	Ortega Rivera, R.	22, 53
Jurado Gámez, B.	8, 41, 68, 82	Ortega Ruiz, F.	53, 54, 58, 69
Lacárcel Bautista, C.	46	Osman García, I.	8
Lamrini H. Laarbi, L.	46	Otero Candellera, R.	26
Lancha Domínguez, J.	10, 12, 20, 74	Padilla Contreras, A.L.	36
Larrosa Jiménez, R.	67, 76	Padilla Galo, A.	17
Lázaro Polo, J.	84	Padrón Fraysse, L.A.	37, 82
Leo Castela, M.	60, 61, 62	Páez Codeso, F.	45
León Jiménez, A.	73, 87	Palacios Hidalgo, Z.	4, 89
León Medina, D.	60, 61, 62	Palma Otero, M.A.	56
Lobato De la Sierra, M.P.	16	Pascual Martínez, N.	55, 73
López Arza, M.	7	Pavón Masa, M.	48, 49, 68
López Bauzá, A.	78, 79, 81	Peces-Barba Romero, G.	37
López Campos, J.L.	37, 53, 54, 58, 69	Peñalver Béjar, J.	90
López García, C.	60, 61, 62	Perales Prados, A.	36
López Ramírez, C.	54, 78, 79, 81	Pereira Vega, A.	12, 20, 37
López Ruz, S.	19, 26, 32	Perera Louvier, R.	10, 20, 31, 68, 79, 80
López Villalobos, J.L.	60, 63, 64	Pérez Expósito, E.	15
Losa García-Uceda, A.	15, 28, 42, 53, 57	Pérez Grimaldi, F.	24
Luna Zamora, R.	68	Pérez Morales, M.	17, 45, 46, 50, 51
Luque Crespo, E.	48, 49, 68	Piedra Fernández, I.	62, 66
Macías Dorado, S.	11	Puchas Manchón, C.	12, 20
Marín Andreu, A.	43, 45, 46, 51, 69, 71, 72, 83, 87	Puig Sánchez, F.G.	54, 82
Marín Barrera, L.	20, 40	Quero Valenzuela, F.	62, 66
Marín Romero, S.	26, 32	Quintana Gallego, E.	22, 24, 37
Márquez Martín, E.	53, 54, 58, 69	Ramos Apolaya, D.L.	21, 71
Márquez Pérez, F.L.	7, 8, 13, 57, 70	Redel Montero, J.	43
Martín Bote, S.	43, 55, 73	Redruello Guerrero, P.	90
Martín Domínguez, F.M.	78, 79, 81	Reina González, A.C.	4, 34
Martín Juan, J.	82	Reina Marfil, N.	4, 5, 30, 39, 77, 85

Requejo Jiménez, A.	68	Vaquero Barrios, J.M.	43
Reyes Núñez, N.	4, 34, 47, 48	Vázquez Gandullo, E.	17, 69
Riesco Miranda, J.A.	15, 28, 53, 57	Velarde, M.	10
Risco Rojas, R.	60, 61, 62	Velasco Garrido, J.L.	4, 5, 30, 39, 77, 85
Rivas Ruíz, F.	17	Vera Olmos, J.C.	23, 50
Rivera Muñoz, F.	8	Viciano Martín, E.	20, 79
Rodríguez Blanco, I.	13	Villalba Moral, C.	55
Rodríguez Cabrera, A.	36	Zúñiga Sánchez, G.	65
Rodríguez Candilejo, C.	39		
Rodríguez Capilla, J.J.	90		
Rodríguez Fernández, J.C.	13, 16, 24		
Rodríguez Hernández, S.	6		
Rodríguez Matute, C.	89		
Rodríguez Portal, J.A.	78, 79, 81		
Rojano Rivero, M.G.	33, 34		
Román Rodríguez, F.	64		
Román Rodríguez, L.	22, 24, 37, 82		
Romano Rodríguez, M.	38		
Romero Correa, M.	6		
Romero Falcón, A.	19, 71		
Romero López, J.	20		
Romero Palacios, P.J.	15, 36, 90		
Romero Reina, R.	22, 24		
Romero Romero, B.	82		
Romero Valero, F.	87		
Romero, A.	41, 42, 44		
Ros Lucas, J.A.	19, 51, 58, 88		
Rosa Gutiérrez, M.C.	46		
Ruano Carretero, M.	29,31		
Ruiz Carretero, M.E.	15, 28, 53, 57		
Ruiz Duque, B.	54		
Ruiz Gallego, M.	21		
Ruiz García, F.	58		
Ruiz Martínez, S.Y.	19, 51, 58,75,88		
Ruiz Rodríguez, O.	36		
Ruiz Trescastro, C.	15		
Ruiz Zafra, J.	62, 66		
Sacristán Bou, L.	84		
Salcedo Lobera, E.	26, 29, 45, 52, 89		
Salguero Segura, J.	8		
Sánchez Álvarez, E.	4, 5, 30, 39, 77, 85		
Sánchez Armengol, A.	41		
Sánchez Bommatty, M.	11		
Sánchez Caro, M.D.	19, 51, 58, 75, 88		
Sánchez Gómez, J.	10		
Sánchez López, V.	41, 54		
Sánchez Matás, C.	60, 63, 64		
Sánchez Mesa, A.	85		
Sánchez Noguera, S.J.	18, 25, 85, 86		
Sánchez Palop, M.	46		
Sánchez Quiroga, M.A.	41, 42, 44		
Sánchez Ramos, J.L.	12, 20		
Sánchez-Guerrero, I.	38		
Santos Luna, F.	43		
Santos Morano, J.	6, 8		
Seijo Maceiras, L.	37		
Senovilla Ardid, A.	90		
Serrano Fernández, M.J.	66		
Sevilla López, S.	64, 65		
Sierra Murillo, L.M.	7, 8, 13, 14, 57, 70		
Solana Martínez, E.	19, 51, 58, 75, 88		
Soto Campos, J.G.	13,16, 24, 84		
Torres Bermúdez, J.R.	62, 66		
Torres Jiménez, J.	29, 31		
Torres Medina, J.	36, 90		
Ucero León, M.D.	26, 32		
Valencia Azcona, B.	17		
Valido Morales, A.S.	10, 20, 22, 27, 31, 35, 40, 59, 68, 79, 80		