

XLVI REUNIÓN ANUAL

SOGAPAR

XXXIII REUNIÓN GALAICO DURIENSE

OURENSE • 15 - 16 noviembre 2019

Sede Centro Cultural Marcos Valcarcel



PROGRAMA DEFINITIVO

WWW.SOGAPAR.INFO

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Pedro Jorge Marcos Rodríguez

Vicepresidenta: Dr. José Eduardo Rivo Vázquez

Secretaria: Dra. Olalla Castro Añón

Tesorero: Dr. Abel Pallarés Sanmartín

Vocal de A Coruña: Dra. Paz Valiño López

Vocal de Ferrol: Dr. Uxío Calvo Álvarez

Vocal de Lugo: Dra. María Pilar Sanjuan López

Vocal de Ourense: Dra. María Luz Santalla Martínez

Vocal de Pontevedra: Dr. Adolfo Baloi Villar

Vocal de Santiago: Dr. Jorge Ricoy Gabaldón

Vocal de Vigo: Dra. Ana Cobas Paz

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente de honor: Dr. José Abal Arca

Vocales:

Dra. Adelaida Acuña Fernández

Dr. José Manuel Alvarez Torres

Dr. Darío Alexander Cruz Chamorro

Dra. María Gabriela Cortez Montero

Dra. Raquel Dacal Quintas

Dr. Hugo Gómez Márquez

Dra. Coral González Fernández

Dr. Armando González López

Dra. Paula Iglesias Ramos

Dra. Isaura Parente Lamelas

Dr. Jaime Pavón Freire

Dr. Abel Rodríguez Canal

Dra. Mari Luz Santalla Martínez

Dra. Marta Torres Sánchez

Dr. Manuel Tumbeiro Nóvoa

VIERNES 15 DE NOVIEMBRE

09.30 - 10.00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

10.00 - 11.00 COMUNICACIONES PÓSTER

Moderadores:

Dr. Santiago Rodríguez-Segade Alonso. *Neumólogo.*
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dra. Raquel Dacal Quintas. *Neumóloga.*
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

POSTER N° 1

IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA ANTITABACO EN PACIENTES EPOC INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

Cruz Chamorro, Darío; Torres Sánchez, Marta; López Pereiro, Olaya; Álvarez Torres, José Manuel; Rodríguez Canal, Abel; Gómez Márquez, Hugo; Acuña Fernández, Adelaida; Abal Arca, José
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

POSTER N° 2

ISOLAMENTOS MICROBIOLÓGICOS E ANTIBIOTERAPIA NAS EXACERBAÇÕES DE DPOC COM NECESSIDADE DE INTERNAMENTO

Gigante, Ana Rita; Tinoco, Eduarda Milheiro; Shiang, Teresa; Marçôa, Raquel; Silva, Eloisa; Vanzeller, Manuela; Ribeiro, Carla
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

POSTER N° 3

REGISTRO RADIOLÓGICO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)

Cobas Paz, Ana; Corbacho Abelaira, M^a Dolores; Iglesias Río, Fernando; Trinidad López, Carmen; Delgado Sánchez, Carlos; González Carril, Fernando
Hospital POVISA. Vigo

POSTER N° 4

TRANSMISIÓN NOSOMIAL DEL VIRUS DE LA GRIPE EN EL HOSPITAL LUCUS AUGUSTI

Veiga Teijeiro, Iria; Suárez Valor, María; Guzmán Peralta, Indhira; Martín Robles, Irene; Sanjuán López, Pilar; Pérez de Llano, Luis
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

POSTER N° 5

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN RECIENTE DE EPOC

Pou Álvarez, Cristina; Toubes Navarro, María Elena; García Pazos, José Manuel; Álvarez Dobaño, José Manuel; Ricoy Gabaldón, Jorge; Rábade Castedo, Carlos; Rodríguez Núñez, Nuria; Lama López, Adriana; Sanz Anchelergues, Luis; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

POSTER N° 6

BIÓPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR FLUORO-TC DE NÓDULOS PULMONARES PEQUEÑOS ($\leq 15\text{MM}$) - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Gigante, Ana Rita; Silva, Margarida; Rocha, Diogo; Pereira, Tiago

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

POSTER N° 7

AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À DISTINÇÃO CLÍNICA ENTRE ACO E DPOC

Pimenta, Ana; Carneiro, Alexandre; Rodrigues, Inês; Ribeiro, Liliana; Pinto, Cláudia; Vale, Artur; Apolinário, Dulce; Noya, Rafael; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real

POSTER N° 8

VALOR DIAGNÓSTICO DA BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NA INVESTIGAÇÃO DE HEMOPTISE

Helena, Sara Sofia; Afonso, Miguel; Rodrigues, Inês; Silva, Joelma; Gomes, Teresa; Noya Martinez, Rafael; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

POSTER N° 9

PNEUMONIA EM LAR, A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Tinoco, Eduarda M.; Fonseca, Ana; Maria, Figueiredo; Ana R., Gigante; Eloísa, Silva; Teresa, Shiang; Manuela, Vanzeller; Carla, Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

POSTER N° 10

INDIVIDUAL CONDITIONS AND CLINICAL RESPONSE IN PNEUMOCYSTIS JIROVECII PNEUMONIA: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Helena, Sara Sofia; Afonso, Miguel; Gomes, Teresa; Pinto, Cláudia; Rodrigues, Inês; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

POSTER N° 11

CURRENT THERAPEUTIC APPROACH FOR LATE ONSET ASTHMA PATIENTS

Pimenta, Ana Cláudia(1); Brandão, Maria(1); Marques, Catarina(2); Noya, Rafael(1); Pascoal, Ivone(2); Machado, Daniela(2); Franco, Inês(2); Ladeira, Inês(2); Lima, Ricardo(2)
 (1)Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro
 (2)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

POSTER N° 12

PREVALENCIA E INFRADIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL ÁREA DE FERROL

Rodríguez-Segade Alonso, Santiago; Nieto Codesido, Irene; Mengual Macenlle, Noemi; Calvo Álvarez, Uxío; Brun Otero, Miguel; Mejuto Martí, María José; Diego Roza, Carmen
 Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

POSTER N° 13

VALOR DIAGNÓSTICO DA MEDIASTINOSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS

Heleno, Sara Sofia(1); Lareiro, Susana(2); Rei, Joana(2); Fernandes, Pedro(2); Gomes, Teresa(1); Guerra, Miguel(2)
 (1)Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro
 (2)Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

11.00 - 11.30 Pausa - Café

11.30 - 13.30 COMUNICACIONES ORALES

Moderadores:

Dra. Iria Vidal García. *Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Dra. Carlota Rodríguez García. *Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*

LA DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DE EPOC

Repesas Repesas, Cristina(1); Fernández García, Sara(1); Priegue Carrera, Ana(1); González Fariña, Marcos(1); Ruano Raviña, Alberto(2); Botana Rial, Maribel(1); Domínguez Pérez, Paula(1); Fernández Villar, Alberto(1)

(1)Grupo NeumoVigo I+i. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

(2)Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS O BIOQUÍMICAS DEL LÍQUIDO PLEURAL PARA PREDECIR PULMÓN ATRAPADO (PA)

Botana Rial, Maribel(1); Núñez Delgado, Manuel(1); Núñez Arias, Javier(2); Lojo Rodríguez, Irene(1); Vilariño Pombo, Carlos(1); Leiro Fernández, Virginia(1); Fernández-Villar, Alberto(1)

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

(2)Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

ANTIBIOTERAPIA PARENTERAL EN PERFUSIÓN CONTINUA EXTRAHOSPITALARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

Lourido Cebreiro, Tamara; Pou Álvarez, Cristina; Rodríguez Moure, Judith; Pereiro Brea, Tara; Palacios Bartolomé, Ana; Abelleira París, Romina; Riveiro Blanco, Vanessa; Casal Mouriño, Ana; González Barcala, Francisco Javier; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN EPOC: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y EFICACIA DE ANTIBIÓTICOS INHALADOS

Méndez Salazar, Francisco; Blanco-Aparicio, Marina; Domínguez Pazos, Santiago de Jorge; Fernández Marrube, María del Mar; Valiño López, Paz; Elguezabal Bilbao, Elena; Villar Aguilar, Laura; Vidal García, Iria; Montero Martínez, Carmen

Servicio de Neumología Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO MOFETILO (MMF) EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES (EPI): EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

Lojo Rodríguez, Irene(1); Botana Rial, Maribel(2); Mouronte Roibás, Cecilia(1); Leiro Fernández, Virginia(2); González Montaos, Almudena(1); Aguiar Álvarez, Noelia(2); Yesayan, Artur(1); Ramos Hernández, Cristina(2); López-Gil Otero, Mar(1); Fernández Villar, Alberto(2)

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

(2) Área Sanitaria de Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DE UN NUEVO PROTOCOLO EXPLORATORIO CON PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA. ESTUDIO PRELIMINAR

Ramos Hernández, Cristina(1); Botana Rial, Maribel(1); Mouronte Roibás, Cecilia(1); Núñez Fernández, Marta(1); Caldera Díaz, Adriana(2); Chávarri Ibáñez, Elena(2); Fernández Villar, Alberto(1)

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

(2)Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA REGLADA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR AGUDIZACIÓN DE ASMA Y EPOC

Ramos Hernández, Cristina(1); Botana Rial, Maribel(1); Mouronte Roibás, Cecilia(1); Núñez Fernández, Marta(1); Caldera Díaz, Adriana(2); Chávarri Ibáñez, Elena(2); Fernández Villar, Alberto(1)

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

(2)Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA VMNI (BIPAP LUMIS) DE PACIENTES TELEMONITORIZADOS EN EL DOMICILIO

González Alonso, Julia(1); Corbacho Abelaira, M^a Dolores(2); Cobas Paz, Ana(2); Iglesias Río, Fernando(2)

(1)OXIMESA

(2)Hospital POVISA. Vigo

¿ES SEGURO PASAR DE VENTILACIÓN NO INVASIVA A CPAP EN PACIENTES CON SÍNDROME HIPOVENTILACIÓN OBESIDAD Y SAHS ASOCIADO?

Riveiro Blanco, Vanessa; Mascareñas Pazos, Pablo; Ricoy Gabaldón, Jorge; Rodríguez Núñez, Nuria; Lourido Cebreiro, Tamara; Zamarrón Sanz, Carlos; Lago Quintero, José Ramón; Casal Mouriño, Ana; Pou Álvarez, Cristina; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

IMPACTO CLÍNICO Y ASISTENCIAL DEL SUERO HIPERTÓNICO AL 5,8% (SSH 5,8%) NEBULIZADO EN PACIENTES CON HIPERSECRECIÓN BRONQUIAL

González Montaos, Almudena; Ramos Hernández, Cristina; Lojo Rodríguez, Irene; Núñez Fernández, Marta; Aguiar Álvarez, Noelia; Yesayan, Artur; Fernández Villar, Alberto

Servicio de Neumología. H. Álvaro Cunqueiro, Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

EXPERIENCIA DE 20 AÑOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN GALICIA

De la Torre Bravos, Mercedes; Fernández Prado, Ricardo; Delgado Roel, María; Otero González, Isabel; Bonome González, César; Fieira Costa, Eva; Paradelo de la Morena, Marina; Fernández Vago, Luis; Peña González, Emilio; Montero Martínez, Carmen

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

NAVEGACIÓN VIRTUAL EN LA BRONCOSCOPIA CON BIOPSIAS TRANS-BRONQUIALES (BTB) GUIADAS POR FLUOROSCOPIA: EXPERIENCIA INICIAL

Lojo Rodríguez, Irene(1); Botana Rial, Maribel(2); Núñez Delgado, Manuel(1); Leiro Fernández, Virginia(2); Vilariño Pombo, Carlos(1); Cuña Delgado, Mercedes(2); González Montaos, Almudena(1); Aguiar Álvarez, Noelia(2); Yesayan, Artur(1); Fernández Villar, Alberto(2)

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

(2) Área Sanitaria de Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

EXACERBACIONES GRAVES EN EPOC POR TABACO Y POR HUMO DE BIOMASA

Veiga Teijeiro, Iria; Suárez Valor, María; Guzmán Peralta, Indhira; Golpe Gómez, Rafael
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE BRONQUIECTASIAS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE NEUMOLOGÍA DE OURENSE

Dacal Quintas, Raquel; Nogueira Senties, David; Abal Arca, Jose
Complejo Hospitalario Universitario Ourense

CAPACIDAD DE DIVERSAS VARIABLES FUNCIONALES PARA PREDECIR MORTALIDAD EN LA EPOC

Guzmán Peralta, Indhira; Suárez Valor, María; Veiga Teijeiro, Iria; Golpe Gómez, Rafael
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

TRATAMIENTO DE LA PROTEINOSIS PULMONAR. PAPEL DEL LAVADO PULMONAR TOTAL

Vidal García, Iria; Elguezabal Bilbao, Elena; Méndez Salazar, Francisco; Pereiro Brea, Tara; Souto Alonso, Ana; Domínguez Pazos, Santiago de Jorge; Villar Aguilar, Laura; Montero Martínez, Carmen

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

13.30 - 14.00 REUNIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO SOGAPAR

- EPID - PLANTA -1
- EPOC - PLANTA 2
- ASMA - PLANTA 2
- VENTILACIÓN Y SUEÑO - PLANTA 2

14.00 - 16.00 Comida de trabajo

16.00 – 17.30 MESA CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM)**Moderadores:**

Dr. José Eduardo Rivo Vázquez. *Cirujano torácico. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*

Dra. Dolores Corbacho Abelaira. *Neumóloga. Hospital POVISA, Vigo*

Inmunoterapia en CPNM

Dr. José Luis Firvida Pérez. *Oncólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

Cirugía del CPNM estadios I/II: últimas evidencias

Dr. Ricardo Fernández Prado. *Cirujano torácico. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Cirugía del CPNM estadio IIIA/IIIB: indicaciones

Dra. Montserrat Blanco Ramos. *Cirujana torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

17.30 – 18.00 CONFERENCIA RODRÍGUEZ SUÁREZ**Moderador:**

Abel Rodríguez Canal. *Neumólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

Tabaquismo en la Península Ibérica

Dr. Juan Antonio Riesco Miranda. *Neumólogo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres*

18.00 – 18.30 Pausa – Café**18.30 – 19.00 INAUGURACIÓN OFICIAL****19.00 – 20.00 MESA HIPERTENSIÓN PULMONAR****Moderadores:**

Dra. Olalla Castro Añón. *Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo*

Hipertensión Pulmonar y embarazo

Dr. Carlos Vilariño Pombo. *Neumólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica: tratamiento y pronóstico

Dr. Mário Santos. *Cardiólogo. Hospital Santo Antonio. Porto*

20.15 – 21.15 ASAMBLEA SOGAPAR**21.30 Cena**

SÁBADO 16 DE NOVIEMBRE

9.30 - 11.00 MESA INFECCIONES PULMONARES

Moderadores:

Dra. Marina Blanco Aparicio. *Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Dr. João Cordeiro Da Costa. *Neumólogo. Centro Hospitalar de Leiria*

NAC en pacientes de residencias sociosanitarias.

Dra. Carla Farinha Ribeiro. *Neumóloga. Centro Hospitalario de Vila Nova de Gaia*

Bronquiectasias no FQ: factores de riesgo para patógenos multirresistentes

Dra. Rosario Menéndez Villanueva. *Neumóloga. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia*

Infección fúngica en Bronquiectasias no FQ

Dr. Luis Máiz Carro. *Neumólogo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

11.00 - 11.30 Pausa - Café

11.30 - 13.00 MESA PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA

Moderadores:

Dr. José Manuel García Pazos. *Neumólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*

Dra. Nagore Blanco Cid. *Neumóloga. Complejo Hospitalario de Pontevedra*

Asma grave no controlada: más allá de la eosinofilia

Dr. David Dacal Rivas. *Neumólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo*

EPOC en mujeres: características diferenciadoras

Dra. María Torres Durán. *Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

EPISCAN II: avance de resultados

Dr. Juan José Soler Cataluña. *Neumólogo. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia*

COMUNICACIONES ORALES

LA DEPENDENCIA PARA ACTIVIDADES COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DE EPOC

Represas Represas, Cristina⁽¹⁾; Fernández García, Sara⁽¹⁾; Priegue Carrera, Ana⁽¹⁾; González Fariña, Marcos⁽¹⁾; Ruano Raviña, Alberto⁽²⁾; Botana Rial, Maribel⁽¹⁾; Domínguez Pérez, Paula⁽¹⁾; Fernández Villar, Alberto⁽¹⁾

(1) *Grupo NeumoVigo I+i. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

(2) *Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).*

INTRODUCCIÓN: Apenas existe evidencia acerca de si la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o instrumentales (AIVD) pueden ser predictores de mortalidad tras una agudización grave de EPOC (AEPOC). Además, no se ha evaluado si su inclusión en un score multidimensional pueda mejorar esa predicción de la mortalidad.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo de cohortes, con seguimiento de pacientes tras el alta por AEPOC y análisis multivariante de variables clínico-demográficas y de dependencia (índices Barthel y Lawton&Brody) predictoras de mortalidad. Se generaron 3 scores (incluyendo o no la dependencia para las ABVD y AIVD) que se compararon entre ellos y con otros índices multidimensionales de uso habitual (BODEx, ADO, DOSE, CODEx).

RESULTADOS: Se incluyeron 247 pacientes, edad 68,8 (9,6) años, 58 (23,5%) mujeres, FEV1 42,1±14,2%; 112 (45%,3) y 195% (72,4%) con alguna dependencia para ABVD y AIVD. La supervivencia fue de 631,7 (258,8) días, IC95% 60-912 días. Fallecieron 54 (21,9%, IC95% 17-27) pacientes. La edad >60 años, FEV1 <50% y puntuación en Charlson =3 fueron predictores independientes en los 3 modelos generados. La dependencia para las ABVD y las AIVD fueron predictores en cada uno de los modelos en los que se incluyeron. El score 1 que incluía la dependencia para las ABVD presentó la mejor capacidad predictiva (AUC=0,818, IC95% 0,757-0,879) (figura, izquierda) y su estratificación en terciles permitió diferenciar grupos de mayor riesgo de fallecimiento desde el inicio del seguimiento ($p < 0,01$) (figura, derecha).

CONCLUSIONES: La dependencia para las actividades de la vida diaria, especialmente las más elementales, es un predictor independiente de mortalidad tras una AEPOC grave, comparable a variables clínicas. Su inclusión en scores multidimensionales mejora de forma clara su capacidad predictiva.

“Este trabajo ha sido financiado por: SOGAPAR, SEPAR 456/2017, FIS-ISCIII PI18/O1317 (FEDER) y Laboratorios Menarini”

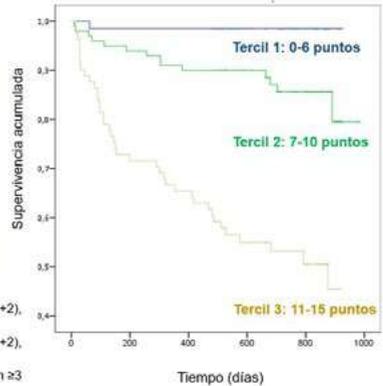
	Score 1 AUC = 0,818 (IC95% = 0,757-0,879)	Score 2 AUC = 0,776 (IC95% = 0,771-0,842)
Score 3 AUC = 0,759 (IC95% = 0,688-0,831)	0,01	0,25
BODEx AUC = 0,698 (IC95% = 0,618-0,778)	< 0,01	0,03
CODEx AUC = 0,712 (IC95% = 0,635-0,789)	< 0,01	0,05
ADO AUC = 0,718 (IC95% = 0,642-0,793)	< 0,01	0,09
DOSE AUC = 0,695 (IC95% = 0,614-0,776)	< 0,01	0,03

Score 1: Edad >60 años (+4), IMC ≤21 (+2), FEV1 <50% (+3), Índice Charlson ≥3 (+2), dependencia índice de Barthel (+4).

Score 2: Edad >60 años (+4), IMC ≤21 (+2), FEV1 <50% (+3), Índice Charlson ≥3 (+2), oxigenoterapia domiciliaria (+2), dependencia Índice de Lawton y Brody (+4).

Score 3: Edad >60 años (+5), disnea según mMRC >2 (+2), FEV1 <50% (+3), Índice Charlson ≥3 (+2), oxigenoterapia domiciliaria (+2).

Supervivencia tras la agudización grave según Score 1 estratificada en terciles



ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLOGICAS O BIOQUÍMICAS DEL LÍQUIDO PLEURAL PARA PREDECIR PULMÓN ATRAPADO (PA)

Botana Rial, Maribel⁽¹⁾; Núñez Delgado, Manuel⁽¹⁾; Núñez Arias, Javier⁽²⁾; Lojo Rodríguez, Irene⁽¹⁾; Vilariño Pombo, Carlos⁽¹⁾; Leiro Fernández, Virginia⁽¹⁾; Fernández-Villar, Alberto⁽¹⁾

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

(2) Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: El PA o en proceso de atrapamiento es una complicación frecuente de pacientes con DP y su diagnóstico precoz es clave. Podemos predecirlo cuando existe ausencia de re-expansión y/o elastancia pleural $>14,5$ y/o presión pleural (PP) -20 . Para el diagnóstico durante la toracocentesis evacuadora (TE) es necesario realizar una manometría, aunque esta técnica no se utiliza de rutina. Objetivo: analizar si es posible predecir PA en base características clínicas, bioquímicas, y radiológicas antes de la TE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de pacientes sometidos a TE. Ésta fue realizada neumólogos expertos y con manometría pleural simultánea. Se finalizó la TE si aparecía tos persistente y/o dolor y/o una PP negativa o cese de salida de líquido. Se compararon los resultados entre pacientes con PA y pulmón expandible.

RESULTADOS: Se incluyeron 49 pacientes, 11 (22,4%) con PA: 5 por ausencia de re-expansión, 5 por elastancia $>14,5$ y 1 por PP -20 . El DP maligno fue más frecuente en el grupo de PA (81,8% vs 42%; $p=0,03$). No encontramos diferencias entre las características del líquido pleural, radiológicas (cuantía/ engrosamiento TC) o síntomas (disnea/dolor pleurítico) antes de la TE. La PP final fue menor en pacientes con PA (-4 (-14 - -3) vs -2 (-4 - 0); $p=0,001$) y no hubo diferencias en el volumen drenado. Aunque sin diferencias significativas, el número de pacientes con DP $>1/3$ en la radiografía post-TE fue mayor en PA (45% vs 27%) al igual que el dolor como motivo de finalizar (45% vs 15%). La tos post-TE no se relacionó con la presencia de PA. El n.º de TE posteriores fue similar (36% vs 39%), aunque los casos con PA recibieron más tratamientos definitivos (63% vs 34%; $p=0,09$).

CONCLUSIONES: La identificación de un PA o en proceso de atrapamiento no puede sospecharse de forma fiable en base a características clínico-radiológicas o bioquímicas.

En este estudio, la manometría no predijo el desarrollo de complicaciones post-toracocentesis, a pesar de que la PP final fue significativamente menor en los pacientes con PA.

El DP maligno es una de las causas más frecuentes.

ANTIBIOTERAPIA PARENTERAL EN PERFUSIÓN CONTINUA EXTRAHOSPITALARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

Lourido Cebreiro, Tamara; Pou Álvarez, Cristina; Rodríguez Moure, Judith; Pereiro Brea, Tara; Palacios Bartolomé, Ana; Abelleira Paris, Romina; Riveiro Blanco, Vanessa; Casal Mouriño, Ana; González Barcala, Francisco Javier; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Las exacerbaciones de EPOC y bronquiectasias generan elevados costes. La literatura apoya el uso domiciliario antibiótico intravenoso para una amplia variedad de infecciones ya que se reducen costes, complicaciones nosocomiales y mejora la calidad de vida. También se ha demostrado que la ceftazidima y la piperacilina/tazobactam en perfusión continua, son eficaces y seguras.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de la terapia antibiótica domiciliaria intravenosa pautada desde el hospital de día de respiratorio (HDER) para el tratamiento de las exacerbaciones de EPOC y bronquiectasias.

MÉTODO: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes tratados ambulatoriamente con infusor de ceftazidima o piperacilina/tazobactam desde septiembre de 2017 a septiembre de 2019. Se analizan las características demográficas, síntomas, microbiología del esputo, respuesta clínica y complicaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 episodios de exacerbación pertenecientes a 26 pacientes. La edad media fue 62 años (DE, 13) y un 51,7% eran varones. 21 pacientes presentaban bronquiectasias y 5 estaban diagnosticados de EPOC (sin bronquiectasias documentadas por TAC). En 24/29 (83%) episodios se prescribió infusor de ceftazidima y en 5/29 (17%) piperacilina/tazobactam asociados ambos a amikacina en dosis única matutina. El microorganismo tratado con mayor frecuencia 24/29 (83%) fue la pseudomona y en el 11 (41%) el paciente presentaba infección crónica. Solo 2 enfermos habían iniciado dicho tratamiento durante la hospitalización y lo continuaron en el HDER. Los síntomas referidos fueron: aumento de la disnea 26 (90%), tos y broncorrea 29 (100%), fiebre 9 (31%), hemoptisis 1 (3,5%) y dolor torácico 8 (27,6%). Todos los pacientes presentaron mejoría clínica con el tratamiento y solo 1 caso necesitó ingreso por hemoptisis. En el 16 ocasiones (55%) se objetivó negativización microbiológica del esputo.

CONCLUSIÓN: La administración intravenosa de antibióticos extrahospitalaria para exacerbaciones de EPOC y bronquiectasias es clínicamente eficaz y segura en pacientes seleccionados, lo que permite su manejo ambulatorio.

Antibiótico en perfusión continua:



INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN EPOC: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y EFICACIA DE ANTIBIÓTICOS INHALADOS.

Méndez Salazar, Francisco; Blanco-Aparicio, Marina; Domínguez Pazos, Santiago de Jorge; Fernández Marrube, María del Mar; Valiño López, Paz; Elguezabal Bilbao, Elena; Villar Aguilar, Laura; Vidal García, Iria; Montero Martínez, Carmen

Servicio de Neumología Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: Las guías actuales consideran la indicación de antibióticos inhalados en la infección bronquial crónica (IBC) por *Ps. aeruginosa* en pacientes con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (BQ no FQ). Sin embargo, existen pocos datos hasta el momento en pacientes con EPOC con IBC por microorganismos potencialmente patógenos (MPP).

OBJETIVO: Analizar las características de los pacientes con EPOC tratados con antibióticos inhalados por IBC con MPP y la eficacia sobre la reducción de agudizaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre todos los pacientes tratados con antibióticos inhalados desde el 11/10/2010 hasta el 12/11/2018 se seleccionaron 23 pacientes que tenían diagnóstico de EPOC y que no habían recibido modificación en su tratamiento de base en el último año. Se recogieron variables clínicas y socio-demográficas: edad, sexo, IMC, función pulmonar, nº esputos cultivados, MPP aislados, nº exacerbaciones en los 2 años previos, nº exacerbaciones el año previo y posterior al inicio del antibiótico inhalado. Las variables cualitativas se expresan con valor y porcentaje. Las variables cuantitativas como media + DE. Se utilizó el paquete estadístico SPSS vs 22.

RESULTADOS: Todos los pacientes recibían antibiótico inhalado debido a IBC por *P. aeruginosa*, excepto 1 paciente que presentaba *E. coli*. Las principales características pueden observarse en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

1. Un alto porcentaje de pacientes con EPOC tratados con antibióticos inhalados tienen obstrucción grave y precisan oxígeno y/o VMNI
2. Todos los pacientes reciben triple terapia inhalada y un 69% recibían azitromicina previa
3. Aproximadamente la mitad de los pacientes tenían BQ demostradas en TACAR
4. El antibiótico inhalado disminuye significativamente las agudizaciones en los pacientes con EPOC

Edad, media \pm DE, rango, años	72 \pm 7,9 (58-85)
Sexo, n(%) varones	20 (87)
IMC, media \pm DE, rango, Kg/m ²	26,3 \pm 2,8 (20,6-31,6)
Tabaco, paquetes-años	56 \pm 24 (25-120)
Expectoración diaria, n (%)	14 (61)
Expectoración purulenta/mucopurulenta, n (%)	15 (39)
Disnea MRC \geq 2, n (%)	19 (82,6)
Bronquiectasias, n (%)	10 (41,8)
Azitromicina, n (%)	16 (69,6)
LAMA+LABA+CI	23 (100)
Roflumilast, n (%)	3 (13)
Oxígeno, n (%)	11 (47,8)
VMNI, n (%)	13 (56,5)
PBD, media \pm DE	4,2 \pm 4,3 (1-15)
FEV1, % predicho, rango	39,5 \pm 13,8 (25-71)
FEV1 < 50%, n (%)	18 (81,8)
FEV1 < 35%, n (%)	12 (54,5)
Exacerbaciones año previo, media \pm DE	3,26 \pm 3,04
Ingresos año previo, media \pm DE	1,22 \pm 1,27
Total exacerbaciones año previo, media \pm DE	4,48 \pm 3,87

Variable	Año previo inicio Ab inhalado	Año posterior al inicio Ab inhalado	p
Exacerbaciones, media \pm DE	3,05 \pm 3,1	1,74 \pm 2,86	0,017
Ingresos, media \pm DE	0,95 \pm 1,17	0,74 \pm 1,04	0,007
Total, media \pm DE	4 \pm 3,8	2,47 \pm 3,7	0,01

TRATAMIENTO CON MICOFENOTALO MOFETILO (MMF) EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES (EPI): EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

Lojo Rodríguez, Irene⁽¹⁾; Botana Rial, Maribel⁽²⁾; Mouronte Roibás, Cecilia⁽¹⁾; Leiro Fernández, Virginia⁽²⁾; González Montaos, Almudena⁽¹⁾; Aguiar Álvarez, Noelia⁽²⁾; Yesayan, Artur⁽¹⁾; Ramos Hernández, Cristina⁽²⁾; López-Gil Otero, Mar⁽¹⁾; Fernández Villar, Alberto⁽²⁾

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

(2) Área Sanitaria de Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

INTRODUCCION: El tratamiento con fármacos citotóxicos como MMF, debe considerarse en determinadas EPI cuando existe progresión o efectos secundarios de los corticoides. La evidencia publicada es escasa y muy heterogénea.

OBJETIVO: Analizar la efectividad y seguridad del MMF tras tratamiento con corticoides en las EPI.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes de la consulta monográfica de EPI con tratamiento de MMF tras discusión en comité multidisciplinar. Se registraron variables clínico-epidemiológicas, funcionales, radiológicas, dosis media de corticoides antes de iniciar MMF. Se analizaron los efectos secundarios y comparamos los cambios clínicos y funcionales, número de ingresos y visitas a urgencias en aquellos con tratamiento mínimo de 6 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 21 pacientes, 12 mujeres (57,1%), 67,6±8,3 años. La etiología más frecuente fue la neumonitis por hipersensibilidad crónica, 16 (76,2%) casos. 15 (71,4%) pacientes presentaban fibrosis en la TC. La FVC antes del tratamiento fue 67,8±22,7% y DLCO 51,71 ± 17,4%. La dosis media de corticoides previa fue de 17,2±10mg. En 3 (19%) pacientes se describieron efectos secundarios, mayoritariamente gastrointestinales y se suspendió. Un paciente falleció al mes por exacerbación y 6 pacientes llevaban menos de 6 meses con tratamiento. De los 11 incluidos en el análisis, en 9 (81,8%) se objetivó mejoría de la disnea y en todos estabilidad funcional (FVC de 65,6±17,5% y DLCO de 48,0±17,7%).

En la tabla 1 se representa el número de ingresos y visitas a urgencias.

CONCLUSIONES: El MMF puede ser una buena alternativa en las EPI no FPI con mala respuesta al tratamiento con corticoides. Es un fármaco seguro y se asocia con una mejoría clínica y estabilidad funcional. Aunque un paciente ingreso por exacerbación y falleció, en un alto porcentaje objetivamos un descenso de visitas a urgencias.

Tabla 1. Comparación de ingresos y asistencias a urgencias antes y después del tratamiento con micofenolato al menos 6 meses.

Variable	Previo a MMF	Posterior a MMF
Nº de pacientes con al menos un ingreso	6 /11 (54,5%)	0
Media de ingresos	0,91 ± 1,4	0
Nº de pacientes con al menos una asistencia a urgencias hospitalarias	6/11 (54,5%)	2/11 (18,2%)
Media de asistencia a urgencias hospitalarias	1,64±3,2	0.18±0,4
Nº de pacientes con asistencias al PAC	10/11 (90,9%)	3/11 (27,3%)
Media de asistencias a PAC	3,36 ± 2,6	0,45±0,9

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DE UN NUEVO PROTOCOLO EXPLORATORIO CON PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA. ESTUDIO PRELIMINAR

Ramos Hernández, Cristina⁽¹⁾; Botana Rial, Maribel⁽¹⁾; Mouronte Roibás, Cecilia⁽¹⁾; Núñez Fernández, Marta⁽¹⁾; Caldera Díaz, Adriana⁽²⁾; Chávarri Ibáñez, Elena⁽²⁾; Fernández Villar, Alberto⁽¹⁾

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

(2) Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

OBJETIVO: No existen protocolos validados para el estudio sistemático en ecografía torácica de pacientes hospitalizados en Unidades de Neumología, ya que los conocidos (p.ej. BLUE) lo han sido en unidades de críticos/urgencias, y se basan en la exploración en decúbito supino. Evaluamos la efectividad de nuevo método reglado de exploración en sedestación para pacientes hospitalizados en Neumología.

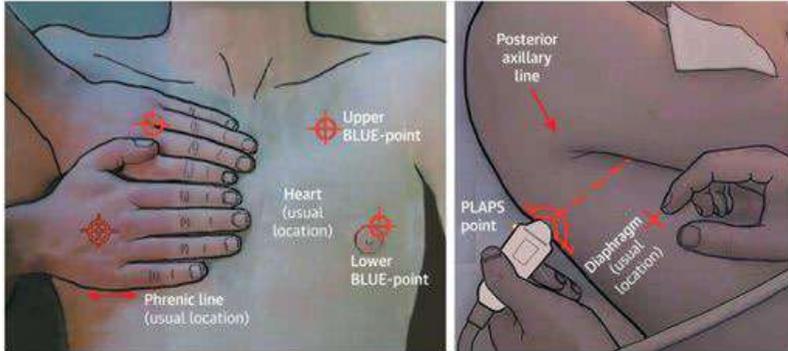
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo. Pacientes ingresados consecutivamente. Una neumóloga realizó el protocolo-BLUE y una exploración reglada visualizando todos los espacios intercostales en su cara anterior, lateral y posterior de ambos hemitórax con un transductor cóncavo de 3-5 Mhz y el paciente en sedestación. Se registraron los signos ecográficos y la validez diagnóstica de las dos exploraciones.

RESULTADOS: 55 pacientes con los diagnósticos al ingreso de agudización de EPOC 26 (47,3%), asma 3 (5,5%), bronquiectasias 7 (12,7%) y EPID 13 (2,6%). El 43% eran obesos. La exploración reglada aportó información respecto al protocolo-BLUE en 31 (56,3%): 20 (65,4%) condensación, 2 (6,6%) masas, 1(3,2%) empiema, 1(3,2%) tromboembolismo, 1(3,2%) atelectasia y en 6 (19,4%) bullas/engrosamiento pleural. En el protocolo-BLUE el punto de exploración individual que presentó mayor validez fue el PLASP-POINT: (sensibilidad 60%, VPN 43%) frente al punto en la exploración reglada a nivel paraescapular (PS-point) (sensibilidad 61,5%, VPN 92%).

CONCLUSIÓN: Este estudio preliminar parece demostrar que una exploración ecográfica reglada permite mejorar el diagnóstico en los pacientes hospitalizados. Describimos además un nuevo punto (PS-point) con mayor validez y seguridad diagnóstica.

BECA SOGAPAR 2018

Figura 1. Puntos BLUE (Bedside Lung Ultrasonography in Emergency)



Punto PLAPS (Posterolateral alveolar and/or pleural syndrome)



FIGURA 2 :

PS-point: Punto para escapular

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA REGLADA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR AGUDIZACIÓN DE ASMA Y EPOC

Ramos Hernández, Cristina⁽¹⁾; Botana Rial, Maribel⁽¹⁾; Mouronte Roibás, Cecilia⁽¹⁾; Núñez Fernández, Marta⁽¹⁾; Caldera Díaz, Adriana⁽²⁾; Chávarri Ibáñez, Elena⁽²⁾; Fernández Villar, Alberto⁽¹⁾

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

(2) Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

OBJETIVOS: La realización de una ecografía torácica de forma protocolizada en los pacientes hospitalizados por descompensación de patologías respiratorias podría mejorar la precisión diagnóstica, aunque la evidencia es limitada. Con este objetivo, llevamos a cabo el presente trabajo.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo descriptivo en el que se incluyeron pacientes que ingresaron en Planta de Neumología con el diagnóstico de agudización de EPOC o asma tras valoración inicial por neumólogo. A las 24 horas del ingreso, se realizó una ecografía reglada en sedestación con sonda convex de 3-5 MHz, siguiendo un protocolo predefinido incluyendo las áreas anatómicas a explorar, el orden y los signos ecográficos a identificar para establecer el diagnóstico ecográfico.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes, 23 (44,2%) mujeres, 63,5±15,73 años. 24 (46,2%) pacientes presentaban obesidad (IMC medio 30,3±6,2). 39 (75%) tenían diagnóstico de agudización de EPOC y 13 (25%) de asma. En 34 (65,4%) pacientes la ecografía aportó información adicional: en 22 (42,3%) la presencia de una consolidación, en 6 (11,5%) una ICC, en 2 (3,8%) datos de ambas, y en 6 (11,5%) otra información adicional inespecífica. Los diagnósticos ecográficos fueron confirmados con otras pruebas (biomarcadores como NT-proBNP, microbiológicos, ...), seguimiento o respuesta a tratamientos específicos.

CONCLUSIONES: La ecografía torácica realizada de forma protocolizada en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC o asma mejora la precisión diagnóstica al aportar información adicional en 2/3 de los pacientes. Su inclusión en los algoritmos de manejo podría disminuir la necesidad de pruebas complementarias o tratamientos innecesarios.

BECA SOGAPAR 2018

VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA VMNI (BIPAP LUMIS) DE PACIENTES TELEMONITORIZADOS EN EL DOMICILIO

González Alonso, Julia⁽¹⁾; Corbacho Abelaira, M^a Dolores⁽²⁾; Cobas Paz, Ana⁽²⁾; Iglesias Rio, Fernando⁽²⁾

(1) OXIMESA

(2) Hospital POVISA. Vigo

OBJETIVOS: Analizar la adherencia al tratamiento de los pacientes que utilizan BIPAP telemonitorizada (Lumis) en el domicilio.

Análisis de las variantes (visitas hospitalarias, ingresos, edad, sexo, fugas, IAH...) que puedan influir en el cumplimiento del tratamiento, así como patologías por las que se prescribe el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo de casos-control. Registro de pacientes dados de alta en Airview (base de datos Resmed). Inicio de registro 10/5/2016 hasta 1/9/2019. Se incluyeron 106 pacientes.

Estudio estadístico con análisis univariante de la variable principal (tiempo de uso), para posteriormente, intentar una regresión logística en el que se valoren otros posibles variables que puedan influir en dicho cumplimiento. Análisis mediante SSPS.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo I: Pacientes usuarios de BIPAP telemonitorizada LUMIS. Grupo II: pacientes usuarios de BIPAP no telemonitorizada. Los datos son proporcionados por Oximesa (empresa suministradora de TRD).

RESULTADOS: Se incluyeron 67 pacientes del grupo I y 39 del grupo II.

Grupo I: 37 mujeres (55.2%). Tratamiento por Hipoventilación 40 pacientes (59.7%) y 27 por EPOC. Presentan apneas residuales (IAH residual >10) 10 pacientes (14,9%), y Fugas (>25 l/minuto) 8 pacientes (11,9 %). La adherencia /día es de 5,8 horas de media. El número medio de visitas es de 3,43 y las hospitalización de 1,07 de media.

Grupo II: pacientes, 12 mujeres (30.7%). Tratamiento por hipoventilación 24 pacientes (61.5%) y 15 por EPOC. IAH y Fugas no se pueden valorar. La adherencia/día es de 5,5 horas de media. El número medio de visitas es de 3,56 y de hospitalización de 0.85.

CONCLUSIONES: No hay diferencias significativas en la adherencia, número de visitas o ingresos.

La telemonitorización permite conocer datos de la adecuada ventilación de los pacientes evitando las visitas domiciliarias y suponiendo un mejor manejo al poder actuar más precozmente sobre los fallos de ventilación

¿ES SEGURO PASAR DE VENTILACIÓN NO INVASIVA A CPAP EN PACIENTES CON SÍNDROME HIPOVENTILACIÓN OBESIDAD Y SAHS ASOCIADO?

Riveiro Blanco, Vanessa; Mascareñas Pazos, Pablo; Ricoy Gabaldón, Jorge; Rodríguez Núñez, Nuria; Lourido Cebreiro, Tamara; Zamarrón Sanz, Carlos; Lago Quinteiro, José Ramón; Casal Mouriño, Ana; Pou Álvarez, Cristina; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVO: Evaluar la seguridad al pasar de ventilación mecánica no invasiva (VNI) a CPAP en pacientes con síndrome hipoventilación obesidad (SHO) y síndrome apnea hipopnea del sueño (SAHS).

MÉTODOS: Estudio retrospectivo que analiza la evolución gasométrica, mortalidad e ingresos hospitalarios en pacientes con SHO en los que se pasó de VNI a CPAP. Los enfermos se reclutaron de la consulta monográfica de ventilación (enero 2016 a agosto 2019).

RESULTADOS: Se incluyeron 45 pacientes con SHO, de los que 41 (91%) tenían un SAHS acompañante [IAH medio 51,1 (DE 38,8)]. El SAHS era leve en 4 pacientes (10%), moderado en 8 (19%) y grave en 29 (71%). Del total, 31 (69%) eran mujeres con edad media de 65,8 (DE 13,1) y un índice masa corporal medio 46,1 (DE 8). El motivo de iniciar tratamiento con VNI o CPAP fue la persistencia de hipercapnia durante un ingreso hospitalario, o la presencia de SAHS grave. La pCO₂ media inicial fue de 54,9 mmHg (DE 7,5), que mejoraba hasta 43,2 mmHg (DE 5,6) tras el inicio de VNI o CPAP. En 37 pacientes (82%) se comenzó con VNI, y en 8 (18%) con CPAP. En el seguimiento, se realizó desescalada de VNI a CPAP en 22 sujetos (49%), de los que 19 tenían un SAHS grave acompañante. En el grupo de pacientes que se pasó a CPAP no hubo aumento de la mortalidad (p=0,284) ni de los ingresos hospitalarios (p=0,772), con una pCO₂ en el rango de la normalidad (pCO₂ media 43,4 mmHg).

CONCLUSIONES: el prototipo de paciente para realizar el paso de VNI a CPAP son mujeres obesas con SHO y SAHS grave y es seguro en pacientes seleccionados al no aumentar la hipercapnia basal, la mortalidad ni los ingresos hospitalarios.

IMPACTO CLÍNICO Y ASISTENCIAL DEL SUERO HIPERTÓNICO AL 5,8% (SSH 5,8%) NEBULIZADO EN PACIENTES CON HIPERSECRECIÓN BRONQUIAL

González Montaos, Almudena; Ramos Hernández, Cristina; Lojo Rodríguez, Irene; Núñez Fernández, Marta; Aguiar Álvarez, Noelia; Yesayan, Artur; Fernández Villar, Alberto

Servicio de Neumología. H. Álvaro Cunqueiro, Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

INTRODUCCIÓN: El suero salino hipertónico nebulizado 7% mejora el aclaramiento mucociliar, reduciendo exacerbaciones y mejorando la calidad de vida. Se desconoce si el SSH 5,8% ofrecería los mismos beneficios clínicos en pacientes con bronquiectasias y otras patologías hipersecretoras.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Incluimos todos los pacientes con una prueba de tolerancia a SSH5,8% realizada en un periodo de 20 meses con al menos un año de seguimiento evolutivo posterior. Se cuantificaron parámetros clínicos y asistenciales en los años previo/posterior al inicio del tratamiento.

RESULTADOS: 102 pacientes, 61(59,8%) mujeres, edad de 65(+13) años. Diagnóstico: 82 (80%) bronquiectasias, 7(6,8%) EPOC, 2(1,9%) asma, 1(0,9%) EPID y 10(9,8%) otros. 86(84,4%) disponían de cultivo de esputo valorable en el año previo, siendo positivo 69(80%). El cambio de FEV1 en la prueba de tolerancia fue +9,8(+104)cc.

La duración del tratamiento fue 248(+213) días. Se retiró antes de los 12 meses en 12(11,8%) por mejoría, 26(25,5%) por intolerancia y 9(8,8%) por ineficacia, manteniéndose en 52(51%). Tras iniciar el SSH5,8% se redujo la broncorrea en el 15%(p=0,001), el 6% los cultivos positivos(p=0,03), el 36% no necesitaron antibióticos(p=0,001), las asistencias a AP descendieron de 2,9 a 1,1(p=0,01), en urgencias de 0,35 a 0,17(p=0,09) y el número de ingresos de 0,17 a 0,06(p=0,05). El 40,3% mejoraron el FEV1 >100cc.

22(21,6%) recibieron sincrónicamente antibióticos nebulizados sin encontrar diferencias en los resultados por grupos de tratamiento. Agrupados según tolerancia, los resultados fueron mejores cuando el tratamiento pudo mantenerse.

CONCLUSIÓN: La nebulización de SSH5,8% en pacientes con hipersecreción bronquial es bien tolerada y tiene un destacable impacto clínico y asistencial.

EXPERIENCIA DE 20 AÑOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN GALICIA

De la Torre Bravos, Mercedes; Fernández Prado, Ricardo; Delgado Roel, María; Otero González, Isabel; Bonome González, César; Fieira Costa, Eva; Paradela de la Morena, Marina; Fernández Vago, Luis; Peña González, Emilio; Montero Martínez, Carmen

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO: Exponer los resultados de 20 años del programa de Trasplante Pulmonar, puesto que implica a los Servicios de Neumología de Galicia tanto en la remisión de receptores como en el seguimiento y atención de complicaciones postrasplante.

MÉTODOS: Desde el 21 de junio de 1999 al 21 de junio de 2019, se realizaron 659 trasplantes pulmonares, 237 (36%) unipulmonares y 422 (64%) bipulmonares. La edad media fue de 53 años (10-73), siendo el 65% hombres y el 35% mujeres.

INDICACIONES: fibrosis pulmonar 36%, EPOC 34%, bronquiectasias 7%, fibrosis quística 6%, silicosis 5%, retrasplante 3.5%, otros 8.5%.

El 67% de los receptores procedía de Galicia, 11% de otras comunidades y 22% de Portugal.

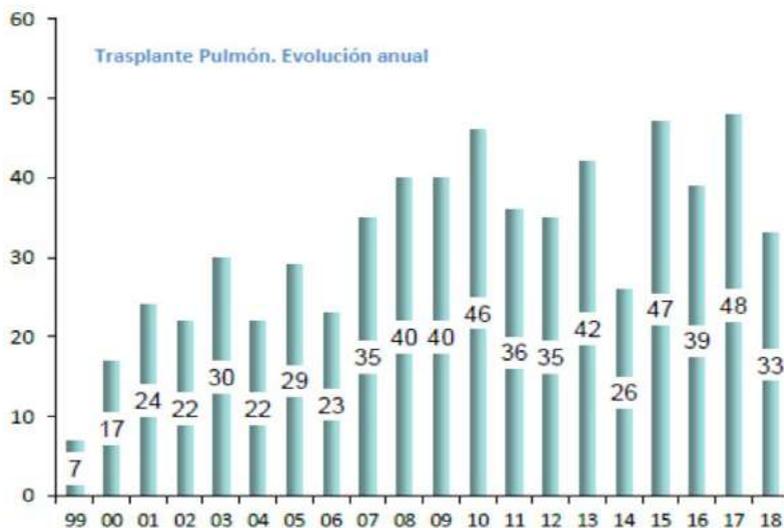
RESULTADOS: La patología con mejor supervivencia a 5 años es la fibrosis quística (69%), seguida de la EPOC (66%) y la peor para la fibrosis pulmonar (45%).

La supervivencia a 5 años del trasplante bipulmonar es del 59%, frente al 51% de unipulmonar. Para los hombres es del 54% y para las mujeres del 53%. En los pacientes menores de 60 años es del 58% y para los mayores de 60 años 44%.

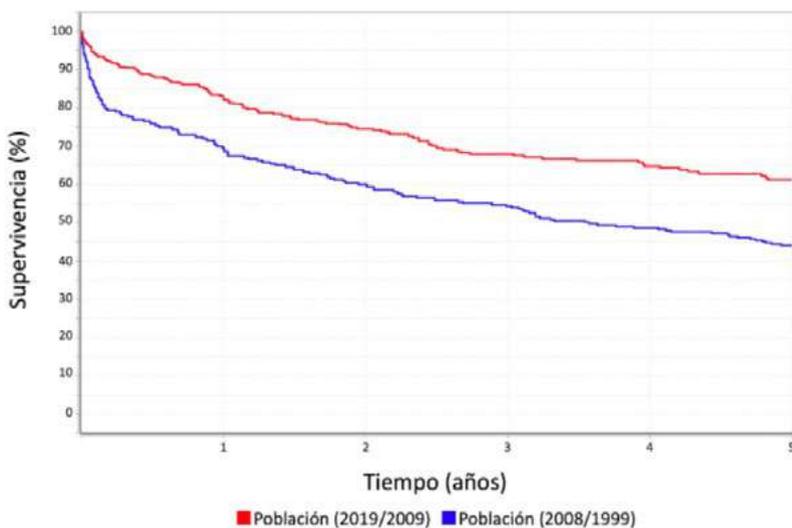
Si comparamos la supervivencia por etapas, de 1999 a 2008 es del 45% y de 2009 a 2019 es 61%.

CONCLUSIONES:

- El trasplante pulmonar es una alternativa de vida para pacientes con enfermedades pulmonares sin otra alternativa de tratamiento.
- Debemos ser cuidadosos en la indicación de trasplante en pacientes mayores de 60 años y con fibrosis pulmonar.
- Los resultados de nuestro programa son equiparables a otros grupos españoles y han mejorado en la última década.



Curvas de supervivencia



NAVEGACIÓN VIRTUAL EN LA BRONCOSCOPIA CON BIOPSIAS TRANSBRONQUIALES (BTB) GUIADAS POR FLUOROSCOPIA: EXPERIENCIA INICIAL

Lojo Rodríguez, Irene⁽¹⁾; Botana Rial, Maribel⁽²⁾; Núñez Delgado, Manuel⁽¹⁾; Leiro Fernández, Virginia⁽²⁾; Vilariño Pombo, Carlos⁽¹⁾; Cuña Delgado, Mercedes⁽²⁾; González Montaos, Almudena⁽¹⁾; Aguiar Álvarez, Noelia⁽²⁾; Yesayan, Artur⁽¹⁾; Fernández Villar, Alberto⁽²⁾

(1) Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

(2) Área Sanitaria de Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La incorporación de nuevas herramientas como la navegación virtual podría ayudar a mejorar la rentabilidad diagnóstica. Nuestro objetivo ha sido analizar qué factores pueden predecir la rentabilidad de la BTB guiadas por fluoroscopia en las lesiones pulmonares sin lesión endobronquial cuando utilizamos el navegador virtual.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio de casos y controles, siendo los casos los pacientes sometidos a BTB con navegador virtual (BTB-N) y los controles una serie histórica de pacientes a los que se les realizó una BTB guiada por fluoroscopia (BTB-convencional, BTB-C). Analizamos las características clínicas, radiológicas, aspectos técnicos, seguridad y rentabilidad diagnóstica en ambos grupos y realizamos un análisis multivariante para conocer qué factores podrían asociarse con mejores resultados.

RESULTADOS: Incluimos 65 pacientes, 19 casos y 46 controles. No encontramos diferencias significativas en sexo, edad, malignidad, tamaño, localización, características radiológicas o visibilidad fluoroscópica entre ambos grupos (tabla 1). La rentabilidad de la BTB-N fue 57,9%, frente al grupo control donde fue de 43,5% ($p=0,4$). Solo un paciente (5,3%) presentó complicaciones tras BTB-N, frente a 13 del grupo control (28,3%, $p=0,05$). Las únicas variables que en el análisis multivariante se asociaron con un aumento de rentabilidad diagnóstica de la BTB fueron el signo del bronquio (OR 3,3; IC95%: 1,1-10,3; $p=0,04$) y la etiología maligna (OR 11,3; IC95%: 2,2-57,6; $p=0,03$)

CONCLUSIONES: La navegación virtual no fue un factor predictor del resultado, solo se asociaron al diagnóstico el signo del bronquio y la etiología maligna. La BTB-N parece aumentar la seguridad del procedimiento.

Tabla 1. Características clínicas, radiológicas, etiología, aspectos técnicos y rentabilidad diagnóstica en el grupo control y grupo BTB con navegador

	BTB-C	BTB-N	Valor p
Edad	63,3±13,6	64,2±9,8	0,8
Sexo (varones)	36 (78%)	10 (57,6%)	0,07
Malignidad	35 (76,1%)	13 (68,6%)	0,5
Tamaño	27,9±11,4mm	29,7±15,3	0,6
Tamaño > 20mm	36 (78,3%)	15 (78,9%)	1
Tamaño > 30mm	18 (39,1%)	7 (36,8%)	1
Periférico	17 (37%)	5 (26,3%)	0,5
Localización en LLSS/LM	32 (69,6%)	13 (68,4%)	1
Signo del bronquio	23 (50%)	11 (57,9%)	0,6
Cavitación	13 (28,3%)	5 (26,3%)	1
Vidrio deslustrado	6 (13%)	3 (15,8%)	0,7
Bordes espiculados	17 (37%)	8 (42,1)	0,8
Rentabilidad diagnóstica	20 (43,5%)	11 (57,9%)	0,4
Aproximación fluoroscópica	41 (89,1%)	17 (89,5%)	1
Complicaciones	1/19 (5,3%)	13/46 (28,3%)	0,05
Tolerancia Buena	15/19 (78,9%)	36/46 (78,3%)	1,00
Regular	4/19 (21%)	9/46 (19,6%)	

EXACERBACIONES GRAVES EN EPOC POR TABACO Y POR HUMO DE BIOMASA

Veiga Teijeiro, Iria; Suárez Valor, María; Guzmán Peralta, Indhira; Golpe Gómez, Rafael
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

OBJETIVO: La EPOC por humo de biomasa (EPOC-B) presenta diferencias respecto a la EPOC por tabaco (EPOC-T), como una distinta distribución de fenotipos, una declinación funcional más lenta y un perfil inflamatorio sistémico diferente. Existe poca información sobre un aspecto de gran importancia para planear el tratamiento: el riesgo de exacerbaciones en esta entidad. Un único estudio desarrollado en Asia ha valorado este aspecto, por lo que son deseables investigaciones adicionales en otros ámbitos geográficos. El objetivo del trabajo es estudiar si existen diferencias en el riesgo de exacerbación grave entre EPOC-B y EPOC-T.

MÉTODOS: estudio retrospectivo de todos los pacientes consecutivos valorados en una consulta monográfica entre 2009 y 2018. Comparación de variables entre grupos mediante T-student y Chi-cuadrado. Análisis de riesgos proporcionales de Cox para riesgo de primer ingreso por exacerbación de EPOC tras la fecha índice (primera visita a consulta), introduciendo simultáneamente las covariables.

RESULTADOS: N=992; EPOC-B: 194, EPOC-T: 798. Seguimiento: 58.1 ± 30.5 meses. La tabla 1 muestra las diferencias entre ambos grupos. La tabla 2 muestra los resultados del análisis de Cox.

CONCLUSIÓN: el riesgo de ingreso por exacerbación grave es similar en EPOC-B y EPOC-T, al ajustar para variables de confusión. Son precisos estudios suplementarios para aclarar si el perfil de las exacerbaciones (fenotipo, duración del ingreso, etc) difiere en ambas entidades.

Tabla 1:

Variable	Biomasa (n = 194)	Tabaco (n = 798)	p
Edad	73.9 ± 7.8	67.9 ± 9.6	< 0.0001
Sexo masculino	84 (43.2%)	710 (88.9%)	< 0.0001
FEV ₁ %	55.0 ± 15.0	50.5 ± 17.2	0.0004
IMC	29.4 ± 5.5	28.2 ± 5.3	0.01
Índice de Charlson*	1.76 ± 1.17	1.97 ± 1.39	0.03
SaO ₂	93.9 ± 3.6	93.0 ± 4.5	0.059
mMRC > 1	66 (34.0%)	212 (26.5%)	0.03
Casos con = 1 ingreso por exacerbación en los 2 años previos a la fecha índice [§]	37 (19.0%)	198 (24.8%)	0.11
Tasa de ingresos/año tras la fecha índice	0.21 ± 0.53	0.29 ± 0.83	0.12

Los resultados se expresan como media ± DE o como número de observaciones (%)

IMC: índice de masa corporal; mMRC: modified medical research council. [§]Fecha índice = fecha de primera valoración en la consulta. *No ajustado por edad

Tabla 2:

Variable	HR (IC 95%)	p
Edad	1.03 (1.01 – 1.04)	0.001
Sexo masculino	0.92 (0.60 – 1.37)	0.66
mMRC > 1	1.47 (1.08 – 2.01)	0.01
FEV ₁ %	0.98 (0.97 – 0.99)	0.03
Ingresos por exacerbación 2 años previos a la fecha índice	1.87 (1.56 – 2.24)	< 0.0001
SaO ₂ basal	0.93 (0.91 – 0.96)	0.0001
Índice de Charlson	1.15 (1.03 – 1.27)	0.007
EPOC por biomasa	0.98 (0.64 – 1.50)	0.94

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE BRONQUIECTASIAS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE NEUMOLOGÍA DE OURENSE

Dacal Quintas, Raquel; Nogueira Sentfés, David; Abal Arca, Jose

Complexo Hospitalario Universitario Ourense

Las bronquiectasias(BQ) son una patología que se asocia a un alto número de ingresos hospitalarios por exacerbación infecciosa, lo que supone un elevado gasto sanitario. Actualmente existen nuevas formas de atención encaminadas a mayor racionalización de recursos y mayor satisfacción del paciente, como los Hospitales de Día de Neumología (HDN).

OBJETIVOS:

- Describir las características de los pacientes con agudización de BQ atendidos en el HDN
- Determinar si existen diferencias (pre-HDN/post-HDN)
- Comparar el manejo de los pacientes en el HDN con el manejo en la hospitalización convencional el año previo

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional. Se estudiaron las características de los pacientes con agudización de BQ atendidos en el HDN de Ourense entre el 01/10/2015 y el 30/09/2016. Se comparó el manejo durante el primer año de apertura del HDN con respecto al manejo en el año previo (01/10/2014 al 30/09/2015).

RESULTADOS: Se estudiaron 35 sujetos; mayoría mujeres (54,3%); mediana de edad 72 años [21-88]. Exfumadores 37,1%. Comorbilidades: Hiperlipemia(37,1%), EPOC (34,4%). Etiología predominante idiopática 37,1%. Morfología más frecuente cilíndrica (60%). Antecedente de cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* (45,7%). 25,7% colonizados por otros microorganismos: SAMR(11,4%); *Escherichia coli* (5,7%). La puntuación de la escala FACED fue 3[0-7] y BSI fue 10 (\pm 5,59).

Al comparar el manejo pre y post HDN se encontró: pre-HDN hubo 82 agudizaciones y 109 post-HDN. La mediana de agudizaciones fue 2[0-7]pre-HDN y 3[1-7]post-HDN ($p=0,016$). Se registraron 21 ingresos pre-HDN y 19post-HDN. La necesidad de tratamiento endovenoso fue motivo de ingreso en 15 ocasiones pre-HDN y en 9post-HDN. No hubo diferencias significativas en número de ingresos, tiempo de estancia hospitalaria ni en número de ingresos por necesidad de tratamiento intravenoso. Los pacientes en 50 ocasiones pre-HDN acudieron a atención primaria o a urgencias y 26 veces post-HDN ($p=0,012$).

CONCLUSIONES:

- La mayoría de pacientes son mujeres y la causa de BQ se desconoce
- Existe una tendencia a un menor número de ingresos por antibioterapia intravenosa
- Existe una reducción de la carga asistencial de urgencias y atención primaria

CAPACIDAD DE DIVERSAS VARIABLES FUNCIONALES PARA PREDECIR MORTALIDAD EN LA EPOC

Guzmán Peralta, Indhira; Suárez Valor, María; Veiga Teijeiro, Iria; Golpe Gómez, Rafael

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

OBJETIVO: La clasificación GOLD de gravedad de la obstrucción al flujo aéreo en la EPOC predice de forma imperfecta la mortalidad. Dicha clasificación se basa en FEV1 en valores porcentuales (FEV1%) que, al corregirse para edad y medidas antropométricas, expresa mejor que FEV1 en valores absolutos (FEV1ml) la gravedad de la obstrucción. Sin embargo FEV1ml podría expresar mejor la reserva funcional del paciente y tener mayor valor pronóstico. Objetivo: comparar la capacidad de estas variables para predecir mortalidad en la enfermedad.

MÉTODO: estudio retrospectivo de pacientes con EPOC e historia de tabaquismo en los que estaban disponibles todas las variables. Se valoró por medio de curvas ROC la capacidad para predecir mortalidad de la clasificación GOLD, el FEV1% y el FEV1ml expresados como variables continuas, el FEV1ml expresado en cuartiles (FEV1mlQ) y el índice BODEx expresado en cuartiles (BODExQ). Las áreas bajo las curvas (ABC) se compararon según De Long et al. Se realizó un análisis de riesgos proporcionales de Cox, bruto, para las variables principales.

RESULTADOS: N= 486. Seguimiento: 58.1 ± 30.5 meses. Exitus: 100 (20.5%). La tabla 1 muestra las ABC. El ABC para FEV1ml fue significativamente superior a FEV1%. El ABC para FEV1mlQ fue superior a la clase GOLD; diferencia: 0.05 (IC95%: 0.02 - 0.09, $p=0.003$). La diferencia entre FEV1mlQ y BODExQ no fue significativa: 0.01 (-0.02 - 0.05, $p=0.45$). El HR para mortalidad para la peor categoría respecto a la mejor de cada variable fue: GOLD-(4): 4.92 (2.27 - 10.70); BODExQ-(4): 7.4 (5.2 - 11.5); FEV1mlQ-(4): 6.7 (3.5 - 12.8).

CONCLUSIÓN: aunque FEV1mlQ clasifica mejor, globalmente, el riesgo de fallecer que la clasificación GOLD, las peores categorías de BODExQ identifican sujetos con un riesgo especialmente alto, con respecto a FEV1mlQ.

Tabla 1: áreas bajo las curvas ROC

Variable	ABC (IC95%)
FEV1%	0.67 (0.63 - 0.72)
FEV1ml	0.72 (0.68 - 0.76)
Clase GOLD	0.66 (0.61 - 0.70)
FEV1mlQ	0.71 (0.67 - 0.75)
BODExQ	0.73 (0.69 - 0.77)

TRATAMIENTO DE LA PROTEINOSIS PULMONAR. PAPEL DEL LAVADO PULMONAR TOTAL

Vidal García, Iria; Elguezabal Bilbao, Elena; Méndez Salazar, Francisco; Pereiro Brea, Tara; Souto Alonso, Ana; Domínguez Pazos, Santiago de Jorge; Villar Aguilar, Laura; Montero Martínez, Carmen

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: La proteinosis pulmonar (PAP) es una enfermedad que se caracteriza por el depósito de material lipoproteínico y la principal sintomatología es la hipoxemia. El lavado pulmonar terapéutico (LPT) fue el primer tratamiento sintomático de la insuficiencia respiratoria. Actualmente disponemos de tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF) en pacientes con proteinosis autoinmune, pero no responden todos los pacientes (60-70%) y la respuesta es lenta. El objetivo de nuestra comunicación es presentar nuestra experiencia con esta técnica y mostrar las modificaciones realizadas a lo largo de nuestros años de experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de pacientes diagnosticados de PAP en el servicio de neumología del complejo hospitalario universitario de A Coruña desde 1987 hasta la actualidad. Los datos fueron recogidos de la historia electrónica del SERGAS y de la base de datos de la unidad de endoscopia respiratoria. Se recopilaron: datos sociodemográficos, tabaquismo, tipo de PAP, Ac anti GM-CSF (a partir del 2012), LDH, DLCO, método/fecha diagnóstico, síntomas, clasificación gravedad mediante DSS, realización y complicaciones del LPT y tratamiento con GM-CSF.

Realizamos la clasificación de la enfermedad en dos fases: previo al 2012, según la presencia o ausencia de factor exposicional /enfermedad de base. A partir del 2012 realizamos la determinación de Ac y añadimos a la clasificación la categoría de autoinmune.

El LPT se realizó con tubo de doble luz izquierdo, instilación de suero fisiológico caliente a 37°, en los casos iniciales el calentamiento no era controlado y posteriormente calentamiento automático mediante columna. Las alícuotas de suero fueron de 500 ml a 1.000 ml, cuantificando entrada y salida. Durante el procedimiento se realiza clapping con el paciente en decúbito supino. En los últimos 4 pacientes utilizamos la técnica modificada de Bingisser.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 24.

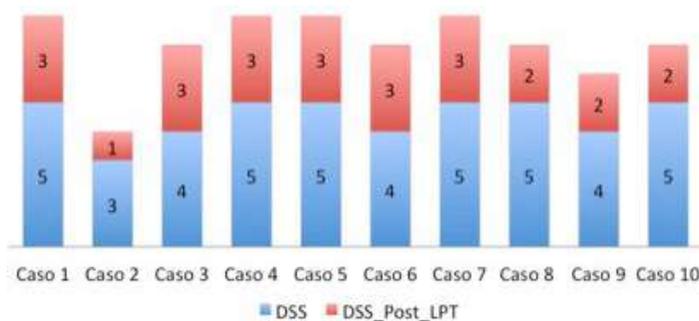
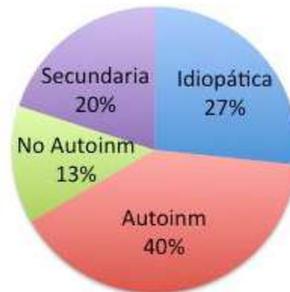
RESULTADOS: Estudiamos 15 pacientes, 73% varones, edad media de 49 años y 73% eran fumadores. En nuestra serie la forma autoinmune la presentaban 4 pac (27%) y 6 pac (40%) fueron clasificados como PAP idiopática porque en ese momento no se realizaba la determinación de anticuerpos (gráfica 1). La enfermedad de base en los secundarios fue leucemia aguda, LES y fármaco. En la mayor parte de los casos (93%) el diagnóstico fue mediante BFC, se realizó BAL en 13 pac (86,6%) y BTB en 10 pac (67%). La mayoría (64,5%) tenían una forma de presentación grave, grados 4-5 de DSS y una DLCO media de 55% (Rango 20-80). La media de LDH fue de 679 (Rango 240-1522). Se realizó LPT en 10 pac (67%), de los cuales 4 (40%) precisaron un lavado adicional por recidiva de la enfermedad. No encontramos diferencias significativas en los niveles de DLCO ni LDH en los pacientes que precisaron un segundo LPT. En 2 casos (20%) durante el lavado del primer pulmón presentaron desaturación mantenida por excesiva retención de suero,

esta complicación no se repitió durante el lavado del segundo pulmón. El volumen medio utilizado fue de 9,8 litros (Rango 8-12). La microbiología del lavado fue negativa en el 93% de los casos, sólo en 1 paciente fue positiva para Myc No-TB de lento crecimiento. Todos los pacientes mejoraron clínicamente tras el LPT (Grafica 2). 5 pacientes (33%) presentaron remisión espontánea o estabilidad clínica sin necesidad de ningún tratamiento específico. Todos los pacientes con PAP autoinmune recibieron tratamiento después del LPT, en todos los casos fue por vía inhalada y sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

1. El diagnóstico de PAP se puede realizar de forma segura y sin complicaciones mediante BAL y BTB.
2. EL LPT sigue siendo la técnica de elección para pacientes con insuficiencia respiratoria grave y es un procedimiento eficaz y seguro, siempre y cuando se realice por un equipo experto.
3. La técnica del LPT debe incorporar todos los avances técnicos de la medicina para simplificarlo y hacer esta técnica más segura.
4. En nuestra experiencia la mayoría de pacientes solo necesitaron un LPT.
5. El estudio microbiológico del LP fue negativo en la mayoría de pacientes, a pesar de la gravedad de la enfermedad.

Tipo PAP



COMUNICACIONES PÓSTERS

POSTER N° 1

IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA ANTITABACO EN PACIENTES EPOC INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

Cruz Chamorro, Darío; Torres Sánchez, Marta; López Pereiro, Olaya; Álvarez Torres, José Manuel; Rodríguez Canal, Abel; Gómez Márquez, Hugo; Acuña Fernández, Adelaida; Abal Arca, José

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

OBJETIVOS:

1. Determinación de la abstinencia tabáquica durante el periodo de estudio, con el tratamiento realizado: Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) y consejo médico.
2. Comprobación estadística de la efectividad de la TSN.
3. Análisis descriptivo de las variables estudiadas.

MÉTODOS: Estudio prospectivo analítico-descriptivo en pacientes mayores de edad ingresados por reagudización de EPOC, con tabaquismo activo. Se ha llevado a cabo entre los meses de Abril a Noviembre del 2018, en planta de hospitalización de Neumología. Se ha pautado tratamiento antitabaco consistente en TSN y se han recogido variables epidemiológicas, funcionales, motivación del paciente y adicción a la nicotina, principalmente.

RESULTADOS: Se estudiaron 33 pacientes cuya edad media fue de 63 años (72% varones). El 36% de los pacientes no contaron con ayuda previa para la cesación tabáquica. Tras el tratamiento, el 57% de los pacientes presentó mal cumplimiento de la TSN, mientras que un 26.4% alcanzó abstinencia completa durante el periodo de estudio.

Al comparar, mediante t-test pareados, el número de cigarrillos que cada paciente consumía antes y después de la TSN se determinó un descenso significativo ($p\text{-value}=5.56e\text{-}07$) del consumo (con una media de aproximadamente 22 cigarrillos menos consumidos).

CONCLUSIONES: el perfil general del paciente de este estudio fue de un varón con elevada carga tabáquica, moderada dependencia y baja motivación. La intervención mediante TSN fue eficaz en el periodo estudiado llevando a una disminución del consumo de tabaco. En base a ello, la metodología aquí presentada debería ser implementada de manera generalizada durante la hospitalización.

Como perspectivas futuras se debe aumentar el tamaño muestral y estratificar según gravedad de EPOC, edad, sexo, entre otras variables, para estudiar en mayor detalle y fiabilidad la relación EPOC, consumo de tabaco, medidas anti-tabaco, repercusión funcional (espirometría pre y post intervención).

POSTER Nº 2

ISOLAMENTOS MICROBIOLÓGICOS E ANTIBIOTERAPIA NAS EXACERBAÇÕES DE DPOC COM NECESSIDADE DE INTERNAMENTO

Gigante, Ana Rita; Tinoco, Eduarda Milheiro; Shiang, Teresa; Marçôa, Raquel; Silva, Eloísa; Vanzeller, Manuela; Ribeiro, Carla

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A maioria das exacerbações de DPOC são desencadeadas por infeções bacterianas e/ou víricas. As normas orientadoras internacionais recomendam 5 a 7 dias de antibioterapia, de acordo com o padrão de resistência bacteriano local, em doentes com pelo menos dois dos três sintomas cardinais: aumento da purulência e do volume da expectoração e/ou dispneia. Quando indicada, a antibioterapia diminui o risco de falência do tratamento e a mortalidade intra-hospitalar.

OBJETIVOS: Descrever a prescrição de antibióticos e a microbiologia da expectoração de doentes internados com exacerbação de DPOC.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional em doentes internados por exacerbação de DPOC, no serviço de Pneumologia de um hospital terciário, em 2017. Foram registados: causa da exacerbação, uso de antibiótico e colheita de expectoração e resultados.

RESULTADOS: Foram incluídas 117 exacerbações de DPOC de um total de 87 doentes (86.2% do sexo masculino com idade média de 71.4 ± 9.4 anos e, 70.1% apresentava $FEV1 < 50\%$); 81.2% com diagnóstico de infeção respiratória sob antibioterapia e todos esses doentes apresentavam os sintomas cardinais à admissão. Os resultados estão sumarizados na tabela.

CONCLUSÃO: Na maioria das exacerbações de DPOC foi assumida causa infecciosa. A amoxicilina/ácido clavulânico foi o antibiótico mais prescrito. A duração da antibioterapia teve uma mediana de 7 dias. O exame bacteriológico da expectoração foi realizado em mais de metade das exacerbações, mas com baixa rentabilidade diagnóstica. *Pseudomonas aeruginosa* foi a bactéria mais frequentemente isolada. A resistência à amoxicilina foi a mais comumente observada.

Prescrição de antibiótico	95(81.2)
Amoxicilina/ac.clavulânico	49(51.6)
Levofloxacina	25(26.3)
Azitromicina	18(18.9)
Piperacilina/tazobactam	14(14.7)
Ceftriaxone	3(3.2)
Ceftazidima	3(3.2)
Ciprofloxacina	3(3.2)
Cotrimoxazol	3(3.2)
Outros	6(6.3)
Associação de antibióticos	21(22.1)
Necessidade >1 curso de antibióticos	7(7.4)
Duração da antibioterapia (dias)	7[6.25-10]
Bacteriológico de expetoração	63(66.3)
Cultura positiva*	14(14.7)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8(47.1)
<i>Haemophilus influenza</i>	4(23.5)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2(11.8)
<i>Moraxella Catarrhalis</i>	1(5.9)
<i>Serratia Marcescens</i>	1(5.9)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1(5.9)
Resistência ≥ 1 antibióticos	7(41.2)
Amoxicilina	5(71.4)
Amoxicilina/ac.clavulânico	2(28.6)
Gentamicina	2(28.6)
Ciprofloxacina	2(28.6)
Levofloxacina	2(28.6)
Cotrimoxazol	1(14.2)
Piperacilina/tazobactam	1(14.2)
Cefepime	1(14.2)
Tobramicina	1(14.2)

Os dados são apresentados como n(%) ou mediana[AIQ]; *verificaram-se 2 isolamentos bacterianos na mesma amostra, em 3 amostras de expetoração, o que perfaz 17 isolamentos no total.

POSTER N^o 3**REGISTRO RADIOLÓGICO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)**

Cobas Paz, Ana; Corbacho Abelaira, M^a Dolores; Iglesias Río, Fernando; Trinidad López, Carmen; Delgado Sánchez, Carlos; González Carril, Fernando

Hospital POVISA. Vigo

OBJETIVO: El registro de todos los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) detectados desde el Servicio de Radiología de nuestro centro en base a los hallazgos de la TC de tórax solicitada por cualquier causa, con el fin de evitar el infradiagnóstico de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y optimizar así su manejo.

MÉTODO: Estudio descriptivo de los casos de FPI detectados tras realizar un registro por el S. de Radiología de nuestro hospital de todos los casos de EPID desde noviembre 2017 a agosto 2019, ambos inclusive. Recogida de datos epidemiológicos, clínicos, funcionales respiratorios, radiológicos, diagnóstico final y tratamiento.

RESULTADOS: Se han revisado 100 pacientes con EPID detectada por el Servicio de radiología con edades comprendidas entre 25 y 98 años. 68% varones y 32% mujeres.

- Patrón radiológico NIU 18% (61.1% FPI; 22.2% Síndrome combinado de fibrosis pulmonar y enfisema; 11.1% Artritis reumatoide; 5.5% esclerodermia)
- Patrón radiológico probable NIU 7% (diagnóstico final de FPI por biopsia quirúrgica 28.5%/diagnóstico final de FPI por decisión del comité multidisciplinar 71.42%).
- Diagnóstico final FPI 20% (11 casos por TC; 4 por biopsia quirúrgica; 5 decisión comité multidisciplinar)
- De los casos con diagnóstico final de FPI: Tratamiento antifibrótico 55% (4 pirfenidona/7 nintedanib). Paliativo 30%. Control 15%. Antecedentes de tabaquismo 75% (1 fumador activo). Media de edad: Tratados 69 años/no tratados 82 años. FVC media: Tratados 78.36%/no tratados 89.23%. DLCO media: Tratados 37.8%/no tratados 52%. Inicio del estudio en el 75% como hallazgo incidental. Un caso con diagnóstico concomitante de cáncer y 1 exitus en el grupo de los tratados.

CONCLUSIONES: 1) El manejo protocolizado de los pacientes con fibrosis pulmonar permite disminuir el infradiagnóstico, evitar la pérdida de información y reducir la variabilidad en el manejo diagnóstico y terapéutico. 2) El conocimiento y difusión de esta enfermedad de baja prevalencia mejoran la sospecha diagnóstica.

POSTER N° 4

TRANSMISIÓN NOSOMIAL DEL VIRUS DE LA GRIPE EN EL HOSPITAL LUCUS AGUSTI

Veiga Teijeiro, Iria; Suárez Valor, María; Guzmán Peralta, Indhira; Martín Robles, Irene; Sanjuán López, Pilar; Pérez de Llano, Luis

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Las infecciones nosocomiales se asocian a una prolongación de la estancia hospitalaria y a una considerable morbimortalidad.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la transmisión nosocomial del virus de la gripe en el Hospital Lucus Augusti (Lugo).

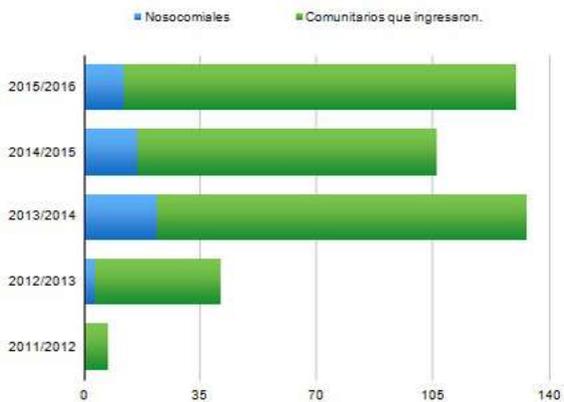
MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal de los casos de gripe hospitalizados en el Hospital Lucus Augusti (Lugo) en las temporadas 2011/12, 2012/13, 2013/14, 2014/15 y 2015/16. Para ello, se solicitó al laboratorio de microbiología de nuestro hospital el registro de todos los frotis nasofaríngeos realizados durante cada temporada de gripe, considerada de Septiembre a Junio. Se estableció como caso a los pacientes con síndrome gripal y PCR positiva para virus influenza A ó B. Se denominó gripe de origen nosocomial a los casos que iniciaron síndrome gripal tras las primeras 72 horas tras el ingreso.

RESULTADOS: De los 526 casos confirmados de gripe, 355 estuvieron ingresados en el total de temporadas analizadas.

Mostramos en la gráfica el porcentaje de casos nosocomiales y comunitarios por temporada y en la tabla el porcentaje de casos nosocomiales por año estudiado.

CONCLUSIONES:

1. El porcentaje de diagnóstico de gripe nosocomial ha aumentado a medida que se ha producido un mayor conocimiento y uso de las técnicas diagnósticas por parte de los facultativos.
2. En comparación con estudios similares publicados recientemente, en nuestro centro tenemos un porcentaje similar de diagnósticos de gripe de adquisición nosocomial.
3. Una pregunta a responder es si esto repercute en un menor uso de anti-bioterapia empírica en pacientes con sospecha de infección respiratoria intrahospitalaria



Temporada	Total ingresados	Comunitarios	Nosocomiales	Nosocomiales/Total
2011/2012	7	7	0	0%
2012/2013	41	38	3	7,31%
2013/2014	133	111	22	16,5%
2014/2015	100	90	10	10%
2015/2016	80	68	12	15%

POSTER N° 5

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN RECIENTE DE EPOC

Pou Álvarez, Cristina; Toubes Navarro, María Elena; García Pazos, José Manuel; Álvarez Dobaño, José Manuel; Ricoy Gabaldón, Jorge; Rábade Castedo, Carlos; Rodríguez Núñez, Nuria; Lama López, Adriana; Sanz Anchelergues, Luis; Valdés Cuadrado, Luis

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La rehabilitación respiratoria (RR) ha demostrado ser eficaz y segura en pacientes con agudización reciente de EPOC (últimos 90 días). Diversas publicaciones han demostrado reducción de las hospitalizaciones y de las asistencias a urgencias cuando la RR se inicia tras una agudización.

El objetivo es determinar si en nuestros pacientes se cumplen estos hallazgos.

MÉTODO: Análisis cuasi experimental con controles pre/post intervención no concurrentes en el tiempo con un análisis descriptivo de los datos de los pacientes que durante los últimos 6 años se sometieron a un programa de RR consistente en 3 sesiones semanales durante 2 meses, tras una agudización reciente de EPOC.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 pacientes cuyas características se muestran en la Tabla 1. De ellos, 32 (61,5%) completaron el programa.

El año posterior a la rehabilitación, reingresaron 41/52 pacientes (78,8%). La media de ingresos por individuo el año previo al programa fue de 2,2 (DE 1,5), por 0,6 (DE 1,1) el año posterior ($p=0,002$) y el número medio de días ingresados fue de 18,2 (DE 14,6) y 5,2 (DE 9) días, respectivamente ($p=0,000$)

El año previo al programa, la media de asistencias a urgencias hospitalarias o al hospital de día fue de 2,4 (DE 1,9), por 1,1 (DE 1,5) asistencias/individuo el año posterior ($p=0,002$).

CONCLUSIÓN: La RR favorece la disminución de los ingresos en los pacientes con agudización reciente de EPOC. Es necesaria una mayor concienciación de los pacientes acerca del beneficio que aporta el ejercicio físico en el control de su enfermedad. Es importante remitir a los pacientes a los programas de RR tras las agudizaciones de EPOC.

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

n	52
Varón	39 (75%)
Edad media	64,96 (DE 8,97)
IMC	27,46 (DE 5,37)
Historia de tabaquismo	44 (84,6%)
Disnea mMRC ≥ 2	51 (98,1%)
Charlson < 3	46 (88,5%)

POSTER Nº 6

BIÓPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR FLUORO-TC DE NÓDULOS PULMONARES PEQUENOS ($\leq 15\text{MM}$) - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Gigante, Ana Rita; Silva, Margarida; Rocha, Diogo; Pereira, Tiago

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A deteção de nódulos pulmonares pequenos tem aumentado devido ao uso generalizado da tomografia computadorizada (TC) cada vez mais avançada. As biópsias transtorácicas destes nódulos são um desafio para os radiologistas e a rentabilidade diagnóstica é variável na literatura. As principais complicações após o procedimento incluem pneumotórax e hemorragia alveolar.

OBJETIVOS: Descrever os resultados clínicos de biópsias de nódulos pulmonares pequenos.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional em doentes submetidos a biópsia transtorácica guiada por fluoro-TC, com técnica core-axial com agulhas de 18 a 22gauge, de nódulos pulmonares de diâmetro ($\leq 15\text{MM}$), num período de 16 meses entre 2017 e 2018. Foram registadas características dos nódulos, procedimento e complicações inerentes, resultados da anatomia patológica, diagnóstico e se procedimento curativo/paliativo.

RESULTADOS: Foram incluídas 93 biópsias, agrupadas de acordo com a indicação para o procedimento. Os resultados encontram-se sumarizados na tabela.

CONCLUSÃO: A indicação mais frequente para biópsia de nódulos pulmonares pequenos foi de doentes sem história de neoplasia, com nódulo solitário em mais de metade dos casos. O grupo de doentes com neoplasia pulmonar foi o que apresentou nódulos com menores diâmetros, explicado pela necessidade da sua abordagem, tendo em conta a importância no estadiamento e elevada suspeição de malignidade. Menos de metade dos doentes teve alguma complicação do procedimento, sendo autolimitada na maioria. A rentabilidade diagnóstica foi elevada e a biópsia permitiu detetar lesões malignas por histologia na maioria dos doentes; naqueles submetidos a cirurgia, o resultado histológico foi concordante. Desta forma, permitiu um diagnóstico confiável para decisão terapêutica, demonstrando-se ser vantajoso e seguro abordar nódulos pulmonares pequenos.

	Nódulo na ausência de história de neoplasia (n=45)	Neoplasia ativa do pulmão - (re)estadiamento (n=19)	História de neoplasia do pulmão - suspeita de recidiva (n=9)	Neoplasia em órgão extrapulmonar (n=20)
Sexo (masculino)	28(62.2)	15(78.9)	8(88.9)	12(60)
Idade, anos	67[60-73]	71[63-76]	62[59-69]	65[59-71]
Diâmetro do nódulo, mm	12[8-12] [Min: 4; Mâx: 15]	7[6-9] [Min: 3; Mâx: 15]	12[10-13] [Min: 6; Mâx: 15]	12[10-14] [Min: 8; Mâx: 15]
Tipo de nódulo				
Sólido	36(80)	14(73.7)	8(88.9)	17(85)
Subsólido	3(6.7)	2(10.5)	1(11.1)	1(5)
Vidro despolido	4(8.9)	3(15.8)	0(0)	2(10)
Cavitado	2(4.4)	0(0)	0(0)	0(0)
Nódulo solitário	26(57.8)	0(0)	1(11.1)	11(55)
Número de punções realizadas	3[2-3]	2[1-3]	2[1-3]	2[2-3]
Complicações do procedimento*	20(44.4)	9(47.4)	3(33.3)	3(15)
Hemoptises	3	3	0	1
Hemorragia alveolar	8	5	3	2
Pneumotórax	11	5	0	2
Anatomia Patológica - malignidade	21(46.7)	10(52.6)	6(66.7)	16(80)
Diagnóstico				
Sem diagnóstico por amostra pouco representativa**	1(2.2)	0(0)	1(11.1)	0(0)
Lesão benigna	23(51.1)	9(47.4)	2(22.2)	4(20)
Neoplasia primária do pulmão	21(46.7)	1(5.3)	0(0)	6(30)
Metástase de neoplasia pulmonar	-	9(47.4)	-	-
Recidiva de neoplasia pulmonar	-	-	5(55.6)	-
Metástase pulmonar de primário de outro órgão	-	0(0)	1(11.1)	10(50)
Resseção cirúrgica	11(24.4)	2(10.5)	1(11.1)	3(15)
Anatomia Patológica da peça cirúrgica - malignidade	10***	1***	1	3
Radioterapia estereotáxica	10(22.2)	5(26.3)	5(55.6)	3(15)
Termoablação	0(0)	0(0)	0(0)	1(5)

Dados apresentados como n(%) ou mediana[AIO]. *Complicações menores e autolimitadas; apenas dois doentes tiveram necessidade de internamento para drenagem pleural de pneumotórax. **Um nódulo de 8mm e outro de 15mm, respetivamente. ***As duas peças cirúrgicas sem malignidade na anatomia patológica tinham biópsia sem malignidade também; cirurgia realizada por elevada suspeição.

POSTER N° 7

AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À DISTINÇÃO CLÍNICA ENTRE ACO E DPOC

Pimenta, Ana; Carneiro, Alexandre; Rodrigues, Inês; Ribeiro, Liliana; Pinto, Cláudia; Vale, Artur; Apolinário, Dulce; Noya, Rafael; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real

INTRODUÇÃO: Na ausência de diretrizes claras, a distinção entre Sobreposição Asma/Doença pulmonar obstrutiva crónica (ACO) e Doença Pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ainda se baseia no julgamento clínico.

OBJETIVO: Identificação de fatores relacionados com a diferenciação clínica entre ACO e DPOC.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Amostra sequencial de doentes observados em Consulta de Pneumologia geral no primeiro semestre de 2017, com diagnóstico prévio de ACO ou DPOC (diagnóstico assumido pelo Pneumologista assistente) e com Tomografia Computorizada (TC) de tórax realizada nos dois anos prévios. Foram recolhidos dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos. Tratamento estatístico usando o software IBM® SPSS® statistics v19 e os testes estatísticos adequados.

RESULTADOS: Foram incluídos 72 doentes (nDPOC=50, nACO=22), com média de idades de 69($\pm 10,3$) anos. No subgrupo de doentes com DPOC, houve maior frequência do género masculino (82% vs 32%, $p < 0,01$), e de história pessoal de tabagismo (84% vs 45%; $p < 0,01$). Excesso de peso (IMC médio de 27,7 vs 25,01; $p < 0,05$;) e critérios de resposta a broncodilatador inalado (75% vs 30%; $p < 0,05$) foram mais frequentes no grupo de ACO. A eosinofilia periférica, o score mMRC ou alterações da difusão de CO não diferiram significativamente entre os grupos. Imagiologicamente, a presença de enfisema foi mais comum nos doentes com DPOC (61%; $\chi^2=11,38$; $p < 0,01$; $df=1$). Das variáveis investigadas, a ausência de história pessoal de tabagismo, IMC mais elevado, a resposta a agonista β e ausência de enfisema em TC de tórax correlacionaram-se com diagnóstico de ACO.

DISCUSSÃO: Para além da prova de broncodilatação positiva, o perfil do doente com ACO parece caracterizar-se também por um IMC mais elevado e ausência de história pessoal de tabagismo ou de evidência imagiológica de enfisema. Um maior tamanho amostral poderia permitir o reconhecimento de fatores preditivos do diagnóstico clínico de ACO e eventualmente auxiliar na identificação de critérios mais objetivos para o diagnóstico diferencial.

POSTER N.º 8

VALOR DIAGNÓSTICO DA BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL NA INVESTIGAÇÃO DE HEMOPTISE

Helena, Sara Sofia; Afonso, Miguel; Rodrigues, Inês; Silva, Joelma; Gomes, Teresa; Noya Martinez, Rafael; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO: A hemoptise é definida pela emissão de sangue originado no trato respiratório inferior. Não obstante investigação exaustiva, a etiologia da hemoptise, não raras vezes, permanece indefinida. A broncoscopia flexível (BF) é considerada o método diagnóstico primário para a localização de eventual(is) fonte(s) hemorrágica(s).

OBJETIVO: Avaliar o papel da broncoscopia flexível na investigação de hemoptise sem causa documentada.

MÉTODOS: Análise retrospectiva com colheita de dados de pacientes submetidos a broncoscopia flexível para estudo de hemoptise nos últimos três anos. A avaliação incluiu imagiologia torácica, assim como achados ao nível da endoscopia respiratória.

RESULTADOS: 86 indivíduos realizaram broncoscopia flexível, o que corresponde a 7.2% do total de exames realizados nesse período. Houve um predomínio de doentes do sexo masculino (n=57; 66.3%). A idade média situou-se em 60.9±13.3 anos. Em 19 doentes (22.1%), nos quais não havia evidência de achados imagiológicos relevantes ou terapêutica antiagregante/hipocoagulante, a broncofibroscopia forneceu informação adicional em 7 (36.8%). A infeção pulmonar ou traqueobronquite, por um dado microrganismo, foi documentada em 13 doentes (15.1%). Nos restantes, a broncoscopia flexível identificou: sinais diretos de neoplasia (n=10); friabilidade da mucosa em doentes fumadores (n=14); compressão extrínseca por tumor (n=1); corpo estranho endobrônquico (n=1). Em 38 indivíduos (44.2%) não estavam presentes alterações endoscópicas suspeitas; destes, 18 permaneceram sem diagnóstico após investigação exaustiva. A etiologia da hemoptise revelou-se incerta num total de 25 doentes (29.1%).

CONCLUSÃO: Numa proporção significativa de doentes não foi identificada uma causa específica de hemoptise. Nesta amostra, a broncoscopia flexível revelou-se uma ferramenta com sensibilidade diagnóstica relativamente baixa na investigação etiológica deste sintoma. Estudos futuros, mais abrangentes, poderão ser úteis na seleção dos doentes que beneficiam da realização de BF no contexto de hemoptise.

POSTER Nº 9

PNEUMONIA EM LAR, A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Tinoco, Eduarda M.; Fonseca, Ana; Maria, Figueiredo; Ana R., *Gigante; Eloísa, Silva; Teresa, Shiang; Manuela, Vanzeller; Carla, Ribeiro*

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: As pneumonias em doentes institucionalizados em lar são uma importante causa de morbidade e mortalidade devido às comorbilidades e ao potencial de agentes resistentes inerentes a esta população.

OBJETIVO: Comparar critérios de gravidade (CURB-65), antibioterapia prescrita, isolamentos microbiológicos e tempo de hospitalização dos doentes internados por pneumonia tendo em conta o local de residência - lar ou habitação própria.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional de doentes internados por pneumonia num serviço de pneumologia de 2014-2018. Compararam-se os 21 doentes institucionalizados em lar com uma amostra aleatória de 42 doentes residentes em habitação própria. Foram considerados reinternamentos as admissões hospitalares com intervalos inferiores a 90 dias.

RESULTADOS: Os resultados encontram-se sumarizados na tabela.

	Pneumonia em lar n=21(33,3)	Pneumonia em habitação própria n=42(66,7)	p-value
Sexo,masculino	15(71.4)	30(71.4)	1.000
Idade(anos)	84.7±7.8	65.6±16.9	<0.001*
Grau de dependência - Independente - Parcialmente dependente - Dependente	6(28.6) 7(33.3) 8(38.1)	36(85.7) 6(14.3) 0(0)	<0.001*
Índice de comorbilidade de Charlson original	2[1.5-3.0]	1[0.0-3.0]	0.097
Reinternamento	5(23.8)	6(14.3)	0.348
Critérios de gravidade,CURB-65 - Risco baixo:[0-1] - Risco intermédio:[2] - Risco elevado:[3-5]	0(0) 3(14.3) 18(85.8)	9(21.4) 14(33.3) 19(45.2)	<0.001*
Insuficiência respiratória	20(95.2)	27(64.3)	0.012*
Isolamentos microbiológicos Wild type strain Non wild type strain MDR strain	5(23.8) 2(66.7) 0(0) 1(33.3)	15(35.7) 3(27.3) 8(72.7) 0(0)	0.733
Antibioterapia inicial • 1ª linha: - Amoxicilina/ácido clavulânico+azitromicina - Ceftriaxone+azitromicina - Levofloxacina • 2ª linha: - Piperacilina/tazobactam - Imipenem	9(42.9) 2(9.5) 3(14.3) 6(28.6) 1(4.8)	18(42.9) 3(7.1) 14(33.3) 4(9.5) 0(0.0)	0.032*
Escalada de antibioterapia	5(23.8)	8(19.0)	0.660
Duração de antibioterapia(dias)	8[7.0-16.5]	8[7.0-12.5]	0.836
Duração de internamento(dias)	9[7.5-17.0]	8[5.0-11.3]	0.122
Mortalidade intrahospitalar	6(28.6)	3(7.1)	0.050

Dados apresentados como n(%), média±desvio padrão ou mediana[AIQ]. *p<0.05

CONCLUSÃO: Os doentes institucionalizados em lar apresentaram critérios de gravidade superiores e a antibioterapia prescrita foi de espectro mais alargado. Não se verificaram diferenças no que diz respeito a isolamentos microbiológicos, duração do internamento e taxa de mortalidade.

POSTER Nº 10

INDIVIDUAL CONDITIONS AND CLINICAL RESPONSE IN PNEUMOCYSTIS JIROVECII PNEUMONIA: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Helena, Sara Sofia; Afonso, Miguel; Gomes, Teresa; Pinto, Cláudia; Rodrigues, Inês; Fernandes, Ana

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUCTION: *Pneumocystis jirovecii* is a major cause of pneumonia in immunocompromised individuals. Its prognosis may be associated with some pre-existing conditions and influenced by timing of adequate treatment institution.

AIM: This study aimed to estimate the burden of immune compromise states and to evaluate the impact of individual risk factors on patient response and mortality, during treatment of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. Measurements included immune compromise conditions, timing of appropriate treatment institution and presence of poor prognostic factors frequently described in literature.

METHODS: Retrospective analysis of patients admitted under hospitalization with *pneumocystis jirovecii* pneumonia over a period of 6 years, performing data collection of individuals with identification of this agent in respiratory samples.

RESULTS: Data of 45 individuals were collected. They were mostly of male patients (n=33; 73,3%). The mean age was 59,6±14,8 years. Human immunodeficiency virus infection (n=17), solid or haematological neoplasms (n=17), chronic corticosteroid therapy (n=13), cases of antineoplastic chemotherapy regimen (n=10) and kidney transplant recipient (n=3) were identified in the sample. A low control of pre-existing condition(s) resulted in a delay in clinical response (29,5 ± 18,1 days versus 22,6 ± 10,7 days, with a p value of 0,205). In eighteen patients (40%) agent-directed antibiotic was instituted seven or more days after hospitalization. A statistically significant association was found between timing of appropriate treatment institution and death occurrence (p < 0,05). In-hospital mortality rate was 26,7% (n=12).

CONCLUSIONS: This analysis highlights the impact of non-controlled pre-existing disorders over clinical response to specific treatment of *pneumocystis jirovecii* pneumonia. This study suggests that a delay in appropriate treatment institution may have a negative impact on patients' survival; a high index of suspicion is necessary in the presence of immune compromise conditions. Future studies/trials will be essential to confirm these and other data recently published.

POSTER N° 11

CURRENT THERAPEUTIC APPROACH FOR LATE ONSET ASTHMA PATIENTS

Pimenta, Ana Cláudia⁽¹⁾; Brandão, Maria⁽¹⁾; Marques, Catarina⁽²⁾; Noya, Rafael⁽¹⁾; Pascoal, Ivone⁽²⁾; Machado, Daniela⁽²⁾; Franco, Inês⁽²⁾; Ladeira, Inês⁽²⁾; Lima, Ricardo⁽²⁾

(1)Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

(2)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

BACKGROUND: Late onset asthma (LOA) patients often respond poorly to standard therapy. As most guidelines are based in studies with younger individuals, clinicians might face difficulties in the management of this subset of patients.

OBJECTIVE: To describe and analyse the current therapeutic approach of LOA patients followed at a tertiary hospital, comparatively to early onset asthma patients (EOA).

METHODS: We retrospectively collected clinical data from adult asthmatic patients undergoing follow-up at a specialized asthma clinics between June and September 2016. We included only asthmatic patients and defined LOA as the onset of symptoms after 18 years. IBM SPSS v.25 was used to analyse the data.

RESULTS: 236 patients were included with 122 LOA patients (51,7%). Results were adjusted for age and gender distribution. Groups of LOA and EOA differed in terms of lung function, with higher frequency of air trapping ($p=0,044$) and also higher frequency of severe exacerbations ($p=0,031$) for LOA. LOA patients were more frequently treated with montelukast ($p=0,002$) and tended to higher use of anti-cholinergic agents (LOA $n=26$ (21,3%) vs EOA $n=12$ (12,6%), $p=0,095$). LOA also tended to higher frequency of medium-dose and high-dose inhaled corticosteroids use. From our sample, only 5 patients (2,3%) were under chronic systemic corticosteroids, 4 of those were LOA patients (3,3%).

DISCUSSION: Phenotypes of LOA vs EOA do not show major influence in treatment options, which probably reflects a wide adherence to international guidelines. As LOA patients showed higher frequency of severe exacerbations, one might question whether this subset would benefit from more personalized therapeutic approaches. The extent of our conclusions is limited, as we lack data on important co-morbidities for elder individuals. Globally, this work reaffirms LOA as a specific asthma phenotype, demanding clinical attention and research investment.

POSTER N° 12

PREVALENCIA E INFRADIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL AREA DE FERROL

Rodríguez-Segade Alonso, Santiago; Nieto Codesido, Irene; Mengual Macenlle, Noemi; Calvo Álvarez, Uxio; Brun Otero, Miguel; Mejuto Martí, María José; Diego Roza, Carmen

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO: El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia e infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en pacientes que hayan sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) en el en el último año.

OBJETIVOS SECUNDARIOS: Estudiar la asociación entre el diagnóstico de EPOC y los diferentes factores de riesgo cardiovascular, así como el grado de tabaquismo de la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde marzo 2019 se incluyeron 32 pacientes (el objetivo final del estudio es alcanzar 150), que ingresaron en la planta de cardiología por SCA, tratados mediante revascularización percutánea (PCI) y que presentaron una estenosis de al menos un 70% de las arterias coronarias.

La confirmación del diagnóstico de EPOC fue mediante espirometría con broncodilatadora, realizada al menos un mes después del evento. A todos los pacientes se les realizó una analítica con diferentes parámetros de laboratorio como troponina T, colesterol total, PCR, NTproBNP y fibrinógeno.

RESULTADOS (FASE PRELIMINAR DEL ESTUDIO): Por el momento fueron incluidos un total de 32 pacientes (varones 72%) con una media (DT) de edad de 64 (11.48) años. De estos, presentaron un patrón obstructivo 5 pacientes (16%), y patrón restrictivo 6 (19%). Cuatro (13%) cumplen los criterios espirométricos de epoc, de los cuales 2 (50%) no habían sido diagnosticados previamente. No encontramos datos de diagnóstico erróneo de epoc.

En la población estudiada, estaban en proceso de abandono de tabaco (< de 6 meses) 13 pacientes (41%), y reconocían seguir fumando activamente tras el evento coronario 3 (9%).

Los pacientes con diagnóstico de epoc son de mayor edad, con mayor comorbilidad (charlson) y con peor función cardíaca, aunque los datos son aún preliminares.

CONCLUSIONES: A pesar de tratarse de una fase preliminar del estudio, ya se observa una elevada prevalencia e infradiagnóstico de epoc entre los pacientes ingresados por SCA.

VALOR DIAGNÓSTICO DA MEDIASTINOSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS

Helena, Sara Sofia⁽¹⁾; Lareiro, Susana⁽²⁾; Rei, Joana⁽²⁾; Fernandes, Pedro⁽²⁾; Gomes, Teresa⁽¹⁾; Guerra, Miguel⁽²⁾

(1)Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

(2)Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A mediastinoscopia consiste num procedimento cirúrgico destinado à avaliação do mediastino, cujas maiores aplicações são o estadiamento mediastínico do cancro de pulmão não-pequenas células, e o diagnóstico de afeções granulomatosas, doenças linfoproliferativas e adenopatias de significado incerto.

OBJETIVOS: Revisão das mediastinoscopias realizadas em centro de referência, analisando a sua rentabilidade diagnóstica. Análise comparativa com a punção aspirativa guiada por ecografia endobrônquica (EBUS).

MÉTODOS: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes submetidos a mediastinoscopia cervical no período compreendido entre janeiro de 2013 e agosto de 2019.

Resultados Foram encontrados 63 doentes submetidos a mediastinoscopia através de minicervicotomia supra-esternal, com média de idades de 59.3 ± 14.3 anos, dos quais 74.6% (n=47) eram do género masculino. Mais de metade dos procedimentos (n=36; 57.1%) foram realizados com intuito diagnóstico. Os motivos diagnósticos encontrados consistiram em suspeita de: doença linfoproliferativa (n=18; 50.0%); sarcoidose (n=6; 16.6%); neoplasia pulmonar (n=6; 16.6%); metastização ganglionar mediastínica de neoplasia extratorácica (n=4; 11.1%); doença pulmonar ocupacional/silicose (n=1; 2.7%); quisto broncogénico (n=1; 2.7%). A mediastinoscopia possibilitou um diagnóstico final em 63.8% (n=23). A punção aspirativa por ecografia endobrônquica havia sido realizada previamente em um terço dos doentes (n=12). As amostras obtidas por EBUS revelaram-se insuficientes para diagnóstico conclusivo em 4 doentes, nos quais a mediastinoscopia demonstrou acréscimo informativo. A taxa global de complicações peri-operatórias foi 6.3%, correspondente a quatro procedimentos.

CONCLUSÕES: Tal como evidenciado na literatura, nesta amostra a mediastinoscopia demonstrou rentabilidade no diagnóstico de um leque bem definido de patologias intratorácicas, com um perfil de complicações aceitável. Assistiu-se a um decréscimo no número de mediastinoscopias diagnósticas realizadas ao longo do tempo, com o surgimento e aplicação crescente do EBUS. Seriam necessários mais doentes submetidos a ambos os procedimentos, de forma a estabelecer uma análise comparativa mais sustentada, fidedigna.

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN

Sede: Centro Cultural “Marcos Valcárcel”

C/ Progreso, 30. 32003 – Ourense

Tlf. 988 317 895

Fechas: 15 y 16 de noviembre de 2019

INSCRIPCIONES

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	100 €

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Cancelaciones:

Hasta el 04/10/19	Devolución del 100%
Hasta el 25/10/19	Devolución del 90%
Después del 25/10/19:	Sin devolución

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 08 de noviembre de 2019. 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
BARCELÓ OURENSE**** Rúa M. Curros Enríquez, 1 32003 Ourense Tel. 988 37 18 11	90 €	102€
HOTEL NH OURENSE**** Rúa Celso Emilio Ferreiro, 24 32004 Ourense Tel. 988601111	98€	110€

*Precio por habitación y noche.
Desayuno e I.V.A. incluidos.*

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Hasta el 15/09/18	Devolución del 100%
Hasta el 06/10/18	Devolución del 90%
Después del 06/10/18	Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el **31 de octubre de 2019**. A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaria técnica: lauralago@tramasolutions.com

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

RESTAURACIÓN

Almuerzo de trabajo

El viernes, 15 de noviembre a las 14.00 horas en el Restaurante Ágape, situado a menos de 5 minutos caminado de la sede (Praza Bispo Cesáreo, s/n, 32005 Ourense). Se facilitarán indicaciones de cómo llegar.

Cena del congreso

Se celebrará el viernes 15 de noviembre a las 21.30 horas en El Liceo de Ourense.

DISTINTIVOS DE IDENTIFICACIÓN

En cumplimiento de las instrucciones de Farmaindustria, el acceso a la sede estará restringido solo a **CONGRESISTAS ACREDITADOS**. Es imprescindible presentar el **DISTINTIVO DE IDENTIFICACIÓN** para entrar al recinto y visitar el Área de Exposición Comercial. Debe llevarse siempre de forma visible.

ORGANIZA



ACREDITACIÓN

Solicitada acreditación de la Comisión de formación continuada de los profesionales sanitarios de la Comunidad de Galicia

CERTIFICADOS

Certificado de asistencia

Se enviará por correo electrónico dentro de los 10 días posteriores a la reunión.

Certificado de créditos

Para obtener el certificado de créditos es imprescindible haber asistido al 90% de las sesiones científicas y haber cumplimentado el formulario de evaluación. Este certificado se enviará por correo electrónico una vez recibidos los créditos del SNS.

Certificado de comunicaciones

Será enviado por correo electrónico dentro de los 10 días posteriores a la reunión.

CON EL RECONOCIMIENTO SEPAR:

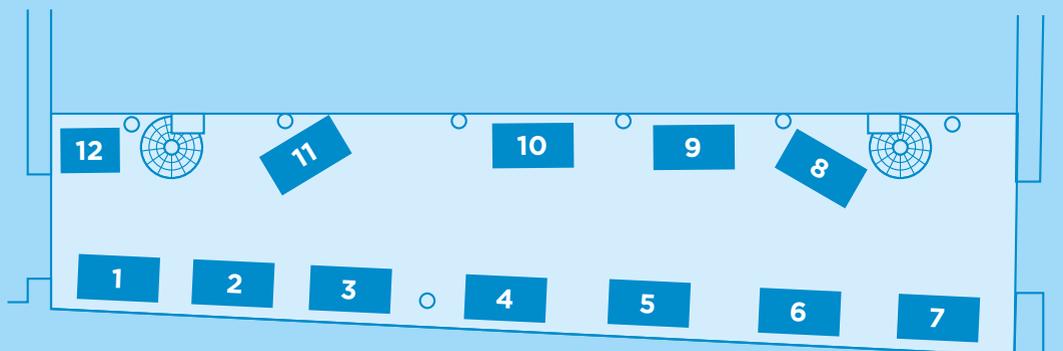


INFORMACIÓN Y SECRETARÍA TÉCNICA



C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - lauralago@tramasolutions.com

PLANO DE STANDS



1. PHILIPS
2. GSK
3. ROCHE
4. FAES FARMA
5. GRIFOLS
6. ASTRAZENECA

7. NOVARTIS
8. AIR LIQUIDE
9. BOEHRINGER
10. MENARINI
11. TEVA
12. ZAMBON

COLABORADORES



Investigamos para crecer en salud



WWW.SOGAPAR.INFO



FUNDACIÓN
SOGAPAR



Sogapar

XLVI REUNIÓN ANUAL

SOGAPAR

XXXIII REUNIÓN GALAICO DURIENSE

Descarga el programa aquí:



Este programa ha sido editado con la colaboración de:

ESTEVE