

REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA TORÁCICA

Edición española

ISSN: 1889-7347



Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Volumen 34. Número 1. Año 2022.

Comunicaciones

Índice de Autores

**48° Congreso de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur
(NEUMOSUR)**

Marbella, 21 de abril al 23 de abril de 2022



Director de la Revista

Aurelio Arnedillo Muñoz (Cádiz-España)

Editor Jefe

Roberto del Pozo Rivas (Huelva-España)

Editores Adjuntos

Antonio Álvarez Kindelán (Córdoba-España)

David Fole Vázquez (Almería-España)

Editores Asociados

Bernardino Alcázar Navarrete (Granada-España)

Antonio Anzueto (San Antonio, Texas -USA)

Esther Barreiro Portela (Barcelona-España)

Pierre-Regis Burgel (Paris-Francia)

Bartolome Celli (Boston, MA-USA)

Joanna Chorostowska-Wynimko (Varsovia-Polonia)

Raul Godoy Mayoral (Murcia-España)

Luis Jara Palomares (Sevilla-España)

José Luis López-Campos Bodineau (Sevilla-España)

Antonio Martín Ucar (Coventry-Reino Unido)

Juan Fernando Masa Jiménez (Cáceres-España)

Marc Miravittles Fernández (Barcelona-España)

Alicia Padilla Galo (Marbella-España)

Felipe Villar Álvarez (Madrid-España)

Aurelio L. Wangüemert Pérez (Canarias-España)

Gustavo Zaber (Buenos Aires-Argentina)

Comité Editorial

Ricardo Arrabal Sánchez (Málaga-España)

Rut Ayerbe García (Huelva-España)

Candelaria Caballero Eraso (Sevilla-España)

Carmen Calero Acuña (Sevilla-España)

José Calvo Bonachera (Almería-España)

Adolfo Domenech del Río (Málaga-España)

Dionisio Espinosa Jiménez (Cádiz-España)

Nuria Feu Collado (Córdoba-España)

German García de Vinuesa Calvo (Mérida-España)

Bernabé Jurado Gámez (Córdoba-España)

Gerardo Pérez Chica (Jaén-España)

Consejo Editorial

Inmaculada Alfageme Michavila (Sevilla-España)

Virginia Almadana Pacheco (Sevilla-España)

María del Sol Arenas de Larriva (Córdoba-España)

Manuel Arenas Gordillo (Sevilla-España)

Emilia Barrot Cortes (Sevilla-España)

Ana Isabel Blanco Orozco (Sevilla-España)

Alberto Beitztegui Sillero (Sevilla-España)

Carmen Carmona Bernal (Sevilla-España)

Laura Carrasco Hernández (Sevilla-España)

Francisco Casas Maldonado (Granada-España)

Luis Fdo. Cassini Gómez de Cádiz (Granada-España)

M.ª del Pilar Cejudo Ramos (Sevilla-España)

Manuel Cepero Valdés (La Habana-Cuba)

Pilar Cordero Montero (Badajoz-España)

Jaime Corral Peñafiel (Cáceres-España)

Francisco Javier Cosano Povedano (Córdoba-España)

Antonio Cueto Ladrón de Guevara (Granada-España)

Daniel del Castillo Otero (Cádiz-España)

José Luis de la Cruz Ríos (Málaga-España)

Carlos Disdier Vicente (Cáceres-España)

Teresa Elías Hernández (Sevilla-España)

Víctor M. Encinas Tobajas (Sevilla-España)

Luis Manuel Entrenas Costa (Córdoba-España)

Javier Fernández de Córdoba Gamero (Huelva-España)

José Fernández Guerra (Málaga-España)

Enrique García Martínez (Granada-España)

Rafael García Montesinos (Málaga-España)

Cayo J. García Polo (Cádiz-España)

Marcos García Rueda (Málaga-España)

Arturo Gómez González (México)

Lourdes Gómez Izquierdo (Sevilla-España)

Jesús Grávalos Guzmán (Huelva-España)

Jacinto Hernández Borge (Badajoz-España)

Fernando Hernández Utrera (Huelva-España)

Pilar Íñigo Naranjo (Badajoz-España)

Rafael Jiménez Merchán (Sevilla-España)

Rafael Lama Martínez (Córdoba-España)

Antonio León Jiménez (Cádiz-España)

Francisco Marín Sánchez (Málaga-España)

Francisca Lourdes Márquez Pérez (Badajoz-España)

Juan Fco. Medina Gallardo (Sevilla-España)

Teodoro Montemayor Rubio (Sevilla-España)

Antonio Pereira Vega (Huelva-España)

Antonio M. Pérez Fernández (Badajoz-España)

Francisco Ortega Ruiz (Sevilla-España)

Remedios Otero Candelera (Sevilla-España)

Andrés Palomar Lever (México)

Elvira Pérez Escolano (Jerez de la Frontera-España)

Esther Quintana Gallego (Sevilla-España)

Florencio Quero Valenzuela (Granada-España)

Juan Antonio Riesco Miranda (Cáceres-España)

Ignacio Rodríguez Blanco (Badajoz-España)

Francisco Rodríguez Panadero (Sevilla-España)

José A. Rodríguez Portal (Sevilla-España)

Mª Auxiliadora Romero Falcón (Sevilla-España)

Ana Dolores Romero Ortiz (Granada-España)

Pedro José Romero Palacios (Granada-España)

Beatriz Romero Romero (Sevilla-España)

Fernando Romero Valero (Cádiz-España)

José Antonio Ruiz Navarrete (Viena-Austria)

Ángel Salvatierra Velázquez (Córdoba-España)

Mª Ángeles Sánchez Armengol (Sevilla-España)

Julio Sánchez de Cos Escuín (Cáceres-España)

Francisco Santos Luna (Córdoba-España)

Dolores Sebastián Gil (Málaga-España)

Agustín Sojo González (Cáceres-España)

J. Gregorio Soto Campos (Cádiz-España)

José M. Vaquero Barrios (Córdoba-España)

Rosa Vázquez Oliva (Huelva-España)

Rosario Ysamat Marfá (Córdoba-España)

JUNTA DIRECTIVA DE NEUMOSUR

Presidente: Aurelio Arnedillo Muñoz.

Vicepresidente: Borja Valencia Azcona.

Relaciones Institucionales: Francisco Casas Maldonado.

Secretario General: Eduardo Márquez Martín.

Tesorero: José Domingo García Jiménez.

Vocal por Cirugía de Toráx: Fernando Cózar Bernal.

Vocal por Andalucía Occidental: Eva Vázquez Gandullo.

Vocal por Andalucía Oriental: Alicia Padilla Galo.

Vocal por Extremadura: Germán García de Vinuesa Calvo.

Vocal por Médicos Jóvenes: Ana Fulgencio Delgado.

Redacción y administración

Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Secretaría Técnica

C/ Virgen de la Cinta, 21

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

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

e-mail: neumosur@neumosur.net

<https://www.rev-esp-patol-torac.com/>

© Copyright 2022 Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Reservados todos los derechos

Diseño maquetación: Asociación Neumosur

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

Incluida en el Índice Médico Español.

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

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

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

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

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

Título clave: Rev Esp Patol Torac

Depósito Legal. S. 872-2009

ISSN: 1889-7347

REVISTA ESPAÑOLA DE

PATOLOGÍA TORÁCICA

Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur.

Sumario:

04 **Comunicaciones Orales y a Posters.**

83 **Índice de Autores.**

Volumen 34
Número 1
abril, 2022

COMUNICACIONES

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA.

C. Cabanillas Díez-Madroño¹, C. Montaña Montaña¹, R. Gallego Domínguez¹, E. Habas Hidalgo², A. Carrasco Flores², H.R. Núñez Velacoracho², B. Barrado Rosado², C. de Dios Calama¹, M.E. Ruiz Carretero¹, M.A. Sojo González¹.

¹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

²Unidad de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: La Unidad de Salud Mental (USM) del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres colabora con la Unidad Multidisciplinaria de Asma (UMA) de éste con el fin de mejorar el manejo de los pacientes (p.) con asma bronquial realizando una intervención psicológica en los pacientes que lo requieren. El objetivo de este estudio es analizar la evaluación psicológica realizada a p. con asma bronquial en seguimiento por la UMA.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo del programa de intervención psicológica de pacientes con asma en seguimiento por la UMA que fueron derivados para valoración desde septiembre 2020 a diciembre 2021. Para ello, se recogen variables relacionadas con la evaluación de síntomas psicológicos y psicósomáticos, la disnea funcional y con la percepción y el control que tiene el p. sobre su enfermedad y sobre la funcionalidad familiar. Todo ello se evaluó mediante el cuestionario BIPQ (Broadben et al. 2006), ACT (Nathan et al. 2004), APGAR familiar (Smilkstein 1978), LSB-50 (González de Rivera et al. 2012) y cuestionario Nijmegen (Van Dixhoorn et al. 1985). Se analizaron los datos mediante programa PASW Statistics 18.

Resultados: Se evaluaron 41 p., de los cuales 88% fueron incluidos en grupos de terapia psicológica. El cuestionario BIPQ evalúa la percepción que tiene el p. de su enfermedad. El 15% cree que la enfermedad afecta gravemente a su vida y el 41% manifiesta que el tratamiento que toma es imprescindible. El 51% comprende claramente lo que implica ser asmático y el 18% reconoce que el asma le afecta gravemente. Solo en el 18% el ACT reflejaba buen control del asma, 44% control parcial y 39% mal control. El 72% tenía un test de Nijmegen superior a 23 sugestivo de disnea funcional.

Según el test APGAR familiar que evalúa la percepción que tiene el p. sobre la funcionalidad de su familia; el 77% la consideraban normofuncional, 18% disfuncional leve y un 5% disfuncional grave. Los p. que percibían sus familias como disfuncionales

agudizaban con mayor frecuencia ($p = 0,051$) con respecto a los que afirmaban pertenecer a una familia normofuncional.

En la valoración psicopatológica mediante la escala LSB50 destaca que el 33% de los p. presentan rasgos obsesivos y el 44% somatizan de forma física sus emociones.

Conclusiones:

Los p. asmáticos valorados por la USM muestran disnea funcional y mal control del asma a pesar de tener una adecuada percepción de su enfermedad y un entorno familiar normofuncional. Los rasgos psicopatológicos más frecuentes asociados son obsesión y somatización.

EFECTOS DE BENRALIZUMAB EN EL PACIENTE CON ASMA GRAVE

A. Martínez Mesa, L. Piñel Jimenez, B. Gómez Rodríguez, N. Reina Marfil, D. García López, E.B. Cabrera César.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Benralizumab es un anticuerpo monoclonal que se usa en el asma severo no controlado. Tiene afinidad por la subunidad alfa del receptor de interleuquina 5 (IL5) del eosinófilo, causando la apoptosis y disminuyendo la inflamación mediada por éste.

El objetivo de nuestro estudio ha sido ver la evolución de estos pacientes durante el primer año de tratamiento.

Metodología: Es un estudio retrospectivo de los 32 pacientes que habían completado un año de tratamiento con benralizumab en la consulta de asma. Recogiéndose variables durante los 12 meses previos y posteriores al inicio del tratamiento.

Resultados: La edad media fue 56 años siendo el 65,63% mujeres. Los cambios en la eosinofilia, FEV1 y dosis de prednisona se muestra en la figura 1. Obteniéndose una $p < 0,001$ para las tres variables. El porcentaje de cambio a lo largo del primer año se muestra en la figura 2.

El número de pacientes corticodependientes se redujo de forma significativa de 14 a 3 ($p < 0,001$).

El número de visitas a Urgencias anual pasó de 2,07 a 0,47 tras el inicio del fármaco ($p < 0,001$). El número de ingresos totales paso de 11 a 1.

Conclusiones:

Concluimos que benralizumab es un fármaco útil en el tratamiento del asma grave al disminuir la inflamación eosinofílica, disminuyendo la corticodependencia y aumentando el FEV1.

Figura 1.

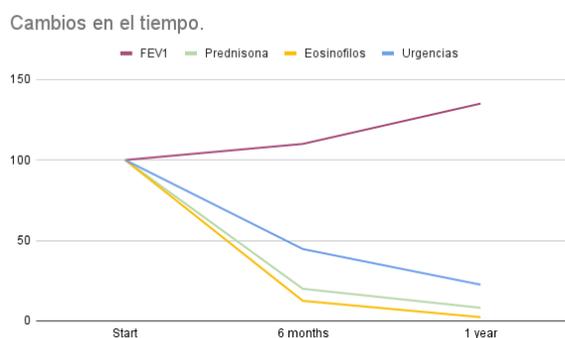
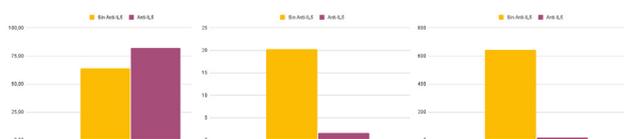


Figura 2.



PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADOR DE BASE EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE TRAS INICIAR UN BIOLÓGICO ANTI-IL 5.

J. Romero López¹, C. Puchas Manchón¹, M.A. Díaz Santos¹, E. Sánchez Gómez², M.D. Santos Rubio², A. Pereira Vega¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: La demostrada eficacia del tratamiento biológico anti-IL 5 en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave (AERG), no exige de mantener la terapia inhalada.

Objetivo: Determinar el grado de adherencia y las principales variables clínicas relacionadas con la adherencia al tratamiento inhalador de base, en pacientes con AERG, tras el inicio del tratamiento con un fármaco anti-IL 5.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se identificaron a los pacientes tratados con un fármaco anti-IL-5 para el AERG, a través de los registros propios de dispensación a pacientes externos (ATHOS-PRISMA 2.0). Se cuantificó la adherencia al tratamiento inhalador a través de las dispensaciones registradas de forma ambulatoria en el módulo receta XXI de DIRAYA. Se consideró no adherentes, los pacientes con < del 85% del cociente: días con medicación retirada/ días totales. Las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica digital.

Resultados: Se identificaron un total de 67 pacientes: 36 con Benralizumab (B) y 31 con Mepolizumab (M). Tras 4 meses de seguimiento, se convirtieron en no adherentes 16 (23,9%), 10 pacientes con B (27,8%) y 6 con M (19,4%).

En los 16 no adherentes, el valor del TAI (Test de adhesión a inhaladores) a los meses del inicio del biológico, mostró una adherencia intermedia (46 - 49 puntos) en 3 casos (18,75%) y una buena adherencia (50 puntos) en 13 (81,25%). El valor del ACT (Test de control del asma) mostró un asma controlada en 9 pacientes (56,25%), parcialmente controlada 3 (18,75%), y no controlada en 4 (25%).

Encontramos dos subgrupos en los pacientes no adherentes: uno con una adherencia discontinua y otro en el que se suspendió de forma definitiva el tratamiento inhalador tras una media de 3.7 meses del inicio del biológico.

Se observó una no adherencia completa en 13 pacientes (81,25%) frente a una ausencia de adherencia a uno de los inhaladores en 3 (18,75%).

Conclusiones:

- Un alto porcentaje de pacientes con AERG abandona el tratamiento inhalador de base tras el inicio de un fármaco biológico anti-IL 5, incluso los previamente adherentes.
- El TAI puede inducir a decisiones clínicas erróneas por crear la falsa sensación de seguridad de una adherencia cierta.
- El beneficio clínico de los biológicos anti-IL 5 es tal, que permite a un alto porcentaje de pacientes mantener el control del asma pese a la falta de adherencia al tratamiento inhalador de base.

EFFECTIVIDAD EN LA MEJORA DE LA TÉCNICA INHALATORIA CON UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC Y ASMA

M. Garci-Varela Olea¹, M.J. Córcoles Valenciano¹, J. Alcántara Fructuoso¹, A. Muñoz Lajara¹, M.A. Franco Campos¹, L. Fernández Mula², E. Carrilero Ibáñez³.

¹Servicio de Neumología. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

²Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

³Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: En el tratamiento de las enfermedades obstructivas de la vía aérea: EPOC y Asma, la vía de administración de medicamentos de elección es la inhalatoria. Sin embargo, el uso inadecuado de la medicación inhalada es un fenómeno frecuente y complejo en el que intervienen múltiples factores, entre ellos una técnica inhalatoria deficiente.

Mejorar la destreza en la técnica inhalatoria en los pacientes que reciben este tratamiento mediante un Programa Adiestramiento individualizado de inhaladores es el objetivo principal de este trabajo. Además, se pretende analizar la situación basal de destreza en pacientes con EPOC y Asma que están recibiendo tratamiento inhalado.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo, pragmático, con intervención educativa y evaluación basal y posterior a la misma, realizado en el Hospital Morales Meseguer (Murcia). Se usaron sistemas fichas de evaluación cuantitativas y un sistema electrónico para objetivar el "paso de la inspiración". La variable principal fue la mejora de la técnica inhalatoria con los inhaladores evaluados, transcurridos seis meses del adiestramiento.

Resultados: Durante un año se estudiaron 81 pacientes que llevaban indicados 151 inhaladores en la visita inicial y 143 pacientes en la última visita. La muestra presentaba con un 59,3% de mujeres y en cuanto al diagnóstico de su enfermedad, 65,4% tenían el diagnóstico de asma y el 35,6% de EPOC. El 22% de los pacientes eran fumadores activos. El inhalador más utilizado fue el cartucho presurizado con cámara espaciadora (45%). En la primera evaluación se cometieron un total del 15% de errores críticos, mientras que fue un solo paciente en la última visita (0,7%). De 150 inhaladores al inicio solo un 10% se administraban con una técnica óptima. Inicialmente los pacientes presentaban muy bajo nivel de destreza. Tras el Programa de Adiestramiento la técnica inhalatoria mejoró significativamente, pasando de un 8,8% de los pacientes al 58,5% ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Existe una mejora significativa de la destreza de la técnica inhalatoria a los 6 meses de haber sido instruidos en un programa individualizado de adiestramiento. Tratándose de una intervención beneficiosa, independientemente del tipo de inhalador empleado y de la patología de base.

Figura 1.

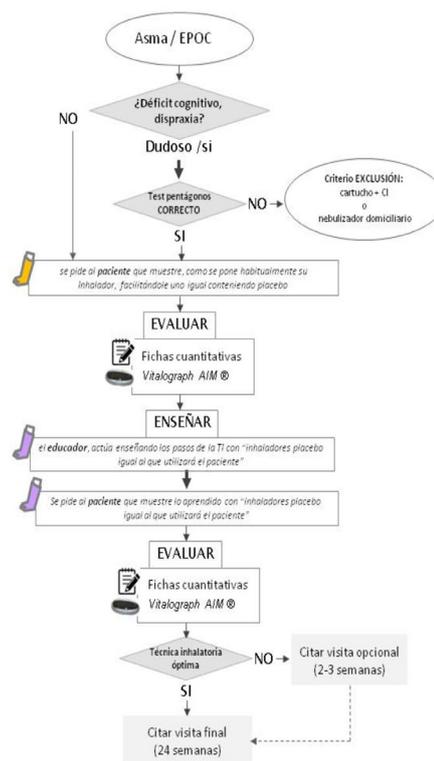
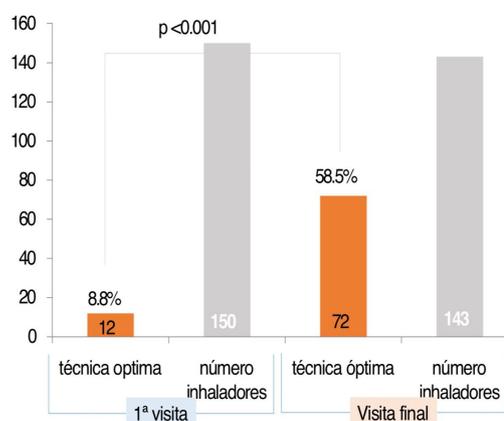


Figura 2.



ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC) EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

A. González Hernández, J. Romero López, C. Romero Sayago¹, M.A. Díaz Santos, C. Puchaes Manchón, A. Pereira Vega.

Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos para pacientes con asma grave de difícil control (AGDC), con un beneficio clínico evidente. El anti Ig E, Omalizumab (O), se empezó a prescribir en nuestro hospital en 2007 y posteriormente los anti IL5, Mepolizumab (M) en 2010 y más recientemente Benralizumab (B) en 2018.

Objetivo: analizar la eficacia del tratamiento biológico en la cohorte de pacientes con AGDC del hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva desde 2007-2021.

Metodología: Hemos revisado en nuestra base de datos de AGDC los pacientes que en alguna ocasión han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007 hasta la actualidad. Hemos valorado la eficacia a los 6 meses según 4 criterios: exacerbaciones, test de control del asma (ACT), valor de FEV1 y reducción de corticoides orales (CO). Se ha determinado la respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP) o ausencia de respuesta (AR) para cada biológico. Para valorar la eficacia se exigía que se cumplieran todos los requisitos de la tabla 1 para cada supuesto.

Resultados: Desde 2007 hasta 2021 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el HJRJ 236 pacientes, de los cuales se han seleccionado con criterios estrictos 114 (66 O, 20 M y 28 B). Actualmente tenemos en activo 21 O, 16 M y 24 B.

Hemos observado una RC con respecto a las exacerbaciones en el 87,2% del O, 94,7% del M y 100% del B. En el ACT 45,2% en O; 42,1% en M; y 60% en B. En FEV1 26,9% en O; 78,6% en M; 53,8% en B. En reducción de corticoides sistémicos 45,7% con O; 33,3% M; 70,6% con B.

La RP frente a la AR en exacerbaciones fue en O del 5,1% frente al 7,7%, de M 0 % frente al 5,3% y de B 0% en ambos. Respecto al ACT, tanto la RP como AR fueron de 54,8% en O; 57,9% en M; 40% en B. En el FEV1, hemos obtenido una RP del 7,69 vs. 65,41% de AR con O; con M 0% vs. 21,4% y con B 15,4% vs. 30,8%. La reducción de CO tuvo una RP en el 20% de O frente al 34,3% AR, en M 27,8% frente 38,9% y B 17,6% frente al 11,8%.

Conclusiones:

- Los tratamientos biológicos son eficaces en el AGDC.
- La respuesta completa global en nuestra cohorte ha sido del 26.9% en pacientes con Omalizumab, 33.3% con Mepolizumab y 53.8% con Benralizumab.
- La menor eficacia de Omalizumab esté probablemente en relación con una prescripción inicial del mismo sin tener en cuenta el fenotipo del paciente.

Tabla 1.

Tabla 1: sugerencias para la evaluación de la respuesta a anticuerpos monoclonales.

	Exacerbaciones	ACT (Asthma Control Test)	FEV ₁ (volumen espirado forzado en el primer segundo)	Corticoides sistémicos (CS)
No respuesta	Igual o aumento	Aumento < 3 puntos	Aumento <10% y 100 ml	Disminución < 50%
Respuesta parcial	Reducción < 50% ≥ 2 exacerbaciones graves en 12 meses	Aumento < 3 puntos Total < 20	Aumento > 10% y 100 ml FEV ₁ < 80%	Disminución de dosis > 50%, sin retirada completa.
Respuesta completa	Sin exacerbaciones en 12 meses	Total ≥ 20	FEV ₁ ≥ 80%	Retirada CS

EXPERIENCIA TRAS CAMBIO DE FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

J. Lancha Domínguez, J. Romero López, B. Gracia Hernández, A. González Hernández, C. Romero Sayago, A. Pereira Vega.

Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Con la aparición de nuevas terapias biológicas para el asma se plantea la posibilidad de cambio de tratamiento biológico en caso de no conseguir el control de la enfermedad. Además de la optimización del fenotipo y el biológico elegido (anti Ig E o anti IL5), existen diversos factores que pueden marcar la efectividad de un determinado biológico en un paciente.

Objetivo: valorar el nivel de eficacia tras el cambio de terapia biológica en los pacientes con asma grave de difícil control (AGDC) en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Metodología: Hemos revisado en nuestra base de datos de AGDC los pacientes que en alguna ocasión han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007 hasta la actualidad. Se han seleccionado los pacientes en los que se realizó un cambio de biológico en algún momento durante el seguimiento, valorando la respuesta al nuevo tratamiento biológico a los 6 meses del inicio. Para ello, nos hemos basado en el GETE, considerando "bueno" control parcial y "excelente" control total.

Resultados: Desde 2007 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el HJRJ 236 pacientes, de los cuales se han seleccionado con criterios estrictos 114 (66 Omalizumab (O), 20 Mepolizumab (M) y 28 Benralizumab (B)). De ellos, 22 pacientes comenzaron tratamiento con otro biológico, en una o dos ocasiones. Lo más frecuente (16 casos) fue el paso de O a terapia anti IL5 (5 De O a M y 11 de O a B). La eficacia mejoró en 16 pacientes, observándose un paso de no control a control parcial en 6 pacientes y de no control a control total en 10. En 6 pacientes, a pesar del cambio de tratamiento biológico, no se consiguió adecuado control del asma.

Además, 3 pacientes han recibido de forma progresiva los 3 fármacos (O/M/B). En estos casos, no hubo mejoría en la eficacia en 2 pacientes, apreciándose un cambio a control parcial en el tercero. El cambio de tratamiento supuso una mejoría en la eficacia en el 72,73 % de los casos y no mejoría en el 27,27%.

Conclusiones:

- La posibilidad del cambio de biológico se podría considerar si no se tiene un buen control del asma, adecuando el fármaco al fenotipo del paciente.
- En nuestro estudio, el cambio de biológico supuso una mejoría en la medida de eficacia en el 72,73% de los casos.
- El cambio de tratamiento en más de una ocasión, no ha demostrado en nuestra cohorte, mejoría en el control del asma, aunque serían necesarios estudios con cohortes más extensas.

PERFIL DEL PACIENTE DERIVADO PARA VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA EN NUESTRA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA

C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Diez-Madroño¹, A. Carrasco Flores², E. Habas Hidalgo², H.R. Núñez Velacoracho², B. Barrado Rosado², M.E. Ruiz Carretero¹, C. de Dios Calama¹, A.P. Arenas Polo¹, M.A. Sojo González¹.

¹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

²Unidad de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: Algunos trastornos psicológicos se consideran comorbilidad de asma bronquial y debe evaluarse por un psicólogo o psiquiatra pues influye en el control de la enfermedad, en el riesgo de exacerbaciones y en la calidad de vida de los pacientes (p.).

Objetivo: El objetivo fue analizar las características clínicas y demográficas de los p. con asma bronquial que se derivaron para valoración por psicología en la Unidad Multidisciplinaria de Asma (UMA).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de p. con asma bronquial en seguimiento por la UMA de Cáceres que se derivaron al equipo de psicología en

el periodo de tiempo de septiembre 2020 a diciembre 2021. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, de diagnóstico y tratamiento mediante programa PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyeron 40 p. (15% hombres y 85% mujeres) con edad media de 47 años. El 84% referían inicio del asma en edad adulta y 16% en la infancia. El 98% asociaba alguna comorbilidad. El 8% eran fumadores activos, 53% exfumadores y 33% no fumadores. El IMC medio fue 30,54; 30% con obesidad I, 10% tipo II, 13% tipo III y 3% peso insuficiente.

El 51% se encontraban en situación ocupacional activa, 20% desempleados, 14% de baja laboral, y 6% incapacidad. El 56% tenían un nivel educativo alto y el resto, estudios primarios y secundarios en el mismo porcentaje (22%).

Respecto al fenotipo de asma, el 50% era T2 alérgico, 15% T2 eosinofílico, 18% T2 alérgico y eosinofílico y 18% no T2. El 59% se clasificó como asma persistente grave, 39% moderada y 3% leve. El ACT medio fue de 15,85; el 35% con asma mal controlada, 50% parcialmente controlada y solo el 15% bien controlada. El 40% presentó al menos una agudización en el año previo. La puntuación media del test de Nijmegen fue 28,77.

El cuestionario TAI reflejaba buena adhesión en el 60% de p., 23% intermedia y 18% mala adhesión. El incumplimiento era deliberado en el 47%, errático en el 40% e inconsciente en el 13%.

Todos los p. estaban en tratamiento con corticoides inhalados, 97% con β_2 agonista de larga duración asociado, 90% antileucotrieno y 70% anticolinérgico. El 10% estaba con terapia biológica y el 5% la había recibido en el pasado.

Conclusiones:

- La amplia mayoría de los pacientes fueron atendidos de forma telemática durante los meses del confinamiento en comparación con años previos.
- Los resultados obtenidos en la deshabituación tabáquica están en consonancia con los datos obtenidos previos a la pandemia, siendo la consulta telemática una alternativa real en situaciones especiales.
- Vareniclina Ha resultado ser el fármaco más empleado en los pacientes que consiguen abstinencia tabáquica completa tras 6 meses.

EXPERIENCIA EN USO DE INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL FRENTE A ÁCAROS

B. Gómez Rodríguez, L. Piñel Jiménez, A. Martínez Mesa, J.L. Velasco Garrido.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La inmunoterapia específica con alérgenos es un tratamiento con una larga evolución e importante papel en la patología alérgica respiratoria. En el caso específico de la inmunoterapia sublingual frente a ácaros su probada eficacia en la reducción de agudizaciones y uso de corticoides inhalados hacen que sea recomendada en las guías de tratamiento del asma. Nuestro objetivo en este trabajo es valorar el grado de cumplimiento del tratamiento en los pacientes en seguimiento nuestra consulta de asma y las causas de abandono del tratamiento.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con acarizax entre enero de 2018 y enero de 2021 que eran seguidos en nuestra consulta monográfica de asma. Se revisó la medicación extraída en farmacia a través de receta XXI para comprobar cumplimiento, así como los efectos adversos y motivos de abandono registrados en la historia clínica.

Resultados: Se trata de un grupo de 20, de los cuales 11 eran hombres y 9 mujeres. Presentan una edad media de 44,25 años y el tiempo de evolución media de la enfermedad era de 5,85 años. Encontramos que solo dos pacientes (10%), habían cumplido el tratamiento correctamente, mientras que un 25% seguían el tratamiento, pero con discontinuidad con un porcentaje de meses con tratamiento superior o igual al 50%.

Se produjo un porcentaje de abandono del 65%, de los cuales un 46,15% lo hicieron el primer año y un 53,84% entre el segundo y tercer año. Entre las causas de abandono una de las pacientes presentó una reacción alérgica al tratamiento, otra presentó una escasa respuesta y se cambió a otro tipo de vacuna, otro paciente lo asoció a recidiva de mucocela y lo abandonó, un 38,41% abandona el tratamiento por la pandemia y dificultades asociadas para su seguimiento y prescripción.

Conclusiones: En nuestra serie se ha producido una importante tasa de abandono del tratamiento, entre cuyas causas destaca la situación de confinamiento y pandemia por COVID 19 que interrumpió el normal seguimiento de los pacientes. En el resto destaca la falta de cumplimiento con discontinuidad del tratamiento.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON TEP TRAS HOSPITALIZACIÓN: ¿LO HACEMOS BIEN?

M.E. Ruiz Carretero, C. De Dios Calama, C. Montañó Montañó, C. Cabanillas Díez-Madroñero, A.P. Arenas Polo, M. Cebrián Romero, Z.F. Donoso Correa, C.P. Batres Erazo, J.A. Riesco Miranda.

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

Introducción: Recientemente se ha publicado un nuevo consenso multidisciplinar sobre el manejo de la enfermedad tromboembólica pulmonar (Lobo JL, et al. Consenso multidisciplinar para el manejo de la tromboembolia de pulmón. Arch Bronconeumol. 2021), en él se analizan aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es analizar el protocolo de seguimiento de los pacientes ingresados por TEP en nuestra área y su concordancia con los datos ofrecidos en el nuevo consenso.

Metodología: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de pacientes seguidos en nuestras consultas tras ingreso en nuestra área con el diagnóstico de TEP y durante un periodo de un año (noviembre 2020-2021).

Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los resultados se almacenan en una base de datos y el estudio estadístico se realiza mediante programa PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyen un total de 76 pacientes (62% varones, 38% mujeres) con una edad media de 62 años. El 59,2% fueron clasificados como PESI I-II y el 40,8% PESI III-IV. El 39,5% correspondió a TEP segmentario, 35,5% en arteria principal y el 11,8% subsegmentario.

El 13% de nuestros pacientes se fueron de alta con HBPM, 81,6% con Antivitamina K y el resto con ACODs (anticoagulantes orales de acción directa). La duración media del tratamiento fue 9 ± 3 meses. La mediana de duración hasta la primera consulta fue de $4 \pm 1,8$ meses.

Durante el seguimiento no se realizó prueba diagnóstica alguna (Gammagrafía en el 58%, AngioTAC 76%). En el 74% de los casos no se indicó estudio de trombofilia. El 13% de nuestros pacientes presentó TEP asociado a cáncer y el 60% de estos hizo tratamiento con HBPM. Durante el seguimiento se diagnosticó de hipertensión pulmonar asociada a TEP al 3,1% de los pacientes.

Conclusiones: Los consensos multidisciplinarios para el manejo del TEP (2013 y 2021) abordan algunos aspectos relacionados con el manejo y seguimiento

del paciente con diagnóstico de TEP. En nuestro estudio observamos un alto nivel de concordancia en el seguimiento del paciente con TEP, particularmente en lo referido a la duración mínima del tratamiento anticoagulante y a la indicación de diferentes pruebas diagnósticas. En nuestro protocolo existen claras diferencias con respecto a los consensos en la elección del tratamiento anticoagulante. No encontramos reflejada la duración e intervalo de tiempo exigidos con respecto a la primera y número de consultas de seguimiento en estos pacientes.

Figura 1.

	Consensos 2013 y 2021	HSPA
Tiempo hasta primera consulta	No se aborda directamente	4 meses
Duración tratamiento	Mínimo 3 meses	9 meses
Tipo de anticoagulante	Anti vitK (necesidad de reperusión y contraindicación ADOs) ADOs (mayoría de los casos, excepto <u>contraindicaciones</u> *) HBPM (elección en cáncer)	Mayoría AntiVitK 5.3% de ADOs 13.2% HBPM (60% de los pacientes con cáncer)
Estudio trombofilia	No se recomienda	No se realiza en el 74%
Pruebas diagnósticas	No se recomienda angioTAC, ni Gammagrafía V/Q. Ecocardio solo si síntomas o signos de HTP TEP	24% AngioTAC 30% Gammagrafía

* Contraindicaciones: Síndrome antifosfolípido triple positivo, embarazadas y lactantes, o con insuficiencia renal grave.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

E.M. Mendoza Zambrano¹, J. Acosta Rodríguez², M. Domínguez Blasco¹, S. Marín Romero¹, L. Jara Palomares¹, M.T. Elías Hernández¹, R. Otero Candellera¹.

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

²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La Hipertensión pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) es la secuela con peor pronóstico tras una tromboembolia pulmonar (TEP) si no es diagnosticada y tratada precozmente. Analizamos las características clínicas y los resultados del diagnóstico de los pacientes con HPTEC de nuestras consultas.

Metodología: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes con HPTEC introducidos en el registro español de Hipertensión Pulmonar (REHAP). Se proporcionan valores absolutos y porcentajes para las variables cualitativas, así como media y desviación estándar para las cuantitativas. Todos los pacientes dieron su consentimiento para que sus datos clínicos fueran introducidos en el registro REHAP.

Resultados: Desde marzo del 2008 hasta agosto del 2021 hemos diagnosticado 45 pacientes de HPTEC, un 27% de los cuales no había presentado clínica de TEP. Todos los casos presentaron una hipertensión pulmonar precapilar en el estudio hemodinámico y defectos de perfusión persistentes o trombosis crónicas mediante pruebas de imagen. En las siguientes tablas están resumidos los resultados. La media de tiempo desde la prueba de screening, ecocardiografía, hasta la confirmación diagnóstica, estudio hemodinámico, es de $5 \pm 5,6$ meses, este dato varía según el sexo; en hombres es de $3,9 \pm 2,4$ meses y en mujeres de $5,6 \pm 6,6$ meses ($p = 0,248$); la mediana de tiempo es $4 \pm 5,6$ meses. De todas las endarterectomías realizadas el 55,6% fueron en hombres, por otro lado el 67% de las angioplastias se realizaron en mujeres ($p = 0,233$). Los pacientes sometidos a endarterectomía fueron más jóvenes, 45 ± 16 años frente a los tratados con angioplastia y/o tratamiento médico $61,1 \pm 15,9$ años ($p = 0,003$).

Conclusiones:

El sexo femenino y el antecedente de TEP no provocado suele ser más frecuente en nuestra cohorte. Hay un amplio margen de mejora en el flujo diagnóstico en nuestros pacientes, así como en la implementación de la cirugía, que es la técnica curativa. Hay una tendencia hacia un flujo diagnóstico más dinámico en los hombres que en las mujeres. La cirugía se usa más frecuentemente en hombres y pacientes jóvenes. Se desconoce si esta tendencia obedece a mayor comorbilidad, afectación vascular más distal o preferencias de las mujeres.

Figura 1.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNÓSTICADOS DE HPTEC

Variables	Pacientes (N=45)
Edad, <i>media (DE)</i>	57,89 (17)
Sexo femenino, <i>n (%)</i>	27 (60)
Tabaquismo, <i>n (%)</i>	19 (42) †
Hipertensión arterial, <i>n (%)</i>	24 (53)
Diabetes Mellitus, <i>n (%)</i>	7 (16)
Cáncer, <i>n (%)</i>	5 (11)
Varices, <i>n (%)</i>	8 (18)
Asma Bronquial, <i>n (%)</i>	9 (20)
Trombofilia, <i>n (%)</i>	3 (7)
Antecedentes de Trombosis venosas*, <i>n (%)</i>	6 (13)
Enfermedad Cardíaca, <i>n (%)</i>	4 (9)
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, <i>n (%)</i>	3 (7)
Diagnóstico previo de Tromboembolia Pulmonar, <i>n (%)</i>	33 (73)
- TEP no provocada, <i>n (%)</i>	27/33 (81)
- TEP asociada a Cáncer, <i>n (%)</i>	3/33 (9)

*Un episodio de trombosis venosa superficial.
HPTEC=Hipertensión pulmonar tromboembólica Crónica. TEP=Tromboembolia pulmonar
† diferencias significativas a favor del sexo masculino $p < 0,05$

Figura 2.

DIAGNOSTICO DE HTEPC	
Variables	Resultados
Meses desde TEP hasta HPTEC (n=31), <i>media (DE)</i>	23,71 ± 20
Meses desde TEP hasta la sospecha HPTEC (n=29), <i>media (DE)</i>	19 ± 20
Meses desde screening por ecocardiografía hasta confirmación por CCD(n=39), <i>media (DE)</i>	5 ± 5,64
Ecocardiografía	
- Presión arterial pulmonar sistólica (n=37) mmHg, <i>media (DE)</i>	71 ± 21
- TAPSE (n=26), cm, <i>media (DE)</i>	19,5 ± 4,44
- Desplazamiento del tabique interventricular, n (%)	6 (13)
- Dilatación del ventrículo derecho, n (%)	17 (38)
- Dilatación de la vena cava inferior, n (%)	5 (11)
- Derrame pericárdico, n (%)	2 (4,4)
Estudio hemodinámico por CCD	
- Presión arterial pulmonar media (n=40), mmHg, <i>media (DE)</i>	45 ± 11,73
- Resistencias vasculares pulmonares (n=36), uW, <i>media (DE)</i>	7,63 ± 4,35
- Gasto cardiaco (n=34), l/min, <i>media (DE)</i>	4,29 ± 1,32
- Presión de Aurícula derecha (n=32), mmHg, <i>media (DE)</i>	10 ± 4,31
Gammagrafía de perfusión pulmonar	
- Defectos de perfusión de TEP crónica (n=32), n (%)	32 (100)
Tipo de tratamiento	
Médico, n (%)	30 (67)
Angioplastia, n (%)	6 (13)
Endarterectomía, n (%)	9 (20)

HPTEC=Hipertensión pulmonar tromboembólica Crónica, TEP=Tromboembolia pulmonar.
 CCD=Cateterismo cardiaco derecho, TAPSE, Desplazamiento sistólico del plano del anillo tricúspideo

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS SUPERIORES

S. López Ruiz¹, M. Barca Hernando¹, S. Marín Romero¹, T. Elías Hernández², R. Otero Candelera², L. Jara Palomares².

¹Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. CIBERES, Madrid.

Introducción: Las localizaciones clásicas de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) son la tromboembolia de pulmón (TEP) y la trombosis de venosa (TVP) de miembros inferiores y la mayoría de los ensayos clínicos se han realizado en esta población. Las recomendaciones sobre el tratamiento de las TVP de miembros superiores (MMSS) se adoptan de los datos obtenidos en ETV clásica, aunque desconocemos si tienen las mismas características clínicas y pronóstico. El objetivo es analizar las complicaciones de los pacientes con cáncer y TVP de MMSS, y compararlas con pacientes con cáncer y ETV clásica.

Metodología: Análisis post-hoc de estudios prospectivos de pacientes consecutivos con cáncer y ETV (estudios TiCAT, Qca) en el periodo comprendido desde octubre de 2008 a diciembre de 2019. Realizamos una comparación de las características y complicaciones (sangrados, ETV recurrente y muerte) de los pacientes con TVP de MMSS frente a la ETV clásica. Definimos hemorragia clínicamente relevante (HCR) según criterios ISTH (International Society Thrombosis and Haemostasia). Usamos Chi2 (o Fisher cuando fue necesario) para variables cualitativas y t de Student para las cuantitativas.

Resultados: En el periodo de estudio se reclutaron 72 pacientes con cáncer y TVP de MMSS y 683 pacientes con ETV clásica. En los pacientes con TVP de MMSS los tumores más frecuentes fueron hematológico (29,2%) y mama (25%). Al comparar las características de los pacientes con TVP de MMSS vs. ETV clásica encontramos que los pacientes con TVP de MMSS eran más jóvenes ($55,5 \pm 15,8$ años vs. $65,5 \pm 12,6$ años; $p < 0,001$), con un mayor porcentaje de mujeres (65,3% vs. 48,8%, $p < 0,05$), menor porcentaje de metástasis (40,2% vs. 60,5%, $p < 0,05$), menos eventos incidentales (11,1% vs. 44%, $p < 0,001$), mejor ECOG performance status ($p < 0,05$) y tenían más catéteres venosos centrales (61% vs. 24,8%, $p < 0,001$). En cuanto a las complicaciones, no encontramos diferencias en las HCR (9,7% vs. 14,6%, $p: 0,26$) ni en ETV recurrente (22,2% vs. 18,6%), aunque si hubo diferencias en la mortalidad (37,5% vs. 57,4%, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con cáncer y TVP de MMSS son más jóvenes, con mayor porcentaje de mujeres, mas catéter venoso central, menos ETV incidental y menos metástasis. No encontramos diferencias en la ETV recurrente ni en las HCR, aunque encontramos una menor mortalidad probablemente influida por la menor presencia de metástasis y menor edad.

Figura 1.

	TVP MMSS (n = 72)	ETV clásica (n = 683)	p según Chi ²
Datos demográficos			
Sexo Mujer n(%)	47 (65,3%)	333 (48,8%)	p=0,008
Edad media (años)	55	64	** p=0,000
Peso medio (kg)	71,08	75,5	p=0,253
Características ETEV			
TVP+TEP n (%)	5 (6,9%)	449 (66,5%)	*p=0,000
TVP incidental n(%)	8 (11,1%)	300 (44%)	p=0,000
Características oncológicas			
LOCALIZACIÓN ONCOLÓGICA n(%)			
Hematológico	21 (29,2%)	44 (65%)	
Mama	18 (25%)	75 (11%)	
Pulmón	4 (5,6%)	109 (16%)	
Colon-Recto	6 (8,3%)	127 (18,6%)	
Cerebral	1 (1,4%)	21 (3,1%)	
Páncreas	2 (2,8%)	25 (3,7%)	
Renal	2 (4,2%)	26 (3,8%)	
Vejiga	2 (2,8%)	40 (5,9%)	
ORL	4 (5,6%)	22 (3,2%)	
Ginecológico (ovario útero endometrio)	0 (0%)	51 (7,5%)	
Gástrico	0 (0%)	6 (0,9%)	
Otros	11 (15,3%)	95 (14%)	
HISTOLOGÍA n(%)			
Adenocarcinoma	16 (22,9%)	330 (50%)	
Linfoma	12 (17,1%)	26 (3,9%)	
Ductal	11 (15,7%)	54 (8,2%)	
Sarcoma	1 (1,4%)	19 (2,9%)	
Leucemia	7 (10%)	4 (0,6%)	
Epidermoide	10 (14,3%)	53 (8%)	
Células Claras	1 (1,4%)	16 (2,4%)	
Células Pequeñas Pulmón	1 (1,4%)	8 (1,2%)	
Glioblastoma	1 (1,4%)	11 (1,7%)	
Neuroendocrino	4 (5,7%)	7 (1,1%)	
Urotelial	0 (0%)	39 (5,9%)	
Mieloma múltiple	1 (1,4)	8 (1,2%)	
Otros	3 (4,3%)	66 (10%)	
ECOG n (%)			
ECOG 0	26 (40%)	182 (30,8%)	p=0,028
ECOG 1	34 (52,3 %)	305 (51,7%)	
ECOG 2	1 (1,5%)	85 (14,4%)	
ECOG 3	3 (4,6%)	15 (2,5%)	
ECOG 4	1 (1,5%)	3 (0,5%)	
Metástasis n(%)	29 (40,2%)	396 (60,5%)	p=0,026
Tratamiento oncológico n(%)	54 (75%)	481 (70,9%)	p=0,469
Radioterapia previa n (%)	3 (25%)	5 (4,1%)	*p=0,025
Portador CVC n(%)	44 (61%)	167 (24,8%)	p=0,000
Complicaciones			
HCR n(%)	7 (9,7%)	100 (14,6%)	p=0,255
Meses de ETV a HCR, media (meses)	9,8	10,08	**p=0,964
Hemorragia Grave n(%)	3 (4,2%)	50 (7,3%)	*p=0,233
Meses de ETV a Hemorragia Grave, media (meses)	8,4	7,9	**p=0,916
Mortalidad n(%)	27 (37,5%)	392 (57,4%)	p=0,001
Meses de ETV a Muerte, media (meses)	18,1	15,9	**p=0,557
RECURRENCIA n(%)			
TEP	5 (45,5%)	35 (46,1%)	
TVP MMII	1 (9,1%)	27 (35,5%)	
TVP MMSS	6 (7,9%)	2 (18,2%)	
Meses de ETV a Recurrencia, media (meses)	11,2	13,6	**p=0,627
TOTAL	72	683	

*Test exacto de Fisher: cuando la tabla de contingencia de la χ^2 hay menos de 5 individuos en >25% de las casillas.

**T Student para variables cuantitativas

COMPLICACIONES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER Y TROMBOSIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

M. Barca Hernando¹, S. López Ruz¹, S. Marín Romero¹, T. Elías Hernández², R. Otero Candelera², L. Jara Palomares².

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

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

Introducción: Las trombosis en localizaciones atípicas representan aproximadamente entre el 5 - 10% de todos los casos de trombosis venosa, afectando a cualquier región venosa distinta del tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda de las extremidades (inferiores o superiores). Los datos disponibles son limitados y heterogéneos, por lo que las estrategias terapéuticas se derivan de los ensayos clínicos realizados en pacientes con enfermedad tromboembólica (ETV) clásica. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las complicaciones de los pacientes con cáncer y trombosis de localización atípica, y compararlas con una cohorte de pacientes con cáncer y ETV clásica.

Metodología: Análisis post-hoc de estudios prospectivos de pacientes consecutivos con cáncer y ETV (estudios TiCAT y Qca) en el periodo comprendido desde octubre de 2008 a diciembre de 2019. Como complicaciones en el seguimiento analizamos las hemorragias clínicamente relevantes (HCR) según criterios ISTH (International Society of Thrombosis and Haemostasis), la recurrencia de la ETV y la muerte. Comparamos las complicaciones en los pacientes con trombosis venosa atípica frente a pacientes con ETV clásica.

Resultados: Durante el periodo del estudio se incluyeron 740 pacientes con cáncer y trombosis, de los cuales 57 (7,7%) fueron diagnosticados de trombosis atípica y 683 de ETV clásica. En los pacientes con trombosis atípica la mediana de seguimiento fue de 8,1 meses (p25 - p75: 5,6 - 13,8 meses). El 57,9% eran varones, el 60% tenía metástasis y las localizaciones más frecuentes fueron: esplácnica (n = 19; 2,3%), cava inferior-iliaca (sin afectación de miembros) (n = 15; 1,8%) y yugular-cava superior (n = 14; 1,7%).

Atípica versus (vs.) ETV clásica: Al comparar ambos grupos encontramos que los pacientes con localización atípica eran más jóvenes (58,9±14,3 años vs. 65,6±12,6; p<0,05) y presentaban más trombosis incidentales (64,9% vs. 44%; p<0,005). Hubo diferencias en las localizaciones

de los tumores ($p < 0,05$): páncreas (14% vs. 3,7%), renal (12,3% vs. 3,8%) y pulmonar (7% vs. 16%), aunque no encontramos diferencias en las complicaciones: HCR (10,5% vs. 14,6%), ETV recurrente (17,5% vs. 18,6%) y muerte (52,6% vs. 57,4%).

Conclusiones:

Los pacientes con cáncer y trombosis de localización atípica presentan características diferentes a los pacientes con ETV clásica (menor edad, más eventos incidentales y diferentes localizaciones de algunos tumores), aunque no encontramos diferencias en las complicaciones en el seguimiento (HCR, ETV recurrente o muerte).

PERFIL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR TROMBOEMBOLIA DE PULMÓN

C. Montaña Montaña, M.E. Ruiz Carretero, C. de Dios Calama, C. Cabanillas Diez-Madroñero, A.P. Arenas Polo, Z.F. Donoso Correa, M. Romero Cebrián, C.P. Batres Erazo, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Cáceres.

Introducción: Recientemente se ha publicado el nuevo consenso multidisciplinar sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de la tromboembolia de pulmón (TEP). El objetivo fue valorar el perfil del paciente hospitalizado por TEP en el último año y su abordaje durante la hospitalización.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que fueron hospitalizados por TEP en Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara en el periodo comprendido entre noviembre de 2020 y noviembre de 2021. Se incluyeron variables epidemiológicas, clínicas, pruebas complementarias al diagnóstico y tratamiento de la TEP. El estudio estadístico se realizó mediante el programa PASW Statistics 18.

Resultados: Se estudiaron 76 pacientes; 62% eran hombres y 38% mujeres. La edad media fue de 62 años. El 42% no eran fumadores, 36% exfumadores y 22% fumadores activos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular; 46% tenían diagnóstico de HTA, 36% DLP, y 16% DM. El 86% no presentaban antecedentes personales de enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

El motivo de consulta en el 53% de los pacientes fue disnea, 33% dolor, 5% síncope y mareo, y 1,3% tos, fiebre y aumento de diámetro de miembro inferior.

Un 66% tenían factor de riesgo conocido, de mayor a menor frecuencia: 22% COVID, 13% inmovilismo y cáncer activo, 5% postquirúrgico y toma de estrógenos, 3% traumatismo reciente y trombofilia, y 1% viaje prolongado.

Siguiendo la clasificación de severidad de la TEP mediante los distintos indicadores de riesgo se obtuvo que el 47% de TEP eran de bajo riesgo, el 42% de riesgo intermedio y 11% riesgo alto. El 67% tenían estabilidad hemodinámica y el 76% no presentaba insuficiencia respiratoria.

El 82% de p. fueron dados de alta con antagonistas de la vitamina K (AVK) como anticoagulación.

Conclusiones: El perfil de paciente hospitalizado por TEP en nuestro medio corresponde a un varón de 62 años con antecedentes de tabaquismo, sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes de ETV que consulta por disnea y se conoce el factor de riesgo. La angioTC es la prueba diagnóstica que se complementa con la ECO doppler de MMII y ETT. La TEP afecta a arterias segmentarias, se clasifica como bajo riesgo y la terapia anticoagulante al alta es AVK.

ESTUDIO HEMODINÁMICO POR CATETERISMO CARDIACO DERECHO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

E.M. Mendoza Zambrano¹, J. Acosta Martínez², C. Carrera Cueva¹, S. Marín Romero¹, L. Jara Palomares¹, M.T. Elías Hernández¹, R. Otero Candelera¹

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

²Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) es la herramienta diagnóstica necesaria para pacientes con sospecha de Hipertensión Pulmonar (HP) y es confirmatoria cuando existe una presión arterial media de la arteria pulmonar (PAPm) mayor o igual a 25 mmHg.

Metodología: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes remitidos desde una consulta de neumología para realizarse un CCD por sospecha de HP. Se proporcionan valores absolutos y porcentajes para las variables cualitativas, así como media y desviación estándar para las cuantitativas. Para la comparación entre variables se utilizaron Chi cuadrado o T de Student, si procedía.

Resultados: Desde el año 2008 hasta diciembre del 2021 recogimos los datos de 129 pacientes a quienes se realizó un estudio por CCD. La media de tiempo desde la realización de la prueba de screening, ecocardiografía, hasta la prueba diagnóstica definitiva, CCD, es de $6 \pm 6,24$ meses y la mediana de tiempo de $4 \pm 6,24$ meses. El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa 43% de los casos de nuestra cohorte, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 6% y la enfermedad

pulmonar intersticial difusa (EPID) 4%. También destaca la enfermedad cardiaca 23% y reumática 16%. Según los resultados del CCD, 53 pacientes presentaron hipertensión precapilar, 32 postcapilar y 8 pacientes presenta una combinación de pre y postcapilar. La PAPm es diferente según el sexo, en mujeres con hipertensión precapilar fue de $42,8 \pm 13,4$ mmHg y en hombres de $40 \pm 10,8$ mmHg ($p = 0,816$), en mujeres con hipertensión postcapilar fue de $40,2 \pm 14,7$ mmHg y en hombres de $37,7 \pm 14$ mmHg ($p = 0,943$). En 124 pacientes fue posible determinar la presión capilar pulmonar (PCP).

Conclusiones: El sexo femenino es la población más estudiada por sospecha de HP. Las mujeres presentan mayor número de comorbilidades entre ellas TEP, enfermedades cardiacas y reumatológicas, además presentaron valores de PAPs, PAPm y RVP mayor de acuerdo a los diferentes diagnósticos sin llegar a ser estadísticamente significativo. La causa más frecuente de realización de un estudio por CCD es el antecedente de TEP seguido de la enfermedad cardiaca.

Figura 1.

Variables	Pacientes (N=129)	Mujeres	Hombres
Edad, media \pm DE	64,6 \pm 13,9	66,3 \pm 13,9	61,50 \pm 13,4
Sexo, n (%)	-	83 (64)	46 (36)
Tabaquismo, n (%)	56 (43)	39 (30)*	17 (13)*
Hipertensión arterial, n (%)	74 (57)	52 (40)	22 (17)
Diabetes Mellitus, n (%)	28 (21,7)	15 (11,6)	13 (10)
Cáncer, n (%)	12 (9,3)	8 (6,2)	4 (3,1)
Trombosis venosas profundas, n (%)	29 (22,5)	18 (14)	11 (8,5)
Tromboembolismo pulmonar, n (%)	56 (43)	36 (27,9)	20 (15,5)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n (%)	8 (6)	4 (3)	4 (3)
Enfermedad Pulmonar Intersticial, n (%)	5 (4)	2 (1,6)	3 (2,3)
Enfermedad Cardiaca, n (%)	30 (23,3)	19 (14,7)	11 (8,5)
Enfermedad Reumatológica, n (%)	21 (16)	14 (10,5)	7 (5,4)
Enfermedad Neurológica, n (%)	6 (4,7)	5 (3,9)	1 (0,8)

*p<0,05

Figura 2.

Variables	Resultados	Mujeres	Hombres
Datos Hemodinámicos (N=124)			
- HP precapilar, n (%)	63 (48,8)	39 (30,2)	24 (18,6)
- PAPs (n=52) mmHg, media \pm DE	70,6 \pm 20,5	71 \pm 23,3	70,1 \pm 16,6
- PAPm (n=60) mmHg, media \pm DE	43 \pm 12,2	42,8 \pm 13,4	40 \pm 10,8
- RVP (n=55) uW, media \pm DE	7,7 \pm 4,7	7,4 \pm 4,8	7,5 \pm 4
- GC (n=52) l/min, media \pm DE	4,5 \pm 1,6	4,6 \pm 1,6	4,5 \pm 1,8
- HP postcapilar, n (%)	33 (25,6)	24 (18,6)	8 (6,2)
- PAPs (n=33) mmHg, media \pm DE	61,7 \pm 25,8	63 \pm 26,4	58,4 \pm 24,8
- PAPm (n=33) mmHg, media \pm DE	39,6 \pm 14,3	40,2 \pm 14,7	37,7 \pm 14
- RVP (n=32) uW, media \pm DE	3,9 \pm 2,5	4,2 \pm 2,6	3 \pm 2,2
- GC (n=32) l/min, media \pm DE	5,1 \pm 1,4	4,8 \pm 1,3	5,9 \pm 1
- HP combinada, n (%)	9 (7)	6 (4,8)	3 (2,4)
- PAPs (n=9) mmHg, media \pm DE	68,89 \pm 17,6	71,1 \pm 20,1	64,3 \pm 13,6
- PAPm (n=9) mmHg, media \pm DE	45 \pm 12,3	46,3 \pm 14,6	42,3 \pm 7,5
- RVP (n=9) uW, media \pm DE	5,6 \pm 1,7	5,84 \pm 2,1	5,2 \pm 0,9
- GC (n=9) l/min, media \pm DE	5,3 \pm 1,9	4,7 \pm 1,7	6,2 \pm 2,4
- Normal, n (%)	19 (14,7)	10 (12)	9 (19,6)
- PAPs (n=19) mmHg, media \pm DE	27,3 \pm 6,1	28,9 \pm 4,7	25,5 \pm 7,3
- PAPm (n=19) mmHg, media \pm DE	17,9 \pm 3,5	19,1 \pm 2,3	16,6 \pm 4,2
- GC (n=19) l/min, media \pm DE	5,5 \pm 1,8	5,3 \pm 1,5	5,8 \pm 2,1

HP= hipertensión pulmonar. PAPs= presión arterial pulmonar sistólica. PAPm= presión arterial pulmonar media. GC= gasto cardiaco. RVP= resistencia vascular pulmonar. UW= unidad de Wood

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) A CARGO DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL REGIONAL

N. González Florido, J. Fontoba Diaz, E. Salcedo Lobera.

Unidad de gestión clínica médico-quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. Regional Universitario de Málaga..

Introducción: El desarrollo de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), su evidencia científica y la necesidad de vigilancia de los casos más severos, ha propiciado la creación de las UCRI. En nuestro hospital, Neumología aplica VMNI a pacientes en insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica agudizada (IRCA). Desde finales de octubre 2020, contamos con una UCRI para los casos más severos.

Metodología: Estudio prospectivo de 220 pacientes no Covid con IRA o IRCA que requieren VMNI e ingreso en UCRI. Analizamos su mortalidad y su relación con datos generales, clínicos, y radiológicos. Así mismo hacemos una comparativa con el año 2019, cuando no disponíamos de UCRI.

Resultados: El 56% varones, edad media 71 años. Índice de Charlson (m) 6,4. Fallo hipercápnico 65%, hipoxémico 34%. El 77% fueron alta a planta, el 5% requirieron UCI, y el 17% fueron exitus o salieron a planta con limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

La mortalidad en UCRI se relaciona de forma significativa con: Índice de Charlson: 8,3 en exitus vs 6,1 en altas, infiltrados bilaterales en Rx: 41% vs 28%, y con el tipo de fallo respiratorio: en el fallo hipoxémico: 55% alta a planta, 34% exitus o LET, 10% UCI y hipercápnico: 91% alta a planta, 7% exitus o LET, 1% UCI.

Un 12% de casos que, habiendo sido alta de UCRI, finalmente fallecen a lo largo del resto de su estancia hospitalaria. De éstos, el 3% corresponden a fallecimientos de los que ingresaron en UCI, y el 9% a fallecimientos en planta tras alta de UCRI. Hallamos diferencias significativas en cuanto al servicio que pertenecen (M. Interna 41%), fallo hipoxémico (58%), infiltrados bilaterales (52%) y edad (80 años) e Índice de Charlson (7,8).

Hemos comparado la mortalidad tras la apertura de la UCRI con la del 2019 cuando no teníamos UCRI, usando el dato de mortalidad hospitalaria (no la mortalidad en la UCRI al no disponer de la misma en 2019). Para ello hemos analizado una muestra representativa del 53% de los casos más severos tratados en 2019 con VMNI en planta, según Apache II, y que es similar en edad y comorbilidades a los ingresados en UCRI. Así: Sin UCRI: Edad 70,6 años // Charlson 6,4 // Ingreso UCI 15% // Mortalidad hospitalaria 38%. Con UCRI: Edad 71 años // Charlson 6,4 // Ingreso UCI

5% // Mortalidad hospitalaria 29%.

Conclusiones: La mortalidad en UCRI es mayor en fallo hipoxémico.

La apertura de la UCRI ha supuesto una disminución de la mortalidad hospitalaria, para este tipo de pacientes más severos que precisan VMNI y una disminución de ingresos en UCI.

ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) A CARGO DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL REGIONAL

J. Fontoba Díaz, N. Florido González, S. Colmenero García.

Unidad de gestión clínica médico-quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. Regional Universitario de Málaga

Introducción: La VMNI se ha convertido en una técnica fundamental para poder manejar la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) o crónica agudizada (IRCA), la cual se puede mejorar gracias a la apertura de UCRI para optimizar la monitorización y tratamiento de estos pacientes. Nuestro objetivo es describir la actividad de la unidad de VMNI tras la apertura de la UCRI y analizar los pacientes no Covid ingresados en dicha UCRI.

Metodología: Estudio descriptivo de todos los pacientes a los que neumología proporcionó soporte respiratorio no invasivo desde la apertura de la UCRI (23 octubre 2020) hasta finales de 2021, y análisis más detallado de los pacientes no Covid ingresados en la UCRI en ese mismo período.

Resultados: En total se trataron a 629 pacientes con VMNI (44/mes): 216 Covid y 413 no Covid. De los 413 no Covid, 220 ingresaron en la UCRI y el resto fueron tratados en la propia planta bien por ser cuadros más leves, por estar la UCRI como zona Covid en ese momento o por otro motivo individualizado.

De los 220 pacientes tratados en UCRI:

El 56% varones, edad media 71 años. Índice de Charlson (m) 6,4. Estancia media 7,2 días.

El 46% pertenecían a Neumología, el 29% M. Interna y 23% a otros servicios.

La patología de base principal fue respiratoria en el 46% de los casos, cardiovascular 16%, mixta 13%, SDRA/Sepsis 8%, oncológica 7%, neuromuscular 5% y otras 5%.

El fallo respiratorio fue hipoxémico en el 35% de los casos, e hipercápnico en el 64% (pH medio fue de 7,21, PvCO₂ 93 mmHg).

El 44% sin infiltrados pulmonares, el 19% unilateral y el 36% infiltrados bilaterales.

De forma global, el 77% de los pacientes fueron dados

de alta a la planta, el 5% requirieron intubación e ingreso en UCI y el 17% fueron exitus o salieron a planta con limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones:

Consideramos que las UCRI son un modelo asistencial útil para la aplicación de soporte respiratorio no invasivo a los pacientes en insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA GUARDIA DE PRESENCIA FÍSICA DE NEUMOLOGÍA EN LOS PRIMEROS TRES MESES DE INSTAURACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

F. Rodríguez Jerez, A.B. Gámiz Molina, M. Sánchez Palop, C. Cabrero Rodríguez, P. Gámez Baeza, N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes, G. Maldonado Vicente, A.M. Mendoza Barrios, M. Gallardo Medina.

Servicio de Neumología. Hosp. Universitario Clínico San Cecilio (HUCSC). GRANADA.

Introducción: En la actualidad muchos centros hospitalarios de nuestro entorno todavía no disponen de facultativo de guardia de presencia física de Neumología (GPN) y hay pocos datos cuantificables disponibles sobre lo que puede implicar la GPN en lo que a actividad se refiere.

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar la actividad en la GPN en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio (HUCSC) con 547 camas (34 de Neumología, incluyendo 4 de Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) durante los tres primeros meses de su instauración.

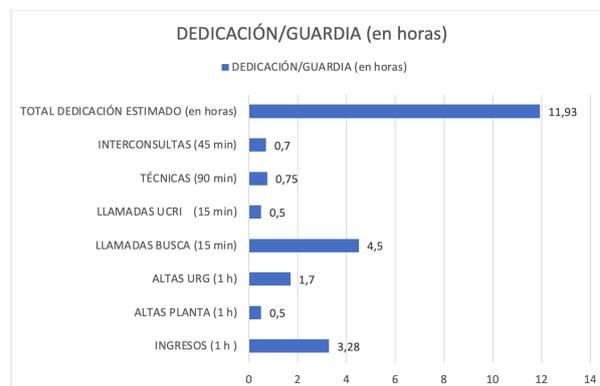
Metodología: Estudio descriptivo de la actividad desarrollada por la GPN en número de llamadas al busca (diferenciando las llamadas a UCRI), altas de planta y de urgencias, interconsultas atendidas, ingresos y técnicas realizados durante la guardia.

Resultados: En los tres meses evaluados se registraron durante las horas de guardia 291 ingresos (media ingresos/día: 3,28), 44 altas de planta (media altas/mes: 22) y 122 altas desde urgencias (media altas urgencias/día: 1,4). Se atendió un total de 1.648 llamadas al busca de GPN (media llamadas/día: 18; media llamadas UCRI/día: 1,5). Se realizaron 85 interconsultas hospitalarias (media/mes: 28) y 43 técnicas (media/mes: 14). En fines de semana y festivos se efectuaron 23 altas de planta (media/mes: 8) (Fig. 1). El tiempo estimado de dedicación a las diversas actividades durante la GPN fue de una media de 11,93 h/guardia, de las que 4,5 h corresponden a la atención a llamadas y 3,28 h a realizar los ingresos (Fig. 2). En el periodo de análisis la estancia media de los ingresos en planta de Neumología ha pasado de 8,23 a 7,22 días.

Conclusiones:

1. La GPN del HUCSC realiza una actividad muy significativa en lo que se refiere a tareas asistenciales especialmente en la atención a llamadas para resolución de incidencias, y en la valoración de ingresos y de altas de planta y Urgencias, incluidos fines de semana y festivos.
2. La actividad desarrollada por la GPN ya está influyendo en la estancia media de los ingresos (que ha disminuido), en la calidad asistencial (posibilidad de realización de técnicas específicas a demanda y mejor gestión de recursos) y en la seguridad de los pacientes (valoración de ingresos, altas, interconsultas e incidencias por el Neumólogo y no por un especialista de "pool de guardia"). Además, la GPN permite la asistencia continuada por Neumología a la UCRI.
3. El tiempo estimado de dedicación a las diversas tareas durante las horas de guardia (media de 11,93 h/guardia) parece justificar la necesidad de la GPN.

Figura 1.



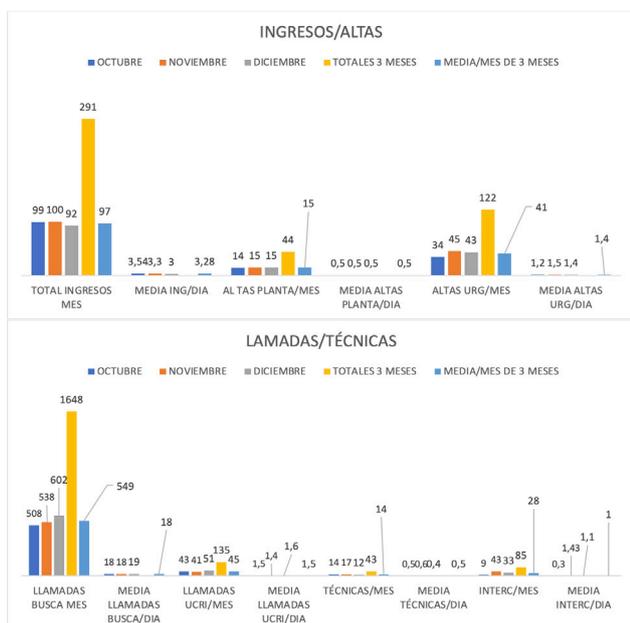
* Tiempos estimados por actividad: ingreso: 1 h; alta planta: 1 h; alta URG: 1 h; llamada busca: 15 min.; llamada UCRI: 15 min; técnicas: 90 min; interconsulta: 45 min.

ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN LOS PRIMEROS TRES MESES DE FUNCIONAMIENTO

M. Sánchez Palop, A.B. Gámiz Molina, F. Rodríguez Jerez, G. Jiménez Lozano, M. López López.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Tabla 1.



Introducción: La UCRI de Neumología es un recurso asistencial cuya instauración está aumentando en nuestro país, especialmente a raíz de la pandemia por SARS-Cov2.

Objetivo: Nuestro objetivo es analizar la actividad de la UCRI de Neumología desde su apertura en octubre de 2021 (3,5 meses) en el Hospital Universitario San Cecilio (HUSC).

Metodología: Análisis descriptivo de las principales variables clínicas y asistenciales de los pacientes atendidos en nuestra UCRI de Neumología en los primeros 3,5 meses de actividad.

Resultados: Se trataron 40 pacientes (72,4% varones, media de edad: 70,6 años); el 63% (n = 25) independientes y el 33% (n = 13) parcialmente dependientes para las actividades de la vida diaria. El 40% (n = 16) eran fumadores, un 37,5% (n = 15) exfumadores y un 22,5% (n = 9) no fumadores. El 60% (n = 24) presentaban patología respiratoria conocida de base, de ellos el 85% (n = 20) padecían EPOC, 80% muy grave.

Por procedencia el 47,5% (n = 19) ingresó desde el Servicio de Urgencias, el 25% (n = 10) desde la planta de Neumología, 10% (n = 5) desde UCI/REA, 5% (n = 2) desde Medicina Interna y desde Cardiología y 2,5% (n = 1) desde Neurología y desde Cirugía General.

El diagnóstico de ingreso principal fue la insuficiencia respiratoria con acidemia respiratoria, en 77,5% (n = 31); el

resto fueron edema agudo de pulmón, distrés secundario a neumonía COVID19, hemoptisis, foramen oval permeable, tapones mucosos en paciente laringectomizado, para proceso de decanulación, postcirugía abdominal y paciente afecto de enfermedad neuromuscular para vigilancia y estudio con capnografía transcutánea.

Por modalidad de tratamiento, al 65% (n = 26) se le administró VMNI, al 35% (n = 14) oxigenoterapia de alto flujo (ONAF), 1 paciente se trató con CPAP y 2 pacientes ingresaron para vigilancia y monitorización.

En el 77,5% (n = 31) de pacientes se evitó el ingreso en UCI general y la media de estancia de los pacientes en la UCRI fue de 6 días.

En el 17,5% (n = 7) de pacientes se prescribió de novo VMNI domiciliaria. Se registró 1 fallecimiento (2,5%)

Conclusiones:

1. En nuestra UCRI de Neumología el principal motivo de ingreso en el periodo estudiado ha sido la insuficiencia respiratoria con acidemia (77,5% de ingresos) administrándose como tratamiento principal VMNI en el 65% y ONAF en el 35% de los casos.
2. Se evitó el ingreso en UCI en el 77,5% de los casos con todas las ventajas que conlleva en lo que se refiere a alivio de presión asistencial y a evitar potenciales complicaciones (p.ej. infección nosocomial) en la UCI, con una baja tasa de mortalidad (2,5%).

FENOTIPOS EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA (BQNFQ)

J. Hernández Borge, N. Matallana Encinas, S. Hernández Gómez, J. López Rodríguez, L.M. Sierra Murillo, M.C. García García, P. Iñigo Naranjo, F.L. Márquez Pérez.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

Introducción: Tanto la presentación clínica como el pronóstico de las BQNFQ son muy heterogéneos por lo que identificar fenotipos clínicos puede tener gran interés para mejorar el manejo y conocer el pronóstico de estos pacientes.

Metodología: Identificar fenotipos clínicos previamente descritos por otros Autores: (Martínez-García M et al) en una serie consecutiva de pacientes con BQNFQ incluidos tras un ingreso hospitalario (2006-2014) con seguimiento prospectivo hasta diciembre de 2018. Se analizaron múltiples variables clínico-epidemiológicas, radiográficas, exacerbaciones y mortalidad al final del seguimiento. Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) para evaluar la mortalidad en los diferentes subgrupos.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (60% hombres, edad media $64,8 \pm 14$). El fenotipo 4 fue el más prevalente (anciano, FACED elevado, exacerbador): 35,1%. Encontramos diferencias significativas entre los distintos fenotipos estudiados en lo referente a presencia de comorbilidades (sobre todo en la presencia de EPOC), manifestaciones clínicas, afectación funcional (Disnea mMRC, FEV1), presencia de insuficiencia respiratoria, manejo terapéutico (empleo de broncodilatadores, macrólidos o antibioterapia inhalada) y número de exacerbaciones. La mortalidad al final del seguimiento fue muy superior en el fenotipo 4 con una supervivencia media de $54,8 \pm 4,6$ meses vs $91,8 \pm 5,5$ meses en el fenotipo 1 (p = 0,01, log-rank). Del mismo modo, la causa de la muerte difirió entre los distintos fenotipos predominando la respiratoria en el fenotipo 4 (63,9% vs 42,9% y 28,6%, en los fenotipos 2 y 3, respectivamente).

Conclusiones: Es posible identificar fenotipos clínicos en pacientes con BQNFQ. En nuestra experiencia el fenotipo anciano-exacerbador fue el más prevalente y el que se asoció a una mayor mortalidad.

ESTUDIO EN VIDA REAL DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA TRATADOS CON TEZACAFTOR/IVACAFTOR

L. Carrasco Hernández¹, I. Delgado Pecellín², R. Reinoso Arija³, M.J. Moreno Valera², W.A. Goycochea Valdivia⁴, J.L. López-Campos Bodineau¹, E. Quintana Gallego¹.

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

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

³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

⁴Servicio de Infectología, Reumatología e Inmunología pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Tezacaftor/Ivacaftor (Simkevi®+kalydeco®) está indicado para pacientes con fibrosis quística (FQ) mayores de 12 años con mutación F508del en homocigosis o pacientes con F508del en heterocigosis con una de las 14 mutaciones residuales recogidas en el Informe de Posicionamiento Terapéutico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Objetivo: evaluar los resultados de Simkevi®+kalydeco® en pacientes con FQ seguidos en la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Virgen del Rocío.

Metodología: Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidades, función pulmonar, IMC, ciclos de antibioterapia, exacerbaciones respiratorias y efectos secundarios tras 18 meses de tratamiento.

Resultados: 45 pacientes de los 316 que se siguen en nuestra Unidad (14,24%) realizan tratamiento con Simkevi®+kalydeco®; 12 menores de 18 años (26,7%) y 33 adultos (73,3%). Edad media al inicio del tratamiento: $27,8 \pm 12,86$ años. Sexo: 28 hombres (62,2%) y 17 mujeres (37,8%). 25 pacientes (55,6%) eran homocigotos frente a 20 (44,4%) heterocigotos. Con respecto a las comorbilidades, 12 tienen intolerancia hidrocarbonada (26,7%), DM asociada a la FQ 7 (15,6%), insuficiencia pancreática 30/66,7%), 17 (37,8%) hepatopatía asociada a la FQ, 13 (28,9%) infección bronquial crónica por SAMS y 16 (35,6%) infección bronquial crónica por P.aeruginosa. Número de exacerbaciones el año previo al inicio del tratamiento: $2,09 \pm 1,917$ que se redujo a $0,93 \pm 1,286$ tras un año de tratamiento ($p = 0,000$). Número de ciclos de antibiótico orales e intravenosos un año antes del tratamiento fue $1,84 \pm 1,85$ y $0,48 \pm 0,79$ respectivamente y al año $0,89 \pm 1,15$ y $0,20 \pm 0,6$ ($p = 0,000$) en ambos casos. FEV1 previo al tratamiento fue $75,59 \pm 16,75\%$ y a los 18 meses de $78,98 \pm 19,03\%$ ($p = 0,029$). IMC al inicio de tratamiento: $22,80 \pm 4,16$ Kg/m² y a los 18 meses $23,19 \pm 4,35$ Kg/m² ($p = 0,295$). Sólo el 10,1% presentó reacciones adversas leves (cefalea, prurito, insomnio, hipertransaminasemia). 2 pacientes (4,5%) presentaron una evolución desfavorable, con deterioro acelerado de la función pulmonar que obligó a su suspensión y al inicio compasivo con triple terapia.

Conclusiones: Simkevi®+kalydeco® disminuye las exacerbaciones y ciclos de antibioterapia oral e intravenosa, estabiliza la función pulmonar y mejora el estado nutricional. Es un fármaco seguro y bien tolerado. Se aconseja seguir evaluando los efectos de Simkevi®+kalydeco® a largo plazo

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

M.M. Ignacio Expósito, M.G Hurtado Gañán, E, Viciano Martin, J.S Gordillo Fuentes, V. Almadana Pacheco, R Ayerbe García.

U.G.C. Neumología. H.U. Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Las pacientes con bronquiectasias (BQ) como portadores de una patología crónica y progresiva pueden tener altas necesidades de atención sanitaria. Identificar sus características clínicas puede ayudar a establecer estrategias precoces para un mejor manejo.

Objetivo: describir el perfil de pacientes diagnosticados de BQ no fibrosis quística (BQ no FQ) en nuestra consulta monográfica.

Metodología: Se han analizado 190 pacientes, con edad media de 64,5 años, 58,4% mujeres. El 54,2% nunca fumadores y sólo el 4,2% con tabaquismo activo. El 26,8% padecen EPOC, y el 21,6% asma. Tienen una FEV1 media de 1.210 (61,5%), FVC de 1.910 (87%) y una media de 455 m en test de la marcha de 6 mn.

Se ha establecido la etiología hasta en un 81,6% de los casos. La más frecuente es la patología infecciosa (57,9%) (Tuberculosis: 44,6%, post-neumonía: 6,4% y sarampión: 4,5%). La segunda fue EPOC (12,1%), seguida de enfermedades sistémicas 3,7%, inmunodeficiencias 2,6% y ABPA 2,1%.

El 78,9% presenta una puntuación de 0 a 3 en la escala Efacec, siendo BQ leves y solo un 2,1% eran BQ graves (Efacec >7). El 65,8% tiene disnea 0 - 1 mMRC (modified Medical Research Council), un 33,7% entre 2 - 3 y solo un 0,54% >4. Un 53,1% de los pacientes siguen vida sedentaria.

El 25,8% padecen infección bronquial crónica (IBC). El 79,03% por P. Aeuruginosa (>90% de tipo mucinoso y 2,1% multirresistente), 14,5% por H.Influezae y 6,4% por S.Aureus (1 paciente MARSa).

Han presentado, al menos, una agudización en el último año el 44,7%, pero solo el 7,9% han precisado ingreso (por agudización 46,7% y por neumonía 20%). Solo 1 paciente ha ingresado por COVID, con exitus.

El 62,6% precisan tratamiento con corticoides inhalados (CI) (64,7% dosis bajas, 12,6% medias y 22,7% altas). El 12,6% Hyaneb® y 31,6% azitromicina a días alternos. El 25,8% tiene antibioterapia inhalada (Tobramicina en el 26,5% y Colistina en el 71,4%)

Conclusiones:

- Con un estudio dirigido en consultas monográficas ha sido posible conocer la etiología hasta en el 81,5% de casos.
- Solo un 21,08 son BQ moderadas-graves y sin embargo más de la mitad, baja actividad física.
- Un 26% de pacientes tienen IBC siendo Paeruginosa el MPP más frecuente
- En el último año se han registrado un bajo número de agudizaciones y un escaso número de ingresos, sobre todo por COVID.
- Consta tratamiento con CI en un porcentaje elevado de pacientes aunque en dosis bajas en el 64%.

PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN UNA PANDEMIA NEUMOLÓGICA

G. Maldonado Vicente, C. Cabrero Rodríguez, P. Gámez Baeza, N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: Las pruebas funcionales respiratorias nos ayudan a profundizar y entender la enfermedad del paciente neumológico. No obstante, existen muchas otras especialidades, aparte de las dedicadas exclusivamente al pulmón, que requieren de las mismas para orientar a sus pacientes. Asimismo, vivimos actualmente una pandemia caracterizada por la afección pulmonar, sin saber en el presente qué secuelas exactas tienen, lo que hace de gran interés la realización de estas pruebas en el conocido síndrome postcovid.

Metodología: Se trata de un estudio retrospectivo observacional en el cual se recogen datos de pacientes que realizaron pruebas funcionales entre los meses de octubre y diciembre de 2021, en el área sur de Granada. En el presente estudio se procedió a analizar qué servicios solicitan estas pruebas además de comparar los diagnósticos más frecuentemente relacionados con la petición de las mismas, incluyendo como novedad, el síndrome postcovid.

Resultados: Tras analizar la realización de pruebas funcionales respiratorias en una cohorte de 202 pacientes, se obtuvo que el 68,8 % de los pacientes procedían del servicio de Neumología. Al comparar nuestros resultados con los de un estudio previo, realizado por compañeros de este mismo servicio en 2018, se puede apreciar un aumento en cuanto a la solicitud de pruebas por parte de Neumología, ya que, por aquel entonces, el porcentaje oscilaba en torno al 48%. En segundo y tercer lugar, destacaron como peticionarios los servicios de Sistémicas

y Reumatología con un 15,3% y un 7%, respectivamente.

En cuanto a los diagnósticos, el síndrome postcovid fue el que más frecuencia tuvo, con un 21% de los pacientes. Tras el mismo, destacaron tanto el tabaquismo como la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), con un 7% de representantes cada una. Finalmente se recogió además que el 15% de los pacientes que acudieron a realizarse las pruebas, estaban en estudio y sin un diagnóstico definido.

Conclusiones:

- El diagnóstico con el que acuden los pacientes con más frecuencia a la realización de pruebas de función respiratoria es el síndrome postcovid.

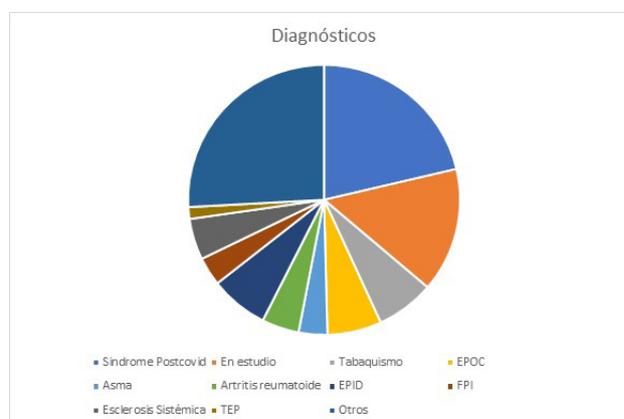
- Neumología proporcionó más de dos tercios de los pacientes para la realización de pruebas de función respiratoria. Esto puede atribuirse a la pandemia actual, pues en 2018, la proporción de solicitud de pruebas por parte de este servicio fue menor y los pacientes con síndrome postcovid, son enviados desde el mismo.

- Las pruebas de función respiratoria pueden ser fundamentales para orientar los diferentes diagnósticos.

Figura 1.



Figura 2.



NENUMONÍA BILATERAL GRAVE POR SARS-CoV-2 ASOCIADA A ISQUEMIA ARTERIAL PERIFÉRICA

S. García Morales¹, P.P. Ocaña García², C. Cabrera Galán¹.

¹UCG de Neumología. Hospital de Jerez de la Frontera.

²UCG de Enfermedades infecciosas. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 se caracteriza por una respuesta inflamatoria provocada por la activación de citoquinas pro-inflamatorias que desembocan en la aparición de coagulopatías, favoreciendo la aparición de trombosis arterial periférica (TAP) y como consecuencia la isquemia arterial.

Objetivo: El objetivo fue describir y analizar la presencia de isquemia arterial periférica como factor predictor de mortalidad en pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de 4 casos diagnosticados de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 e isquemia arterial periférica por trombosis pertenecientes al Hospital de Jerez de la Frontera. La muestra ha sido recogida desde enero de 2020 hasta la actualidad.

Resultados: Se registraron un total de 4 pacientes ingresados por neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2 y aparición de isquemia arterial por TAP.

La edad media de los pacientes fue de 60 años de los cuales 3 eran hombres. Como factores de riesgo cardiovascular, 2 de los pacientes presentaban HTA y 2 de ellos eran ex fumadores. Todos los pacientes presentaron síndrome de distrés respiratorio.

Analíticamente (media de datos) destacaba la presencia de leucocitosis (21.600 cels/mm³) a expensas de neutrofilia (19650 cels/mm³) y elevación de factores de mal pronóstico: Dímero-D 11.500 ng/ml, LDH 737 U/L y cifras de ferritina de 1.399 ng/mL.

Junto a la presencia de IAP secundaria a TAP, 2 pacientes presentaron otros eventos trombóticos. Uno de ellos presentó un TEP bilateral masivo y otro, un ictus isquémico, ambos con hemorragia mayor (digestiva y cerebral) tras anticoagulación.

La mujer presentó trombosis en arteria femoral común y bifurcación derecha (25%); dos de los pacientes, trombosis en arteria poplítea derecha (50%) y otro, en arteria poplítea derecha e izquierda (25%). Uno de los pacientes fue sometido a trombectomía bilateral con buena repermeabilización de la arteria afecta y conservación de miembro comprometido, siendo el único superviviente.

Conclusiones:

- La presencia de isquemia arterial periférica secundaria a TAP en pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 se asocia a mal pronóstico.
- La detección precoz de TAP en pacientes infectados por SARS-CoV-2 podría evitar la aparición de isquemia arterial periférica, la amputación del miembro afecto y mejorar el pronóstico.
- La disregulación entre factores pro y anticoagulantes puede ensombrecer el pronóstico de estos pacientes a pesar de ser tratados exclusivamente con HBPM.

DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS FACTORES CONTRIBUYENTES AL INCREMENTO DEL COSTE SANITARIO EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ)

A.M. Mendoza Barrios, C. Cabrero Rodríguez, N. Calvente Vera, P. Baeza Gómez, P. Barragán Reyes.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Las BQ son conocidas como dilataciones anómalas e irreversibles de la luz bronquial, causadas por distintas patologías. Suelen manifestarse con infecciones bronquiales de repetición (agudizaciones) alterando la función pulmonar y la calidad de vida; elevando costes sanitarios. Se estima una prevalencia de 1.100 casos/100.000 habitantes y en España el coste medio anual del tratamiento se aproxima desde 4.700 hasta 10.000 euros a medida que progresa la enfermedad (principales causas: agudizaciones que requieren hospitalización y uso de antibióticos inhalados). Identificar a pacientes complejos que requieren un aumento de demanda asistencial ayuda a mejorar la planificación y distribución de recursos sanitarios.

Objetivo: describir algunos factores que contribuyen al incremento del coste sanitario en pacientes con bronquiectasias.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal de sujetos con agudización de bronquiectasias en los últimos 5 años. Se recogieron la vacunación antigripal, anti neumococo, ingresos por agudizaciones en el año previo, el uso de antibiótico nebulizado y la escala E- FACED para valoración de la gravedad. Se empleó el programa SPSS. Base de datos obtenida de documentación clínica.

Resultados: Se incluyeron 40 sujetos, 25 varones y 15 mujeres, con una edad media de 62 años. Respecto a los factores que contribuyen al incremento del coste sanitario, menos de la mitad de los sujetos requirieron

tanto ingresos por exacerbaciones en el año previo (18) como utilización de antibiótico inhalado (11) y según la escala E- FACED la mayoría padecían de BQ moderadas (16), seguido BQ leves (8), BQ graves (7) y no se disponía de la información para categorizar a 8 sujetos. Como medidas preventivas se recogió la vacunación antigripal (37) y vacunación anti neumococo (28).

Conclusiones: Los resultados obtenidos concuerdan con que la mayoría de sujetos al padecer BQ moderadas (categorizados según E- FACED), con mejor control de progresión evita que sea menos frecuente la necesidad de aumentar la demanda asistencial de ingresos hospitalarios por exacerbaciones que podría significar menor incremento de coste sanitario. Además, el uso de antibiótico inhalado se empleó solo en el 27% de los pacientes al ser una terapia dirigida.

Cabe a destacar la importancia del empleo de medidas preventivas en pacientes complejos, los datos apoyan que el 92.5% emplearon las recomendaciones y el apego de vacunación antigripal y el 70% la de neumococo pudiendo minimizar complicaciones en pacientes heterogéneos y complejos.

Figura 1.

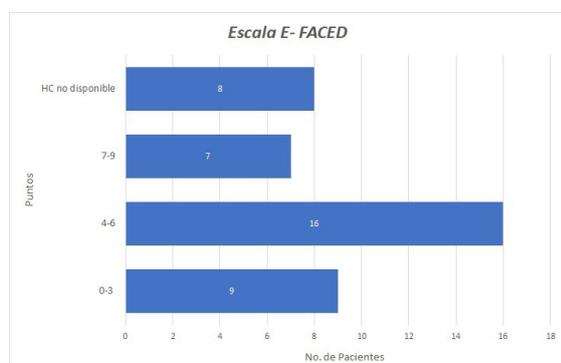
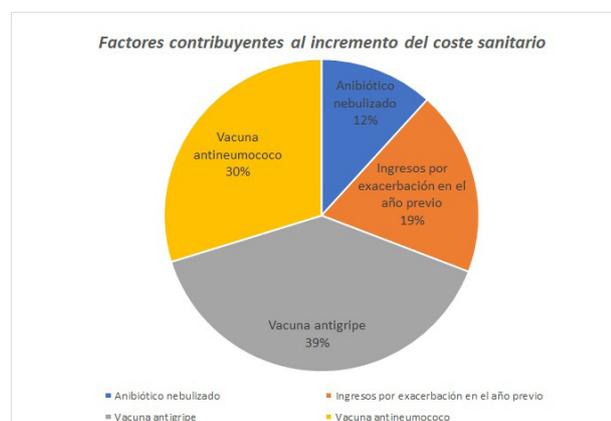


Figura 2.



TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN A DOSIS TERAPÉUTICAS vs A DOSIS PROFILÁCTICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS COV2

E. Sánchez Álvarez, N. Reina Marfil, L. Piñel Jiménez, A. Aguilar Gálvez, J. López García, J.L. Velasco Garrido.

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

Introducción: La enfermedad por SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus 2) fue descrita por primera vez en diciembre de 2019, después de detectar un foco de casos de neumonía por un nuevo coronavirus en Wuhan (China).

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud reconoció oficialmente la enfermedad COVID-19 causada por un coronavirus, SARS-CoV-2, que incluía un grupo heterogéneo de cuadros clínicos; desde casos asintomáticos hasta procesos respiratorios agudos y neumonías severas que llegaban a causar la muerte.

Las características clínicas más frecuentes son fiebre, tos seca y astenia. Como hallazgos analíticos destaca: linfopenia, elevación de Dímero D (D-D) y Lactato Deshidrogenasa (LDH); presentes en la mayoría de los pacientes graves con neumonía.

Estudios previos sobre la COVID-19 han mostrado un aumento del riesgo de sufrir enfermedad tromboembólica, trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) debido a la coagulopatía que causa la infección por SARS-COV2. ¿Existen diferencias entre pacientes con tromboprolifaxis versus anticoagulación a dosis terapéuticas?

Objetivo: conocer la probabilidad de desarrollo de un evento tromboembólico en pacientes en tratamiento con anticoagulación a dosis profilácticas (DP) versus dosis terapéuticas (DT).

Metodología: Estudio longitudinal observacional prospectivo de los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga con diagnóstico de infección por SARS-COV2 en seguimiento hasta 45 días después, entre marzo y abril de 2020.

Resultados: 272 pacientes fueron revisados, con una edad media de 60.03 años. 58,1% (158) eran hombres y 41,9% (114), mujeres. 7,5% (20) se encontraba en tratamiento con DT antes del ingreso.

5 pacientes con DP tuvieron evento tromboembólico: 1 (0,39% de los pacientes con profilaxis) tuvo TVP y 4 (1,58%), TEP. Ningún paciente con DT tuvo evento tromboembólico.

El valor medio de D-D en pacientes con DT fue 1.039,64; en aquellos con DP, 10.976; y el de LDH, de 298,3

en pacientes con DT y de 286,29 con DP; no siendo estos resultados estadísticamente significativos.

21 (8,35) pacientes con DP y 1 (5%) con DT sufrieron síndrome de distrés respiratorio (SDRA). 10 (3,96%) en tratamiento con DP y 1 (5%) con DT requirieron atención en cuidados críticos (UCI). No obteniendo significación estadística.

Conclusiones: El valor del dímero D fue mayor en los pacientes en tratamiento con dosis profilácticas.

Ningún paciente con tratamiento anticoagulante a dosis terapéuticas tuvo evento tromboembólico.

Tabla 1.

ANTICOAGULACION	UCI	NO UCI	SDRA	NO SDRA
DOSIS TERAPÉUTICAS	1	19	1	19
DOSIS PROFILÁCTICAS	10	242	21	231

COMPLICACIONES TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO POR NEUMONIA COVID

A. Martínez Mesa¹, A.M. Aguilar Gálvez¹, N. Reina Marfil¹, L. Piñel Jiménez¹, B. Gómez Rodríguez¹, E.B. Cabrera Cesar¹

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Conforme avanza la epidemia del COVID-19 estamos siendo conscientes de que muchos de nuestros pacientes presentan síntomas tras el episodio agudo. Estos síntomas pueden tener afectación multiorgánica y ser diferentes de los presentados durante la infección aguda. Los más comunes son fatiga, sensación de opresión torácica, disnea en diferente grado, afectaciones neurológicas y psiquiátricas diversas.

La guía NICE define síndrome post COVID como la persistencia de síntomas más allá de las 12 semanas de la infección aguda.

Objetivo: Nuestro objetivo ha sido valorar la presencia de síntomas tras el ingreso hospitalario por neumonía COVID.

Metodología: Se ha hecho un estudio de casos y controles utilizando el registro electrónico de nuestro hospital y la base de datos de pacientes ingresados por COVID. Se han recogido las siguientes variables: edad, género, tabaquismo, días de ingreso, evolución, datos de laboratorio y la presencia de síntomas mantenidos.

Se ha realizado un muestreo estratificado para incluir pacientes ingresados en UCI.

Los pacientes seleccionados ingresaron durante la primera ola de la pandemia, permitiendo una ventana temporal para el desarrollo de dichos síntomas.

Resultados: Las variables sociales, demográficas y relativas al ingreso se expresan en la tabla 1.

Al realizar el análisis estadístico no se encontró relación significativa entre la presencia de complicaciones y el género (p 0,495), edad (p 0,450), tabaquismo (p 0,123) o ninguna de las variables de laboratorio estudiadas al ingreso (PCR, Ferritina y Dímero D).

Las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron el número de días de ingreso (0,015), mala evolución del ingreso (p ,000) y la necesidad o no de ventilación mecánica invasiva (0,02).

Los síntomas más frecuentes fueron la disnea y trastornos de ansiedad depresión tal y como se muestra en la imagen. Los servicios encargados del seguimiento de estos pacientes están indicados en la misma imagen.

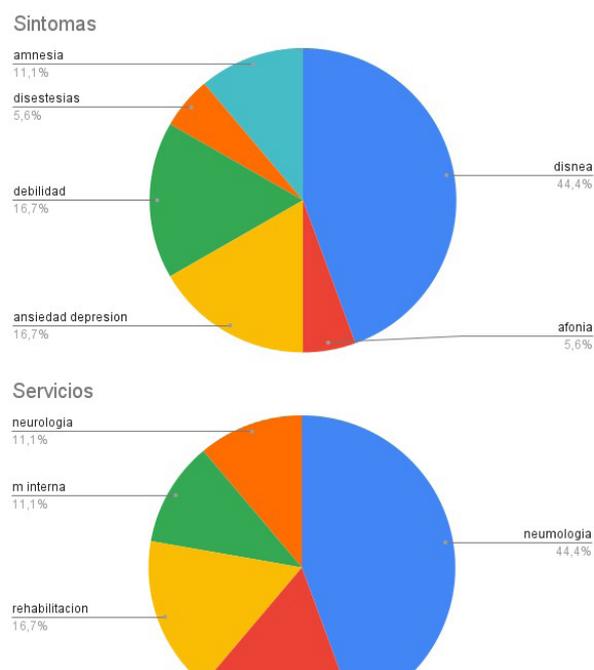
Conclusiones: Todas las variables que fueron significativas apuntan a formas más severas de la enfermedad, implicando más días de ingreso, necesidad de VMI o una mala evolución durante el ingreso.

Sin embargo, otras comorbilidades clásicas no parecen estar relacionadas con los síntomas a largo plazo (edad y tabaquismo).

Síntomas no presentes durante el ingreso ni previamente (psiquiátricos o neurológicos) son también causa de seguimiento en nuestras consultas.

Tabla 1.

		Complicaciones			
		no		si	
		Recuento	Media	Recuento	Media
Genero	Varón	22		13	
	Mujer	13		5	
Edad			63,49		66,94
Tabaquismo	no fumador	25		9	
	fumador	10		9	
Días de Ingreso			15,79		35,20
Evolución	mala	9		14	
	buena	26		4	
VMI	no	27		6	
	si	8		12	

Figura 1.


CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE INGRESA POR SARS-CoV-2 DURANTE EL NUEVO PICO DE INCIDENCIA DE LA SEXTA OLA

J. López García, L. Piñel Jiménez, A. Martínez Mesa, E. Sánchez Álvarez, D.E. Vega Lizarazo, J.L. Velasco Garrido.

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

Introducción: A mediados de noviembre de 2021 a nivel nacional comenzamos a observar diariamente un repunte de la incidencia de infección por SARS-CoV-2. El 24 de noviembre, una nueva variante (Ómicron) es identificada en Sudáfrica y el 26 de noviembre la OMS la declara como variante preocupante. Aún son muchas las incertidumbres acerca de la gravedad, transmisibilidad o capacidad para evadir una vacuna y propagarse de esta nueva variante.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio ha sido conocer y describir las principales características de los pacientes ingresados durante este nuevo repunte de contagios, así como evaluar su evolución durante el ingreso.

Metodología: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo, en el que mediante un muestreo aleatorio sistemático se han incluido pacientes ingresados debido a infección por SARS-CoV-2 desde mediados de noviembre hasta final de diciembre de 2021. Se han recogido variables epidemiológicas, clínicas y demográficas procedentes de la historia clínica informatizada.

Resultados: Se han incluido un total de 100 pacientes. De ellos el 59% eran hombres y 41% mujeres, con una edad media de 59 años. El resto de variables clínicas y demográficas quedan reflejadas en la Tabla 1.

Respecto a las variables epidemiológicas, al ingreso el 83% de los pacientes presentaban una radiografía de tórax patológica, así como, unos valores medios de PCR 86,5, LDH 292,5, Ferritina 888 y DD 1021. Los pacientes precisaron una estancia media de ingreso hospitalario de 6 días. Solamente el 6% precisó de ingreso en UCI con una estancia media de 8 días. Durante el ingreso el 70% requirió oxigenoterapia, el 71% requirió corticoides por vía sistémica y en torno al 47% recibió antibioterapia, siendo preciso en ocasiones continuar con alguno de estos tratamientos al alta domiciliaria. Tan sólo el 1% de los pacientes de nuestra muestra acabó falleciendo por SARS-CoV-2.

Conclusiones:

- Para la amplia mayoría de los pacientes ingresados, se trató de su primer episodio de infección por SARS-CoV-2 y en torno a 2/3 de la muestra presentaron una correcta pauta vacunal.

- Tan solo un pequeño porcentaje precisó de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y la mortalidad fue muy baja.

- Actualmente son necesarios más estudios para evaluar con certeza el perfil del paciente que ingresa y ver si éste podría haber diferido de forma significativa con respecto a oleadas previas.

Tabla 1.

VARIABLE	N = 100
Edad	58.8
Sexo (% Hombres)	59
Vacunación completa (%)	67
Primoinfección (%)	98
HTA (%)	43
Diabetes (%)	16
Dislipemia (%)	34
Patología respiratoria (%)	23
Cardiopatía (%)	15

Tabla 2.

VARIABLE	N=100
Rx tórax patológica (%)	83
PCR	86.5
LDH	292'5
Ferritina	888
Dímero D	1021
Ingreso en UCI (%)	6
Oxigenoterapia (%)	70
Corticoides (%)	71
Antibioterapia (%)	47

PERFIL DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV2 PASADA EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS POST-COVID DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

A. González Hernández, B. Gracia Hernández, C. Romero Sayago, J. Lancha Domínguez, M.T. González García, F. Díaz Chantar.

Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Desde la pandemia producida por el virus SARS CoV2, que comenzó en España en marzo de 2020, se ha creado en nuestro hospital una unidad de pacientes post-Covid, donde se les revisa a los 6 meses del alta hospitalaria.

Objetivo: Analizar las características fenotípicas y requerimientos terapéuticos durante el ingreso hospitalario en la cohorte de pacientes con seguimiento en las consultas Post-COVID en el Hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva.

Metodología: Se ha realizado una base de datos de los pacientes que han acudido a revisión en consulta Post-COVID desde diciembre de 2020 hasta la actualidad. Se han revisado las características fenotípicas de dichos pacientes atendiendo al género, la edad y determinados antecedentes personales, así como las alternativas terapéuticas que precisaron.

Resultados: Se ha examinado un total de 121 pacientes que acudieron a revisión en las consultas post-COVID.

De ellos, 87 fueron varones (71,9%), frente a 34 mujeres (28,1%). La edad media fue de 61 años, con una desviación estándar de 12. Atendiendo a los antecedentes personales previos al ingreso, el 53,47%

presentaban hipertensión arterial (HTA), el 33,9% dislipemia (DLP), el 26,4% diabetes mellitus (DM), el 23,1% neumopatía crónica, el 19% cardiopatía crónica, el 11,6% enfermedad neurológica y el 7,1% realizaba tratamiento inmunosupresor.

Respecto a los requerimientos terapéuticos durante el ingreso hospitalario, el 34,2% precisó hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de los cuales el 51,28% tuvo indicación de ventilación mecánica invasiva (VMI), tratándose del 17,5% del total. Así mismo, un 36,2% requirió ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Se administró oxigenoterapia en el 92,2% del total de pacientes, precisando el 36,2% oxigenoterapia de alto flujo (ONAF). En relación al tratamiento farmacológico empleado, se administró corticoterapia en el 94,8%, Remdesivir en el 37,4%, plasma hiperinmune en el 54,3% y Tocilizumab en el 50%.

Conclusiones:

- En nuestra cohorte predominó la infección por SARS CoV2 en varones, un 71,9% de los casos, siendo las comorbilidades más frecuentes la HTA, la DLP y la DM.
- La mayoría de los pacientes necesitaron oxigenoterapia, precisando VMI un 17,5% de nuestra muestra.
- El tratamiento farmacológico más empleado fue corticoterapia, seguido de plasma y Tocilizumab. La mayoría de pacientes no cumplieron criterios para Remdesivir.

RENDIMIENTO Y PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN ECOBRONCOSCOPIA (PAAF-EBUS) EN NUESTRA UNIDAD

C. Gómez Rebollo¹, M.S. Arenas-De Larriva², E. Mira Padilla¹, F.J. Cosano Povedano².

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Córdoba.

Introducción: La punción-aspiración con aguja fina a través de ecobroncoscopia (PAAF-EBUS) es actualmente la primera técnica a realizar en el estudio de las adenopatías hiliomediastínicas dado el alto rendimiento, precisión diagnóstica y menor tasa de complicaciones en comparación con el estándar de referencia, la mediastinoscopia.

Objetivo: analizar el rendimiento y la precisión diagnóstica de la PAAF-EBUS en nuestra unidad.

Metodología: Estudio retrospectivo de valor diagnóstico, análogo al estudio de cohortes, donde se

incluyeron los pacientes que fueron sometidos a PAAF-EBUS desde septiembre 2019 hasta diciembre 2020. Se estableció un seguimiento de todos los pacientes durante al menos un año desde la realización del procedimiento endoscópico para confirmar/descartar la presencia de enfermedad.

El rendimiento diagnóstico hace referencia al porcentaje de muestras adecuadas del total de muestras obtenidas. La precisión es la probabilidad de obtener un resultado correcto.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron PAAF-EBUS un total de 212 pacientes. La mediana de edad fue de 63 años (RIQ 55 - 71), siendo en el 72,2% varones. En 119 pacientes (56,1%) la indicación fue por sospecha radiológica de enfermedad neoplásica (Tabla 1). La mediana del tamaño de los ganglios, muestreados bajo la visión ecográfica, fue de 12,85 mm (RIQ: 9,30 - 18,63) y, en el 36,3% de los casos se puncionó una sola estación ganglionar por exploración (Tabla 1).

De un total de 456 estudios de adenopatías, 319 bloques celulares fueron aptos para su análisis patológico frente a las 238 de las extensiones citológicas. El rendimiento diagnóstico fue del 70% y del 52,2% respectivamente ($p < 0,001$).

La PAAF-EBUS mostró una precisión diagnóstica del 93%. En 14 pacientes (6,6%) con resultado de la PAAF-EBUS negativo, se confirmó presencia de enfermedad en el seguimiento clínico. El diagnóstico establecido tras la prueba y tras un año de seguimiento queda reflejado en la Tabla 2.

Conclusiones: El rendimiento y precisión de la PAAF-EBUS muestra un alto valor en nuestra serie, siendo el bloque celular superior al obtenido en la extensión citológica.

Tabla 1.

Indicación de la prueba	
Sospecha de enfermedad neoplásica	119 (56,1%)
Reestadificación en diagnóstico de carcinoma	36 (17%)
Enfermedad inflamatoria	32 (15,1%)
Estadificación inicial en diagnóstico de carcinoma	24 (11,3%)
Número de adenopatías puncionadas en una sola exploración	
Una	77 (36,3%)
Dos	55 (25,9%)
Tres	57 (26,9%)
Cuatro	17 (8%)
Cinco	6 (2,8%)
Localización de estaciones muestreadas*	
Paratraqueal superior derecha (2R)	10 (4,7%)
Paratraqueal superior izquierda (2L)	1 (0,5%)
Paratraqueal inferior derecha (4R)	114 (53,8%)
Paratraqueal inferior izquierda (4L)	41 (19,3%)
Retrotraqueal (3P)	3 (1,4%)
Subcarinal (7)	128 (60,4%)
Hiliar derecha (10R)	11 (5,2%)
Hiliar izquierda (10L)	2 (0,9%)
Interlobar derecha superior (11Rs)	46 (21,7%)
Interlobar derecha inferior (11Ri)	23 (10,8%)
Interlobar izquierda (11L)	64 (30,2%)
Localización traqueal (sin clara región ganglionar definida)	4 (1,9%)
Localización esofágica (sin clara región ganglionar definida)	1 (0,5%)
Conglomerado adenopático (sin clara región ganglionar definida)	8 (3,8%)

*: total de 456 estudios a adenopatías.

Tabla 2.

Estirpe anatomopatológica	Post PAAF-EBUS	Post seguimiento clínico
Epidermoide	15 (7,1%)	17 (8%)
Adenocarcinoma	37 (17,5%)	42 (19,8%)
Células pequeñas	27 (12,7%)	27 (12,7%)
NOS (células no pequeñas)	17 (8%)	17 (8%)
Neuroendocrino	8 (3,8%)	8 (3,8%)
Metástasis	16 (7,5%)	22 (10,4%)
Mesotelioma	1 (0,5%)	1 (0,5%)
Tumor indiferenciado	1 (0,5%)	0
Linfoma	0	1 (0,5%)
Granulomatoso/inflamatorio	26 (12,3%)	27 (12,7%)
Sin diagnóstico/libre de enfermedad	64 (30,2%)	50 (23,6%)

ANÁLISIS DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

D. Martínez Rodríguez¹, E. Salcedo Lobera¹, M. Arredondo López².

¹Unidad de gestión clínica de enfermedades respiratorias. Hospital Regional Universitario de Málaga.

²Hospital área sanitaria Norte de Málaga.

Introducción: El número de pacientes con cardiopatías congénitas que alcanzan la edad adulta en los países desarrollados ha aumentado progresivamente debido al avance de la tecnología y del tratamiento, tanto quirúrgico como médico. En estos pacientes, la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) es una herramienta esencial, permite una amplia evaluación de la capacidad funcional lo que facilita evaluar la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas.

Metodología: Estudio descriptivo y observacional de 4 años de duración con 49 casos en seguimiento por

cardiopatías congénitas que fueron derivados a nuestro laboratorio de pruebas funcionales para la realización de PECP. Se recogieron datos generales, antropométricos, funcionales y de resultados de la prueba.

Resultados: La media de edad fue de $31,37 \pm 11,65$ años. 49% eran mujeres con un peso medio de $69,92 \pm 16,03$ kg, una talla media de $166 \pm 10,41$ cm y un IMC medio de $25,11 \pm 4,38$.

Las cardiopatías más frecuentemente fueron 28,6% tetralogías de Fallot, 6 trasposición de grandes vasos, 6 atresia pulmonar, 3 anomalía de Ebstein, 3 ventrículo único y un 34,7% una miscelánea, el 55,1% fueron moderadas, 36,7% severas y 4 leves. El 49% presentaron disnea frente al 42,9% que se encontraban asintomáticos.

Espirométricamente encontramos FEV1 $2.751 \pm 847,58$ cc ($73,74 \pm 15,78\%$), FVC $3.316,33 \pm 1.016,68$ ($72,67 \pm 13,98\%$) y FEV1/FVC $83,10 \pm 7,49\%$. La TLco fue de $7,98 \pm 2,38$ ($80,41 \pm 18,4\%$). La duración media del ejercicio fue de $6,40 \pm 2,32$ minutos, deteniéndose en el 81,6% por disnea. Los resultados obtenidos están en la Tabla 1.

Se observó una capacidad aeróbica limitada en el 93,9% de los casos con un umbral anaeróbico bajo en el 73,5% y una eficiencia mecánica disminuida en el 73,5%, el 85,7% de los pacientes no consiguieron agotar la reserva cardíaca, con un pulso de O2 reducido en el 65,3%.

Tras ser revisados en consulta externa de Cardiología al 78,72% no se le realizó cambio de tratamiento, 3 casos se decidió reintervenir, 2 se encuentran pendientes de trasplante cardíaco y 5 pendientes de una decisión definitiva.

Conclusiones: La PECP permite una evaluación objetiva de la capacidad funcional además de aportar parámetros que se correlacionan con la morbimortalidad en estos pacientes, lo que la hace una prueba muy útil en su seguimiento.

La mayoría presentan una capacidad aeróbica limitada, bajo umbral anaeróbico, eficiencia mecánica y una pendiente VE/VCO2 con alteración leve sin presentar afectación de la reserva ventilatoria.

Tabla 1.

	Media	Desviación típica
VO2 pico (ml/min)	1089,37	541,66
VO2 / AT (ml/min)	742,24	418,11
VO2 / WT (ml/W/min)	7,39	2,05
FC máx.	139,41	24,38
Pulso de O2	7,89	3,67
TAS final	141,55	29,39
TAD final	75,83	16,22
Reserva ventilatoria	51,26	26,33
VE / VCO2	32,33	6,66
Pendiente VE / VCO2	0,33	0,08
SatO2 basal	96,37	3,9
SatO2 final	92,71	8,91

NUESTRA EXPERIENCIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

E. Salcedo Lobera, M. Ruano Carretero, M. Arroyo Varela.

Unidad de gestión clínica médico-quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La broncoscopia intervencionista (BI) es una técnica útil para el diagnóstico y tratamiento de variadas algunas patologías respiratorias. Actualmente, estas técnicas se encuentran sus mayores aplicaciones en las complicaciones secundarias a neoplasias torácicas en estadios avanzados.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar nuestra casuística de los dos últimos años.

Metodología: Estudio descriptivo y observacional de 51 pacientes derivados a nuestra unidad de técnicas broncopleurales para la realización de una broncoscopia intervencionista en 2020 y 2021 Se recogieron datos generales, clínicos-analíticos y radiológicos, tipo de intervención, complicaciones y resultados obtenidos.

Resultados: Se realizaron 13 intervenciones programadas, y otras 38 fuera de la programación habitual mensual (7 con carácter preferente y 31 de carácter urgente). El 76,4% fueron derivados desde otros hospitales de la provincia de Málaga/Melilla, el 55% fueron mujeres, la edad media $61,5 \pm 12,4$ años. El 56,9% eran fumadores activos. El 37,3% no tenía patologías acompañantes, el 29,4% tenían factores de riesgo vascular (FRCV), 8 tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 3 antecedentes de cáncer de mama previos.

La patología más frecuente fue neoplásica, suponiendo el cáncer de pulmón el 43,13% de los casos, 19,60% otro tipo de neoplasia y el 37,25% una miscelánea de otras patologías no neoplásicas.

El procedimiento se realizó en el 37,25% con traqueoscopio rígido, 23,52% asegurando la vía aérea con mascarilla laríngea y 6 casos a través de intubación

orotraqueal convencional, los procedimientos realizados se encuentran en la tabla 1 y en la tabla 2 la patología.

En el 80,4% de los casos no hubo complicaciones inmediatas, con una supervivencia del 68,6% (9,76 \pm 7,12 meses), en 5 casos de estenosis traqueales fue necesario contactar con el centro de referencia de cirugía torácica, ubicado en Sevilla.

Conclusiones:

-La broncoscopia intervencionista es una técnica bastante segura a pesar de realizarse en circunstancias de compromiso respiratorio grave.

La gran mayoría de las intervenciones se presentan con carácter urgente /preferente.

- La patología neoplásica con compromiso severo de la vía aérea central es la causa más frecuente para la realización de estos procedimientos.

Tabla 1.

TIPO DE PROCEDIMIENTO	N
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS	15
RESECCIÓN CON DIATERMIA	6
TRAQUEOPLASTIA CON BALÓN Y ESTEROIDES INTRALESIONALES	7
RESECCIÓN Y TRAQUEOPLASTIA CON BALÓN	5
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PREVIA Y DILATACIÓN CON BALÓN	4
RESECCIÓN CON LÁSER	3
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS Y RESECCIÓN CON DIATERMIA	3
RETIRADA PRÓTESIS	2
OCLUSIÓN BRONQUIAL CON SINGOT de NASTANABE	1
RESECCIÓN CON ELECTROCOAGULACIÓN	1
ESPUMA SELLANTE	1
RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO	1
COLOCACIÓN DE BLOQUEADOR BRONQUIAL DE ARNDT	1
RESECCIÓN CON LÁSER Y CRIOTERAPIA	1

Tabla 2.

	Media	Desviación típica
VO2 pico (ml/min)	1089,37	541,66
VO2 / AT (ml/min)	742,24	418,11
VO2 / WT (ml*Wt/min)	7,39	2,05
FC máx.	139,41	24,38
Pulso de O2	7,89	3,67
TAS final	141,55	29,39
TAD final	75,83	16,22
Reserva ventilatoria	51,26	26,33
VE / VCO2	32,33	6,66
Pendiente VE / VCO2	0,33	0,08
SatO2 basal	96,37	3,9
SatO2 final	92,71	8,91

NEUMOTORAX CATAMENIAL: REVISIÓN DE CASOS

R. López Cano, I. Sabariego Arenas, J. González Fernández, J.C. Girón Arjona, R. Jiménez Merchán, F. Cózar Bernal.

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

Introducción: El neumotórax catamenial es una patología infrecuente e infradiagnosticada en mujeres que suele coincidir con el ciclo menstrual. La finalidad del estudio es describir los hallazgos anatómicos objetivados, la técnica quirúrgica empleada y la efectividad de la misma en la prevención de recurrencias.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de las pacientes diagnosticadas de neumotórax catamenial e intervenidas en nuestro servicio desde 2006 hasta 2021.

Se realizó una revisión sistemática de las historias digitales de las pacientes incluidas analizando las siguientes variables independientes: edad, antecedente de endometriosis, tratamiento hormonal, lado afecto, hallazgos anatómicos intraoperatorios, clínica, tiempo transcurrido entre primer y segundo episodio de neumotórax.

Como variables dependientes se estudiaron: tipo de cirugía realizada en el primer episodio y tras segundo episodio, estancia hospitalaria y necesidad de reintervención.

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta con porcentajes, y las cuantitativas en mediana.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes con una mediana de edad de 39 años. 4 estaban diagnosticadas de endometriosis (44,44%) y 2 de ellas en tratamiento hormonal (22,22%).

La clínica referida fue dolor torácico en todos los individuos (100%), acusando disnea de esfuerzo en 6 (66,66%). El lado afecto fue el derecho en el 100% de los casos.

Se observaron fenestraciones diafragmáticas en 8 sujetos (88, 88%) y adherencias pleuropulmonares en 4 (44,44%).

En todas las pacientes se realizó pleurodesis con talco (100%), complementado con extirpación de los orificios diafragmáticos en los casos identificados; 8 sujetos (88, 88%).

Presentaron recurrencia, precisando reintervención, 2 casos (22,22%), uno de los cuales había sido diagnosticado y tratado inicialmente como neumotórax recidivante realizándose solo pleurodesis.

La mediana de estancia hospitalaria fue 3 días. Y la mediana entre el primer y el segundo episodio de

neumotórax de las pacientes intervenidas tras el segundo episodio fue de 28 días.

Conclusiones:

- En las pacientes fértiles con neumotórax sería recomendable una anamnesis minuciosa para correlacionar la clínica con el ciclo menstrual.
- Durante la cirugía, la exploración diafragmática es imperativa para descartar la presencia de lesiones.
- En nuestro estudio, la técnica de elección fue la extirpación de fenestraciones diafragmáticas combinada con talcaje..

UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DISNEA NO FILIADA

R. de Andrés David, A. Aís Daza, I. Muñoz Ramírez, A. Marín Andreu, E. Vázquez Gandullo, A. Arnedillo Muñoz.

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

Introducción: Las pruebas de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) evalúan la reserva funcional del organismo sometido a ejercicio y nos pueden ayudar a orientar el diagnóstico en casos en los que el origen de la disnea no está claro. En este estudio se analizaron los resultados de las pruebas de esfuerzo que se realizaron en nuestro hospital desde 2015, con indicación de disnea sin filiar con el objetivo de valorar la utilidad de esta a la hora de orientar un diagnóstico.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde el año 2015, de las PECP que se realizaron en nuestro servicio con motivo de disnea no filiar. Como variables se analizaron la edad, sexo, talla, peso, pruebas funcionales respiratorias (PFR) y parámetros cardiorrespiratorios y de intercambio gaseoso derivados de la PECP.

Resultados: Se recogieron un total de 151 pacientes, siendo el 60,9% mujeres y el 39,1% hombres, con una edad media de $50,27 \pm 13,67$ años. La FVC media fue de $102,8 \pm 92,8\%$; FEV1 medio de $88 \pm 18,6\%$; FEV1/FVC medio $95,8 \pm 8,4\%$, la DLCO media $80,5 \pm 24\%$ y la KCO media de $100 \pm 18\%$.

Del total de pruebas realizadas el 24,5% tenían un VO₂ normal (>80% del teórico), en el 5,29% se observó limitación al esfuerzo de causa ventilatoria y en el 11,92% de causa cardiológica.

La prueba se consideró con pobre esfuerzo sin limitación cardioventilatoria en el 59,60%.

Del 29,8% que finalizó la prueba por disnea, fue normal en el 13,33%, con pobre esfuerzo en el 66,66%. El

13,33% tuvo limitación cardiológica y el 2,22% limitación ventilatoria. El resto (4,44%) presentaron limitaciones mecánicas articulares.

De los que detuvieron la prueba por fatiga de MMII (33,77%), el 31,37% obtuvo valores dentro de la normalidad, de los cuales el 58,82% realizó un pobre esfuerzo. Hubo limitación cardiológica en el 7,84% y ventilatoria en el 1,96%.

Los que finalizaron por disnea y fatiga de MMII a la vez (33,8%), el porcentaje de normalidad fue de 22,22%, el 58,33% con pobre esfuerzo y mostraron limitación por causa cardiológica 11,11% y por causa ventilatoria 5,55%. En el 2,79% se observaron limitaciones de tipo mecánicas articulares. El resto de los pacientes (12,58%) finalizó la prueba por otros motivos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que presentaban disnea sin filiar eran mujeres con una edad media de 50 años. La mayoría presentaban PFR dentro de la normalidad.

En el 17,21% se observó una limitación que podía justificar la disnea del paciente.

En el 84,1% (pobre esfuerzo y normales) la PECP permitió descartar causa que justificara la disnea.

VALORACIÓN DE LA SARCOPENIA MEDIANTE ECOGRAFÍA MUSCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC: CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR

A. Menéndez Lobo, A. Romero Linares, A. Quesada Quesada, G. Ramírez Rodríguez, B. Alcázar Navarrete.

Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La sarcopenia se asocia a peores desenlaces en los episodios de síndrome de agudización de la EPOC (SAE), pero su valoración es difícil durante los mismos. Recientemente se ha propuesto el uso de ecografía muscular del cuádriceps femoral como una herramienta para la valoración de la sarcopenia, pero su fiabilidad es desconocida. El objetivo de este trabajo es valorar la concordancia interobservador de la ecografía muscular.

Metodología: Estudio observacional prospectivo realizado en un centro hospitalario con pacientes adultos ingresados por SAE. Para valorar la sarcopenia se realizó una ecografía muscular del miembro inferior dominante por dos observadores independientes, tomando medidas del grosor del cuádriceps y del área de recto femoral (RF), y guardando una imagen con las medidas. Para determinar el grado de concordancia inter-observador se utilizó el coeficiente de correlación

de concordancia (CCC). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Participaron en el estudio 26 pacientes (edad 68,8 años, 84,6% varones) con un FEV1 (media \pm DE) $42,6 \pm 19,2\%$. Las medidas del cuádriceps fueron grosor $2,20 \pm 0,71$ cm, grosor del RF $1,15 \pm 0,35$ cm y área del RF $3,65 \pm 2,09$ cm². El CCC mostró una elevada concordancia tanto para las medidas de grosor cuádriceps (CCC 0,996, IC al 95% 0,990 – 0,998) (Figura 1) como para la de área del RF (CCC 0,999, IC al 95% 0,999- 1,0) (Figura 2).

Conclusiones: Existe una alta concordancia inter-observador en las mediciones de ecografía de cuádriceps para determinar el grado de sarcopenia en pacientes ingresados por exacerbación de la EPOC.

Figura 1.

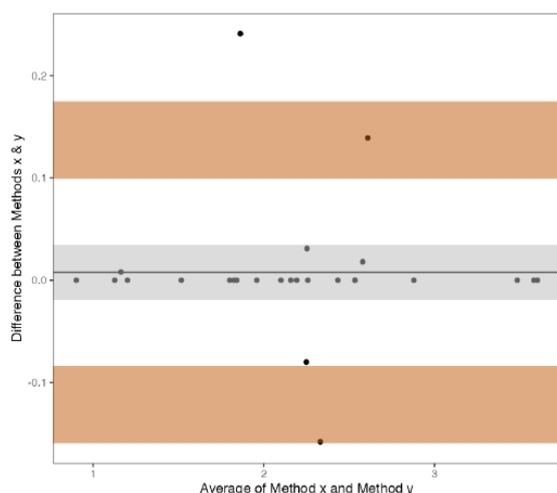
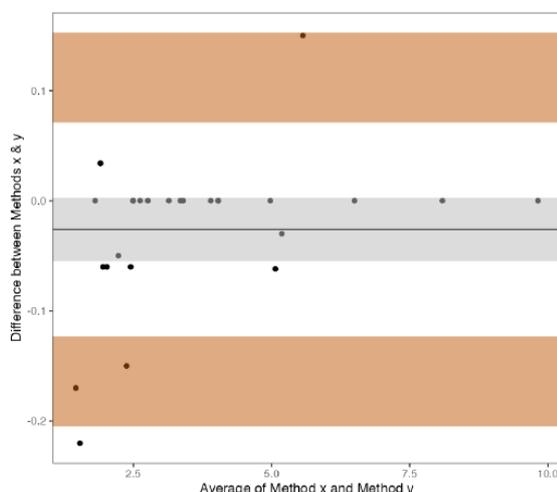


Figura 2.



EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA INTER-OBSERVADOR DE LA ECOGRÁFICA TORÁCICA EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN GRAVE DE LA EPOC

A. Romero Linares, A. Menéndez Lobo, G. Ramírez Rodríguez, A. Quesada Quesada, B. Alcázar Navarrete.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La ecografía torácica a pie de cama (POCUS, point of care ultrasound) es recomendada como una herramienta de valoración del Síndrome de Agudización de la EPOC (SAE) en la nueva guía GesEPOC. Si embargo, existen pocos estudios que hayan valorado sus características diagnósticas en pacientes con EPOC. El objetivo de este estudio es valorar la concordancia entre observadores de un sistema de puntuación del parénquima pulmonar (LUS-S, lung ultrasound score).

Metodología: Estudio observacional prospectivo realizado en un centro hospitalario con pacientes adultos ingresados por SAE. En las primeras 24 horas del ingreso se realizó una ecografía torácica a todos los pacientes, utilizando el sistema de puntuación LUS- S. Cada exploración fue valorada por dos observadores independientes. Para determinar el grado de concordancia inter-observador se utilizó el coeficiente de correlación de concordancia (CCC). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Participaron en el estudio 26 pacientes (edad 68,8 años, 84,6% varones) con un FEV1 (media \pm DE) $42,6 \pm 19,2\%$. En 7 pacientes (26,9% del total) se apreciaba infiltrado en la radiología simple. El 46,2% de los pacientes presentaba un LUS-S de ≤ 1 punto. El LUS-S mostró una buena concordancia interobservador en general (CCC 0,944, IC al 95% 0,888 – 0,972, Figura 1) así como para los pacientes sin evidencia de infiltrado en la radiografía (CCC 0,973, IC al 95% 0,931 – 0,989, Figura 2).

Conclusiones: Existe una alta concordancia inter-observador en las mediciones de ecografía torácica y obtención del LUS-Score en pacientes ingresados por SAE, tanto en aquellos con infiltrado radiológico como en los que no lo presentan.

Figura 1.

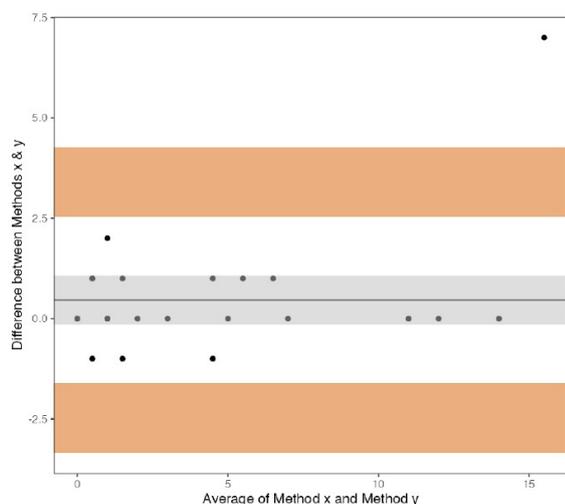
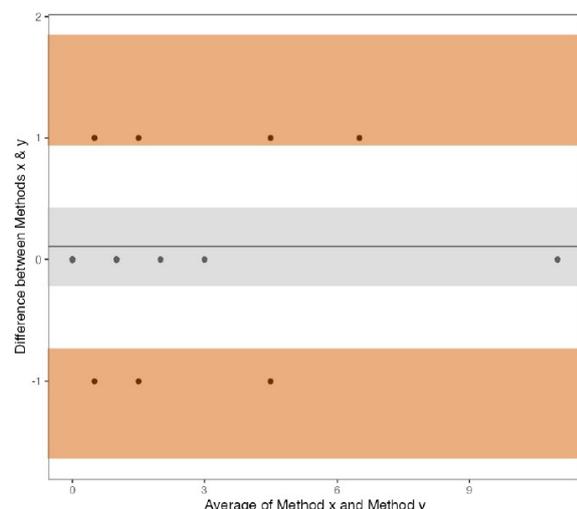


Figura 2.



¿RESULTA ÚTIL LA ACTIVIDAD DE SENSIBILIZACIÓN IMPARTIDA EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO?

N. Matallana Encinas¹, L. Cañón Barroso¹, S. Hernández Gómez¹, L.M. Sierra Murillo¹, J. López Rodríguez¹, M. Cruz Romo², F.L. Márquez Pérez¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

²Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Introducción: Durante la celebración del Día Mundial sin tabaco 2021, nuestro objetivo fue conocer las características de los fumadores que acudían al Hospital Universitario de Badajoz, informarles del riesgo del hábito tabáquico, proporcionarles información sobre ayudas para dejar de fumar y, al cabo de siete meses, analizar si se produjo algún cambio.

Metodología: Se organizó una mesa informativa para fumadores en la entrada de consultas externas del hospital, que estaba atendida por neumólogos y residentes de Neumología y Medicina de familia. A los fumadores se les suministró un consentimiento informado para realizar el estudio, se les realizó una encuesta breve y se les proporcionó por escrito un consejo para dejar de fumar. Las variables cuantitativas obtenidas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporción. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.

Resultados: Se obtuvieron datos de 98 fumadores (50% mujeres). La edad media fue de 49,9 años. Un 42,9% de los encuestados tenía alguna enfermedad crónica siendo la más frecuente la hipertensión arterial. El consumo medio fue de 15,4 cigarrillos/día y el 76,5% de los fumadores había intentado dejar de fumar alguna vez (solamente un 5,1% con ayuda). El 79,6% de los fumadores quería dejar de fumar encontrándose el 20,4% en fase de precontemplación, un 44,9% en contemplación y un 34,7% en fase de preparación. Tras siete meses se les realizó una llamada telefónica y el 81,6% seguía fumando. El 79,6% continuaba con deseo de dejar de fumar. El 29,6% estaban en fase de contemplación, el 24,5% en preparación y el 8,2% en fase de acción. Comparando la fase al inicio y tras los 7 meses, el 42,9% de los fumadores se encontraban en la misma fase, un 25,5% había avanzado y un 20,4% había retrocedido de fase. El 77,6% de los encuestados manifestó que el consejo recibido les había resultado útil.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de fumadores quiere dejar de fumar y la mayoría opina que el consejo breve es beneficioso.

Un 8,2% de los fumadores encuestados consiguieron pasar a la fase de acción.

En nuestra opinión, las actividades de sensibilización del Día Mundial sin Tabaco pueden ayudar a concienciar a los fumadores y promover el cambio hacia el abandono del consumo de tabaco.

Tabla 1.



	31-5-21 ^a	Diciembre-2021 ^a
Misma fase ^a	Precontemplación ^a	Precontemplación ^a
	Contemplación ^a	Contemplación ^a
	Preparación ^a	Preparación ^a
		Contemplación ^a
Avanzado de fase ^a	Precontemplación ^a	Preparación ^a
		Acción ^a
	Contemplación ^a	Preparación ^a
	Preparación ^a	Acción ^a
Retrocedido de fase ^a	Contemplación ^a	Precontemplación ^a
	Preparación ^a	Contemplación ^a
		Precontemplación ^a
		Precontemplación ^a

de e-cig, y el 62% considera que la industria tabaquera ejerce una actitud engañosa. El 44% piensa que estos productos pueden tener un determinado papel en la reducción del consumo, pero el 78,6% no se siente capacitado para utilizarlos como tratamiento ni informar sobre ello, debido mayormente al riesgo de cronificar el proceso de cesación (77,8%) y normalizar el consumo de nicotina en lugares libres de humo (62,8%).

Los profesionales médicos conocen más dispositivos y los consideran más dañinos para la salud que el resto de profesionales. Por años de experiencia, aquellos con más de 10 años de experiencia consideran estos nuevos productos menos dañinos, y los de menos experiencia opinan que depende del dispositivo utilizado. De forma similar, los encuestados más jóvenes conocen más dispositivos y les asocian un mayor riesgo que los profesionales de más de 40 años.

Conclusiones: Se constata que una gran proporción de profesionales de la salud no tiene conocimientos suficientes en la materia, no se ven capacitados para informar ni aconsejar sobre ellos y tienen serias dudas acerca su papel terapéutico. Destaca, tanto en este estudio como de otros disponibles en la literatura, la imperativa necesidad de formar a todo el sector sanitario en este novedoso mundo de los e-cig y los THP, y no sólo en el tabaquismo convencional.

ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO EN CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y OTROS NUEVOS PRODUCTOS DE CONSUMO DE NICOTINA EN EL PERSONAL SANITARIO

R. Pitti Pérez, A. Baeza Ruiz, C. Ramos Izquierdo, M. Acosta Sorensen, A. Expósito Marrero, S. García Hernández, B. Montero Fole, S. Dorta Domínguez, L.M. Pérez Negrín, J.L. Trujillo Castilla.

Servicio de Neumología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: En los últimos 20 años hemos visto el nacimiento de nuevos productos de consumo de nicotina, en forma de los cigarrillos electrónicos (e-cig), y otros productos de tabaco calentado (THP). Hasta ahora no se dispone de clara evidencia entre su posible papel en la cesación/reducción tabáquica o su perfil de seguridad, ni siquiera como método de reducción de daños. Todo esto lleva a preguntarse por el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de este nuevo entorno.

Metodología: Se realiza una encuesta online dirigida a personal de toda España, para responder entre los días 12 y 26 de agosto de 2019, en la que se pregunta acerca del conocimiento de estos nuevos productos, sus posibles daños, su uso clínico, el papel de la industria y la legislación actual española. Los datos se comparan entre los distintos grupos sanitarios, según los años de experiencia, y según la edad de los participantes.

Resultados: Se reciben un total de 266 respuestas a la encuesta, en su mayoría de mujeres (3/1), médicas (73,3%), con 11 años o más de experiencia (54,4%).

Un 30,5% de los encuestados no conoce ningún tipo

TABAQUISMO Y MIR EN NUESTRO ÁREA: PREVALENCIA Y PERFIL

M.E. Ruiz Carretero¹, C. De Dios Calama¹, C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Díez-Madroñero¹, A.P. Arenas Polo¹, B.S. Barragán Pérez¹, J.A. Riesco Miranda¹, A. Nacarino Burgos².

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

²Universidad de Extremadura.

Introducción: La actitud del profesional sanitario ante las conductas de salud tiene un claro impacto en el comportamiento de la población general respecto a determinados hábitos. El MIR es el profesional sanitario joven de nuestro país, y por tanto su actitud ante el tabaquismo puede ser clave.

Objetivo: Los objetivos de nuestro trabajo son estudiar la prevalencia de tabaquismo en la población MIR de nuestra área de salud y hacer estudio descriptivo del perfil de fumador en ese grupo.

Metodología: Durante una semana del mes de diciembre se realiza encuesta epidemiológica online anónima y autoadministrada entre todos los MIR de

nuestra área. Se incluyen un total de 12 variables que analizan aspectos epidemiológicos, clínicos y de actitud ante el tabaquismo. Todas las respuestas obtenidas son codificadas en una base de datos elaborada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa informático SPSS.

Resultados: Se envían un total de 178 encuestas obteniendo un total de 94, lo que corresponde a un porcentaje de respuesta del 52,8.

El 5% de los encuestados corresponde a exfumadores y el 74% a nunca fumadores; siendo la prevalencia de tabaquismo activo del 16% y la edad media de los mismos de $27,3 \pm 1,4$ con un ligero predominio de varones (53%) frente a mujeres (47%).

No observamos grandes diferencias en la prevalencia según año de residencia, pero sí hay un ligero predominio en los MIR de primer y segundo año (27%) frente a los MIR de los últimos años.

El 87% de los fumadores activos pertenecen al MIR de área médica frente al 13% restante de otras áreas.

El 67% fuma menos de 10 cigarrillos al día, el 20% entre 10 y 20 y el 13% no responde a este ítem.

El 20% ha consumido o consume marihuana y el 33% también consume otro tipo de tabaco (pipa de agua, cigarrillos electrónicos y otros dispositivos).

En cuanto al abandono, el 60% sí quiere dejar de fumar, y el 40% o no quiere o no se lo ha planteado.

Llama la atención que el 20% de los MIR fumadores no considera que su condición de profesional sanitario deba influir sobre su actitud ante el tabaquismo.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo en la población MIR de nuestra área es del 16%. El perfil de fumador corresponde a un varón de 27 años, en primer o segundo año de residencia, que fuma entre 10 y 20 cigarrillos al día, ha consumido marihuana o algún otro tipo de tabaco no convencional y quiere dejar de fumar. 1 de cada 5 fumadores considera que su condición de profesional sanitario no influye en su actitud ante el tabaquismo.

EVALUACIÓN FUNCIONAL PREOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

E. Salcedo Lobera, M.A. Ruano Carretero, J. Martínez Molina.

Unidad médico-quirúrgica enfermedades respiratorias. Hospital Regional de Málaga. Málaga.

Introducción: En la cirugía esofágica las complicaciones son numerosas sobre todopulmonares, siendo la principal causa de morbimortalidad postoperatoria, por ello es fundamental una buena valoración funcional respiratoria para reducir las. Existen varios abordajes a nivel torácicos según la localización de la neoplasia pero escasa bibliografía sobre la forma de realizar la valoración funcional preoperatoria.

Metodología: Estudio descriptivo desde 2016 a 2021 con 74 pacientes con diagnóstico de neoplasia esofágica que fueron derivados al laboratorio de pruebas funcionales para su valoración preoperatoria. Se tuvieron en cuenta los datos clínicos, pruebas funcionales respiratorias incluyendo espirometría postbroncodilatador, difusión de CO y prueba de esfuerzo cardiopulmonar en bicicleta ergométrica. Al no existir unos criterios definidos para calcular los valores postoperatorios para este tipo de cirugías, se consideró un riesgo similar al correspondiente a una lobectomía media utilizando el esquema de Alessandro Brunelli et al. de la ACCP.

Resultados: El 74,32% eran hombres. Edad media de $63,5 \pm 10$ años, un índice acumulado tabáquico de $32,3 \pm 30,6$ paquetes-año y 67,6% no tenían hábito enólico. El 64,9% presentaba disfagia como síntoma principal. En la tabla 1 se recogen los datos de las pruebas funcionales y ergometría, al inicio de la prueba presentaban una TA media de $122/7,516,8/7,5$ mmHg, el estudio concluyó en el 60,8% por disnea con unas TA media postprueba de $157/77 \pm 28/14$ mmHg. El 58,1% presentaban un riesgo quirúrgico moderado, frente al 35,1% bajo y el 6,8% alto. En el 74,3% de los casos se decidió cirugía (23 riesgo bajo, 31 moderado y 1 alto), además, el 56,36% de estos pacientes recibieron QT-RT adyuvante. El resto de pacientes, que no fueron intervenidos quirúrgicamente, recibieron QT-RT en el 78,95% de los casos (15 pacientes) y 4 recibieron RT solamente. En el 39,19% hubo complicaciones en las 2 semanas posteriores, 7 de las cuales ocurrieron en el postoperatorio inmediato, afectando todas a pacientes con un moderado riesgo calculado. La supervivencia media fue del 67,6% y con respecto a la estirpe tumoral, las más frecuentes fueron con un 66,2% adenocarcinoma y con un 28,4% carcinoma epidermoide.

Conclusiones: El estudio con mayor número de pacientes nos permitirá realizar un algoritmo con criterios funcionales específicos para pacientes subsidiarios de este tipo de cirugía.

La mayoría de nuestros pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico, en gran parte gracias a la evaluación funcional respiratoria.

Tabla 1.

	Media	Desviación estándar
FVC (ml)	3403	1045
FVC (%)	81.85	16.7
FEV1 (ml)	2533	825
FEV1 (%)	81.85	18.7
FEV1/FVC	75	11.38
DLCO	6.66	2.16
DLCO (%)	61	25.3
VO2 max (ml/min)	967.7	309
VO2 max (ml/min) (%)	56.4	16.3
FEV1 ppo (ml)	2191	746.7
FEV1 ppo (%)	70.96	17
DLco ppo	5.63	1.9
DLco ppo (%)	71	20.4
Vo2 max ppo (ml/min)	635.7	270.88
Vo2 max ppo (ml/min) (%)	49	12.86
Vo2/Kgppo (ml/min/kg)	11.8	3.14

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ESTADIO IV DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

P. Barragán Reyes, N. Calvente Vera, C. Cabrero Rodríguez, P. Gámez Baeza, A.M. Mendoza Barrios.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) representa la principal causa de muerte por cáncer a nivel global.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir las características comunes de los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón en estadio IV.

Metodología: Estudio transversal de una muestra de 69 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio, durante el año 2021, cuyo diagnóstico principal fue cáncer de pulmón en estadio IV.

Se ha analizado edad, género, estancia media hospitalaria, fumador o no, índice paquetes-año (IPA), antecedentes personales (AP), presencia de síntomas al diagnóstico, escala ECOG al inicio y presencia de síndromes paraneoplásicos.

Resultados: 69 pacientes, 48 hombres y 21 mujeres, con una media de edad de 66,3 años y una estancia media hospitalaria de 8 días.

59 fumadores de los cuales 33 aún eran fumadores

activos, 27 ex fumadores y 8 no fumadores. El IPA más frecuente entre los pacientes de nuestra muestra era >40 paquetes-año.

En relación a los antecedentes personales, 66,66% de nuestros pacientes presentaban comorbilidades, 17 de ellos con antecedentes personales respiratorios entre los cuales se encontraban enfermedad obstructiva crónica (8), asma (5), neumonía Covid-19 (4), apnea obstructiva del sueño (AOS) (2), insuficiencia respiratoria crónica (1), tuberculosis latente (1), bronquiectasias (1) y 17 pacientes con antecedente de cáncer previo.

94,11% de los pacientes referían síntomas al diagnóstico, predominando síntomas respiratorios, neurológicos y sistémicos, en 19, 17 y 12 pacientes respectivamente con una media en la escala ECOG de 1,2 en los pacientes estudiados.

Entre los pacientes de nuestro estudio, 59,42% pacientes con síndrome paraneoplásico, siendo la anorexia/caquexia el predominante.

Conclusiones:

1. Un importante porcentaje de pacientes de nuestro estudio son fumadores, siendo el tabaco el principal factor de riesgo de desarrollar CP.

2. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas, representando la enfermedad pulmonar adquirida un porcentaje significativo, lo que se relaciona con una mayor incidencia de CP en dichos pacientes.

3. La mayoría de los pacientes referían un estado funcional bueno al inicio, sin embargo, el 94% presentaban síntomas previos al diagnóstico, relacionados tanto con la afectación torácica, sistémicos, así como los derivados de los síndromes paraneoplásicos, lo que pudiera predecir un diagnóstico en una fase más avanzada.

Figura 1.

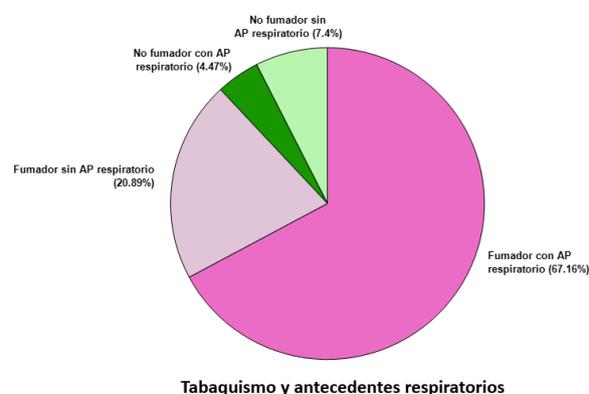
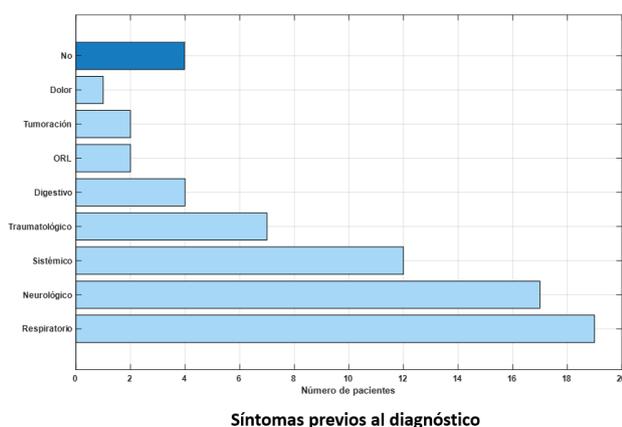


Figura 2.


TÉCNICAS UTILIZADAS EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN EN ESTADIO IV DURANTE 2021 EN NUESTRO HOSPITAL

N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes, P. Gámez Baeza, A.M. Mendoza Barrios, G. Maldonado Vicente.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: El cáncer de pulmón representa la primera causa de mortalidad por cáncer en ambos sexos. La mayoría de los pacientes que se encuentra sintomáticos en el momento del estudio presentan enfermedad avanzada. En estos pacientes es importante optimizar el tejido para la realización de las técnicas necesarias para el conocimiento de la histología y de los biomarcadores del tumor para facilitar la elección del tratamiento más adecuado.

Objetivos: Descripción cohorte de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico durante 2021. Determinar la técnica más utilizada para llegar al diagnóstico histológico y su rendimiento diagnóstico.

Metodología: Estudio retrospectivo de 69 sujetos con diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico (estadio IV) durante el año 2021 en nuestro hospital.

VARIABLES ANALIZADAS DESCRITAS EN TABLA 1.

Resultados: Total de 69 pacientes, 69,56% hombres, 8 nunca fumadores (11,59%), 33 fumadores activos (47,82%) y 27 exfumadores (39,13%) con IPA medio 49,73. Edad media 66,3. 33,3% sin antecedentes personales. El 66,67% presentaban comorbilidades con el 39,95% neumológicas, con mayor prevalencia EPOC (47,05%). Muestra pulmonar en 37 (54,41%), adenopatías mediastínicas en 12 (17,64%), tejido óseo, cerebral, hepático y líquido pleural en 1 respectivamente. La técnica diagnóstica en 29 (42,64%)

fue por punción transtorácica por aguja gruesa (BAG), broncoscopia en 13 (19,11%), EBUS en 12 (17,64%), punción con aguja fina en 4 (5,88%), resección quirúrgica en 1, toracocentesis 1. El tiempo medio desde sospecha hasta diagnóstico definitivo fue de 21,84 días y desde diagnóstico hasta fallecimiento (49 pacientes, 71%) 58,39 días. Resultado anatomopatológico: células no pequeñas 70,8% y microcítico en 12,39%, con subtipo más frecuente adenocarcinoma.

Conclusiones:

1. El perfil de paciente con diagnóstico de cáncer de pulmón en estadio avanzado es hombre, fumador activo, edad media 66.33 años, con comorbilidades no neumológicas al diagnóstico.
2. La técnica más utilizada para toma de muestra, mayormente pulmonar, es por BAG, con rentabilidad diagnóstica alta, obteniéndose diagnóstico anatomopatológico en 49 de las 52 muestras tomadas. Adenocarcinoma como subtipo más frecuente.
3. Las metástasis extrapulmonares son menos accesibles que el tumor primario pulmonar para biopsia.
4. Hay una alta tasa de fallecimiento (71%), independientemente de la técnica diagnóstica empleada.

Tabla 1.

Variables		n= 69
Sexo	Hombres	48 (69.56%)
	Mujeres	21 (30.43%)
Fumador	SI (IPA: 49.73)	Exfumador 27 (39.13%)
	NO	Activo 33 (47.82%)
	NO	8 (11.59%)
AP/Comorbilidades	NO	23 (33.33%)
	SI 46: AP respiratorios 17 (39.95%)	EPOC: 8 (47.05%) Hosp. covid 19: 4 (23.52%) Asma: 5 (29.41%) AOS: 2 (11.76%) IRC: 1 (5.88%) TBC latente: 1 (5.88%) BQE: 1 (5.88%)
Técnica del diagnóstico	Punción transtorácica con aguja gruesa (BAG)	29 (42.64%)
	Broncoscopia	13 (19.11%)
	EBUS	12 (17.64%)
	PAAF	4 (5.88%)
	Cirugía	1 (1.47%)
	Toracocentesis	1 (1.47%)
	Sin toma de muestra	8 (11.76%)
Lugar de toma de muestra	Pulmón	37 (54.41%)
	Ósea	1 (1.47%)
	Adenopatía mediastínica	12 (17.64%)
	Otras adenopatías	5 (7.35%)
	Cerebral	1 (1.47%)
	Hígado	1 (1.47%)
Tipo muestra	Líquido pleural	1 (1.47%)
	Histología	40 (57.97%)
	Citología	19 (27.53%)
	Sin muestra	7 (10.14%)
Subtipo de cáncer de pulmón	No concluyente	3 (4.34%)
	Adenocarcinoma	27 (50%)
	Escamoso	14 (25.92%)
	Microcítico	12 (17.39%)
	S. Ewing	1 (1.44%)
Fallecimiento	SI	49 (71.01%)
	NO	20 (28.98%)
Edad media: 66.33 años		
Tiempo medio desde el diagnóstico al fallecimiento: 58.39 días		

ADENOCARCINOMA PULMONAR DE TIPO ENTÉRICO: SERIE DE CASOS

A. López León¹, M.J. Gil Belmonte², P. López Martos³, D. Fole Vázquez¹, A. López Pardo¹, F.J. Velasco Albendea², J.J. Cruz Rueda¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

³UDM Atención Familiar y Comunitaria. Distrito Almería.

Introducción: El subtipo histológico más frecuente de cáncer de pulmón es el adenocarcinoma. El subtipo entérico (OMS 2021) es muy infrecuente y su diagnóstico requiere un componente entérico del 50% o más del tumor. La inmunohistoquímica se presenta con CK20+ en la mitad de los casos y CDX2+ en la mayoría. CK7+ hasta en el 80% ayuda a diferenciarlo del adenocarcinoma colorrectal, siendo TTF1 – en muchos casos. El objetivo es analizar los casos de esta neoplasia diagnosticados en el Hospital Torrecárdenas los últimos 6 años.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de 17 casos diagnosticados en el Hospital Torrecárdenas de adenocarcinoma pulmonar de tipo entérico, entre 2015 y 2021, utilizando el registro de Anatomía Patológica. Se han analizado sexo, edad al diagnóstico, fechas de diagnóstico y fallecimiento, antecedentes digestivos/respiratorios, hábito tabáquico, tamaño de la lesión principal, estadio, inmunohistoquímica y realización o no de TC abdominal y endoscopia.

Resultados: Se analizaron 14 pacientes, siendo 13 varones (93%) y 1 mujer, con una edad media de 66 años al diagnóstico.

12 pacientes (86%) eran fumadores/exfumadores. En 4 pacientes (29%) constaba EPOC, 3 (21%) presentaron algún episodio digestivo previo y de 8 no se conocían antecedentes de este tipo.

7 pacientes (50%) presentaron una masa, con tamaño medio de 5,9 cm, 3 tenían un nódulo único y otros 3 mostraron lesiones multinodulares. El restante albergaba una lesión de límites mal definidos no medida en el informe.

En 13 pacientes (93%) se realizó TC abdominal, sin verse lesiones en colon o recto.

11 pacientes (79%) se encontraban en estadio IV y 3 (21%) en un III.

CK7 y CK20 fueron positivas, una o ambas, en 12 pacientes (86%); CDX2, positivo en 8 (57%); TTF1, en 4 (29%); y MUC5A/MUC2, en 3 (21%).

A día de hoy, 12 pacientes (86%) fallecieron y 2 viven.

Conclusiones:

1. Al igual que otros adenocarcinomas de pulmón, el tabaco parece estar implicado.
2. Su presentación como masa se equipara al resto de subtipos de NSCLC.
3. Por su gran similitud con neoplasias colorrectales, es complejo diferenciarlo de metástasis de éstas, requiriendo descartarlas por pruebas de imagen abdominales +/- endoscopia.
4. La morfología entérica histológica y la expresión de al menos un marcador intestinal (CDX2, MUC2 o CK20) es esencial. La coexpresión de alguno de ellos con CK7 o TTF1 es deseable. Adenocarcinomas de pulmón con morfología entérica, pero sin fenotipo intestinal y que solo expresan marcadores neumocíticos, no entrarían en la categoría.

UTILIDAD DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA POR INFECCIONES POSTQUIRÚRGICAS

A.M. Fernández-González, D.S. Poveda-Chávez, E. Ruiz López, F.J. González García, P. Moreno Casado, A. Álvarez Kindelán.

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante de pulmón. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los defectos de pared torácica más frecuentes se deben a infecciones complicadas secundarias a esternotomías, tumores de pared, traumatismos, ulceraciones y radio-necrosis. El manejo de la infección y la reconstrucción de la pared torácica supone un desafío para el cirujano/a torácico/a.

Presentamos dos casos clínicos, con el objetivo de describir distintas opciones para el manejo de infecciones torácicas complejas y la reconstrucción de defectos en la pared.

Metodología: En este reporte de casos fueron incluidos dos pacientes, ambos con mediastinitis postoperatoria grave.

El primer paciente, es un varón intervenido por una úlcera penetrante de aorta mediante trasposición de troncos supraaórticos y endoprótesis vascular, que presentó en tres ocasiones dehiscencia de esternotomía media, con fracaso de hilos de acero empleados en estas reintervenciones, por una osteomielitis.

El segundo caso, se trata de una mujer intervenida mediante resección condroesternal, implante de prótesis

de titanio de esternón y malla de politetrafluoroetileno por hemangioma cavernoso, que reingresó por mediastinitis postquirúrgica complicada.

En ambos casos fue necesario el desbridamiento de los tejidos desvitalizados, limpieza y control de la infección local. En la reconstrucción torácica del primer caso, implantamos un sistema de osteosíntesis costal de titanio, como solución del defecto anterior de pared torácica. Posteriormente, se realizó un colgajo de pectorales para cubrir el defecto de partes blandas.

El segundo caso ha requerido la retirada del material implantado previamente: prótesis esternal y malla mediastínica, tratándose íntegramente con una terapia de cierre asistido por vacío (VAC) en el tórax.

Resultados: Ambos pacientes han presentado un postoperatorio favorable. En el primero, esta reconstrucción torácica, supuso la solución definitiva para el defecto tras la osteomielitis esternal.

La segunda paciente ha sido tratada con el sistema VAC de forma ambulatoria durante tres meses, hasta conseguir la total epitelización del defecto de pared.

Conclusiones: En nuestra experiencia, tanto el sistema de osteosíntesis costal de titanio como el sistema de presión negativa son fiables y permiten una reconstrucción de la pared torácica en situaciones complejas y de riesgo vital como es la mediastinitis grave postoperatoria.

Nos han permitido obtener resultados satisfactorios tanto en términos de control de la infección, recuperación de la funcionalidad del paciente, así como de resultados estético-quirúrgicos.

Figura 1.

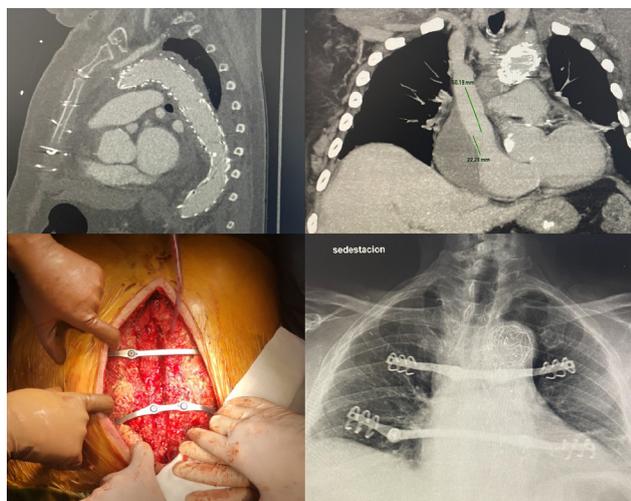


Figura 2.



MIGRACIÓN DE COILS POR VARICOCELE. HALLAZGO INESPERADO EN CCEE DE NEUMOLOGÍA

M.C. Morillo Domínguez¹, A.M. Escibano Dueñas¹, M. Rubio Moreno¹, J.J. Cebrián Gallardo¹, L.F. Moreno Arrastio¹, A. Tapia Guerrero².

¹Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

²Servicio de Radiología. Hospital Vithas Xanit Internacional. Benalmádena.

Introducción: Existen varias opciones para el tratamiento del varicocele, incluyendo la reparación quirúrgica clásica por laparoscopia, o a través de la embolización percutánea de la vena espermática interna. La embolización percutánea ofrece una rápida recuperación y obtiene resultados satisfactorios en aproximadamente el 90% de los casos. Sin embargo, la técnica demanda expertos radiólogos intervencionistas y no está exenta de complicaciones potencialmente serias incluyendo perforaciones vasculares, migración de coils y trombosis del seno pampiniforme.

Metodología: Un paciente de 22 años, deportista de alta intensidad acude a consultas externas de neumología refiriendo dolor punzante en hemitórax derecho en relación con esfuerzos de 1 año de evolución que cede tras reposo. Sin otra sintomatología acompañante. Como único AP de interés, refiere haber sido intervenido en 2019 de un varicocele izquierdo grado III, donde se emboliza con 4 coils la V. Espermática izquierda cerrando >10cm, con recidiva del mismo. Se programa una segunda embolización, donde se objetiva la migración en conjunto de los coils y su depósito en los vasos terminales de la Arteria pulmonar lobar inferior derecha.

Resultados: La exploración es rigurosamente normal,

manteniendo sat O2 en aire ambiente del 98%. Evaluación cardiológica sin hallazgos, PFR normales y en RX torax se objetiva material radioopaco con forma de coils en LID. Se solicita TAC de torax sin hallazgos salvo la presencia de material metálico que parece estar alojado en las ramas subsegmentarias de la Arteria pulmonar lobar inferior derecha, paralelo al Segmento 9-10 LID. Se realiza una FBC que fue normal.

Conclusiones:

- La embolización percutánea con coils para tratar varicoceles es un tratamiento ampliamente establecido.
- La migración de los coils por varicocele es una complicación muy poco frecuente pero importante.
- La localización en lecho terminal de A. pulmonar lobar inferior dcha explica la sintomatología leve respiratoria del paciente.
- La prevención de la migración de coils no ha sido descrita en la literatura.

Figura 2.

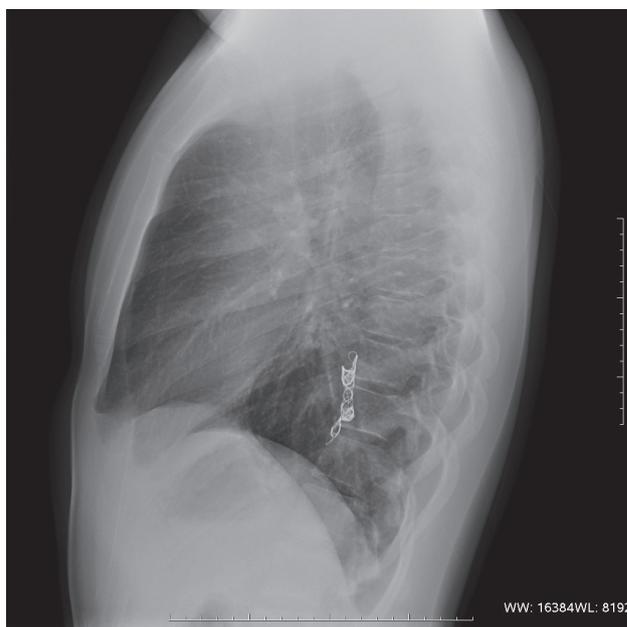
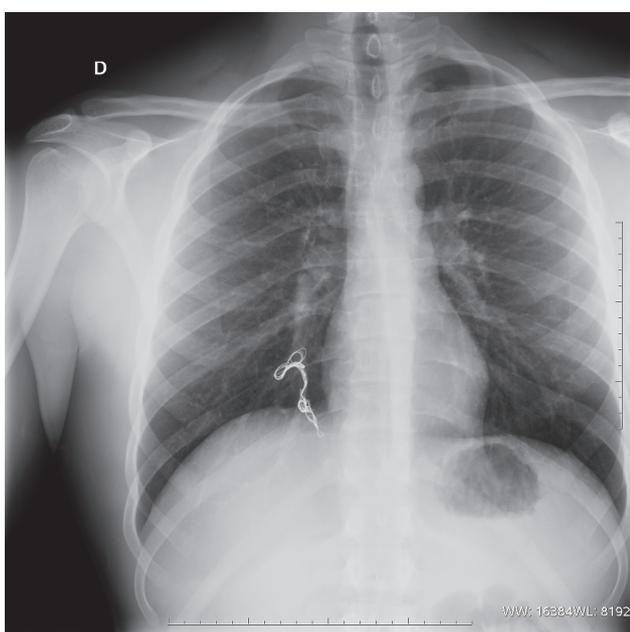


Figura 1.



TRATAMIENTO DEL TÓRAX INESTABLE ANTERIOR MEDIANTE OSTEOSÍNTESIS COSTOESTERNAL

M. Rusca Giménez.

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

Introducción: Las lesiones de trauma torácico con tórax inestable anterior son lesiones de elevada gravedad con un manejo complejo que en pocas ocasiones requieren de intervención quirúrgica por imposibilidad de extubación precoz. Ante estos casos, debido a la escasa experiencia y la elevada variabilidad en el tratamiento, no existe una actuación estándar en la práctica clínica.

Metodología: Se presenta el caso de un paciente varón de 64 años que sufre politraumatismo por atropello de tractor observándose múltiples fracturas costales bilaterales con destrucción de los cartílagos costoesternales, fractura del manubrio y del cuerpo del esternal que ocasionan un volet anterior con insuficiencia respiratoria secundaria que precisa de ingreso en la UCI e intubación orotraqueal para conexión a ventilación mecánica invasiva (VMI).

Ante la imposibilidad de retirada de la VMI, se indica tratamiento quirúrgico con fijación del tórax anterior con dos barras de osteosíntesis de 3ª a 3ª costilla y de 4ª a 4ª costilla pasando por delante del esternón, izamiento del esternón a las barras de titanio con puntos de alambre retroesternales y cerclaje de la fractura esternal trasversa.

Resultados: Intervención quirúrgica sin incidencias. Tras 8 días de postoperatorio, el paciente presenta una adecuada mecánica ventilatoria y estabilidad de la pared torácica permitiendo la extubación precoz. El paciente evoluciona muy satisfactoriamente, con buena mecánica ventilatoria y controles radiológicos dentro de la normalidad con el material de osteosíntesis correctamente colocado. Como única incidencia, infección del extremo inferior de la herida quirúrgica que prolonga la estancia hospitalaria. Es dado de alta a domicilio a los 20 días de la intervención.

Conclusiones: Por su mecanismo lesional, el tórax inestable anterior es una patología compleja y menos frecuente que la afectación de los arcos costales laterales. Por ello, se dispone de menor evidencia científica y experiencia clínica.

En el caso presentado se ha realizado de forma exitosa la fijación del tórax anterior con dos barras de osteosíntesis para fijar la desinserción de los cartílagos costoesternales y se ha izado el esternón a las barras con puntos de alambre retroesternales. Se trata de una técnica segura y eficaz para la estabilización de lesiones anteriores.

Figura 1.

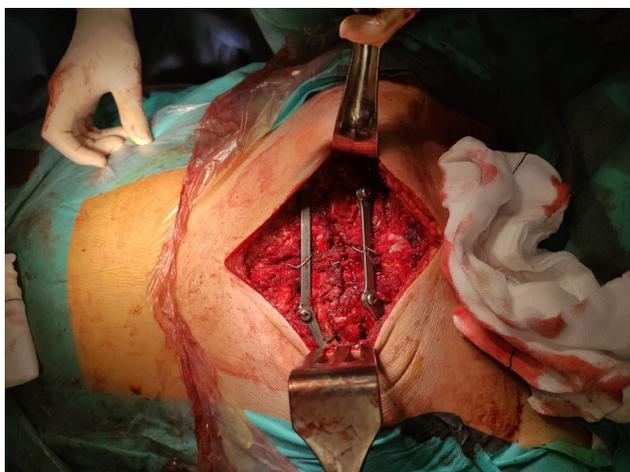
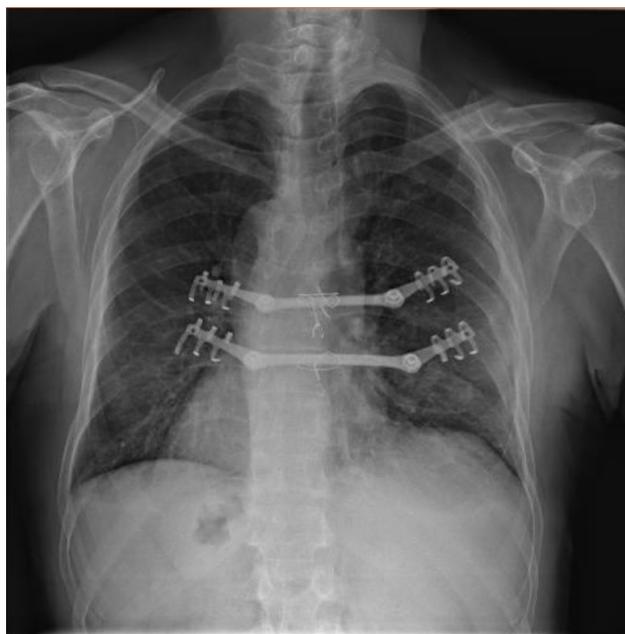


Figura 2.



QUISTE HIDATÍDICO

M.E. Solís Serván, C. Sánchez Matas, S. Monge Blanco, J.L. López Villalobos, F. García Gómez, M. Congregado Loscertales, R. Barroso Peñalver, F.J. De la Cruz Lozano, A.I. Blanco Orozco.

Servicio de cirugía torácica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La hidatidosis pulmonar es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio producida por la infestación larvaria de *Echinococcus Granulosus*. Su ciclo vital incluye perros, ovejas y otros animales especialmente relacionados con ámbito rural y condiciones higiénicas precarias. Debido a su lento crecimiento el diagnóstico se realiza en edad adulta habitualmente debido a las complicaciones clínicas provocadas por el efecto masa del quiste, sobreinfección o anafilaxia secundaria a su ruptura. El abordaje terapéutico se realiza mediante antiparasitarios, drenaje percutáneo y cirugía en función de la clínica del paciente.

Metodología: Paciente varón 33 años de origen marroquí con clínica de neumonía e imágenes compatibles con quiste hidatídico pulmonar. A nivel pulmonar la mayoría de casos son asintomáticos pudiéndose manifestar en forma de tos, hemoptisis o vómica. Inicialmente la sospecha diagnóstica se base en los antecedentes epidemiológicos y pruebas de imágenes compatibles.

El TAC tórax del paciente confirmaba la presencia

de lesión quística de 7 cm en segmento apical de LID formando el "signo del camalote" o "nenúfar" compatible con quiste hidatídico transicional. Los quistes pulmonares de hasta 5 cm sin complicaciones se abordan inicialmente con tratamiento médico en caso de necesitar actuación quirúrgica la vía de abordaje será aquella que asegure la mínima probabilidad de rotura del mismo.

En nuestro paciente el procedimiento principal realizado fue la toracotomía posterolateral por 5º espacio y costectomía de 5º arco costal para mejorar la visualización del campo quirúrgico. Tras la liberación e independización de la cisura posterior y media así como liberación del plano venoso, arterial y bronquial se consiguió realizar la lobectomía sin apertura del quiste.

Resultados: El postoperatorio fué favorable, retirándose el drenaje pleural a las 48 horas seguido de alta con seguimiento ambulatorio

Los resultados de anatomía patológica confirmaban la sospecha diagnóstica de quiste hidatídico.

Conclusiones: La manifestación pulmonar es rara siendo su manejo complejo requiriendo clasicamente un abordaje quirúrgico el cual garantiza la integridad del quiste. Algunos Autores: abogan por un abordaje videotoracoscópico más recientemente.

Figura 1.



PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE OSONA (BARCELONA) EN 2019 Y COMPARACION CON ESTUDIOS PREVIOS DE 2016

C. Muñoz Pindado¹, G. Vilardell Rifa², S. Sánchez Belmonte¹, H.L. Chiva Pueo¹, J. Espina Ordeix¹, E. Moya Blanch³, R. Vioque⁴, S. Cercas Lobo⁵, G. Henriquez Almeida⁶, C. Muñoz Pindado⁷.

¹Médico Facultativo de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Manlleu (GT Cataluña Central - Instituto Catalán de Salud).

²Médico Facultativo de Medicina Familiar y Comunitaria. EBA Centelles. Cataluña.

³Médico Facultativo Medicina Familiar y Comunitaria. EAP La Val del Ges (GT Cataluña Central - Instituto Catalán de Salud).

⁴Enfermera. EAP Manlleu (GT Cataluña Central - Instituto Catalán de Salud).

⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Manlleu (GT Cataluña Central - Instituto Catalán de Salud).

⁶Médico Facultativo de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁷Médico Residente del Servicio. Geriátria de Hospital San Jorge. Huesca.

Opta a: Beca

Introducción: Determinar la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de la Comarca de Osona (Barcelona) (CO), factores asociados al inicio valorando diferencias con estudios previos¹.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en estudiantes de 3º Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y 2º de Bachillerato (B) de CO en Marzo/2019 (Metodología: desarrollada en trabajos previos¹). Mediante encuesta anónima, voluntaria y autoadministrada, en plataforma online EUSurvey, recogiendo datos antropométricos (género, edad, peso y talla) y sociodemográficos (lugar residencia, confesionalidad, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias; tabaquismo y patologías en núcleo familiar y amigos; estudios de progenitores). Se comparó con trabajos previos basados en la misma Metodología¹ del año 2016. Estudio estadístico con SPSS23.

Resultados: Se incluyeron 785 válidas para estudio analítico (53'60% mujeres(M)), edad media 15'31 ± 1'64, IMC 20'80 ± 3'52 y residencia rural 73,4%. Tenían alguna patología 6'5% y 44'8% algún familiar enfermo. Son cristianos 42'9%, musulmanes 16'6%, otras confesionalidades 34'8% y aconfesionales 1'3%. Nivel de estudios paterno: primarios(P) 22'2%, medios(Me) 44'6% y superiores(S) 31'1%; y materno: P 17'1%, Me 40'4%, S 40'5%. El 67'8% de la muestra tienen amigos fumadores, padre fumador 26'4%, madre fumadora 20'6%, hermano fumador 15'2%, y 74% tienen algún familiar fumador. Fuman 12,8% de la muestra (74% M): 10'62% en 3ºESO y

¹<http://doi.org/10.1016/j.semerng.2018.11.004>

20'61% en 2ºB. Del total de muestra consumen alcohol 40'4% (58'04% M) y otras sustancias 24'2% (60% M). Entre los fumadores, el 98% tiene amigos fumadores, 85% familiares fumadores y 35% hermanos fumadores. El 75% reconocen influencia de los amigos en su iniciación; y 4% de familiares. El 92% de fumadores consumen alcohol y 64% otras sustancias; desean abandonar el tabaco 5'96% (84'61% M). Se encontró relación entre fumar y: ser mujer, consumir alcohol y otras sustancias, tabaquismo de amigos y hermanos. Comparando con el previo¹, hay disminución de prevalencia (22,6%); y, a diferencia de estudios previos¹, no se ha demostrado relación entre ser fumador con tener madre fumadora, nivel estudios de progenitores o confesionalidad.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo en estudiantes en CO es elevada pero menor que trabajos previos¹. Fumar se relacionó con género femenino, consumir alcohol y otras sustancias; tabaquismo de amigos y hermanos. Se deben implantar programas preventivos dirigidos a estudiantes, progenitores y personal docente.

FRACCIÓN ESPIRADA DE OXIDO NITRICO COMO PREDICTOR DE LA EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA A CORTO PLAZO

A. Quesada Quesada, G. Ramírez Rodríguez, A. Menéndez Lobo, A. Romero Linares, B. Alcázar Navarrete.

Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La presencia de inflamación T2 en pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) evaluada mediante el recuento de eosinófilos en sangre periférica o mediante la medición de la fracción espiratoria de óxido nítrico (FeNO) es un factor de riesgo para el desarrollo de exacerbaciones futuras. Se desconoce si los niveles elevados de FeNO se relacionan a corto plazo con un mayor riesgo de exacerbaciones.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, realizado en consultas externas de neumología. Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de EPOC, y se les realizó una determinación de FeNO, considerando elevado un valor de FeNO >20 ppb. Se analizó el riesgo de exacerbaciones moderadas y graves a 90 días desde la visita basal. Se realizó un análisis de tiempo hasta primera exacerbación mediante un análisis de Kaplan-Meier (Figura 1) y de regresión de COX. Se determinó la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Reclutamos 322 pacientes de los

que finalmente se incluyeron para el análisis 303. Las características de los pacientes eran 89.1% varones, fumadores activos el 28%, con edad media de 71 años, FEV1 56%, 240 eosinófilos/mm³ y un 59% tratados con CI. 96 pacientes (31% del total) presentaban un FeNO basal >20 ppb. En los 3 meses de seguimiento, el 78.7% de los pacientes con FeNO basal alto y el 94.2% de los pacientes con FeNO basal normal estaban libres de exacerbación (HR 2.76 IC al 95% 1.66-4.57, $p < 0.001$). El análisis multivariante mostró que el FeNO se asociaba a un incremento del riesgo de exacerbaciones a 3 meses, con un incremento del riesgo de 3% por cada 1 ppb.

Conclusiones: Los pacientes con FeNO alto (>20 ppb) tienen un mayor riesgo de exacerbaciones moderadas y graves a corto plazo. La determinación de FeNO puede ayudar a detectar a los pacientes con mayor riesgo de exacerbación a corto plazo y adaptar el tratamiento inhalado.

Figura 1.

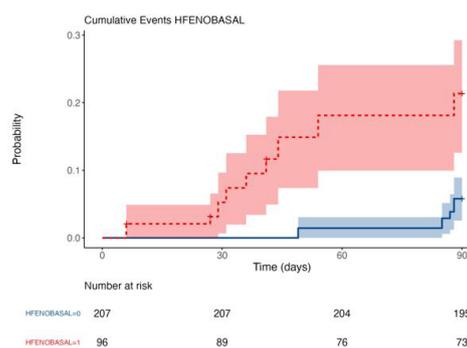


Figura 1. Análisis de Kaplan-Meier- análisis de tiempo hasta primera exacerbación en función de nivel de FeNO en ppb.

MEJORÍA DE LA ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA MEDIDA POR LA APOB48, DESCENSO DEL COLESTEROL TOTAL Y GLUCEMIA EN PACIENTES EPOC TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

A. Muñoz Montiel¹, M. Rubio Moreno¹, J. Rioja Villodres², P. Ruiz-Esteban³, M.A. Sánchez Chaparro⁴, A. Doménech del Río⁵.

¹Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Laboratorio de Lípidos. IBIMA. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES) de la Universidad de Málaga.

³Departamento de Nefrología, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

⁴UGC Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

⁵Unidad de Gestión Clínica Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La rehabilitación respiratoria (RR) ha demostrado mejorar la disnea, capacidad de esfuerzo y la calidad de vida en pacientes con EPOC. No existen referencias sobre el efecto de la RR sobre los valores de glucemia, lipemia en sangre y de arteriosclerosis subclínica medida según la apoB48, por lo que nuestro objetivo será valorar la influencia del ejercicio sobre dichos objetivos y establecer si existen diferencias pre y post RR.

Metodología: Estudio prospectivo y de intervención de dos grupos paralelos de 51 pacientes EPOC seguidos en una consulta monográfica que son enviados a un programa de RR para realizarla durante un período de 8 semanas. Se recogieron datos analíticos (glucemia, colesterol total, LDL y TAG) y se analizaron los valores de la apolipoproteína B-48 en un laboratorio específico del IBIMA.

Resultados: Encontramos valores significativos en el grupo de pacientes EPOC agudizadores en el parámetro de Hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol en mg/dL y en mmol (HbA1c preRR $6,3 \pm 1,1$ vs post RR $6,1 \pm 0,8$ p.

Conclusiones:

1. La RR permite reducir los valores de lipidemia en sangre y glucemia (medida con HbA1c) en aquellos pacientes que completan el programa de 8 semanas.
2. La RR influye sobre la arteriosclerosis subclínica medida de forma indirecta por la apolipoproteína B48, ya que existe una mejoría en aquellos pacientes agudizadores.
3. Estos hallazgos nos permitirían seleccionar mejor aún los candidatos para incluirse en un programa de RR.

Tabla 1.

ApoB48	Pre-RR		p	Post-RR		p
	No Agudizador	Agudizador		No agudizador	Agudizador	
T1	7 (31,8)	7 (25)	0,325	8 (38,1)	8 (32)	0,034
T2	10 (45,5)	9 (32,1)		3 (14,3)	12 (48)	
T3	5 (22,7)	12 (42,9)		10 (47,6)	5 (20)	

Comparación de valores de apoB48 como medida indirecta de la arteriosclerosis subclínica según fenotipo agudizador o no agudizador y agrupados por terciles. RR: Rehabilitación respiratoria. ApoB48: apolipoproteína B-48. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar.

Tabla 2.

		AGUDIZADOR		P	NO AGUDIZADOR		P
		PRE	POST		PRE	POST	
Glucosa (mg/dL)	PRE	112.1 \pm 33.3		0.10	101.8 \pm 14.0		0.71
	POST	106.4 \pm 31.7			103.5 \pm 21.7		
Hemoglobina Glicosilada (%)	PRE	6.3 \pm 1.1		0.02	5.8 \pm 0.5		0.15
	POST	6.1 \pm 0.8			5.9 \pm 0.7		
Colesterol (mg/dL)	PRE	205.1 \pm 46.8		0.05	200.0 \pm 29.0		0.80
	POST	190.6 \pm 44.1			198.0 \pm 41.5		
Colesterol mmol	PRE	5.3 \pm 1.2		0.05	5.1 \pm 0.8		0.94
	POST	4.9 \pm 1.1			5.1 \pm 1.1		
HDL (mg/dL)	PRE	53.9 \pm 14.5		0.56	62.8 \pm 23.4		0.89
	POST	53.1 \pm 13.6			63.5 \pm 34.5		
LDL (mg/dL)	PRE	125.5 \pm 36.8		0.26	121.1 \pm 25.1		0.22
	POST	118.2 \pm 35.1			110.6 \pm 26.4		
Triglicéridos (mg/dL)	PRE	127.5 \pm 55.7		0.09	119.7 \pm 81.8		0.94
	POST	111.4 \pm 42.1			118.4 \pm 49.5		
Acido Úrico (mg/dL)	PRE	5.9 \pm 1.8		0.21	6.1 \pm 1.6		0.18
	POST	5.6 \pm 1.7			5.8 \pm 1.8		
Hemoglobina (g/dL)	PRE	14.1 \pm 1.7		0.13	14.6 \pm 1.4		0.43
	POST	13.7 \pm 1.6			14.4 \pm 1.7		
Hematocrito (%)	PRE	44.2 \pm 5.3		0.31	44.4 \pm 4.5		0.87
	POST	42.7 \pm 5.1			44.2 \pm 5.0		
Leucocitos (10 ⁹ /L)	PRE	8.6 \pm 2.4		0.47	7.8 \pm 2.2		0.49
	POST	8.2 \pm 2.2			8.1 \pm 2.3		
Creatinina (mg/dL)	PRE	0.8 \pm 0.2		0.14	0.8 \pm 0.2		0.08
	POST	0.9 \pm 0.2			0.9 \pm 0.2		
Microalbumina (mg/dL)	PRE	19.9 \pm 17.9		0.72	86.0 \pm 201.9		0.26
	POST	22.6 \pm 41.6			36.9 \pm 49.8		
Filtrado Glomerular (mL/min)	PRE	82.4 \pm 10.7		0.37	84.5 \pm 9.3		0.01
	POST	80.0 \pm 13.1			81.2 \pm 11.0		
Urea (mg/dL)	PRE	38.2 \pm 10.1		0.01	39.6 \pm 9.0		0.13
	POST	34.3 \pm 8.9			43.1 \pm 8.6		
Act. P (%)	PRE	104.8 \pm 18.9		0.11	99.6 \pm 20.8		0.39
	POST	102.0 \pm 18.8			101.7 \pm 21.6		
Bilirrubina (mg/dL)	PRE	0.5 \pm 0.3		0.31	0.6 \pm 0.1		0.35
	POST	0.5 \pm 0.2			0.7 \pm 0.2		
GGT (U/L)	PRE	42.6 \pm 27.8		0.83	99.1 \pm 197.5		0.44
	POST	39.4 \pm 34.9			75.7 \pm 122.3		
GOT (U/L)	PRE	18.6 \pm 3.9		0.57	28.9 \pm 23.6		0.60
	POST	19.6 \pm 4.9			33.9 \pm 29.8		
GPT (U/L)	PRE	16.8 \pm 5.3		0.42	26.7 \pm 16.2		0.43
	POST	18.9 \pm 9.7			34.4 \pm 23.3		
Proteínas Totales (g/dL)	PRE	7.1		0.58	6.9		-
	POST	7.2			7.0		

CAMBIOS DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

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

¹Hospital Infanta Elena.

²Hospital Universitario Virgen Macarena.

³Unidad de Rehabilitación Respiratoria. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Opta a: Beca

Introducción: El objetivo de este estudio fue valorar cómo influye un programa de rehabilitación respiratoria domiciliar (PRRD) en la disnea, CVRS y los síntomas de ansiedad y depresión.

Metodología: Se trata de un ensayo clínico no farmacológico de pacientes procedentes de la consulta especializada de BQ no FQ del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se aleatorizó a Grupo control (GrC): recibieron recomendaciones educativas y de actividad física por escrito y a Grupo de PRRD (GrE): recibieron 2 sesiones hospitalarias de seguimiento y un programa personalizado de ejercicios domiciliarios durante 8 semanas. Se recogieron variables demográficas y antropométricas, además de función pulmonar y disnea. La gravedad con la escala E-FACED. La CVRS se evaluó por medio del cuestionario de enfermedades respiratorias de Saint George (SGRQ) y el impacto de la tos por el cuestionario de Leicester (LCQ). Los síntomas de ansiedad y depresión por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS).

Resultados: Se aleatorizaron 31 pacientes, 16 al GrE. La media de edad fue de 63,23 ± 7,9 y el 74 % eran mujeres. El E-FACED fue leve en ambos grupos y las características de la función pulmonar se recogen en la tabla 1.

Se objetivó mejoría en la disnea tras el PRRD en el grupo estudio P 0,047 (tabla 2).

El impacto en la CVRS fue moderado según el SGRQ Total (tabla 2). Un 6,25 % en el GrE y 22 % GrC presentaban un alto impacto en la afectación de la CVRS. EL PRRD mejoró en el GrE el dominio de Actividad con una reducción media de 1,4 ± 10 (IC del 95% del -4-6,8) (p 0,025). No hubo cambios tras el PRRD en las subescalas de síntomas e impacto (Tabla 2). Se evaluó la relación de las P. aeruginosa en la CVRS, encontrándose una correlación positiva débil en el dominio impacto (r 0,450, p 0,02).

El LCQ fue moderado (ver tabla 2). Se analizaron en el LCQ y el SGRQ las correlaciones por género y edad, sin encontrarse diferencias.

Se estimó una prevalencia del 32% para la ansiedad y 45 % de depresión en toda la muestra. Se objetivó una mejoría en la escala de depresión en el grupo intervención, mejorando un 35 % en la depresión (p 0,003). Existió una correlación positiva débil entre SGRQ síntomas y HADS depresión 0,52 (p 0,05).

Conclusiones: Los pacientes con BQ no FQ tienen un impacto moderado en la CVRS. El PRRD permite mejorar la percepción de la disnea, los síntomas depresivos y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 1.

1A. Características generales				
	Total N(%)	Grupo Control (n=15)	Estudio (n=16)	P
Mujeres	23(74,0%)	10 (66,7%)	13(81%)	0,30 ¹
Edad	63,23±7,90	59,43±9,5	63,16	0,33 ²
IMC	25,74±3,30	25,69±2,55	26,35±3,67	0,86 ³
Fumador	3 (9,7%)	1(5,0%)	2(6%)	0,47 ⁴
Exfumador	6 (18,0%)	2 (13,0%)	4 (6%)	0,29 ⁴
Nunca fumadores	22(72,3%)	12 (54,5%)	10(45,5%)	0,16 ⁴
FEV1	3,21±1,23	2,7±1,25	3,21±1,3	0,45 ⁵
P. aeruginosa	11 (35,5%)	5 (15,5%)	6 (40%)	0,10 ⁶
Disnea	2,13±0,67	2,07±0,70	2,19±0,57	0,28 ⁷
E-FACED	3,44±1,62	3,39±1,79	3,44±1,99	0,56 ⁸

1B. Características funcionales				
	Total Media ±DS	Grupo Control Media ±DS	Estudio Media ±DS	P
FEV1 ml	1.660±50	1.840±52	1.610±44	0,56 ⁵
FEV1 %	73,14±23,47	75,42±28,44	71,88±20,67	0,83 ⁵
FVC	3,29±0,62	2,83±0,69	2,77±0,55	0,26 ⁵
FVC %	79,13±22,65	79,13±24,1	79,32±22	0,90 ⁵
FEV1/FVC	72,19±12,81	69,92±14,78	74,33±10,71	0,34 ⁵

1A. Características generales. *M.C. Índice de masa corporal. %M. Índice de paquetes año de tabaco. E-FACED del acrónimo: Exacerbaciones, FEV1 %, colonización crítica por P. aeruginosa, emisión radiológica y disnea según la m.MIC. 1B. Características funcionales. FEV1: Flujo espiratorio en el primer segundo expresado en ml y porcentaje. FVC: capacidad vital forzada expresada en ml y porcentaje y la relación FEV1/FVC. El análisis estadístico se realizó con Prueba T para muestras independientes y 2 Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 2.

	Grupo control		p	Grupo estudio		p
	Antes Media ±DS	Después Media ±DS		Antes Media ±DS	Después Media ±DS	
Disnea (mMRC)	2,07±0,74	2,13±0,64	0,05 ³	2,19±0,65	1,72±0,046	0,047 ²
SGRQ Síntomas	45,37±18,54	40,80±19,25	0,06 ¹	47,43±11,81	42,40±14,59	0,120 ¹
SGRQ Actividad	45,71±19,67	43,88±16,48	0,52 ¹	45,81±11,12	37,81±12,52	0,025 ¹
SGRQ Impacto	44,11±17,76	42,74±12,81	0,724 ¹	42,08±13,7	40,68±10,87	0,593 ¹
SGRQ Total	52,46±25,39	48,20±19,81	0,49 ¹	50,47±19,56	41,23±13,35	0,063 ¹
LCQ Físico	5,41±1,14	5,59±1,22	0,610 ²	5,01±1,31	5,62±1,09	0,044 ¹
LCQ Psicológico	5,50±1,66	5,41±1,04	0,396 ²	5,05±1,41	5,17±1,56	0,683 ¹
LCQ Social	5,08±1,23	5,50±1,03	0,298 ²	5,16±1,18	5,47±1,19	0,499 ¹
LCQ Total	16,05±3,47	16,50±1,89	0,014 ²	15,20±3,14	16,26±2,48	0,171 ¹

Disnea y Calidad de vida relacionada con la salud. Los datos se expresan como media y desviación estándar (DE) para el registro de antes y después del programa de rehabilitación respiratoria para cada grupo de estudio. Se expresan los datos de disnea y de las variables recogidas en el cuestionario de calidad de vida de St. George (SGRQ) en sus dimensiones: síntomas, actividad, impacto y su puntuación total, presentadas como SGRQ síntomas, SGRQ actividad, SGRQ impacto, SGRQ total. Cuestionario de la tos de Leicester (LCQ) sus dimensiones física, psicológica y social. Presentadas como LCQ físico, LCQ psicológico, LCQ social y LCQ total. El análisis estadístico se realizó con la Prueba T para muestras relacionadas (1) y Prueba de Wilcoxon de los rangos con signos para muestras relacionadas (2).

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR EPOC EN ANDALUCÍA EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS: UN ESTUDIO DE REGRESIÓN JOINTPOINT

G. Ramírez Rodríguez, A. Quesada Quesada, A. Menéndez Lobo, A. Romero Linares, B. Alcázar Navarrete.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Opta a: Beca

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente la tercera causa de muerte en el mundo, únicamente por detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cardiovascular. En los últimos años la mortalidad por EPOC ha disminuido en España, pero desconocemos si en Andalucía se ha seguido la

misma tendencia. El presente estudio tiene por objetivo analizar cuál ha sido la evolución en tasas de mortalidad por EPOC en las últimas dos décadas tanto en hombres como en mujeres en el territorio andaluz, así como plantear una comparación con la tendencia nacional en el mismo periodo.

Metodología: Consultando el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad de España obtuvimos las tasas ajustadas por edad /100.00 habitantes para hombres y mujeres de España y Andalucía de los años 1999 a 2019. Para limitar la búsqueda a las muertes por EPOC introducimos la codificación de enfermedades bronquíticas crónicas y enfisema de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, capítulo 10, secciones J40 a J44). Con las tasas ajustadas realizamos un análisis de regresión de jointpoint con el objetivo de estimar un porcentaje anual de cambio (APC), así como identificar posibles puntos de cambio de tendencia. Se consideró la significación estadística para un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio las tasas de mortalidad global ajustada por EPOC en España pasaron de 28,77 de 1999 a 12,14 muertes /100.000 habitantes en 2019 y de 32,59 a 13,64 muertes/100.000 habitantes en Andalucía.

Observamos una caída lineal de la mortalidad por EPOC en varones a nivel de España del -3.67% anual (IC 95% -4.1 a -3.4; $p < 0.001$) en este periodo, con un similar cambio en Andalucía (Figura 1).

En cuanto a la mortalidad por EPOC en mujeres, se observa una disminución de mortalidad en dos fases, con un primer periodo de 1999 a 2006 con caída del -6.8% anual (IC 95% -8.6 a -5.0; $p < 0.001$) y un segundo periodo de 2006 a 2019 con un descenso de la mortalidad del -2.1% (IC 95% -2.8 a -1.3; $p < 0.001$). En ambos periodos el descenso de la mortalidad en Andalucía ha sido paralelo al descenso observado en el total del territorio español (Figura 2).

Conclusiones: Las tasas de mortalidad por EPOC han disminuido en Andalucía en los últimos veinte años de forma paralela a como lo han hecho en España. Por sexos, en varones se registra un descenso del -3,67% anual desde 1999, mientras que en mujeres descendió un -6,8% hasta 2006 y un -2,1% entre 2006 y 2019.

Figura 1.

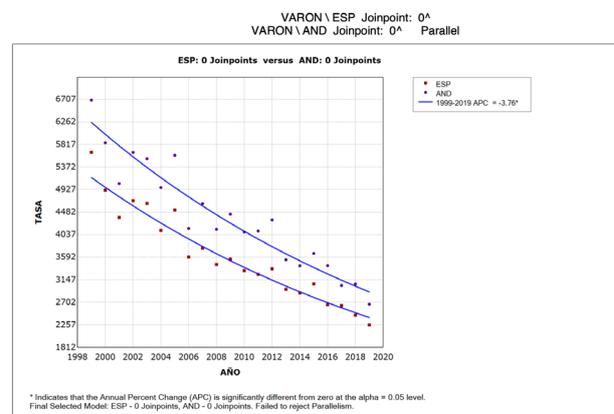
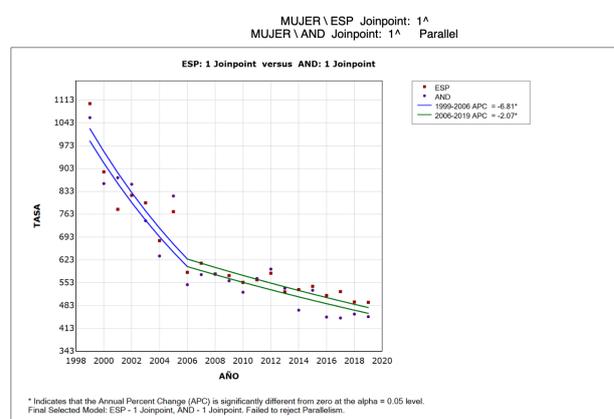


Figura 2.



DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y EPOC

E. Viciano Martín, M.M. Ignacio Expósito, G. Hurtado Gañán, R. Ayerbe García, V. Almadana Pacheco.

Servicio de Neumología, Hospital Virgen Macarena.

Opta a: Beca

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene efectos deletéreos sobre la calidad de vida, incluyendo la esfera sexual.

La literatura indica la relación entre EPOC y disfunción eréctil (DE), aunque los mecanismos que dan lugar a desarrollar DE aún no están comprendidos. Las causas pueden ser múltiples desde el hábito tabáquico, la hipoxia crónica hasta la ansiedad o depresión que pueden sufrir este tipo de pacientes. Además, hay síntomas de la EPOC que contribuyen directamente a la DE cómo pueden ser la disnea, la tos, la debilidad muscular y la disminución de la actividad física.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es identificar los pacientes EPOC con DE y sus características principales en la consulta de EPOC.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de cohorte única de 1 año de duración, en los que se incluyen de forma consecutiva pacientes diagnosticados de EPOC según los criterios GOLD 2021 y que pertenecen a la consulta de EPOC del Servicio de Neumología. Se han analizado características demográficas, funcionales, la actividad física, la calidad de vida y el resultado de cuestionarios estandarizados realizados por los pacientes.

Resultados: Se evaluaron 71 pacientes, de los cuáles 58 eran varones y 13 mujeres, hubo 4 pérdidas. El análisis estadístico se realizó en varones con N muestral = 54. La prevalencia de DE fue del 92,59%. Siendo en un 25,9% un grado severo según el cuestionario IIEF-5 (International Index Erectile) (Figura 1). Se analizaron diferentes comorbilidades dentro del índice de Charlson, dentro de las cuales destaca que los pacientes con DE severa presentan en un 28,6% cardiopatía isquémica ($p < 0,026$) y mismo valor para la insuficiencia cardíaca ($p < 0,018$). No hubo resultados significativos en comorbilidades como accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, hepatopatía entre otros. Y aunque no fue significativo la diabetes mellitus no se observa en ningún paciente con DE leve o ausencia de DE.

En cuanto a variables generales en función del grado de DE que se describen en la figura 2, sólo se encontró relación significativa en el resultado del test de 6 minutos, teniendo mayor grado de DE los pacientes que realizaban menor número de metros en la prueba.

Conclusiones: Los varones con EPOC presentan en más del 90% disfunción eréctil.

Se observa una relación entre un grado menor de actividad física en los pacientes EPOC con un grado mayor de DE.

Tabla 1.

CODIFICACIÓN	GRADO	PORCENTAJE
1	Severa	25,9%
2	Moderada	18,5%
3	Moderada- Leve	20,4%
4	Leve- normal	35,2%

Tabla 2.

Variable	Grado DE	media ± DE	p valor
Edad	1 (n=14)	67,3± 8,7	0,086
	2 (n=10)	67,3± 7,2	
	3 (n= 11)	62,6± 6,9	
	4 (n=19)	61,5±6,9	
	Total	64,3±7,8	
ICAT	1 (n=13)	62,6±34,0	0,613
	2 (n= 9)	55,2± 8,0	
	3 (n=11)	52,6±19,7	
	4 (n=18)	51,8±20,7	
	Total	55,3±23,0	
IMC	1 (n=14)	29,3± 4,5	0,174
	2 (n= 10)	26,4±3,9	
	3 (n=11)	28,0±3,2	
	4 (n=18)	26,2±4,5	
	Total	27,4±4,2	
%FEV1	1 (n=14)	50,1±14,7	0,673
	2 (n=10)	43,2±12,8	
	3 (n= 11)	44,6±14,4	
	4 (n=19)	45,6±16,1	
	Total	46,1±14,6	
%FVC	1 (n=14)	72,4±19,1	0,962
	2 (n=10)	73,5±13,9	
	3 (n=11)	71,1±16,2	
	4 (n=19)	70,4±15,5	
	Total	71,6±16,0	
PM6M (m)	1 (n=13)	278,2±198,3	0,013
	2 (n=9)	394±88,3	
	3 (n=11)	441,5±150,4	
	4 (n=19)	451,8±126,5	
	Total	396,2±160,3	
HADS A1	1 (n=13)	7,8±4,8	0,677
	2 (n=10)	5,9±3,2	
	3 (n=11)	6,3±2,7	
	4 (n=19)	7,0±4,7	
	Total	6,8±4,1	
HADS D 1	1 (n=14)	6,9±4,4	0,351
	2 (n=10)	6,6±3,9	
	3 (n= 11)	6,9±3,4	
	4 (n=19)	4,6±4,8	
	Total	6,0±4,3	
CAT 1	1 (n=14)	20,0±8,8	0,188
	2 (n=10)	16,9±5,3	
	3 (n=11)	20,8±10,8	
	4 (n=19)	14,3±9,4	
	Total	17,6±9,1	
IPAQ METS	1(n=11)	1437±1461,5	0,569
	2 (n=6)	3453,2±2634,4	
	3 (n=9)	5144,7	
	4 (n=16)	2780,0±3209,5	
	Total	2609,1±3294,7	

BILOBECTOMIA CON BRONCOPLASTIA VIDEOASISTIDA EN MUJER CON NEOPLASIA EN BRONQUIO INTERMEDIARIO DERECHO

D.S. Poveda Chávez, F.J González García, E. Ruiz López, A.M. Fernández González, J.L. Párraga Fuentes, B. Cantador, A. Salvatierra Velázquez, P. Moreno Casado, A. Álvarez Kindelán.

Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba.

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Los tumores carcinoides pulmonares se incluyen dentro de los tumores neuroendocrinos. Se clasifican en típicos y atípicos. Se derivan de las células neuroendocrinas pulmonares y corresponden al 0,4 a 3% de los tumores pulmonares resecaados. El abordaje por videotoroscopia asistida (VATS) es una técnica compleja y desafiante que ofrece los beneficios clínicos, sin aumentar los riesgos.

Metodología: Mujer de 70 años, no fumadora. Tras un diagnóstico reciente de asma y aumento de trama bronco-vascular derecha se realiza TAC de tórax que revela lesión nodular endobronquial de 1,5 cm. La broncoscopia confirma lesión a nivel de bronquio intermedio. Las muestras histopatológicas muestran inicialmente un carcinoma epidermoide y el PET muestra un metabolismo levemente elevado. Se plantea realizar una bilobectomía broncoplastica por VATS.

Resultados: Técnica quirúrgica: se aborda con incisión de 3 cm en 5to espacio intercostal para puerto de trabajo y otra de 1 cm en séptimo espacio intercostal. En primer lugar, se libera ligamento pulmonar hasta vena inferior que se secciona junto con la arteria inferior. En segundo

lugar, se abre cisura incompleta si se expone tronco arterial intermediario que requiere cuidadosa disección de estructuras ganglionares para exponer y seccionar arteria de lóbulo medio y la del segmento 6 del lóbulo inferior con endograpadoras.

A continuación, se expone bronquio intermediario, identificando el margen y altura de lesión bronquial por broncoscopia. Se realiza sección a 1,5cm aproximadamente de carina, con cuidado de respetar el bronquio del lóbulo superior. Se completa bilobectomía inferior y media. Se descarta afección de márgenes bronquiales y se realiza broncoplastia con sutura continua de PDS 4/0.

Se verifica reexpansión pulmonar sin evidenciar fuga de aire tras lavar con suero. Colocamos un drenaje pleural que se retira a las 48 horas.

Histopatología: tumor carcinoide atípico de 1,5 cm sin afectación de borde bronquial (T1bN0M0).

La evolución es satisfactoria, alta domiciliaria al 3er día.

Conclusiones: La aplicación de VATS para resecciones pulmonares broncoplasticas aporta un enfoque seguro y efectivo para el tratamiento de tumores carcinoides endobronquiales.

Realizar el puerto de trabajo en el 5to espacio intercostal aporta comodidad para realizar este tipo de intervención. Además, es importante contar con material quirúrgico óptimo y un adecuado entrenamiento en técnicas broncoplasticas.

ESTENOSIS CRÍTICA NEOPLÁSICA ENDOBRONQUIAL. BRONCOSCOPÍA RÍGIDA: ENDOPRÓTESIS BIFURCADA

DS. Monge Blanco, C. Sánchez Matás, M.E. Solís Serván, J.L. López Villalobos, F. García Gómez, R.M. Barroso Peñalver, F.J. De la Cruz Lozano, M. Congregado Loscertales, A.I. Blanco Orozco.

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

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Metodología: Paciente varón de 76 años, acude a Urgencias por disnea progresiva a mínimos esfuerzos, asociado a febrícula y expectoración de varios meses de evolución. Se realiza TAC toracoabdominal donde se objetiva masa neoplásica en lóbulo inferior derecho que obstruye el bronquio intermediario, así como la salida del bronquio principal derecho. Asocia un componente adenopático mediastínico con extensión al bronquio principal izquierdo, ocasionando reducción de su luz. Ante sospecha de carcinoma broncogénico estadio IIIB (cT4N2M0) y valoración por nuestra unidad, se decide realización de broncoscopia rígida en régimen urgente para colocación de endoprótesis traqueobronquial con finalidad diagnóstico-terapéutica.

Resultados: Se procede a intubación orotraqueal con traqueoscopia. Se objetiva estenosis completa de bronquio principal derecho, causada por compresión extrínseca, así como infiltración directa de la luz bronquial por una tumoración neoplásica. La luz del bronquio principal izquierdo también se encuentra disminuida por compresión extrínseca, con luz remanente del 70%. Se dilata mediante sonda con balón a nivel de la estenosis para constatar presencia de luz distal y aspirar secreciones. Tras ello, se toman biopsias de la lesión infiltrativa con pinza de biopsia endoscópica. Se introduce endoprótesis de silicona bifurcada en Y mediante introductor, se comprueba normoposicionamiento y se dilatada nuevamente con balón para asegurar buen calibre de la vía aérea. El diagnóstico anatomopatológico fue carcinoma pulmonar no microcítico (epidermoide).

Conclusiones: El tratamiento de las estenosis traqueobronquiales malignas mediante endoprótesis es una opción factible y eficaz como opción paliativa o como terapia puente al inicio de un tratamiento dirigido de la enfermedad. Realizado mediante broncoscopia rígida, en ocasiones es necesaria la dilatación mecánica adicional.

Introducción: La estenosis de la vía aérea de etiología maligna constituye la causa más frecuente de estenosis de la vía aérea principal e incluye neoplasias torácicas y metastásicas. La broncoscopia rígida permite el diagnóstico y tratamiento de tumores endotraqueales, así como la delimitación de la extensión y características de la estenosis. Con este vídeo se pretende ilustrar el procedimiento de colocación de una endoprótesis traqueobronquial y las diferentes opciones terapéuticas durante su realización.

SINDROME CURRARINO-SILVERMAN: TRATAMIENTO EFICAZ CON OSTEOSINTESIS ESTERNAL MEDIANTE PLACAS DE TITANIO

E. Ruiz López, D.S. Poveda Chávez, A.M. Fernández González, F.J. González García, P. Moreno Casado, A. Álvarez Kindelán.

Unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El Pectus Carinatum (PC) es una deformidad en protrusión de la pared torácica anterior.

Existen dos tipos principales de PC: Prominencia condrogliolar (Tipo 1) y prominencia condromanubrial (Tipo 2).

El tipo 2 fue descrito por primera vez por Guido Currarino y Frederic Silverman. Este tipo de PC se caracteriza por un esternón corto y en forma de Z y también se conoce como Síndrome Currarino-Silverman (CS).

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, por tanto, la corrección quirúrgica es opcional y existe controversia sobre la edad ideal para la misma.

La tomografía computerizada torácica con reconstrucción 3D es la mejor prueba de imagen preoperatoria, permitiendo un diagnóstico diferencial con otras deformidades, así como una mejor planificación quirúrgica.

La primera corrección quirúrgica exitosa del Síndrome CS fue descrita por Ravitch, y sus tres pasos fundamentales: Resección del cartílago subpericondral, esternotomía transversa y osteosíntesis mediante fijación de la forma corregida del tórax.

Metodología: Se presenta el vídeo de la intervención quirúrgica de un paciente de 15 años con Síndrome CS.

Se empleó la técnica quirúrgica de Ravitch modificada. Mediante una incisión en línea media esternal, se disecaron los músculos pectorales y se resecaron los cartílagos condrocostales prominentes. Posteriormente se realizó una osteotomía esternal transversa completa, en la zona de máxima prominencia, incluyendo ambas corticales esternales para conseguir una reducción óptima de la prominencia esternal. Se procedió a la unión y fijación de los extremos esternales mediante barras de titanio fijadas con tornillos autoperforantes, así como la fijación de los cartílagos controsternales resecados al esternón, utilizando el mismo sistema de fijación.

Resultados: El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta al 5º día postoperatorio.

El periodo de seguimiento se realizó al mes y posteriormente al año, con la resolución completa de la deformidad esternal.

Conclusiones: Esta técnica quirúrgica sigue siendo la mejor opción de abordaje para este tipo de deformidades torácicas. El empleo de barras de titanio fijadas con tornillos autoperforantes proporciona una estabilización altamente efectiva de las osteotomías.

Debido a la poca prevalencia de esta patología y la complejidad de la técnica quirúrgica, esta corrección quirúrgica debe ser realizada por cirujanos con amplia experiencia en reconstrucción de pared torácica.

MIOFASCITIS NECROTIZANTE CERVICO-TORÁCICA Y MEDIASTINITIS SECUNDARIAS A ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR

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

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

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: La artritis séptica esternoclavicular es una patología muy infrecuente, pudiendo dar complicaciones graves como mediastinitis, miositis, osteomielitis o empiema.

Metodología: Descripción de un caso de artritis esternoclavicular izquierda complicada con miofascitis necrotizante cervico-torácica y mediastinitis anterosuperior.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 74 años con antecedentes de: diabetes, fibrilación auricular, IAMCEST y estenosis de canal cervical con hemiparesia izquierda secuelar.

Acude a urgencias por fiebre e infección urinaria, ingresando en Medicina Interna. Evolucionó tórpida a un cuadro séptico, con enfisema subcutáneo cervico-torácico. Se realiza TAC tórax urgente que confirma una miofascitis cervicotorácica y colecciones en mediastino anterosuperior.

A la exploración destaca aumento de partes blandas y crepitación laterocervical derecho y hemitórax anterior izquierdo, con dolor y eritema sobre articulación esternoclavicular izquierda.

Se realiza desbridamiento quirúrgico urgente cervico-mediastínico, mediante cervicotomía ampliada derecha y contra-incisión sobre articulación esternoclavicular

izquierda. Se procede a drenaje de colecciones purulentas en músculo esternocleidomastoideo derecho, mediastino anterosuperior, pectoral mayor y articulación esternoclavicular izquierda, la cual está destruida y desintegrada de su cápsula y complejo ligamentoso. Se realiza una puesta a plano de ésta, mediante desbridamiento de tejido necrótico periarticular, y lavados con suero, povidona yodada y agua oxigenada. Inserción de drenajes en zona de colecciones.

En todas las muestras quirúrgicas se aisló E.Coli multisensible.

El estado clínico, analítico y radiológico mejoró, sin recidiva de colecciones en TAC de control.

Tras la intervención, se procedió a lavados a través de los drenajes hasta su retirada al décimo día, y a cura con Sistema de Terapia de Presión Negativa en la herida sobre la articulación esternoclavicular hasta cierre completo.

Complicaciones durante postoperatorio: trombosis de MSD, espondilodiscitis C5-C6 tratada conservadoramente, y neumonía bilateral por Covid-19.

Conclusiones: El diagnóstico temprano y desbridamiento quirúrgico agresivo, es el tratamiento de elección para esta patología tan infrecuente con elevada morbimortalidad.

ENFERMEDAD PLEUROPULMONAR SECUNDARIA A ARTRITIS REUMATOIDE: NEUMOTÓRAX BILATERAL RECIDIVANTE REFRACTARIO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

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

Servicio de cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Granada.

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente a las articulaciones sinoviales de pies y manos. Las manifestaciones extraarticulares pleuro-pulmonares oscilan entre un 15-58% según las series, siendo más frecuentes en varones con Títulos altos de factor reumatoide, asociando un aumento de la morbimortalidad. La cirugía está indicada en el tratamiento de las posibles complicaciones asociadas.

Metodología: Descripción de un caso clínico con neumotórax bilateral recidivante secundario a artritis reumatoide refractario a tratamiento quirúrgico.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 48 años, fumador activo, con diagnóstico de artritis reumatoide evolucionada (2011) con poliartrosis 2ª y

limitación funcional, complicada con artritis séptica y bursitis olecraniana piógena (2019); ACVA hemisférico izquierdo sin secuelas e insuficiencia renal leve. Realiza tratamiento con metotrexate y prednisona.

En diciembre de 2019 debuta con neumotórax izquierdo complicado con empiema y sepsis secundaria, resuelto con drenaje pleural. Posteriormente presenta múltiples recidivas de neumotórax izquierdo sin resolución mediante drenaje y con desarrollo de paquipleuritis, procediéndose a decorticación y pleurodesis por VATS en julio de 2020. El postoperatorio destaca por fuga aérea prolongada, motivo de drenaje ambulatorio, así como neumotórax derecho. En octubre de 2020, se interviene por recidiva de neumotórax derecho. En diciembre de 2020, un año desde el primer episodio, debuta con neumotórax bilateral y sepsis secundaria a empiema, optándose por drenajes pleurales tunelizados permanentes. Se consigue estabilidad clínica mediante manejo ambulatorio durante 8 - 9 meses. En noviembre de 2021 reingresa por sepsis secundaria a empiema bilateral, que se drena, planteándose como opciones quirúrgicas más agresivas: toracostomía, mioplastia y/o toracoplastias definitivas. Al 6º día de ingreso, el paciente sufre deterioro clínico y disnea súbita, con hallazgos radiológicos compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso agudo, motivo de exitus.

Conclusiones:

1. La afectación pleuro-pulmonar en la artritis reumatoide aumenta la morbimortalidad.
2. La recidiva y la fístula broncopleural prolongada son frecuentes en el neumotórax secundario a AR.
3. El fracaso terapéutico de técnicas quirúrgicas habituales puede existir, siendo necesario técnicas más agresivas.

ADENOMA PARATIROIDEO ECTÓPICO MEDIASTÍNICO. RESECCIÓN TORACOSCÓPICA

J.R. Torres Bermúdez, A.N. Calderón Vargas, I. Pastor Escartín, R. Herrera Cubas, S. Figueroa, M. Trujillo, R. Wins, G. Galán Gil.

Servicio De Cirugía Torácica. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Opta a: Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El Hiperparatiroidismo primario (HPTP) es la principal indicación de paratiroidectomía. El 85% se debe a adenomas únicos, un 10 - 15% a hiperplasias y el resto a carcinomas. Un 15% de glándulas ectópicas se encuentran en el mediastino superior y la mayoría

son resecadas a través de una cervicotomía si están por encima de la vena innominada. Un 2% de glándulas ectópicas mediastínicas tradicionalmente han necesitado un abordaje por esternotomía media, mediastinostomías o toracotomías.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes operados de paratiroidectomía en nuestro hospital durante 5 años (2016-2021). Se analizaron el sexo, edad, diagnóstico, tipo de abordaje, complicaciones y la anatomía patológica (AP).

Resultados: En 5 años se operaron 85 paratiroidectomías, (F = 68, M = 17). 3 totales (2 por hiperparatiroidismo secundario y 1 por HPTP persistente). En 79 una selectiva por HPTP. En 3 una selectiva con hemitiroidectomía por carcinoma. En otros 6 se acompañó de tiroidectomía total por bocio multinodular y en 1 por hipertiroidismo asociados. En 2 los nódulos se encontraban en el mediastino anterior pero solo en 1 el abordaje fue por toracoscopia, el resto por cervicotomía.

La paratiroidectomía fue efectiva en 84 pacientes con descenso de las cifras de PTH intacta (PTH_i) y de calcio postoperatorios siendo crucial la localización precisa preoperatoria y la medición intraoperatoria de la PTH_i. Hubo una sola reintervención por HPTP persistente para totalizar la paratiroidectomía sin éxito. Se encontraron 76 adenomas, 5 hiperplasias, 3 carcinomas y una glándula sana como hallazgo patológico.

El abordaje toracoscópico derecho se realizó en una paciente con HPTP de 63 años con un nódulo hipercaptante en el mediastino anterior a nivel del arco aórtico. La escisión del adenoma de 2,2 x 1,5 cm se realizó sin dificultades con la asistencia de una sonda para radioisótopos para la localización del nódulo y confirmación ex vivo. Los valores intraoperatorios de la PTH_i descendieron de 161 a 35 tras la resección. En el postoperatorio la paciente presentó una hipocalcemia aguda que se corrigió con Gluconato cálcico siendo alta a las 48 h de la intervención manteniendo normales los parámetros de laboratorio en las revisiones.

Conclusiones: El abordaje toracoscópico es efectivo para la escisión de paratiroides ectópicas con menos morbilidades, dolor postoperatorio y estancia hospitalaria que los abordajes tradicionales.

Figura 1.

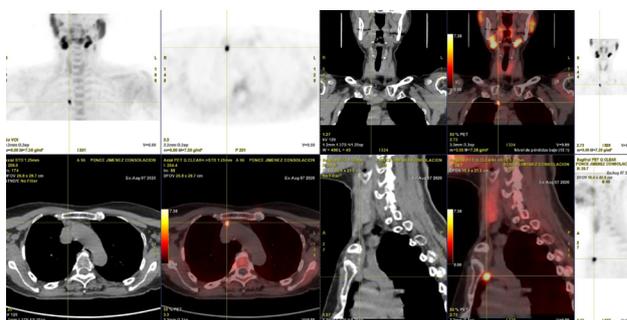
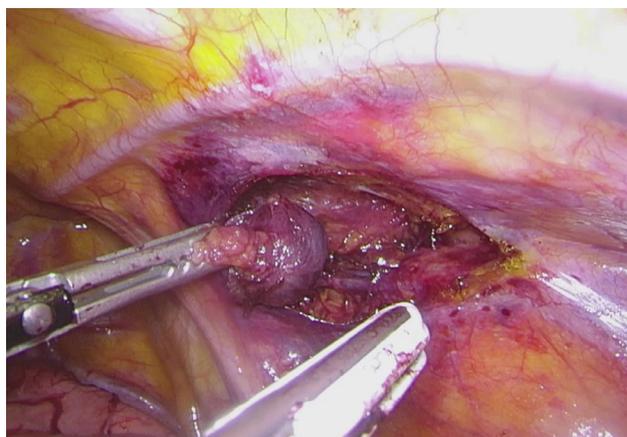


Figura 2.



SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE PULMONAR EN LA ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA NO FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

E. Mira Padilla¹, M.J. Cobos Ceballos¹, C. Gómez Rebollo¹, J. Redel Montero², F. Santos Luna², J.M. Vaquero Barrios².

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

²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica. Córdoba.

Opta a: Beca

Introducción: Las enfermedades intersticiales difusas (EPID) son una de las principales indicaciones de trasplante pulmonar (TP) en la actualidad. Dado su diferente pronóstico postrasplante, los grandes registros internacionales diferencian en sus análisis los pacientes con EPID tipo fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y los no FPI.

El objetivo del presente estudio fue describir y analizar la supervivencia del TP indicado por EPID no FPI en nuestro programa de TP.

Metodología: Estudio analítico y retrospectivo de la supervivencia global y estratificada por grupos de edad, tipo de TP, sexo y enfermedad de base en nuestra cohorte de pacientes adultos sometidos a TP por EPID no

FPI entre octubre de 1993 y noviembre de 2021. Fueron criterios de exclusión el diagnóstico de FPI, los trasplantes combinados y los retrasplantes. Se recogieron variables demográficas, factores predictivos de complicaciones inmediatas y la supervivencia al año y a los 5 años. Se utilizó el método de Kaplan-Meier y la prueba de log-rank para analizar la supervivencia y la comparación entre grupos, respectivamente.

Resultados: La muestra final fue de 69 pacientes, el 9,7% del total de pacientes trasplantados en nuestro centro. Las principales características de la misma se describen en la tabla 1. Las indicaciones más frecuentes fueron el fibroenfisema (15, 21,7%) y la neumonitis intersticial no específica (14, 20%). La mediana de supervivencia del global de la serie fue de $9,5 \pm 1,1$ años. Al estratificar la muestra, sólo se encontraron diferencias significativas en supervivencia en el primer año en los pacientes trasplantados en el estrato de edades más jóvenes (menores de 45 años, $p = 0,014$) y en la indicación por fibroenfisema ($p = 0,01$). Tras analizar potenciales factores predictivos que pudieran explicar esta diferencia (expuestos en la tabla 2), no se han identificado como tal ninguno de los analizados salvo la diferencia de género ($p = 0,003$).

Conclusiones: La supervivencia de nuestra cohorte de pacientes trasplantados pulmonares bajo la indicación de EPID no FPI es elevada, por encima de la publicada en los registros internacionales. Esto pudiera estar explicado, al menos parcialmente, por las patologías que indicaron el trasplante y su número.

En los pacientes más jóvenes se observó una mejor supervivencia precoz y, de forma similar y llamativa, también para el fibroenfisema, sin identificar un claro factor predictor. El predominio del enfisema sobre la fibrosis podría explicar estos resultados.

Tabla 1.

Variable	Total (N=69)
Edad, años, media (RIQ)	50,5 (42-60)
Sexo, n° (%)	50 (72,5%) hombres 19 (27,5%) mujeres
Tipo de trasplante, n° (%)	47 (69,1%) unipulmonares 22 (30,9%) bipulmonares
Indicación de trasplante, n° (%)	Fibroenfisema (15, 21,7%) NINE (14, 20%) Neumonitis por hipersensibilidad (9, 13%) Linfangioleiomiomatosis (6, 8,7%) Otras (25, 36%) <ul style="list-style-type: none"> • Alveolitis alérgica extrínseca (4, 5,8%) • Histiocitosis X (4, 5,8%) • Sarcoidosis (3, 4,4%) • Neumonía intersticial descamativa (3, 4,4%) • Silicosis (3, 4,4%) • EPID secundaria a artritis reumatoide (2, 2,9%) • Otras entidades más raras: neumonía lipóidea, hemoesiderosis, enfermedad de Wilson

Tabla 1. Factores predictivos que pueden tener implicación en la mayor supervivencia precoz de la muestra a estudio. DE: desviación estándar; NINE: neumonitis intersticial no específica; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Tabla 2.

VARIABLE	FIBROENFISEMA (n=15)	PATOLOGÍAS AGRUPADAS (NINE, NH, LAM; n=29)	Valor p
Supervivencia, mediana, DE	6,68 ± 1	5,47 ± 1,2	0,01
1º año	85%	78%	
5º año	65%	63%	
Sexo receptor			0,003
Hombre	15 (100)	16 (55,2)	
Mujer	0 (0)	13 (47,8)	
Edad receptor			NS
31-45 años	0 (0)	5 (17,2)	
46-60 años	9 (60)	15 (51,7)	
>60 años	6 (40)	9 (31,1)	
Tipo de trasplante			NS
Unipulmonar	12 (73,3)	24 (82,8)	
Bipulmonar	3 (20)	5 (17,2)	
Tiempo de isquemia último pulmón, en minutos, media (DE)	366,25 ± 70,36	336,93 ± 62,26	NS
Tiempo de intubación del receptor, en horas, media (DE)	145,62 ± 83,6	140,63 ± 46,92	NS
Necesidad de soporte cardiovascular exógeno, n° (%)			NS
No	12 (80)	27 (93,1)	
Sí	3 (20)	2 (6,9)	
Complicaciones quirúrgicas, n° (%)			NS
No	12 (80)	27 (93,1)	
Sí	3 (20)	2 (6,9)	
Complicaciones bronquiales, n° (%)			NS
No	13 (86,6)	28 (96,5)	
Sí	2 (13,4)	1 (3,5)	

Tabla 2. Comparación de variables predictivas de complicaciones inmediatas de la muestra de estudio según indicación de trasplante. NINE: neumonitis intersticial no específica; NH: neumonitis por hipersensibilidad; LAM: linfangioleiomiomatosis. NS: no significativo.

LOBECTOMÍAS ROBÓTICAS Y CÁNCER DE PULMÓN. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

S. Monge Blanco, C. Sánchez Matás, M.E. Solís Serván, J.L. López Villalobos, F. García Gómez, R.M. Barroso Peñalver, F.J. De la Cruz Lozano, M. Congregado Loscertales, A.I. Blanco Orozco.

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

Opta a: Premio a la mejor comunicación.

Introducción: Analizar la seguridad y factibilidad en términos de resultados obtenidos en las primeras lobectomías robóticas realizadas en nuestro centro

Metodología: Estudio descriptivo, analítico, observacional y prospectivo donde se analizan las lobectomías robóticas realizadas en este centro desde mayo de 2021 hasta diciembre de 2021. Se estudiaron 13 pacientes (11 hombres y 2 mujeres, edad media de 59 años rango de edad 46 - 72 años). Se utilizó el sistema DaVinci Xi con tres puertos y uno asistente.

Resultados: Se realizaron 13 lobectomías robóticas, 3 (23,1%) LSD (lóbulo superior derecho), 5 (38,5%) LID (lóbulo inferior derecho), 1 (7,7%) LSI (lóbulo superior izquierdo), 4 (30,8%) LII (lóbulo inferior izquierdo). La conversión a cirugía videoasistida fue necesaria en 2 pacientes (15,4%). Se produjeron complicaciones en 3 pacientes (23%). El tiempo quirúrgico medio fue de 204 minutos (IC 95%: 169 - 239). La estancia hospitalaria media fue 4 días (IC 95%: 3 - 6). La duración media del drenaje fue 6 días (IC del 95%: 1 - 10). La histología predominante fue carcinoma epidermoide en 5 pacientes (39%); 3

adenocarcinomas (23%), 2 tumores neuroendocrinos (15%), 1 neoplasia fusocelular (7%), 1 carcinoma adenoide quístico (7%) y 1 neumonía (7%). La cirugía fue R0 en todos los pacientes. La media de ganglios linfáticos resecados fue de 15 (IC 95%: 11 - 19) y la de estaciones ganglionares de 5 (IC 95%: 4 - 5). No hubo mortalidad postoperatoria. El estadio postquirúrgico fue IA2 en 4 pacientes (31%), IB en 3 (23%), IIB en 2 (15%), y IIIA en 1 (7%). No se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC, el lóbulo resecado y la presencia de complicaciones ($p = 0,5$, $p = 0,2$), ni entre el número de ganglios resecados/número de estaciones ganglionares, y el estadio tumoral ($p = 0,4$, $p = 0,9$).

Conclusiones: La lobectomía robótica con linfadenectomía hiliomediastínica es factible y segura. Es necesaria mayor experiencia y seguimiento a largo plazo para una adecuada evaluación de los resultados postoperatorios, la eficacia oncológica, y la comparación con las vías de abordaje convencionales.

Figura 1.

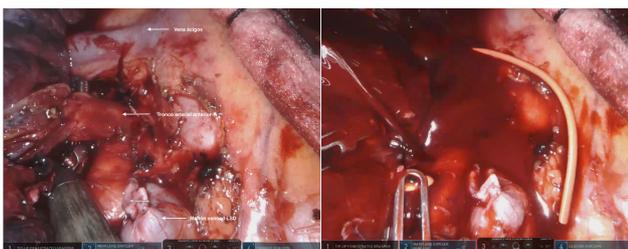
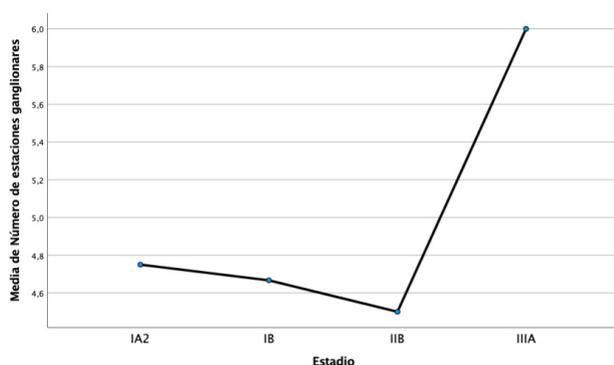


Figura 2.



TRATAMIENTO PROTÉSICO DE LA VÍA AÉREA

C. Sánchez Matas¹, S. Monge Blanco¹, M. Solís Servan¹, F. García Gómez¹, J.L. López Villalobos¹, M. Malvé², M. Congregado Loscertales¹, A.I. Blanco Orozco¹.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío.

²Universidad de Navarra.

Opta a: Beca

Introducción: Las estenosis de vía aérea tienen una incidencia que se incrementa paulatinamente. La principal problemática de las estenosis de vía aérea reside en la falta de consenso sobre el abordaje de las mismas, a pesar de la relevancia y del impacto en el ámbito de la salud. El tratamiento protésico es el único capaz de mantener la integridad estructural de la vía aérea de los pacientes, y sus complicaciones pueden llegar al 80%.

Metodología: Valoración PEIBA favorable. Principios de la declaración de Helsinki, Ley de Investigación biomédica y del reglamento General de Protección de datos cumplidos.

Población a estudio: pacientes con lesión estenosante de vía aérea sometidos a broncoscopia rígida con colocación de endoprótesis (1 01/2000 a 31/12/2019). Seguimiento de un año tras la colocación.

Estudio epidemiológico: unicéntrico, observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal.

Inclusión:

- Pacientes con lesión estenosante de vía aérea y mayores de 18 años sometidos a broncoscopia rígida con colocación de endoprótesis.

Exclusión:

- Retirada de la prótesis durante el mismo acto.
- Pacientes con fístula traqueoesofágica.
- Pacientes que no consientan participar en el estudio.

Resultados: 150 pacientes incluidos en el estudio (Tabla 1).

El grado de disnea más frecuente previo a la prótesis fue NYHA III (40%), seguido del NYHA IV (28,7%). 26% y 5,3% presentaron disnea grado NYHA II y NYHA I. Tras la colocación, el grado más frecuente fue NYHA I (74%), seguido del NYHA II (22%). 3,3% y 0,7% permanecieron sin cambios en el grado NYHA IV y NYHA III. No hubo empeoramiento en la escala de disnea.

El tratamiento protésico incrementó el calibre de la vía aérea en unos 7,01mm (IC 95% 6,2 - 7,83). 78,9% presentó algún tipo de complicación relacionada con la prótesis (Tabla 2). La complicación más frecuente fue la retención de secreciones.

66,7% pacientes con estenosis malignas presentaron

complicaciones frente a 97,9% pacientes con estenosis benignas (p -valor $<0,005$). Ni el tipo de cubierta ni el material protésico se relacionaron con la aparición de complicaciones (p -valor=0,24 y p -valor=0,269). Las prótesis de Montgomery presentaron 100% de complicaciones (p -valor=0,027). 81,4% precisó tratamiento endoscópico de sus complicaciones.

Conclusiones: El 87,33% de los pacientes mejoró 3, 2 o 1 grado en la escala NYHA tras el tratamiento.

En un 94,52% de los casos se incrementó el calibre de la vía aérea.

Las prótesis de Montgomery se relacionaron con mayor porcentaje de complicaciones.

Las complicaciones pueden tratarse endoscópicamente.

Tabla 1.

Variables		
Sexo	Hombre	105 (70%)
	Mujer	45 (30%)
Edad	60 años (IQR 50-68)	
Hábitos tóxicos		
Fumador	Sí	48 (32%)
	No	45 (30%)
	Exfumador	57 (38%)
Bebedor	Sí	21 (14%)
	No	121 (80,67%)
	Ex bebedor	8 (5,33%)
Comorbilidades		
Diabetes mellitus	27 (18%)	
Hipertensión arterial	41 (27,33%)	
Otras comorbilidades		
Enfermedad coronaria	11 (7,33%)	
Accidente cerebrovascular	7 (4,67%)	
Insuficiencia cardíaca	4 (2,67%)	
Enfermedad venosa profunda	2 (1,33%)	
Enfermedad pulmonar previa	46 (30,67%)	
Antecedente oncológico	Sí	105 (70%)
	No	45 (30%)
Riesgo anestésico		
ASA I	0 (0%)	
ASA II	24 (16%)	
ASA III	105 (70%)	
ASA IV	21 (14%)	

Tabla 2.

	Complicaciones relacionadas con la prótesis	
	Frecuencia	Porcentaje
Retención de secreciones	64	66%
Formación de granulomas	58	59,8%
Migración	18	18,6%
Tapones de moco	12	12,4%
Reestenosis	12	12,4%

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ESTUDIO DE MARCADORES DE CÁNCER BRONCOGÉNICO EN UNA MATRIZ NO INVASIVA MEDIANTE PROTEÓMICA

M.S. Arenas-De Larriva¹, A. Fernández-Vega², E. Chicano Gálvez³, B. Jurado-Gómez¹, I. Ortea².

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). IMIBIC. Universidad de Córdoba.

²Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIIBICA).

³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

Opta a: Beca

Introducción: El esputo es un fluido fácilmente disponible que contiene epitelio exfoliado de las vías respiratorias de pulmón y cuyas proteínas presentes han permitido, mediante técnicas de proteómica, determinar posibles biomarcadores en cáncer de pulmón (CP).

Objetivos: identificar un panel de proteínas con abundancia diferencial en el esputo en sujetos con CP respecto a individuos sin CP.

Metodología: Estudio casos-controles unicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de CP (casos) y fueron comparados con controles sin CP (relación 2:1). Se excluyeron pacientes mayores de 75 años, con comorbilidad grave o incapacidad para expectorar. Se recogieron muestras de esputo de las que se obtuvo extracto proteico, para posterior digestión en solución con tripsina. Los digeridos peptídicos fueron analizados por nano-cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (nLC-MS), utilizando un espectrómetro híbrido Q-TOF con movilidad iónica (Bruker TimsTOF Pro). Se compararon los valores cuantitativos de cada proteína entre los dos grupos (CP vs. control), obteniendo un valor de cambio de expresión (fold-change, FC) y un p -valor (test t de Student).

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes con CP y 25 controles. Casos y controles fueron comparables en cuanto a edad ($p = 0,42$), sexo ($p = 0,25$) y tabaquismo ($p = 0,13$). Entre los fumadores, el consumo tabáquico acumulado fue mayor en los controles (65,1 vs 51,6 paq/año; $p = 0,047$). El índice de masa corporal fue menor en los casos (27 vs 30,4; $p = 0,011$). Los tumores diagnosticados fueron: adenocarcinoma ($n = 17$), tumor microcítico ($n = 15$), epidermoide ($n = 11$) y NOS ($n = 4$). Todos los tumores estaban en estadios III o IV del TNM. El análisis proteómico cuantificó un total de 698 proteínas. En la Tabla 1 se recogen las 25 proteínas con expresión diferencial estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre casos y controles, así como el valor del cambio de abundancia entre los dos grupos (CP y control). Destaca

un valor de cambio de expresión superior a 2 en tres proteínas (HBD, SERPINA 1 y HP). La mayoría de estas proteínas con expresión diferencial están involucradas en la activación y adecuada función del sistema inmune, así como en procesos inflamatorios.

Conclusiones: Una aproximación proteómica ha identificado un panel de biomarcadores potenciales de CP en muestras de esputo. Una validación de estos marcadores en futuros estudios permitiría el diagnóstico no invasivo del CP.

Tabla 1.

Proteína	Descripción	Cambio de abundancia
HBD	Hemoglobin subunit delta	3.8
SERPINA1	Alpha-1-antitrypsin	2.8
HP	Haptoglobin	2.3
ITIH2	Inter-alpha-trypsin inhibitor heavy chain H2	1.8
IGLV2-8	Immunoglobulin lambda variable 2-8	1.7
IGHV3-49	Immunoglobulin heavy variable 3-49	1.7
FGFR4	Fibroblast growth factor receptor 4	1.7
SUSD3	Sushi domain-containing protein 3	1.6
IGHV3-15	Immunoglobulin heavy variable 3-15	1.6
HPX	Hemopexin	1.6
C9	Complement component C9	1.6
AMBP	Protein AMBP	1.6
C5	Complement C5	1.5
ITIH4	Inter-alpha-trypsin inhibitor heavy chain H4	1.5
TGFB1	Transforming growth factor-beta-induced protein ig-h3	1.5
SERPINC1	Antithrombin-III	1.5
A2M	Alpha-2-macroglobulin	1.5
HYDIN	Hydrocephalus-inducing protein homolog	1.4
FN1	Fibronectin	1.4
VASP	Vasodilator-stimulated phosphoprotein	0.8
PSMC3	26S proteasome regulatory subunit 6A	0.8
LCN2	Neutrophil gelatinase-associated lipocalin	0.7
NPC2	NPC intracellular cholesterol transporter 2	0.7
S100P	Protein S100-P	0.6
LSP1	Lymphocyte-specific protein 1	0.6

VALIDACIÓN DE MIRNA DE CÁNCER DE PULMÓN EN BIOPSIA LÍQUIDA

M. Arroyo Varela¹, E. Espinosa García², R. Larrosa Jiménez², R. Bautista Moreno³.

¹UGC Enfermedades Respiratorias. Hospital Regional de Málaga.

²Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga.

³Plataforma Andaluza de Bioinformática-SCBI. Universidad de Málaga.

Opta a: Beca

Introducción: La elevada incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón conlleva la necesidad de investigar nuevos biomarcadores que nos ayuden en su diagnóstico precoz y nos ofrezcan la posibilidad de actuar con dianas terapéuticas. Los miRNA han demostrado su relación con los procesos de regulación génica y su papel como biomarcadores específicos del cáncer de pulmón.

Metodología: Para nuestro estudio se ha extraído ARN total de muestras de tejido tumoral y sano de pacientes intervenidos de adenocarcinoma y carcinoma epidermoide de pulmón. Las muestras han sido procesadas en un NextSeq550, posteriormente mediante un procesamiento informático se han alineado al genoma humano de referencia hg38 y se han obtenido los niveles de expresión de los miRNA. Además, los miRNA diferencialmente expresados resultantes se han validados en cohortes de mayor tamaño y en biopsias líquidas.

Resultados: Se han encontrado 360 miRNA diferencialmente expresados entre tejido tumoral y sano en carcinoma epidermoide y 82 en adenocarcinoma, a partir de estos se han obtenido dos núcleos de interacción entre miRNA diferencialmente expresado y genes diferencialmente expresados que están activos y son reguladores de la expresión génica en adenocarcinoma y carcinoma epidermoide de pulmón.

Conclusiones: Los resultados obtenidos nos han permitido identificar a 11 miRNA candidatos a biomarcadores en biopsia no invasiva del cáncer de pulmón. De ellos hemos encontrado tres que pueden tener una clara relación con el desarrollo del tumor y que además presentan un alto nivel de expresión en exosomas excretados por el tejido pulmonar, por lo que serían candidatos a ser usados como diana terapéutica.

BUSQUEDA Y ANÁLISIS DE VARIACIONES EN CÁNCER DE PULMÓN USANDO DEEP LEARNING

M. Arroyo Varela¹, R. Larrosa Jiménez², R. Bautista Moreno³.

¹UGC Enfermedades Respiratorias. Hospital Regional Universitario de Málaga.

²Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga.

³SCBI. Universidad de Málaga.

Opta a: Beca

Introducción: La medicina de precisión se basa en el uso de biomarcadores validados con los que clasificar a los pacientes por su riesgo de padecer una enfermedad, diagnosticarlos, realizar un pronóstico y predecir su respuesta a un tratamiento.

Gracias al conocimiento de mutaciones concretas, así como de las rutas metabólicas que se ven afectadas, se pueden ofrecer tratamientos personalizados, como ya sucede con múltiples mutaciones (EGFR, BRAF V600E, MET, PIK3, HER2, ...), fusiones (ALK, RET, NTRK, ...) o reordenaciones genéticas (ROS1, ...).

Metodología: Hemos usado las muestras de tejido tumoral y sano de adenocarcinoma de pulmón proveniente de ocho pacientes del Hospital.

Esas muestras han pasado por un flujo de trabajo consistente en su preprocesamiento con la herramienta SeqTrimNext (v2.0.67) para eliminar las lecturas de baja calidad, los adaptadores de secuenciación y cualquier contaminante. Las lecturas útiles fueron mapeadas sobre el genoma humano (versión hg38) utilizando la herramienta STAR (v2.5.3a). El resultado se indexó con la herramienta samtools (1.13) para poder realizar un acceso rápido a las lecturas alineadas.

A continuación, se usó la herramienta deepvariant (v1.2.0) que es una aplicación desarrollada por Google que busca variantes usando métodos de aprendizaje profundo, basados en la conversión de tensores de los alineamientos, y en el análisis de esos tensores mediante redes neuronales convolucionales, y que toma como entrada los ficheros de alineamiento del paso anterior y genera como salida los ficheros con las variaciones en formato VCF y gVCF.

Resultados: Tras usar deepvariant y pasar sus resultados por glnexus obtenemos un fichero con las variantes encontradas en tejido sano, en total 1.473.803 variantes, y otro con las encontradas en tumoral, 1.906.053 variantes, lo que confirma el conocimiento de que el tejido tumoral presenta múltiples mutaciones respecto al sano.

Al unificar esos dos ficheros se generan ficheros

donde aparecen las variaciones que aparecen en las muestras sanas, 854.628 variantes, otro con las 1.286.878 variaciones de las tumorales y otro con las variantes en común de ambos grupos, 618.960.

Conclusiones: Se ha puesto a punto y comprobado el funcionamiento de un nuevo flujo de trabajo basado en redes neuronales y aprendizaje profundo, y se ha usado para buscar las variaciones presentes en las muestras sanas y tumorales de 8 pacientes de adenocarcinoma. Se han encontrado los genes que presentan mutaciones patogénicas, lo que podría ayudar en tratamientos de medicina personalizada.

BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC: MEJORÍA DE VOLÚMENES ESTÁTICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DE SU FENOTIPO

A. Muñoz Montiel¹, M. Rubio Moreno¹, M. Pérez Morales¹, P. Ruiz-Esteban², M.A. Sánchez Chaparro³, A. Doménech del Río⁴.

¹Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Departamento de Nefrología, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

³UGC Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (Málaga).

⁴UGC Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (Málaga).

Introducción: La rehabilitación respiratoria (RR) ha demostrado mejorar la disnea, capacidad de esfuerzo y la calidad de vida en pacientes con EPOC. En nuestro estudio hemos querido comparar las diferencias funcionales respiratorias y la calidad de vida en función de que los pacientes incluidos sean agudizadores (A) o no agudizadores (NA) y establecer si existen diferencias pre y post RR. Beca Neumosur 5/2018.

Metodología: Estudio prospectivo y de intervención de dos grupos paralelos de 51 pacientes EPOC seguidos en una consulta monográfica que son enviados a un programa de RR para realizarla durante un período de 8 semanas. Se recogen datos de las agudizaciones según historia clínica digital. Se realizó espirometría simple post broncodilatadora, pletismografía, test de la marcha de los 6 minutos y se obtuvieron datos de la calidad de vida (CV) con los cuestionarios validados SF-36, SGC, HADS, CAT antes de iniciar la RR y al finalizarla.

Resultados: Con respecto a las pruebas de función pulmonar, en el grupo NA obtenemos valores de TLC (mL) más disminuidos tras la RR (preRR 6811.9±1829.0 vs postRR 6483.1±1656.9, p<0.05), lo que podría suponer un descenso en el atrapamiento aéreo de estos pacientes. Si hacemos

referencia a las diferencias mínimamente relevantes a evaluar tras un programa de RR, en aquellos que descienden el CAT en al menos 2 puntos también reducen el valor en porcentaje de TLC y de RV.

En referencia a la CV, el SF-36 muestra unos valores inferiores para el fenotipo agudizador que indican una peor calidad de vida y que en la dimensión del dolor mejoran tras finalizar la RR (A preRR: 49.1 ± 35.5 vs NA postRR 63.6 ± 29.2 ($p < 0,05$). El SGRQ también muestra una tendencia a mejorar la calidad de vida para los pacientes con fenotipo agudizador, pero sin alcanzar significación estadística. El cuestionario CAT muestra diferencias significativas en ambos grupos, mayor en el grupo agudizador (preRR 9.85 ± 4.6 vs postRR 7.83 ± 3.97 $p < 0.001$). No existen diferencias en ansiedad-depresión medido con el cuestionario HADS, entre ambos grupos.

Conclusiones: La RR permitiría reducir los valores de atrapamiento aéreo en los pacientes EPOC no agudizadores.

La RR permite mejorar la calidad de vida de los pacientes EPOC, siendo el fenotipo agudizador es el grupo que más se beneficiaría de ser incluido en un programa físico, seleccionando de esta forma mejor a los candidatos

Tabla 1.

	No mejoría CAT N=21	Mejoría CAT N=19	P
FVC (mL)	2278.3±790.3	2110.7±430.6	0.468
FVC %	61.4±13.5	53.5±11.2	0.082
FEV1 (mL)	1186.7±435.6	1178.7±290.5	0.952
FEV1 %	46.1±15.6	41.0±8.0	0.259
FEV1/FVC %	51.9±12.0	54.3±8.4	0.520
TLC (mL)	6399.4±1718.7	5608.6±989.1	0.269
TLC %	114.2±15.8	83.8±16.0	0.007
RV (mL)	4230.0±1276.6	3364.3±667.7	0.106
RV %	202.4±52.9	157.5±25.4	0.045
RV/TLC %	72.4±30.3	60.1±6.5	0.303
Metros (metros)	407.5±92.2	420.7±84.7	0.675
Metros (%)	92.8±22.5	94.0±18.7	0.868
FC Basal	82.5±16.3	77.8±14.2	0.389
FC Final	11.4±23.4	97.2±17.0	0.059
SATO2 Basal	95.1±1.7	94.0±1.9	0.083
SATO2 Final	89.3±4.7	89.6±5.5	0.881
BODE	2.7±1.6	3.5±0.7	0.056

Valores funcionales respiratorios clasificados según mejoría del cuestionario CAT en 2 puntos post RR. FVC: capacidad vital forzada; FEV1: Volumen máximo de aire espirado en el primer segundo; post: postbroncodilatador; TLC: capacidad pulmonar total; RV: volumen residual; FC: frecuencia cardíaca; Sat O2: Saturación de oxígeno. BODE: Los datos se expresan como media ± desviación estándar

Tabla 2.

		PRE RR	POST RR	P
FVC (mL)	A	2219.1±686.2	2142.6±764.5	0.336
	NA	2341.6±618.4	2230.0±524.7	0.284
FVC %	A	57.5±14.7	54.8±14.3	0.210
	NA	60.9±10.9	58.4±10.6	0.305
FEV1 (mL)	A	1187.4±435.2	1208.3±490.1	0.727
	NA	1206.8±413.1	1174.2±284.5	0.540
FEV1 (%)	A	42.9±12.9	42.7±13.0	0.953
	NA	44.4±15.4	44.1±13.7	0.833
FEV1/FVC (%)	A	53.2±10.8	54.8±9.2	0.306
	NA	50.7±12.7	52.5±12.4	0.220
TLC (mL)	A	5682.5±1612.9	5861.7±1258.5	0.59
	NA	6811.9±1829.0	6483.1±1656.9	0.050
RV (mL)	A	3400.8±1285.6	3644.2±775.3	0.594
	NA	4601.2±1835.7	4328.1±1389.9	0.295
RV/TLC (%)	A	58.5±12.6	62.7±8.9	0.459
	NA	65.7±12.7	72.8±31.2	0.348
TM6M (m)	A	402.2±88.1	408.7±97.7	0.561
	NA	406.8±74.4	401.6±90.7	0.715
SATO2 Basal	A	95.3±1.9	94.6±2.0	0.070
	NA	94.8±2.0	95.2±1.6	0.420
SATO2 Final	A	90.7±4.9	90.2±5.6	0.418
	NA	89.6±3.8	89.4±4.3	0.863
BODE	A	3.4±1.6	2.8±1.8	1.002
	NA	2.8±1.8	3.1±1.6	0.520

A: agudizador; NA: No agudizador. FVC: capacidad vital forzada; FEV1: Volumen máximo de aire espirado en el primer segundo; TLC: capacidad pulmonar total; RV: volumen residual; TM6M: test de marcha de 6 minutos; FC: frecuencia cardíaca; Sat. O₂: Saturación de oxígeno. Los datos se expresan como media ± desviación estándar.

INFECCIÓN POR SARS- COV-2 EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

L. Carrasco Hernández¹, R. Reinoso Arija², I. Delgado Pecellín³, E. Quintana Gallego¹.

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

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

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

Introducción: La infección por SARS-COV-2 es una enfermedad con alta incidencia que está causando alta mortalidad a nivel mundial, sobre todo en pacientes ancianos y con ciertas comorbilidades.

Objetivos: analizar la incidencia de la infección por SARS-COV-2 en pacientes con FQ seguidos en la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Virgen del Rocío, desde marzo de 2020 hasta enero de 2022, así como conocer las características de la población afectada.

Metodología: Estudio de cohortes observacional retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidades, función pulmonar, parámetros nutricionales previo y posterior a la infección por SARS-COV-2, método diagnóstico de la infección y tratamiento administrado.

Resultados: 21 pacientes de los 316 que se siguen en nuestra Unidad (6,64%) han sido infectados por el virus SARS-COV-2, diagnosticado en el 52,4% mediante prueba de antígeno, de los cuales 4 menores de 18 años (19%) y 17 adultos (81%). Edad media al inicio al diagnóstico de la infección: $27,8 \pm 12,86$ años. Sexo: 10 hombres (47,6%) y 11 mujeres (52,4%). 9 pacientes (45%) heterocigotos para deltaf508. Con respecto a las comorbilidades, 3 tienen intolerancia hidrocarbonada (14,3%), DM asociada a la FQ 5 (23,8%), insuficiencia pancreática 18 (85,7%), 9 (42,9%) infección bronquial crónica por P.aeruginosa. 6 (28,6%) están en tratamiento con moduladores y 7 (33,3%) trasplantados de pulmón. 11 (52,4%) estaban bien vacunados con 3 dosis de vacuna cuando se infectaron. 2 (9,5%) precisaron ingreso hospitalario con aporte de oxigenoterapia. El IMC pre y post infección fue de $23,28 \pm 3,07$ y $22,69 \pm 3,53$, respectivamente con un $p = 0,109$. El FEV1 pre y post infección fue de $66,96 \pm 18,64$ y $64,88 \pm 18,54$, respectivamente con $p = 0,398$.

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes infectados estaban bien vacunados en el 50 % de los casos, solo precisaron ingreso hospitalario en dos casos con necesidad de aporte de oxigenoterapia. Se produce un empeoramiento del IMC y del FEV1 tras la infección siendo los resultados no significativos.

INCIDENCIA DE COVID EN PACIENTES EPOC AMBULATORIOS

M.G. Hurtado Gañán, M.M. Ignacio Expósito, J. Gordillo Fuentes, E. Viciano Martín, V. Almadana Pacheco.

U.G.C. Neumología. H.U. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Parece establecido que la incidencia de EPOC entre pacientes ingresados por SARS-CoV-2 (COVID) a partir de la segunda ola no era mayor que la de la población general, sin embargo, los datos de COVID entre pacientes EPOC de una consulta ambulatoria han sido evaluados en menor medida.

Objetivos: analizar la incidencia y gravedad de infección por SARS-CoV-2 en la consulta de EPOC ambulatoria y conocer su efecto y gravedad.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de revisión de una cohorte de EPOC de nuestras consultas ambulatorias de Neumología del 1 marzo 2020 al 1 diciembre 2021.

Como criterio de inclusión de pacientes establecimos pacientes fumadores de más de 10 paquetes años, con diagnóstico de EPOC según criterios GOLD que se encontraban en seguimiento en nuestra consulta monográfica.

Para establecer el diagnóstico de COVID se revisaron los registros de DIRAYA (registros de laboratorio, registro de médico de cabecera/urgencias) y los datos recogidos en la entrevista clínica al paciente.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 439 pacientes, de los cuales 74 pacientes eran mujeres (16,85%) y 365 eran hombres (83,15%). La edad media fue de 69,35 años.

Presentaron COVID 44 pacientes, lo cual supone una incidencia en nuestra muestra del 10%. De ellos 39 enfermos eran hombres (88,63%) y 5 mujeres (11,37%).

Las características de gravedad de los pacientes (definidas por BODE, GOLD y disnea MRC) se muestran en la tabla 1. No se apreciaron diferencias significativamente estadísticas entre pacientes contagiados y no contagiados.

Con respecto a los ingresos hospitalarios, 24 de los 44 pacientes que presentaron COVID requirieron ingreso, lo que supondría un 51,5%.

La mortalidad global de la muestra fue del 8% (35 pacientes). Durante la primera ola se registraron 7 muertes, mientras que durante la 2º se registraron 28. La mortalidad atribuida a COVID fue del 25,71% (dentro de los pacientes que contrajeron COVID, 20,45% falleció, aconteciendo todas las muertes durante la 2º ola). En la figura 2 se muestran todas las causas de muerte.

Conclusiones: La incidencia de COVID en nuestra muestra de pacientes ambulatorios EPOC fue considerable, siendo de un 10%.

La infección por SARS CoV-2 en pacientes EPOC reviste una gravedad importante, ya que 1 de cada 2 pacientes requieren ingreso y uno de cada 1/5 fallece.

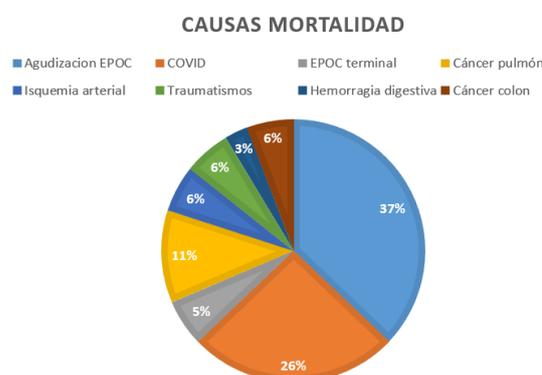
Tabla 1.

GOLD	COVID		NO COVID	
	Nº pacientes	Porcentaje	Nº pacientes	Porcentaje
GOLD 1	8	19%	61	15,5%
GOLD 2	12	28,6%	139	35,4%
GOLD 3	7	16,7%	40	10,2%
GOLD 4	15	35,7%	153	38,9%
P=0,497				

BODE	COVID		NO COVID	
	Nº pacientes	Porcentaje	Nº pacientes	Porcentaje
0-4	23	56,1%	213	60%
5-9	18	43,9%	149	40%
P=0,953				

DISNEA	COVID		NO COVID	
	Nº pacientes	Porcentaje	Nº pacientes	Porcentaje
0	0	0%	1	0,3%
1	8	18,6%	88	22,4%
2	16	37,2%	147	37,4%
3	14	32,6%	138	35,1%
4	5	11,6%	19	4,8%
P=0,450				

Figura 1.



EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC QUE PRECISAN INGRESO HOSPITALARIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

A. Aguilar Gálvez, E. Sánchez Álvarez, J. López García, D.E. Vega Lizarazo, N. Reina Marfil, J.L. Velasco Garrido.

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

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema sanitario de primera magnitud con elevada morbimortalidad. Las exacerbaciones que requieren hospitalización y no

responden a tratamiento conservador desarrollan insuficiencia y acidosis respiratoria progresiva con necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). El objetivo de nuestro estudio es conocer el perfil de los pacientes EPOC que precisan VMNI en nuestro centro y seguimiento tras agudización hospitalaria.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo mediante datos de historia informatizada de pacientes EPOC que precisaron ingreso hospitalario con uso de VMNI entre enero de 2019 y enero de 2021. Como variables se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidades, pruebas funcionales respiratorias, exacerbaciones anuales, gasometría arterial, tipo de VMNI empleada en hospitalización y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes. Las características demográficas se recogen en la tabla 1. Al ingreso 27 pacientes (41,18%) presentaron oxígeno domiciliario con FEV1 media de 899 cc (42%). Como patología respiratoria asociada 19 presentaron SAHS obstructivo grave en tratamiento con CPAP en el 21,87% (14). El 46,87% (30) tuvieron más de 2 exacerbaciones en el último año con atención en Urgencias. A la gasometría arterial inicial el pH promedio fue de 7,23 y la PCO2 de 83,65 mmHg con inicio en el 98,43% (63) de VMNI tipo BiPAP. Tras tratamiento el pH de los pacientes fue de 7,37 y PCO2 59,88. A pesar de mejora gasométrica se registra una mortalidad intrahospitalaria del 21,87% (14) y 50 pacientes fueron dados de alta. La estancia media hospitalaria fue de 11,12 días. De los pacientes en seguimiento 34 pacientes precisan VMNI con oxigenoterapia, tipo BiPAP en el 37,5% (24) y CPAP en el 15,02% (10), 12 (18,75%) oxígeno convencional y 4 (6,25%) sin tratamiento. 21 pacientes (13,44%) cambiaron a triple terapia inhalatoria. Tras el primer ingreso 26 pacientes (40,62%) tuvieron más de 2 exacerbaciones moderadas y 33 (51,56%) fallecieron en uno de los eventos. En tabla 2 se recogen el resto de resultados.

Conclusiones: Los pacientes con agudización EPOC que precisan VMNI presentan elevada comorbilidad, función pulmonar obstructiva grave y numerosas exacerbaciones moderadas previas teniendo mayor probabilidad de reingresos hospitalarios y elevada mortalidad intrahospitalaria. La mayor parte cambian a triple terapia inhalatoria y permanecen con soporte de oxígeno domiciliario además de VMNI permanente.

Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población muestral						
Edad media	69,93					
Sexo	Mujer 17 (26,56%)			Hombre 47 (73,44%)		
Tabaquismo	Fumador activo 27 (42,18%)			Ex fumador 37 (57,82%)		
Índice Paquete / año (IPA)	50,05					
Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)	HTA	Obesidad		DL	DM	
	No 21 (32,81%) Sí 43 (67,19%)	No 28 (43,75%) Sí 36 (56,25%)	No 39 (60,91%) Sí 25 (39,09%)	No 41 (64,01%) Sí 23 (35,99%)		
Cardiopatía	IAM 9 (29,03%)	Hipertensiva 2 (6,45%)	FA 12 (38,70%)	IC 6 (19,35%)	Valvular 5 (16,12%)	MD 1 (3,22%)
Cerebrovascular	No 60 (93,75%)					Sí 4 (6,25%)
Insuficiencia renal	No 56 (87,5%)					Sí 8 (12,5%)
Dependencia	No 37 (57,81%)	Parcial 10 (15,62%)		Total 17 (26,57%)		
FEV1	899 (42%)					
SAHS asociado	Grave 19 (29,68%)			No 45 (70,31%)		
VMNI	Sí 18 (28,12%)			No 46 (71,87%)		
	CPAP 14 (21,87%)					
	BiPAP 4 (6,25%)					

Tabla 2.

Tabla 2. Variables clínicas en ingreso hospitalario con VMNI y al alta hospitalaria		
	Al ingreso hospitalario	Después del ingreso hospitalario
Exacerbaciones / año	0-1 94 (53,12%) >2 30 (46,87%)	0-1 18 (28,12%) >2 26 (40,62%)
pH arterial	7,23	7,37
PCO2 arterial	83,65 mmHg	59,88 mmHg
VMNI	BiPAP 63 (98,43%) CPAP 1 (1,56%)	BiPAP + O2 24 (37,5%) CPAP + O2 10 (15,62%)
Oxigenoterapia	Sí 27 (41,18%)	12 (18,75%)
Tratamiento inhaladores	LAMA 5 (7,81%)	
Monoterapia		
Doble terapia	LABA ICS 12 (18,75%) LAMA/LABA 12 (18,75%)	LABA ICS 5 (7,81%) LAMA/LABA 8 (12,5%)
Triple terapia	LAMA/LABA/ICS 31 (48,43%)	LAMA/LABA/ICS 37 (57,81%)

ANÁLISIS DE REINGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL AÑO 2021

D. Fole Vázquez, A. López León, J.J. Cruz Rueda.

Hospital Universitario Torrecárdenas. UGC Neumología.

Introducción: Los reingresos se definen como episodios que se producen dentro del mismo hospital que el episodio índice y referidos a un mismo paciente y a los ingresos que se producen en menos de 31 días desde el episodio índice, siempre que sean ingresos urgentes (no programados).

Los reingresos hospitalarios constituyen un problema en términos económicos y de morbi-mortalidad.

Se trata además de un indicador de calidad asistencial, por lo que su análisis puede contribuir a establecer intervenciones que mejoren las tasas obtenidas.

Objetivos: analizar las características de los pacientes con ingreso inicial en nuestro servicio que reingresan posteriormente en el periodo de un año.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que incluimos un total de 33 pacientes pertenecientes al periodo correspondiente entre enero y junio de 2021 con ingreso inicial en la UGC de Neumología.

Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, existencia de pluripatología, existencia de problemática social asociada, tiempo transcurrido hasta

el reingreso, servicio de reingreso inicial, diagnóstico inicial, diagnóstico al reingreso y valoración global de la adecuación del ingreso.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporciones. Se utilizó el programa estadístico SPSS 23.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, con una edad media de $72,36 \pm 9,72$ años de los cuales 22 eran hombres y 11 mujeres. Un total de 15 pacientes tenían pluripatología y en 8 casos existía problemática social. El tiempo medio hasta el reingreso fue de $12,39 \pm 7,58$ días. La unidad de reingreso fue Neumología en 17 casos, 12 en Medicina Interna, 3 en Oncología y 1 en Nefrología.

En cuanto a los diagnósticos principales fueron agudización de EPOC en 12 pacientes, patología infecciosa en 5 pacientes, patología neoplásica en 9 pacientes, 6 pacientes con TEPA, 5 pacientes con EPID y en 2 pacientes agudización asmática.

El diagnóstico de reingreso fue por el mismo motivo que el ingreso inicial en 20 pacientes y por un motivo diferente en 13 pacientes.

Dentro de los 17 pacientes que reingresaron en Neumología, sólo 1 de ellos no deberían de haber reingresado en dicha unidad. Los 16 pacientes restantes reingresaron en otras unidades.

Existen 6 pacientes con varios reingresos durante el año (mínimo 2 y máximo 5).

Conclusiones:

1. Las principales causas de reingreso en nuestro servicio fueron agudización de EPOC y patología neoplásica.
2. La pluripatología y la problemática social son factores que contribuyen a aumentar el número de reingresos.
3. Casi en la mitad de los casos la unidad de reingreso es diferente a la inicial.
4. Sería conveniente plantearse la necesidad de cambiar la definición actual de reingreso.

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIFERENCIAS MINIMAMENTE IMPORTANTES TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC

A. Muñoz Montiel¹, A.G. Badillo Melgar², P. Ruiz- Esteban³, M. Rubio Moreno¹, M.A. Sánchez Chaparro⁴, A. Doménech del Río⁵.

¹Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Servicio de Neumología, Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz.

³Departamento de Nefrología, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

⁴UGC Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (Málaga).

⁵Unidad de Gestión Clínica Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: En RR es de notable interés la evaluación del resultado del programa realizado, para ello hemos considerado las MID (diferencia mínimamente importante) que están establecidas según distintas publicaciones. En nuestro trabajo hemos considerado: para el test de marcha de los 6 minutos la MID es + 30 metros, para el cuestionario de Saint George la MID es -4 puntos y para el CAT -2 puntos. Para el índice BODE, la disminución de un punto se considera clínicamente importante.

Metodología: Estudio prospectivo y de intervención de dos grupos paralelos de 51 pacientes EPOC seguidos en una consulta monográfica que son enviados a un programa de RR para realizarla durante un período de 8 semanas. Se recogen datos analíticos, de función pulmonar, cuestionarios y se analiza el RCV según distintas calculadoras validadas.

Resultados: Los pacientes con EPOC incluidos en el estudio tienen una tendencia a presentar un nivel de riesgo cardiovascular elevado, pero sin mejorar dicho riesgo tras finalizar la RR a nivel global.

En aquellos que mejoran el test de la marcha de los 6 min de forma relevante, en 30 metros, reducen el riesgo según la escala QRISK y en aquellos que mejoran el cuestionario de Saint George + 4 puntos muestran un descenso en el riesgo cardiovascular medido por la escala Framingham de forma significativa.

No observamos descenso del valor del riesgo cardiovascular en aquellos pacientes que mejoran 2 puntos en el cuestionario CAT ni en aquellos que disminuyen 1 punto en el BODE.

Conclusiones:

- La RR permitiría reducir el RCV de nuestros pacientes con EPOC sobre todo en aquellos que recorren más de 30 metros en el test de la marcha.

- Para aquellos que mejoran la calidad de vida en el cuestionario de SGRQ también se vería reducido el RCV según la escala Framingham.
- Todo ello nos habla del potencial valor preventivo que podríamos realizar con nuestros pacientes EPOC, seleccionando aún mejor los candidatos a realizar la RR.

Tabla 1.

Escalas de Riesgo Cardiovascular:	No mejoría SGRQ N=21	Mejoría SGRQ N=12	P
• Regicor	8.5±6.2	6.9±4.3	0.459
• Framingham RF	1.3±0.6	0.8±0.6	0.047
• Framingham	32.1±21.8	25.5±13.6	0.352
• SCORE HDL (%)	4.3±2.3	3.3±2.1	0.247
• SCORE	0.06±0.04	0.6±0.03	0.961
• SCORE-RR	1.5±0.7	1.7±0.9	0.644
• QRisk	19.6±10.3	18.4±7.1	0.738

Riesgo cardiovascular clasificado según mejoría del cuestionario SGRQ + 4 puntos post RR.

Tabla 2.

Escalas de Riesgo Cardiovascular:	No mejoría Marcha 30 metros	Mejoría Marcha 30 metros	P
• Regicor	8.3±5.8	5.8±2.8	0.192
• Framingham RF	1.3±0.8	1.0±0.3	0.278
• Framingham	33.6±20.6	24.2±11.1	0.178
• SCORE HDL (%)	4.3±2.2	3.6±3.0	0.459
• SCORE	0.06±0.04	0.06±0.03	0.731
• SCORE-RR	1.5±0.7	1.8±1.0	0.261
• QRisk	20.5±9.9	15.4±4.5	0.030

Riesgo cardiovascular clasificado según mejoría de > o igual a 30 metros en el TM6M post RR.

PERFIL MICROBIOLÓGICO EN LAS AGUDIZACIONES DE LA EPOC

A. Aís Daza, R. de Andrés David, A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, A. Arnedillo Muñoz.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Los pacientes con EPOC sufren agudizaciones de su enfermedad y en la mayoría de estas agudizaciones hay un agente microbiológico responsable. El objetivo de este estudio fue analizar el perfil microbiológico hallado en los aislamientos de esputo de estos pacientes en fase de agudización, así como comparar dicho perfil entre pacientes ambulatorios e ingresados.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes EPOC con cultivo de esputo, tanto ingresados como ambulatorios,

desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. Se registró el grado de EPOC según la clasificación GOLD, el FEV1, el uso de corticoides orales e inhalados, el uso previo de tratamiento antibiótico en el año anterior, la existencia de otra patología neumológica asociada y resistencias antibióticas, y el tipo de microorganismo aislado. Se analizó el perfil microbiológico de los pacientes EPOC comparando aquellos ingresados frente a pacientes ambulatorios.

Resultados: Se recogieron un total de 109 aislamientos microbiológicos en muestras de esputo de pacientes diagnosticados de EPOC. Un 88% fueron hombres y un 12% mujeres, con una edad media de 70,00±10,75 años, una FEV1 media de 38,73%±15,94%. El 33% de los pacientes presentaban EPOC GOLD IV, el 36% EPOC GOLD III, el 16% GOLD II y el 2% GOLD I. El 64% estaban ingresados, el 36% estaban en régimen ambulatorio. El germen mayormente aislado fue *Pseudomonas aeruginosa* (22,9%), seguida de *Staphylococcus aureus* (14,7%) y *Haemophilus influenzae* (10,1%). Comparando los aislamientos en esputo de los pacientes ingresados con los ambulatorios, vemos que los pacientes ingresados presentaban en mayor medida EPOC GOLD III (27,3% vs 13,6%) y IV (27,3% vs 10,2%) con un valor p de 0.027, mayor uso de corticoides orales (22% vs 4,6% con un valor p de 0.015) e inhalados (55% vs 27,5%, n.s.), mayor uso de antibióticos en el año previo (56,6% vs 32,1% n.s.), mayores resistencias microbiológicas al tratamiento antibiótico de elección (23,5% vs 8,6% n.s.). No se observaron diferencias en los perfiles de microorganismos aislados.

Conclusiones: Concluimos que en pacientes con EPOC agudizado los principales aislamientos microbiológicos en esputo fueron *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. No se observaron diferencias en los aislamientos entre pacientes ambulatorios e ingresados. Los pacientes ingresados presentaban significativamente un estadio de su enfermedad más avanzado y más tratamiento crónico con corticoides orales.

PERFIL DEL FUMADOR QUE ACUDE A UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

A.P. Arenas Polo¹, C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Díez-Madroño¹, M.E. Ruíz Carretero¹, C. De Dios Calama¹, M. Cebrián Romero¹, C.P. Batres Erazo¹, G. García Rubio¹, A. Nacarino Burgos², J.A. Riesco Miranda¹.

¹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Cáceres.

²Universidad de Extremadura.

Introducción: La asistencia al fumador en nuestro medio se realiza por diferentes vías de acceso. Desde SEPAR se realiza acreditación específica de consultas de tabaquismo clasificadas en diferentes grados de complejidad. El objetivo de este estudio fue describir el perfil de fumador (F) que acude a nuestra unidad especializada de tabaquismo (UET).

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de los pacientes remitidos a nuestra unidad en el período de un año (octubre 2020-octubre 2021) y son incluidos en nuestro protocolo asistencial de seguimiento. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas cuyos resultados se almacenan en una base de datos elaborada al efecto. El estudio estadístico se realiza mediante programa XLSTAT de Excel.

Resultados: Se incluye un total de 199 pacientes (p.); (68%) varones y (32%) mujeres con un número medio de consultas de $2,3 \pm 1,4$ por p, predominando las consultas presenciales (54%) sobre las telefónicas (46%). El 39% de p tenía alguna comorbilidad psiquiátrica aunque predomina la dislipemia (57%), HTA (32%), C. Isquémica (31%) y EPOC (22%). El 23% de p fuman >20 c/d, el 59% 11 - 20 c/d y 18%.

Conclusiones: El protocolo de consultas de nuestra UET incluye un mínimo de 3 consultas /p. con predominio de las presenciales sobre las telefónicas. El perfil de p. que acude a nuestra consulta corresponde a un varón con comorbilidades (DLP, HTA y EPOC), con dependencia nicotínica elevada y grado de tabaquismo severo, que ha hecho algún intento previo de abandono, aunque sin recibir tto farmacológico. La mayoría de p. recibió Varenicilina y 1 de cada 2 p dejó de fumar con un seguimiento medio de hasta 9 meses. 1 de cada 3 p con recaída lo hizo durante el período intratamiento.

¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN LOS FUMADORES QUE SON ATENDIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO?

A.P. Arenas Polo¹, C. Montaña Montaña¹, C. Cabanillas Díez-Madroño¹, C. De Dios Calama¹, M.E. Ruíz Carretero¹, M. Cebrián Romero¹, Z.F. Donoso Correa¹, C.P. Batres Erazo¹, A. Nacarino Burgos², J.A. Riesco Miranda¹.

¹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Cáceres.

²Universidad de Extremadura.

Introducción: La evidencia científica demuestra que existen diferencias en la susceptibilidad al impacto de consumo de tabaco según sexo y se han publicado diferentes estudios que lo avalan.

El objetivo del estudio fue analizar las diferencias asociadas al sexo de los pacientes (p.) que acuden a nuestra unidad especializada de tabaquismo (UET).

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de p. remitidos a nuestra UET en el período de un año (octubre 2020-octubre 2021) e incluidos en nuestro protocolo asistencial de seguimiento. Se realiza estudio comparativo de los fumadores según sexo, analizando variables que incluyen aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de eficacia. El estudio estadístico comparativo incluye Chi cuadrado y t de Student y se realiza mediante programa XLSTAT de Excel.

Resultados: Del total de 199 p. incluidos, 68% son varones (V) y 32% mujeres (M). La edad media de los V es de 58 ± 11 frente a los 53 ± 11 de las M (p 0,001). No se observan diferencias estadísticamente significativas (DES) en cuanto al número (V 7/M 6; p 0,019) y tipo de consultas realizadas (presencial/telefónica; p 0,081) en ambos grupos. En cuanto a las comorbilidades (c.) existe DES en la presencia de c. psiquiátricas en M (p 0,000), predominio en V de HTA (p 0,029), dislipemia (DLM) (p 0,048) y cardiopatía isquémica (C.I) (p 0,002). No se encuentran DES en DM, ICC, arritmias, EPOC, asma, AOS, EPID y otras.

Respecto al diagnóstico, la mayoría de los p. consumen entre 10 - 20 c/d no encontrando DES entre V/M (p 0,462); sí hay DES en la historia de consumo (años de fumador e índice paquetes/año IAP) a favor del V (p 0,021). No se observan DES entre V/M con respecto al número de intentos previos, Fagerström, cooximetría, recompensa, intentos y tratamientos previos.

El éxito del tratamiento fue superior en V (31%) frente a M (14%) aunque sin DES. No se observan DES en las recaídas ni en el tiempo de seguimiento.

Los p. que acuden a nuestra UET son predominantemente V de edad media superior a las M. La c. psiquiátrica es mayor en M, y en V predomina HTA, DLM y C.I. La historia de consumo y el IAP es mayor en V, aunque no existe DES en el consumo actual, que es de 10 - 20 c/d para ambos grupos. La dependencia nicotínica, grado de tabaquismo, intentos previos y tratamiento recibido es similar para ambos sexos. La eficacia del tratamiento es ligeramente superior (y no significativa) en V; no observando DES en las recaídas entre ambos grupos.

ESTUDIO DIFERENCIAL DE TABAQUISMO SEGÚN SEXO EN LOS MIR DE NUESTRO ÁREA

C. De Dios Calama, M.E. Ruiz Carretero, C. Montaña Montaña, C. Cabanillas Díez-Madroño, A.P. Arenas Polo, M. Cebrián Romero, Z.F. Donoso Correa, C.P. Batres Erazo, J.A. Riesco Miranda.

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

Introducción: Existe evidencia científica que aporta datos diferenciales en la actitud y el consumo de tabaco según el género en la población general. En los últimos años se está observando un incremento de la incorporación de la mujer a la profesión sanitaria y además los estudios epidemiológicos demuestran una mayor prevalencia de tabaquismo en la mujer en edades jóvenes. El objetivo de nuestro trabajo es valorar si existen diferencias en cuanto a prevalencia, tipo de consumo y actitudes con respecto al tabaquismo entre los MIR de nuestra área de salud.

Metodología: Se realiza mediante una encuesta epidemiológica online anónima y autoadministrada entre los MIR de nuestro área durante una semana de diciembre de 2021. Se recogen 12 variables que analizan aspectos epidemiológicos, clínicos y de actitud ante el tabaquismo. Se analiza la base de datos obtenida y se realiza un estudio estadístico mediante programa informático SPSS.

Resultados: Del total de respuestas obtenidas (94 / 53 %), 67 corresponden a mujeres (M) (71%) y 27 son varones (V) (29%). La edad media es de 28 años (sin diferencias en ambos grupos). No hay diferencias en la distribución por año de Residencia R1/2 (V: 52% / M: 40 %) R3/4: (V: 44% / M: 59 %) (p 0,406). Se objetiva un claro predominio de los MIR de especialidades médicas (80% del total) con un predominio de mujeres en este grupo (M: 64% / V: 36 %). La prevalencia global de tabaquismo en los MIR es del 16 %. En el estudio según sexos, destacamos los siguientes resultados:

- 1.- No encontramos diferencia ni en la prevalencia de fumadores (V: 26 % / M: 12 %) (p 0,094) ni en la distribución según hábito (F/EF/NF) (p 0,186) (tabla 1).
- 2.- No existen diferencias ni en el consumo diario (<10 c/d) ni en el tipo de consumo predominante.
- 3.- La actitud ante el abandono es similar y no encontramos diferencias en ambos grupos.
- 4.- La influencia de la condición de profesional sanitario es la misma para los dos sexos.

Conclusiones:

- 1.- La prevalencia de tabaquismo en los MIR de nuestra área es superior en varones, aunque sin encontrar diferencia estadística en la muestra analizada.
- 2.- No hay diferencias según sexo de los MIR en cuanto a cantidad de consumo de tabaco ni a consumo de otras formas de tabaco ni en las actitudes ante el tabaquismo (abandono e influencia de la condición de profesional sanitario).

Tabla 1.

	Fumador	Exfumador	No fumador	Total
Hombre	7	2	18	27
Mujer	8	3	56	67
Total	15	5	74	94

p 0.186

Tabla 2.

¿Quieres dejar de fumar?:

	NO	SI	NO PLANTEADO	Total
Hombre	1	3	3	7
Mujer	1	6	1	8
Total	2	9	4	15

UTILIDAD DE LAS INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍA DE SUEÑO

M.J. Córcoles Valenciano¹, J. Alcántara Fructuoso¹, M. Garci-Varela Olea¹, A. Muñoz Lajara¹, M.A. Franco Campos¹.

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: Las interconsultas no presenciales (INP) pueden ser una herramienta útil en las saturadas consultas de las Unidades de Sueño. Se propone, en consenso con Atención Primaria, el uso de un formulario para las INP basado en los criterios clínicos (figura 1) para el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS) de la

Sociedad Americana de Sueño (AASM) de 2014 junto con información referente a los fármacos y a las actividades de riesgo del paciente. Se posibilita la remisión de una fotografía del perfil (rostro) del paciente. Los objetivos son disminuir la necesidad de consultas presenciales, priorizar la atención a los pacientes más graves y/o con más riesgo y tomar la decisión del tipo de estudio a realizar.

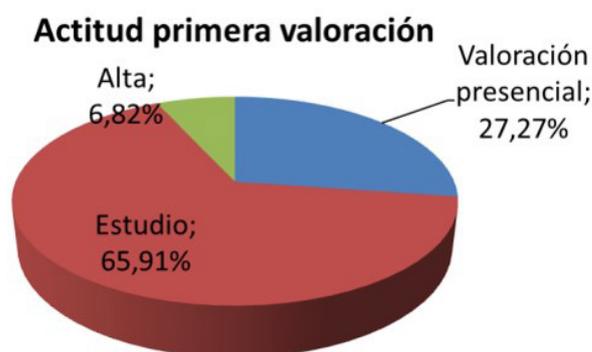
Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las INP realizadas durante los tres primeros meses de implantación (15 - 1 al 15 - 4 - 2021). Se realiza el análisis descriptivo de los datos con el programa informático SPSS.

Resultados: En el periodo de tiempo estudiado se recibieron 234 primeras, 58 (24,8%) en forma de INP. En su mayoría fueron hombres (77,6%) con una edad media de 54,8 años. Pese a que el circuito de INP se ideó orientado a primeras visitas, 14 (24,1%) de ellas fueron de pacientes que ya se encontraban en tratamiento por AOS y que presentaban algún problema terapéutico. Las 44 (75,9%) INP restantes fueron para primera valoración. Con los datos aportados se tomaron las siguientes decisiones (Ver figura 2): 12 (27,3%) pacientes se citaron para valoración presencial dada la complejidad del cuadro; en 29 (65,9%) pacientes se solicitó un estudio de sueño diagnóstico, y 3 (6,8%) fueron dados de alta por no presentar datos sugestivos de patología respiratoria de sueño. En función de la actividad de riesgo, de la toma de fármacos y de las comorbilidades referidas en la INP se decidió la realización de 5 estudios (17%) mediante polisomnografía y 7 estudios (24%) con carácter preferente. En ninguno de los casos aportados se envió una fotografía del rostro del paciente.

Conclusiones: La implantación de un circuito de INP en forma de un formulario estructurado y consensuado con atención primaria se muestra como una herramienta potencialmente eficaz para la gestión de los pacientes con sospecha de AOS: priorizar pacientes y estudios diagnósticos, y disminuir derivaciones inadecuadas. Su implantación debe ir acompañada de una relación estrecha y continuada con atención primaria para evitar su uso inadecuado (alto porcentaje de INP consideradas como revisiones).

Tabla 1.

Tabla 2.



EVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA AL TRATAMIENTO CON CPAP

B. Gómez Rodríguez, N. Reina Marfil, E. Cabrera César, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS) es considerado un potencial factor de riesgo y se asocia a un peor pronóstico para la enfermedad cardiovascular. Nuestro objetivo en este trabajo es valorar la evolución y adaptación al tratamiento con CPAP de los pacientes con cardiopatía tras un año del diagnóstico del SAHS.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo donde se analizaron todos los pacientes con cardiopatía que habían sido derivados desde la consulta de Cardiología y fueron diagnosticados de SAHS hace un año. Se revisaron los datos de adaptación de su historia clínica, como el cumplimiento registrado por la empresa de terapias respiratorias.

Resultados: De los 107 pacientes estudiados inicialmente, 95 fueron diagnosticados de SAHS, de los cuales 31 (32,63%) eran mujeres, con una edad media de 64,18 años. La patología cardíaca por la que eran derivados eran en su mayoría arritmias (62 pacientes, 65,26%). La mayoría presentaban un SAHS con afectación severa

52,63%, seguidos de un 31,57% con afectación moderada y un 15,78% con leve. La puntuación media en la escala de somnolencia Epworth fue de 8,1. El resto de características clínicas se recogen en la tabla 1.

Consideramos un buen cumplimiento un uso de 4 o más horas durante la noche, cumplimiento parcial si era entre 1 y 4 horas y mal cumplimiento menos de una hora o uso irregular. Presentaron un buen cumplimiento del tratamiento con CPAP 36 pacientes (38%), con una media de uso de 6,27 horas por noche. El 9% (9 pacientes) presentaron un cumplimiento parcial (2,43 horas por noche). El 17% (16 pacientes) eran malos cumplidores (0,27 horas por noche). Abandonaron el tratamiento devolviendo la CPAP por intolerancia a pesar de todas las medidas 3 pacientes (3%). Por último, 31 pacientes (33%) no respondieron a las llamadas de revisión ni acudieron a la consulta por lo que no se pudo cuantificar el cumplimiento.

Conclusiones: Entre los pacientes con cardiopatía existe una prevalencia muy elevada de SAHS cuyo tratamiento y control es importante sobre todo en patología como las arritmias. Destaca la baja somnolencia que presentan en la escala de epworth y que en parte puede influir en el cumplimiento del tratamiento.

Dada la baja adherencia que presenta este perfil de paciente, consideramos que podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho y personalizado para detectar precozmente problemas en su adaptación y aumentar su motivación, pudiendo minimizar así abandonos y discontinuidad del tratamiento.

Tabla 1

Tabla 1. Evolución y adaptación de los pacientes con cardiopatía al tratamiento con CPAP

Pacientes (n: 95)	
Edad	64,18
Sexo	
Hombres	64 (67,36%)
Mujeres	31 (32,63%)
Tabaco	
Nunca fumadores	31 (32,63%)
Fumadores activos	22 (23,16%)
Exfumadores	42 (44,21%)
Enfermedades asociadas	
HTA	66 (69,47%)
DM	30 (31,58%)
DI	34 (35,77%)
Síntomas	
IMC	32,18
Patología Cardíaca	
Arritmia	62 (65,26%)
Insuficiencia Cardíaca	30 (31,58%)
Valvulopatía	13 (13,68%)
Isquemia	26 (27,37%)
Epworth	8,10

PAPEL DE LA SATURACIÓN NOCTURNA PARA PRIORIZAR EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MODERADA Y COMORBILIDAD VASCULAR

P. García Lovera, C. Muñoz Corroto, L. Caballero Ballesteros, M.A. Mendoza Alarcón, E. Lesaga López, N. Feu Collado, B. Jurado Gámez.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Evaluar si la saturación nocturna es útil en la estrategia terapéutica de pacientes con comorbilidad vascular y apnea obstructiva del sueño (AOS) moderada diagnosticada mediante polisomnografía.

Metodología: Estudio comparativo entre los resultados de la pulsioximetría nocturna frente a la polisomnografía realizado en un hospital universitario. Fueron incluidos los sujetos con AOS diagnosticados mediante polisomnografía, entre 18 y 75 años y que dieron consentimiento para participar en el estudio. Fueron excluidos los pacientes con enfermedad toracógena o neuromuscular, insuficiencia respiratoria crónica, enfermedad psiquiátrica e insomnio. Se recogieron variables antropométricas y comorbilidad vascular (HTA de difícil control, fibrilación auricular de novo, diabetes, o enfermedad cerebrovascular preexistente). Durante la misma noche se realizó simultáneamente una pulsioximetría y una polisomnografía de noche completa. En el análisis manual se registraron las siguientes señales respiratorias: índice de apneas-hipopneas (IAH), SpO₂ media, índice de desaturación de oxígeno $\geq 3\%$ (ID3) y $\geq 4\%$ (ID4) o número de caídas por hora en la SpO₂ $> 3\%$ o al 4%, porcentaje del tiempo de con SpO₂ $< 90\%$ (T90). Se consideró tratamiento con CPAP si existió un AOS moderado (IAH ≥ 15 h y < 30 h) y comorbilidad vascular (dos factores de riesgo vascular o enfermedad cerebrovascular previa). La correlación entre las variables de la pulsioximetría y el IAH se estableció por la r de Pearson y la precisión diagnóstica mediante la curva ROC.

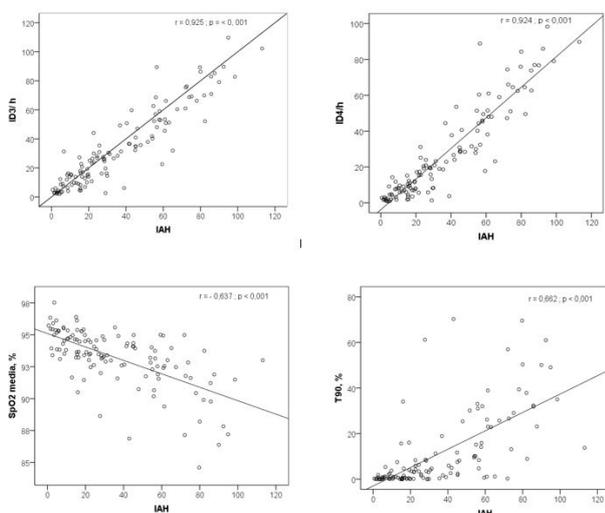
Resultados: Fueron incluidos 123 sujetos, 97 hombres (79%), edad media de 54 años y un IMC = 31. La figura 1 expresa los Resultados de la correlación. Todas las variables mostraron significación estadística ($p < 0,001$) con el IAH, siendo el ID3 e ID4 las de mayor correlación. Veintisiete sujetos (22%) tuvieron un AOS de intensidad moderada y comorbilidad vascular. En la figura 2 se exponen las curvas ROC en este grupo. En el área bajo la curva (AUC) se observó que el ID4 e ID3 fueron las variables con mayor grado de predicción diagnóstica con un valor en la AUC = 0,687

(IC 95% = 0,597 - 0,777) y 0,679 (IC 95% = 0,589-079), respectivamente.

Conclusiones: Las variables relacionadas con hipoxemia intermitente presentan buena correlación con el IAH. Sin embargo, no muestran una óptima precisión diagnóstica. Por lo tanto, en pacientes con AOS moderado y comorbilidad vascular no aporta un resultado clínicamente relevante para la elección terapéutica.

Figura .1

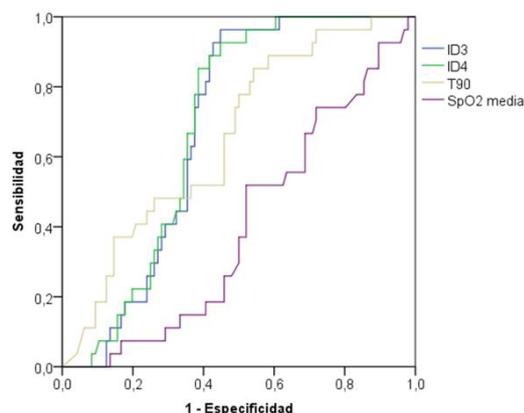
Figura 1. Correlaciones entre el índice de apnea-hipopnea y las variables obtenidas en la pulsioximetría nocturna.



IAH: índice de apnea hipopnea/h de sueño; ID3: índice de desaturaciones de oxígeno \geq 3%/h; ID4: índice de desaturaciones de oxígeno \geq 4%/h; T90: tiempo de registro con una SpO₂ < 90%.

Figura .1

Figura 2: Curvas ROC para valorar la discriminación diagnóstica de los índices de desaturación de oxígeno, SpO₂ media y porcentaje de registro con SpO₂ < 90% obtenidos en la pulsioximetría y un IAH \geq 15/h y comorbilidad vascular.



IAH: índice de apnea-hipopnea/h de sueño; ID3: índice de desaturaciones de oxígeno \geq 3%/h de registro; ID4: índice de desaturaciones de oxígeno \geq 4% / h de registro.

EMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

J. Hernández Borge, S. Hernández Gómez, N. Matallana Encinas, J. López Rodríguez, L.M. Sierra Murillo, M.C. García García, L. Cañón Barroso, A. Castañar Jover, M.T. Gómez Vizcaino, F.L. Márquez Pérez.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz.

Introducción: El Síndrome de apnea obstructiva (SAO) podría influenciar la severidad del Embolismo pulmonar agudo (EP) y su evolución, según algunos estudios. Nuestro objetivo ha sido valorar la presentación, severidad y evolución inicial de una amplia serie de EP en función del diagnóstico previo de SAO.

Metodología: Partiendo de una cohorte histórica de pacientes con EP de nuestro servicio (2007 - 2018) se han creado cuatro grupos: pacientes con y sin diagnóstico previo de SAO, pacientes con sobrepeso (IMC 25 - 29,9) o con obesidad (IMC >30) sin diagnóstico previo de SAO. Se ha analizado la presentación, severidad hemodinámica y supervivencia de los diferentes grupos.

Resultados: Se incluyeron 489 pacientes (55% hombres, edad media 64 \pm 16,4 años). Un 9,8% tenían un diagnóstico previo de SAO, mientras que un 12,7% y un 15,5%, tenían sobrepeso y obesidad, respectivamente. Los pacientes con SAO eran predominantemente varones (72,9%), tenían EPOC (27,1% vs 15,5% no SAO), HTA (52,2% vs 43,2%) y dislipemia (54,2% vs 21,5%) con más frecuencia, mientras que la presencia de neoplasia previa (29% vs 4,2%) y un Charlson \geq 3 (17,8% vs 4,2%) fue más habitual en los pacientes sin SAO. La clínica de síncope (27,1% vs 10,9%; p = 0,008), FR >30 (25% vs 13,5%; p = 0,06) y SatO₂.

Conclusiones: Encontramos una prevalencia de diagnóstico previo de SAO en un 9,8% de los pacientes con EP. Aunque la afectación clínica y angiográfica parece superior entre estos pacientes su pronóstico a medio y largo plazo fue mejor.

BENEFICIOS DE UN PROTOCOLO DE ADHERENCIA A CPAP BASADO EN TELEMONITORIZACIÓN

S.Y. Ruiz Martínez¹, L. Fernández Mula¹, M. Fernández Granja¹, J. López Martínez¹, M. Aparicio Vicente¹, E. Solana Martínez¹, B. Fernández Suárez¹, R. Pedrero Muñoz², M.A. Vives Manjón².

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

²VitalAire.

Introducción: Se evalúa un protocolo de adherencia a CPAP basado en telemonitorización y posibilidades de mejora.

Metodología: El protocolo consiste en una entrevista orientada según 5 fenotipos de adherencia determinados previamente por Gagnadoux F et al. seguido la entrega de un dispositivo de autoCPAP Philips Dreamstation con presión min entre 4 - 6 cmH₂O según la presión empírica obtenida y presión max de 16 cmH₂O. Se realiza un contacto inicial vía telefónica a los 2 días para evaluar adaptación y problemas iniciales. Cada semana se evalúa la adherencia a través de la plataforma EncoreAnywhere. Se considera adherente con >70% de los días de cada semana con cumplimiento >4 hrs. Si el paciente es adherente se remite a través de la plataforma un emoji de afectividad junto con un texto de reforzamiento positivo, en caso contrario se contacta vía telefónica para solucionar problemas y estimular su adherencia. A los 28 días se recoge el dispositivo y se adapta la presión P90 resultante. Estudio retrospectivo entre octubre de 2020 y enero de 2021. Se recogió el uso en hrs de cada día y el IAH resultante de dicho día durante los 28 días del seguimiento. Se calculó la media de uso de cada paciente semanalmente, adherencia y el fenotipo inicial de adherencia.

Resultados: Se recogieron 118 pacientes de los cuales 76,27% (n = 90) fueron adherentes al final del seguimiento con 6,01 ± 0,15 hrs de uso. Al final de la primera semana 78 eran adherentes (66,1%), de ellos 6 perdieron adherencia al final del estudio. Encontramos diferencias en la media de uso en la primera semana y según adherencia al final (6,55 h, n = 72 vs 5,39h, n = 6), si se toma el dintel inferior del IC95%, un uso inferior a 6.26h supone un riesgo a la no adherencia final OR 22.59 p<0.001. El protocolo recuperó 18 pacientes al final del seguimiento de los 40 que no fueron adherentes en la primera semana (45%). Respecto a los fenotipos no se encontró asociación entre el fenotipo y la adherencia, el grupo 2 36.44% es el mayoritario, seguido por el grupo 3 (23.73%), grupo 1 (21.19%), grupo 4 (15.25%), grupo 5 (3.39%).

Conclusiones: Un fenotipo a priori no predice adherencia. Las llamadas telefónicas detectado un paciente no adherente por telemonitorización recuperan 45% de los pacientes en un mes de seguimiento. Uso medio inferior a 6,15 min en un paciente adherente en primera semana puede ser un paciente frágil en adherencia final

ESTUDIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS POR CARDIOPATÍA A NUESTRA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

B. Gómez Rodríguez, N. Reina Marfil, E. Cabrera César, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga..

Introducción: El Síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) tiene un importante papel en la enfermedad cardíaca no solo como factor de riesgo cardiovascular sino también como factor pronóstico en la evolución de diferentes patologías desde arritmias a enfermedad coronaria.

Por este motivo realizamos este trabajo con el objetivo de evaluar la prevalencia y las características del SAHS en los pacientes diagnosticados de cardiopatía derivados a nuestra unidad de trastornos respiratorios del sueño.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo de forma consecutiva de todos los pacientes derivados de la consulta de Cardiología a la Unidad de Sueño en el periodo de enero de 2021 a enero de 2022 por presentar datos clínicos de SAHS y a los que se le realizaron una poligrafía domiciliaria. Se revisaron sus historias clínicas analizando las variables clínicas, demográficas y los resultados obtenidos en la poligrafía.

Resultados: Se analizaron un total de 150 pacientes, con una edad media de 64,28. Eran 49 mujeres (32,66%) y 101 hombres (67,33%). Las características clínicas de los pacientes están recogidas en la tabla 1. La cardiopatía más frecuente fue la arritmia con un 64,66% de los casos; un 27,33% había presentado cardiopatía isquémica; el 24,66% padecían insuficiencia cardíaca y un 14% valvulopatías. Presentaban una puntuación media en el cuestionario Epworth de 7,55. De los pacientes derivados, 7 (4,66%) no acudieron a realizarse el estudio y 13 estaban pendiente de realizarse la poligrafía (8,66%). Al analizar los resultados de la poligrafía 7 de los pacientes (4,66%) tuvieron un estudio normal, mientras que el resto se diagnosticó de SAHS: 25 presentaban una afectación leve (16,66%), 37 moderada (24,66%) y 61 grave (40,66%). Los eventos

respiratorios eran en su mayoría hipopneas y apneas obstructivas. El CT 90 medio era de 22,74%.

Conclusiones: Estos datos muestran una muy alta prevalencia SAHS entre los pacientes con cardiopatía, siendo la mayoría de ellos severos.

Según los datos de esta serie sería importante valorar el estudio de SAHS en este perfil de pacientes cuando presentaran datos clínicos de SAHS aunque la puntuación del cuestionario de Epworth sea menor de 12.

Tabla 1

Tabla 1. Estudio de los pacientes derivados por cardiopatía a nuestra Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.

Pacientes (n: 150)	
Edad	64,28
Sexo	
Hombres	101 (67,33%)
Mujeres	49 (32,66%)
Tabaco	
Nunca fumadores	58 (38,66%)
Fumadores activos	27 (18%)
Exfumadores	62 (41,33%)
No consta	3 (0,02%)
Enfermedades asociadas	
HTA	105 (70%)
DM	42 (28%)
DI	57 (38%)
Síntomas	
IMC	31,49
Patología Cardíaca	
Arritmia	97 (64,66%)
Insuficiencia Cardíaca	37 (24,66%)
Valvulopatía	21 (14%)
Isquemia	41 (27,33%)
Epworth	7,55

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y SÍNDROME DE APNEAS HIPOPNEAS DEL SUEÑO

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

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

Introducción: El síndrome de apneas hipopneas del sueño (SAHS) tiene una importante influencia en la fibrilación auricular (FA), tanto como factor pronóstico en la evolución y en el éxito de las terapias aplicadas, como en la posibilidad de originar y contribuir a la progresión de otras enfermedades cardiovasculares. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar el perfil clínico y las características del SAHS en pacientes con fibrilación auricular.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo de los pacientes con FA derivados desde cardiología a nuestro servicio por sospecha clínica de SAHS, durante el periodo de enero de 2021 a enero de 2022. A todos los pacientes se les realizó una poligrafía respiratoria domiciliaria. Se recogieron variables clínicas, demográficas y del estudio de sueño.

Resultados: Fueron derivados a nuestra unidad un total de 97 pacientes con fibrilación auricular, con una edad media de 64 años. El 64,95% (63) eran hombres. En 15 casos (15,46%) además había antecedentes de insuficiencia cardíaca; 8 (8,25%) algún tipo de valvulopatía y 11 (11,34%), cardiopatía isquémica. La puntuación media en el cuestionario de somnolencia de Epworth fue de 7,33 puntos y sólo 19 pacientes (19,59%) presentaban una puntuación de 12 ó mayor. Eran fumadores 17 pacientes (17,53%), 35 exfumadores (36,08%) y 42 (43,30%) no fumadores; en el resto no había registro del hábito tabáquico. Tenían hipertensión arterial 68 enfermos (70,10%), diabetes 26 (26,80%) y 27 (27,84%) dislipemia. El IMC medio era 32,19 kg/m². No acudieron a realizarse el estudio 4 pacientes (4,12%). En 85 casos (87,63%) fue confirmado el SAHS; en el resto, el estudio fue normal. Según la gravedad del SAHS, 20 enfermos presentaban una afectación leve (20,62%); 24, moderado (24,74%) y 41 (42,27%) severo, con un T90 medio de 21,16%. En cuanto a la adherencia al tratamiento con CPAP, aunque en 39 casos no se pudo obtener datos; en 21 pacientes el cumplimiento medio fue de 4 horas/noche o superior (36,21%), siendo en el resto inferior o habiendo abandonado el tratamiento.

Conclusiones:

- Existe una importante asociación entre FA y SAHS, con una elevada prevalencia de éste y frecuente presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- La mayoría de los pacientes con FA y SAHS no presentaron excesiva somnolencia diurna, por lo que se debe interrogar sobre otros síntomas.
- Ante la baja adherencia al tratamiento con CPAP en estos casos, se deben implantar más medidas que aseguren un correcto cumplimiento del tratamiento.

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

C. Cabrero Rodríguez, A.M. Mendoza Barrios, P. Barragán Reyes, N. Calvente Vera, P. Gámez Baeza.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Se evalúa un protocolo de adherencia a CPAP basado en telemonitorización y posibilidades de mejora.

Objetivos: El objetivo de este estudio es observar la evolución de los estudios de sueño y las revisiones en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (U.T.R.S.), especialmente tras el inicio de la pandemia.

Metodología: Es un estudio trasversal en el que se incluyeron pacientes en estudio o seguimiento en la U.T.R.S. del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada. Se calculó el número de estudios realizados mediante autoCPAP en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño (AOS) entre los años 2019 y 2021. Además, se recogió el número de revisiones hechas desde el año 2015 en nuestro centro.

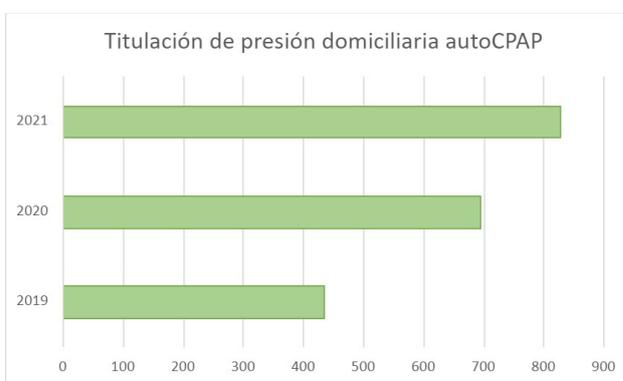
Resultados: El número total de estudios se ha reducido aproximadamente un 34% con respecto a 2019. Se produjo un incremento de estudio mediante autoCPAP de un 37% respecto al día anterior, pasando de 434 en 2019 a 695 en 2020 y posteriormente 827 en 2021. Excluyendo el Hospital de Santa Ana de Motril y el HARE de Loja, hasta ahora se han prescrito un total de 7.548 CPAP. En cuanto a las revisiones de pacientes, en 2016 se produjo un descenso (1.220) pero a partir del año 2018 se aumentó el número total de consultas, incrementándose en 2020 hasta el 58%.

Conclusiones: Debido a los periodos en los que hubo que cerrar el laboratorio se produjo el descenso de estudio mediante autoCPAP en la Unidad del Sueño, sumado al miedo de los pacientes a acudir al hospital a realizarse cualquier tipo de estudio domiciliario u hospitalario. El aumento de estudios realizados en 2020 se ha visto favorecido por el aumento de estudios realizados de forma ambulatoria. El descenso de revisiones producido tras el primer trimestre de 2015 se relacionó con el proceso de fusión hospitalaria y el proceso de unificación de servicios, produciendo un incremento en la demora de absorción.

Figura .1



Figura .2



EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALERGICA

A. Marín Andreu, I. Ramírez Muñoz, R. De Andrés David, A. Ais Daza, F. Montoro Ballesteros, A. Arnedillo Muñoz.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Omalizumab es un anticuerpo anti-IgE monoclonal recombinante aprobado como tratamiento complementario en el asma alérgica de moderada a grave.

Objetivos: El objetivo fue estudiar a los pacientes tratados con Omalizumab en nuestro centro y realizar un estudio descriptivo de sus características clínicas y respuesta al tratamiento.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes en tratamiento con omalizumab en nuestro servicio de Neumología. Se registraron las características demográficas, función pulmonar, tratamiento previo a la prescripción del fármaco, las comorbilidades y el nivel de IgE y eosinofilia. Se analizó la respuesta y los efectos secundarios al tratamiento.

Resultados: Se registraron un total de 48 pacientes, siendo la mayoría mujeres (75%), con una edad media de 56,60 (DS 15,05) años. La mayoría de los pacientes nunca habían fumado (54,2%), eran exfumadores el 43,8% y 1 era fumador activo. Un 62,5% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, destacando la rinitis (41,7%) y el RGE (33,3%). Un 77,1% estaban en tratamiento con montelukast, 66,7% con LAMA y todos habían recibido corticoides orales en el año previo al inicio del tratamiento con omalizumab. La tasa de agudizaciones anualizada de los pacientes fue de 2,96 al año, el año previo al tratamiento mientras que en el año posterior fue de 0,89 ($p < 0,001$). El número de agudizaciones se redujo en un 69,9%.

En el momento de la prescripción de omalizumab, el 45,83% de los pacientes estaban con esteroides orales (CO) de forma continua de los cuales el 54,54% lo habían suspendido al año y el 68,18% lo habían reducido a 5 o menos mg de prednisona.

La respuesta fue buena (mejoría sintomática y sin agudizaciones) en el 80,4%, y parcial con mejoría de síntomas y 1 o menos agudizaciones en el 19,6% de los casos. El 45,83% de los pacientes no tuvo agudizaciones en el año posterior al comienzo del tratamiento.

Aparecieron efectos secundarios en el 6,4% siendo la mayoría reacciones leves locales que desaparecieron en 1 - 2 días. Se retiró el tratamiento en el 14,6% por mejoría a los 5 años y en 1 paciente por falta de mejoría. Se reintrodujo el tratamiento en 3 pacientes ante la reaparición de síntomas.

Conclusiones: El tratamiento con omalizumab en asma grave alérgica ha demostrado ser eficaz en el control sintomático y en reducir las agudizaciones. Los efectos secundarios fueron leves y pasajeros. Un 10,41% de pacientes ante la ausencia de control cumpliría criterios para usar un Ac monoclonal anti-IL5.

TRATAMIENTO ANTI-IL5 EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

L. Asencio Monteagudo, D. del Castillo Otero, C. Maza Ortega, R. Carmona García, A. Vargas Puerto, L.C. Márquez Lagos.

Hospital Universitario de Puerto Real Puerto Real. Cádiz.

seguridad de esta terapia en una serie de pacientes del área del Hospital de Puerto Real.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se ha evaluado a pacientes con asma grave eosinofílica y al menos 6 meses de tratamiento anti-IL5 a fecha 31 de diciembre de 2021. Se recogieron datos demográficos y clínicos generales sobre asma. Asimismo, se recogieron y compararon, en situación basal (12 meses previos) y durante los primeros 24 meses de tratamiento, los siguientes datos: puntuación de ACT, uso de corticoides orales (CO), exacerbaciones, función pulmonar (FEV1) y eosinófilos en sangre. Se evaluaron también posibles efectos adversos del tratamiento.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes con asma grave en tratamiento con Ac monoclonales anti-IL5 (29 mepolizumab, 1 benralizumab), con edad media 54,5 años, de los cuales 22 (73,3%) eran mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron la poliposis nasosinusal (50%), rinosinusitis crónica (46,7%) y rinitis alérgica (46,7%). Once pacientes (36,7%) habían recibido tratamiento biológico previo (10 omalizumab, 1 mepolizumab). Se observó un aumento de la puntuación media del ACT (basal 11,7 puntos; 21,1 a 6 meses; 22,5 a 1 año; 20,4 a 2 años), reducción del número de ciclos de corticoides orales (basal 7,1; 6 meses 0,6; 1 año 0,65; 2 años 0,65) y de exacerbaciones (basal 7,9; 1 año 0,7; 2 años 0,6). Los 4 pacientes que precisaban CO de mantenimiento (dosis media 12,5 mg/día) pudieron suspenderlos. El recuento de eosinófilos en sangre disminuyó de 754,7/ul (valor medio) antes de tratamiento a 99,3/ul a los 6 meses, 99,4/ul a 1 año y 89,3/ul a 2 años. A 2 pacientes se les retiró mepolizumab a los 6 meses, uno de ellos por efectos adversos no graves (cefalea y dolores musculares) y otro por falta de respuesta clínica.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento anti-IL5 se ha mostrado eficaz y seguro, produciendo una mejoría en el grado de control del asma, reducción del uso de corticoides sistémicos y de exacerbaciones y mejora de la función pulmonar, con escasos efectos adversos en general leves.

Introducción: Diversos ensayos clínicos y estudios en vida real demuestran la eficacia y seguridad de los anticuerpos monoclonales anti-IL5 en el asma grave eosinofílica.

Objetivos: Los objetivos del presente trabajo son aportar nuestra experiencia y valorar la eficacia clínica y

PROGRAMA DE CRIBADO ASOCIADO A SÍNTOMAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (ESTUDIO SYSPPE)

S. Marín Romero¹, A. Ballaz Quincoces², C. Gómez Cuervo³, P. Javier Marchena⁴, P. López Miguel⁵, L. Jara Palomares⁶.

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

²Neumología. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

³Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.

⁴Medicina Interna. Parc Sanitari Sant Joan de Deu - Hospital General. Barcelona.

⁵Medicina Interna. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

⁶Neumología. UMQER. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Instituto de Biomedicina Sevilla. CIBERES. Madrid.

Opta a: Beca

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) constituye una complicación a largo plazo de la tromboembolia pulmonar (TEP), y su incidencia y prevalencia son difíciles de estimar. El diagnóstico precoz de la hipertensión pulmonar mejora el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, aunque hay pocos estudios para la detección precoz de la HPTEC. La realización de un cribado de HPTEC sencillo basado en síntomas permitiría incrementar el índice de sospecha por parte de cualquier médico.

Objetivos: El objetivo del estudio fue estimar el impacto de una estrategia fácil y sencilla para identificar HPTEC en pacientes con TEP agudo sintomático.

Metodología: Estudio prospectivo, multicéntrico, de pacientes consecutivos con TEP agudo sintomático desde enero 2017 a diciembre 2018 (registro clinicaltrials: NCT03953560). A todos los pacientes se les realizó una llamada telefónica a los 2 años del TEP y en el caso de presentar disnea NYHA ≥ 2 se realizaba valoración presencial en consulta y solicitud de ecocardiograma trans-torácico. El ecocardiograma estratificaba el riesgo de probabilidad de hipertensión pulmonar en baja, moderada o alta (Criterios ESC/ERS 2015. EHJ 2016).

Resultados: Analizamos un total de 1.077 pacientes consecutivos con TEP agudo sintomático, de los cuales 646 fueron incluidos en el estudio. En la entrevista telefónica, el 21,5% refería disnea ≥ 2 de la NYHA y fueron valorados en consulta presencialmente. La edad media de los pacientes con disnea fue $66,46 \pm 14,50$ y un 62,3% fueron mujeres. El 8,7% tenía antecedente de insuficiencia cardiaca, 10% presentaban apneas obstructivas durante el sueño (AOS) y 20,8% EPOC. El

20,3% de los pacientes tenían antecedente o cáncer activo en el momento del estudio. El 37,7% tenían TVP concomitante. El ecocardiograma trans-torácico fue de probabilidad intermedia y alta de hipertensión pulmonar en el 8,6% y 2,2%, respectivamente.

La probabilidad de hipertensión pulmonar (definida como ecocardiograma de probabilidad alta o intermedia) pasó del 2,3% (intervalo de confianza 95% [IC95%]: 1,3 - 3,8%) en la cohorte global de pacientes incluidos, al 13% (IC95%: 7,5 - 20,6%) en aquellos que presentaban disnea grado NYHA ≥ 2 (razón de riesgo 5,6; IC95%: 2,8 - 11,1).

Conclusiones: La realización de una estrategia sencilla y fácil ha permitido incrementar en más de 5 veces la probabilidad de diagnosticar hipertensión pulmonar.

RELACIÓN ENTRE EL DÍMERO D Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2

S.Y. Ruiz Martínez, L. Fernández Mula, M. Fernández Granja, J. López Martínez, M. Aparicio Vicente, E. Solana Martínez, B. Fernández Suárez, J.A. Ros Lucas, R. Andújar Espinosa.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Opta a: Beca

Introducción: El objetivo principal del estudio es determinar si existe una relación entre niveles elevados de dímero D y Tromboembolismo Pulmonar (TEP) diagnosticados mediante angioTC pulmonar en pacientes hospitalizados con neumonía grave SARS-CoV-2.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de pacientes con neumonía grave por SARS CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios del HUVA que se les haya realizado angioTC desde octubre de 2020 hasta marzo de 2021 por sospecha de TEP. Se analizaron los valores de DD al ingreso y de DD al momento de realizar el AngioTC de arterias pulmonares para diagnosticar la presencia o ausencia de TEP, en intentar establecer un nuevo punto de corte de DD para poder determinar cuándo es necesario realizar dicha prueba. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student, y U de Mann-Whitney. La significación estadística se establece $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 40 pacientes, la edad media fue 68,60 años (DE 12,15), en un rango de 47 a 89 años. 75% eran hombres y 25% mujeres. La mediana para el DD al ingreso fue 481 (RIC 285,50 - 2.033,75), La

mediana para el DD al realizar el angioTC fue 4129,50 (RIC 1.428 – 15.844). Se encontró un 20% tenían TEP, y un 80% no. De los positivos 62,5% fueron bilaterales, unilaterales 37,5%, y la localización fue: proximal 25%, lobar 25%, y segmentario 50%, signos de sobrecarga de VD 17,5%. 35% fallecieron, de estos 21,4% fueron diagnosticados de TEP. Asociación estadísticamente significativa entre TEP y antecedentes hematológicos ($p = 0,043$), Ictus previos ($p = 0,036$), edad ($p = 0,034$), IL-6 ($p = 0,000$), DD al realizar el angioTC ($p = 0,015$). El punto de corte óptimo para el DD al realizar angioTC fue 4130 con una sensibilidad del 100% y especificidad del 38%.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que un punto de corte de DD más alto (4.130 ng/mL) en lugar del valor de corte estándar, podría predecir con mayor precisión el riesgo de TEP en pacientes con COVID-19 con una sensibilidad del 100%.

VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA EN EL AÑO 2020

C. Carrera Cueva¹, M. Abad Arranz¹, R. Vázquez Rubio², A.J. Wals Rodríguez³, M.I. López Márquez⁴, M. Benavent Viñuales⁵, A.M. Calderón Cabrera⁶, A. M. Campos Pareja³, I. Jara Palomares¹.

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

²Anestesiología y Reanimación. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

³Cardiología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

⁴Médico Familia (SCCU). Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

⁵Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

⁶Ginecología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a: Beca

Introducción: El análisis de la mortalidad intrahospitalaria por neumonía ha servido para poder implementar estrategias diagnósticas, pronósticas y de tratamiento. La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por un nuevo coronavirus beta (SARS-CoV-2) ha generado muchas áreas de incertidumbre sobre su pronóstico. Desde la comisión de mortalidad de nuestro centro, analizamos los factores de riesgo asociados a mortalidad intrahospitalaria por neumonía en el año 2020.

Metodología: Estudio retrospectivo, de un solo centro, que analiza a todos los pacientes, de forma consecutiva, con diagnóstico de neumonía, en el periodo comprendido desde enero a diciembre de 2020. Para poder recoger todas las variables de interés, incluimos

a todos los pacientes que fallecieron durante el ingreso y realizamos un emparejamiento (1:2) por sexo, edad y gravedad por GRD.

Resultados: En el período de estudio incluimos 704 pacientes, 53,4% de hombres. Según el nivel de gravedad al ingreso (según GRD), el 29,4%, 38,5%, 24,7% y 7,4% fueron catalogados como menor, moderada, mayor y extrema, respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13,2% ($n = 93$). Tras realizar emparejamiento, recogimos variables de 263 pacientes. En el 28,5% ($n = 75$) hubo confirmación COVID-19.

Las variables asociadas a mortalidad fueron ($p < 0,05$): sobreinfección (45,5% vs. 54,5%), sepsis o fallo multiorganico (42,1% vs. 57,9%), Parkinson (1,2% vs. 5,4%), patología osteoarticular (0,1% vs. 30,1%), deterioro cognitivo (17% vs. 36,6%), plejia/paresia (3,5 vs. 11,8%), confusión (15,5% vs. 42,4%), la edad (74,6 vs. 78,4) y las siguientes variables al ingreso: la tensión arterial sistólica, la saturación de oxígeno, hemoglobina y la PCR. La anosmia (4,7% vs. 0%) y la ageusia (4,1% vs. 0%) se asociaron a una menor mortalidad.

El análisis de regresión logística encontró como variables asociadas a mortalidad: plejia/paresia, confusión y hemoglobina al ingreso y la sobreinfección.

Conclusiones: Nuestro estudio ha permitido identificar las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria por neumonía, sin encontrar diferencias de mortalidad en los pacientes con y sin COVID-19.

PREVALENCIA Y MORTALIDAD DE INFECCIÓN POR SARS-CoV 2 EN PACIENTES EPOC TRASPLANTADOS PULMONARES O CANDIDATOS AL MISMO

M.P. Lobato de la Sierra¹, V. Almadana Pacheco².

¹UGC de Neumología del Hospital de Jerez de la Frontera.

²UGC de Neumología del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Opta a: Beca

Introducción: Actualmente existen pocos datos sobre las manifestaciones y resultados que acarrea la infección por SARS-CoV2 en los pacientes con trasplante pulmonar. Por ello, hemos decidido estudiar la prevalencia y mortalidad por el virus en pacientes EPOC trasplantados de pulmón pertenecientes al Hospital Virgen Macarena, así como en los que, a pesar de no estar trasplantados, se han considerado como candidatos a trasplante.

Metodología: El diseño del estudio es de tipo descriptivo y carácter retrospectivo. Se han revisado las historias de 56 pacientes EPOC trasplantados de pulmón

o considerados como candidatos revisados en consulta de rehabilitación respiratoria del Hospital Universitario Virgen Macarena en los últimos 2 años, recabándose los siguientes datos: edad, sexo, FEV1, BODE, trasplantado o no trasplantado, infección por SARS-CoV2, neumonía grave y exitus. Analizamos los datos y los presentamos mediante medias y porcentajes.

Resultados: Hemos analizado los datos de 56 de los pacientes revisados, estos con una media de edad de 62 años, siendo hombres el 82% y mujeres el 18%, con un FEV1 medio del 30,21% y un BODE promedio de 6,62, habiéndose realizado trasplante pulmonar 18 de ellos (32%) y estando los 38 restantes (68%) en seguimiento o habiendo sido rechazados.

En lo que corresponde a los pacientes trasplantados, fueron infectados por SARS-CoV2 6 de ellos, un 33,3% del total, cursando con neumonía grave en 5 de ellos (27,7%) y falleciendo 4 (22,2%).

En cuanto a los no trasplantados, se registran como infectados 4 de ellos, un 10,5% del total, cursando con neumonía grave en 3 de ellos (7,89%) y falleciendo únicamente un paciente (2,63%).

Conclusiones:

1. La prevalencia de COVID entre los pacientes trasplantados es muy elevada y superior a lo descrito en la literatura para pacientes EPOC en general. En los pacientes no trasplantados, la prevalencia es similar a lo descrito en la literatura para pacientes EPOC, a pesar de tratarse de un subgrupo de pacientes muy graves.
2. La infección por SARS COV2 en pacientes EPOC trasplantados de pulmón cursa en general con neumonía grave, al igual que en pacientes EPOC muy graves no trasplantados, sin embargo, la mortalidad es considerablemente más alta en el primer grupo

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y COVID-19 EN EL HUVV

D.E. Vega Lizarazo, L. Piñel Jiménez, A. Martínez Mesa, E. Sánchez Álvarez, J.L. Velasco Garrido.

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

Opta a: Beca

El objetivo de nuestro estudio fue analizar una serie de variables que se relacionan con el diagnóstico de TEP en paciente con infección activa o reciente por COVID-19.

Metodología: Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados por TEP e infección por COVID-19 en el Hospital Virgen de la Victoria entre enero de 2021 y enero 2022. Se analizó el género, edad, factores de riesgo, estado vacunal, si el TEP fue la primera sospecha diagnóstica al ingreso, factores de riesgo, seguimiento posterior en consulta ambulatoria y complicaciones hemorrágicas del tratamiento.

Resultados: Durante el año 2021 fueron diagnosticados 448 pacientes de TEP, de los cuales 79 estaban asociados a infección activa o reciente de COVID-19. De ellos el 61% eran hombres y el 39% mujeres; el 62% era mayor de 60 años (rango: 25 - 92 años, con una media de 64,6). El 13,9% (11 pacientes) había recibido pauta completa de vacunación contra el COVID-19.

El TEP fue la sospecha principal al momento del ingreso en el 59,5% de los casos y el 40,5% restante, se diagnosticó en el transcurso de la hospitalización por COVID-19. La prevalencia de patología respiratoria previa fue del 20,2% (Asma, EPOC o SAHS).

En cuanto a factores predisponentes el 16,5% tuvo estancia previa en la UCI y el 29,1% asociaba algún de riesgo. Al correlacionar pauta de vacunación y riesgos, el 45,5% de los pacientes vacunados y el 26,5% de los no vacunados tenían algún factor de riesgo mayor (cáncer, trombofilias o eventos tromboembólicos previos) para desarrollar TEP.

Se realizó seguimiento ambulatorio al 87,3% de los pacientes, 3 de ellos tuvieron alguna complicación hemorrágica con la anticoagulación y 2 requirieron más estudios al presentar signos de hipertensión pulmonar en la TAC de control.

Conclusiones: Cerca de una quinta de los pacientes ingresados en el año 2021 en nuestro centro con diagnóstico de TEP asociaban infección activa o reciente por COVID-19, principalmente hombres mayores de 60 años sin ningún otro factor de riesgo para TEP y sin vacunación contra el COVID-19.

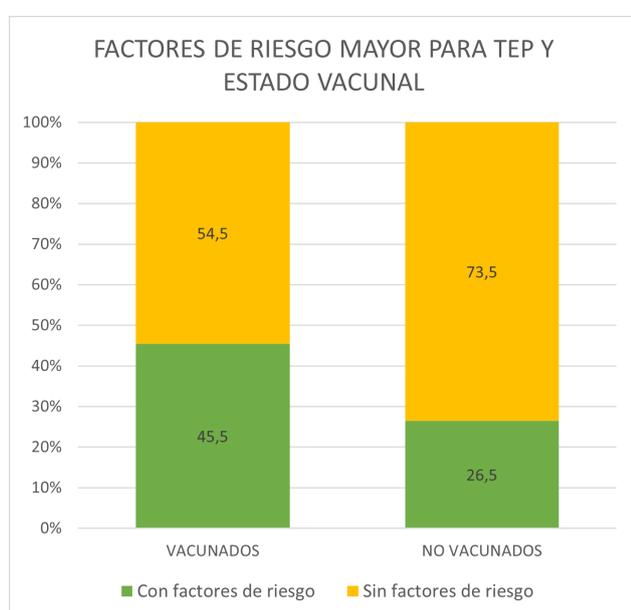
Aunque la muestra es pequeña, los datos de este estudio han mostrado un mayor porcentaje de TEP en pacientes sin factores de riesgo de enfermedad tromboembólica no vacunados que en los vacunados.

Introducción: La infección por SARS-Cov-2 se ha asociado a un mayor riesgo trombótico. Una elevada incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) ha sido descrita durante la pandemia por coronavirus (COVID-19).

Tabla.1

Variable	Número de pacientes	Porcentaje
Hombres	48	60,8
Mujeres	31	39,2
Vacunación COVID	11	13,9
Asma	6	7,6
EPOC	3	3,8
SAHS	7	8,9
Factores de riesgo	23	29,1
Estancia en UCI	13	16,5

Figura.1



SECUELAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV2 PASADA EN SEGUIMIENTO EN CONSULTAS POST-COVID DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

J. Lancha Domínguez, J. Romero López, A. González Hernández, B. Gracia Hernández, C. Romero Sayago, R. del Pozo Rivas.

Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Opta a: Beca

Introducción: La pandemia producida por el virus SARS CoV2, comenzó en España en marzo de 2020, desde entonces se ha creado en nuestro centro, una unidad de pacientes post-Covid, donde se les revisa a los 6 meses del alta hospitalaria.

Objetivos: analizar las secuelas clínicas, funcionales, analíticas y radiológicas en la cohorte de pacientes en seguimiento en las consultas Post-COVID en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Metodología: Se ha realizado una base de datos de los pacientes que han acudido a revisión en consulta Post-COVID desde diciembre de 2020 hasta la actualidad. Hemos evaluado la sintomatología clínica, funcional, así como, resultados analíticos y controles radiológicos en la primera consulta de revisión tras hospitalización.

Resultados:

Se ha examinado un total de 121 pacientes que acudieron a revisión en las consultas post-COVID. En relación a las características clínicas presentadas, el 55,6% presentaba disnea, según la escala en la escala m-MRC, la mediana fue 1, la moda 0. Un 27,6% presentó astenia, 15,5% miopatías y 7,8% síntomas neurológicos. El 97,34% presentó normosaturación arterial de oxígeno un 98% frecuencia cardíaca normal. A la auscultación, destacaba un 8,8% de crepitantes pulmonares.

Analíticamente, se objetivó linfopenia en 43,5% de los pacientes, dímero D elevado en 47,11%, ferritina >300 en 14%.

Respecto a las pruebas funcionales respiratorias (PFR) presentaron FVC >80% un 88,6%, FEV1 >80% un 89,6%, FEV1/FVC >70% 91,4%, DLCO >80% un 61%, DLCO 60 - 80% un 22,9%, DLCO80% 77,4%.

Respecto a radiografía simple de tórax, se observó normalidad del 63,2%, infiltrado intersticial en el 33,3% y alveolar en el 3,5%. En los TAC realizados (34), hubo normalidad en el 58% y de los restantes, el 61,76% presentó infiltrado intersticial leve y 32,64% moderado-severo.

Se realizaron 78 estudios para despistaje de TEP encontrándose hallazgos del mismo en el 33,3%. Se dio de alta al 60% de los pacientes en la primera consulta de revisión.

Conclusiones:

- Un 55,6% de los pacientes revisados presentaron disnea tras la primera revisión, con un 98% de los casos saturación arterial de oxígeno normal.
- En nuestra cohorte destacaron unas pruebas funcionales en límites de normalidad en un porcentaje cercano al 90%. Sin embargo, se objetivaron alteración en pruebas de imagen cercana al 40%.
- Un 60% de los pacientes se dan de alta en la 1ª consulta de revisión.
- Serían necesarios nuevos estudios con mayor número muestral de pacientes.

EFICACIA DE RESLIZUMAB EN AGNC EOSINOFÍLICO CON POLIPOSIS

S. Rivera Gómez, J.G. Soto Campos, M.P. Lobato de la Sierra, S. García Morales, C. González Pérez, A. Cortés Caballero, A. Cabeza Serrano, P. Muñoz Zara, F. Pérez Grimaldi, C. Cabrera Galán.

Neumología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Opta a: Beca

Introducción: El asma grave no controlada (AGNC) afecta al 4% de los pacientes con asma, implicando un elevado consumo de recursos.

Objetivos: El objetivo fue conocer la eficacia real del tratamiento durante un año con Reslizumab en una serie de pacientes con AGNC eosinofílico, distinguiendo aquellos que presentaban poliposis nasal.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en que se seleccionaron todos los pacientes con AGNC eosinofílico tratados con Reslizumab. Como variable principal se estudió la disminución de exacerbaciones de asma tras un año de tratamiento, comparando la eficacia entre estos pacientes asmáticos con o sin rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) asociada. Otras variables estudiadas fueron la mejoría de la función pulmonar, de la poliposis y el control del asma.

Resultados: Se seleccionaron un total de 21 pacientes, de los cuales 12 tenían poliposis (57,14%), estando ausente en los 9 restantes. El 90,4% de los pacientes tratados con Reslizumab eran mujeres con una media de IMC de 23,4 kg/m².

El 42,8% recibieron previamente Omalizumab.

La media de tratamiento con corticoides orales durante más de tres días, el año anterior a iniciar Reslizumab, fue de 4,45 descendiendo a 0,7 a los 12 meses de comenzar la terapia.

La media de eosinófilos en sangre periférica previa al tratamiento fue de 797 y de 111 tras el tratamiento, con una FENO media de 47.

En relación a los datos espirométricos, la media de FEV1 previa a la terapia fue de 1.662 ml con un FEV1/FVC 64% y al año de tratamiento el FEV1 fue de 2.019 ml, presentando una mejoría media del FEV1 de 357 ml.

Respecto al test de control de asma (ACT) se objetivó mejoría a los 4 meses de terapia (13,35), manteniéndose al año (22,5). Los efectos en todos estos parámetros distinguiendo entre pacientes con o sin poliposis fueron similares (Tabla 1).

La población con poliposis presentaba mayor número de eosinófilos en sangre periférica y mayor FENO. Asimismo, se alcanzó una mejoría significativa

en el tamaño de los pólipos (empleándose nasal polyp score), así como de la valoración del paciente acerca de la mejoría en poliposis y olfato. Dos de los sujetos requirieron intervención quirúrgica en el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AGNC eosinofílico, el Reslizumab se muestra efectivo al reducir las exacerbaciones, mejorar el control de la enfermedad y la función pulmonar. Además, se evidenció la utilidad de dicho tratamiento en pacientes con poliposis al lograr disminuir su tamaño y recuperar el olfato.

¿LLEGAMOS TARDE A LOS BIOLÓGICOS?

B. Valencia Azcona¹, M. Pérez Morales¹, M. Rubio Moreno¹, R. Ch. Levy Abitbol², A. Levy-Naon³, A. Padilla Galo¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

²Universidad de Málaga. Facultad de Medicina.

³Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Opta a: Beca

Introducción: El uso de biológicos en asma grave nos obliga a ser exigentes en los resultados obtenidos y a buscar perfiles de pacientes con respuesta completa (RC) a los diferentes biológicos. El objetivo de este estudio fue buscar el perfil de pacientes con RC a benralizumab tras un año de tratamiento.

Metodología: Se trata de un estudio multicéntrico de cohortes prospectivo de pacientes consecutivos con asma eosinofílica grave refractaria que recibieron tratamiento con benralizumab durante al menos 12 meses. El seguimiento de los pacientes se realizó en 2 unidades especializadas en asma grave. Los pacientes fueron clasificados en función de su respuesta a los 12 meses de tratamiento con benralizumab y RC se definió como paciente con cero agudizaciones durante un año, ACT ≥ 20 , FEV1 $\geq 80\%$ y sin corticoides orales de mantenimiento (criterios del documento SEPAR).

En el análisis estadístico se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de dispersión (mediana y rango intercuartílico) para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se realizó posteriormente un análisis bivariado de la variable "respuesta completa". Para variables cualitativas independientes se utilizó el test Ji-Cuadrado (o test Exacto de Fisher en caso de frecuencias esperadas inferiores a 5), y el test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 44 pacientes fueron reclutados y tratados con benralizumab durante un año. Las características clínicas de la población de estudio

se muestran en la Tabla 1. Los pacientes con RC tras un año en tratamiento con benralizumab tenían datos de menor gravedad: menos agudizaciones, menos visitas a urgencias, menor uso de ciclos de corticoides orales (OCs), menos corticodependencia, menos obstrucción bronquial y mejor control de la enfermedad.

Conclusiones: Los criterios de respuesta completa a los biológicos del consenso español de asma grave pueden ser muy exigentes. En este trabajo encontramos que los pacientes con respuesta completa tras un año en tratamiento con benralizumab a pesar de ser pacientes con asma grave refractaria con agudizaciones y uso de OCs, tenían datos de menor gravedad de la enfermedad que los que no tuvieron respuesta completa. Por ello deberíamos estar alerta y no demorar el inicio del biológico, o incluso reevaluar los criterios de inclusión en estos programas terapéuticos.

Figura 1

Tabla 1. Características basales de los sujetos con y sin respuesta completa

Parámetros	Grupo completo n=44	Respuesta Completa No (n=32)	Respuesta Completa Si (n=12)	p	
Edad, años (mediana ± RI)	53,8 ± 10,4	56 ± 18	53,5 ± 11,3	0,9	
Mujeres, n (%)	35 (79,5)	25 (78,1)	10 (83,3)	1	
IMC (mediana ± RI)	28,7 ± 6	28 ± 8	27 ± 6,8	0,53	
Tabaquismo	Nunca fumadores, n (%)	16 (50)	23 (52,3)	7 (58,3)	0,74
	Ex-fumadores, n (%)	16 (50)	21 (47,7)	5 (41,7)	
	Fumadores activos, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Edad al diagnóstico, años (mediana ± RI)	28,95 ± 12,4	31,5 ± 21,3	19 ± 7	0,034	
Disnea	Grado 0-2, n (%)	14 (43,8)	22 (50)	8 (66,7)	0,001
	Grado 3-4, n (%)	18 (56,3)	22 (50)	4 (33,3)	
Atopia, n (%)	15 (34,1)	7 (21,9)	8 (66,7)	0,011	
Corticodependientes, n (%)	18 (40,9)	17 (53,1)	7 (8,3)	0,014	
Poliposis nasal n (%)	14 (31,8)	6 (18,8)	8 (66,7)	0,004	
EREA, n (%)	6 (13,6)	4 (12,5)	2 (16,7)	0,66	
ACT (mediana ± RI)	13,7 ± 4	13 ± 5,8	15 ± 8,3	0,011	
Visitas a urgencias en año previo, (mediana ± RI)	4,1 ± 2,6	6,5 ± 3	4,5 ± 3	0,001	
Numero de exacerbaciones severas en el año previo, (mediana ± RI)	5,50 ± 2,63	5 ± 3	2 ± 3,8	0,001	
Número de ingresos por asma en el año anterior, (mediana ± RI)	0,59 (1,1)	0 (1)	0 (0)	0,15	
Ciclos de CO en el año previo, (mediana ± RI)	5,8 ± 3,3	7 ± 4	2,5 ± 4,5	0,001	
Dosis de prednisona oral (o equivalente), mg/día (mediana ± RI)	19,3 ± 8,8	20 ± 10	2,5 ± 0	0,111	
Dosis de budesonida inhalada (o equivalente), µg/día (mediana ± RI)	993 ± 485	960 ± 320	880 ± 960	0,47	
FEV ₁ Post-BD, mL (mediana ± RI)	1456 ± 495,7	1360 ± 890	1475 ± 563	0,21	
FEV ₁ Post-BD, % (mediana ± RI)	65,7 ± 14,1	65 ± 13	70,5 ± 22	0,021	
FeNO, ppb (mediana ± RI)	56,6 ± 26,2	67 ± 28	44 ± 46	0,017	
Recuento Eos sangre, cels/µL (mediana ± RI)	718,3 ± 287,5	670 ± 227,5	765 ± 205	0,12	
IgE, IU/mL (mediana ± RI)	223,6 ± 394,9	73,5 ± 139,5	208,5 ± 445	0,08	
Tratamiento previo con un agente biológico, n (%)	23 (52,3)	16 (50)	7 (58,3)	0,74	
Omalizumab, n (%)	16 (36,4)	10 (52,6)	7 (100)	0,17	
Mepolizumab, n (%)	5 (11,4)	4 (21,1)	0 (0)		
Omalizumab + Mepolizumab, n (%)	2 (4,5)	2 (10,5)	0 (0)		
Tiempo con tratamiento biológico previo, meses (mediana ± RI)	20,7 ± 23,3	12 ± 4,5	36 ± 58	0,018	

RI: Rango intercuartílico; EREA: Enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina; ACT: asthma control test; Post-BD: Post-broncodilatador; FeNO: Fracción espirada de óxido nítrico; Eos: eosinófilos.

ESTUDIO ATLAS ASMA: IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS CON ASMA DE MODERADA A GRAVE EN ESPAÑA

J. Delgado Romero¹, V. Plaza², J. Domínguez-Ortega³, A. Nieto⁴, J. Molina⁵, J. Ancochea⁶, A. Gil⁷, J. Oliva⁸, M. Blanco-Aparicio⁹, M. Sarasa¹⁰.

¹Unidad de Gestión Clínica Alergología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau. Barcelona.

³Department of Allergy. Hospital La Paz-Institute for Health Research (IdiPAZ). Madrid.

⁴Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia I. Fuenlabrada.

⁶Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

⁷Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

⁸Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real.

⁹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

¹⁰Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona.

Opta a: Beca

Introducción: El asma es una enfermedad crónica inflamatoria del tracto respiratorio. En España afecta alrededor del 5% de la población total. El objetivo principal del estudio ATLAS ASMA fue describir el impacto psicosocial del asma en la vida diaria desde la perspectiva del paciente (pte).

Metodología: Estudio observacional transversal basado en una encuesta online dirigida a ptes adultos con asma en España entre enero y julio de 2021. Los objetivos del estudio fueron evaluados con cuestionarios/escalas validadas y una encuesta ad hoc creada y avalada por expertos en asma con experiencia en diseño de encuestas. La variable principal fue el impacto psicosocial del asma en la vida diaria del pte. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 132 ptes adultos con asma, el 59,1% con asma de moderada a grave. La edad media (desviación estándar [DE]) en adultos con asma de moderada a grave fue 45,7 (12,6) años, siendo la mayoría mujeres (74,4%), con estudios universitarios (69,2%) y viviendo en pareja (72,9%) (Tabla 1). El tiempo medio (DE) desde el diagnóstico fue 18,9 (14,8) años y desde el inicio de los síntomas al diagnóstico 2,9 (4,8) años. El 42,5% de adultos con asma de moderada a grave no tenían expectativas del tratamiento por falta de información y solo el 60,0% se mostraron satisfechos con el tratamiento recibido. El 70,7% de adultos con asma de moderada a grave no estaban controlados (puntuación ACT ≤19). El 30,8% declaró haber interrumpido el

tratamiento en algún momento durante el último mes, siendo los motivos principales el olvido (68,8%) y la sensación de encontrarse mejor y no necesitarlo (18,8%). Sobre los aspectos afectados por el asma, las actividades de ocio (71,7%) y la cantidad y calidad del sueño (56,5%) fueron los más mencionadas por los adultos con asma de moderada a grave. En cuanto al impacto psicológico, el 60,5% indicó impotencia por no poder hacer las cosas que le gustaban, el 48,8% cambios en el estado de ánimo a causa del asma y el 46,5% nerviosismo/ ansiedad. Sobre la calidad de vida, los ptes adultos con asma leve obtuvieron mayor puntuación media (DE) en el cuestionario Mini-AQLQ que los adultos con asma de moderada a grave [5,6 (1,0) vs 4,3 (1,1)].

Conclusiones: El estudio muestra el impacto del asma desde la perspectiva del pte en la calidad de vida, el bajo control de la enfermedad en ptes moderados-graves, así como la afectación psicosocial y emocional derivada del asma.

Figura .1

Tabla 1. Características basales de los pacientes adultos con asma de moderada a grave incluidos en el estudio	
Categoría	Pacientes adultos con asma de moderada a grave N=78
Edad (años), media (DE)	45,7 (12,6)
Mujeres, n (%)	58 (74,4%)
Nivel de estudios	
Sin estudios, n (%)	1 (1,3%)
Educación primaria, n (%)	4 (5,1%)
Educación secundaria, n (%)	7 (9,0%)
Formación profesional, n (%)	12 (15,4%)
Estudios universitarios, n (%)	54 (69,2%)
Convivencia compartida	
Con pareja, n (%)	51 (72,9%)
Con hijos/as, n (%)	36 (51,4%)
Con cuidador formal, n (%)	0 (0,0%)
Otros, n (%)	12 (17,1%)
Paciente/persona cercana afectada por el COVID-19, n (%)	17 (29,3%)
Hábito tabáquico	
Fumador, n (%)	4 (6,9%)
No fumador, n (%)	36 (62,1%)
Exfumador, n (%)	12 (20,7%)
A causa del asma, n (%)	8 (66,7%)
Por otra causa, n (%)	4 (33,3%)
Fumador pasivo, n (%)	6 (10,3%)

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ENLACE ASMA GRAVE Y SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

J. Romero López¹, J. Lancha Domínguez¹, B. Gracia Hernández¹, C. Fabre Bernal², R. Remesal Cobreros², A. González Hernández¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Unidad de Salud Mental. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Los trastornos psicoemocionales son una de las principales comorbilidades que dificultan el control del asma. En la Unidad de Asma (UA) del Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva, tenemos un Programa de Enlace (PE) de Asma Grave de Control Difícil (AGCD) y Salud Mental.

Objetivos: Analizar la actividad realizada por el PE desde su implantación en noviembre de 2019 hasta noviembre de 2021.

Metodología: Se han recogido las derivaciones realizadas desde nuestra consulta de AGCD al PE. Se derivan, entre otros aspectos, pacientes en los que existe una discordancia evidente entre el control clínico de la enfermedad (ACT), exacerbaciones e ingresos y datos objetivos, especialmente la espirometría.

Resultados: Se han producido 27 derivaciones al PE desde la consulta de AGCD. El 26% no acudió a la primera cita; de los restantes el 66% acudió entre 1 y 3 citas y posteriormente abandonó, y el 33% continúa vinculado a la consulta.

Se han recogido una serie de cuestionarios autoadministrados: Cuestionario de conocimiento de asma (50% conocimientos adecuados y 50% con falta de información); ACT (controlada el 10%, parcialmente controlada el 30% y no controlada el 60%); cuestionario de Nijmegen de disnea funcional o síndrome de hiperventilación (SH), puntuación mayor o igual a 23 (66%) y ausencia de disfunción el 33%; Índice de Reactividad al Estrés (IRE) con un 88% con IRE alto; Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión con un 77% de presencia de sintomatología ansiosa depresiva asociada clínicamente significativa; Inventario de Depresión de Beck: 44% ausencia de síntomas depresivos, 11% con síntomas de depresión leve, moderada en el 33% y en el 11,1% síntomas de depresión grave; Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: ansiedad en el momento de cumplimentar la prueba en el 33,3 % (por encima del P75) y ansiedad habitualmente en el 66,8% (por encima del P75).

Los diagnósticos CIE-10 observados han sido: Trastorno mixto ansioso depresivo (25%), trastorno

adaptativo 25%. En el 45% no se encontró psicopatología y en el 5% se detectó consumo perjudicial de tabaco.

Conclusiones:

- Los trastornos psicopatológicos deben valorarse en el AGCD como posible comorbilidad que dificulta su control.
- Encontramos un porcentaje elevado de psicopatología en los pacientes con AGCD con discordancia clínico / espirométrica.
- Es fundamental la inclusión de Psicólogos/ Psiquiatras en las UA para identificar a estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

UTILIDAD DE LA PULSIOXIMETRÍA NOCTURNA EN EL CONTROL DEL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y DEL SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN-OBESIDAD

I. Muñoz Ramírez¹, A. Marín Andreu¹, R. De Andrés David¹, A. Ais Daza¹, F. del Campo Matía², A. Arnedillo Muñoz¹.

¹Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Opta a: Premio a la mejor comunicación

Introducción: La apnea obstructiva de sueño (AOS), constituye una patología de creciente prevalencia que se ha asociado a un deterioro en la calidad de vida, y numerosas comorbilidades. El principal tratamiento de estos pacientes consiste en la aplicación de una presión positiva continua en la vía aérea, siendo el control del tratamiento de estos pacientes de vital importancia. Existen pocos estudios que valoren la eficacia de la pulsioximetría nocturna en la evaluación del control de dichos trastornos respiratorios.

La hipótesis del presente estudio fue ver si la POX resulta útil para valorar control de pacientes en tratamiento con CPAP permitiendo tomar decisiones en la actitud terapéutica.

Para ello, nuestro objetivo fue analizar si la realización de una pulsioximetría nocturna en pacientes diagnosticados de apnea del sueño y/o síndrome de hipoventilación-obesidad resulta útil en cuanto a la valoración del buen o mal control del tratamiento de pacientes permitiendo tomar decisiones en cuanto, al manejo terapéutico posterior.

Metodología: Se realizó análisis descriptivo retrospectivo de las características demográficas de una muestra consecutiva de pacientes en tratamiento con CPAP a los que se les solicitó una POX de control y de la relación entre las características de dichos pacientes

al diagnóstico, con el grado de control en la POX con tratamiento.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 56 pacientes (50% varones), con una edad media de 64 ± 14 y un IMC medio de $35,8 \pm 7$. Un 68% eran hipertensos. El 32% tomaba algún sedante. El 62,5% presentaban a sintomatología al diagnóstico. El 80,4 % tenían un AOS grave de los cuales un 61,5% presentó un buen control en la POX. De los que presentaron mal control, el 100% eran obesos y el 77,8% hipertensos. El 62,5% presentó mejoría de los síntomas con tratamiento.

Conclusiones: En nuestro estudio, la POX a los 3 meses permitió tomar una decisión terapéutica directa sin necesidad de solicitar pruebas adicionales.

Tabla 1.

Tabla 1. |

Principales características de la cohorte (N=56)		
Edad media	65±14	
Sexo	Varón 50% (28)	Hembra 50% (28)
HTA	Sí 68% (38)	No 32% (18)
DM	Sí 31% (17)	No 69% (39)
DLP	Sí 43% (24)	No 57% (32)
Obesidad	Sí 89% (50)	No 11% (6)
Tabaquismo	Sí 53,6% (30)	No 43,7% (26)
EPOC	Sí 13 (23%)	No 87% (43)
FA	Sí 25% (14)	No 75% (42)
ACVA	Sí 9% (5)	No 91% (51)
Sedantes	Sí 32% (18)	No 68% (38)

Tabla 2.

Tabla 2. |

	IDH <15	IDH 15-30	IDH >30
Sin HTA	3 (9,1%)	1 (25%)	0 (0%)
Con HTA	30 (90,9%)	3 (75%)	7 (100%)

DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA SARS CoV2

C. Carrera Cueva¹, C. Caballero Eraso¹, N. Pascual Martínez⁴, E. De Benito Zorrero¹, E.M. Mendoza Zambrano¹, O.M. Mediano San Andrés², C.J. Egea Santaolalla³.

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Hospital Universitario de Guadalajara.

³Hospital Vithas San José.

⁴Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Opta a: Beca

Introducción: La atención a los pacientes con neumonía SARS CoV 2 ha supuesto un reto para las unidades de neumología españolas y ha conducido a la necesidad de crear Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) con el objetivo de disminuir la carga asistencial de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo de este estudio fue analizar el crecimiento y utilidad de las UCRI y la necesidad de mantenerlas, así como de crearlas donde aún no ha sido posible hacerlo.

Metodología: Estudio prospectivo realizado entre junio y octubre de 2020 a modo de encuesta dirigida a Unidades de Neumología de España que cuentan con UCRI. La auditoría se realizó a través de una agencia mediante un cuestionario referente al estado de las UCRI antes y durante la pandemia. Así, se evaluó la expansión, dotación, carga asistencial y resultados de las UCRI.

Resultados: Se incluyeron 67 hospitales (40.000 pacientes), 28 con UCRI previa, 11 creadas durante la pandemia y 28 nunca la han tenido.

UCRI pre - pandemia: la media de camas era de 4.07, un 90% contaba con monitorización, un 60% con ecógrafo y un 50% con broncoscopio flexible. La ratio enfermero/paciente era de 1/5, un 86% tenía un neumólogo presencial (8h) y un 33% de 12 a 24h. El resto de facultativos de las UCRI y terapias utilizadas se describe en la figura 1.

UCRI durante la pandemia: se han creado 11 UCRI nuevas y se han ampliado 7 de cada 10 previas. El equipamiento de las UCRI durante la pandemia no ha variado; aunque si ha mejorado la ratio enfermero/paciente (1/4.61 vs 1/5.61, p<0,05). No cambió el porcentaje de unidades que tenían un neumólogo, pero sí el número de facultativos con turnos presenciales ≥ 12 h (74%).

La media de ingresos valorados por un servicio de Neumología ha sido de 338, un 28,5%. De estos pacientes, el 71% ha estado en una UCRI. Ha ingresado en UCI un

2,8% del total de contagios, un 10% del total de ingresos y un 56,3% de los pacientes valorados por Neumología. El perfil de pacientes valorados por Neumología y la estancia media hospitalaria se describen en la figura 2.

Conclusiones: Las UCRI han supuesto espacios importantes en el manejo de los pacientes con neumonía por SARS CoV 2, mediante el uso de soporte respiratorio no invasivo. Esto ha permitido disminuir la presión sobre las UCI hasta en el 50% de pacientes, sin mermar la calidad terapéutica ni los Resultados clínicos. Por todo ello, además de consolidar las UCRI ya creadas, se debería potenciar la creación de nuevas y asegurar la atención de pacientes con techo terapéutico.

Figura .1

FIGURA 1

A

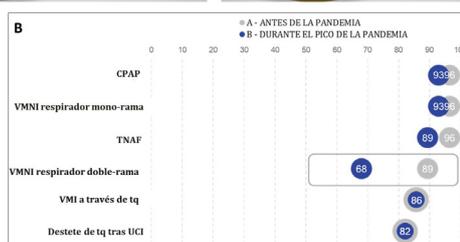
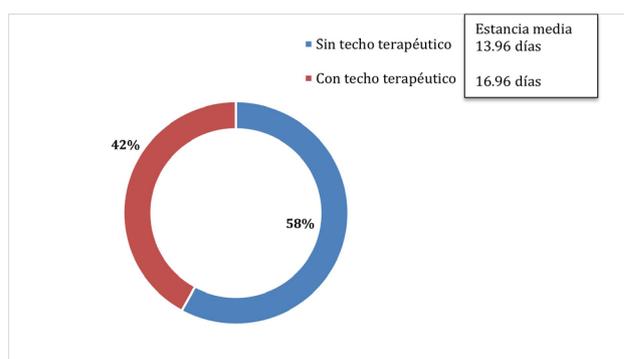


Figura .2



IMPACTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS ANTIFIBRÓTICOS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.

L. Fernández de Rota García, M. Pérez Morales, M. Rubio Moreno, B. Valencia Azcona, A. Padilla Galo, L.F. Moreno Arrastio.

Unidad de Neumología. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Opta a: Beca

Introducción: Los fármacos antifibróticos reducen la progresión y aumentan la supervivencia de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Su principal problema es el frecuente desarrollo de efectos adversos (EAs) que en muchas ocasiones pueden retrasar el inicio del tratamiento o provocar su abandono de forma precoz. El objetivo ha sido evaluar el impacto real de estos EAs en los pacientes con FPI tratados con fármacos antifibróticos en nuestro centro, así como buscar factores que puedan predecir el desarrollo de los mismos.

Metodología: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de FPI que han recibido tratamiento con pirfenidona o nintedanib en el Hospital Costa del Sol, desde 2014 hasta finales de 2021. Se ha analizado la frecuencia de los EAs, tipo, necesidad de reducción de dosis, porcentaje de abandono y necesidad de cambio de fármaco. Finalmente se ha analizado la frecuencia de EAs y el porcentaje de abandonos en función de determinadas características basales.

Resultados: Durante este tiempo han iniciado tratamiento antifibrótico 67 pacientes, 41 con pirfenidona (61%) y 26 con nintedanib (39%). Sus características basales se muestran en la Tabla 1. A finales de 2021 seguían con tratamiento activo 31 pacientes (46%), siendo la causa de abandono de los 36 restantes: fallecimiento 16 (44%), anadono por EAs 4 (11%), cambio de fármaco por EAs 10 (28%) y otras causas 6 (17%). Han presentado EAs en algún momento 34 pacientes (51%). De ellos 7 (21%) siguen sin cambios, 18 (53%) precisan reducción de dosis, 5 (15%) se cambian de fármaco y 4 (11%) abandonan definitivamente. De los que precisan reducción de dosis 6 (33%) vuelven a la dosis completa con una mediana de reducción de 2 [6] meses, 7 (39%) siguen con dosis reducida y 5 (28%) precisan cambio de fármaco. En la Tabla 2 se muestra el resultado de analizar diversas variables con la probabilidad de desarrollar EAs o de que éstos sean la causa de del abandono, encontrando que el sexo femenino, la obesidad y nintedanib se asocian significativamente con una mayor frecuencia de EAs.

Conclusiones: Los EAs del tratamiento antifibrótico son muy frecuentes en nuestro estudio, pero con un

seguimiento adecuado y estrategias de reducción de dosis o de cambio de fármaco se puede evitar su abandono prematuro. Factores que a priori podrían hacer prever un mayor riesgo de EAs como la edad avanzada, la presencia de comorbilidades o el mayor deterioro de la función pulmonar no han demostrado impactar en el desarrollo de EAs de forma significativa.

Tabla 1.

Tabla 1. Características basales de los pacientes (n = 67)

Edad (años)	71 [10]
IMC (kg/m ²)	28 [6]
Sexo	
Hombres	41 (61%)
Mujeres	26 (39%)
Historia tabáquica	
No fumadores	28 (42%)
Exfumadores	37 (55%)
Fumadores	2 (3%)
Patrón TCAR tórax	
NIU	55 (82%)
Probable NIU	7 (10%)
Otro	5 (8%)
Biopsia pulmonar	
No	57 (85%)
BTB	3 (5%)
VTC	7 (10%)
Función pulmonar	
FVC (% predicho)	74 [26]
DLCO (% predicho)	40 [13]

IMC: Índice de masa corporal; TCAR: Tomografía computarizada de alta resolución; NIU: Neumonía intersticial usual; BTB: Biopsia transbronquial; VTC: Videotoracoscopia; FVC: Capacidad vital forzada; DLCO: Capacidad de difusión del monóxido de carbono. Variables cuantitativas en Me [RIC].

Figura 2.

Tabla 2. Variables asociadas al desarrollo de efectos adversos y al abandono del tratamiento por los mismos.

	Efectos adversos (n = 67)			Abandono por EAs (n = 36)		
	No	Si	p	No	Si	p
Edad						
< 65 años	7 (58%)	5 (42%)	0,58	4 (87%)	2 (33%)	0,69
65 - 74 años	17 (51%)	16 (49%)		13 (65)	7 (35%)	
≥ 75 años	9 (41%)	13 (59%)		5 (50%)	5 (50%)	
Sexo						
Hombres	25 (61%)	16 (39%)	0,015	16 (70%)	7 (30%)	0,16
Mujeres	9 (31%)	16 (69%)		6 (46%)	7 (54%)	
IMC						
Normopeso	7 (58%)	5 (42%)	0,18	7 (88%)	1 (12%)	0,016
Sobrepeso	17 (57%)	13 (43%)		12 (71%)	5 (29%)	
Obesidad	8 (33%)	16 (67%)		3 (27%)	8 (73%)	
Comorbilidades (CCI)						
≤ 1	21 (49%)	22 (51%)	0,45	13 (62%)	8 (38%)	0,99
2	9 (60%)	6 (40%)		6 (60%)	4 (40%)	
≥ 3	3 (33%)	6 (67%)		3 (60%)	2 (40%)	
FVC (% predicho)						
< 70	16 (67%)	8 (33%)	0,067	13 (77%)	4 (23%)	0,1
70-89	11 (46%)	13 (54%)		6 (60%)	4 (40%)	
≥ 90	6 (32%)	13 (68%)		3 (33%)	6 (67%)	
Fármaco						
Pirfenidona	24 (58%)	17 (42%)	0,048	19 (83%)	4 (17%)	< 0,001
Nintedanib	9 (35%)	17 (65%)		3 (23%)	10 (77%)	

IMC: Índice de masa corporal; CCI: Índice de comorbilidad de Charlson; FVC: Capacidad vital forzada.

DESCRIPCIÓN DEL USO DE NINTEDANIB EN PACIENTES CON EPID-FP NO FPI

M. Domínguez Blasco, A. López Bauzá, E. De Benito Zorrero, C. López Ramírez, E.M. Mendoza Zambrano, J.A. Rodríguez Portal.

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

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) pueden evolucionar a un fenotipo fibrosante progresivo (EPID-FP) hasta en un 34% de los casos, caracterizada por la caída de la función pulmonar, el incremento de la extensión de la fibrosis en la Tomografía Computarizada de Alta Resolución (TCAR), y el empeoramiento clínico. Nintedanib ha demostrado enlentecer la progresión en las EPID, incluida la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), con el consiguiente aumento de la supervivencia. El objetivo de nuestro estudio fue el análisis descriptivo de las características clínicas y funcionales de pacientes con EPID-FP no FPI en tratamiento con Nintedanib en la práctica clínica habitual.

Metodología: Estudio descriptivo de 5 pacientes, en seguimiento en las consultas de Neumopatías Intersticiales del Hospital Virgen del Rocío, por EPID-FP no FPI en tratamiento con Nintedanib durante al menos 6 meses. La progresión de enfermedad se definió por la caída FVC $\geq 10\%$, o caída DLCO $\geq 15\%$, o caídas entre el 5 - 10% de la FVC con empeoramiento sintomático o radiológico en menos de 24 meses. Las variables analizadas fueron la capacidad vital forzada (FVC) y la difusión pulmonar monóxido de carbono (DLco) previa al tratamiento, al inicio y a los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes, siendo el 60% varones, exfumadores 80%, con una edad media de 69 años (tabla 1). El patrón NIU e Indeterminado fueron los más frecuentes, siendo la neumonitis por Hipersensibilidad el diagnóstico más prevalente. Del total de pacientes, el 40% tenían tratamiento inmunosupresor concomitante. Se observó una incidencia de efectos adversos leves en el 20% de los casos. En los 24 meses antes del tratamiento se evidenció una caída de la FVC del 10,2% y del 13% para la DLCO. Durante los 12 meses previos al inicio de tratamiento con Nintedanib, se documentó una caída de la FVC del 2,4% y de la DLco del 11,8%, mientras que, a los seis meses de tratamiento, observamos un enlentecimiento significativo de la caída de la DLco del 1,4% en los pacientes en tratamiento antifibrótico ($p = 0,047$), con un tamaño real del efecto de 10.6 medido mediante la d de Cohen, así como una tendencia a la significación en la caída de la FVC del 1,4% (Figura 1).

Conclusiones: En nuestra muestra, el uso de Nintedanib en la práctica clínica diaria es bien tolerado independientemente del tratamiento concomitante y del tipo de EPID.

Figura .1

Tabla 1. Características basales de los pacientes (n=5).

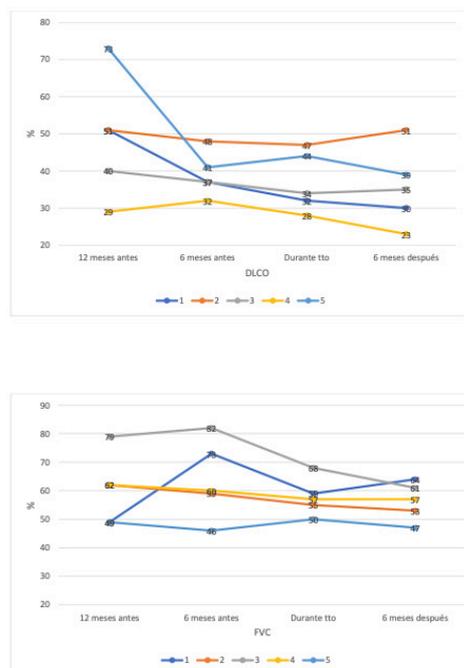
N=5	
Edad, media (DE)	69 (7,1)
Sexo, Varones n (%)	3 (60)
IMC	27,4 (5,59)
Tabaquismo n (%)	
Fumador Activo	1 (20)
ExFumador	4 (80)
Nunca Fumador	0 (0)
Comorbilidad cardiaca, n (%)	1 (20)
Comorbilidad respiratoria, n (%)	0 (0)
Reflujo gastroesofágico, n (%)	1 (20)
Enfisema, n (%)	4 (80)
Probable HTP, n (%)	2 (40)

Diagnóstico EPID, n (%)	
AR	1 (20)
NHS	2 (40)
NINE-I	1 (20)
IPAF	1 (20)
Patrón TACAR, n (%)	
NIU	2 (40)
Probable NIU	0 (0)
Indeterminado	2 (40)
Alternativo	1 (20)
Tratamiento (%)	
Nintedanib	3 (60)
Nintedanib + Inmunosupresor	2 (40)
Efectos adversos, n (%)	1 (20)

FVC (%), media (DE)	
-12 meses	60,2 (12,35)
-6 meses	64 (14,9)
0 meses	57,8 (6,61)
+6 meses	56,4 (6,69)
DLCO (%), media (DE)	
-12 meses	48,8 (16,31)
-6 meses	39 (5,95)
0 meses	37 (8,12)
+6 meses	35,6 (10,47)

Los datos se expresan como medias y desviaciones estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Abreviaturas: IMC: Índice de Masa Corporal; HTP: Hipertensión Pulmonar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; AR: Artritis Reumatoide; NHS: Neumonitis por Hipersensibilidad; NINE-I: Neumonitis intersticial no específica idiopática; IPAF: Neumonía idiopática con características autoinmunes; NIU: Neumonitis Intersticial Usual; FVC: capacidad vital forzada; DLCO: test de difusión pulmonar de monóxido de carbono

Figura .2
Figura 1: Valores de la DLCO y FVC en % 12 y 6 meses antes del inicio de tratamiento, al inicio y 6 meses después.


RESULTADOS DE LOS ANTIFIBROTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDOPATICA

J. Hernández Borge, J. López Rodríguez, N. Matallana Encinas, S. Hernández Gómez, L.M. Sierra Murillo, A. Castañar Jóver, M.C. García García, I. Rodríguez Blanco, J.A. Gutiérrez Lara, P. Iñigo Naranjo.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: Los fármacos antifibroticos han supuesto un cambio en el pronóstico de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). El objetivo del presente estudio ha sido conocer los resultados de dicho tratamiento en una cohorte de pacientes en situación de vida real.

Metodología: Estudio prospectivo observacional de pacientes diagnosticados de FPI tratados con antifibroticos (CT). Se analizó la supervivencia de los mismos mediante métodos univariantes (Kaplan-Meier) y multivariantes (Regresión de Cox) comparandola con una cohorte histórica (CH) de FPI sin dicho tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes (edad media: $69,8 \pm 9,7$ años, hombres: 70,7% hombres, 44 CH). De la CT

un 75,6% recibió pirfenidona [P] y un 24,4% nintedanib [N] (un 9% precisó cambio de tratamiento). Aparecieron efectos secundarios en el 54,3% y en el 64,3% de los tratados con P y N, respectivamente. La supervivencia al final del seguimiento fue del 38,2% siendo la principal causa de muerte la enfermedad intersticial (76,3%). Los pacientes de la CT fueron más jóvenes ($67,7 \pm 9,5$ vs $72 \pm 9,4$; $p = 0,035$), demoraron más la consulta tras inicio de síntomas ($p = 0,01$), presentaron con más frecuencia disnea al diagnóstico (84,4% vs 61,4%; $p = 0,014$), tos (73,3% vs 31,8%; $p = 0,0005$), tuvieron menos comorbilidades ($2 \pm 1,4$ vs $3,2 \pm 1,2$; $p = 0,0005$), más EPOC (26,7% vs 11,4%; $p = 0,06$), menos reflujo gastroesofágico (20% vs 36,4%; $p = 0,08$), fueron diagnosticados con más frecuencia mediante biopsia quirúrgica (46,7% vs 18,2%; $p = 0,006$), presentaron con menos frecuencia patrón de NIU en el TACAR (55,6% vs 84,1%; $p = 0,004$), fueron tratados con menos frecuencia con corticoides (22,2% vs 50%; $p = 0,006$) y más con N-acetil-cisteína (26,7% vs 9,1%; $p = 0,031$), y precisaron con menos frecuencia oxígeno desde el inicio (6,7% vs 36,4%; $p = 0,001$). No encontrando diferencias en la demora de diagnóstico ni en las pruebas funcionales iniciales.

Al final del seguimiento la mortalidad en la CH fue muy superior (84,1% vs 40%; $p = 0,0005$). El análisis univariado de supervivencia encontró que la supervivencia fue significativamente mayor en los pacientes más jóvenes (OR = 1,05; IC 95% 1,02 - 1,08), sin disnea al diagnóstico ($p = 0,057$), sin tratamiento con corticoides ($p = 0,006$), sin oxigenoterapia al inicio del tratamiento ($p = 0,0005$), con FVC inicial $\geq 80\%$ ($p = 0,0005$), y en aquellos con tratamiento antifibrotico (mediana supervivencia 45 vs 31 meses; $p = 0,013$). Sin embargo, el análisis multivariante estableció que las variables asociadas de forma independiente a una mayor supervivencia fueron la FVC inicial (FVC ≥ 80 vs FVC).

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan el empleo precoz del tratamiento antifibrotico en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática.

DESATURACIÓN AL ESFUERZO EN DIFERENTES PERFILES CLÍNICOS DE NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES

C. Muñoz Corroto¹, L. Membrillo Ruíz², A. Jurado García³, P. García Lovera¹, N. Feu Collado⁴, P. Font Ugalde⁵, B. Jurado Gámez⁴.

¹UGC-Neumología. Hospital universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina y enfermería. Universidad de Córdoba.

²Facultad de Medicina y enfermería. Universidad de Córdoba.

³Clínica Físio Active. Tutor Prácticas Externas, Grado Fisioterapia. Universidad de Córdoba.

⁴UGC-Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina y enfermería. Universidad de Córdoba. IMIBIC.

⁵UGC-Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina y enfermería. Universidad de Córdoba. IMIBIC.

Introducción: Una manifestación precoz de las neumopatías intersticiales difusas (NID) es la desaturación al esfuerzo. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la desaturación al esfuerzo en pacientes con NID y evaluar las posibles diferencias entre NID idiopáticas respecto a las que presentan un perfil inmunológico.

Metodología: Una manifestación precoz de las neumopatías intersticiales difusas (NID) es la desaturación al esfuerzo. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la desaturación al esfuerzo en pacientes con NID y evaluar las posibles diferencias entre NID idiopáticas respecto a las que presentan un perfil inmunológico.

Resultados: Se evaluaron 38 sujetos, de los que el 63% eran mujeres, con una edad media de $64 \pm 7,2$ años e IMC de $29 \pm 4,8$ Kg/m². Se observó una FVC: 90%, TLC: 85% y DLCO: 56%. Veintitrés sujetos (60,5%) pertenecían al grupo de NID idiopática y 15 (39,5%) al grupo de NID inmunológica, y globalmente 20 pacientes (53%) desaturaron en la P6MM. En la tabla 1 se expone los resultados comparativos entre grupos. La SpO₂ media fue inferior en el grupo de NID idiopática, aunque sin diferencias significativas. Destaca que el producto IMC por la distancia recorrida (trabajo al esfuerzo) fue significativamente mayor en el grupo con NID idiopática ($p = 0,024$).

Conclusiones: En pacientes con NID la prevalencia de la desaturación al esfuerzo se observa en más de la mitad de los sujetos. Respecto al grupo con NID inmunológica, el grupo con NID idiopática mostró una mayor capacidad de trabajo durante la P6MM.

Tabla 1

Tabla 1. Comparación de los valores de la prueba de esfuerzo en los dos grupos según perfil clínico.

VARIABLES	NID idiopática	NID inmunológica	valor p
Edad, años	65 ± 5,8	62 ± 8,8	0,256
Sexo, mujeres n, (%)	12 (52%)	12 (80%)	0,101
IMC, kg/m ²	29,9 ± 4,76	28,4 ± 4,95	0,226
SpO ₂ media, (%)	91,7 ± 3,11	93,4 ± 3,37	0,081
SpO ₂ mínima, (%)	87,1 ± 5,91	87,3 ± 6,09	0,834
Desaturación al esfuerzo n, (%)	11 (48%)	9 (60%)	0,522
IMC x SpO ₂ media P6MM	2.742 ± 411,5	2.651 ± 449,4	0,601
IMC x distancia P6MM	14.581 ± 2.633,8	12.924 ± 2.026	0,024

Datos presentados como media y desviación típica o número (n) y porcentaje. IMC: índice de masa corporal

EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.D. Domínguez López, C. López Ramírez, J.A. Rodríguez Portal.

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

Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una rara enfermedad sistémica caracterizada por una proliferación intersticial de músculo liso que afecta especialmente al parénquima pulmonar, con afectación de otros órganos como hígado y riñón.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo de los 13 pacientes diagnosticados de LAM con afectación pulmonar derivados al Centro de Referencia de Neumopatías Intersticiales del Hospital General Virgen del Rocío (HUVR); en el periodo de seguimiento activo comprendido entre 2011 y 2021. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, sindrómicas, su evolución natural y funcional, y su tratamiento instaurado.

Resultados: El rango de seguimiento desde que fueron evaluados en primera consulta fue variado, con media de 8 años (2011-2019). Las características generales fueron descritas en la tabla nº1. Seis pacientes (46,15%) presentaron neumotórax: 80% fueron recidivantes y uno catamenial. El 15,4% manifestaron derrame pleural, con presentación inicial de quilotórax. Dos pacientes tuvieron neoplasias mama y tiroideas; y dos manifestaron un pecoma, tumor de células epitelioides perivasculares. Sólo uno estuvo asociado al complejo esclerosis tuberosa (CET); siendo el resto LAM esporádicas. El diagnóstico por biopsia pulmonar fue necesario en 6

pacientes (46.8%), con presentación anatómo-patológica típica (anticuerpos HMB45, presencia de marcadores musculares y receptores estrogénicos).

Al diagnóstico, presentaron un patrón obstructivo moderado con FEV1 medio de 1,89L ($\pm 0,66$) [70 \pm 19,7%]; CVF de 2,75L ($\pm 0,58$) [88,45% \pm 15,79%]; DLCO del 59,3% ($\pm 17,3$) y KCO del 70,07% ($\pm 21,6$). El FEV1 presentó estabilidad a los dos años, con inclusive mejoría a los 5 años (n = 5) [tabla 2]. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la indicación de tratamiento con sirolimus fue aproximadamente dos años (22,8 \pm 31 meses), de ahí su probable asociación con la estabilización de la función pulmonar. Los efectos secundarios fueron leves, siendo el más frecuente el hipercolesterolemia. Un paciente presentó derrame pericárdico leve. La mayoría de nuestros pacientes no presentaron insuficiencia respiratoria crónica ni agudizaciones. Sólo una paciente requirió trasplante pulmonar.

Conclusiones: En nuestra serie, existe una estabilización de la función pulmonar en la mayoría de las pacientes presentan con LAM pulmonar. El tratamiento es bien tolerado, con pocos efectos secundarios. Los datos presentan cierta variabilidad a los 5 años debido al amplio rango de seguimiento. La asociación al cáncer está descrita en la literatura.

Tabla .1

Características generales de la población a estudio (n=13)

Características generales		
Edad (años)	51 \pm 11,23	
Sexo (M:H)	13:0	100%/0%
Tabaquismo (n)	0	0%
Fumadoras	5	38,5%
Exfumadoras	8	61,5%
Nunca fumadoras		
CA (consumo acumulado en paq-año; DE)	16,67 \pm 8,75	
IMC (índice de masa corporal; DE)	21,75 \pm 3,03	
Exposición laboral (n)	0	0%
Manifestaciones clínicas		
Disnea basal ¹ (mMRC; mediana)	1	23,1%
Sin disnea	3	38,5%
Grado I	5	30,8%
Grado II	4	30,8%
Grado III	1	7,7%
Grado IV	0	0%
Neumotórax	6	46,15%
Neumotórax recidivante ²	5	38,5%
Neumotórax cataménial	1	7,7%
Quilotórax	2	15,4%
Hipertensión pulmonar	0	0%
Manifestaciones extrapulmonares (n)		
Linfadenopatías	1	7,7%
Angiolipomas	4	30,8%
Colecciones quísticas	1	7,7%
CET ³	1	7,7%
Neoplasia	3	23,1%
Cistoadenoma ovárico	1	7,7%
Cáncer de mama	1	7,7%
Cáncer de tiroides	1	7,7%
Diagnóstico (n)		
Biopsia por VATS ⁴	6	46,2%
Biopsia ganglionar	2	15,4%
Biopsia renal	1	7,7%
Multidisciplinar ⁵	4	30,8%
Tratamiento (n)		
THS ⁶	1	7,7%
Corticoides	1	7,7%
Sirolimus	10	76,9%
Efectos secundarios sirolimus más frecuentes		
Hipercolesterolemia	3	23,1%
Edemas	1	7,7%
Proteinuria/microalbuminuria	1	7,7%
Molestias abdominales	1	7,7%
Derrame pericárdico leve	1	7,7%
Trastornos iónicos		
Trasplante	2	15,4%
Pulmonar	1	7,7%
Renal	1	7,7%

¹ Al diagnóstico ² Aquel que se presenta más de una vez en el mismo lado o en el hemitórax contralateral

³ Complejo escleroso tuberoso ⁴ Por videotocoscopia ⁵ Clínica y pruebas de imagen ⁶ Terapia hormonal sustitutiva

Tabla .2

Características funcionales de la población a estudio: Evolución natural a los 2 años y a los 5 años con respecto al diagnóstico (n=13)

Pruebas funcionales	Al diagnóstico (n=13)	A los 2 años (n=12)	A los 5 años (n=5)
CVF ¹ (L; DE)	2,75 ($\pm 0,58$)	2,70 ($\pm 0,64$)	2,78 ($\pm 0,51$)
CVF (%) (DE)	88,45 ($\pm 15,8$)	88,62 ($\pm 17,29$)	83,40 ($\pm 15,30$)
FEV1 ² (L; DE)	1,89 ($\pm 0,66$)	1,80 ($\pm 0,65$)	2,17 ($\pm 1,16$)
FEV1 (%) (DE)	69,94 ($\pm 19,65$)	69,28 ($\pm 22,10$)	70,80 ($\pm 24,05$)
FEV1/CVF (%) (DE)	68,56 ($\pm 17,93$)	65,19 ($\pm 19,59$)	59,30 ($\pm 6,67$)
DLCO ³ (%) (DE)	59,30 ($\pm 17,30$)	56,23 ($\pm 5,41$)	50 ($\pm 9,9$)
KCO ⁴ (%) (DE)	70,7 ($\pm 21,59$)	64,15 ($\pm 13,43$)	45,5 ($\pm 21,92$)
TM6M ⁵ (metros; DE)	493,13 ($\pm 130,94$)		
SatO2 inicio (%) (DE)	96,75 ($\pm 1,83$)		
SatO2 final (%) (DE)	91,13 ($\pm 4,85$)		

¹ Capacidad vital forzada ² Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo ³ Capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono ⁴ Factor de transferencia definido como: DLCO/Va (volumen alveolar) ⁵ Test de la marcha de los 6 minutos

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI) EN NUESTRO MEDIO: UTILIDAD DE ESCALA GAP

M.A. Ruano Carretero, E. Salcedo Lobera, G. Bentabol Ramos.

Unidad de gestión clínica de enfermedades respiratorias. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La FPI es una enfermedad pulmonar progresiva de mal pronóstico de origen desconocido que afecta a adultos mayores de 50 años. Actualmente existen dos tratamientos: nintedanib y pirfenidona. Se han desarrollado diversas escalas para intentar predecir el riesgo individual de mortalidad en estos pacientes, siendo el de uso más extendido el GAP (Gender-Age-Physiology) que analiza sexo, edad y pruebas funcionales. Los divide en 3 estadios, según pronóstico de mortalidad a 1,2 y 3 años. El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad de la escala GAP para estratificar a los pacientes que inician terapia antifibrótica y revisar efectos adversos en primeros 3 meses.

Metodología: Estudio descriptivo y observacional con 51 casos diagnosticados de FPI en la consulta monográfica de enfermedades intersticiales del nuestro centro durante 6 años. Se recogieron datos generales, tipo tratamiento antifibrótico, saturación de oxígeno aire ambiente (SatO2) y pruebas funcionales respiratorias para calcular el GAP. A los 3 meses, se evaluaron efectos adversos del tratamiento farmacológico.

Resultados: 42 eran hombres. Edad media 71,5 \pm 7,68 años. En la primera consulta se midió una SatO2 basal media del 95 \pm 3% con unas pruebas funcionales en la tabla 1. Se pautó de inicio Nintedanib en 64,70% y pirfenidona en 35,30%. Un 49,9% de los casos sufrieron síntomas gastrointestinal (destacando diarrea en 19 pacientes), 41,7% no presentaron ninguna complicación, 2 fotosensibilidad y 2 pérdida de peso, éstas se autolimitaron en el 47,9% sin medicación, 37,5% con

medicación sintomática, 3 se suspendió el tratamiento, 3 cambiaron de medicación y 1 redujo la dosis.

En la valoración de la escala GAP, 11 se encontraban en estadio I (mortalidad 16% a 3 años), 33 en estadio II (42% a 3 años) y 7 en estadio III (77% a 3 años). Durante este periodo solamente un paciente ha fallecido, tras 70 meses de tratamiento, por lo que, hasta el momento, se mantiene una supervivencia del 98%, con un tiempo medio de supervivencia de 22,3 meses (6,1 – 38,5) y tiempo máximo de 70 meses.

Conclusiones: Nuestros pacientes, a pesar de encontrarse en estadios moderados-graves (II y III) de la escala GAP, están presentando una supervivencia mayor de la esperada en función exclusivamente de dicho índice, lo que en cierta medida podría atribuirse a la acción de los antifibróticos.

Los pacientes han presentado algunas complicaciones asociadas al tratamiento, pero la gran mayoría limitaron sin realizar cambios o con medicación sintomática en los primeros meses.

Tabla 1

FVC PRE	FVC%	FEV1 PRE	FEV1%	FEV1/FVC PRE	DLCO PRE	DLCO%
2659,41 ± 754,87	65,16 ± 12,64	2244,58 ± 578,18	74,85 ± 15,10	82,84 ± 7,48	4,14 ± 1,46	55,51 ± 18,04
FVC POST	FVC%	FEV1 POST	FEV1%	FEV1/FVC POST	DLCO POST	DLCO%
2679,51 ± 707,96	66,78 ± 13,05	2212,88 ± 549,44	74,63 ± 15,25	82,72 ± 6,64	4,33 ± 1,47	55,39 ± 16,60

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON PRECIPITINAS AVIARIAS POSITIVAS

A. Marín Andreu¹, R. De la Varga Martínez¹, I. Muñoz Ramírez¹, C. Rodríguez Hernández¹, J.A. Córdoba Doña², V. Santos Sánchez³, A. León Jiménez¹.

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

²Hospital de Jerez de la Frontera.

³INIBICA. Cádiz.

Introducción: La neumonitis por hipersensibilidad (NH) es la tercera enfermedad pulmonar intersticial más común y, a menudo, no se reconoce, especialmente en pacientes que no son conscientes de su contacto laboral o ambiental con antígenos orgánicos. El objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados de los pacientes con resultado positivo a precipitinas aviares y hongos, solicitadas durante el estudio para el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes con resultado positivo a precipitinas aviares y hongos en nuestra área sanitaria entre 2019 y 2021.

Se registraron las características demográficas, función pulmonar, tipo de exposición, patrón radiológico y realización de lavado broncoalveolar (LBA) y biopsia quirúrgica.

Resultados: Se registraron un total de 31 pacientes, el 71% presentó resultado positivo para algún tipo de precipitina aviar, destacando paloma en un 67,7%. El resto, canario (38,7%), loro (45,2%), periquito (38,7%), oca/ganso (29%). En cuanto a los hongos, presentes en el 71% de la muestra resaltó el aspergillus en un 54,8%. Referido al tipo de exposición predominó la ambiental (58,1%) seguida de la desconocida (51,6%), y la ocupacional (16,7%).

Como patrón radiológico en TACAR predominó el patrón NIU (51,6%).

Se practicó LBA en el 29% de los casos, predominando la linfocitosis y cocientes CD4/CD8.

En el seguimiento empeoraron funcionalmente el 12,9% de los pacientes entendiendo como tal una disminución de la CVF >10% y/o disminución de la DLCO >15%.

Conclusiones: La solicitud sistemática de precipitinas en pacientes en estudio por sospecha de EPID detecta positividad en un número considerable de casos, incluso sin antecedentes de exposición, que hace sospechar un posible papel patogénico de estos antígenos en el desarrollo de su enfermedad intersticial.

ÍNDICE DE AUTORES

Abad Arranz, M.....	69	Carrasco Hernández, L.....	17, 54
Acosta Martínez, J.....	13	Carrera Cueva, C.....	13, 69, 76
Acosta Rodríguez, J.....	10	Carrilero Ibañez, E.....	6
Acosta Sorensen, M.....	31	Castañar Jover, A.....	63, 79
Aguilar Gálvez, A.M.....	21, 22, 55	Cebrián Gallardo, J.J.....	36
Aís Daza, A.....	28, 58, 66, 75	Cebrián Romero, M.....	9, 59, 60
Alcántara Fructuoso, J.....	6, 60	Cedeño De Jesús, S.B.....	42
Alcázar Navarrete, B.....	28, 29, 40, 42	Cercas Lobo, S.....	39
Almadana Pacheco, V.....	18, 42, 43, 55, 69	Cobos Ceballos, M.J.....	48
Álvarez Kindelán, A.....	35, 44, 46	Colmenero García, S.....	15
Ancochea, J.....	73	Congregado Loscertales, M.....	38, 45, 49, 50
Andújar Espinosa, R.....	68	Córcoles Valenciano, M.J.....	6, 60
Aparicio Vicente, M.....	64, 68	Córdoba Doña, J.A.....	82
Arenas De Larriva, M.S.....	24, 51	Cortés Caballero, A.....	72
Arenas Polo, A.P.....	8, 9, 13, 31, 59, 60	Cosano Povedano, F.J.....	24
Arnedillo Muñoz, A.....	28, 58, 66, 75	Cózar Bernal, F.....	27
Arredondo López, M.....	25	Cruz Romo, M.....	30
Arroyo Varela, M.....	26, 52, 53	Cruz Rueda, J.J.....	35, 56
Asencio Monteagudo, L.....	67	Chicano Gálvez, E.....	51
Ayerbe García, R.....	18, 43	Chiva Pueo, H.L.....	39
Badillo Melgar, A.G.....	57	De Andrés David, R.....	28, 58, 66, 75
Baeza Ruiz, A.....	31	De Benito Zorrero, E.....	76, 78
Ballaz Quincoces, A.....	68	De Dios Calama, C.....	4, 8, 9, 13, 31, 59, 60
Barca Hernando, M.....	11, 12	De La Cruz Lozano, F.J.....	38, 45, 49
Barrado Rosado, B.....	4, 8	De La Varga Martínez, R.....	82
Barragán Pérez, B.S.....	31	Del Campo Matía, F.....	75
Barragán Reyes, P.....	15, 19, 20, 33, 34, 66	Del Castillo Otero, D.....	67
Barroso Peñalver, R. M.....	38, 45, 49	Del Pozo Rivas, R.....	71
Batres Erazo, C.P.....	9, 13, 59, 60	Delgado Pecellín, I.....	17, 54
Bautista Moreno, R.....	52, 53	Delgado Romero, J.....	73
Bayarri Lara, C.I.....	46, 47	Díaz Chantar, F.....	24
Benavent Viñuales, M.....	69	Díaz Santos, M.A.....	5, 7
Bentabol Ramos, G.....	81	Domenech Del Río, A.....	41, 53, 57
Blanco Aparicio, M.....	73	Domínguez Blasco, M.....	10, 78
Blanco Orozco, A.I.....	38, 45, 49, 50	Domínguez López, M.D.....	80
Bravo Carmona, P.....	46, 47	Domínguez Ortega, J.....	73
Caballero Ballesteros, L.....	62	Donoso Correa, Z.F.....	9, 13, 59, 60
Caballero Eraso, C.....	76	Dorta Domínguez, S.....	31
Cabanillas Díez-Madroño, C.....	4, 8, 9, 13, 31, 59, 60	Egea Santaolalla, C.J.....	76
Cabeza Serrano, A.....	72	Elías Hernández, M.T.....	10, 11, 12, 13
Cabrera César, E.B.....	4, 22, 61, 64, 65	Escribano Dueñas, A.M.....	36
Cabrera Galán, C.....	20, 72	Espina Ordeix, J.....	39
Cabrero Rodríguez, C.....	15, 19, 20, 33, 66	Espinosa García, E.....	52
Calderón Cabrera, A.M.....	69	Expósito Marrero, A.....	31
Calderón Vargas, A.N.....	47	Fabre Bernal, C.....	74
Calvente Vera, N.....	15, 19, 20, 33, 34, 66	Fernández De Rota García, L.....	77
Campos Pareja, A.M.....	69	Fernández González, A.M.....	35, 44, 46
Cantador, B.....	44	Fernández Granja, M.....	64, 68
Cañón Barroso, L.....	30, 63	Fernández Mula, L.....	6, 64, 68
Carmona García, R.....	67	Fernández Suárez, B.....	64, 68
Carrasco Flores, A.....	4, 8	Fernández Vega, A.....	51

Feu Collado, N.....	62, 80	León Jiménez, A.....	82
Figueroa, S.....	47	Lesaga López, E.....	62
Fole Vázquez, D.....	35, 56	Levy Abitbol, R. Ch.....	72
Font Ugalde, P.....	80	LevyNaon, A.....	72
Fontoba Díaz, J.....	14, 15	Lobato de la Sierra, M.P.....	69, 72
Franco Campos, M.A.....	6, 60	López Bauzá, A.....	78
Galán Gil, G.....	47	López Cano, R.....	27
Gallardo Medina, M.....	15	López García, J.....	21, 23, 55
Gallego Domínguez, R.....	4	López León, A.....	35, 56
Gámez Baeza, P.....	15, 19, 20, 33, 34, 66	López López, M.....	16
Gámiz Molina, A.B.....	15, 16	López Márquez, M.I.....	69
García García, M.C.....	17, 63, 79	López Martínez, J.....	64, 68
García Gómez, F.....	38, 45, 49, 50	López Martos, P.....	35
García Hernández, S.....	31	López Miguel, P.....	68
García López, D.....	4	López Pardo, A.....	35
García Lovera, P.....	62, 80	López Ramírez, C.....	78, 80
García Morales, S.....	20, 72	López Rodríguez, J.....	17, 30, 63, 79
García Rubio, G.....	59	López Ruz, S.....	11, 12
Garci-Varela Olea, M.....	6, 60	López Villalobos, J.L.....	38, 45, 49, 50
Gil Belmonte, M.J.....	35	López-Campos Bodineau, J.L.....	17
Gil, A.....	73	Maldonado Vicente, G.....	15, 19, 34
Girón Arjona, J.C.....	27	Malvé, M.....	50
Gómez Cuervo, C.....	68	Marín Andreu, A.....	28, 58, 66, 75, 82
Gómez Gago, A.M.....	46, 47	Marín Romero, S.....	10, 11, 12, 13, 68
Gómez Rebollo, C.....	24, 48	Márquez Lagos, L.C.....	67
Gómez Rodríguez, B.....	4, 9, 22, 61, 64, 65	Márquez Pérez, F.L.....	17, 30, 63
Gómez Vizcaíno, M.T.....	63	Martínez Mesa, A.....	4, 9, 22, 23, 65, 70
González Fernández,	27	Martínez Molina, J.....	32
González Florido, N.....	14, 15	Martínez Rodríguez, D.....	25
González García, F.J.....	35, 44, 46	Matallana Encinas, N.....	17, 30, 63, 79
González García, M.T.....	24	Maza Ortega, C.....	67
González Hernández, A.....	7, 24, 71, 74	Mediano San Andrés, O.M.....	76
González Pérez, C.....	72	Membrillo Ruiz, L.....	80
Gordillo Fuentes, J.S.....	18, 55	Mendoza Alarcón, M.A.....	62
Goycochea Valdivia, W.A.....	17	Mendoza Barrios, A.M.....	15, 20, 33, 34, 66
Gracia Hernández, B.....	7, 24, 71, 74	Mendoza Zambrano, E.M.....	10, 13, 76, 78
Gutiérrez Lara, J.A.....	79	Menéndez Lobo, A.....	28, 29, 40, 42
Habas Hidalgo, E.....	4, 8	Mira Padilla, E.....	24, 48
Henríquez Almeida, G.....	39	Molina, J.....	73
Hernández Borge, J.....	17, 63, 79	Monge Blanco, S.....	38, 45, 49, 50
Hernández Escobar, F.....	46, 47	Montaño Montaño, C.....	4, 8, 9, 13, 31, 59, 60
Hernández Gómez, S.....	17, 30, 63, 79	Montero Fole, B.....	31
Herrera Cubas, R.....	47	Montoro Ballesteros, F.....	66
Hurtado Gañán, M.G.....	18, 43, 55	Moreno Arrastio, L.F.....	36, 77
Ignacio Expósito, M.M.....	18, 43, 55	Moreno Casado, P.....	35, 44, 46
Iñigo Naranjo, P.....	17, 79	Moreno Valera, M.J.....	17
Jara Palomares, L.....	10, 11, 12, 13, 68, 69	Morillo Domínguez, M.C.....	36
Javier Marchena, P.....	68	Moya Blanch, E.....	39
Jiménez Lozano, G.....	16	Moyano Rodríguez, M.J.....	46, 47
Jiménez Merchán, R.....	27	Muñiz Rodríguez, A.M.....	42
Jurado Gámez, B.....	51, 62, 80	Muñoz Corroto, C.....	62, 80
Jurado García, A.....	80	Muñoz Lajara, A.....	6, 60
Lancha Domínguez, J.....	7, 24, 71, 74	Muñoz Montiel, A.....	41, 53, 57
Larrosa Jiménez, R.....	52, 53	Muñoz Pindando, C.....	39



Muñoz Ramírez, I.....	28, 58, 66, 75, 82	Salvatierra Velázquez, A.....	44
Muñoz Zara, P.....	72	Sánchez Álvarez, E.....	21, 23, 55, 61, 64, 65, 70
Nacarino Burgos, A.....	31, 59	Sánchez Belmonte, S.....	39
Nieto, A.....	73	Sánchez Chaparro, M.A.....	41, 53, 57
Núñez Velacoracho, H.R.....	4, 8	Sánchez Gómez, E.....	5
Ocaña García, P.P.....	20	Sánchez Matás, C.....	38, 45, 49, 50
Oliva, J.....	73	Sánchez Palop, M.....	15, 16
Ortea, I.....	51	Santos Luna, F.....	48
Otero Candelera, R.....	10, 11, 12, 13	Santos Rubio, M.D.....	5
Padilla Galo, A.....	72, 77	Santos Sánchez, V.....	82
Párraga Fuentes, J.L.....	44	Sarasa, M.....	73
Pascual Martínez, N.....	76	Sierra Murillo, L.M.....	17, 30, 63, 79
Pastor Escartín, I.....	47	Sojo González, M.A.....	4, 8
Pedrero Muñoz, R.....	64	Solana Martínez, E.....	64, 68
Pereira Vega, A.....	5, 7	Solís Serván, M.E.....	38, 45, 49, 50
Pérez Grimaldi.....	72	Soto Campos, J.G.....	72
Pérez Morales, M.....	53, 72, 77	Tapia Guerrero, A.....	36
Pérez Negrín, L.M.....	31	Torres Bermúdez, J.R.....	47
Piñel Jiménez, L.....	4, 9, 21, 22, 23, 70	Trujillo Castilla, J.L.....	31
Pitti Pérez, R.....	31	Trujillo, M.....	47
Plaza, V.....	73	Valencia Azcona, B.....	72, 77
Poveda Chávez, D.S.....	35, 44, 46	Valido Morales, A.....	42
Puchaes Manchón, C.....	5, 7	Vaquero Barrios, J.M.....	48
Quero Valenzuela, F.....	46, 47	Vargas Puerto, A.....	67
Quesada Quesada, A.....	28, 29, 40, 42	Vázquez Gandullo, E.....	28
Quintana Gallego, E.....	17, 54	Vázquez Rubio, R.....	69
Ramírez Rodríguez, G.....	28, 29, 40, 42	Vega Lizarazo, D.E.....	23, 70
Ramos Izquierdo, C.....	31	Velasco Albendea, F.J.....	35
Redel Montero, J.....	48	Velasco Garrido, J.L.....	9, 21, 23, 55, 61, 64, 65, 70
Reina Marfil, N.....	4, 21, 22, 61, 64, 65	Viciano Martín, E.....	18, 43, 55
Reinoso Arijá, R.....	17, 54	Vilardell Rifá, G.....	39
Remesal Cobreros, R.....	74	Vioque, R.....	39
Riesco Miranda, J.A.....	9, 13, 31, 59, 60	Vives Manjón, M.A.....	64
Rioja Villodres, J.....	41	Wals Rodríguez, A.J.....	69
Rivera Gómez, S.....	72	Wins, R.....	47
Rodríguez Blanco, I.....	79		
Rodríguez Hernández, C.....	82		
Rodríguez Jerez, F.....	15, 16		
Rodríguez Portal, J.A.....	78, 80		
Romero Cebrián, M.....	13		
Romero Linares, A.....	28, 29, 40, 42		
Romero López, J.....	5, 7, 71, 74		
Romero Sayago, C.....	7, 24, 71		
Ros Lucas, J.A.....	68		
Ruano Carretero, M.A.....	26, 32, 81		
Rubio Moreno, M.....	36, 41, 53, 57, 72, 77		
Ruiz Carretero, M.E.....	4, 8, 9, 13, 31, 59, 60		
Ruiz Esteban, P.....	41, 53, 57		
Ruiz López, E.....	35, 44, 46		
Ruiz Martínez, S.Y.....	64, 68		
Ruiz Zafra, J.....	46, 47		
Rusca Giménez, M.....	37		
Sabariego Arenas, I.....	27		
Salcedo Lobera, E.....	14, 25, 26, 32, 81		