

www.sogapar.info

XLIII Reunión Anual

SOGAPAR

4 y 5 noviembre 2016 • Santiago de Compostela

Sede Hotel Puerta del Camino



Sagapar



COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA PARA DESCARTAR NEUMOTÓRAX YA-TROGÉNICO TRAS PROCEDIMIENTOS BRONCOPLURALES

Ramos Hernández C.; Núñez Delgado M.; Botana Rial M.; Leiro Fernández V.; Vilariño Pombo C.; Mouronte Roibas C.; Tubío Pérez R. A.; Toro Bobarín C. J.; Fernández Villar J. A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

INTRODUCCIÓN

La incidencia de neumotórax tras realizar técnicas invasivas broncopleurales ronda el 1-6%, recomendándose realizar una Rx de control. En manos expertas, la ecografía tiene una rentabilidad similar a la Rx. Nuestro objetivo fue evaluar la validez de la ecografía torácica realizada por el mismo médico que realiza la prueba (con un entrenamiento ecográfico básico) para descartar neumotórax clínicamente significativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos una cohorte prospectiva de pacientes consecutivos sometidos a BTB ciega, toracocentesis evacuadora (TE) y/o biopsias pleurales (BP) durante 14 meses. Se realizó una ecografía inmediatamente después de realizar el procedimiento, por neumólogos, residentes y rotantes externos. Se descartó neumotórax si se observaba Sliding. Se consideró diagnóstica de neumotórax la ausencia de “sliding”, la presencia de punto pulmonar y presencia del signo de “código de barras” y sospechosa cuando sólo existía algún signo aislado o signos contradictorios.

Se aceptó como goldstandard la radiografía informada de neumotórax por radiólogo, realizada tras 1 hora del procedimiento o posteriormente si se presentaban síntomas. Se calcularon los parámetros de validez de pruebas diagnósticas (S, E,VPN) utilizando fórmulas estándar.

RESULTADOS

Se incluyeron 276 procedimientos (151 BTB, 35 BP, 90 TE). Hubo 14 neumotórax (5%). La ecografía presentó una S 71,4%, E del 84 % y VPN 98,2%. Sin diferencias significativas para procedimientos pleurales o bronquiales. La ecografía infradiagnosticó 3 neumotórax, sólo uno precisó drenaje y diagnosticó adecuadamente dos neumotórax que no se veía en la RX inicial. La ausencia de “sliding” presentó una S 64%, E 14% y VPN 86%, la presencia de “código de barras” S 35%, E81%, VPN 97% y la ausencia de “líneas B” S 64%, E 9%, VPN 83%.

CONCLUSIONES

La ecografía permite diferenciar, con un VPN 98%, los pacientes que deberían realizar Rx tórax para descartar la presencia de Neumotórax tras las técnicas broncopleurales invasivas.

GENOTIPO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA SEGUIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Domínguez Pazos S.; Blanco Aparicio M.; Vidal I.; Consuegra A.; Maiso A.; Nieto I.; Montero Martínez C.

Hospital Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN

La disponibilidad de nuevos tratamientos para la fibrosis quística (FQ) “específicos de mutaciones” del gen de la proteína CFTR hace necesaria la realización de genotipado de todos los pacientes. El ivacaftor es muy eficaz en la mutación G551D y se ha ampliado a otras mutaciones “gating” y la combinación ivacaftor/lumacaftor tiene eficacia moderada en homocigotos F508del.

OBJETIVOS

1. Conocer el genotipo de los pacientes adultos con FQ seguidos en una consulta monográfica
2. Conocer el número de pacientes candidatos a tratamientos correctores y/o potenciadores de la proteína CFTR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica de los pacientes seguidos en consulta de FQ en los últimos 6 años. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo), genotipo, función pulmonar y situación actual del paciente (trasplantado, exitus o seguimiento)

Los datos se expresan como media + DE y porcentajes.

RESULTADOS

Se revisaron 35 pacientes; edad media 28,7+7,5 (17-45 años); 74% mujeres. El FEV₁ medio postbroncodilatación fue de 64,4 + 23,4 (24-90 % teórico) y un 20% de los pacientes tenían FEV₁ medio < 40%.

Se han trasplantado 6 pacientes (17%) de los cuales fueron exitus 3. De los 29 pacientes en seguimiento actualmente son homocigotos F508del 10 pacientes.

GENOTIPO	N (%)
F508del homocigoto	14 (40%)
F508del heterocigoto	14 (40%)
711T16>T/V232D	2 (5,7%)
5T/7T	1 (2,8%)

3272/26A>G	1 (2,8%)
2609/CA	1 (2,8%)
No mutaciones identificadas	2 (5,7%)

CONCLUSIONES

1. El genotipo más frecuente es el F508del (40% homocigoto y 40% heterocigoto).
2. No existe ningún paciente con la mutación G551D ni otras mutaciones «gating» subsidiarias de tratamiento con ivacaftor.
3. Actualmente presentan mutación candidata a tratamiento con ivacaftor/lumacaftor 10 pacientes.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO. ESTUDIO EN LA PRÁCTICA HABITUAL

Dacal Quintas R.¹; Tumbeiro Novoa M.¹; Alves Pérez M. T.²; Abal Arca J.¹

Complejo Hospitalario Universitario Ourense¹; Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ourense²

OBJETIVO

Analizar la adherencia al tratamiento con CPAP en la práctica clínica habitual y los factores predictores de cumplimiento.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, de los pacientes a los que se les prescribió CPAP entre 2006 y 2009 tras haber sido diagnosticados de SAHS en el CHUO. Para el diagnóstico de SAHS, los pacientes debían presentar IAH > 5 y clínica compatible. Se prescribió CPAP siguiendo las guías.

RESULTADOS

Entre 2006 y 2009 se diagnosticó de SAHS y se inició CPAP en 1115 pacientes. El 84,3% eran hombres, con una media de edad de 59,37 años ($\pm 11,85$) y un IMC de 32,7 kg/m². El 61,9% tenían historia de tabaquismo. La comorbilidad más frecuente fue HTA (51,3%).

El 3,6% de los pacientes presentaron SAHS leve, 23% SAHS moderado y 73,5% SAHS grave. Se pautó CPAP en todos los casos.

De los 1002 pacientes a los que se pudo realizar registro de seguimiento, se objetivó que 83,5% eran cumplidores y 16,5% no cumplidores. Los pacientes usaban la CPAP 5,7 horas ($\pm 2,35$) por noche. El motivo de retirada de CPAP más frecuente fue la no tolerancia (71%). El tiempo medio a la retirada fue de 49 meses.

Al realizar la comparación entre cumplidores (>4 horas por noche) y no cumplidores (<4 horas por noche) no se objetivaron diferencias en sexo, IMC ni Epworth. Los pacientes de mayor edad, HTA, cardiopatía isquémica y los que nunca han fumado cumplían más. Los pacientes con pirosis e insomnio cumplían menos. El cumplimiento aumentaba con el grado de gravedad del SAHS, medido por IAH, CT90 y SatOxiHb y en los que se hacía titulación.

CONCLUSIONES

- 1- Más del 80% de los pacientes a los que se les prescribe CPAP la usaban de forma habitual
- 2- En los que no la usan el motivo de retirada más frecuente fue la no tolerancia
- 3- A mayor gravedad del SAHS mejor cumplimiento
- 4- Los pacientes con comorbilidad de tipo HTA y cardiopatía isquémica eran más cumplidores

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Rodríguez Núñez N.; Ruano Raviña A.; Abelleira R.; Ferreiro L.; Lama A.; González Barcala F. J.; Golpe A.; Toubes M. E.; Álvarez Dobaño J. M.; Valdés L.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

OBJETIVO

identificar factores que influyen en la duración de la estancia hospitalaria (EH) de pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Santiago con el diagnóstico de TEP entre enero de 2010 y diciembre de 2015. Se realizó un análisis de regresión multivariante para predecir la influencia de las distintas variables en la posibilidad de tener una EH mayor o menor que la mediana (variable dependiente). Las variables independientes consideradas fueron: el servicio de ingreso, puntuación de PESIs; índice de Charlson, temperatura, frecuencia respiratoria, estado mental alterado y el grado de disnea.

RESULTADOS

Se incluyeron 965 pacientes, el 61,6% de los pacientes ingresaron en neumología, 19,1% en medicina interna y el restante en otros servicios. La mediana de duración de la estancia fue de 8 días.

En comparación con la hospitalización en neumología, la probabilidad de una EH mayor que la mediana fue de 8,65 (5,42-13,79) para los pacientes ingresados en medicina interna y de 1,54 (1.7 - 2.24) para los pacientes hospitalizados en otros servicios. Se observó una relación significativa entre la puntuación PESIs y la probabilidad de estancias prolongadas. El grado de disnea también influyó en la duración de la estancia, los pacientes con grado 3 en la escala de disnea MRC tuvieron un OR de 1,63 (1,07-2,47).

En un subanálisis que incluyó a 421 pacientes, los que inician los anticoagulantes orales en los días 2-3, la probabilidad de tener una EH mayor que la mediana fue 1,72 (0,85-3,48), mientras que para los que empiezan en los días 4 o fue de 2,43 (1.16-5.7).

CONCLUSIÓN

la puntuación de PESIs, el servicio de ingreso, el grado de disnea y el momento de inicio de los anticoagulantes orales se asocian con estancias hospitalarias más largas.

UTILIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA DE NEUMOLOGÍA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES EPOC EXACERBADORES. DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL INGRESO HOSPITALARIO

Lourido Cebreiro T.; Riveiro Blanco V.; Rodríguez García C.; Gude Sampedro F.; Lama López A.; Vicente Rial S.; Pereiro Brea T.; Abelleira Paris R.; González Barcala F. J.; Valdés Cuadrado L.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

OBJETIVO

Evaluar la utilidad del hospital de día de enfermedades respiratorias (HDER) en el manejo de las exacerbaciones de EPOC y determinar qué factores pueden predecir el ingreso hospitalario.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron los pacientes con EPOC que acudieron al HDER entre diciembre de 2013 y noviembre de 2014. A todos se les siguió durante un año y se obtuvieron de forma retrospectiva los datos clínicos del año previo a acudir a HDER, revisando la historia clínica electrónica. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas de los pacientes, se analizó el impacto del HDER comparando el número de asistencias a Urgencias y hospitalizaciones entre el año anterior y posterior a su inclusión en el programa del HDER y, finalmente, mediante modelos lineales mixtos, se analizaron los factores que se asociaron al ingreso hospitalario.

RESULTADOS

Se recogieron 750 asistencias correspondientes a 87 pacientes, la mayoría en una fase grave o muy grave de su enfermedad: 57 (65,5%) pacientes tenían un Índice BODE >4, 82 (94,2%) eran un estadio GOLD D y 65 (74,7%) presentaban un FEV1 <50%. 72/750 asistencias (9,6%) necesitaron ingreso. Con respecto al año previo, se observó una disminución en el número de asistencias a urgencias (89 vs 46) y en el de ingresos hospitalarios (181 vs 141) ($p < 0,05$ para ambos). Durante el año de seguimiento fallecieron 15 pacientes (17,2%). La presencia de acidosis respiratoria, hipotensión y taquicardia en el HDER, la diabetes mellitus, el fracaso diurético o antibiótico previo, el aislamiento de un germen multirresistente y la sepsis se asociaron con mayor probabilidad de ingreso.

CONCLUSIONES

El HDER parece reducir el número de hospitalizaciones y la presión asistencial sobre el servicio de Urgencias. Existen una serie de factores que predicen un mayor riesgo de ingreso hospitalario.

RESULTADO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL IDIOPÁTICO TRAS ESTUDIOS SEMI-INVASIVOS

Dacal-Rivas D.; Botana-Rial M.; González-Piñeiro A.; Ramos-Hernández C.; Mouronte-Roibás C.; Leiro-Fernández V.; Nuñez-Delgado M.; Fernández-Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de Investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur

OBJETIVO

La toracoscopia es la técnica gold estándar para establecer el diagnóstico de derrame pleural (DP) idiopático aunque es más invasiva y costosa que otras técnicas. Nuestro objetivo ha sido analizar si podemos establecer el diagnóstico de DP idiopático tras biopsia pleural transparietal (BPT) asistida por imagen y seguimiento clínico y buscar si existen variables que indiquen la necesidad de procedimientos más invasivos.

METODOLOGÍA

Estudio de pacientes consecutivos (enero/2012-agosto/2015) con diagnóstico de DP inespecífico tras una toracoscopia (grupo A) y comparación de variables clínico-epidemiológicas, radiológicas, bioquímicas, seguimiento y resultados con sujetos con DP idiopático tras BPT (grupo B)

RESULTADOS

Incluimos 40 pacientes cuyas características se representan en la tabla. Únicamente evidenciamos diferencias entre ambos grupos en el porcentaje de re-acumulación del DP. Solo un falso negativo en el grupo A, con diagnóstico final de mesotelioma y que presentó recidiva del derrame.

VARIABLE	GRUPO A (N=16)	GRUPO B (N=24)	P
Edad	73 (59,5-79)	75 (60,2-81,5)	0,6
Sexo (♂)	13 (81,3%)	18 (75%)	0,4
Tabaco	9 (69,2%)	14 (70%)	0,6
Dolor	7 (43,8%)	7 (30,4%)	0,3
Disnea	11 (68,8%)	18 (78,3%)	0,3
Tos	10 (43,5%)	7 (43,8%)	0,3
Fiebre	2 (12,5%)	1 (4,3%)	0,3
Sindr. constitucional	5 (31,3%)	8 (34,8%)	0,5

Cáncer	6 (37,5%)	7 (29,2%)	0,4
DP >50% en Rx	4 (33%)	8 (66,7%)	0,4
Engrosamiento TC	3 (18,8%)	6 (26,1%)	0,4
Reacumulación LP	13 (81,3%)	12 (50%)	0,04
pH	7,43 (7,3-7,46)	7,40 (7,3-7,4)	0,5
LDH	464 (321-916)	441,5 (269,5-782,2)	0,6
ADA	25 (20-30,7)	28 (19,1-35)	0,8
Tiempo seguimiento	676 (464,2-1045,2)	593 (289,5-818,5)	0,4
Fallecimiento	3 (18,8%)	10 (41,7%)	0,1

CONCLUSIONES

En pacientes con diagnóstico de DP inespecífico tras la realización de una BPT asistida por imagen, podemos realizar un seguimiento y establecer el diagnóstico de DP idiopático excepto cuando se produzca re-acumulación del DP que será necesario hacer una torascopia.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN

García Rodríguez M. E.; Leiro Fernández V.; Aballe Santos M. L.; Priegue Carrera A.; Botana Rial M.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo

OBJETIVOS

Dentro de los procesos de mejora de la calidad asistencial se incluye la valoración del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos que se incluyen en el proceso asistencial del diagnóstico rápido de CP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyen todos los pacientes ambulatorios vistos en la VRCP durante 6 meses. La evaluación se realizó el día del alta de consulta mediante una encuesta cumplimentada por el paciente y/o familiares.

RESULTADOS

Se incluyen 115 pacientes dentro de los cuales en 79 (68,7%) se llegó al diagnóstico de CP. De forma global el grado de satisfacción fue alto (“excelente” y “muy bien”) en el 86,4% de los pacientes. Considerando la valoración “excelente” y “muy bien” las áreas mejor valoradas fueron la amabilidad (96,5%), la información recibida (90,4%) y la claridad de la misma (92%), el grado de conocimiento y competencias (88,3%), la seguridad (84,2%) y la atención telefónica (81%). Las siguientes mejor valoradas fueron: limpieza y comodidad (80,4%), dignidad (80,7%), equipamiento (79%), disponibilidad (76%), duración del estudio (71%) y el tiempo dedicado en consulta (70%). Las escasas valoraciones negativas fueron: el tiempo de espera para entrar en consulta (6,1%), las señalizaciones (14%) y los servicios complementarios (31,3%).

CONCLUSIÓN

El grado de satisfacción de los pacientes que acuden a consulta de CP es alto destacando su confianza en la información y grado de conocimiento del equipo sanitario así como la amabilidad y atención telefónica. Solo una minoría de pacientes mostró insatisfacción con el retraso en consulta y las señalizaciones del hospital. Sin embargo, un tercio de los pacientes evaluaron de forma negativa los servicios complementarios lo que constituye un punto susceptible de mejora.

VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS PARÁMETROS ESPIROMÉTRICOS OBTENIDOS POR EL DISPOSITIVO AIR-SMART SPIROMETER

Ramos Hernandez C.¹; Pallares Sanmartín A.²; Cerdeira Dominguez L.¹; Nuñez Delgado M.¹; Mouronte Roibas C.¹; Blanco Cid N.²; Alfonso Otero B.¹; Fernandez Villar A.¹

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹; Complejo Hospitalario de Pontevedra²

INTRODUCCIÓN

El Air-Smart Spirometer es el primer dispositivo portátil aceptado por la CE que permite realizar mediciones espirométricas mediante un mecanismo de turbina (Flow Mir) y conectarse a un Smartphone para visualizar los resultados y las curvas obtenidas (Figura 1).

OBJETIVO

Evaluar la fiabilidad de las mediciones y la validez para la detección de obstrucción del Air-Smart Spirometer comparándolo con un espirómetro convencional.

Estudio prospectivo multicéntrico, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes citados en los laboratorios de función pulmonar del CHOP y CHUVI, durante 2 meses consecutivos

RESULTADO

Se incluyeron 182 pacientes, 100 (54%) hombres, edad 57 (± 14) años. Diagnóstico previo de EPOC 57 (31%), asma 47 (25%), EPID 24 (13%), SAHS 30 (16%) y bronquiectasias 11 (6%). Se detectó obstrucción en 73 (40,1%). Los valores medios de FEV₁, FVC y FEV₁/FVC por el espirómetro convencional vs. el Air-Smart Spirometer fueron 2.318 (± 874) mL vs. 2.323 (± 827) mL, 3.333 (± 955) mL vs. 3.281 (± 948) mL, 0,68 ($\pm 0,13$) vs 0,70 ($\pm 0,11$), respectivamente. Los coeficientes de correlación de Pearson 0,97, 0,96 y 0,94 respectivamente (Figura 2). Los coeficientes de correlación intraclase fueron 0,98, 0,98 y 0,96 respectivamente. El índice de concordancia Kappa de ambos dispositivos para la detección de obstrucción (FEV₁/FVC < 0,70) con ambos dispositivos fue del 0,88, presentando el Air-Smart Spirometer para este diagnóstico una sensibilidad del 90,4% y una especificidad del 97,2%, un VPP del 95,7% y un VPN del 93,7%.

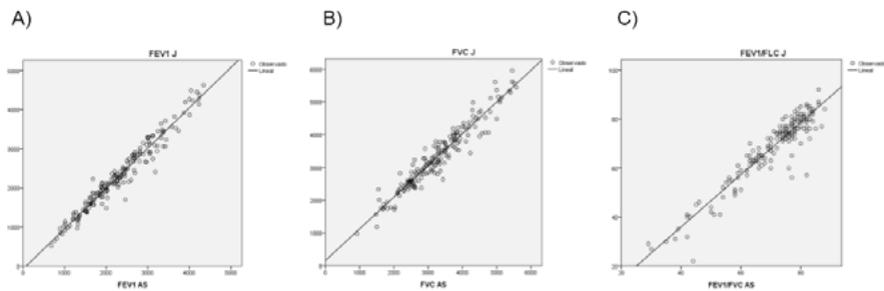
CONCLUSIÓN

El medidor portátil Air-Smart Spirometer es un aparato sencillo y muy preciso para el cribado y detección de patologías obstructivas de la vía aérea. Su fácil utilización podría hacerlo especialmente útil en algunos ámbitos como podría ser la atención no especializada.

Figura 1. Air Smart-Spirometer



Figura 2. Gráficos de correlación del FEV1 (A), FVC (B) y FEV1/FVC (C) obtenidos mediante espirómetro convencional y el Air-Smart Spirometer.



DIFERENCIAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y FUNCIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA. ESTUDIO CHACOS

Pérez de Llano L.¹; García-Cosío B.²

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo¹; Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca²

OBJETIVO

Caracterizar clínicamente las distintas variantes de enfermedad crónica obstructiva de la vía aérea (OCFA): asmáticos no fumadores (ANF), EPOC, asmáticos fumadores (AF) y EPOC con eosinofilia (EPOC-eos).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional transversal y multicéntrico. Pacientes con FEV1/FVC < 70% después de test broncodilatador) y diagnosticados de: EPOC (> 20 paquetes/año, sin historia de asma y < 200 Eos / μ L), EPOC-eos (> 200 Eos/ μ L), ANF (diagnóstico de asma, < 20 paquetes/año), AF (diagnóstico de asma, > 20 paquetes/año).

RESULTADOS

Se incluyeron 292 pacientes: 89 con EPOC, 94 ANF, 44 AF y 65 EPOC-eos. Los pacientes EPOC y EPOC-eos fueron significativamente mayores y hubo más mujeres en ANF y AF. El Índice paquetes/año fue superior en pacientes EPOC y EPOC-eos ($48,7 \pm 22,6$ y $52,6 \pm 28$) que en AF ($35 \pm 13,2$) que, a su vez, fumaron más que los ANF ($9 \pm 6,2$; $p < 0,001$). Los AF tuvieron más frecuentemente prick + y rinitis ($52,4\%$ y $51,2\%$) que los EPOC ($9,4\%$ y $9,3\%$) y EPOC-eos ($22,6\%$ y $17,5\%$; $p < 0,001$) sin diferencias con los ANF (38% y $53,2\%$). El test broncodilatador fue más frecuentemente positivo en pacientes ANF ($44,6\%$) y en AF ($48,8\%$) que en EPOC ($19,2\%$; $p = 0,02$). La función pulmonar fue significativamente mejor en ANF, AF que en EPOC y EPOC-eos (FEV1 posbroncodilatación: $69,5\%$, $55,1\%$, $65,5\%$, $54,5\%$; $p < 0,001$). No hubo diferencias en exacerbaciones, CAT y el ACT. Los eosinófilos en sangre estaban más elevados en pacientes con ANF (mediana: 300) y EPOC-eos (mediana: 300) que en EPOC (mediana: 100) o AF (mediana: 200; $p < 0,001$). EL FENO siguió una distribución similar y no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la IgE.

CONCLUSIÓN

Los 4 grupos son diferentes entre sí y, de forma relevante, lo son AAF y EPOC-eos.

ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA OSNA PARA LA DETECCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN EL CARCINOMA DE PULMÓN

San Martín Alonso M.; Hermida Romero M. T.; Escalante Pérez M.; Iglesias Díaz P.; Mosquera Reboredo J.; Busto Lodeiro E.; García Bonome J. L.; De La Torre Bravos M.; Montero Martínez C.; Concha López A.

Xerencia de Xestión Integrada da Coruña (XXIAC).

OBJETIVOS

Validación como procedimiento diagnóstico del sistema OSNA (OneStepNucleicacidAmplification) para la detección de metástasis de cáncer de pulmón en ganglios linfáticos torácicos, tomando como referencia el estudio histológico convencional (HE, IHQ) de linfadenectomías y el diagnóstico citológico de material proveniente de punciones ecobronoscópicas (EBUS).

MÉTODOS

Se procesaron para diagnóstico y estadiaje del carcinoma broncopulmonar un total de 204 ganglios (54 pacientes) procedentes de piezas quirúrgicas de resección con intención curativa, así como el material citológico de 41 punciones EBUS (34 pacientes).

RESULTADOS

-Ganglios linfáticos, tejido: En los 204 ganglios estudiados, encontramos una alta correlación (93,1%) entre el diagnóstico histológico y el resultado del OSNA. No se identificaron casos histología-positivos, OSNA-negativos («falsos negativos»). Fueron encontradas 14 discordancias (6,9%), todas ellas histología-negativas, OSNA-positivas («falsos positivos»), correspondiendo a 10 micrometástasis y 4 macrometástasis.

-Citologías EBUS: La correlación entre el diagnóstico citológico y el número de copias de mRNA-CK19 en muestras procedentes de punciones EBUS ha sido, hasta ahora, baja (63,41%). Ello se ha debido a dos motivos: 1.-negatividad del OSNA por escasa celularidad de la muestra; 2.-falsos positivos del OSNA por la gran cantidad de elementos CK19+ no neoplásicos (epiteliales bronquiolares, neumocitos) presentes en las muestras. No se identificaron falsos negativos.

CONCLUSIONES

a. Muestras linfadenectomía:

-Es posible la detección de metástasis en muestras de linfadenectomía, mediante la técnica OSNA para CK19, en los tipos histológicos más habituales de cáncer de pulmón.

-Hay una alta concordancia (93,1%) entre el estudio histológico y el sistema OSNA.

-El sistema OSNA es específico y con mayor sensibilidad que la HE/IHQ, permitiendo por ello la valoración clínica de metástasis no detectadas histopatológicamente.

b. Muestras EBUS:

-Es necesario estudiar marcadores distintos a la CK19 (CEA, AGR2, SFN etc.) a fin de incrementar la especificidad del procedimiento.

DISTRIBUCIÓN DE LA PERIOSTINA Y CORRELACIÓN CON OTROS MARCADORES DE RESPUESTA INFLAMATORIA T2 EN LAS DIFERENTES VARIANTES DE ENFERMEDAD CRÓNICA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA

Pérez de Llano L.¹; García-Cosío B.²

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo¹; Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca²

OBJETIVO

Analizar la distribución de los valores de periostina entre las distintas variedades de enfermedad crónica obstructiva de la vía aérea (OCFA): EPOC, asmáticos no fumadores (ANF), asmáticos fumadores (AF) y EPOC con eosinofilia (EPOC-eos). Objetivos secundarios: estimar su capacidad predictiva de patrón inflamatorio T2 y su correlación con eosinófilos en sangre y FENO.

Material y métodos

Estudio observacional transversal y multicéntrico. Pacientes con FEV1/FVC < 70% después de test broncodilatador y diagnosticados de: EPOC (> 20 paquetes/año, sin historia de asma y < 200 Eos / μ L), EPOC-eos (> 200 Eos/ μ L), ANF (diagnóstico de asma, < 20 paquetes/año), AF (diagnóstico de asma, > 20 paquetes/año). Patrón T2: eosinófilos en esputo \geq 3% o > 300 cel/ μ L en sangre.

RESULTADOS

Incluidos 292 pacientes: 89 EPOC, 94 ANF, 44 AF y 65 EPOC-eos. Los valores de periostina fueron $41,1 \pm 18,2$ ng/ml en ANF, $35,1 \pm 12,3$ ng/ml en EPOC, $32,4 \pm 11,7$ ng/ml en AF y $40,9 \pm 15,4$ ng/ml en EPOC-eos (significativamente mayores en ANF y EPOC-eos respecto a AF). La correlación entre periostina y eosinófilos en sangre fue 0,269 (coeficiente de Pearson; $p < 0,05$) y la correlación entre periostina y FENO fue 0,22 ($p = 0,13$). La periostina mostró una sensibilidad del 54,9% (IC 95% \pm 10,2 %), especificidad 66,5% (IC 95% \pm 6,6 %), un VPP 43,5% (IC 95% \pm 9,0 %) y un VPN 75,9% (IC 95% \pm 6,4 %) para predecir inflamación T2. El área bajo la curva fue 0,60 con un mejor punto de corte de 38,3 ng/ml y el índice de Youden fue de 0,21.

CONCLUSIONES

Los valores de periostina están más elevados en ANF y EPOC-eos que en EPOC y AF. Se correlacionan significativamente con eosinofilia periférica, pero su capacidad para predictiva de T2 en todo el espectro de OCFA es baja.

RELACIÓN ENTRE PATRÓN INFLAMATORIO Y MANIFESTACIONES CLÍNICO-FUNCIONALES EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA (OCFA). ESTUDIO CHACOS

Pérez de Llano L.¹; García-Cosío B.²

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo¹; Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca²

OBJETIVO

Clasificar a pacientes con OCFA de acuerdo con su patrón inflamatorio y analizar si ello discrimina características demográficas, clínicas y funcionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal y multicéntrico. Patrón T2: eosinófilos en esputo $\geq 3\%$ o > 300 cel/ μ L en sangre. Patrón no-T2: eosinófilos en esputo $< 3\%$ y < 300 cel/ μ L en sangre.

RESULTADOS

Estudiados 292 pacientes: 94 T2 y 198 no-T2. Los T2 fueron más jóvenes: $60,9 \pm 12,3$ vs $65,8 \pm 9,8$ años ($p = 0,003$) sin diferencias en el sexo. El inicio fue más temprano en T2: $41,0 \pm 19,1$ vs $50,5 \pm 18,0$ años ($p < 0,001$). El número de paquetes/año fue mayor en noT2: $43,5 \pm 24,8$ vs $34,9 \pm 27,7$ ($p = 0,01$). Los T2 tenían más frecuentemente pruebas cutáneas positivas: 37% vs 24% ($p = 0,033$), rinitis: 55,5% vs 22,8% ($p < 0,001$) y poliposis: 24,7% vs 4,9% ($p < 0,001$). El FEV1 fue mayor en T2: FEV1 posbroncodilatación 1779 ± 751 ml vs 1593 ± 697 ($p = 0,01$) sin diferencias en el test broncodilatador (36, 3 positivo vs 34,1%) ni en exacerbaciones: $2,2 \pm 1,5$ vs $1,8 \pm 1,1$ ($p = 0,18$). Los pacientes T2 presentaron más exacerbaciones que precisaron corticoides. No hubo diferencias en el CAT ($14,3 \pm 8$ en T2 y $13,3 \pm 7$; $p = 0,38$) ni en el ACT ($19,4 \pm 4$ en T2 y $20,2 \pm 4$; $p = 0,28$). La periostina en sangre ($42,6 \pm 18,2$ vs $35,8 \pm 12,9$ ng/ml; $p = 0,005$), el número de eosinófilos (mediana 450 vs 180 cels/ μ l; $p < 0,01$), la IgE (mediana 143 vs 64 UI/ml; $p < 0,001$) y el FENO (mediana 28 vs 15 ppb; $p < 0,001$) estaban más elevados en T2.

CONCLUSIÓN

Clasificar la OCFA en T2 vs no-T2 permite agrupar a los pacientes en características inflamatorias, demográficas y funcionales bien diferenciadas.

UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE HOSPITAL

Vidal Garcia I.; Maiso A.; Consuegra Vanegas A.; Blanco Aparicio M.; Fernandez Marrube M. D. M.; Otero I.; Marcos Rodriguez P. J.; Valiño Lopez P.; Dominguez S.; Montero Martinez C.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS

Experiencia Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios de un hospital que maneja pacientes con alta complejidad. Valorar el impacto que tiene la comorbilidad y analizar factores predictivos estancia prolongada y fracaso destete.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo pacientes ingresados en UCRI durante primer semestre 2016. Se diseña un informe en el que se recogen todas las variables: motivoingreso, comorbilidad, ventilación, estancia hospital, procedencia, tiempodecanulación, reingresos, mortalidad y servicioalta. Se realiza estudio descriptivo de variables cuantitativas y cualitativas. Para el análisis de variables predictoras de estancia y resultados finales utilizamos regresión logística y tablas de contingencia. Estudio correlación estancia UCI/Reanimación y UCRI con coeficiente Spearman.

RESULTADOS

34 pacientes, 59% varones, medianaedad 66.5, 61,8% fumadores. Media Charlson $4,48 \pm 1,82$. Procedían de UCI/Rea 17 pacientes: 15 precisaron IOT-VMI. Causas ingreso: tabla. Al ingreso en UCRI 12 VMI por traqueostomía y se consiguió decanulación en 50% (tiempomedio 35,5 días). Causas fracaso decanulación: ELA, Craniectomia+SAOS, S.Guillen-Barré, parálisisdiafragmática, parálisiscv. No mortalidad durante estanciaUCRI, 1 paciente reingresó en UCI y 3 en UCRI tras alta a planta. Alta: domicilio 27(79,4%), 4(12%) hospitalización, 1(3%) Rehabilitación, 1 C.Contínuos y 1 C.sociosanitario. Estancia media UCI/REA fue 29,4 y UCRI 24,6 días. Única variable que predice estancia prolongada UCRI es traqueostomía+VMI($p < 0,001$). Existe correlación entre estancia prolongada en UCI/Rea y UCRI (Rho Spearman 0,686).

CONCLUSIONES

- Las UCRI son unidades diferentes en función de la complejidad de cada hospital.
- Los hospitales con alta complejidad necesitan unidades que asuman pacientes complejos y con dificultades para destete.
- Los pacientes trasplantados pulmonares complicados pueden ser manejados de forma adecuada en UCRI neumológicas, siempre y cuando se cuente con equipo sanitario con experiencia.

- El porcentaje de reingresos en UCI/REA y UCRI es muy bajo.
- Nuestros datos apoyan que las UCRIneumológicas pueden asumir pacientes muy complejos y prestar buena calidad asistencial.

Motivo Ingreso UCI/Rea	Nº	Motivo Ingreso UCRI	Nº
Neumonía	4	IR Hipox tras neumonía	4
Peritonitis	2	Destete difícil + VMI	9
ACV	2	Acidosis respiratoria	11
E.Neuromuscular	3	E.Neuromuscular + VMI	3
EPOC	2	EPID + IR Hipox	2
Tx pulm complicado	2	Tx pulm complicado	2
Tromboendarterectomía de arterias pulmonares	1	TEP + IR Hipox	2
Crisis asma riesgo vital	1	Crisis asma riesgo vital	1
Total	17	Total	34

UTILIDAD DE LA BIOPSIA LÍQUIDA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

Hermida Romero T.¹; Escalante Perez M.¹; Veiga Barreiro A.¹; San Martin Alonso M.¹; Mejuto Rial M.¹; Yebra Pimentel T.¹; Alonso Jaudenes G.²; Garcia Campelo R.²; Anton Aparicio L. M.²; Concha Lopez A.¹

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña¹; Hospital Teresa Herrera. XXIAC²

OBJETIVOS

Evaluar el análisis de mutaciones EGFR en ADN libre de células (cfDNA) en el plasma de pacientes con cáncer de pulmón a tratamiento oncológico.

MÉTODOS

Se han estudiado biopsias líquidas en 21 pacientes con cáncer mutado EGFR y estadio IIIb/IV en progresión o con sospecha de resistencia a la terapia anti EFGR específica. Para ello hemos utilizado el kit comercial Cobas EGFR Mutation Test v2 basado en una PCR a tiempo real, el cual detecta 42 mutaciones en exones 18,19, 20 y 21 incluyendo la mutación de resistencia a los fármacos inhibidores de tirosina quinasa T790M.

RESULTADOS

Nuestros resultados demuestran que de los 21 pacientes estudiados, 14 (66.66 %) presentaban una mutación detectable en plasma; de estos todos presentaron las mismas mutaciones que las detectadas inicialmente en el tumor incluido en parafina y en 7 de los 14 pacientes se detectó la mutación de resistencia adquirida T790M (33.33%). En los 7 pacientes restantes (33.33%) no se detectó ninguna mutación en plasma. Los pacientes con determinación de la mutación de resistencia fueron sometidos a nuevos tratamientos o incluidos en ensayos clínicos.

CONCLUSIONES

La determinación de mutaciones de EFGr en cfDNA en plasma, es una herramienta de gran utilidad clínica en el manejo terapéutico de los pacientes oncológicos por lo cual debe ser implantado en los servicios de patología asistenciales, de forma rutinaria.

FIABILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA REALIZADA DURANTE EL INGRESO POR EXACERBACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Represas Represas C.; Priegue Carrera A.; Botana Rial M.; Aballe Santos L.; Ramos Hernández C.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.

OBJETIVOS

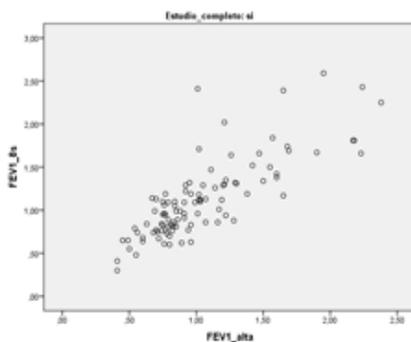
1. Evaluar la fiabilidad de la espirometría realizada durante el ingreso por exacerbación de EPOC, comparándola con la de fase estable.
2. Analizar si cambios en esta prueba influyen en el impacto de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo descriptivo longitudinal. Incluyó pacientes que ingresaron en Neumología por exacerbación de EPOC. Se recogieron datos clínicos, sociodemográficos, analíticos, grado de disnea (mMRC) y cuestionario CAT. Se realizó espirometría con broncodilatación previa al alta (A). En los que se mantenían estables, a las 8 semanas (B) se repitió la espirometría y evaluación clínica. Se consideró significativo un cambio en el FEV1 > 200ml.

RESULTADOS

176 pacientes candidatos, 170 realizaron espirometrías válidas y reproducibles al alta. 105 realizan espirometría a las 8 semanas, 100 válidos para el estudio. 83% varones, edad 67,8(8,6) años. 98% fumadores o exfumadores, 52,4(24) años-paquete. Exacerbaciones moderadas/graves en último año 2,7(1,8). Estancia media 7,7(4,2) días, realizándose espirometría a los 6,8(4,8) días. 81% tenían diagnóstico previo de EPOC con espirometría, 3 sólo por criterios clínicos y 17 no diagnosticados; 29% muy graves, 46% graves y 25% moderados. Sólo en 3 pacientes se revirtió la obstrucción en la espirometría B.



	PREVIO AL ALTA (A)	8 SEMANAS (B)	P
FEV1 (L)	1,04 (0,4)	1,12 (0,4)	0,005
FEV1 (%)	37,5 (14,9)	40,59 (16,5)	0,002
FVC (L)	2,30 (0,6)	2,60 (0,7)	<0,0001
FVC (%)	61,5 (15,6)	66,82 (16,2)	<0,0001
FEV1/FVC (%)	43,6 (12,6)	43,56 (12,9)	0,949
CAT	15,3 (7,52)	13,4 (7,2)	0,002
mMRC	1,8 (0,9)	1,7 (0,9)	0,005

Correlación de Pearson del FEV1 A y B: 0,804. Coeficiente de correlación intraclass: 0,803. El FEV1 B se incrementó > 100 ml en 43%, > 200 ml en 27%, y disminuyó > 200 ml en 13%. No se objetivó ninguna variable predictora de cambios en FEV1 entre A y B. El aumento o disminución del FEV1 supuso variación significativa en el CAT pero no en disnea (mMRC).

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes que ingresan con agudización de EPOC pueden realizar en el momento del alta espirometrías aceptables y reproducibles. Un número importante no pueden repetirla a las 8 semanas por no estar estables.
2. La espirometría previa alta presenta una buena fiabilidad con respecto a la realizada en fase estable, aunque sus valores son significativamente inferiores, pero manteniéndose obstructiva en casi la totalidad de casos.
3. Casi 1/3 de los pacientes presentan aumentos relevantes del FEV1, pero en algo más del 10% desciende, sin que existan variables predictoras de estos cambios, que conllevan consecuencias en el impacto de la enfermedad.

Estudio realizado con la colaboración de Laboratorio Ferrer.

EFICACIA DE LA COLISTINA INHALADA EN LAS AGUDIZACIONES DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS COLONIZADAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Blanco-Aparicio M.¹; Barreiro Aragunden S.²; Vidal I.¹; Fernández Marrube M.¹; Valiño López P.¹; Consuegra A.¹; Montero Martínez C.¹

Hospital Universitario A Coruña¹; Universidad Santiago de Compostela²

OBJETIVO

Analizar la repercusión del tratamiento con colistina inhalada en las agudizaciones de una cohorte de pacientes con BQ no FQ.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes tratados con colistina inhalada entre enero 2010 y agosto 2015. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de BQ por TACAR, aislamiento de *Ps. aeruginosa* y con tratamiento de base estable. Se excluyeron pacientes con FQ o BQ por tracción. Se recogieron variables sociodemográficas, etiología, tratamiento a largo plazo, microbiología del esputo, espirometría y agudizaciones (antibióticos orales, visitas a urgencias y hospitalizaciones). Los resultados se expresaron como media + DE o porcentajes y la comparación de dos medias relacionadas se calculó con el test de Wilcoxon. Se consideró significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se analizaron 67 pacientes con edad media de 67,25 + 14,6 años (16-87 años), varones 59,7%. Las etiologías más frecuentes fueron: EPOC 26 (38,8%), postinfecciosas 10 (14,9%), idiopáticas 9 (13,4%) y asma 8 (11,9%). Tenían tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados un 95% y 87%, respectivamente.

Tabla 1. Diferencia en las agudizaciones entre el año anterior y siguiente al inicio de colistina inhalada en 67 pacientes

	N	X±DS	DIFERENCIA	P
Ingresos año previo	75	1,14 + 1,56		
Ingresos año siguiente	28	0,42 + 1,33	0,712	< 0,001
Urgencias año previo	18	0,28 + 0,89		
Urgencias año siguiente	23	0,35 + 1,36	-0,077	0,526
Ciclos antibióticos año previo	128	1,94 + 2,80		
Ciclos antibióticos año siguiente	78	1,18 + 1,73	0,758	0,018
Total agudizaciones año previo	214	3,40 + 4,21		
Total agudizaciones año siguiente	129	1,98 + 3,62	1,381	< 0,001

CONCLUSIONES

1. Hemos observado disminución significativa del número de agudizaciones durante el año siguiente al inicio de colistina inhalada.
2. Han disminuido los ciclos antibióticos orales y los ingresos hospitalarios pero no las visitas a urgencias.

MODELOS PREDICTORES DE LA PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD DE UN NÓDULO PULMONAR: PUNTOS DE CORTE ÓPTIMOS Y CORRELACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES MODELOS

Nieto Codesido I.; Domínguez Pazos S. D. J.; Vidal García I.; Montero Martínez C.; Souto Alonso A.; Fernández Marrube M. D. M.; Tábara Rodríguez J.; Maiso Martínez A.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Los modelos predictores de la probabilidad de malignidad de un nódulo pulmonar evitan la subjetividad y facilitan dicha estimación pero hay poca experiencia sobre su uso en práctica clínica.

OBJETIVO

Calcular la probabilidad de malignidad de un NPS en pacientes estudiados en consulta de Vía Rápida de cáncer de pulmón (VRCP) aplicando los modelos de Brock, Mayo Clinic, Gould y análisis Bayesiano. Conocer el punto de corte óptimo de cada modelo y su correlación.

MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes en hospital terciario incluyendo pacientes con nódulo pulmonar > 7 mm que acudieron a VRCP entre Enero 2011 y Diciembre 2012. Se analizaron de forma prospectiva: edad, sexo, antecedentes personales y familiares, tabaquismo, presencia de enfisema, localización y características del nódulo, PET y diagnóstico final (mediante anatomía patológica, microbiología o seguimiento). El cálculo del riesgo de malignidad se hizo de forma retrospectiva usando la calculadora de cada modelo.

Realizamos un estudio descriptivo de las variables cualitativas mediante tablas de contingencia y correlacionamos los diferentes modelos calculando el área bajo la curva ROC (AUC) y en función de la sensibilidad o especificidad de cada prueba.

RESULTADOS

75 pacientes, 73% hombres, edad media 63 ± 12 años, 77% fumadores-exfumadores. Tamaño medio del nódulo fue 1.99 ± 0.61 cm, 20% enfisema, 72% LLSS, 71% PET positivo (SUV > 2.5). Diagnóstico final: 65.3% cáncer. El AUC de cada modelo fue: Brock 0.72 (0.598-0.853), Mayo 0.715 (0.579-0.851), Gould 0.677 (0.548-0.806), análisis Bayesiano 0.794 (0.682-0.907). En Comparando curvas ROC: análisis bayesiano es significativamente superior al modelo Gould ($p = 0.042$), no encontramos diferencias entre los restantes modelos.

Curva ROC	Punto de corte	especificidad	sensibilidad
BROCK	26,485	0,6923	0,7551
MAYO	47,595	0,6957	0,6829
GOULD VA	49,000	0,6154	0,6939
ANÁLISIS BAYESIANO	96,500	0,7692	0,7347

CONCLUSIÓN

Modelo bayesiano es el más específico y tiene mayor AUC, pero solo es significativamente mejor que el modelo Gould. El modelo de Brock es el más sensible.

Aunque estos modelos predictores son útiles, debe prevalecer el criterio clínico.

ACTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DÍA DE NEUMOLOGÍA DE OURENSE EN SUS 6 PRIMEROS MESES DE FUNCIONAMIENTO

Dacal Quintas R.¹; Díaz Gutiérrez M. M.¹; Martínez Reglero C.²; Gómez Márquez H.¹; Alvarez Torres J. M.¹; Abal Arca J.¹

Complejo Hospitalario Universitario Ourense¹; Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur²

Estudio descriptivo de los 6 primeros meses de funcionamiento del hospital de día de neumología (HDN) en Ourense.

El HDN tiene 4 funciones:

*dar soporte a las técnicas de neumología.

*administración de tratamientos específicos: inmunoglobulinas, omalizumab, prolantina y colistina.

*adaptación de VMNI.

*atención de enfermos respiratorios agudizados.

En los 6 primeros meses hubo 451 episodios de atención a enfermos respiratorios.

La procedencia más frecuente fue: Neumología 156(34,6%), Urgencias 92(20,4%) y Atención primaria 89(19,7%); propio paciente 82 (18,2%).

La edad media fue 68,72años($\pm 15,7$); la mayoría eran hombres 288(63,9%). No fumadores 158(35,2%) y fumadores activos 65(14,5%).

La comorbilidades más frecuentes fueron:HTA 198(43,9%), HLP 150(33,3%) y patología cardio-vascular 139(30,8%). Neoplasia 67(14,9%) la más frecuente pulmón (30,3%).

El grado de disnea basal (MRC) más frecuente fue 0 - 138(31,2%) y 1 - 96(21,7%).

En 98(21,8%) se objetivó insuficiencia respiratoria crónica: parcial 45(10%) y global 53(11,8%).Tenían OCD 100(22,2%) y VMNI 36(8%).

La patología de base más frecuente:EPOC: 162(35,9%): fenotipo GESEPOC más frecuente: no agudizador 74(46%).BODEx: moderado 47(30,1%).FEV 1(L): de media 1,21 L($\pm 0,48$). FEV 1(%): grave 65 (41,9%).Luego asma 77(17,1%);bronquiectasias 63(14%) y EPID 10(2,2%).

El motivo de consulta más frecuente fue disnea 296(65,6%), tos 274(60,8%), esputo purulento 168 (37,3%). Presentaban broncoespasmo 117(26%).

Las pruebas solicitadas con mayor frecuencia: radiografía de tórax 211(46,8%) y cultivo de esputo 70(15,5%).

El tratamiento administrado en HDN: lo más frecuente fue nebulización 171(37,9%), corticoides 71(15,7%) y antibiótico 42(9,3%).

Los diagnósticos más frecuentes: agudización EPOC 132(29,3%); NAC 94(20,8%); agudización asma 65 (14,4%).En 192 (42,6%) había infección respiratoria asociada.

La media de atenciones por episodio fue 2,56 \pm 2,01.

El cierre de los episodios: 406 (90%) fueron alta a domicilio y 87 (8,4%) fueron ingreso.

CONCLUSIONES

En el HDN la patología atendida con más frecuencia fue la agudización de EPOC.

La mayoría de los pacientes atendidos no precisaron ingreso.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PREDICTORES DE MALIGNIDAD EN PACIENTES CON NÓDULOS Y MASAS PULMONARES CON ALTO RIESGO DE CÁNCER REMITIDOS A CIRUGÍA DIAGNÓSTICA

Tubío Pérez R. A.; Leiro Fernández V.; Botana Rial M.; García Rodríguez E.; García Fontán E.; Cañizares Carretero M.A.; Soro García J.; Mouronte Roibás C.; Dacal Rivas D.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo

INTRODUCCIÓN

En los nódulos y masas pulmonares con probabilidad elevada-intermedia de malignidad sin diagnóstico a pesar de la realización de pruebas cito-histológicas semi-invasivas es preciso confirmar/descartar malignidad mediante cirugía. El objetivo de este estudio es la descripción de una cohorte de pacientes sometidos a cirugía diagnóstica de nódulos y masas pulmonares.

METODOLOGÍA

Cohorte de 153 pacientes con masas o nódulos pulmonares estudiados en la vía rápida protocolizada de cáncer de pulmón (CP) (entre julio 2013-marzo 2016) que precisaron cirugía diagnóstica. Análisis del diagnóstico final y las características epidemiológicas y clínicas.

RESULTADOS

El 66,7% fueron varones, edad mediana 63 años (RIQ 57,5-59), 70% fumadores, tasa de tabaquismo 35 años/paquete (RIQ 35-50). El 85% eran nódulos y el 25% masas pulmonares. El 90,8% eran lesiones únicas, 17,6% bordes espiculados, 90,2% densidad sólida, 66,7% localizados en lóbulos superiores o medios, mediana de diámetro mayor 17 mm (RIQ 12-22,5). Tras la resección quirúrgica se llegó al diagnóstico de malignidad en el 72,5% de los pacientes, siendo la mayoría CP (85,6%) y el resto metástasis de neoplasias extrapulmonares. Tras el análisis multivariante los factores que se asociaron de forma significativa con el diagnóstico de cáncer fueron la captación de la lesión medida por el valor del SUV en la tomografía por emisión de positrones (PET-TC) (OR 1,18 IC 95% 1,185-1,326, $p = 0,003$) y el tamaño mayor de 30 mm (OR 3,96, IC 95% 1,443-10,877, $p = 0,008$).

CONCLUSIONES

En el 72% de los pacientes con masas o nódulos de elevada probabilidad clínica de malignidad se confirma el diagnóstico de cáncer lo que indica un elevado rendimiento del cálculo de la probabilidad clínica de cáncer. Los factores que aumentan la capacidad predictora de malignidad son la captación SUV del PET-TC y el tamaño de la lesión mayor de 30 mm.

PROBABILIDAD PRE-TEST DE METACOLINA POSITIVA ANTE UN FENO POSITIVO

Diego Roza C.; Baloira Nogueira M. T.; Mariñas Castro M. J.; Mouriño Sebío B.

S^o Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO

Conocer la probabilidad de que ante un FENO positivo, la prueba de broncoconstricción vaya a ser positiva y la relación con sensibilización a neuroalergenos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de forma prospectiva las pruebas de broncoconstricción realizadas con metacolina en el laboratorio de pruebas de función respiratoria de nuestro centro entre los meses de mayo a noviembre/15. Variables: edad, sexo, servicio de procedencia, valor del FENO (expresado en ppb), metacolina y sensibilización. Los datos se introdujeron en tabla Excel realizándose análisis de los datos con el programa SPSS v.19.0.

RESULTADOS

72 pruebas de metacolina. 46 mujeres y 26 varones. Edad media: 51,43 años (DE: 18,63) (rango: 9-82 años). 10 pacientes provenían del S^o Alergología. En 3 casos la metacolina fue negativa y el FENO positivo (FENO medio: 57,8 ppb). En 10 casos el FENO y la metacolina fueron positivas (FENO medio: 102,2). En este subgrupo las pruebas de sensibilización fueron positivas en el 50% de los pacientes aunque no se realizaron en un 30%. En 26 la metacolina fue positiva y el FENO negativo (FENO medio: 27,3). Finalmente, en 33 casos el FENO y la metacolina fueron negativos (FENO medio: 24,6). En este último grupo no se hicieron pruebas de sensibilización en el 60,6% de los casos. No encontramos diferencias entre sexo y positividad de metacolina y FENO. De los pacientes con FENO positivo, todos los pacientes con metacolina negativa tuvieron valores de FENO < 70 mientras que los que tenían metacolina positiva el valor de todos menos 1 fue > 70 ppb. No encontramos relación entre valor de FENO y pruebas de sensibilización positivas.

CONCLUSIÓN

No encontramos un valor de FENO a partir del cual pudiéramos determinar la probabilidad de que la metacolina fuera positiva. No obstante, los pacientes con valores de FENO > 70 ppb suelen tener una metacolina positiva.

SEGURIDAD Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA PULMONAR POR VATS EN PACIENTES CON EPID

Ovalle Granados J.P.; De La Torre Bravos M.; Delgado Roel M.; Paradela de la Morena M.; Feira Acosta E.M.; González Rivas D.; Fernández Prado R.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO

Analizar la seguridad de la biopsia pulmonar por VATS, así como la rentabilidad diagnóstica y posible impacto terapéutico en los pacientes con EPID

MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye 92 pacientes con el diagnóstico de EPID, a los que se les realizó biopsia pulmonar mediante VATS Uniportal en nuestro servicio en un periodo de 3 años, (julio/2013 a junio/2016).

RESULTADOS

La edad media fue de 61,36 años (19-80), 48 hombres (52.2%), 44 mujeres (47.8%). La procedencia de los pacientes fue de los servicios de Neumología de A Coruña 28,3%, Lugo 29,3%, Ferrol 20,7%, Monforte 14,1%, Burela 6,5%, Ourense 1,1%. Los hallazgos radiológicos por TAC no fueron concluyentes en el 41.3% y se estableció una probabilidad diagnóstica por radiología en el 44,6%. En el 75% de los pacientes se realizó FBC, con biopsia transbronquial en el 62.3% de estos. La biopsia pulmonar se realizó por VATS izquierda en 74 casos (80.4%) y derecha en 18 (19.6%). La estancia hospitalaria media fue 2,9 días (1-13). La morbilidad posoperatoria fue del 13% (hipoxemia 4, neumotórax 3, fuga aérea prolongada 1, infección respiratoria 1, otros 3). No hubo mortalidad posoperatoria. El área media de tejido a estudio fue de 9,8 cm². El resultado del estudio anatomopatológico permitió una aproximación diagnóstica en el 78,3% (72). Tras el resultado de la biopsia se dio un cambio terapéutico en el 53.3% de los pacientes (48), manteniendo corticoides en el 29.3%.

CONCLUSIONES

La biopsia pulmonar por VATS Uniportal es un procedimiento con una baja morbilidad, sin mortalidad en el periodo analizado y con una media de estancia hospitalaria corta.

A pesar de la dificultad que supone en ocasiones la interpretación anatomopatológica de la biopsia pulmonar en los pacientes con EPID, esta técnica tiene una alta rentabilidad diagnóstica que permite a los clínicos la toma de decisiones terapéuticas.

USO DE RECURSOS SANITARIOS Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON EPOC CON UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACION TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO (TELEEPOC)

Marcos P. J.¹; Ramos Hernández C.²; Represas Represas C.²; Fernández Villar A.²; García Comesaña J.³; Cimadevila Álvarez B.³; Fraga Liste A.⁴; Fernández Nocelo S.³

En representación del Grupo TeleEPOC.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña¹; Hospital Álvaro Cunqueiro²; SERGAS. Santiago de Compostela³; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago⁴

OBJETIVO

Evaluar si la telemonitorización (TMON) se asocia a un menor morbimortalidad posteriormente al ingreso hospitalario por exacerbación de EPOC.

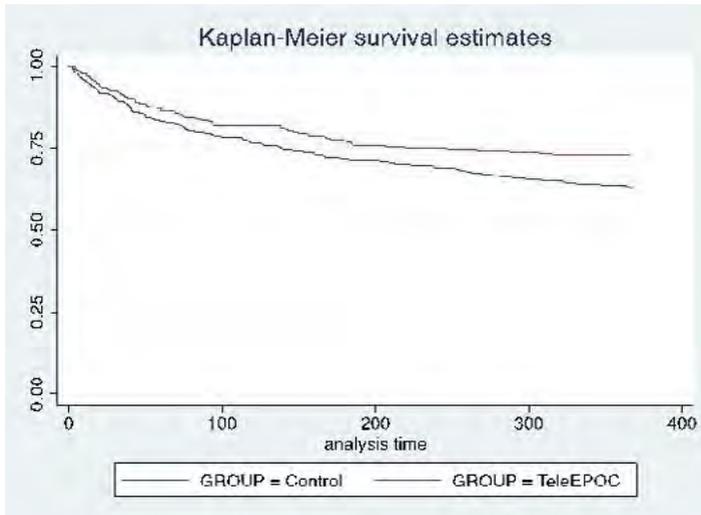
MÉTODO

Estudio prospectivo, multicéntrico integrado dentro del proyecto europeo United4Health. Se comparan 351 casos (TMON) con 495 controles ajustados por hospital y gravedad de obstrucción según GOLD. Análisis por intención de tratar. Seguimiento a 1 año desde el alta. Objetivo principal: tiempo hasta el reingreso. Secundarios: % de Reingreso a 30 días, nº de ingresos, de visitas a urgencias por EPOC y de visitas a atención primaria, % de mortalidad al año y tiempo hasta la defunción.

RESULTADOS

El grupo TMON era significativamente más joven (68,7 vs. 71,3 años), menor % de hombres (93,3% vs. 85,7%), y mayor de diabéticos (6,9% vs. 2,1%), sin diferencias en resto de comorbilidades y el Charlson. No había diferencias en las características basales de la EPOC aunque TMON recibían significativamente más tratamiento con LABA, LAMA, CI y BB.

Se observó un mayor tiempo hasta el reingreso en TMON ($p < 0,001$) (Figura 1). No hubo diferencias en la tasa de ingreso a 30 días (TMON: 7,7% vs. 9,7%; $p = 0,31$). En el año siguiente TMON tuvo menor tasa de reingreso (27,3 vs. 37,6; $p = 0,002$), nº de ingresos (0,7 vs. 1,1; $p = 0,001$), nº de visitas a urgencias (0,29 vs. 0,67; $p < 0,001$), nº de visitas a atención primaria (5,3 vs. 8,4), tasa de mortalidad (6% vs. 18,2%) y mayor tiempo hasta la muerte (0,015). En el análisis multivariado TeleEPOC (HR 0,65 [IC95 0,5-0,84], junto con %FEV1 (HR 0,98 [0,97-0,99] y uso de BB (HR 1,6 [1,07-2,46]) fueron factores asociados a un mayor tiempo hasta el reingreso.



CONCLUSIONES

La TMON se asocia a un menor consumo de recursos y podría tener un impacto a largo plazo en términos de reingresos y mortalidad a un año.

-Proyecto cofinanciado por fondos del programa europeo ICT PolicySupportProgramme (ICT-PSP).

FACTORES CONDICIONANTES DEL TIEMPO DIAGNÓSTICO DE LA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN (VRCP)

Leiro Fernández V.¹; García Rodríguez E.¹; Botana Rial M.¹; Ruano Raviña A.²; Tubío Pérez R. A.¹; Priegue González A.¹; Mouronte Roibás C.¹; Dacal Rivas D.¹; Represas Represas C.¹; Fernández Villar A.¹

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo¹; Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Compostela²

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar los factores que hacen que los tiempos del proceso diagnóstico/estadificación y decisión terapéutica multidisciplinar del cáncer de pulmón (CP) se retrasen.

METODOLOGÍA

Cohorte de 1.398 pacientes incluidos entre julio 2013-marzo 2016 con alta sospecha de CP que entraron en la vía rápida protocolizada de CP. Se registraron y analizaron todos los casos y tiempos parciales y globales de consultas y procedimientos (mediana y percentiles 25 y 75%).

RESULTADOS

El 71% fueron varones [edad mediana 71 años (RIQ 59-75)]. En el 91% la vía de entrada fue la alerta radiológica ante una imagen sospechosa de neoplasia. El 86% se estudió ambulatoriamente. Se confirmó el diagnóstico de malignidad en 756 (54%) pacientes, siendo 642 (42%) CP. La mediana de tiempo desde la entrada en el proceso hasta la decisión terapéutica fue de 21 días (RIQ 13-29). Incluyendo la totalidad de las neoplasias diagnosticadas en el análisis multivariante los factores que condicionaron un mayor retraso fueron el número de pruebas realizadas, el estudio ambulatorio y el estadio CP temprano (I-IIIa). Al restringir el análisis sobre los 642 pacientes con CP el estudio ambulatorio deja de ser un factor que afecta al retraso, mientras que la entrada en la vía rápida por otras vías que no sea el sistema de alertas radiológicas influye de forma significativa en la demora junto con el número de pruebas realizadas y los estadios precoces (tabla).

CONCLUSIONES

Tanto la optimización del número de pruebas diagnósticas como el sistema de alertas radiológicas protocolizado a través de IANUS son factores que disminuyen el tiempo diagnóstico del CP.

Tabla. Análisis multivariante de las variables que influyen en el tiempo diagnóstico de enfermos con neoplasias torácicas

PACIENTES CON NEOPLASIAS TORÁDICAS N= 756	P	OR IC 95%
Nº pruebas totales	<0,001	1,780 (1,460-2,171)
Ámbito estudio ambulatorio	<0,001	2,880 (1,636-5,070)
Estadío avanzado CP (IIIB-IV)	0,003	0,565 (0,387-0,824)
PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN N= 642	P	OR IC 95%
Nº pruebas totales	<0,001	1,825 (1,492-2,230)
Entrada por alerta radiológica	0,001	0,029 (0,004-0,217)
Estadío avanzado CP (IIIB-IV)	0,001	0,516 (0,352-0,757)

CUMPLIMENTACIÓN Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON EPOC CON UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN TRAS INGRESO HOSPITALARIO (TELEEPOC)

Ramos Hernández C.¹; Represas Represas C.¹; Marcos Rodríguez P. J.²; Fernández Villar A.¹; García Comesaña J.¹; Cimadevila Álvarez B.³; Fraga Liste A.³; Fernández Nocelo S.³
En representación del Grupo TeleEPOC. SERGAS

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹; Complejo Hospitalario Universitario A Coruña²; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago³

OBJETIVO

Evaluar si un nuevo modelo asistencial mediante telemonitorización (TM) en domicilio tras el alta por exacerbación de EPOC se podría implementar en nuestra Comunidad, y conocer el grado de satisfacción de los usuarios.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo multicéntrico, integrado dentro del proyecto europeo United-4Health. Se incluyeron pacientes ingresados por exacerbación de EPOC en los servicios de Neumología de las 7 áreas sanitarias gallegas, de febrero 2014 a agosto 2015. Al alta se le facilitó al paciente una tablet y pulsioxímetro, y se instruyó sobre su uso. Se establecieron 3 fases de TM, según la tabla:

TM	DURACIÓN (TRAS EL ALTA)	PARÁMETROS DIARIOS MONITORIZADOS
Alta	10 días	Videoconferencia con enfermera, pulsioximetría, cuestionario clínico
Media	10 días–4 semanas	Pulsioximetría, cuestionario
Baja	4 semanas–52 semanas	Cuestionario a demanda

Sistema de alertas controlado por la enfermera.

Se realizó una encuesta de satisfacción a 100 pacientes aleatorios incluidos en el programa.

RESULTADOS

Iniciaron TeleEPOC 351 pacientes. 71 (20%) abandonaron el estudio en el primer mes (19 problemas de cobertura, 23 errores de proceso, 26 rechazo del paciente, 3 problemas técnicos). 85,7% varones. Edad 68,7(9,4) años. Charlson 2,35(1,56). 70,6% GOLD III/IV. Estancia media 8,84(6,01)días. El 85,6% sabían usar teléfono móvil, sólo el 30% PC (ellos o familiar). El 97% de los pacientes está satisfecho con la TM. 77% consideran que la TM les ha ahorrado tiempo y desplazamientos a centro sanitario, mejorando su acceso a la atención médica (82%), sin interferencia en su rutina diaria (75%), y les ha implicado más activamente en el cuidado de su salud (75%).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes ingresados por exacerbación de EPOC en nuestra comunidad pueden cumplimentar un programa de TM en domicilio tras el alta, con un alto nivel de satisfacción.

«Proyecto cofinanciado por fondos del programa europeo ICT PolicySupportProgramme (ICT-PSP)»

COMUNICACIONES PÓSTER

PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE: DE QUE REALIDADE FALAMOS? ESTUDO COMPARATIVO DE DOENTES INTERNADOS POR PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE E PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Silva J.¹; Brandão M.¹; Pinto C.¹; Mendes R.²

*Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro*¹; *ACES Douro I – Marão e Douro Norte*²

OBJETIVOS

Comparação de doentes internados com os diagnósticos de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde (PACS), definida pelos critérios da ATS/ERS.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos todos os doentes internados num serviço de Pneumologia, de 01/01/2013 a 31/12/2015 com o diagnóstico de Pneumonia.

Foram divididos em 2 grupos, PAC e PACS, e compararam-se as características demográficas, clínicas, radiológicas, microbiológicas e outcome final.

Os testes χ^2 e Fisher's Exact Test foram usados para a comparação das variáveis categóricas.

RESULTADOS

Dos 365 doentes incluídos, 68.8% era do género masculino (73.1% nas PACS vs 66.7% nas PAC), 32.6% tinham PACS e 67.4% PAC. Apresentaram idade média de 65.5 ± 15.8 vs 71.3 ± 14.2 anos ($p < 0.001$).

Nas PACS houve maior proporção de doentes imunodeprimidos (85% vs 15%, $p < 0.001$), insuficiência cardíaca (28.6% vs 2.44%; $p < 0.001$), doença pulmonar intersticial (13.4% vs 4.47%; $p = 0.001$), doença renal crónica (10.1% vs 2.85%; $p = 0.004$) e neoplasia do pulmão (34.5% vs 6.5%; $p < 0.001$). Apresentavam também maior dependência (20.2% vs 8.5%; $p = 0.002$) e demência (17.3% vs 4.48%; $p = 0.001$).

Clinicamente tinham mais dispneia (55.5% vs 42.7%; $p = 0.022$) e PSI > 3 (68% vs 41%; $p < 0.001$). Contudo, foram menos admitidos em unidade de cuidados intermédios ou intensivos (2.5% vs 2.2%; $p = 0.003$).

Isolou-se maior proporção de microorganismos multirresistentes nas PACS (18.5% vs 6.5%; $p = 0.003$) e os agentes mais identificados foram: Streptococcus pneumoniae ($n = 34$), Staphylococcus aureus metilicina resistente ($n = 25$) e Haemophilus influenzae ($n = 13$).

O tempo de internamento não foi diferente, mas a mortalidade foi superior nas PACS (21.8% vs 4.1%; $p < 0.001$).

CONCLUSÃO

Este estudo veio mostrar que apesar de realmente existir maior proporção de isolamentos de microorganismos multirresistentes nos doentes com PACS, tal como descrito na literatura internacional, estes doentes são também mais velhos, dependentes e apresentam maior número de comorbilidades.

Assim, estaremos a falar de entidades diferentes ou apenas de doentes significativamente "mais doentes"?

LINFADENITIS GRANULOMATOSA MEDIASTÍNICA EN NEOPLASIAS EXTRAPULMONARES

Pereiro Brea T.; Golpe Gómez A.; Suárez Antelo J.; Ferreiro Fernández L.; Álvarez Dobaño J. M.; Abelleira París R.; Riveiro Blanco V.; Casal Mourinho A.; Valdés Cuadrado L.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de granulomatosis no necrotizante en ganglios mediastínicos en pacientes con carcinoma broncogénico se ha cifrado entre un 3,2-4%. Menos frecuente es su presencia en pacientes con neoplasias extrapulmonares.

OBJETIVO

Describir nuestra experiencia en paciente remitidos a nuestro servicio para estudio de adenopatías mediastínicas en contexto de neoplasias extrapulmonares y con diagnóstico final de granulomatosis no necrotizante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo. Se utiliza para la comparación de medias la prueba t de Student y los resultados se presentan en medias + DE.

RESULTADOS

Entre agosto de 2010 y 2016 se realizan 899 ecobroncoscopias (EBUS). De todas ellas, un total de 13 pacientes (7 hombres y 6 mujeres con una edad media de $59 + 15.3$ y $51.2 + 13.5$ años, respectivamente) presentan granulomatosis no necrotizante (1,4%) con diagnóstico previo de neoplasia extrapulmonar y sospecha de metástasis mediastínica. Al diagnóstico de la neoplasia no se evidenciaron crecimientos adenopáticos significativos en la TC torácica. No se observaron lesiones pulmonares. De estos pacientes, 12 fueron diagnosticados por EBUS y 1 por mediasinoscopia. Se realizó PET en 6 (SUV máx de $7.9 + 2.5$ g/dl), 9 habían recibido previamente quimioterapia. Se puncionaron una media de $2.4 + 1$ estaciones ganglionares con un diámetro máximo de 35 mm ($19.9 + 5.2$). Las estaciones puncionadas fueron la 7 (13 casos), la 4R (8), la 12R (3), las 11R, 4L y 11L (2 casos cada una) y la 10R (1). Durante el seguimiento ($20,3 + 13,3$ meses) no se evidenció en ningún paciente metástasis intratorácicas.

CONCLUSIONES

Ante la aparición de adenopatías mediastínicas de aspecto patológico en TC y/o con captación en PET en pacientes con neoplasias extrapulmonares no ha de asumirse un origen metastásico. Debe realizarse el estudio de las mismas, siendo la ecobroncoscopia un método rentable para el estudio de las mismas.

DIFERENCIAS EN EL SÍNDROME DE APNEAHIPOPNIA DE SUEÑO SEGÚN EL GÉNERO

Gil Campo C.; Mosteiro Añón M. M.; Santamaría López H.; Souto Sayar L.; Ramos Hernández C.; Mouronte Roibas C.; Portela Ferreño I.; Torres Durán M.; Muñoz Martínez M. J.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo

OBJETIVO

Evaluar cuáles son las posibles diferencias según el género en los pacientes remitidos por sospecha SAHS a nuestras consultas.

MÉTODO

Hemos incluido todos los pacientes remitidos a la consulta de TRS desde septiembre 2013 a mayo 2016, por sospecha de SAHS. Analizamos si hay diferencias entre los hombres y las mujeres en sus características antropométricas, presentación clínica y variables respiratorias durante el sueño. Se han comparado las variables cuantitativas mediante prueba T, y mediante test de Fisher las variables cualitativas.

RESULTADOS

De 2833 pacientes consecutivos, son 866(30'5%) mujeres y 1967(69'5%) varones. Las mujeres son más obesas (IMC 33,7+/-7,8 vs 31,3+/-5,4 p= 0,000), con mayor frecuencia de obesidad II-III (40,2%vs20,5% p= 0,000). Clínicamente las mujeres relatan con menor frecuencia apneas observadas (19,9%vs32,9% p=0,000), presentan con más frecuencia despertares con ronquido (6,5%vs3,2% p=0,000), sueños vívidos (23%vs16,8% p=0,000), insomnio de mantenimiento (30,5%vs24% p=0,000), así como más frecuentemente sueño no reparador(63%vs42,4% p=0,000), embotamiento matinal (23,8%vs41% p=0,000), cansancio (61%vs38% p=0,000) y falta de concentración (33,9%vs19,8 p=0,000). A pesar de mayor puntuación en la escala Epworth (11,5+/-6,4 vs 10,9+/-5,8 p=0,033) no hay diferencias entre hombres y mujeres en somnolencia en situaciones de atención moderada-activa. En la poligrafía respiratoria las mujeres tienen IA Hmedio inferior, menor proporción de mujeres con SAHS (81,8%vs91,6% p= 0.000) y % de mujeres con SAHS grave-menor que en varones (29,9%vs43% p=0,000). Presentan menor proporción de apneas obstructivas(A/A+H %).La tasa de indicación de CPAP es menor en mujeres (50,8%vs61,9% p=0,000).

CONCLUSIONES

A pesar de presentar mayor obesidad, el % y gravedad del SAHS es menor en mujeres que en varones. Los síntomas de sueño no-reparador o fragmentado y fatiga-falta concentración diurna, son más intensos en mujeres, pero no hay diferencias significativas en la somnolencia entre ambos sexos. Tenemos menor tasa de indicación de CPAP por mujer que por varón.

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN EL ÁREA SANITARIA DE LUGO

Mengual Macenlle N.¹; Martín Robles I.²; Sanjuán López P.²; Penas Truque A.²; Méndez Marote L.²; Cruz Ferro E.³; Pérez de Llano L. A.²

Policlínico Lucense¹; Hospital Universitario Lucus Augusti²; Consellería de Sanidade³

INTRODUCCIÓN

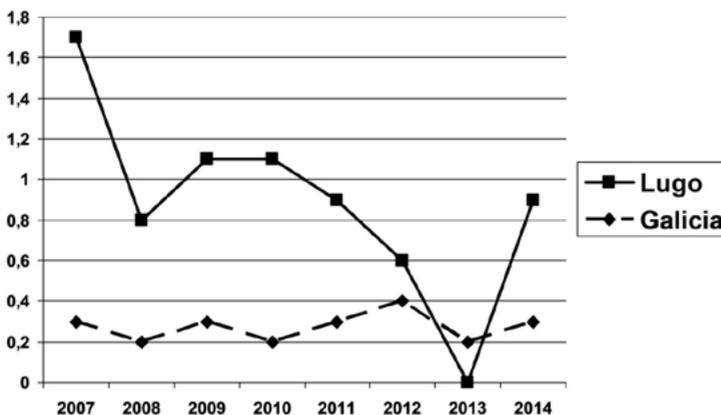
Mycobacterium bovis se ha descrito como responsable de <2% de los casos de tuberculosis en países industrializados. El presente estudio describe las principales características de la enfermedad por *M. bovis* registradas en el Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo), que atiende un área sanitaria de predominio rural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los casos declarados de infección por *M. bovis* entre los años 2007 y 2014. Datos obtenidos del Sistema de Información de Tuberculosis del área sanitaria de Lugo.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 24 casos de infección por *M. bovis* (4.45% del total de los casos de *mycobacterium tuberculosis complex*). La incidencia fue mayor en nuestro hospital respecto a la incidencia global de Galicia (Figura 1). La edad media de presentación fue de 67.33 ± 15.17 años, sin predominio de sexo. Ninguno de los 8 pacientes testados para VIH fue positivo. El 33% de los casos presentaba más de una comorbilidad, incluyendo diabetes mellitus, desnutrición, hepatopatía o insuficiencia renal. La afectación extrapulmonar se evidenció en 16 casos, siendo la afectación ganglionar la más frecuente (5/16). Todos los aislamientos fueron resistentes a pirazinamida. Un total de 6 pacientes fallecieron durante el tratamiento.



M. bovis es una causa frecuente de tuberculosis en nuestro medio. La elevada prevalencia descrita podría estar relacionada con la presencia de comorbilidades y el medio rural.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN HOSPITALIZADOS CON HÁBITO TABÁQUICO

Abeleira París R.; Lama López A.; Rábade Castedo C.; Ferreiro Fernández L.; Rodríguez Núñez N.; Suárez Antelo J. L.; García Pazos J. M.; Ricoy Gabaldón J.; Golpe Gómez A.; Valdés Cuadrado L.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo activo es un factor de riesgo de neumonía adquirida en la comunidad. Asimismo existe una relación dosis respuesta entre el consumo de tabaco y el riesgo de desarrollar enfermedad neumocócica invasiva. Sin embargo hay pocos datos de las características diferenciales de las neumonías en fumadores o ex fumadores con respecto a no fumadores.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es la determinación de diferencias antropométricas, demográficas, clínicas y pronósticas en pacientes ingresados con neumonía y tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en Neumología durante los años 2014 y 2015. Se realiza un estudio descriptivo de la muestra utilizándose la prueba Chi-cuadrado y t-student para verificar la asociación entre variables antropométricas, demográficas, clínicas y pronósticas con el hábito tabáquico.

RESULTADOS

Se incluyen 254 pacientes hospitalizados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (62% varones). La edad media es de $68,9 \pm 14,75$. Un 52% presentan una historia de tabaquismo y de ellos un 21% son fumadores actuales. Un 27% son EPOC y en un 71% se desconoce el germen causal. El tabaquismo activo se asocia a menor edad de ingreso por neumonía ($59,2 \pm 2,3$ vs $71,3 \pm 1,1$ $p=0,00$) a mayor estancia media ($8,7 \pm 0,3$ vs $7,2 \pm 1,2$ $p=0,004$) y a mayor fracaso terapéutico (24% vs 10% $p=0,024$). Los pacientes que ingresan por neumonía y tienen antecedentes de tabaquismo son más jóvenes ($65 \pm 1,4$ vs $72 \pm 1,4$ $p=0,00$) presentan mayor necesidad de aminas (5% vs 1% $p=0,047$), mayor frecuencia de ingreso en UCI por neumonía (9% vs 2% $p=0,037$) niveles de procalcitonina más altos ($1,27 \pm 0,31$ vs $0,57 \pm 0,13$ $p=0,0041$) y un mayor porcentaje de neumonía por gripe A (14% vs 2% $p=0,021$).

CONCLUSIONES

El tabaquismo influye en el pronóstico, en la estancia hospitalaria y en la respuesta a la antibioterapia de la neumonía adquirida en la comunidad.

MESOTELIOMA MALIGNO DESARROLLADO EN RECEPTOR DE TRASPLANTE UNIPULMONAR: UN CASO DE AUTOPSIA

López Solache L.¹; Ovalle Granados J. P.¹; Delgado Roel M.¹; Hermida Romero T.¹; García Riveiro A.²; Fernández González G.²; Fernández Prado R.¹; Concha López A.¹

Xerencia de Xestión Integrada A Coruña¹; Fundación Centro Oncológico de Galicia "Jose Antonio Quiroga y Piñeyro"²

OBJETIVO

El desarrollo de tumores en receptores de trasplantes de órganos sólidos es una complicación recogida ampliamente en la literatura. El Mesotelioma Maligno Pleural es un tumor infrecuente y de pobre pronóstico. Presentamos un caso excepcional del desarrollo de dicho tumor en la evolución de un paciente trasplantado unipulmonar derecho.

MÉTODO

Varón de 57 años de edad diagnosticado de fibrosis pulmonar en 2012, fumador y trabajador de la construcción. Receptor de trasplante unipulmonar derecho en abril de 2015. El día 73 postrasplante es ingresado con disnea y derrame pleural derecho. Se excluye el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en TAC y de rechazo agudo e infección con la biopsia transbronquial. El día 95 postrasplante desarrolla insuficiencia respiratoria con sospecha de edema pulmonar secundario a fibrilación auricular rápida e inestabilidad hemodinámica. Se objetivó fallo del ventrículo derecho con ventrículo izquierdo hiperdinámico. Tras varios episodios de disociación electromecánica fallece, sin diagnóstico definitivo que explique la evolución clínica se autoriza el estudio autópsico.

RESULTADOS

La autopsia muestra una tumoración de localización mesotelial en el lado del implante, que produjo una pericarditis constrictiva. Se planteó la necesidad de establecer el origen tumoral entre el donante y el receptor. El estudio histológico e inmunohistoquímico filió la estirpe mesotelial y el estudio genético demostró el origen nativo del tumor.

CONCLUSIONES

El estudio autópsico, macroscópico, histológico, inmunohistoquímico y genético del tumor fueron determinantes para explicar la fisiopatología de la muerte y precisar el origen tumoral en el receptor.

ADECUACIÓN DEL INGRESO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Priegue Carrera A.; González Fariña M.; Botana Rial M. I.; García Rodríguez E.; Aballe Santos L.; Mouronte Roibás C.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

INTRODUCCIÓN

La decisión de hospitalizar un paciente con NAC se basa en índices pronósticos (PSI o CURB-65) y otros factores como insuficiencia respiratoria/ inestabilidad hemodinámica (causas A), patrones radiológicos (multilobar, derrame pleural o necrotizante) (causas B), descompensación grave de una enfermedad (causas C), sintomatología grave (hemoptisis, anemización) (causas D) o factores sociales (causas E).

OBJETIVO

analizar la adecuación de ingreso y sus factores justificantes en pacientes con PSI o CURB-65 de bajo riesgo.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes inmunocompetentes con NAC ingresados durante 7 meses. Se registraron variables clínico-epidemiológicas, comorbilidad, radiológicas y pronósticas. Se analizaron la adecuación de ingreso y las causas del mismo en pacientes de bajo riesgo, estancia media y mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 116 casos, 69 (59,5%)♂, 65,7±16 años. En la tabla se representan las causas de ingreso (algunos pacientes cumplían más de una).

CAUSAS	CURB-65 BAJO 50 (43,1%)	PSI I-II 36 (31%)
A	14 (28%)	6 (17,9%)
B	11 (22%)	10 (27,8%)
C	1 (2%)	-
D	5 (10%)	5 (13,9%)
E	1 (2%)	2 (5,6%)
A+C	4 (8%)	3 (8,1%)
A+B	8 (16%)	7 (19,4%)

B+C	1 (2%)	1 (2,8%)
A+E	1 (2%)	-
B+E	1 (2%)	-
A+B+E	1 (2%)	-

En 2 casos no se encontró motivo de ingreso. La estancia media fue más baja que en los grupos de riesgo intermedio-alto [PSI: $7,6 \pm 3$ vs. $13,1$; CURB-65: $8,9 \pm 5,3$ vs. $13,3 \pm 12$ ($p=0,01$)]. La mortalidad fue de 4,3%. Solo un paciente del grupo de bajo riesgo falleció.

CONCLUSIONES

La adecuación de los ingresos por NAC en pacientes inmunocompetentes es muy alta, a pesar de que en más del 40% de ellos las escalas pronósticas indican que son de bajo riesgo. Los motivos de ingreso más frecuentes son la insuficiencia respiratoria y la existencia de patrones radiológicos de alto riesgo. La estancia media de estos pacientes es significativamente inferior.

LA TERAPIA PALIATIVA EN LA ENFERMEDAD PLEURAL

Silva Santos P.¹; Marques A.¹; Cruz C.¹; Fradinho F.¹; Monteiro H.²

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra¹; ACeS Porto Ocidental²

INTRODUCCIÓN

Los derrames pleurales malignos representan una gran morbilidad en la enfermedad neoplásica. La pleurodesis con suspensión de talco sigue siendo una de las opciones terapéuticas más común y eficaz para mantener la calidad de vida de los pacientes, pues muchos de ellos ya presentan un estado general muy debilitado.

OBJETIVO

Estudiar la supervivencia y los factores predictivos relacionados con la eficacia de esta técnica en los derrames pleurales malignos.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todas las pleurodesis realizadas durante un período de 10 años en un Departamento de Neumología. Se han recogido todos los datos demográficos y clínicos, incluyendo el tipo histológico tumoral, la bioquímica y la citología del líquido pleural.

RESULTADOS

202 pacientes han sido sometidos a pleurodesis (47% hombres; edad media 66.9 ± 12.02 años). Por los criterios de Light 86.6% de los derrames eran exudados. La supervivencia a los 30 días tras la pleurodesis era de 85.1%, indicando el éxito de esta terapia. Tras aplicar un modelo de regresión logística, detectamos que la varianza en los eventos tras la pleurodesis era sobre todo debida a la edad y al género, más que a las características bioquímicas del líquido pleural ($X^2(5)=44,648$, $p<0,001$, $R^2 28,3\%$).

Conclusión: Este estudio sugiere que la evaluación clínica de los valores bioquímicos, resultados bacteriológicos y diagnóstico del tumor maligno puede ser insuficiente para predecir con alta precisión la recidiva tras la pleurodesis. Además, verificamos que la pleurodesis es una terapia eficaz en prolongar la supervivencia en los pacientes que cumplen criterios para esta intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR

Otero González I.; Marcos Rodríguez P. J.; Nieto Codesido I.; De La Torre Bravos M.; Montero Martínez C.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

El trasplante pulmonar (TP), es una alternativa terapéutica para pacientes con enfermedad pulmonar avanzada en los que hemos agotado otras posibilidades de tratamiento. No obstante no todos los pacientes son aptos y con frecuencia la comorbilidad limita esta alternativa

OBJETIVO

Analizar las características de los pacientes candidatos a TP remitidos a nuestro centro desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015

Material y método

análisis descriptivo y prospectivo de las características clínicas, antropométricas, y funcionales de los pacientes remitidos, así como de las decisiones tomadas por el comité de trasplante a cerca de su inclusión o no en lista de espera (LE)

RESULTADOS

Se recibieron 502 solicitudes de TP (82% de la comunidad gallega y 18% de Portugal, y otras comunidades). De estos fueron trasplantados 184 (37%), excluidos 200 (40%), en seguimiento 62 (12%), en LE activa 30 (6%) y exitus durante el estudio o en LE 26 (5%)

	CONSULTADOS	TRASPLANTADOS
EPOC / DEFICIT ALFA 1	206	62 (30%)
EPID	238	95 (39%)
FPI	110	48 (43.6%)
BRONQUIECTASIAS/FQ	51	25 (49%)
FQ	22	13 (59%)
HP	7	2 (28.5%)
TOTAL	502	184 (36.6%)

De los pacientes fallecidos en LE 19 (76%), eran EPID. Entre los pacientes excluidos la principal causa fue la comorbilidad (55%) y dentro de esta la obesidad (IMC>30), presente en el 39%. Tabaquismo activo 6,5%. Neoplasias 24 (12%), de estas 19 (9,5%) se detectaron durante el estudio.

CONCLUSIONES

- 1) La EPID es la principal indicación de trasplante
- 2) Un 40% de los remitidos son excluidos, siendo la comorbilidad la principal causa
- 3) La mortalidad en LE sigue siendo elevada y afectando casi exclusivamente a pacientes con EPID, por lo que insistimos en la remisión precoz de los pacientes.

HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DEL ASMA: CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN

Lopes Da Cruz C. R.; Silva Santos P. R.; Paiva Oliveira M. B.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es un problema de salud pública que afecta personas de todas las edades. Cuando no está controlado puede causar limitaciones diarias graves y elevado recurso a cuidados de salud, siendo por veces fatal.

OBJETIVOS

Caracterizar pacientes ingresados en un servicio de Inmunoalergología, con el diagnóstico de asma, por un periodo de un año.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 100 pacientes ingresados en un hospital central con el diagnóstico de agudización del asma. Se eligió la muestra de manera aleatoria y se analizaron los datos demográficos, analíticos, microbiológicos, radiológicos y el abordaje terapéutico.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes eran mujeres ($n=62$) y la media de edades de $47,27 \pm 21,25$ años. El tiempo medio de ingreso fue de $10,11 \pm 6,84$ días. 32 pacientes tenían comorbilidades, siendo la más frecuente la rinitis ($n=22$). Cuanto a los parámetros de inflamación, la PCR presentaba valores elevados en la mayoría ($n=75$) y se encontró leucocitosis en 50 pacientes. La microbiología del examen de la expectoración fue realizada en 15 pacientes y fue positiva en solo 3. Los aspirados bronquiales y los hemocultivos fueron todos negativos. 87 pacientes realizaron gasometría, siendo que 28 presentaban insuficiencia respiratoria. La mayoría realizó radiografía del tórax ($n=88$) que se presentaba alterada en 53 casos. Se inició antibiótico en 91 pacientes, siendo la amoxicilina clavulánico + azitromicina ó azitromicina solo las primeras opciones. Ocurrieran 2 fallecimientos por falencia respiratoria.

CONCLUSIONES

La agudización del asma es inducida por varios factores de riesgo como los alérgenos, infecciones, contaminantes y fármacos. En este estudio se verificó que el principal factor de riesgo es la infección. La reducción de la exposición a estos factores y el control de la enfermedad contribuyen para da reducción de las admisiones.

CIRUGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN

Lopes da Cruz C. R.; Afonso M. I.; Silva Santos P. R.; Pêgo A.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN

El cáncer del pulmón es el segundo tumor sólido más prevalente y la principal causa de muerte por cáncer. La cirugía es la opción terapéutica standard, aunque solo 20-25% de los casos se diagnostique en estadio quirúrgico. La sobrevida a los cinco años después de la cirugía es 73% en los estadios IA y 25% en los IIIA.

OBJETIVOS

Caracterizar la población de pacientes con cáncer del pulmón de células no pequeñas (CPCNP) sometida a cirugía, en un periodo de cinco años, en un hospital central.

Material y métodos

estudio retrospectivo que incluye pacientes con CPCNP sometidos a cirugía de resección. Se analizaron los datos demográficos, tabaquismo, localización del tumor, histología, estadio patológico, tratamiento, recurrencia, sobrevida y mortalidad.

RESULTADOS

Del 1 de Enero de 2008 al 31 de Diciembre de 2012 fueron sometidos a cirugía de resección 114 pacientes. De ellos, 80 eran hombres y la media de edades era de 64 ± 19 años. 41 eran exfumadores, 38 fumadores s y 35 no fumadores. La localización periférica de la lesión fue la más frecuente ($n=85$) y el adenocarcinoma la histología más prevalente ($n=70$). 33 pacientes fueron sometidos solamente a cirugía, 71 a tratamiento adyuvante y 11 tratamiento neoadyuvante. La cirugía más realizada fue la lobectomía ($n=85$). La mayoría de los pacientes se encontraba en el estadio IA ($n=29$), IIB ($n=25$) y IIIA ($n=22$). La recurrencia ocurrió en 49 pacientes. El tiempo libre de enfermedad medio fue de $18 \pm 13,3$ meses. La mortalidad fue de 41,7% con sobrevida media de $27 \pm 18,1$ meses.

CONCLUSIONES

Se verificó que en los pacientes con CPCNP con indicación para cirugía, la recurrencia y la mortalidad se mantuvieran elevados, aunque la mayoría se detecte en estadios precoces.

CIRUGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: RECIDIVA Y SOBREVIDA A LOS CINCO AÑOS

Lopes da Cruz C. R.; Afonso M. I.; Silva Santos P. R.; Pêgo A.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es un tumor de elevada prevalencia y la principal causa de muerte por cáncer. La recurrencia local en los estadios I y II varía entre los 6% y los 55%. La sobrevida a los 5 años después de la resección es 73% en el estadio IA y 25% en el IIIA.

OBJETIVOS

Evaluar la tasa de recurrencia y mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer del pulmón de células no pequeñas (CPCNP), en un hospital central.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con CPCNP sometidos a cirugía. Se evaluaron: histología, localización tumoral, estadio patológico, tipo de cirugía, tratamiento adyuvante, local de recurrencia, tiempo libre de enfermedad, sobrevida y recurrencia a los cinco años.

RESULTADOS

Del 1 de Enero de 2008 al 31 de Diciembre de 2010, fueron sometidos a cirugía 53 pacientes. 19 se encontraban en el estadio patológico IA, 10 en el IB, 9 en el IIA, 7 en el IIB y 8 en el IIIA. En todos los estadios la cirugía más realizada fue la lobectomía y la neumonectomía se hizo en 37% de los estadios IIIA. La tasa de recurrencia en los estadios IA y IB fue del 23% y del 40%, subiendo para 75% en el estadio IIIA. Los tiempos libres de enfermedad en los estadios IA, IB, IIA, IIB y IIIA fueron respectivamente 77%, 60%, 44%, 57% y 25%.

CONCLUSIONES

Se verificó que, a los cinco años, la sobrevida y el tiempo libre de enfermedad de los pacientes sometidos a cirugía son inversas al estadio inicial del cáncer. Además, la tasa de recurrencia é progresivamente superior mediante la enfermedad es más avanzada.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y NEUMONÍA ASOCIADA A LOS CUIDADOS DE SALUD: CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN

Lopes da Cruz C. R.; Silva Santos P. R.; Paiva Oliveira M. B.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una enfermedad infecciosa que se clasifica en adquirida en la comunidad (NAC), asociada a los cuidados de salud (NACS) y nosocomial (NN). Cada una de ellas tiene características y abordajes distintos.

OBJETIVOS

Identificar características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de la NAC e de la NACS, terapéutica y factores que influyen en la gravedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye pacientes ingresados, por un periodo de 3 meses, con el diagnóstico de neumonía. Se excluyeron pacientes con menos de 65 años, diagnóstico de neumonía nosocomial y otras infecciones. Se analizaron datos demográficos, tiempo de hospitalización, comorbilidades, índices de gravedad (PSI y CURB-65), presión arterial de oxígeno (PaO₂), hemocultivos, bacteriología de la expectoración (BE) y antibioterapia.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes, 16 (38%) con NAC y 26 (62%) con NACS. La media de edad fue de 84,6 años en la NAC y 87,1 en la NACS. En los dos grupos, la mayoría de los pacientes eran hombres. El tiempo de hospitalización fue 12,8±8,9 días en la NAC y 10±5,6 en la NACS. Los pacientes con NACS tenían más comorbilidades y un score de gravedad más elevado. Se observó una relación inversa entre el score CURB-65 y la PaO₂, principalmente en la NACS y entre el score PSI y PaO₂ en la NAC. No hubo identificación microbiológica en un número elevado de pacientes. El antibiótico elegido en los dos grupos fue similar, siendo la asociación de la amoxicilina clavulánico con azitromicina la que más se usó.

CONCLUSIONES

La NACS se asoció a mayor índice de comorbilidades y gravedad. En los dos grupos, la disminución de la PaO₂ se correlacionó con un score de gravedad más elevado. El BE no se llevó a cabo en la mayoría de los pacientes, aunque, se refuerza su importancia en la orientación terapéutica.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA QUE REALIZÓ EL ESTUDIO DEL SUEÑO EN UN LABORATORIO DE SUEÑO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cravo J.; Cruz C.; Duarte J.; Castro A.; Catarino A.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN

La apnea obstructiva del sueño (SAOS), aunque sea más prevalente en los hombres, también afecta las mujeres. Intentamos caracterizar mejor la población que realiza el estudio del sueño y el estado de la enfermedad en el sexo femenino.

MÉTODOS Y RESULTADOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo con las mujeres que han efectuado un estudio del sueño en nuestro laboratorio del sueño, entre 2011 y 2015. Se ha utilizado un análisis descriptivo simple de los resultados obtenidos.

Se han realizado 515 exámenes al largo de estos 5 años, sin embargo, apenas 407 procesos tenían toda la información completa. De los 407, 324 fueron polisomnografías y 83 Split-Night. La edad media era de 61 años, con un peso medio de 76.2 Kg y un índice de masa corporal medio de 48 Kg/m². Hemos analizado sus hábitos: 377 eran no fumadoras, 19 fumadoras y 11 exfumadoras. En relación a las comorbilidades más frecuentes en la SAOS, las más comunes fueron: depresión (198), hipertensión arterial (145), dislipemia (87) y patología tiroidea (56).

Las quejas más frecuentemente reportadas fueron: sueño no reparador (224), nicturia (216), hipersomnolencia diurna (210), roncopatía (206), cefaleas matinales (177), apnea (117), sueño fragmentado (139) e insomnio (110).

Relativamente a la clasificación de Epworth la media fue de 9.1. Tras la evaluación de los resultados de cada examen, se excluyó SAOS en 191 mujeres. De los restantes, 112 tenían SAOS ligera, 46 moderada y 58 grave. La IAH media fue de 13.6.

CONCLUSIÓN

Conocer objetivamente la población diana para así direccionar los esfuerzos para lograr un diagnóstico más temprano y mejorar los outcomes de la Unidad.

PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (AEPOC) Y FACTORES RELACIONADOS CON EL DÉFICIT GRAVE

Domínguez Pazos S. D. J.; Nieto Codesido I.; Vieito Porto D.; Verdeal Dacal R.; Maiso Martínez A.; Otero González I.; Vidal García I.; Blanco Aparicio M.; Marcos P. J.; Montero C.

Complejo Hospitalario Universitario a Coruña

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios de prevalencia de déficit de Vitamina D (VD) se han realizado en población ambulatoria y estable.

MÉTODOS

De la cohorte prospectiva de 240 pacientes ingresados en el CHUAC por AEPOC, entre el 1/7/2013 y el 1/9/2016 se les realizó una determinación al ingreso de 25 (OH) VD a 152. Se analizaron las características basales de su EPOC, comorbilidades, tratamientos previos y gravedad de la agudización. La variable principal fue % de pacientes con insuficiencia (20-30 ng/ml) o déficit de VD (<20ng/ml). El objetivo secundarios fueron determinar los factores de riesgo asociados a un déficit grave (niveles <10 ng/ml).

RESULTADOS

El 96,7% presentaban déficit o insuficiencia vitamínica. 10.5% (16/152) presentaban insuficiencia, 49,3% (75/152) déficit moderado y 36,8% (56/152) grave. Los niveles medianos de VD fueron 12 (3-37), las mujeres presentaban niveles más altos que los hombres (14[11-17] vs. 12 [3-34]) $p=0,13$. No encontramos relación entre tener un déficit grave con respecto a sexo, edad o comorbilidad, excepto tendencia a mayor historia de IAM (61,5% vs. 38,4%, $p=0.056$). No hubo diferencias con respecto a las características basales de su EPOC (categoría GOLD, obstrucción, fenotipo exacerbador, MRC, CAT), si bien los pacientes con déficit grave presentaron mayor número de ingresos en el año previo (mediana 1 vs. 0, $p=0.03$) y mayor número de días ingresados (mediana 5 vs. 0, $p=0.059$). No hubo diferencias en cuanto a las características de la gravedad del ingreso, si bien se observó tendencia a mayores niveles de parámetros inflamatorios como PCR y Fibrinógeno. No hubo diferencias en términos de número, tasa de reingresos o mortalidad al año.

CONCLUSIONES

La hipovitaminosis D es una complicación muy frecuente en los pacientes ingresados por una AEPOC. El déficit grave parece correlacionarse con el número de ingresos y días ingresados por AEPOC.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE NEUMONÍAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA EN EL AÑO 2015

Riveiro Blanco V.; Lama López A.; Ferreiro Fernández L.; Rodríguez Núñez N.; Rábade Castedo C.; Palacios Bartolomé A.; Golpe Gómez A.; Álvarez Dobaño J. M.; González Barcala F. J.; Valdés Cuadrado L.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVOS

Evaluar la puesta en marcha de una consulta monográfica de neumonías (CMN) sobre el manejo real de los pacientes que presentan una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en nuestra área sanitaria.

MÉTODOS

Análisis descriptivo y retrospectivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en una CMN en los 9 primeros meses de 2015. El 80% fueron remitidos desde hospitalización de neumología, 16% urgencias y 3% otros servicios.

RESULTADOS

Se atendieron 194 pacientes [117 varones (60%); edad media 68 años (rango: 22-96)]. El 53% eran fumadores activos o ex-fumadores (IPA medio de 45) y el 30% presentaban más de 3 comorbilidades, de los cuales un 27% tenían una EPOC.

14 pacientes (7,2%) tenían una neumonía nosocomial y 180 (92,8%) una NAC. En estos, el FINE se calculó en 176 enfermos (98%): FINE I-II, 49 pacientes (28%) de los que ingresaron 20 (40%); FINE III, 52 (30%) (49 ingresados, 94,2%); FINE IV-V, 74 (42%) (73 ingresados, 98,6%). La estancia media global fue de 7 días (FINE I-II, 6,4 días; FINE III, 7 días, FINE IV-V, 7,3 días).

El diagnóstico etiológico se obtuvo en 49 pacientes (25%), siendo el germen más frecuente el *streptococcus pneumoniae* (20 casos; 41%). Las pautas antibióticas recomendadas por la SEPAR solamente se aplicaron en 127 pacientes (70%). Se emplearon corticoides sistémicos en 93 enfermos (48 %). La vacuna antineumocócica la habían recibido 45 pacientes (23%), de los cuales en 41 (91%) la vacuna administrada fue la polisacárida.

CONCLUSIONES

La CMN ha permitido detectar, en esta primera fase de funcionamiento, algunas deficiencias en el manejo de estos pacientes: ingresos innecesarios, estancia media prolongada con respecto a otros hospitales, pautas antibióticas no recomendadas y escasa implantación de medidas profilácticas. Esta información nos permitirá poner en marcha distintas estrategias para mejorar el cuidado de estos pacientes.

PREVALENCIA DE HIPOVENTILACIÓN-OBESIDAD EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SDE DE APNEAHIPOPNIA DEL SUEÑO

Santamaría López H.; Mosteiro Añón M.; Souto Sayar L.; Gil Campo C.; Ramos Hernández C.; Mouronte Roibas C.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de hipoventilación-obesidad en una muestra de los pacientes remitidos a consulta por sospecha de SAHS e identificar si hay parámetros predictivos de hipercapnia.

MÉTODO

Entre 1-9-2013 y 30-4-2014 se realizó gasometría arterial a los pacientes con IMC>30, derivados para estudio poligráfico por sospecha de SAHS, desde una de las consultas de TRS. Se incluyeron 140 pacientes, edad 54'7±13 años, 94 hombres y 46 mujeres(33%), IMC 36'35±5'8, cuello 43±3'8, FVC 3.843 ml-79'8%, PCO₂ 40±4'5, PO₂ 80 ±12. Obesidad-I 50'7%, grado-II 28'6%, grado-III 10'7%, gran obesidad 10%. Comparamos las características físicas, valores de función pulmonar y parámetros de estudio poligráfico, así como la coexistencia de otras patologías respiratorias, entre los hipoventiladores y los no hipoventiladores.

RESULTADOS

Se detecta hipoventilación (pCO₂ >45) en 16 pacientes (11.4%) , con pCO₂ >50 en 6 pacientes(4'3%). Los pacientes con hipoventilación respecto a aquellos sin hipoventilación, tienen significativamente mayor edad (64±/-10 vs 53,7±/-13;p=0.001), perímetro cuello mayor (45'5±/-4±5 vs 43'5 ±/- 35; p=0.029), mayor IMC (39±/-4'3 vs 36±/-5'7;p=0'006), mayor IAH (70±/-42 vs 32'5±/-23;p=0'000); mayor TC90 (66±/-43% vs 33±/-23%; p=0'001) y menor FVC (2.420 ±/-1.120 vs 4.210 ±/-3.500; p=0.000). En el análisis multivariante hemos encontrado como variables independientes asociadas a hipoventilación el TC90>10% con una OR 11'86 (1'172-120,107), un IMC>35 con OR 5'89, y la edad con OR 1'064 para cada año (1'008-1'123).

CONCLUSIONES

La prevalencia de hipoventilación en pacientes obesos (IMC>30) con sospecha de Sde de apneahipopnea del sueño es del 11'4%, y los factores de riesgo son un tc90>10%, obesidad grado II y mayor edad.

EVOLUCIÓN EN EL USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA A LOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Ricoy Gabaldón J.; Abelleira Paris R.; Pereiro Brea T.; Riveiro Blanco V.; Rodríguez Núñez N.; Lourido Cebreiro T.; Lama López A.; Toubes Navarro M. E.; Valdes Cuadrado L.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

OBJETIVOS

Valorar la evolución a los 5 años de la utilización de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en la planta de hospitalización de Neumología de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo y comparativo de los datos recogidos en dos bases de datos, donde se incluyeron todos los pacientes tratados con VMNI, por todas las causas, en dos períodos de tiempo de 15 meses con un decalaje de 5 años (1º: 01 de junio de 2010 al 1 de septiembre de 2011. 2º: 1 de junio de 2015 al 1 de septiembre de 2016). Se recogieron datos demográficos, analíticos, diagnósticos, de supervivencia y estancia hospitalaria y se compararon mediante un programa de análisis estadístico.

RESULTADOS

	JUNIO´10– SEPTIEMBRE´11	JUNIO´15– SEPTIEMBRE´16	
Resultados demográficos			
Nº Episodios	153	317(+107%)	
Nº pacientes	129	269(+105%)	
Sexo(mujeres)	46(30%)	131(41%)	p=0.0018
Edad media(años)	73.6+/-12.3	76.3+/-11.5	p=0.026
Resultados analíticos			
pH	7.28+/-0.9	7.26+/-0.53	p=0.099
pO2(mmHg)	54.8+/-26.6	59.6+/-33.1	p=0.086
pCO2(mmHg)	74.7+/-21.41	68.6+/-40.9	p=0.000
Procedencia			
Urgencias	142(92%)	272(85%)	p=0.0019

Críticos	6(4%)	10(3%)	p=0.0019
Otros	5(3%)	19(6%)	p=0.0019
Tr. Interhospitalario	0	16(5%)	p=0.0019
Patologías			
Agudización EPOC	107(72%)	94(30%)	p=0.000
Insuficiencia Cardíaca	19(13%)	151(47%)	p= 0.000
Sd Hipovent-Obesidad	8(5%)	59(18%)	p=0.000
Enf Neuromusculares	4(2%)	8(2%)	p=0.953
Agudización Asma	5(3%)	16(5%)	p=0.382
EPID	1(0.5%)	6(2%)	p=0.290
Neumonía	8(5%)	32(10%)	p=0.076
Mortalidad	14(9%)	35(11%)	p=0.530
Estancia media			
Total(días)	11.5+/-6.2	10.9+/-1.9	p=0.000
Neumología(días)	7.0+/-5.0	8.5+/-8.0	p=0.001

CONCLUSIONES

A lo largo de estos 5 años, la VMNI se ha consolidado en nuestro hospital, observándose una mayor demanda por parte de otros servicios. El inicio de la VMNI parece realizarse de forma más precoz, siendo trasladados a nuestra unidad con mayor celeridad. Asimismo, se ha observado un importante cambio en el perfil del paciente ventilado.

REGISTRO ESPAÑOL DE PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA: EVOLUCIÓN DEL RECLUTAMIENTO DE CASOS EN GALICIA

Torres - Durán M.¹; Esquinas C.²; Barros Tizón J. C.¹; Mouronte Roibás C.¹; Núñez Fernández M.¹; Ramos Hernández C.¹; Vilariño Pombo C.¹; Muñoz Martínez M. J.¹; Mosteiro Añón M.¹; Fernández Villar A.¹

Hospital Álvaro Cunqueiro - EOXI Vigo¹; Hospital Vall d'Hebron²

OBJETIVO

Evaluar la situación actual del REDAAT y la evolución del reclutamiento de casos en Galicia.

METODOLOGIA

Análisis descriptivo de los individuos con DAAT (fenotipo PiZZ, PiSZ y variantes raras) en Galicia registrados en la base de datos de REDAAT (www.redaat.es). En el registro se incluyen variables sociodemográficas, clínicas, función pulmonar y variables de seguimiento.

RESULTADOS

El REDAAT cuenta con 632 pacientes diagnosticados de DAAT. De éstos, un 12.8% registrados en Galicia (n=84). La edad media es de 55 años (SD=18), un 51% son hombres. Un 7% son fumadores activos y la edad de inicio fue a los 18 años (SD: 6.5). Un 67.5% son PiZZ, un 25% PiSZ y el 7.5% restante, portadores de variantes raras. Edad de diagnóstico: 43 años (SD:10.2); la presentación clínica más habitual fue el enfisema (49%). Un 38% de los pacientes presentaba bronquiectasias y un 15% había sufrido algún episodio previo de neumonía. Los pacientes presentaban un FEV1 al inicio del 60.5% (SD:25.8) y FVC del 71% (SD:22). Un 7.8% reciben oxigenoterapia domiciliaria y un 13.1% han recibido tratamiento sustitutivo. Se dispone de seguimiento en el 22.5% de los pacientes, un 2% han sido trasplantados de pulmón y un 2% han fallecido. Mediana de seguimientos por caso: 1 (RIC=1-2). Actualmente hay 39 profesionales registrados en Galicia (4 registrados en 2016) pero sólo 16 médicos han registrado algún caso

CONCLUSIONES

Actualmente en Galicia hay 84 pacientes registrados en el REDAAT, que han sido reclutados por 16 médicos. El fenotipo más frecuente es PiZZ y la presentación clínica más frecuente enfisema. El registro del seguimiento de estos pacientes es escaso. Por la baja prevalencia de la enfermedad, incrementar el número de casos registrados y actualizar el seguimiento en el REDAAT permitiría mejorar el conocimiento de la historia natural, la evolución y el pronóstico de estos pacientes.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS CASOS DE GRIPE EN EL ÁREA DE LUGO DURANTE LA TEMPORADA 2014-2015

Martín Robles I.; Suárez Gil R.; Mengual Mancelle N.; Sanjuán López P.; González Piñeiro A.; Golpe Gómez R.; Méndez Marote L.; Cano Jiménez E.; Castro Añón O.; Pérez de Llano L.

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

OBJETIVOS

- 1) Evaluar la distribución temporal de los casos de gripe en 2014/2015;
- 2) analizar la transmisión nosocomial en nuestro centro;
- 3) describir las características clínicas, vacunación previa y pronóstico de los casos de gripe.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los casos de gripe atendidos en nuestro hospital durante la campaña 2014/2015. Se solicitó al laboratorio de microbiología el registro todos los frotis nasofaríngeos realizados por sospecha de gripe y se seleccionaron los casos con PCR positiva para virus influenza A ó B.

RESULTADOS

Se realizaron frotis a 614 pacientes y en 138 la PCR fue positiva (22,4%): 94 (68,1%) positivos para Influenza A y 44 (31,9%) para Influenza B. Enero fue el mes de mayor incidencia de gripe, 54 casos (39,3%). Los casos siguieron una distribución bimodal con dos picos de incidencia (figura 1).

16 casos (11,6 %) cumplían el criterio preestablecido de origen nosocomial. De los 122 (88,4%) casos comunitarios, 90 ingresaron (73,8%) con una duración media del ingreso de $12,8 \pm 19,6$ días.

Con respecto a la vacunación previa, 63 (45,7%) casos estaban vacunados. El tiempo medio transcurrido desde la vacunación al diagnóstico fue de $93,6 \pm 30$ días.

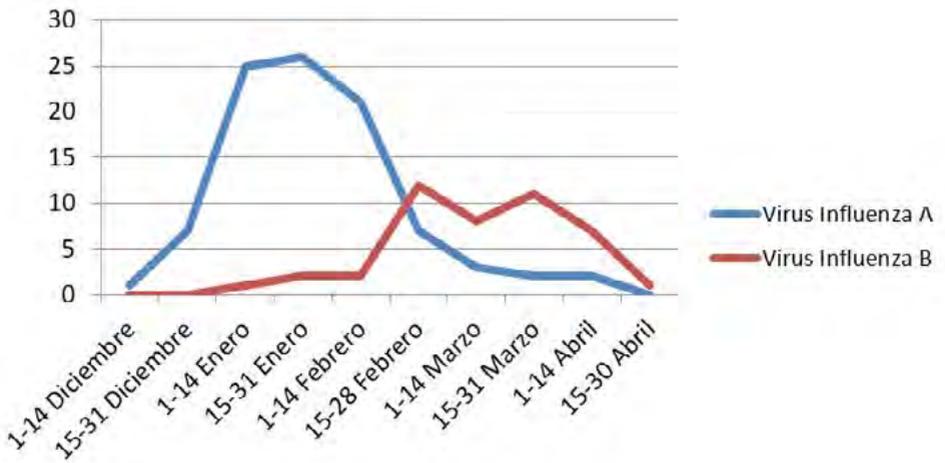
La sintomatología más común fue la fiebre (88,1%) seguida de la tos (69,6%) y disnea (40%). De los 131 casos en los que se realizó radiografía de tórax no se encontraron alteraciones en 103 (78,6%).

7 (5,1%) casos precisaron de ingreso en UCI falleciendo 3 de ellos. En total fallecieron 9 pacientes (3,5%): 3 con contagio nosocomial, 5 (55,6%) vacunados y todos con infección por gripe A.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de gripe sigue una distribución bimodal en la que el pico de Gripe A precede al de Gripe B
- 2.-La infección nosocomial es una causa importante de morbilidad evitable con medidas adecuadas de prevención.

Figura 1.



CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ASMÁTICOS REMITIDOS A UNA CONSULTA DE ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Priegue A.; Mosteiro Añón M.; Dacal Rivas D.; Tubio Pérez R.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo

Entre junio-2015 y junio-2016 se remiten 64 pacientes a consulta de AGNC (asma grave no controlada), 8 no cumplen los criterios y se retiran. La características de los restantes 56 se detallan en tabla_1, y destacan: mayor proporción de mujeres (69'6%), alto % de inicio en edad adulta (73%), atopia en 43%, ACT<19 70%, 61% tienen >1 crisis /año; un 26'8% corticodependencia ; reciben omalizumab 16 (28'5%). Cuando analizamos los pacientes con omalizumab respecto al grupo sin omalizumab, sólo encontramos diferencias significativas en que son más jóvenes (48'7+/-14 vs 57'8+/-10'7; p=0'012) tienen mayor IgE (583+/-466 vs 238+/- 305; p=0'008) más frecuencia de atopia (75% vs 30%; p=0.002), peor función pulmonar, sin diferencias en corticodependencia (31% vs 22'5%; 0'70), ni

Tabla 1.

EDAD	55+/-12
mujeres	69'6%
Inicio adulto	73%
Atopia	43%
Eosinofilia >300	39%
FEV1%	70+/- 17%
FEV1<70%	53%
Rinitis/polipos	52%
ACT<19	70%
Crisis/a >1	61%
Corticodependenc	26'8%
Omalizumab	28'5%

Tabla 1.

	NO OMALIZUMAB	SÍ OMALIZUMAB	P
Edad	57'8 +/-10'7	48'7+/-14	0'012
Inicio adulto	80%	44%	0'094
Atopia	30%	75%	0'002
Eosinofilia>300	48'4%	50%	0'587
Fev1%	70+/-18%	63+/-14	0'064
FEV1<70%	43'5%	85%	0'042
Rinitis/polipos	40'5%	43'8%	0'41

CONCLUSIONES

Los pacientes remitidos a consulta de AGNC muchos son corticodependientes, con una puntuación media en ACT baja (15), en más de la mitad obstrucción al menos moderada persistente. La mayoría son mujeres, con asma de inicio en edad adulta y casi la mitad no atópicos.

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN

Sede: HOTEL PUERTA DEL CAMINO

C/ Miguel Ferro Caaveiro, s/n
15703 Santiago de Compostela
Tel: 981 56 94 00

Fechas: 4 y 5 de noviembre de 2016

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	100 €

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Cancelaciones:

Hasta el 23/09/16:	Devolución del 100%
Hasta el 14/10/16:	Devolución del 90%
Después del 14/10/16:	Sin devolución

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 28 de octubre de 2016. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

HOTEL OFICIAL

	Habitación Individual	Habitación Doble
HOTEL PUERTA DEL CAMINO	85 €	92€

Precio por habitación y noche.

Desayuno e I.V.A. incluidos.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Hasta el 23/09/16	Devolución del 100%
Hasta el 14/10/16	Devolución del 90%
Después del 14/10/16	Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el 21 de octubre de 2016. A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaría técnica.

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente **ONLINE**, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

COMUNICACIONES

La fecha límite para el envío de comunicaciones es el 15 de septiembre de 2016. Podrá consultar las normas y hacer el envío a través de: www.sogapar.info

RESTAURACIÓN

Almuerzo de trabajo. El viernes, 4 de noviembre, de 13.30 a 16.00 horas, en el Hotel Puerta del Camino, sede de la reunión.

Cena del congreso. Se celebrará el viernes, 4 de noviembre, a las 22.00 horas en Finca da Rocha (Rúa Volta Carroza 34-40). La organización facilitará traslado en autobús desde la sede de la reunión.

ORGANIZA



ACREDITACIÓN



Solicitada acreditación.
Pendiente resolución

INFORMACIÓN Y SECRETARÍA TÉCNICA



C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113

www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com

PLANO STANDS

1. GRIFOLS MOVACO
2. BOEHRINGER - INGELHEIM
3. ROCHE FARMA
4. GEBRO PHARMA
5. OXIMESA
6. GLAXOSMITHKLINE
7. SANDOZ
8. GASMEDI
9. ASTRAZENECA
10. ESTEVE

HOTEL PUERTA DEL CAMINO
Planta -1



COLABORADORES



GRUPO
MENARINI

www.menarini.es



SANDOZ A Novartis
Division



GRIFOLS



TEVA

Respiratory



LEO



Investigamos para crecer en salud

