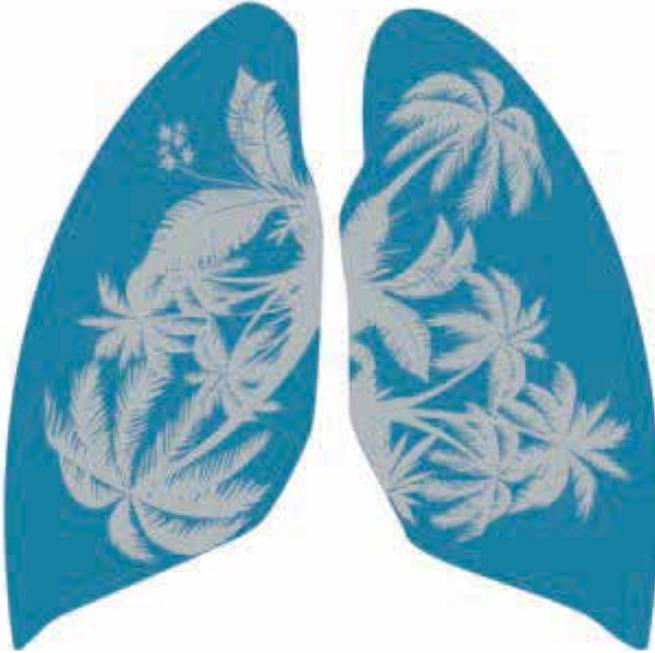
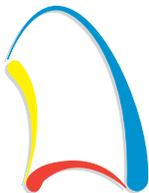


XXII



XXII

CONGRESO de la
S O C I E D A D
VALENCIANA de
NEUMOLOGÍA



2015

Elche, 27 y 28 de
Marzo de 2015
Palacio de
Congresos

LIBRO DE
COMUNICACIONES
ORALES Y PÓSTERS

COMUNICACIONES ORALES

- O01 PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES CON MELANOMA CUTANEO MALIGNO. RESULTADOS PRELIMINARES** 5
Navarro Soriano C-Selma MJ, Dalmases M, Landete P, Hernández L, Aauri MJ, Abad J, M. de la Peña, Pérez-Gil A, González M, Sánchez de la Torre A, Llombart M, Mediano O, Somoza M, Corral J, Mayos M, I Martínez-García MA
- O02 HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. NUESTRA EXPERIENCIA** 6
González D., León R., García M., Gil J., García R., Martín C.
- O03 LACTATO PLASMÁTICO COMO PARÁMETRO DE UTILIDAD PRONÓSTICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE**..... 7
García-Ortega A, López-Reyes R, Nauffal D, Zaldivar E, Llaguno O, Lobo J, Jiménez D
- O04 LA ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P) ESTÁ AUMENTADA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI), PERO NO PREDICE SU EVOLUCIÓN** 8
Carles Fabregat, Beatriz Soria, Mercedes Ramón, Estrella Fernández, Javier Berraondo, Ana Lopez, Vanesa James, Cristina Sabater, Javier Milara, Gustavo Juan
- O05 IMPACTO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS (SAHS)** 9
Suárez Lorenzo I, Rosillo Hernández E, Vilella Tomás V, Pascual Lledo F, Rosa Silvia A, Hernández Blasco L.
- O06 PAPEL POTENCIAL DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13-VALENTE EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA** 10
Laura Novella Sánchez, Francisco Sanz, Concepción Gimeno, Estrella Fernández-Fabrellas, Nuria Tormo, Eusebi Chiner, ML Briones, MC Aguar, Ángela Cervera, José Blanquer

O07	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UNA MASA EN LA VÍA CENTRAL DE UN TURSIOPS TRUNCATUS	11
	<i>Enrique Cases, Daniel García-Párraga, Andrés Briones, Teresa Álvaro, Raquel Martínez, Mónica Valls, Francisca Sanchis, Alicia Villanueva, Yolanda Diago</i>	
O08	DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES CON ASMA Y EPOC EN EL NIVEL DE ADHESIÓN Y EN LOS TIPOS DE INCUMPLIMIENTO A LOS INHALADORES OBSERVADAS CON EL TEST DE ADHESIÓN A LOS INHALADORES (TAI)..	12
	<i>C. Martín Serrano, E. Chiner Vives, A. De Diego Damiá, J. Gil Carbonell, J. Guallar Ballester, E. Llorca Martínez, V. Macián Gisbert, JA Martínez Carbonell, E. Martínez Moragón, JF. Pascual Lledó, C. Pellicer Ciscar, JM.Querol Borrás, M. Ramón Capilla, JA. Royo Prats, F. Sánchez Toril</i>	
O09	¿PODEMOS AJUSTAR EL DIMERO D (DD) SEGÚN LA EDAD CON SEGURIDAD?.....	13
	<i>Ana López Vázquez, Javier Berraondo Fraile, Izumi Konishi, Ana Bediaga Collado, Estrella Fernández Fabrellas, Mercedes Ramón Capilla, Gustavo Juan Samper</i>	
O10	SINDROME DE TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA, UNA PATOLOGIA DE INTERES EN NEUMOLOGIA.....	14
	<i>Jaimés S., Collado E., Herrero L., López A., Sabater C., Ramón M., Fernandez E., Juan G.</i>	
O11	PATRONES DE CUMPLIMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO (SAHS) EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD 17 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	15
	<i>Chiner E, Senent C, Sancho-Chust JN, Gómez-Merino E, Pastor E, Landete P, Bravo R, Pérez-Ferrer P, Arlandis M, García-Ferrer S, Dorgham.Hatoum A</i>	
O12	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA SECUNDARIA A AGUDIZACIÓN DE EPOC. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE ÉXITO	16
	<i>Fernández Álvarez Javier, Hernández Roca María, Menchón Martínez Pedro, García Torres Pedro, Ibáñez Meléndez Rocío, Bravo Gutiérrez Javier, Pérez Pallarés Javier, Castillo Quintanilla Carlos, De la Torre Álvaro Juan, Guillamón Sánchez Mercedes, Martínez Garcerán José Javier, Valdivia Salas Mar, Santa Cruz Siminiani Antonio</i>	

ORAL 01

PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES CON MELANOMA CUTANEO MALIGNO. RESULTADOS PRELIMINARES

Navarro Soriano C(1), Selma MJ (1), Dalmases M (2), Landete P (3), Hernández L (4), Atauri MJ (5), Abad J (6), M. de la Peña (7), Pérez-Gil A (8), González M (9), Sánchez de la Torre A (10), Llombart M (11), Mediano O (12), Somoza M (13), Corral J (14), Mayos M (15), Martínez-García MA (1). **Hosp:** La Fe (1); Clínic Brç (2); San Juan Alic (3); General Alic (4); 12 de Octubre (5); G Trials i Pujol (6); Son Espases (7); Valme (8); M Valdecilla (9); A. de Vilanova. Lleida (10), Marina Baixa (11); Univ de Guadalajara (12); Terrassa (13); S P de Alcántara (14); San Pau (15).

Introducción. Existe una asociación entre un exceso de TRS y la incidencia y mortalidad por cáncer, pero hay pocos datos sobre la prevalencia de TRS en pacientes con cáncer.

Objetivo. Analizar la prevalencia de TRS en pacientes con melanoma cutáneo maligno (MCM).

Material y métodos. Resultados preliminares de un estudio multicéntrico de 450 pacientes con MCM para valorar la asociación entre los TRS y la agresividad del MCM. En el presente estudio se incluyen los primeros 159 pacientes y se analiza la prevalencia de TRS. A todos los pacientes se les realiza un protocolo estandarizado para el diagnóstico de melanoma, variables generales, antecedentes y clínica de apnea del sueño y un estudio poligráfico. Los resultados de prevalencia de TRS se comparan con en población general

Resultados. Se incluyen 159 pacientes con MCM. Edad: 57.5 (14) años (44,7% varones), IMC: 26.9 Kg/m², Epworth: 6.1 e IAH: 14.7 (16.3). Roncopatia:61.6% y apneas 16.4%. Tabla de prevalencias:

	Presente estudio (n=159). Melanomas		Durán et al (2001) (n=2148) Población general	
	Hombres (n=71)	Mujeres (n=87)	Hombres (n=1050)	Mujeres (n=1098)
Edad	61.1 (15)	54.5 (15)	50-59 años	
IMC (Kg/m ²)	27.8 (4.2)	26.6 (4.8)	26.5 (4.1)	26.5 (4.1)
IAH≥5	76.5%	66.3%	27.9%	35%
IAH≥10	57.4%	39.4%	24.1%	16.2%
IAH≥15	47.1%	24.4%	19.4%	8.9%
IAH≥30	20.1%	9.1%	11.4%	4.3%
Epw≥10	7%	11.5%	14%	22%

Conclusiones. A pesar de tener un grado de hipersomnias menor, los pacientes con MCM presentan una prevalencia de TRS entre dos y tres veces mayor que la población general de semejante edad, sexo e IMC.

ORAL 02

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. NUESTRA EXPERIENCIA.
Autores: González D. León R. García M. Gil J. García R. Martín C.
Servicio de Neumología del Hospital General de Alicante.

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se caracteriza por un aumento progresivo de las resistencias vasculares pulmonares que conducen al fallo ventricular derecho. La prevalencia en la población VIH es 0.5% y ésta no se ha modificado pese a la introducción del TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad), siendo un factor de riesgo de mortalidad en estos pacientes.

Objetivo: Describir la población de pacientes con HAP-HIV atendidos en el servicio de neumología del Hospital General de Alicante entre los años 2004-2014.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de HAP-HIV en el servicio de neumología. Se analizaron las variables demográficas, clínicas, hemodinámicas y supervivencia.

Resultados: Se han diagnosticado 5 HAP-HIV, de los cuales 3(60%) son hombres con una media de edad de 38 años. Los 5 pacientes eran ExADVP coinfectados por VHC. Al momento del diagnóstico se encontraban en los siguientes estadios de VIH: uno A1, dos A2, uno B3 y uno C3; sólo 3(60%) se encontraban con TARGA. En el cateterismo cardíaco derecho se objetivó una media de PAPm de 61,6; al diagnóstico se hallaban en las siguientes clases funcionales de NYHA: 2 clase IV, 1 clase I, 1 clase II y 1 III. Se inició tratamiento específico de la HAP en todos los pacientes (1 tratado con iloprost inhalado (inh), 2 con bosentan y 2 con iloprost inh y sildenafil). Tras un seguimiento medio de 6 años, se evidenció mejoría de la clase funcional NYHA encontrando 3 en clase I, 1 en clase II y 1 muerto.

Conclusión: La HAP es un problema de poca prevalencia en los pacientes con HIV, afectando su calidad de vida y cuyo tratamiento conduce a mejoría sintomática en la mayoría de los casos.

ORAL 03

LACTATO PLASMÁTICO COMO PARÁMETRO DE UTILIDAD PRONÓSTICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.

García-Ortega A¹, López-Reyes R¹, Nauffal D¹, Zaldivar E¹, Llaguno O², Lobo J³, Jiménez D⁴. Centro: 1 Hospital Universitario La Fe, 2 Hospital Universitario de Álava, 3 Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: estudiar la capacidad pronóstica a corto plazo del nivel plasmático de lactato en pacientes con TEP hemodinámicamente estable y su valor añadido a otros marcadores pronósticos.

Metodología: Estudio prospectivo multicéntrico de pacientes con TEP hemodinámicamente estable. Se evaluó como evento primario la variable combinada TEP fatal y/o colapso hemodinámico a los 7 días del diagnóstico. La disfunción ventricular derecha mediante ecocardiografía (DVD) se definió como la presencia de dilatación del VD (DTD >3 cm o VD/VI apical 4C ≥1), gradiente VD-AD >30 mmHg y/o hipocinesia de la pared libre del VD. Para valorar el papel de la estrategia combinada en la detección de los pacientes de “riesgo intermedio” (mediante el lactato, troponina y el ecocardiograma) se realizó un análisis de regresión logística múltiple comparando la frecuencia de eventos adversos de tres grupos de pacientes: 1) troponina elevada y DVD ecocardiográfica; 2) troponina elevada, DVD ecocardiográfica sin elevación de lactato y 3) troponina elevada, DVD ecocardiográfica y lactato elevado.

Resultados: 496 pacientes consecutivos con TEP hemodinámicamente estable, detectando el evento primario en 20 (4%) con un nivel de lactato mayor que en los que no lo presentaron (2,66 mmol/L vs 1,20 mmol/L; p<0,001). Del total de pacientes, 175 (27%) tenían un lactato ≥ 2 mmol/L, presentando 14 (10,4%) el evento primario, frente a 6 de 361 (1,7%) con lactato bajo. Los pacientes con lactato elevado tenían un número mayor de complicaciones (OR 5,3 [IC₉₅: 1,9-14,4]). La combinación de lactato elevado, troponina elevada y marcadores de DVD ecocardiográfica fue un indicador pronóstico útil (VPP 17,9% [IC₉₅: 6,1-36,9]).

Conclusiones: La medición del lactato plasmático representa un factor predictivo a corto plazo de complicaciones relacionadas con la embolia de pulmón en los pacientes hemodinámicamente estables, y podría ayudar a tomar decisiones terapéuticas en el manejo de la embolia pulmonar.

ORAL 04

LA ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P) ESTA AUMENTADA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI), PERO NO PREDICE SU EVOLUCIÓN

Autores: Carles Fabregat, Beatriz Soria, Mercedes Ramón, Estrella Fernández, Javier Berraondo, Ana Lopez, Vanesa James, Cristina Sabater, Javier Milara, Gustavo Juan

Centro de Trabajo: Servicio de Neumología y Fundación de Investigación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

Objetivos: La S1P esta implicada en la patogenia de la FPI. El objetivo de este estudio es investigar los niveles de S1P en suero y en lavado alveolar (BAL) de pacientes con FPI y conocer si estos son predictores de la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: La S1P fue medida en suero y BAL de 27 pacientes con FPI y en 30 sujetos control. Se aplicó un análisis paramétrico y no paramétrico para conocer si los valores de la S1P eran diferentes en suero y/o BAL en pacientes y controles. También se estudiaron curvas de supervivencia Kaplan Meyer para conocer si los niveles de S1P en suero influían en la supervivencia.

Resultados: Los niveles de S1P estaban aumentados en el suero de pacientes con FPI (1.4 (0.4) μM) versus control (1(0.26) μM) $p < 0.001$. y en BAL 1.12 (0.53) μM) versus control (0.2 (0.5) μM) $p < 0.000$. Sin embargo los niveles de S1P no tuvieron influencia en la supervivencia de los pacientes

Conclusiones: S1P esta elevada en suero y BAL de pacientes con FPI en relación a controles, pero sus niveles no predicen la evolución de la enfermedad.

ORAL 05

IMPACTO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL SINDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS (SAHS)

Autores: Suárez Lorenzo I, Rosillo Hernández E, Vilella Tomás V, Pascual Lledo F; Rosa Silvia A, Hernández Blasco L. S. Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Analizar el impacto de la cirugía bariátrica (CB) y la uvulopalatofaringoplastia (UPP) en nuestra población de pacientes en tratamiento con CPAP.

Metodología: En un período de 15 años (desde 1999 hasta 2014) se han estudiado 6700 pacientes por sospecha de SAHS. Entre los 261 a los que se les repitieron los estudios de sueño por diferentes motivos, hemos seleccionado los 26 pacientes (10%) sometidos a CB y los 17 (7%) a la UPP. Se estudiaron diferentes variables antes y después de dichas cirugías.

Resultados: La edad media fue de 48 ± 8 años en los pacientes sometidos a CB y de 44 ± 10 en los que se les practicó la UPP; el número de mujeres fue 17 (65%) y 3 (18%) respectivamente. La media de tratamiento con CPAP fue de 36 ± 27 meses antes de la CB y de 19 ± 13 meses antes de la UPP. El 2º estudio de sueño se realizó tras 15 ± 22 meses de la CB y 4 ± 11 después de la UPP, observándose un IAH < 5 en sólo 6 pacientes (23%) y 5 (29%) de los operados de CB y UPP respectivamente.

	Antes		Después			
	CB	UPP	Con CPAP		Sin CPAP	
	CB (9)	UPP (5)	CB (17)	UPP (12)	CB (17)	UPP (12)
Cirugía						
BMI (kg/m ²)	53±9	31±5	37±7	36±7	35±8	29 ± 4
IAH	57±23	45±21	18±14	53±32	7 ±6	11 ±10
FVC (%)	85±16	96±15	99±21	101±22	109±16	103 ±14
PaO ₂ (mmHg)	73±9	88±15	88±17	79±8	94±7	83 ±12

Conclusiones: Ambas cirugías mejoran la FVC y el IAH, permitiendo la retirada de la CPAP en un 65% de pacientes de los sometidos a CB y en un 71% de los intervenidos con UPP. No obstante, persiste un SAHS residual en un 77% de pacientes en ambos grupos y siguen precisando CPAP un tercio de cada subpoblación.

ORAL 06

PAPEL POTENCIAL DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA 13-VALENTE EN LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA

Laura Novella Sánchez, Francisco Sanz, Concepción Gimeno, Estrella Fernández-Fabrellas, Nuria Tormo, Eusebi Chiner, ML Briones, MC Aguar, Ángela Cervera, José Blanquer. Grupo CAPAVANT

Objetivos: Analizar la capacidad potencial de la PCV-13 en la prevención de complicaciones respiratorias en la neumonía neumocócica bacteriémica.

Material y métodos: Se analizaron las características demográficas, comorbilidades, resistencias antibióticas y la evolución (complicaciones y mortalidad) de una cohorte de 65 pacientes con neumonías neumocócicas bacteriémicas (NAC-SP) en una población no vacunada, estratificando por los serotipos de neumococo incluidos en PCV13 frente a los no incluidos. Los grupos se compararon mediante la prueba de X².

Resultados: De una población de 65 NAC-SP, el 47,7% de los aislamientos pertenecían a los serotipos incluidos en la PCV-13. No se encontraron diferencias significativas en las comorbilidades o manifestaciones clínicas entre los grupos. Se observó mayor hipoxemia en el grupo de pacientes infectados por los serotipos PCV-13 en comparación con los no incluidos [PaO₂/FiO₂ 209 (63) vs 268 (57); p=0,007]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las resistencias a la penicilina, eritromicina, cefotaxima o levofloxacino. Se identificó algún tipo de complicaciones en el 69,2% (45 pacientes): complicaciones respiratorias en 47,7% que además se detectaron con mayor frecuencia en los serotipos incluidos en la PCV-13 en comparación con los grupos no vacunales (61,3% vs 35,3%; p=0,036). La mortalidad global a 30 días fue del 30,8% sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (25,8% vs 35,3%; p=0,408).

Conclusiones: 1- La vacuna conjugada 13-valente incluye los serotipos que más frecuentemente causan complicaciones respiratorias en nuestra serie. 2- La PCV-13 puede tener un papel potencial en la prevención de complicaciones respiratorias debido a la neumonía neumocócica bacteriémica en nuestra zona.

ORAL 07

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE UNA MASA EN LA VIA CENTRAL DE UN TURSIOPS TRUNCATUS

Enrique Cases^a, Daniel García-Párraga^b, Andrés Briones^a, Teresa Álvaro^b, Raquel Martínez^a, Mónica Valls^b, Francisca Sanchis^a, Alicia Villanueva^a, Yolanda Diago^a.

^aUnidad de Neumología Intervencionista, Hospital Universitario y Politécnico La Fe; ^bDepartamento de Veterinaria y Laboratorio. Área de Biología. Oceanográfico. Grupo Parques Reunidos. Ciudad de las Artes y de las Ciencias, Valencia.

Objetivo: Permeabilizar la vía aérea central obstruida casi completamente por una masa de origen benigno. **Paciente y Método:** Se trata de una delfina mular (*Tursiops truncatus*) de 10 años con disnea progresiva (respiración superficial con frecuencia respiratoria de 42 respiraciones/5 min) e intolerancia al ejercicio. La tomografía computarizada (TC) mostró una masa traqueal hasta carina que ocluía gran parte de la luz bronquial. Se realizaron 3 broncoscopias de duración media: 90 min separadas 10 días. Se utilizó un videobroncoscopio flexible Pentax, una criosonda flexible de 2,4 mm de Ø y una sonda de Argón. Se premedicó con Midazolam, Tramadol y hemostáticos y se administró oxígeno suplementario. Previamente con broncoscopio se intubo con tubo flexible de 37F. **Resultados:** La broncoscopia mostró masa semisólida-fibrinosa sésil, que dejaba el bronquio accesorio libre y ocluía casi completamente tráquea y carina principal. Se tomaron muestras para microbiología y anatomía patológica. De forma progresiva se extrajo material con la criosonda hasta permeabilizar el bronquio principal derecho en la segunda sesión y, parcialmente el izquierdo en la tercera sesión. Con argón plasma se facilitaba el desbridamiento y la coagulación. En la tercera sesión se accedió al árbol bronquial. Se aisló *Zygomyceto* y *Pseudomonas Aeruginosa* y la anatomía mostró material inflamatorio granulomatoso con abundantes hifas. Se trató con posaconazol, ceftazidima, amikacina e imipenem. Hubo mejoría progresiva respiratoria (la frecuencia respiratoria se normalizó en 15 respiraciones/5 min) y en la TC de final la permeabilidad de la vía aérea era casi completa. **Conclusión:** Con broncoscopia flexible, criosonda y sonda de argón se puede permeabilizar la vía aérea de un cetáceo comprometida por una masa.

El tratamiento endobronquial se pudo realizar gracias a la colaboración de Alejandro García y SimMedica que proporcionó el material endoscópico y las sondas de tratamiento.

ORAL 08

DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES CON ASMA Y EPOC EN EL NIVEL DE ADHESIÓN Y EN LOS TIPOS DE INCUMPLIMIENTO A LOS INHALADORES OBSERVADAS CON EL TEST DE ADHESIÓN A LOS INHALADORES (TAI)

C. Martín Serrano; E. Chiner Vives; A. De Diego Damiá; J. Gil Carbonell; J. Guallar Ballester; E. Llorca Martínez; V. Macián Gisbert; JA Martínez Carbonell; E. Martínez Moragón; JF. Pascual Lledó; C. Pellicer Ciscar; JM. Querol Borrás; M. Ramón Capilla; JA. Royo Prats; F. Sánchez Toril. (TAI.V)

Debido a las diferentes existentes entre los pacientes con asma y con EPOC, la adhesión a los fármacos inhalados y el patrón de incumplimiento, también podría ser diferente. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan analizado estas posibles diferencias.

Objetivo. Determinar las diferencias en el nivel de adherencia y el tipo de incumplimiento a la terapia inhalada mediante el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

Métodos. Estudio multicéntrico transversal y observacional que incluyó 1.009 pacientes respiratorios crónicos: 500 (55%) con asma y 410 (45%) con EPOC. Se recogieron datos sociodemográficos, nivel cultural y características clínicas; cumplieron el cuestionario TAI, el de Morisky-Green, el Asthma Control Test (ACT) los asmáticos, y el COPD Assessment Test (CAT) los EPOC; y a todos se les efectuó una espirometría.

Resultados. Los asmáticos fueron más jóvenes, había más mujeres, tenían mayor nivel cultural, mayor proporción de situación laboral activa, fumaban menos, su enfermedad estaba más controlada y tenían mejor función pulmonar que los pacientes con EPOC. Sin embargo, presentaron una significativa mayor proporción de casos con mala adhesión, 140 (28%) frente a 201 (49%) e incumplimiento "errático" (46,4 frente a 34,9%) y "deliberado" (66,8 frente a 47,1%). Por el contrario, los EPOC cursaron con una significativa mayor proporción de incumplimiento "involuntario" (31,2 por 22,8%).

Conclusiones. Aunque los asmáticos tienen características sociodemográficas y clínicas más favorables, son peores cumplidores con la terapia inhalada que los pacientes con EPOC. Así mismo, muestran un patrón diferente de tipo de incumplimiento. Estas diferencias deberían ser consideradas en los programas de educación, que a su vez deberían incorporar medidas correctoras específicas para cada tipo de incumplimiento y enfermedad.

ORAL 09

TITULO: ¿PODEMOS AJUSTAR EL DIMERO D (DD) SEGUN LA EDAD CON SEGURIDAD?

AUTORES: Ana López Vázquez⁽¹⁾, Javier Berraondo Fraile⁽¹⁾, Izumi Konishi⁽²⁾, Ana Bediaga Collado⁽¹⁾, Estrella Fernández Fabrellas⁽¹⁾, Mercedes Ramón capilla⁽¹⁾, Gustavo Juan Samper⁽²⁾. ⁽¹⁾Hospital General Universitario de Valencia, ⁽²⁾Universidad de Valencia.

OBJETIVOS: Sabemos que el valor del DD junto con una probabilidad clínica pretest baja-moderada prácticamente excluye la posibilidad de tromboembolia pulmonar (TEP). El valor del DD parece aumentar con la edad, lo que disminuye su especificidad como técnica diagnóstica. Por ello, pretendemos valorar la utilidad de ajustar el punto de corte del DD en función de la edad aplicando la fórmula sugerida por R. Douma (edad * 10) adaptado al método de determinación del DD de nuestro centro (edad * 5)⁽¹⁾.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo desde enero a diciembre de 2011. Se recogieron 1515 pacientes atendidos en el servicio de Urgencias a los que se les determinó el valor del DD según la sospecha clínica. Se estudio la correlación entre el DD y la edad mediante el test de correlación de Pearson. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo aplicando el punto de corte predeterminado por el laboratorio del hospital y el ajustado por edad. **RESULTADOS:** La edad media fue de 71,78 años (15-104), siendo el 50% hombres. Utilizando el punto de corte establecido por el laboratorio presentaban DD negativo 317 pacientes

[S=100%;E=21,72%;VPP=4,59%;VPN=100%]. Aplicando la fórmula de Douma el número de pacientes con DD negativo asciende a 493 [S=100%;E=33,76%;VPP=5,38%;VPN=100%]. Tras un año de seguimiento no presentaron episodios trombóticos. En los pacientes sin causa conocida de aumento del DD, éste se correlaciona positivamente con la edad ($r=0,19$; $p<0,01$). **CONCLUSIONES:**

- 1.- Aplicando una corrección al punto de corte del DD en función de la edad se consigue mejorar la especificidad de la técnica y por tanto evitamos la realización de otras técnicas diagnósticas innecesarias.
- 2.- Se demuestra una correlación positiva entre el valor del DD y la edad.

⁽¹⁾Douma RA et al. "Potential of an age adjusted D-dimer cut-off value to improve the exclusion of pulmonary embolism in older patients: a retrospective analysis of three large cohorts". BMJ 2010;340:1475

Proyecto becado como "Investigador Joven" por la FNCV.

ORAL 10

SINDROME DE TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA, UNA PATOLOGIA DE INTERES EN NEUMOLOGIA. Jaimés S. Collado E. Herrero L. López A. Sabater C. Ramón M. Fernandez E. Juan G. Hospital General de Valencia

Antecedentes y objetivos. El STHH se transmite de forma autosómica dominante con penetrancia y expresión variables. Aunque se han identificado mutaciones en 5 genes, las más frecuentes tienen lugar en el gen ENG (HHT1) y ALK-1 (HHT-2), que codifican receptores para miembros de la familia del TGF- β . Aunque considerada una enfermedad huérfana, con incidencia de 1:5000-1:8000 nacimientos, sus frecuentes manifestaciones pulmonares le hacen de interés en patología respiratoria. Presentamos un estudio retrospectivo de 12 familias diagnosticadas en un Hospital Terciario Universitario.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes (casos índice) y sus familiares en primer grado, investigando los criterios de Curaçao así como las complicaciones, evolución clínica, tratamiento y estudio genético en la mayoría de ellos.

Resultados: Se han diagnosticado 12 familias con STHH (criterios de Curaçao) con 35 miembros afectados. Las mutaciones encontradas fueron 12 con STHH-1 (endoglin), 5 con STHH-2 (ALK) y 18 pendientes de estudio genético. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: epistaxis 60%, telangiectasias 65.7%, fístulas pulmonares macroscópicas 22.8% y microscópicas 37.1%, hepáticas 20%, digestivas 11.4% y complicaciones cerebrales en 8.6%. Las fístulas hepáticas se relacionaron siempre con STHH-2. 2 pacientes desarrollaron hipertensión pulmonar por hiperdinamia y por tromboembolismo crónico. Se embolizaron las fístulas pulmonares en 5 pacientes. En general la evolución fue favorable, siendo la epistaxis la manifestación que ocasionó más morbilidad

Conclusiones. El STHH se presenta fundamentalmente con epistaxis, tiene una incidencia significativa y su diagnóstico tiene interés para control y tratamiento de complicaciones ORL, pulmonares neurológicas y hepáticas.

ORAL 11

PATRONES DE CUMPLIMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA EN EL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO (SAHS) EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD 17 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. Chiner E¹, Senent C¹, Sancho-Chust JN¹, Gómez-Merino E¹, Pastor E¹, Landete P¹, Bravo R¹, Pérez-Ferrer P¹, Arlandis M¹, García-Ferrer S², Dorgham.Hatoum A². 1.Hospital Universitario San Juan de Alicante. 2 The Linde Group.

Objetivos: El cumplimiento con presión positiva en la vía aérea (PAP) es fundamental en el tratamiento del SAHS. Evaluamos el grado de cumplimentación para establecer protocolos de actuación

Metodología: Se evaluó el cumplimiento de todos los pacientes con PAP (CPAP, AutoCPAP, BIPAP S) dirigido al tratamiento con SAHS del departamento 17 recogiendo edad, sexo, tiempo de tratamiento, lecturas del contador (2 lecturas en el último año), clasificando en: incumplidores (<1h.diaria), cumplidores parciales (1-3h.diarias), cumplidores (>3h.) y grandes cumplidores (>6h.). El protocolo consiste en telefonar a los de < de 1 hora y baja directa voluntaria o captación para el CAIDER. Para los de 1 y 3 horas, consulta de enfermería/escuela de CPAP. Se empleó t-student o ANOVA para comparar variables numéricas y el test de χ^2 para variables cualitativas.

Resultados: El número de pacientes con PAP fue de 3214 (3165 CPAP, 21 AutoCPAP y 28 BIPAP S), 2400 hombres y 814 mujeres, con edad media 61 ± 14 años, 63.5 ± 49 meses de tratamiento (Rango: 1-234), media global de cumplimiento 4.6 ± 2.9 horas. La prevalencia de tratamiento activo fue 1280/100000. Fueron cumplidores de >3 horas 2361 (73.5%), parciales 325 (10.1%) e incumplidores 528 (16.4%). Grandes cumplidores 1482 (46.1%). No diferencias significativas en horas por género ni en edad, aunque al dividir en cumplidores de más o menos de 3 horas, existió mayor proporción de mujeres incumplidoras ($p < 0.001$). Al comparar los meses de tratamiento entre los 3 grupos, las diferencias fueron significativas (ANOVA $p < 0.001$) 72 ± 40 , 56 ± 41 , 63 ± 61 . Los pacientes de <50 años eran menos cumplidores (4.2 ± 3 vs 4.7 ± 3 , $p = 0.006$).

Conclusiones: El cumplimiento con CPAP es bueno en casi la mitad de pacientes. La cuarta parte no son cumplidores y de ellos el 70% no cumplen nunca. Consideramos que los programas deben ir dirigidos a los cumplidores entre 1-3 horas para mejorar su eficiencia.

ORAL 12

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA SECUNDARIA A AGUDIZACIÓN DE EPOC. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE ÉXITO

Fernández Álvarez, Javier. Hernández Roca, María. Menchón Martínez, Pedro. García Torres, Pedro. Ibáñez Meléndez, Rocío. Bravo Gutiérrez, Javier. Pérez Pallarés, Javier. Castillo Quintanilla, Carlos. De la Torre Álvaro, Juan. Guillamón Sánchez, Mercedes. Martínez Garcerán, José Javier. Valdivia Salas, Mar. Santa Cruz Siminiani, Antonio
Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena

OBJETIVOS: 1: Conocer población hospitalizada por insuficiencia respiratoria hipercápnica secundaria a EPOC reagudizado con indicación de ventilación no invasiva 2: Analizar evolución y descubrir posibles factores predictores de fracaso de la VNI.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo de ingresos por AEPOC con VNI entre noviembre 2013 y octubre 2014.

RESULTADOS: 59 pacientes (76% varones) de 71.1 ± 10.1 años, obesidad: 62.7%, VNI domiciliaria: 54.2%, y O₂ domiciliario: 61.0%. Función pulmonar media: FEV₁: $41.05 \pm 15.82\%$ (1012.3 ± 431.8 mL), FVC: $59.31 \pm 15.61\%$ (1831.7 ± 687.4 mL). Inicio VNI en Urgencias 79.7%, Planta: 20.3%. Parámetros aplicados: IPAP: 18.41 ± 2.8 cm, EPAP: 7.54 ± 2.2 cm. Mejoría gasométrica al alta con significación estadística: pH inicial: 7.33 ± 0.06 vs al alta: 7.41 ± 0.03 , $p < 0.01$; PCO₂: 66.4 ± 14.7 vs: 52.7 ± 9.1 , $p < 0.01$; CO₃H: 34.4 vs: 32.1, $p = 0.01$. Estancia hospitalaria media: 7.53 ± 3.7 días. Tiempo aplicación VNI: 5.07 ± 4.07 días. Fracaso (éxitus) en 5 pacientes (8.5%) asociado a mayor edad (78.0 vs 70.2, $p = 0.10$), menor FEV₁ (37.5 vs 41.1, $p = 0.67$), mayores PCO₂ (69.7 vs 65.2, $p = 0.57$), y CO₃H (38.0 vs 34.2, $p = 0.29$), mayor IPAP (21.3 vs 18.3, $p = 0.07$), y EPAP (8.7 vs 7.5, $p = 0.39$), y FiO₂ (litros) administrada (6.5 vs 2.3, $p < 0.01$). Menor fracaso en pacientes con VNI domiciliaria previa (14.8% vs 3.2%, $p = 0.12$), e inicios VNI en Urgencias vs planta (6.5% vs 16.7%, $p = 0.26$). Un 27.1% reingresaron en 3 meses.

CONCLUSIONES: 1: La VNI logra resolución de la insuficiencia respiratoria hipercápnica con estancia adecuada, y reingreso en un cuarto de los pacientes. 2: La tasa de fracaso es baja y se asocia con mayor edad, PCO₂ y CO₃H iniciales y mayor IPAP, EPAP y FiO₂.

COMUNICACIONES PÓSTERS

- P01 ¿ES EL TABAQUISMO UN FACTOR A TENER EN CUENTA EN UNA BRONCOSCOPIA?** 25
Ana M^a López Vázquez, Estrella Fernández-Fabrellas, Sherlyne Vanesa Jaimes Díaz, Cristina Sabater Abad, M^a Luisa Tárrega Roig, Carmen M^a Cortés Alcaide, Enrique Casimiro Calabuig
- P02 HALLAZGOS EN LA VÍA AÉREA SUPERIOR AL REALIZAR LA BRONCOSCOPIA** 26
L. Zamora, B. Amat, F. Sánchez, JM. León, A. Camarasa, L. Aguilar, G. Fajardo, A. Mena
- P03 RESULTADOS PRELIMINARES DEL SISTEMA CHATIS PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON VÁLVULAS DEL ENFISEMA** 27
P. Landete, Andrea Martínez, Carlos Baeza, Raquel Martínez, Andrés Briones, Pilar Calvillo, Luis Compte, Enrique Cases
- P04 RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA TRANSBRONQUIAL (BTB) Y DE LA BIOPSIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) EN NUESTRA ÁREA SANITARIA** 28
Cabanes L., Valentín V, Herrera S, Inchaurreaga I, Martínez-Moragón E
- P05 SÍNDROME ANTISINTETASA (SAS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID)** 29
Beatriz Soria Navarro, Ana López Vázquez, Carles Fabregat Franco, Sherlyne Jaimes Díaz, Cristina Sabater Abad, Mercedes Ramón Capiella, Estrella Fernández-Fabrellas, Gustavo Juan Samper, Juana Rodríguez Delgado, Araceli Carbonell Moncho
- P06 SUBUNIDADES H Y M DE LAS ISOENZIMAS DE LDH EN LÍQUIDO PLEURAL** 30
E. Guilló, S. Linares Amorós, I. Serrano Peramos, V. Agulló, M.J. Soler, J. Grau, I. Padilla, J.F. Sánchez Hernández, J.A. Viedma Contreras, E. García-Pachón

P07	EFICACIA DEL RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE.....	31
	<i>Sonia Cepeda, Javier Narváez, Milagros Ricse, Juan José Alegre, Gloria Albert, Carmen Gómez Vaquero, Andrea Zacarías, Susana Herrera, Maria Molína, Joan M Nolla</i>	
P08	EFICACIA DEL MICOFENOLATO COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO TRAS ADMINISTRACIÓN DE CICLOFOSFAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA.....	32
	<i>Suliana Mogrovejo, Javier Narváez, Helena Borrell, Iván Castellví, Juan José Alegre, Sergi Heredia, Milena Millán, Susana Herrera, María Molina, Josep M Llobet, Joan M Nolla</i>	
P09	ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA CON COLISTINA EN NUESTRO MEDIO: IMPACTO SANITARIO.....	33
	<i>Pérez-Ferrer P, Chiner E, Senent C, Bravo R, Sancho-Chust JN, Landete P, Arlandis M, Pastor E, Talens A, Compañ P.</i>	
P10	ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.....	34
	<i>Betancurt A, Peris R, Sala A, Ponce S, Climent M, Martínez A, Martínez-Moragón E</i>	
P11	INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA SEVERIDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.....	35
	<i>R Méndez, I Amara, I Aldás, T Posadas, B Montull, A Gimeno, S Reyes, R Menéndez</i>	
P12	FACTORES INICIALES PREDICTORES DE FALLO MULTIORGÁNICO EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.....	36
	<i>Amara-Elori I., Méndez R, Gimeno A, Posadas T, Aldás I, Reyes S, Menéndez R</i>	
P13	CARACTERIZACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CON FALLO MULTIORGÁNICO EN ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS.....	37
	<i>Aldás I., Méndez R, Amara-Elori I, Posadas T, Gimeno A, Reyes S, Menéndez</i>	
P14	VALOR DEL CONTENIDO ARTERIAL DE OXÍGENO COMO MARCADOR DE DAÑO AGUDO DE ÓRGANOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.....	38
	<i>Laura Novella Sánchez, Francisco Sanz, Estrella Fernández-Fabrellas, Eusebi Chiner, ML Briones, Ángela Cervera, MC Aguar, Ruben Lera, José Blanquer</i>	

P15	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS POR NEUMONÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	39
	<i>Quilis M, Saura A, Herrera E, Palop M.</i>	
P16	PUNCION Y BIOPSIA PERCUTANEA BAJO GUIA ECOGRAFICA PARA EL DIAGNOSTICO DE LESIONES TORACICAS PERIFERICAS REALIZADO POR NEUMOLOGOS.....	40
	<i>Alberto García-Ortega, Andrés Briones, Sandra Fabregat, Raquel Martínez-Tomás, Enrique Cases</i>	
P17	SINDROME PLATIPNEA-ORTODESOXIA CARDIACA: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE DISNEA	41
	<i>Sabater C, Espriella R, Payá R, Pérez JL, López A, Jaimés V, Fernandez E, Ramón M, Juan</i>	
P18	EVALUACION DE LA TRANSICION A UNA NUEVA FORMULACION DE EPOPROSTENOL INTRAVENOSO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR.....	42
	<i>García-Ortega A, López-Reyes R, Zaldivar E, Nauffal D, Balerdi B, De Hevia L.</i>	
P19	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ASMA	43
	<i>Sonia Cepeda Madrigal, Eva Martínez Moragón, Ildefonso Furest Carrasco, Arolqui González Castillo, Anna Sala Marín, Alejandro Betancurt Díaz</i>	
P20	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON NEOPLASIA COMO FACTOR DE RIESGO SUBYACENTE	44
	<i>Arlandis M., Chiner E, Landete P, Pérez P, Chazarra P, Bravo R, Sancho JN, Senent C, Pastor E, Gómez E.</i>	
P21	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE TRES AÑOS.....	45
	<i>Arlandis M., Senent C, Chiner E, Landete P, Bravo R, Pérez-Ferrer P, Sancho-Chust JN.</i>	
P22	CORRELACIÓN DE LOS PARÁMETROS SÉRICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE STEIN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	46
	<i>Vilella Tomás V, Suarez Lorenzo I., Gonzalez Marcano D., Rosa A., Arroyo Cozar M., Hernandez Blasco LM</i>	
P23	EL DÍMERO D (DD) COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD Y EXTENSIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR (TEP).....	47
	<i>Izumi Konishi, Javier Berraondo Fraile, Ana Bediaga Collado, Ana López Vázquez, Estrella Fernández Fabrellas, Mercedes Ramón Capiella, Gustavo Juan Samper</i>	

P24	INMOVILIZACION POR CAUSA MEDICA AMBULATORIA O EN EL HOSPITAL. HALLAZGOS DEL REGISTRO NACIONAL	48
	<i>Alberto García-Ortega, Enrique Zaldívar, Raquel López, Manel Monreal, Dolores Nauffal</i>	
P25	CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO OSA18 PARA EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO INFANTIL	49
	<i>Landete P, Chiner E, Martínez-García MA, Sancho-Chust JN, Pérez-Ferrer P, Bravo R, Senent C, Gómez-Merino E, Arlandis M, Valero I</i>	
P26	CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO OSD6 PARA EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO INFANTIL	50
	<i>Landete P, Chiner E, Martínez-García MA, Sancho-Chust JN, Pérez-Ferrer P, Bravo R, Senent C, Arlandis M, Gómez-Merino E, Pastor E, Valero I</i>	
P27	CONSECUENCIAS CARDIOVASCULARES DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO. INFLUENCIA DE HIPOXEMIA NOCTURNA Y DEL TRATAMIENTO CON CPAP..	51
	<i>Hernández Roca María, Fernández Álvarez Javier, Menchón Martínez Pedro, García Torres Pedro, Ibáñez Meléndez Rocío, Bravo Gutiérrez Javier, Pérez Pallarés Javier, Castillo Quintanilla Carlos, De la Torre Álvaro Juan, Guillamón Sánchez Mercedes, Martínez Garcerán José Javier, Valdivia Salas Mar, Santa-Cruz Siminiani Antonio</i>	
P28	FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE FLOPPY EYELID SYNDROME EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO GRAVE	52
	<i>Gabriel Anguera, Álvaro Muñoz, María José Selma, Cristina Navarro, Ana Hervás, Angélica De Freytas, Isabel Pascual, Mercedes Hurtado-Sarrió, Miguel Ángel Martínez-García.</i>	
P29	EFFECTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO GRAVE SOBRE EL GROSOR MEDIO DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS RETINIANAS	53
	<i>Álvaro Muñoz, Gabriel Anguera, María José Selma, Cristina Navarro, Ana Hervás, Angélica de Freytas, Isabel Pascual, Mercedes Hurtado-Sarrió, Miguel Ángel Martínez-García</i>	
P30	RELACIÓN ENTRE LA HIPOXIA INTERMITENTE Y EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO (CEC)	54
	<i>R. Lera, Díaz, N. Rausell, M.Morales, E.Fernandez</i>	
P31	MORTALIDAD EN EXPUESTOS A ASBESTOS	55
	<i>P. García Brotons, F. Pascual, R. García-Sevila, J. Gil, E. Rosillo, E. Barroso, A. Rosa, C. Martin</i>	

P32	INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN LOS FACULTATIVOS RESIDENTES DE NUEVA INCORPORACIÓN	56
	<i>L. Zamora, G. Pérez Torregrosa, F.J. Gómez Romero, J.F. Navarro, J. Grau, M.J. Soler, I. Padilla, E. García-Pachón</i>	
P33	POTENCIAL ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LOS PROGRAMAS DE TELEMEDICINA	57
	<i>Segrelles Calvo G, Chiner Vives E, Fernández-Fabrellas E</i>	
P34	ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON CÁNCER.....	58
	<i>Arolqui González Castillo, Sonia Cepeda Madrigal, Ildefonso Furest Carrasco, Ignacio Inchaurreaga Álvarez y Eva María Martínez Moragón</i>	
P35	COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.....	59
	<i>N. Navarro, A. Sala, M. Climent, S. Ponce, R. Lera, E. Martínez Moragón</i>	
P36	OMALIZUMAB Y ASMA GRAVE. EFECTOS A UN AÑO DE TRATAMIENTO	60
	<i>Landete P, Chiner E, Sancho-Chust JN, Senet C, Pérez-Ferrer P, Bravo R, Gómez-Merino E, Arlandis M, Arriero JM, Pastor E</i>	
P37	ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ESTRATEGIAS DE ADMINISTRACIÓN DE OMALIZUMAB, EN PACIENTES ADULTOS CON ASMA GRAVE	61
	<i>Landete P, Chiner E, Novella L, Fernández-Fabrellas E, Ramón M Senet C, Sancho-Chust JN.</i>	
P38	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CALIDAD DE LAS ESPIROMETRIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO VALENCIA-DR. PESET	62
	<i>Suliana Mogrovejo, Alberto Herrejón, Vicente Abella, Nieves Navarro, Sonia Cepeda, Arolqui Castillo, Ana Sala, Alejandro Betancurt, Eva Martínez-Moragón</i>	
P39	LA CONDUCTANCIA ESPECIFICA TAMBIEN PUEDE DETECTAR LA PATOLOGIA INFLAMATORIA DE LA VIA FINA .	63
	<i>Betancurt A, Palop J, Herrejón A, Domingo M, Plaza P, Sempere C, Abella V, Martínez E</i>	
P40	ALTERACIONES DE LA CURVA DE LAVADO DE NITROGENO EN LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA ...	64
	<i>Betancurt A, Palop J, Herrejón A, Domingo M, Plaza P, Sempere C, Abella V, Martínez E</i>	
P41	¿ES EL ÍNDICE DE CHARLSON (IC) UN FACTOR IMPORTANTE EN LAS BRONCSCOPIAS?.....	65
	<i>Mª Luisa Tárrega Roig, Ana Mª López Vázquez, Mª José Boix Cerdà, Ana Salcedo Patricio, Enrique Casimiro Calabuig, Carmen Mª Cortés Alcaide, Estrella Fernández-Fabrellas</i>	

P42	ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INHALADO Y SU RELACIÓN CON LA CORRECTA TÉCNICA INHALATORIA	66
	<i>Ana Salcedo Patricio, Pilar Valle Dávalo, Ana Isabel López Hernández, Ana López Vázquez, Chelo Bellver Martínez, Mª Dolores Gavila Sebastian, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fernández Fabrellas</i>	
P43	IMPACTO POBLACIONAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA PROVINCIA DE VALENCIA. "RUTA DE LA SALUD 2014"	67
	<i>Sergio Lorenzo Montalvo, Sara Toledano Gómez, Laura Novella Sánchez, Javier Berraondo Fraile, Ana López Vázquez, Esther Verdejo Mengual, Ana Salcedo Patricio, Estrella Fernández Fabrellas</i>	
P44	¿UTILIZAN CORRECTAMENTE LOS INHALADORES NUESTROS PACIENTES?.....	68
	<i>M.C. Merlo Valverde, L. Murcia Cordoba, G.M. Mediero Carraco, C. Baeza Martinez</i>	
P45	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN CAMAS ESPECÍFICAS PARA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASORA	69
	<i>Sala A., Peris R, Betancurt A, Gonzalez A, Cepeda S, Ponce S, Martinez E</i>	
P46	EFFECTO DE LAS ADIPOCINAS EN PACIENTES CON EPOC	70
	<i>Gabriel Anguera, Sandra Fabregat, Alfredo de Diego, Montserrat León, Xavier Milara, Manuela Martínez, Luis Compte, Julio Cortijo, Julián Mahiques</i>	
P47	ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO NUTRICIONAL Y METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES CON EPOC.....	71
	<i>Sandra Fabregat, Gabriel Anguera, Alfredo de Diego, Montserrat León, Xavier Milara, Manuela Martínez, Luis Compte, Julio Cortijo, Julián Mahiques</i>	
P48	MOU-TE PER LA MPOC": DIFUSIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA A TRAVÉS DE UNA CARRERA POPULAR.....	72
	<i>E. Naval, E. Rovira, J. Ruiz, I. Lluch, A. Plaza, M. Meseguer, J.M. Galbis, M.ª Sol Orquín, J. Perpiñan</i>	
P49	MOU-TE PER LA MPOC": SCREENING Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA A TRAVÉS DE UNA CARRERA POPULAR.....	73
	<i>J. Ruiz, E. Naval, I.LLuch, A.Plaza, M.Meseguer, M. Mustienes, C.Duart, M. Cruz Gonzalez, S. Giraldós, M.ª Sol Orquín, E.Rovira</i>	
P50	IDENTIFICACIÓN DE PNEUMOCYSTIS EN ESPUTO EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE MODERADA E INTENSA	74
	<i>M. Andreo, A. Galiana, E. Aguirre, E.J. Calderón, J.C.Rodríguez, M.J. Soler, J. Grau, I. Padilla, G. Royo, E. García-Pachón</i>	

P51	AISLAMIENTO DE ASPERGILLUS SPP EN ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO	75
	<i>L. Romero Francés, B. Gomila Sard, M. Marín Royo, R. Moreno Muñoz, J.A. Royo Prats</i>	
P52	ESTADO DE VACUNACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO DE LOS PACIENTES CON REINGRESOS POR EPOC	76
	<i>L. Zamora, F.J. Gómez Romero, G. Pérez Torregrosa, C. Pérez Cascales, M.J. Soler, J. Grau, I. Padilla, J.F. Navarro, E. García-Pachón</i>	
P53	ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES AGUDIZADORES CON EPOC GRAVE Y SU RELACIÓN CON LOS FENOTIPOS DE LA ENFERMEDAD. RESULTADOS PRELIMINARES	77
	<i>Esther Verdejo Mengual, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fernández Fabrellas, Amparo Lluch Bisbal</i>	
P54	DIFERENCIAS EN LA CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO DE PACIENTES CON EPOC GRAVE: CAT vs MRCm	78
	<i>Ana López Vázquez, Angela Cervera Juan, Esther Verdejo Mengual, Mercedes Ramón Capilla, Gustavo Juan Samper, Estrella Fernández-Fabrellas</i>	
P55	DETECCIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC	79
	<i>E. Cebrián, V. Arraéz, J. Grau, M.J. Soler, A. Gutiérrez, I. Padilla, E. García-Pachón</i>	

PÓSTER 01

Título: ¿ES EL TABAQUISMO UN FACTOR A TENER EN CUENTA EN UNA BRONCOSCOPIA?

Autores: Ana M^a López Vázquez, Estrella Fernández-Fabrellas, Sherlyne Vanesa Jaimes Díaz, Cristina Sabater Abad, M^a Luisa Tárrega Roig, Carmen M^a Cortés Alcaide, Enrique Casimiro Calabuig. Consorcio Hospital General de Valencia.

Introducción: El tabaquismo se relaciona con la aparición de complicaciones en la cirugía de resección pulmonar, pero hay escasos datos en cuanto su relación con las complicaciones asociadas a la broncoscopia y sus técnicas derivadas; por ello nos propusimos evaluar las complicaciones asociadas a la broncoscopia en función de los antecedentes de tabaquismo.

Metodología: Estudio prospectivo observacional incluyendo todas las broncoscopias realizadas en nuestra sección durante 15 meses, recogiendo datos demográficos, antecedentes de tabaquismo y complicaciones asociadas a la broncoscopia.

Resultados: Se incluyeron 856 pacientes, 71.4% hombres, edad media 63.6 +/- 13 años, 73% con antecedentes de tabaquismo (40% activo y 32.8% exfumador). El procedimiento se realizó de forma programada en el 86.6%, la indicación más frecuente fue sospecha de neoplasia (47.8%), Aparecieron complicaciones asociadas a la técnica en el 23.6%, siendo significativamente más frecuente su aparición en pacientes con antecedentes de tabaquismo ($p=0.035$), las complicaciones más frecuentes fueron: tos incoercible (43.1%), sangrado importante (20.4%) e insuficiencia respiratoria (18.2%), también hallamos relación significativa entre las complicaciones y la puntuación en Índice de Charlson ($p=0.003$) de forma que a mayor puntuación, mayor gravedad de la complicación.

Conclusiones: En nuestra población los antecedentes de tabaquismo se relacionan con mayor frecuencia de complicaciones asociadas a la broncoscopia, y la gravedad de éstas relacionadas con la comorbilidad valorada mediante Índice de Charlson.

PÓSTER 02

HALLAZGOS EN LA VÍA AÉREA SUPERIOR AL REALIZAR LA BRONCOSCOPIA. L. Zamora, B. Amat, F. Sánchez, JM. León, A. Camarasa, L.Aguilar, G. Fajardo, A. Mena. Hospital del Vinalopó, Elche.

Objetivo: determinar la frecuencia de hallazgos en la vía aérea superior (VAS) durante la realización de la broncoscopia (BF).

Paciente y métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron 1977 BF desde Junio 2010 a Noviembre 2014, seleccionando aquellas en las que se describieron hallazgos en la VAS.

Resultados: De las 1977 broncoscopias realizadas, 256 (249 pacientes: 56(22%) mujeres y 200(78%) hombres) presentaron alteraciones en la vía aérea La tabla 1 describe los hallazgos encontrados.

HALLAZGOS ORL	Nº PACIENTES
PARÁLISIS/PARESIAS CCVV	53
CANDIDIASIS	57
SECRECIONES	43
LESIONES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD	48
ANGIOMAS/HEMATOMAS	17
EDEMA/INFLAMACIÓN	31
LESIONES POLIPOIDEAS BENIGNAS	12
OTROS (*)	32

**Otros: cordectomía izquierda, tubérculo Czermack, sinequia CV, orofaringe achatada, sinequias en orificio nasal, restos de fibrina en epiglotis, etc.*

Se evidenciaron alteraciones de la VAS en un 13% de las BF, siendo 19% sospechosas de malignidad y 81% sospechosas de benignidad.

CONCLUSIONES:

- 1.- La presencia de hallazgos en la vía aérea superior al realizar la broncoscopia fue bastante frecuente en nuestra serie (13%)
- 2.- La inserción por la vía nasal ofrece una extensa información de la vía aérea superior. Siendo la mayoría de las lesiones evidenciadas de origen benigno aunque en ocasiones se pueden encontrar lesiones causantes de recidivas tumorales.
- 3.-La necesidad de exploración sistematizada de la vía aérea superior durante la broncoscopia, es necesaria para evitar que estos hallazgos pasen inadvertidos.

PÓSTER 03

RESULTADOS PRELIMINARES DEL SISTEMA CHARTIS PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON VÁLVULAS DEL ENFISEMA

Pedro Landete^a, Andrea Martínez^b, Carlos Baeza^c, Raquel Martínez^d, Andrés Briones^d, Pilar Calvillo^e, Luis Compte^d, Enrique Cases^d.

Servicios de Neumología, ^aHospital Universitario San Juan de Alicante;

^bHospital Universitario Doctor Peset, Valencia; ^cHospital General Universitario de Alicante; ^d y ^eServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivo: Analizar la respuesta de las válvulas endobronquiales en pacientes con cisura completa en la tomografía computarizada (TC) y prueba de estanqueidad con balón endobronquial (sistema Chartis) confirmada.

Pacientes y método: Se incluyen 3 pacientes desde octubre de 2013 a diciembre de 2014, dos varones y, con edad media de 53 años y enfisema pulmonar de predominio el lóbulos superiores y con criterios para la reducción de volumen pulmonar. La TC se informó con cisuras completas de al menos un lóbulo superior y, previo a la colocación de las válvulas, se confirmaron con el sistema Chartis.

Resultados: En dos de los tres pacientes se produjo, después de la colocación de las válvulas con oclusión de todos los segmentarios de un bronquio lobar superior, una atelectasia completa con mejoría en las pruebas funcionales respiratorias (PFR) en el paciente con control a los seis meses. En el otro paciente, de la serie, el control con TC solo mostró una disminución de volumen pulmonar pero no atelectasia y las PFR no mostraron mejoría. Durante este periodo no hubo ningún caso informado como cisura completa por TC que no mostrara con Chartis estanqueidad lobar.

Datos demográficos y funcionales iniciales (i) y a los 6 meses (f):

Nº	Sexo	Edad (años)	Localización Válvulas	RVi	RVf	FEV ₁ i	FEV ₁ f	Atelectasia Completa
1	m	46	LSI	2,54	2,67	0,69	0,56	No
2	v	50	LSD	5,96	5,19	0,73	0,70	Sí
3	v	58	LSI	5,83	-*	1,17	-*	Sí

m: mujer; v: varón; LSI: lóbulo superior izquierdo; LSD: lóbulo superior derecho; RV: volumen residual; FEV₁: volumen espiratorio máximo el primer segundo; *: sin datos a los 6 meses, se intervino en diciembre de 2014.

Conclusiones: Aunque el sistema Chartis confirmó los hallazgos de la TC, no siempre los resultados de las válvulas producen atelectasia lobar completa.

Estudio realizado con la ayuda de la Beca SVN/FNCV.

PÓSTER 04

RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA TRANSBRONQUIAL (BTB) Y DE LA BIOPSIA QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

Cabanes L, Valentín V, Herrera S, Inchaurreaga I, Martínez-Moragón E. Neumología. H.U. Dr. Peset. Valencia

Objetivo: Analizar la rentabilidad de la BTB en pacientes con EPID en nuestra área sanitaria.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes con sospecha de EPID (Marzo-12-Octubre-14) estudiados mediante BTB y/o biopsia quirúrgica (BQ). Se recogieron datos de validez de la muestra, resultado de la biopsia, complicaciones, realización de biopsia quirúrgica y método diagnóstico. Análisis descriptivo y Chi cuadrado, se utilizó el programa estadístico SPSS 18.0.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 28 (52.8%) hombres. Las BTB fueron válidas en 27 (50.9%) pacientes y la principal causa de invalidez fue el tamaño de las mismas. Se obtuvo diagnóstico en 14 (26.4% respecto al global; 51,85% de las BTB válidas) con sólo una complicación significativa, por hemoptisis. Los diagnósticos más frecuentes obtenidos fueron: neumonía organizada (4), neumonía eosinófila (2) y sarcoidosis (3).

En 17 pacientes se realizó biopsia quirúrgica, 15 (88.24%) diagnósticas. Dos pacientes tuvieron complicaciones graves por daño alveolar difuso y éxitus. Los diagnósticos más frecuentes fueron la neumonía intersticial usual y neumonía no específica.

Conclusiones: 1. La biopsia transbronquial aporta el diagnóstico en un número no elevado de casos, derivado del tamaño de la muestra y de la distribución de la lesión. 2. Es útil en el diagnóstico de enfermedades que afectan a bronquiolos terminales con distribución linfagítica, centrolobulillar o difusa. 3. La biopsia quirúrgica tiene un alto rendimiento diagnóstico definitivo aunque con complicaciones graves.

PÓSTER 05

SÍNDROME ANTISINTETASA (SAS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID).

Ana López Vázquez, Beatriz Soria Navarro, Carles Fabregat Franco, Sherlyne Jaimes Díaz, Cristina Sabater Abad, Mercedes Ramón Capilla, Estrella Fernández-Fabrellas, Gustavo Juan Samper, Juana Rodríguez Delgado, Araceli Carbonell Moncho. Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de SAS entre los pacientes con EPID y las características clínicas, evolución y manifestaciones específicas ligadas a cada uno de los anticuerpos antisintetasa (AS) y resaltar la necesidad del cribado de éstos en EPID.

Metodología: Análisis retrospectivo de los pacientes registrados en los últimos 2 años en nuestra unidad de EPID, determinando AS y analizando datos clínicos, radiológicos, funcionales, evolución y relación con los diferentes AS.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes con EPID, el 10.9% presentó AS, los más prevalentes fueron Jo-1 (46.1%) y PL-12 (38.5%), en estos últimos la clínica inicial y predominante fue respiratoria, mientras que en los Jo-1 fueron más frecuentes las manifestaciones extrapulmonares y presentación aguda. Independientemente del tipo de AS, el 84.6% presentó afectación intersticial en TACAR, indistinguible de otras EPID. La respuesta al tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores fue buena (definido por una caída menor de 10% en la FVC en un año) en 84.6%.

Conclusiones: El SAS es frecuente en pacientes con EPID y se puede presentar sin manifestaciones extrapulmonares, indistinguible de las formas idiopáticas de EPID. Los AS cursan habitualmente con afectación pulmonar. Por todo ello sugerimos que se debe de hacer un cribado de AS en los pacientes con EPID.

PÓSTER 06

SUBUNIDADES H Y M DE LAS ISOENZIMAS DE LDH EN LÍQUIDO PLEURAL

E. Guilló¹, S. Linares Amorós², I. Serrano Peramos², V. Agulló², M.J. Soler¹, J. Grau¹, I. Padilla¹, J.F. Sánchez Hernández², J.A. Viedma Contreras², E. García-Pachón¹.

¹Sección de Neumología y ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario de Elche

Objetivos

La LDH es una enzima celular citoplasmática compuesta por cuatro cadenas de péptidos de dos tipos, H y M que dan lugar a 5 isoenzimas (de LDH-1 a LDH-5) con las combinaciones de H y M. El objetivo de este estudio es analizar los valores de las subunidades H y M de la LDH en derrames pleurales de diversa etiología.

Métodos.

Se han determinado las isoenzimas de LDH mediante electroforesis (Interlab, Italia) en 18 exudados (10 malignos) y 10 trasudados cardíacos. Se ha asignado la proporción de M y H en función de la composición de las isoenzimas (LDH1: H4, LDH2:H3M; LDH3: H2M2; LDH4: HM3 y LDH5:M4). Las diferencias se han comparado con la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

Los valores de las subunidades H y M son significativamente diferentes en los exudados y en los trasudados (se detallan en la tabla).

	Exudados	Trasudados	<i>p</i>
Subunidad H (%)	43 + 10	54 + 7	0.01
Subunidad M (%)	57 + 11	44 + 9	0.006
LDH M/H	1.33 + 1.04	0.80 + 1.27	0.007

Ningún valor de corte añadía información diagnóstica a los parámetros habituales para diferenciar exudados de trasudados.

Conclusión

Los derrames pleurales exudados y trasudados tienen distinta composición de subunidades H y M de las isoenzimas de la LDH. Sin embargo, estas diferencias no permiten establecer valores de corte que contribuyan a distinguir la etiología del derrame pleural.

PÓSTER 07

EFICACIA DEL RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Sonia Cepeda, Javier Narváez, Milagros Ricse, Juan José Alegre, Gloria Albert, Carmen Gómez Vaquero, Andrea Zacarías, Susana Herrera, María Molina, Joan M Nolla. *Servicios de Reumatología y Neumología, Hospital de Bellvitge, Barcelona y Hospital Dr Peset, Valencia.*

Objetivo. Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la artritis reumatoide (AR). **Material y métodos.** Estudio observacional abierto en pacientes con EPID sintomática y control insuficiente de la clínica articular a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME. Las variables evaluadas: 1) Mejoría de la clínica articular (DAS28 > 3.2) y 2) la evolución de las pruebas funcionales respiratorias (PFR): a) *mejoría*: aumento de la CVF \geq 10% o DLCO \geq 15%; b) *estabilización*: cambios en la CVF < 10% o <15% en la DLCO, y c) *empeoramiento*: disminución de CVF \geq 10% o DLCO \geq 15%. **Resultados:** Se han incluido 13 pacientes (7 mujeres) con una edad media de 53 \pm 13 años. El tiempo de evolución de la AR fue de 24 meses y el de la EPID de 7 meses. 10 (77%) casos eran NINE, que recibieron tratamiento con prednisona (0.75-1 mg/kg). 3 pacientes presentaban NIU, tratándose con prednisona (10-15 mg/día) y N-acetilcisteína (1800 mg/día) Además, se sustituyó el metotrexato por leflunomida en 8 pacientes, azatioprina en 3 y salazopirina en 2. En el momento de iniciar el tratamiento con RTX (dosis: 1 gramo días 1 y 15, repitiendo el ciclo a partir de los 6 meses en función de la respuesta), el valor medio de la CVF(%) basal fue 75 \pm 15, y la DLCO (%) basal de 55.5 \pm 21. Al final del seguimiento (11 meses), se consiguió una mejoría de la CVF postratamiento de 16% y una estabilización de la DLCO (DLCO postratamiento 6.8%). El número de ciclos de RTX administrados fue de 3.25 \pm 1.5. La frecuencia de efectos adversos fue baja. Solo 1 paciente (8%), que desarrolló una aspergilosis pulmonar que obligó a suspender temporalmente el tratamiento. **Conclusión:** En nuestra experiencia, RTX es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de los pacientes con EPID sintomática activa y control insuficiente de la clínica articular a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos.

PÓSTER 08

**EFICACIA DEL MICOFENOLATO COMO TERAPIA DE
MANTENIMIENTO TRAS ADMINISTRACIÓN DE
CICLOFOSFAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS
SISTÉMICA**

Suliana Mogrovejo, Javier Narváez, Helena Borrell,⁽¹⁾Iván Castellví,⁽²⁾Juan José Alegre, Sergi Heredia, ⁽¹⁾Milena Millán, ⁽³⁾Susana Herrera, ⁽⁴⁾María Molina, ⁽¹⁾Josep M Llobet, Joan M Nolla, Servicios de Reumatología y ⁽⁴⁾Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁽¹⁾Unidad de Reumatología, Hospital Sant Pau, Barcelona. Servicios de ⁽²⁾Reumatología y ⁽³⁾Neumología, Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.

Objetivo. Evaluar la eficacia del micofenolato (MMF) como terapia de mantenimiento tras tratamiento con ciclofosfamida (CFM) en pacientes con Esclerosis sistémica (ES) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID).

Material y métodos. Estudio observacional ambispectivo de 14 pacientes con ES y EPID secundaria, tratados con CFM. La eficacia fue medida por evolución de pruebas funcionales respiratorias (PFR) según criterios ATS: *mejoría*: aumento de CVF $\geq 10\%$ o DLCO $\geq 15\%$; *estabilización*: cambios inferiores al 10% CVF o DLCO 15%, *empeoramiento*: CVF disminuye $\geq 10\%$ o DLCO $\geq 15\%$.

Resultados. De 14 pacientes (12 mujeres, edad media 58a), 11 tenían ES difusa, 1 una ES limitada y 2 *ES sin esclerodermia*. Histologicamente: 13 NINE (2 fibrosante) y 1 NIU. Recibieron CFM IV, 10 por 12 meses y 4 por 6 meses, consiguiendo estabilización de función pulmonar. Seguimiento: 9 pacientes (64%): progresión de la EPID, necesitando rescate con rituximab (RTX). El tiempo entre inicio del MMF hasta el tratamiento con RTX fue de 21 ± 8 meses.

	Inicio MMF	Final MMF/ Inicio RTX	% Cambio
CVF %	65.7 \pm 20.5	51.2 \pm 18.4	-22.07%
TLC %	69.2 \pm 10.9	61.6 \pm 9.2	-10.98%
DLCO%	51.8 \pm 15.5	40.2 \pm 13.6	-22.39%

En los pacientes restantes, MMF consiguió una estabilización de las PFR. Tiempo medio de seguimiento de 18 ± 8 meses.

Conclusión. La terapia de mantenimiento con MMF, sólo consigue preservar el efecto beneficioso conseguido con la CFM en aproximadamente un tercio de los casos. A pesar del diagnóstico precoz de la EPID asociada a ES, los resultados con los tratamientos disponibles continúan siendo desalentadores.

PÓSTER 09

ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA CON COLISTINA EN NUESTRO MEDIO: IMPACTO SANITARIO

Pérez-Ferrer P, Chiner E, Senent C, Bravo R, Sancho-Chust JN, Landete P, Arlandis M, Pastor E, Talens A, Compañ P.
Hospital Univesitario de San Juan de Alicante.

Objetivos: Los pacientes con terapia antibiótica inhalada conforman un grupo heterogéneo, con evolución y pronóstico variables. Describimos y analizamos las características de los pacientes con terapia inhalada con colistina (TIC) en nuestro medio, y evaluamos su impacto sobre el uso de recursos sanitarios.

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes con terapia inhalada con colistina, de 2008 a 2014. Se analizaron, enfermedades, comorbilidades, pruebas funcionales, gérmenes, asistencia sanitaria y evolución.

Resultados: Se instauró TIC a 50 pacientes, bronquiectasias no FQ 34%, EPOC+bronquiectasias 30% y trastorno mucociliar 24%, como enfermedades más relevantes. Edad media de 62±20 años, 52% hombres, no fumadores 56%. Comorbilidades: HTA 44%, cardiopatía isquémica 12%, diabetes, dislipemia, insuficiencia renal crónica y ACV 8%. La función pulmonar: FVC 60±19 % del teórico, FEV1 50±22% del teórico, FEV1/FVC 60±15, 20% de pacientes con test de broncodilatación positivo. El germen más frecuente fue *Pseudomonas aeruginosa* (92%), 22% presentaban coinfección antes de instaurar el tratamiento, y el 34% tratamiento previo con tobramicina inhalada. Fallecieron 13 pacientes durante el periodo, 9 de causa respiratoria, con mediana de tratamiento de 14 meses. Al comparar el global de pacientes, se observaron diferencias significativas en vistas a urgencias, MAP y especialistas ($p<0.05$) pre y post instauración de tratamiento, aunque no en el número de ingresos y días de estancia hospitalaria antes y después del tratamiento. Cuando se excluyen 5 pacientes especialmente exacerbadores con problema social todos ellos, las diferencias fueron tanto en visitas a especialistas ($p<0.05$), visitas a urgencias, MAP, e ingresos antes y después de tratamiento ($p<0.001$).

Conclusiones: El tratamiento antibiótico inhalado permite mejorar la eficiencia en recursos sanitarios por la disminución de visitas a especialistas, MAP e ingresos hospitalarios, si bien hay un grupo de pacientes especialmente exacerbadores que deberían ser incluidos en programas especiales.

PÓSTER 10

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

Betancurt A, Peris R, Sala A, Ponce S, Climent M, Martínez A, Martínez-Moragón E. Servicio de Neumología Hospital Universitario Dr Peset

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurodegenerativa de presentación clínica heterogénea y de pronóstico fatal en 3-5 años. Describimos las características del grupo de pacientes con ELA atendido en nuestro hospital.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, análisis Descriptivo y de Supervivencia. 26 pacientes con diagnóstico de ELA por electromiografía atendidos en la consulta externa de Neumología de nuestro hospital durante 3 años. Recogimos datos demográficos y clínicos de los pacientes independientemente del estadio de su enfermedad. Los test estadísticos utilizados fueron T Student, X2, Kaplan Meier y COX.

Resultados: No hubo diferencias en la mortalidad según la función pulmonar inicial en el análisis multivariado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PACIENTES CON ELA N=26	
Sexo	61% varones
Edad	71 años (+/-9.8)
Afectación Bulbar	8 pacientes (30,8%)
Prescripción de VMNI	12 pacientes (46%)
Tiempo de inicio de VMNI	14,5 meses (+/-21 meses)
Portadores sonda de gastrostomía	6 pacientes (23%)
Tiempo colocación de sonda gastrostomía	26,5 meses (+/-29 meses)
Traqueostomía	2 pacientes (7,7%)
Muertes	10 pacientes (3 B/7 NB)
Bulbares Mortalidad y Supervivencia	37,5% (16,66 meses +/- 8 meses)
No bulbares Mortalidad y Supervivencia	38% (17 meses +/- 11 meses)
FVC inicial	69.18 % (+/-27,14))
FEV1/FVC inicial	79,8 (+/-11,2)
PIM	52,56 Cm H2O (+/-31,8)
PEM	57,82 CmH2O (+/- 23,4)
FVC al inicio de VMNI	52,29% (+/- 20,1)
PEM media al inicio de VMNI	42,5 Cm H2O (+/-10,4)

Conclusiones: La supervivencia de nuestra serie de pacientes entra dentro de los tiempos registrados habituales. No hay diferencias al diagnóstico en cuanto a valores de exploración funcional que determinen peor pronóstico. Las terapias de soporte con VNI y tos asistida mecánica se inician antes que las de nutrición por PEG

PÓSTER 11

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA SEVERIDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

R Méndez¹, I Amara¹, I Aldás¹, T Posadas¹, B Montull¹, A Gimeno¹, S Reyes¹, R Menéndez¹, Grupo NAC-Calidad². Hospital Universitario y Politécnico la Fe: Servicio de Neumología¹, PII SEPAR².

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto de la comorbilidad en la presentación inicial en la neumonía severa y su impacto en la mortalidad.

Metodología: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico (13 hospitales) de pacientes con NAC hospitalizados. A todos los pacientes se les realizó un protocolo que incluía datos demográficos, comorbilidad, gravedad inicial (FINE), datos clínicos, analíticos, radiográficos, microbiología, tratamiento y datos evolutivos durante la hospitalización. El seguimiento tras el alta se realizó a los 30, 90 días y un año. Se definió neumonía severa al ingreso según los criterios definidos para sepsis severa (Dremsizov T, *Chest* 2006). Se consideró fallo multiorgánico cuando dos o más órganos estaban afectados en el momento de la admisión. Se realizó un análisis univariado utilizando Chi-cuadrado para las variables cualitativas y U-Mann Whitney o T Student para las variables cuantitativas según la normalidad de la muestra.

Resultados: Se incluyeron 4070 pacientes con NAC hospitalizada. La mortalidad en toda la cohorte fue: intrahospitalaria 135 (3,3%), 30 días 179 (4,4%) y 90 días 229 (5,6%). Presentaron fallo multiorgánico (≥ 2 órganos): 460 (11,3%) pacientes. Las comorbilidades que presentaron mayor fallo multiorgánico al ingreso fueron hepatopatía (OR 2.34), nefropatía (OR 4.41) y enfermedades cerebrovasculares (OR 2.15). se describen en la tabla 1.

En la figura 1 se representa la mortalidad intrahospitalaria, a los 30 días y 90 días de las diferentes comorbilidades en la NAC con fallo multiorgánico (≥ 2 fallo órganos).

Conclusiones: Las comorbilidades que presentaron mayor fallo multiorgánico al ingreso fueron: hepatopatía crónica, nefropatía y enfermedades cerebrovasculares. La mayor mortalidad hospitalaria fue encontrada en pacientes con neoplasia, enfermedades hepáticas y renales. La mortalidad en el seguimiento a los 30 y 90 días fue mayor en los pacientes con enfermedades neurológicas y EPOC.

PÓSTER 12

FACTORES INICIALES PREDICTORES DE FALLO MULTIORGÁNICO EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Amara-Elori I₁, Méndez R₁, Gimeno A₁, Posadas T₁, Aldás I₁, Reyes S₁, Menéndez R₁, Grupo NAC-Calidad₂. Hospital Universitario y Politécnico la Fe: Servicio de Neumología₁, PII SEPAR₂.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo en el momento del ingreso para predecir fallo multiorgánico en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). **Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Las variables recogidas fueron: comorbilidad, gravedad inicial (PSI), datos clínicos, analíticos, radiográficos, microbiología, tratamiento y datos evolutivos de la hospitalización. Definimos fallo multiorgánico cuando ≥ 2 órganos estaban afectados en el momento de la admisión. Se utilizó un test estadístico univariado con todas las variables recogidas en el protocolo con la variable a estudio y dos análisis multivariados tipo regresión logística para predecir fallo multiorgánico (variable dependiente) en el momento inicial del episodio. En el primer modelo utilizamos como variables independientes: las características demográficas (edad, sexo), hábitos tóxicos, tratamiento antibiótico previo y las comorbilidades. En el segundo modelo las variables independientes analizadas fueron los microorganismos y la bacteriemia. **Resultados:** Se incluyeron 4070 pacientes. De los cuales 3610 (88.7%) presentaron fallo de ≤ 1 órgano y 460 (11.3%) fallo multiorgánico.

Los factores de riesgo asociados a fallo multiorgánico de fueron: la edad (OR 1,31) y comorbilidad hepática (OR, 2,96), renal (OR, 3,91), trastornos neurológicos (OR, 1,86), y la EPOC (OR, 1,30), y los microorganismos fueron *S pneumoniae* (OR, 1,37) y las bacterias gram-negativas (OR, 1,81).

Conclusión:

1. La edad avanzada y las comorbilidades (nefropatía, enfermedades cerebrovasculares y al EPOC) se asocian a fracaso multiorganico al ingreso en la NAC.
2. Los microorganismos como el Neumococo, los bacilos gran negativos y la presencia de bacteriemia fueron factores predictivos de fracaso multiorgánico en la NAC hospitalizada.
3. Un 10% de los pacientes con NAC presentaron fracaso multiorgánico inicial.

PÓSTER 13

CARACTERIZACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CON FALLO MULTIORGÁNICO EN ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS

Aldás I₁, Méndez R₁, Amara-Elori I₁, Posadas T₁, Gimeno A₁, Reyes S₁, Menéndez R₁, Grupo NAC-Calidad₂. Hospital Universitario y Politécnico la Fe: Servicio de Neumología₁, PII SEPAR₂.

Objetivo: Analizar los factores asociados a neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con fallo multiorgánico en adultos jóvenes (hasta 50 años).

Metodología: Estudio prospectivo y multicéntrico de 13 hospitales del ámbito nacional. El protocolo de estudio incluyó datos demográficos, hábitos tóxicos, comorbilidad, gravedad inicial, datos clínicos, analíticos, microbiológicos, radiológicos, tratamiento empírico y datos evolutivos durante la hospitalización por NAC. Se consideró fallo multiorgánico cuando ≥ 2 órganos estaban afectados en el momento de la admisión. Realizamos un estudio descriptivo de los diferentes fallos de órganos y un análisis univariado para determinar los factores asociados a NAC con fallo multiorgánico en <50 años. Para la comparación entre variables cuantitativas empleamos la U Mann Whitney y Chi cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: se incluyeron 842 pacientes <50 años, 49 (5,8%) debutaron con fallo multiorgánico. La mortalidad intrahospitalaria fue 2,3%. Las frecuencias de los diferentes fallos de órganos fueron: respiratorio 218(25,9%), renal 27(3,2%), cardiaco 52(6,2%), neurológico 52(6,2%). Los factores de riesgo asociados a fallo multiorgánico fueron: alcohol (OR 2.38), drogas (OR 5.36), diabetes (OR 4.47), hepatopatía (OR 7.71), enfermedad cerebrovascular (OR 3.38). Entre los datos microbiológicos los pacientes con neumonía mixta se asoció a mayor fallo multiorgánico (OR 3.35).

Conclusiones:

1. En menores de 50 años, 5,8% debutan con fallo multiorgánico siendo la combinación más frecuente: fallo respiratorio y renal.
2. El alcohol y las drogas son factores de riesgo de presentar fallo multiorgánico en la NAC.
3. La diabetes, hepatopatía y enfermedades neurológicas son las comorbilidades que determinan riesgo.
4. La etiología microbiológica mixta se asoció a mayor fracaso multiorgánico.

PÓSTER 14

VALOR DEL CONTENIDO ARTERIAL DE OXÍGENO COMO MARCADOR DE DAÑO AGUDO DE ÓRGANOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Laura Novella Sánchez, Francisco Sanz, Estrella Fernández-Fabrellas, Eusebi Chiner, ML Briones, Ángela Cervera, MC Aguar, Ruben Lera, José Blanquer. Grupo CAPAVANT

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar el valor pronóstico del contenido arterial de oxígeno en la neumonía comunitaria y la capacidad para predecir daño en diferentes órganos.

Material y métodos: Se analizaron los valores CaO_2 de pacientes de una cohorte epidemiológica prospectiva, multicéntrica de neumonías adquiridas en la comunidad. Se utilizó la prueba t de Student para establecer la relación entre el CaO_2 y la evolución. Se utilizó el percentil 50 para dicotomizar los valores del CaO_2 y compararlos entre las diferentes comorbilidades con la prueba de X².

Resultados: De una población de 811 casos, se calculó el CaO_2 en 632 pacientes. La media y el valor del P50 del CaO_2 fueron de 15,5 ml/dl (IQR 13,9 a 17,1). Los valores de CaO_2 inferiores a 15,5 ml/dl se asociaron significativamente con los antecedentes de insuficiencia cardiaca crónica (59,5% vs 47,4%; $p=0,019$), enfermedad cerebrovascular (67,1 vs 46,8; $p=0,001$) y los trastornos de la deglución (70,2% vs 47,3%; $p=0,001$). Los con niveles de $CaO_2 < 15,5$ ml/dl se asociaron con una peor presentación clínica (PSI IV-V 56,3% vs PSI I-III 39,5%; $p=0,000$). Analizando las complicaciones de la NAC observamos que la insuficiencia renal aguda se asoció con niveles bajos de CaO_2 (14,8 vs 15,5; $p=0,017$). Además los niveles CaO_2 fueron menores en los pacientes que fallecieron que en los supervivientes (14,2 vs 15,6; $p=0,001$).

Conclusiones: 1-Las comorbilidades cardiovasculares y neurológicas mostraron bajos niveles de CaO_2 en pacientes con NAC. 2-Los bajos niveles de CaO_2 se relacionaron con la aparición insuficiencia renal aguda y una menor supervivencia en nuestra serie. 3- La medición del CaO_2 es fácil de calcular y puede proporcionar una información pronóstica de utilidad en la neumonía.

PÓSTER 15

Título: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS POR NEUMONÍA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

Autores: Quilis M, Saura A, Herrera E, Palop M.

Centro de trabajo: Sección de Neumología. Hospital de Sagunto.

Resumen: Dado que los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna por neumonía son cada vez más mayores, y cada vez proceden de residencia con mayor frecuencia nos planteamos realizar un análisis de las características socio-epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas de los enfermos mayores de 65 años que ingresan por Neumonía. Se revisaron los pacientes ingresados en M. Interna mayores de 65 años con Neumonía desde el 1/1/2004 al 31/12/2008. Ingresaron 1185 pacientes con Neumonía mayores de 65 años (19,1% del total de ingresos), edad media de 82,16 años. Mujeres 54,9% y varones el 45,1%. El 71,2% procedían del domicilio familiar y el 28,8% de residencia. El 25% de los eran independientes, el 65% dependencia de Barthel grave o muy grave. El 45,3% se encontraban encamados. El 97,9% presentaban alguna comorbilidad, las más frecuentes las del SNC (64%), las pulmonares (42,1%), cardíacas (43,3%), digestivas (38,8%), diabetes (32,5%) y renales (9,2%). La clínica más frec. fue la disnea (65,5%), seguida de la expectoración purulenta (41,2%), la fiebre (28,4%) y el dolor torácico (8,4%). Un 22,1% se encontraba asintomático desde el punto de vista respiratorio. El 37,2% fue secundaria a una aspiración. El 65,8% presentaba leucocitosis, el 1,8% leucopenia, el 36% insuf. renal y el 14,2% anemia. Gases: 63,8% insuf. resp y el 20,9% en acidosis resp. Radiología: alveolar (91,6%), intersticial (12,2%). La afectación bilateral apareció en un 23,8% de los casos, y en el 22,6% de asoció derrame pleural.

Conclusiones:

Las neumonías de los pacientes mayores de 65 años que ingresan en un Servicio de Medicina Interna proceden en un tercio de los casos de residencia, son de edad superior a los 82 años y tienen gran cantidad de comorbilidades.

La forma de presentación es muy larvada, siendo el síntoma más frecuente la disnea, pero estando casi una cuarta parte de los enfermos asintomáticos desde el punto de vista respiratorio.

Dos terceras partes de los enfermos se encontraban en insuficiencia respiratoria y una quinta parte en acidosis respiratoria.

PÓSTER 16

PARA EL DIAGNOSTICO DE LESIONES TORACICAS PERIFERICAS REALIZADO POR NEUMOLOGOS

Autores: Alberto García-Ortega, Andrés Briones, Sandra Fabregat, Raquel Martínez-Tomás, Enrique Cases. Centro: Hospital La Fe.

Objetivos: En nuestra unidad disponemos de ecografía desde el 2010 y en el 2011 empezamos a obtener muestras percutáneas guiadas por ecografía de lesiones pleuro-pulmonares y mediastínicas con visualización de la punción en tiempo real. Esta técnica habitualmente empleada por radiólogos intervencionistas, es poco utilizada por los neumólogos y la mayoría de los estudios que aplican este método han sido publicados por radiólogos.

Metodología: Análisis retrospectivo de 58 pacientes (45 varones, 13 mujeres), entre los 28 y los 85 años (media de 60,86 años) y lesiones torácicas periféricas demostradas por TC torácica y puncionadas con visualización ecográfica en tiempo real, recogidos entre Marzo de 2011 y Septiembre 2014 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Los pacientes fueron colocados en posición de decúbito supino, prono o decúbito lateral para lograr la aproximación ecográfica de la lesión más cercana y segura posible. Para la realización de las punciones se empleó una aguja fina *Chiba 22G* y para las biopsias se utilizaron agujas de Surecut, *Acecut* o *Trucut*. Ambas técnicas se realizaron con visualización ecográfica en tiempo real. En los 58 casos se realizó el procedimiento *guide line* por neumólogos. En los pacientes con resultado no-concluyente, el diagnóstico final se tuvo que alcanzar por otro método alternativo.

Resultados: Se obtuvieron los siguientes resultados: resultado diagnóstico concluyente en 47 casos (81%), con histología benigna 13 y maligna en 34. siendo el resultado *no-concluyente* en 11 casos (19%). En 6 de estos 11 casos *no-concluyentes* se demostró que el resultado del test era un falso negativo mediante métodos diagnósticos alternativos. Obtenemos los siguientes resultados diagnósticos en la toma de muestras percutáneas con visualización ecográfica en tiempo real de lesiones torácicas periféricas: una sensibilidad diagnóstica del 88.68%, un valor predictivo negativo del 45.45% y una eficacia global del test del 89.66%.

Conclusiones: La punción percutánea bajo guía ecográfica realizada por neumólogos intervencionistas es una técnica con una alta rentabilidad diagnóstica.

PÓSTER 17

SINDROME PLATIPNEA-ORTODESOXIA CARDIACA: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE DISNEA.

Sabater C, Espriella R, Payá R, Pérez JL, López A, Jaimes V, Fernandez E, Ramón M, Juan G. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicios de Neumología y Cardiología.

Objetivo: Describir 5 casos de síndrome platipnea-ortodesoxia (SPO) de origen cardiaco, una causa excepcional de disnea de difícil diagnóstico.

Metodología: Se realiza un análisis retrospectivo observacional de 5 pacientes diagnosticados en los últimos 5 años, que consultaron por disnea e hipoxemia de presentación variable sin desencadenante aparente y que finalmente se diagnosticaron de SPO cardiaco.

Resultados: Todos los pacientes tenían más de 70 años y 3 eran mujeres. Dos habían tenido repetidos accidentes isquémicos cerebrales. Como desencadenante anatómico 4 tenían marcada dilatación de la raíz aórtica (> 45 mm) y 1 había sido intervenido de cirugía abdominal alta. Todos consultaron por disnea y presentaban SpO2 variable (entre 60-81% y 90-96%) que inicialmente fue difícil relacionarlo con la postura. El angioTAC de pulmón fue normal y una vez sospechado el síndrome se pudo objetivar, con ecocardiografía transesofágica con administración de suero salino agitado, que todos tenían un foramen oval permeable con aneurisma del tabique interauricular y paso precoz masivo de burbujas a aurícula izquierda con el ortostatismo, que era menor al tumbar al paciente. Se realizó cierre percutáneo del foramen oval en 2 pacientes y cirugía en otro, con solución del problema. Dos pacientes están pendientes de cierre percutáneo.

Conclusiones: 1. El SPO cardiaco es una causa excepcional de disnea y su sospecha es difícil. El diagnóstico es importante ya que su tratamiento con cierre percutáneo o quirúrgico del foramen oval no solo soluciona la disnea, sino que también previene accidentes isquémicos cerebrales.

2. Se debe sospechar en pacientes mayores con cambios recientes en la disposición del corazón e hipoxemia de presentación variable de forma "inexplicable".

PÓSTER 18

EVALUACION DE LA TRANSICION A UNA NUEVA FORMULACION DE EPOPROSTENOL INTRAVENOSO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR.

García-Ortega A, López-Reyes R, Zaldivar E, Nauffal D, Balerdi B, De Hevia L. Centro: Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Objetivos: el uso de epoprostenol por vía intravenosa es el tratamiento de referencia para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) grave. La estabilidad limitada a temperatura ambiente de las formulaciones existentes pueden suponer una incomodidad importante para los pacientes. Veletri es una nueva formulación de epoprostenol con los excipientes arginina y sacarosa (epoprostenol AS) que aporta una mejora en las condiciones de conservación por su mayor estabilidad. Nuestro objetivo ha sido evaluar la transición del paso de epoprostenol con los excipientes glicina y manitol (epoprostenol GM, flolan) a epoprostenol AS. **Metodología:** se incluyeron dos pacientes diagnosticadas de HAP idiopática en tratamiento con epoprostenol GM en situación clínica estable y satisfactoria. Las dos pacientes ingresaron de forma programada para el cambio de medicación. Recogimos los siguientes datos: demográficos, clase funcional, TM6M, valores de proBNP, hemodinámica y cuestionario de salud (SF36) previos al cambio de tratamiento, y a los tres meses de su sustitución se repitieron las determinaciones. Se utilizó la media de la diferencia (mes 3 menos basal) para estimar el nivel de cambio en las variables cuantitativas.

Resultados: Dos mujeres de 34 y 36 años, en las que no se produjeron cambios significativos en los parámetros hemodinámicos evaluados con resultados. Se produjo un empeoramiento en el TM6M de -27,5m de media y una mejora en el valor de proBNP de -48ng/ml de media. Las dos pacientes se mantuvieron en la misma clase funcional tras el cambio de tratamiento. Se obtuvo una mejoría significativa en los resultados obtenidos en los cuestionarios de salud en las dos pacientes a los 3 meses del cambio de tratamiento. Ninguna de las pacientes ha presentado complicaciones graves tras el cambio de tratamiento. **Conclusiones:** la nueva formulación de epoprostenol intravenoso mejora la comodidad de uso debido a su mayor estabilidad, lo que repercute favorablemente en la calidad de vida de las pacientes. Además mantiene el perfil de seguridad y eficacia cuando se emplea como sustituto de las formulaciones previas existentes, sin requerir necesidad de ajuste de dosis.

PÓSTER 19

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON ASMA

AUTORES: Sonia Cepeda Madrigal, Eva Martínez Moragón, Ildefonso Furest Carrasco, Arolqui González Castillo, Anna Sala Marín, Alejandro Betancurt Diaz. Hospital Dr. Peset (Valencia)

OBJETIVOS: Investigaciones recientes apuntan que el riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) está incrementado en los pacientes con asma, especialmente en los asmáticos mal controlados. Analizamos la incidencia y la gravedad de ambas entidades en nuestra población y sus factores relacionados.

METODOLOGIA: Hemos revisado de forma retrospectiva los episodios de TEP ingresados en nuestro hospital en los últimos 5 años que acontecían en pacientes diagnosticados previamente de asma.

RESULTADOS: Entre los años 2009-2013, atendimos en nuestro hospital a 781 pacientes diagnosticados de TEP y 31 de ellos estaban diagnosticados de asma (3,9%). Los asmáticos con TEP tenían una edad media de 75 ± 16 años, el 60% eran mujeres, 14% fumadores activos y su FEV1 medio era de 68 ± 23 %. Respecto a la gravedad de su asma, el 18% padecían asma leve, el 43% moderada y el 39% asma grave. Sólo el 57% no habían sufrido agudizaciones de asma tratadas en urgencias en el año previo y un 37% habían sido hospitalizados por asma. Respecto a las comorbilidades: 48% tenían HTA, 14% dislipemia, 11% diabetes, 11% neoplasia y 8% fibrilación auricular. Un 40% presentó trombosis venosa periférica. EL TEP fue masivo en un 21% de casos, un 31% de riesgo intermedio, 35% riesgo estándar y 13% riesgo bajo. Sólo murió 1 paciente a causa del TEP. La gravedad del TEP de los asmáticos mostró correlación significativa con la edad (TEP de bajo riesgo 55 ± 24 años, TEP de alto riesgo 84 ± 6 , $p:0,026$) pero no con la gravedad del asma. Sin embargo los pacientes con un TEP masivo o intermedio habían sido hospitalizados y asistidos en urgencias por asma con mayor frecuencia en el último año que los pacientes con TEP leve o de riesgo estándar ($0,81 \pm 1,16$ frente a $0,07 \pm 0,2$, $p:0,028$).

CONCLUSIONES: A la vista de estos resultados y aunque necesitamos estudios más amplios que nos permitan extraer conclusiones definitivas, parece que el asma podría ser considerada como una enfermedad procoagulante que actuaría como un factor de riesgo para desarrollar TEP, especialmente en el caso de los asmáticos mayores y con exacerbaciones frecuentes, en quienes además existe el riesgo de padecer un TEP más grave.

PÓSTER 20

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON NEOPLASIA COMO FACTOR DE RIESGO SUBYACENTE

Arlandis M, Chiner E, Landete P, Pérez P, Chazarra P, Bravo R, Sancho JN, Senent C, Pastor E, Gómez E. Neumología. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Introducción: El cáncer es un factor de riesgo independiente de enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

Objetivo: Evaluar los casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) cuyo factor de riesgo era la neoplasia subyacente.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, de los casos diagnosticados de TEP y cáncer ingresados en nuestro centro durante un periodo de 33 meses. Se analizó edad, género, tipo de neoplasia, extensión, tratamiento recibido y tiempo de aparición de la ETV diagnóstico de neoplasia incidental y posterior, tratamiento y evolución.

Resultados: Se diagnosticaron 232 TEP, con cáncer subyacente 59 (25%), 61% hombres, edad media 76 ± 11 años. Fueron concomitante al diagnóstico 8 (3.4%), 4 con posterioridad (1.7%). Las neoplasias más frecuentes: urológicos 29%, digestivos 24%, ginecológicos 19%, hematológicos 10%, pulmón 8% y el grupo otros 10%. De los 50 pacientes con diagnóstico de cáncer previo, se encontraban bajo tratamiento quimioterápico 11 pacientes y estaban libre de enfermedad el 52 %. Fueron tratados al alta con HBPM 55% y con dicumarínicos 38%. Fallecieron 17 pacientes, 5 al ingreso del TEP y 12 con posterioridad, siendo la causa mas frecuente la progresión del cáncer y 2º causa complicaciones del TEP. Al comparar los pacientes con TEP sin neoplasia frente a neoplasia, éstos habían mayor número de mujeres y uso de tratamiento hormonal ($p < 0.001$), más insuficiencia renal crónica ($p < 0.05$), mayor número de pacientes con tratamiento al alta con HBPM ($p = 0.010$) y más fallecidos con posterioridad ($p < 0.05$), sin otras diferencias significativas.

Conclusiones: Al menos la cuarta parte de los pacientes con TEP en un hospital terciario presenta neoplasia como factor de riesgo. El cáncer de próstata en el hombre y de mama en las mujeres en nuestra población son los que más se relacionan con ETV.

PÓSTER 21

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE TRES AÑOS.

Arlandis M, Senent C, Chiner E, Landete P, Bravo R, Pérez-Ferrer P, Sancho-Chust JN. H. San Juan Alicante.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un proceso frecuente de difícil diagnóstico, potencialmente letal y probablemente infradiagnosticado. Describimos y analizamos las características de los ingresados por TEP en nuestro centro a lo largo de tres años.

Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo, de ingresados enero de 2012 a agosto de 2014. Se analizó factores de riesgo, comorbilidades, síntomas, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución. Resultados: 230 pacientes, 70% en Neumología, edad 75 ± 15 años (20-104), 81% >65 años, 57% mujeres, estancia media 9 ± 7 días. No fumadores 63%, comorbilidades más frecuentes: HTA 65%, obesidad 25%, diabetes 20%, institucionalizados 13%, ACVprevio 13%, insuficiencia renal crónica 13%. Factores de riesgo: cáncer previo en 47 (predominio próstata, colon y mama), con mediana de diagnóstico de 2.4 años, traumatismo previo con inmovilización en 36 (predominio de fracturas de miembros inferiores 86%), a pesar de profilaxis (mediana de 19 días). Presentaban TVP y TEP previo en 10 y 9% respectivamente, 6.5% con anticoagulación. Los síntomas más frecuentes: disnea (75%), dolor torácico (33%), síncope 18% y de miembros inferiores 19%. DD 8252 ± 1206 (4% negativo), proBNP 4210 ± 7215 , troponina I $0,58 \pm 0,11$. La mayoría tenían probabilidad clínica intermedia con escalas de Wells y Geneva. El diagnóstico fue por angioTC en 186, 25% con disfunción ventricular y TVP al mismo tiempo en 39%. Fallecieron 25 pacientes en el ingreso y 24 en el seguimiento, la mayoría por progresión de cáncer y complicaciones de TEP. El TEP fue la forma de debut de cáncer no conocido en 7 casos y 3 con posterioridad, adenocarcinoma de pulmón, ovario y Linfoma no Hodgkin (mediana de 144 días). Los institucionalizados eran más mayores, con más ACV previo, arritmias, IRC, traumatismos, y más fallecimientos al ingreso y con posterioridad ($p < 0.05$). Conclusiones: Los pacientes con TEP son un grupo heterogéneo en los que el sedentarismo y la institucionalización son factores a tener en cuenta, así como su asociación a neoplasia. La prueba diagnóstica más usada fue el AngioTAC, con independencia de la edad y la comorbilidad.

PÓSTER 22

CORRELACIÓN DE LOS PARÁMETROS SÉRICOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE STEIN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Vilella Tomás VI. , Suarez Lorenzo I. , Gonzalez Marcano D. , Rosa A., Arroyo Cozar M., Hernandez Blasco LM. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: Los pacientes con tromboembolismo pulmonar fueron clasificados por Stein en síndromes clínicos: infarto pulmonar, disnea y shock, con niveles de gravedad leve, moderado y grave respectivamente. Nuestro objetivo es comprobar que la gravedad se correlaciona con la carga trombótica, midiendo los niveles de Dímero-D y observar si existen diferencias en los parámetros séricos.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de embolismo pulmonar en nuestro hospital en un período de 10 años. Fueron clasificados según los síndromes clínicos definidos por Stein (Chest 1997;112:974-79). De estos grupos hicimos una comparativa de diferentes parámetros séricos y de los niveles de Dímero- D para los pacientes clasificados dentro del grupo de infarto pulmonar frente a los clasificados dentro del grupo de disnea y a los clasificados dentro del grupo de shock.

Resultados: De un total de 360 pacientes todos contaban con la determinación del Dímero-D y una analítica sanguínea. Los pacientes del grupo de infarto pulmonar fueron significativamente más jóvenes. El Dímero-D fue mayor en el grupo de disnea frente al grupo de infarto pulmonar con diferencias significativas y mayor en el grupo de shock frente al grupo de infarto con diferencias significativas. Los parámetros en los que se encontraron diferencias significativas en el grupo de shock frente al resto fue en niveles de LDH, GOT y leucocitos.

Conclusión: Dentro de la clasificación clínica de Stein el grupo de mayor gravedad es el de shock, en nuestros pacientes este grupo presentó mayores niveles de Dímero-D que representa una mayor carga trombótica frente a los otros dos grupos. También se presentó diferencias en parámetros como LDH , GOT y leucocitos que podrían reflejar un mayor daño tisular en este grupo.

PÓSTER 23

TÍTULO: EL DÍMERO D (DD) COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD Y EXTENSIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR (TEP).

AUTORES: Javier Berraondo Fraile⁽¹⁾, Izumi Konishi⁽²⁾, Ana Bediaga Collado⁽¹⁾, Ana López Vázquez⁽¹⁾, Estrella Fernández Fabrellas⁽¹⁾, Mercedes Ramón Capilla⁽¹⁾, Gustavo Juan Samper⁽²⁾. ⁽¹⁾Hospital General Univesitario de Valencia; ⁽²⁾Universidad de Valencia.

OBJETIVOS: La principal utilidad del DD está en relación con su capacidad de excluir la posibilidad de TEP junto con una sospecha clínica pretest baja-moderada. Sin embargo, puede ser útil para evaluar tanto la extensión como la gravedad del TEP, por ello nuestro objetivo es determinar esta utilidad del DD.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo desde enero a diciembre de 2011. Se recogieron 55 pacientes con diagnóstico de TEP mediante angioTC. Se clasificaron en 3 grupos según la extensión en función de la localización del trombo más proximal: central, lobar y segmentario. La gravedad se estableció de forma clínica en 3 grupos: masivo (signos de disfunción ventricular derecha o signos de shock hipovolémico); submasivo (disfunción ventricular derecha) y no masivo (ausencia de los signos previos).

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue 75,5 años (33-94 años), siendo el 63,6% mujeres. El angioTC mostró afectación central en 32 casos, lobar en 13 casos y segmentaria en el resto (10). Se trataban de TEP masivos en 15 casos, submasivo en 11 y no masivo el resto (29). El valor medio del DD en función de la extensión fue 3492,63±1690,65 mg/dL en caso de localización central; 2284,54±1597,28 mg/dL en lobar y 1982,10±1997,01 mg/dL en segmentario; detectándose una asociación entre el valor del DD y la extensión estadísticamente significativa ($p<0,05$). En cuanto a la relación entre DD y gravedad no resultó estadísticamente significativa ($p=0,39$). Sin embargo, la extensión del TEP sí que se relaciona de forma significativa con la gravedad ($p<0,01$).

CONCLUSIONES:

- 1.- EL valor del DD en los pacientes con TEP predice la extensión del trombo.
 - 2.- Así mismo, la localización del trombo más proximal tiene utilidad como predictor de gravedad del TEP.
 - 3.- El DD en los pacientes con TEP no es útil para predecir la gravedad.
- Proyecto becado "Investigador Joven" por la FNCV.

PÓSTER 24

INMOVILIZACION POR CAUSA MEDICA AMBULATORIA O EN EL HOSPITAL. HALLAZGOS DEL REGISTRO NACIONAL.

Alberto García-Ortega, Enrique Zaldívar, Raquel López, Manel Monreal, Dolores Nauffal. Centro: Hospital La Fe.

Objetivos: El objetivo del presente estudio ha sido comparar la mortalidad precoz por TEP y el uso de profilaxis en pacientes con ETV tras inmovilización, tanto en el hospital como en el domicilio.

Metodología: Todos los pacientes incluidos en RIETE de forma consecutiva por TVP y/o TEP de origen no quirúrgico hasta Mayo de 2014 secundaria a inmovilización por causa médica en los 2 meses previos. La comparación de las variables continuas se realizó mediante el empleo de la t de Student si distribución normal, y con la U de Mann-Whitney para las variables de distribución no normal. La comparación entre las variables cualitativas se realizó mediante la prueba exacta de Fisher. Se calcularon OR con intervalos de confianza del 95%. Determinamos los factores predictivos de muerte por TEP mediante un modelo de regresión logística multivariante.

Resultados: total de 50764 pacientes con TEP, 9120 (18%) habían estado inmovilizados previamente: en domicilio 5960 (12%), en hospital 2429 (4,8%) y en residencia 731 (1,4%), pero estos últimos no han sido incluidos. El uso de profilaxis en domicilio y hospital fue del 12% y 56% respectivamente (OR: 0,11 ± 0,01). Durante los tres primeros meses tras el diagnóstico, 111 pacientes inmovilizados en casa (1,86%) y 43 inmovilizados en el hospital (1,77%) fallecieron por TEP. Los inmovilizados en el hospital presentaron más recurrencias y muerte por hemorragia mayor y por todas las causas que los ambulatorios. Entre los inmovilizados en casa, la insuficiencia renal (OR: 2,63 ± 0,96), el cáncer (2,96 ± 0,98), la enfermedad médica aguda (OR: 4,21 ± 2,41) y la inmovilidad crónica (OR: 4,16 ± 2,44) se asociaron independientemente con el riesgo de muerte por TEP. Entre los hospitalizados, la insuficiencia renal (OR: 2,11 ± 1,07), el sangrado reciente (OR: 2,26 ± 1,24) y el cáncer (OR: 2,67 ± 1,3) se asociaron independientemente con el riesgo de TEP.

Conclusiones: Más de la mitad de pacientes inmovilizados que desarrollan ETV, han realizado la inmovilización domiciliaria, donde la profilaxis se llevó a cabo en menor medida. La insuficiencia renal y el cáncer son factores de riesgo independientes para muerte por TEP en ambos grupos.

PÓSTER 25

CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO OSA18 PARA EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO INFANTIL. Landete P¹, Chiner E¹, Martínez-García MA², Sancho-Chust JN¹, Pérez-Ferrer P¹, Bravo R¹, Senent C¹, Gómez-Merino E¹, Arlandis M¹, Valero I². 1H. San Juan Alicante, 2H. La Fe

Objetivos: Analizar fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario OSA18 de calidad de vida en niños con SAHS.

Metodología: Incluye 18 ítems agrupados en 5 dominios: trastorno del sueño, sufrimiento físico, emocional, problemas diarios, preocupación de los padres. El total va de 18a126, clasificando el impacto en leve(<60), moderado(60-80) y grave(>80). Se incluyó niños con sospecha de SAHS a los que se practicó PSG pre y post adenoamigdalectomía(AA). Se recogió edad, sexo, clínica,PSG, datos antropométricos, grados de Brodsky y Mallampati. Se realizó OSA18 basal y 3-6 meses postAA. Evaluando consistencia interna o fiabilidad, validez de constructo, concurrente y predictiva, sensibilidad a los cambios. Se empleó la t de Student y el análisis de la varianza.

Resultados: 45 niños, 15 niñas, BMI18±4, Brodsky: <25%:12%, 25-50%:27%, >50-<75%:45%, >75%:6%, IAH:12±7. El Alfa Cronbach del global fue 0.91 (excelente) y también el de cada dominio. Las correlaciones entre dominios fueron significativas salvo para aspectos emocionales, aunque el valor global se correlacionó con todos los dominios (0.50-0.90). El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, forzando una estructura de 5 componentes, mostró una estructura del cuestionario prácticamente idéntica a la del original. En la validez concurrente, el global mostró buena correlación (0.2-0.45) con la mayoría de variables con las que correlacionan los dominios y de los dominios con las variables que miden. La validez predictiva diferenció los niveles de gravedad según el Mallampati (Anovap=0.002) y el RDI (Anovap=0.006). La sensibilidad al cambio fue excelente en el global (p<0.001) y en cada dominio (p<0.001).

Conclusiones: OSA-18 presenta una excelente consistencia interna, validez predictiva y concurrente buena-excelente. El dominio más problemático en cuanto a sus características psicométricas es el emocional. El constructo es prácticamente idéntico al original. Los resultados sugieren que la versión española es equivalente a la original y puede ser empleada en países de habla hispana.

PÓSTER 26

CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO OSD6 PARA EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO INFANTIL. Landete P¹, Chiner E¹, Martínez-García MA², Sancho-Chust JN¹, Pérez-FerrerP¹, BravoR¹, Senent C¹, Arlandis M¹, Gómez-Merino E¹, Pastor E¹, Valero I². 1H. San Juan Alicante, 2H. La Fe

Objetivos: Se analizó la fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario OSD6 de calidad de vida en niños con SAHS.

Metodología: Incluye 35 ítems en 6 dominios, puntuando los padres en una escala de 0 (no problema) a 6 (no puede ser peor). Se incluyeron niños con sospecha de SAHS a los que se practicó PSG pre y post adenoamigdalectomía(AA). Se recogió edad, sexo, clínica de SAHS, variables PSG, grados de Brodsky y Mallampati. Se realizó OSD6 basal y 3-6 meses postAA. Evaluando consistencia, validez de constructo, concurrente y predictiva y sensibilidad a los cambios. Para la comparación de 2 medias se utilizó la t de Student, y para más de 2 medias el análisis de la varianza (ANOVA). **Resultados:** 45 niños y 15 niñas, cuello 28±5, Brodsky O: 7%, <25%:12%, 25-50%:27%, >50-<75%:45%, >75%:6%, IAH: 12±7. El Alfa Cronbach del global fue 0.8 (excelente), con distribuciones normales (o casi-normales) de los ítems, y entre 0.76-0.78 al retirar ítem a ítem. La consistencia interna fue buena, salvo por un exceso de pacientes (más del 20%) con efecto techo en ítems 1,2 y 6 y suelo en ítems 3 y 5, aunque el global no los presentó. La mayoría de correlaciones fueron significativas. La validez concurrente, fue estable y significativa en su correlación con dificultad respiratoria, rinorrea y obstrucción nasal. En la validez predictiva, el cuestionario diferencia adecuadamente la gravedad cuando se mide según Mallampati: Grado1 (n=3) 1.23±1.18; Grado2(n=27) 3.4±1.23; Grado3 (n=23) 3.9±1.32; Grado 4 (N=7) 3.3±1.22. Anova p=0.011. La diferenciación según el IAH queda en el límite de la significación estadística: IAH normal (n=8), 2.64±1.60, IAH 3-5 (N=7) 2.76±1.56, IAH 5-10 (n=13), 3,7± 1,33), IAH>10; (n= 32), 3.8±1.2 (ANOVA p=0.069). La sensibilidad al cambio fue excelente en el global y en cada dominio(p<0.001) **Conclusiones:** El cuestionario presenta una excelente consistencia interna y validez predictiva adecuada; la concurrente es moderada y la sensibilidad a los cambios excelente. Los resultados sugieren que la versión española es equivalente a la original y puede ser empleada en países de habla hispana.

PÓSTER 27

CONSECUENCIAS CARDIOVASCULARES DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO. INFLUENCIA DE HIPOXEMIA NOCTURNA Y DEL TRATAMIENTO CON CPAP.

Hernández Roca, María. Fernández Álvarez, Javier. Menchón Martínez, Pedro. García Torres, Pedro. Ibáñez Meléndez, Rocío. Bravo Gutiérrez, Javier. Pérez Pallarés, Javier. Castillo Quintanilla, Carlos. De la Torre Álvaro, Juan. Guillamón Sánchez, Mercedes. Martínez Garcerán, José Javier. Valdivia Salas, Mar. Santa-Cruz Siminiani, Antonio
Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena

OBJETIVOS: Conocer perfil de riesgo cardiovascular de la población con síndrome de apnea del sueño (SAHS). Valorar relación entre la gravedad del SAHS, indicación y cumplimiento de CPAP, aparición de evento cardiovascular (ECV) y mortalidad.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo longitudinal. Análisis de polisomnografías (PSG) realizadas durante el 2008 e historias clínicas (seguimiento en consulta de Sueño durante 5 años). Registro de variables: epidemiológicas, valores de PSG, cumplimiento de CPAP, aparición de ECV y supervivencia. Comparación de grupos mediante PSPP 0.7.

RESULTADOS: Muestra: 180 pacientes. Los enfermos con ECV previa presentan mayor IAH (45.66 vs 39.97, $p=0.32$). Mayor aparición de ECV en pacientes con IAH>30 (19.61%) vs pacientes con IAH<30 (8.21%) sin valorar CPAP, $p=0.07$. Mayor proporción de ECV en tratados con CPAP (15.9%) vs no-CPAP (10.3%), sin valorar cumplimiento, $p=0.51$. Similar proporción de ECV en función de cumplimiento de CPAP: <4h (17%) vs >4h (15%), $p=0.9$. En el subgrupo con $\text{desatO}_2/\text{h} >30$, hay mayor proporción de ECV en no-CPAP (33.33%) vs CPAP (18.18%), $p=0.37$. En el subgrupo con tiempo $\text{satO}_2 < 90 > 15\%$, mayor proporción de ECV en no-CPAP (25%) vs CPAP (22%), $p=0.91$. En subgrupo IAH>30, la mortalidad es mayor en no-CPAP (9.09%) vs CPAP (4.35%), $p=0.5$.

CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los pacientes presentan IAH severo asociando importante riesgo cardiovascular. 2. La aparición de ECV está relacionada con la gravedad de apnea y, en los grupos con mayor afectación oximétrica, se reduce con CPAP. 4. En los grados más severos, la mortalidad por cualquier causa se reduce con CPAP.

PÓSTER 28

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE FLOPPY EYELID SYNDROME EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO GRAVE.

Gabriel Anquera*, Álvaro Muñoz*, María José Selma*, Cristina Navarro*, Ana Hervás**, Angélica De Freytas**, Isabel Pascual**, Mercedes Hurtado-Sarrió**, Miguel Ángel Martínez-García*.

Servicio de Neumología* y de Oftalmología**. Hospital U. y P. La Fe. Valencia.

Objetivos. Demostrar el incremento en la prevalencia de floppy eyelid syndrome (FES) en pacientes con apnea del sueño (SAHS).

Metodología. Fueron incluidos para análisis 152 ojos procedentes de 76 pacientes con SAHS grave (IAH \geq 30 eventos/hora) que acudieron a las consultas de sueño por sospecha de SAHS. A todos los pacientes se les realizó una anamnesis protocolizada referente a antecedentes, clínica del sueño y exploración física, así como estudio de sueño mediante poligrafía respiratoria o PSG completa según normativas nacionales y exploración oftalmológica mediante biomicroscopia del polo anterior.

Resultados. La edad media fue de 58,2 (12,3) años (77% hombres). El valor del Test de Epworth fue de 10,1 (5,1), un IMC de 31,3 (7,6) Kg/m² y 7,1 (1,4) horas de sueño. IAH medio de 55,1 (19,4) con CT90% del 20,4 (18,3). 39 ojos presentaron FES (25,7%) de los que el 60% eran al menos moderados y el 72% fueron bilaterales.

En el análisis de regresión logística, la presencia de FES en pacientes con SAHS grave se asoció de forma independiente a una mayor obesidad (OR 1.09 [1.02-1.16]); menor saturación basal (OR 0.69 [0.54-0.86]) y menor edad (OR 0.95 [0.91-0.99])

Conclusiones. En pacientes con SAHS grave la presencia de FES es elevada en especial en aquellos pacientes más jóvenes, más obesos y con mayor desaturación basal.

PÓSTER 29

EFECTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO GRAVE SOBRE EL GROSOR MEDIO DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS RETINIANAS

Álvaro Muñoz*, Gabriel Anguera*, María José Selma*, Cristina Navarro*, Ana Hervás**, Angélica De Freytas**, Isabel Pascual**, Mercedes Hurtado-Sarrió**, Miguel Ángel Martínez-García*.

Servicio de Neumología* y de Oftalmología**. Hospital U. y P. La Fe. Valencia.

Objetivos. Demostrar el efecto de las consecuencias de la apnea del sueño sobre el grosor de la capa de fibras nerviosas retinianas y el padecimiento futuro de glaucoma independientemente del grado de presión intraocular (glaucoma normotensivo).

Metodología. Se analizaron 152 ojos procedentes de 76 pacientes con SAHS grave (IAH \geq 30 eventos/hora). Se midió la presión intraocular (PIO) mediante el método Ocular Response Analyser (Goldman). El grosor medio de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR, μ m) fue valorada mediante tomografía de coherencia óptica (OCT-Cirrus) en la localización superior, inferior, nasal y temporal. Los resultados fueron comparados con los valores normales en población general ajustados por edad y raza (*Budenz DL et al. Ophthalmology 2007; 114: 1046-1052*).

Resultados. La edad media fue de 58,2 (12,3) años (77% hombres). El valor del Test de Epworth fue de 10,1 (5,1) y un IMC de 31,3 (7,6) Kg/m². El IAH medio de 55,1 (19,4) con CT90% del 20,4 (18,3). 5 pacientes presentaron una PIO > 21 mmHg (6.6%). El 65% de los pacientes presentaron un CFNR medio por debajo del valor inferior de normalidad del IC95% (96.4 μ m) aunque estos pacientes no presentaron un mayor IAH (54 vs 55 eventos/hora).

Conclusiones. En pacientes con SAHS grave no se aprecia cambios en la PIO respecto a población general sin embargo se observa un descenso generalizado de CNFR que podría predisponer a la aparición de glaucoma normotensivo.

PÓSTER 30

RELACIÓN ENTRE LA HIPOXIA INTERMITENTE Y EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO (CEC)

Autores: R. Lera¹; T. Díaz²; N. Rausell³; M. Morales⁴; E. Fernández⁵

1. S. neumología H.U.Dr.Peset. 2. S.Dermatología H.U.Dr.Peset. 3. S. Anatomía patológica H.U.Dr.Peset. 4. Departamento medicina preventiva y salud pública Universidad de Valencia. 5. S. Neumología H.G.U.V.

Objetivos: 1. Estudio de la asociación entre el SAHS, el CEC y sus lesiones precursoras. 2. Relación del hábito tabáquico con la agresividad del CEC.

Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo de 18 meses de duración. Incluimos pacientes con diagnóstico de CEC. Recogimos datos clínicos, antropométricos, clínica compatible con SAHS y se realizó poligrafía respiratoria (PR) a todos ellos.

Resultados: 118 pacientes (68.6% varones) edad media 77,64±9.91 años. Datos de PR: IAH<10 n=53(44.91%), IAH 10-14.9 n=16(13.55%), IAH 15-29.9 n=28(23.72%), IAH>30 n=21(17.79%). La prevalencia de SAHS fue del 49.2%(IC 95% 39.89-58.46); obtuvimos un riesgo de SAHS en población con CEC de 3.84 (IC 2.50-5.92), con una fracción atribuible del 74.0% (IC 95% de 60.0-83.1), comparándolo con datos de prevalencia en este grupo poblacional, que es entorno al 20%. En pacientes con CEC y SAHS la presencia de queratosis actínicas pretumorales fue mayor (p=0.002) así como en el estudio histológico peritumoral (p=0.075). Se identificaron 73 (61.9%) CEC de alto riesgo (CECAR); el 42.5% de CECAR eran fumadores vs 26.7% de bajo riesgo; 30.1% de CECAR tenían exposición >20 a/p vs 11.1% en los de bajo riesgo (p=0.034). La OR de desarrollar un CECAR en el grupo de mayor exposición tabáquica (>20 a/p) era 3.63 veces superior respecto al grupo de no fumadores, ajustado por edad y sexo.

Conclusiones: 1.La prevalencia de SAHS en pacientes con CEC es muy elevada. 2. Se identifica un riesgo de 3.84 de SAHS en pacientes con CEC. 3. Los pacientes con SAHS presentan mayor prevalencia de lesiones premalignas de CEC 4. Encontramos una mayor prevalencia de pacientes fumadores en el grupo de CECAR con una exposición tabáquica intensa (>20a/p)(p<0.05), atribuyéndose a este grupo de mayor exposición tabáquica una OR de 3.65 respecto al grupo de no fumadores.

PÓSTER 31

MORTALIDAD EN EXPUESTOS A ASBESTOS

P. García Brotons; F. Pascual; R. García-Sevila; J. Gil; E. Rosillo; E. Barroso; A. Rosa; C. Martín. HGUA

Objetivos: Evaluar la asociación entre la exposición a asbestos y la mortalidad por causas específicas.

Metodología: Se recogieron datos demográficos, tabaquismo, duración de la exposición y enfermedad desarrollada (fibrosis pleural, asbestosis o neoplasias) en los sujetos incluidos en el programa de vigilancia post-ocupacional por exposición a asbestos en el área de Alicante.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes con exposición a asbestos, el 97% hombres, de edad media 62 ± 11 años. La duración del seguimiento fue de 77 ± 50 meses (rango: 0 -215 meses). El 70% de los pacientes eran fumadores; el 20% fueron diagnosticados de EPOC; 32 pacientes (16%) desarrollaron asbestosis, 22 (11%) fibrosis pleural difusa y 39 (20%) una neoplasia: 8 asociadas a asbestos de forma clásica (mesotelioma y neoplasia pulmonar) y 31 no asociadas clásicamente a asbestos. La media de supervivencia fue de 174 ± 6 meses (IC_{95%}:162-186). De los 34 fallecidos, 12 murieron por pluripatología asociada a la senectud, 3 por insuficiencia renal, 2 por insuficiencia respiratoria y 15 por neoplasia maligna. No se pudo demostrar que fumar, el diagnóstico de EPOC, fibrosis pleural difusa o asbestosis se asociara de forma estadísticamente significativa con la mortalidad. El diagnóstico de neoplasia sí se asoció con el aumento de mortalidad ($p < 0.001$). No se pudieron demostrar diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad por neoplasias asociadas clásicamente a asbestos y el resto ($p = 0.113$). Sin embargo, las curvas de supervivencia sugirieron que podría haber una tendencia hacia una mayor mortalidad por éstas. En este sentido, la razón de riesgos de fallecer por neoplasias clásicamente asociadas a exposición a asbestos fue de prácticamente el doble respecto al fallecimiento por el resto de neoplasias (8.3 (IC_{95%}: 3.2-21.8) frente a 3.8 (IC_{95%}: 1.7-8.4) respectivamente).

Conclusiones: La mortalidad en pacientes expuestos a asbestos no está aumentada en relación con asbestosis ni fibrosis pleural difusa, sino con la aparición de neoplasias. Los datos sugieren que el diagnóstico de cáncer pulmonar o mesotelioma se asocia a peor evolución que la aparición de otras neoplasias.

PÓSTER 32

INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN LOS FACULTATIVOS RESIDENTES DE NUEVA INCORPORACIÓN

L. Zamora, G. Pérez Torregrosa, F.J. Gómez Romero, J.F. Navarro, J. Grau, M.J. Soler, I. Padilla, E. García-Pachón.

Hospital General Universitario de Elche.

Objetivo

Diversos estudios aconsejan realizar, además de la prueba de la tuberculina (TST) la determinación de tests en sangre (IGRA) para la detección de infección tuberculosa latente en personal sanitario de nueva incorporación. Hemos analizado los resultados de ambas determinaciones en los nuevos facultativos residentes incorporados a nuestro hospital en los dos últimos años.

Método

A los 73 nuevos facultativos incorporados (73% mujeres, mediana de edad 25 años) se le realizó la TST y determinación de Quantiferón (QF). Estaban vacunados frente a tuberculosis 12 de los facultativos. Se ha analizado el resultado para dos sistemas de evaluación: (1) TST+ si ≥ 5 mm en global y (2) considerando en vacunados TST+ ≥ 15 mm.

Resultados

En los no vacunados, la TST fue positiva en 12 residentes (10%), en uno de ellos (con 5 mm de induración) el QF fue negativo y en el resto fue positivo. En los 12 vacunados la TST fue negativa en 4 (1 con QF positivo) y de ≥ 5 mm en 8 (de ellos, 7 menor de 15 mm, todos QF negativo y 1 mayor de 15 mm, QF positivo). La concordancia entre ambas técnicas muestra un índice k de 0.84 (muy bueno) si se utiliza el valor de corte más elevado para vacunados.

Conclusiones

En nuestro medio, en los facultativos residentes de nueva incorporación que no han sido vacunados, la TST es muy útil para detectar la infección tuberculosa latente con seguridad. En vacunados es preciso utilizar valores de corte de tuberculina de 15 mm o determinar QF en sangre.

PÓSTER 33

POTENCIAL ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON LOS PROGRAMAS DE TELEMEDICINA.

Segrelles Calvo G (1), Chiner Vives E (2), Fernández-Fabrellas E (3)

(1) *Servicio de Neumología, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid)*

(2) *Coordinador Año SEPAR 2014-15*

(3) *Secretaría General SEPAR*

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la opinión de los profesionales sanitarios sobre la utilidad y posible uso de los programas de TLM.

METODOLOGÍA: Se remitió vía email el cuestionario TAM que mide la utilidad, facilidad de uso e intención de uso de la telemedicina a los socios de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

RESULTADOS: Se recogieron 347 respuestas del TAM: 254 (73%) Neumólogos, 12 (3%) Cirujanos Torácicos, 36 (10%) enfermeras y 14 (4%) residentes.

El 56% de los encuestados no tenía experiencia previa con programas de TLM. El 76% consideró que podría completar de forma más rápida sus tareas y, para el 76% mejoraría su rendimiento.

El 84% considero que la TLM sería útil, el 86% fácil de usar y el 81% llegaría a ser competente con TLM.

El 88% tiene intención de usar la TLM y el 63% lo haría de forma rutinaria.

CONCLUSIONES: La TLM es potencialmente una herramienta útil y bien valorada por los profesionales sanitarios.

PÓSTER 34

ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON CÁNCER

AUTORES: Arolqui González Castillo, Sonia Cepeda Madrigal, Ildefonso Furest Carrasco, Ignacio Inchaurreaga Álvarez y Eva María Martínez Moragón. Hospital Universitario Doctor Peset.

OBJETIVO: Evaluar las características clínicas y mortalidad, en los pacientes diagnosticados de TEP con cáncer asociado.

MATERIAL Y METODOS: Se han analizado todos los pacientes diagnosticados de TEP en nuestro Hospital desde el 01-01 del 2012 hasta el 31-12 del 2013. Se han analizado las características demográficas, clínicas y de mortalidad en todos los pacientes, estableciendo dos grupos: pacientes con TEP con y sin cáncer (GC y GNC respectivamente).

RESULTADOS: se estudiaron 315 pacientes, 59 (18,7%) con cáncer (GC) y 256 (81,3%) sin cáncer (GNC). Fueron 88 (34,4%) hombres en GC y 33 (55,9%) en el GNC (p 0,009). La mediana de edad del GNC fue de 79 (30-99) años y la del GC de 76 (19-92) años (ns). Los cánceres más frecuentes fueron digestivo, pulmón, mama y próstata. No hubieron diferencias significativas en los niveles del dímero D ni en las troponinas pero sí en el BNP que con mayor frecuencia se encontró elevado en GNC (p=0,001). Hubo diferencias significativas (p 0,019) en la forma de presentación clínica, con mayor frecuencia de disnea y o dolor torácico en el grupo GNC. Fue asintomático en 49 (19%) pacientes del GNC y en 23 (39,0%) del GC. Los pacientes con TEP segmentario o subsegmentario en GNC fueron 61 (23,8%), frente a 24 (40,7%) en el GC (p 0,01). No hubo diferencias en el hallazgo de TVP en la Ecodoppler. El riesgo del TEP fue alto o intermedio en 165 (64,5 %) del GNC y de 17 (28,8 %) (p 0,000) en el GC.

La mortalidad global al año fue de 69 pacientes (21,8%). En el GNC fue de 38(15,6%) pacientes, frente a 31 (52,5%) en GC (p 0,000). En el GNC la causa de la muerte fue secundaria al TEP en 11 (28,9%) pacientes y en el GC en 4 (6,8 %) pacientes (p 0,000).

CONCLUSIONES: A pesar de que los TEP en pacientes con cáncer tuvieron menor carga trombótica, fueron de menor gravedad y más a menudo asintomáticos, la mortalidad al año fue mayor a expensas de su enfermedad neoplásica.

PÓSTER 35

COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA. N. Navarro, A. Sala, M. Climent, S. Ponce, R. Lera, E. Martínez Moragón. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr Peset (Valencia)

Objetivo: El control del asma puede verse afectado negativamente por la existencia de comorbilidades concomitantes. Nos planteamos analizar las comorbilidades que afectan a los pacientes remitidos a una consulta especializada de asma grave no controlada.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de las características del asma y las comorbilidades asociadas, de una serie consecutiva de pacientes atendidos en la consulta de asma grave de nuestro hospital.

Resultados: Se han incluido los primeros 107 asmáticos remitidos a esta consulta. Respecto a las características de los pacientes: 63% eran mujeres, la edad media 55 ± 14 , IMC 29 ± 6 , 16% fumadores activos y el 56% con estudios primarios. En cuanto a las características del asma: la edad media de inicio de la enfermedad fue de 39 ± 20 años, FEV1 medio $72\pm 27\%$, FENO 56 ± 47 ppb y prick cutáneo positivo 20,5%. Sólo el 44% no habían acudido a urgencias por exacerbaciones de asma en el año previo y el 43% habían sido hospitalizados. Todos seguían tratamiento combinado con corticoides inhalados y LABA, el 40,7% asociaba anticolinérgicos de acción larga, el 55% montelukast, el 3% teofilina y el 7% omalizumab. Respecto al estudio de comorbilidades presentaban rinitis el 67%, polipos nasales el 14,2%, alteraciones del equilibrio emocional el 29%, reflujo gastroesofágico el 26%, síndrome apnea del sueño 19,7%, HTA 26%, dislipemia 20%, diabetes 7,9%, alteraciones tiroideas 7,9%, bronquiectasias 9,4%, cardiopatía 6%, fibromialgia 3,1%, disfunción de cuerdas vocales 2,4%, fibrilación auricular 2,4%, cáncer 3,9%, TVP 1,6% y ABPA 2,4%.

Conclusión: Nuestros datos indican que las comorbilidades son muy frecuentes entre los pacientes con asma grave no controlada, siendo después de la rinitis las alteraciones emocionales (ansiedad-depresión) la patología más prevalente, seguida del reflujo gastroesofágico, HTA y síndrome de apnea del sueño. Consideramos muy importante en estos pacientes diagnosticar y tratar adecuadamente todas las comorbilidades y probablemente la colaboración de los psicólogos podría ser útil.

Trabajo financiado en parte con beca FVN 2014.

PÓSTER 36

OMALIZUMAB Y ASMA GRAVE. EFECTOS A UN AÑO DE TRATAMIENTO.

Landete P, Chiner E, Sancho-Chust JN, Senet C, Pérez-Ferrer P, Bravo R, Gómez-Merino E, Arlandis M, Arriero JM, Pastor E. Hospital Universitario de San Juan de Alicante.

Objetivos: Describir las características de los pacientes tratados con omalizumab y evaluar los cambios a los 12 meses de la terapia en la calidad de vida y la función pulmonar.

Metodología: Se evaluaron pacientes con asma persistente grave no controlado, a pesar de tratamiento según guía GEMA, que iniciaron terapia anti-IgE. Se analizó función pulmonar, IgE, comorbilidad y los cambios en cuestionario de control del asma (ACT), escala analógica visual (VAS), escala GINA de control y calidad de vida (AQLQ-M) a lo largo de 12 meses de seguimiento. Se empleó la t-student (muestras pareadas) y test de proporciones.

Resultados: 86 pacientes, 68% mujeres, 48±15 años, FEV1pred 68±21%, IMC 27±6kg/m², seguimiento 18±11 meses (12-45), IgE 639±747UI/mL. Presentaron las siguientes comorbilidades: rinitis 66%, dermatitis atópica 23%, SAHS 11%, obesidad 15%, poliposis nasal 9%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 4.7%, cardiopatía isquémica 2 % y fibrosis quística 2.3%. Recibían habitualmente uno o más de los siguientes: dosis altas de esteroides inhalados y LABA en 100%, montelukast en 67%, tiotropio en 45%, xantinas 9% y esteroides orales en 19%. Habían ingresado en el último año el 50% y acudido a urgencias el 79%. Comparando la situación inicial con los 12 meses de tratamiento, se observaron diferencias estadísticamente significativas en VAS (4±5 vs 6±5, p<0.001), ACT (13±4 vs 22±5, p< 0.001), escala GINA de control (2.9±0.3 vs 1.4 ±0.6, p<0.001) y AQLQ (7.2±1 vs 4.1±1, p<0.001), y FEV1% (68±21 vs 73±13, p<0.002). El número total de ingresos se redujo significativamente (43 vs 13, p < 0.001), días de hospitalización (450 vs 190 días, p<0.001), visitas a urgencias (68 vs 16, p< 0.001) y el número de ciclos de esteroides orales (80 vs 23, p< 0.001) respecto al año previo.

Conclusiones: La administración de omalizumab en pacientes con asma grave mal controlado permitió mejorar la calidad de vida y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de rescate, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

PÓSTER 37

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ESTRATEGIAS DE ADMINISTRACIÓN DE OMALIZUMAB, EN PACIENTES ADULTOS CON ASMA GRAVE

Landete P, Chiner E, Novella L, Fernández-Fabrellas E, Ramón M Senent C, Sancho-Chust JN.

H.U. San Juan de Alicante. Consorcio H. General U. Valencia

Objetivos: Comparar dos formas de administración de omalizumab (ambulatoria vs hospitalaria) en control del asma y función pulmonar, a 12 meses de su inicio, como fase previa al estudio de costes.

Metodología: Se compararon las características de los pacientes que iniciaron terapia anti-IgE, con administración ambulatoria en Centro de Salud (Hospital A) y hospitalaria (Hospital B). En ambos hospitales los pacientes cumplían criterios de asma persistente grave no controlado, a pesar de tratamiento según guía GEMA. Se analizó función pulmonar, IgE, comorbilidad y los cambios en cuestionario de control del asma (ACT), escala GINA de control a lo largo de 12 meses de seguimiento. Se empleó la t-student (muestras no pareadas) para comparar ambas estrategias, comparar la situación basal y a 12 meses (muestras pareadas) y el test de χ^2 .

RESULTADOS: 130 pacientes, 70 % mujeres, 50 ± 15 años, FEV1% $67 \pm 22\%$, IMC $28 \pm 6 \text{ kg/m}^2$, seguimiento 24 ± 11 meses (12-45), IgE $639 \pm 747 \text{ UI/mL}$, ACT 12 ± 4 , control GINA 3 ± 0.2 . Al comparar antes del tratamiento los 86 pacientes de A frente a 44 de B, no se observaron diferencias en edad, género, FEV1%, IMC, ACT, IgE, control GINA ni en dosis de corticoides inhalados, ciclos de esteroides orales o de mantenimiento, ingresos previos, visitas a urgencias en el año previo, ni en dosis de omalizumab. El número de días acumulados de ingreso fue mayor en A ($p < 0.05$). Comparando la situación basal y a los 12 meses, en ambos hospitales se observaron diferencias significativas en ACT ($p < 0.001$), escala GINA de control ($p < 0.001$) y FEV1% ($p < 0.001$). En ambos el número total de ingresos se redujo significativamente ($p < 0.001$), días de hospitalización ($p < 0.001$), visitas a urgencias ($p < 0.001$) y de ciclos de esteroides orales ($p < 0.001$) respecto al año previo, sin diferencias entre sí en las variables estudiadas.

CONCLUSIONES: La estrategia de administración ambulatoria de omalizumab a través de los centros de salud, en pacientes con asma grave mal controlada, es igualmente efectiva que la administración hospitalaria, lo que tiene importante implicación en el coste sanitario.

PÓSTER 38

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CALIDAD DE LAS ESPIROMERIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO VALENCIA-DR. PESET

Suliana Mogrovejo, Alberto Herrejón, Vicente Abella, Nieves Navarro, Sonia Cepeda, Arolqui Castillo, Ana Sala, Alejandro Betancurt, Eva Martínez-Moragón. Servicio de Neumología HU Dr. Peset. Valencia.

OBJETIVO: Valorar la calidad de las espirometrías realizadas en dos centros de atención primaria de nuestro departamento.

METODOLOGÍA: Se analizan las pruebas realizadas con el espirómetro SpiroUSB de CareFusion (MicroMedical) que valora la calidad según los criterios de ATS/ERS (2005): tres maniobras aceptables, entre las 2 mejores FVC y FEV1 diferencia igual o inferior a 150 ml; análisis visual de las curvas Flujo-volumen y Volumen-tiempo (morfología de la curva y duración de la prueba). Variables descriptivas: sexo, edad, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), cumplimiento criterios ATS/ERS, interpretación automática. Validez final de la prueba que incluye el análisis automático y el visual. Análisis descriptivo con el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS Se incluyeron 74 espirometrías de 71 pacientes, de las cuales el 45% eran mujeres, edad media 49 años, IMC 27 kg/m², fumadores activos el 34%, no fumadores 39% y 27% exfumadores. Interpretación diagnóstica: normal 41%, restricción 32%, obstrucción 14% y no hay suficiente información en el 13%. Según la valoración automática del aparato el 79% cumplían criterios de calidad, Los errores detectados eran: diferencias en la FVC ó FEV1 > 150 ml el 10%; número insuficiente de pruebas un 11%. Test broncodilatador se realizó en el 56 % de pacientes, el 52% de estos cumplía criterios de calidad. En el análisis visual de la curva el 72% eran incorrectas, ambas incorrectas un 50%, curva Volumen-Tiempo el 14% y flujo-volumen el 8%. Tan sólo eran aceptable el 26 % del total de las pruebas (el 11% en un centro y el 38% en el otro).

CONCLUSIONES: Es necesario supervisar la realización de las espirometrías en los dos centros analizados dado el elevado porcentaje de errores no detectados automáticamente, ya que los resultados e interpretación de esta prueba se ven afectados según el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.

PÓSTER 39

LA CONDUCTANCIA ESPECIFICA TAMBIEN PUEDE DETECTAR LA PATOLOGIA INFLAMATORIA DE LA VIA FINA.

Betancurt A, Palop J, Herrejón A, Domingo M, Plaza P, Sempere C, Abella V, Martínez E. Servicios de Neumología y Radiología del Hospital Universitario Dr. Peset

OBJETIVOS: El diámetro total de la vía aérea pequeña es mayor a medida que esta es más distal, de ahí que su participación en la limitación al flujo aéreo y en las alteraciones de la mecánica pulmonar sea menor o por lo menos poco detectable. Quisimos valorar si los parámetros de la mecánica pulmonar, resistencias totales de la vía aérea (Raw) y la conductancia específica (SGaw) son útiles para detectar la inflamación en la vía aérea pequeña.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza lavado de Nitrógeno (SbO₂) tras Oxígeno al 100% y se miden resistencias por pletismografía a 10 hombres y 2 mujeres con asma leve y espirometrias normales o mínimamente obstruidas y lesiones de bronquiolitis en el TACAR.

RESULTADOS: Se comprueba una elevación significativa de la fase III de la SbO₂. Se observan resultados irregulares en los valores totales de las Raw y su respuesta broncodilatadora, con cambios no significativos en la mayoría de los casos. Por el contrario los valores de la SGaw tienen un comportamiento muy uniforme y se aprecian elevados en casi la totalidad de los casos y con cambios importantes tras el broncodilatador, de manera paralela con las elevaciones de las pendientes de la fase III de la SbO₂.

Valores de las Raw (cmH₂O/L/seg) y SGaw(L/s/cmH₂O/L) basales y tras broncodilatador β₂.

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ΔN ₂ /l (%)	5 333	6 375	5,1 340	4,3 307	5,7 259	6,6 220	6,3 274	4,3 331	5 192	4 286	5,6 350	6,5 250
Raw basal	2,45	5,23	1,94	3,12	3,20	5,43	2,85	3,06	5,07	4,79	3,27	2,77
(Δ%) Rawβ ₂	(-26)	(-45)	(-40)	(-24)	(-25)	(-31)	(-13)	(-26)	(-30)	(-35)	(-50)	(-20)
SGaw basal	0,09 3	0,059	0,083	0,098	0,105	0,073	0,132	0,085	0,071	0,062	0,072	0,127
Δ% SGawβ ₂	+58	+120	+58	+40	+13	+40	+30	40	+43	+67	+118	+12

CONCLUSIONES

Según estos datos preliminares de un estudio la SGaw podría ser un parámetro útil para discriminar la patología de la vía fina, y por tanto serían deseables más estudios para poder corroborarlo.

PÓSTER 40**ALTERACIONES DE LA CURVA DE LAVADO DE NITROGENO EN LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA.**

Betancurt A, Palop J, Herrejón A, Domingo M, Plaza P, Sempere C, Abella V, Martínez E. Servicios de Neumología y Radiología del Hospital Universitario Dr. Peset

OBJETIVO: La inflamación de las vías aéreas pequeñas es una de las causas más importantes de limitación al flujo aéreo. Quisimos comprobar si las alteraciones descritas en la literatura del TACAR compatibles con afectación de la vía aérea pequeña, también son detectables con la exploración funcional mediante lavado de Nitrógeno alveolar tras una única inhalación de oxígeno al 100%. (SbO₂).

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo, en su fase preliminar. Se han valorado 12 enfermos (10 mujeres y 2 hombres) con sospecha clínica de asma y afectación radiológica de bronquiolitis en el TACAR, estudiamos el comportamiento de la curva del lavado de N₂ en una respiración única buscando detectar alteraciones funcionales "específicas" de la enfermedad de la pequeña vía (EPV) o bronquiolitis. Todos los casos diagnosticados de asma o equivalente asmático según criterios clínicos, radiológicos y/o funcionales, que descartaron obstrucción o bien fue mínima.

RESULTADOS: Los flujos mesoespiratorios están siempre muy bajos y puede considerarse un dato inicial de la EPV cuando se detecta en una espirometría prácticamente normal. En la tabla adjunta se aprecia que los cambios en la curva SbO₂ son bastante uniformes, el Volumen de Cierre tiene valores prácticamente normales y un marcado incremento de la pendiente de la fase III del lavado.

Valores porcentuales en relación a teóricos de VC y la pendiente de la fase III de SbO₂.

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VC/SbO ₂ (l) %	4.51 110	3.85 134	2.91 82	3.11 101	3.04 105	2.85 137	2.76 119	3.90 113	2.90 136	3.04 87	3.93 84	2.76 117
ΔN ₂ / l (%)	5 333	6 375	5.1 340	4.3 307	5.7 259	6.6 220	6.3 274	4.3 331	5 192	4 286	5.6 350	6.5 250
MMEF	47%	48%	48%	47%	46%	33%	64%	34%	58%	21%	26%	55%

CONCLUSIONES: La curva SbO₂, cuya técnica no es especialmente compleja, se demuestra útil para la detección funcional y precoz de la inflamación de la vía pequeña. En más estudios se podría determinar su validez para su uso protocolario.

PÓSTER 41

Título: ¿ES EL ÍNDICE DE CHARLSON (IC) UN FACTOR IMPORTANTE EN LAS BRONCOSCOPIAS?.

Autores: Ana M^a López Vázquez, M^a Luisa Tárrega Roig, M^a José Boix Cerdà, Ana Salcedo Patricio, Enrique Casimiro Calabuig, Carmen M^a Cortés Alcaide, Estrella Fernández-Fabrellas. Consorcio Hospital General Universitario Valencia.

Objetivo: Nos propusimos evaluar la importancia de las comorbilidades de los pacientes sometidos a broncoscopia en nuestra sección cuantificadas mediante IC.

Metodología: Estudio prospectivo observacional recogiendo datos demográficos, comorbilidad según puntuación en IC y datos relativos a la exploración y a actuación de enfermería, de todas las broncoscopias realizadas en nuestra sección durante 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 439 pacientes, 67.4% hombres, edad media de 64.3 años (± 12.6), puntuación media en IC 4.11 (± 2.3), habían recibido información previa sobre la técnica el 98.8%, refirieron alergias a fármacos 13.9%, se administró sedación en 95.2% sin observarse relación entre la puntuación en IC y la necesidad de administrar otros fármacos. La saturación basal media al inicio de la exploración fue 96% (± 3.4), con diferencias estadísticamente significativas según Índice de Charlson. La duración media del procedimiento fue 40,9 minutos ($\pm 18,9$), sin observarse relación con la puntuación en IC. En cuanto a la tolerancia a la exploración fue mala en 5.8%, regular 17.7%, buena 73% y excelente 3.5%, sin observarse relación entre la tolerancia y la puntuación en IC.

Conclusiones: En nuestra experiencia se observa una asociación entre IC y saturación basal al inicio de la exploración ($p < 0,05$).

En cambio no se observó relación significativa entre la puntuación en IC y la necesidad de administrar otros fármacos, duración de la exploración o tolerancia a la misma.

PÓSTER 42

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INHALADO Y SU RELACIÓN CON LA CORRECTA TÉCNICA INHALATORIA

Ana Salcedo Patricio, Pilar Valle Dávalo, Ana Isabel López Hernández, Ana López Vázquez, Chelo Bellver Martínez, M^a Dolores Gavila Sebastian, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fernández Fabrellas. Neumología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción y Objetivo: Recientemente se ha validado un nuevo test que valora la adhesión al tratamiento con inhaladores (TAI), mostrando solo el 37,5% de pacientes con asma o EPOC una correcta cumplimentación. Igual que la adhesión, la correcta técnica inhalatoria tiene impacto pronóstico en los enfermos. Nos propusimos analizar si los pacientes, además de ser cumplidores, realizaban una correcta técnica inhalatoria.

Método: Estudio prospectivo transversal de 1 mes de duración (noviembre 2014) incluyendo pacientes consecutivos que acudían al Laboratorio de Exploración Funcional para realizarse espirometría. Se recogieron datos sociodemográficos, enfermedad respiratoria y fármacos prescritos; todos completaron el cuestionario TAI. Se revisó la técnica inhalatoria y se determinó si cometían o no errores críticos (Price D et al. Respiratory Medicine 2013;107:37-46).

Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes, edad 63,9±13,1 años, 72% hombres, 81,6% exfumadores, 52% habían completado la educación primaria o secundaria y 34% universitarios de nivel medio o superior. 51% eran EPOC y 28,6% asmáticos. Todos llevaban tratamiento broncodilatador, con puntuación media en TAI de 51±4. El 50% realizaba errores críticos durante la inhalación, sin diferencias significativas por género o estudios cursados. Si la hubo en función de la edad (68% de ≥65 vs 32% si <65 años, p=0.047) y con tendencia en los EPOC (56% vs 28,6% de asmáticos, p=0.09).

Conclusiones: En nuestra experiencia, y a pesar de que los pacientes son cumplimentadores del tratamiento y conocen la pauta prescrita, la mitad de ellos maneja incorrectamente sus inhaladores, lo que parece relacionarse con la edad más avanzada y con padecer EPOC.

PÓSTER 43

IMPACTO POBLACIONAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA PROVINCIA DE VALENCIA. "RUTA DE LA SALUD 2014".

Sergio Lorenzo Montalvo, Sara Toledano Gómez, Laura Novella Sánchez, Javier Berraondo Fraile, Ana López Vázquez, Esther Verdejo Mengual, Ana Salcedo Patricio, Estrella Fernández Fabrellas. Neumología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción y Objetivo: La Comunidad Valenciana tiene el mayor grado de desconocimiento sobre la EPOC en España (Arch Bronconeumol. 2012;48(9):308–315), por lo que son necesarias más y mejores intervenciones divulgativas y de concienciación. La "Ruta de la Salud", programa de la Diputación de Valencia, pretende promover el conocimiento y hábitos saludables entre la población.

Analizamos los resultados obtenidos por el servicio de Neumología.

Método: Estudio prospectivo (septiembre-noviembre 2014) en 30 municipios de la provincia de Valencia. Se realizaron actividades formativas y exploraciones básicas en Neumología, encuestando a la población que voluntariamente participó y realizando espirometría, oximetría y cooximetría. Analizamos datos demográficos, antecedentes de enfermedad respiratoria crónica (ERC), resultados de exploraciones y del informe emitido (recomendación de seguimiento) si se detectó ERC desconocida.

Resultados: Los municipios visitados abarcan una población de 332.796 hab (12,89% de la provincia). Se realizaron 2.397 exploraciones a 811 personas de 64,6±13,3 años, IMC 27,3±4,5 Kg/m², 71% mujeres. 13,2% eran fumadores activos de 22,6±23 años/paquete; 10,2% tenían ERC (20,4% asma, 2,7% EPOC y 5% SAHS). Espirometría previa el 32,9%, 35,3% oximetría y solo 0,7% cooximetría. 160 personas (el 22,7% sin ERC) tenían FEV1/FVC<0.7 (65,4±7,3%, p<0.001) con FEV1 76,7±17,9% (p<0.001).

Conclusiones: Existe un importante infradiagnóstico de enfermedad respiratoria obstructiva, así como una escasa implantación de las exploraciones neumológicas básicas en los municipios visitados.

PÓSTER 44

¿UTILIZAN CORRECTAMENTE LOS INHALADORES NUESTROS PACIENTES? Autores: M.C.Merlo Valverde¹; L. Murcia Cordoba¹; G.M. Mediero Carraco²; C.Baeza Martinez²; E. González Ortiz². 1Enfermera 2Neumólogo. Servicio de Neumología. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Objetivos: Conocer las pautas de manejo de los inhaladores en los pacientes que acuden a consulta. Instruir en el adiestramiento y uso correcto de inhaladores para que sea una actividad habitual y reglada en todos los servicios asistenciales. Mejorar la prescripción.

Metodología: Con motivo del día mundial de la EPOC, a todos los pacientes que acudieron a consulta (EPOC, Asma, Otros) se les paso una encuesta de manera voluntaria donde se preguntaba: Datos demográficos, conocimiento del uso correcto inhaladores (Siguiendo la Normativa SEPAR). Además se ofrecía la posibilidad de realizar maniobras prácticas con el dispositivo que utilizan así como comprobar la correcta técnica inhalatoria.

Resultados: Sé realizaron 40 encuestas, 14 mujeres y 26 hombres, edad media de 68 años. La distribución por diagnósticos revela mayor incidencia de EPOC, siendo este el 65% de los hombres y el 14% de las mujeres; seguido del Asma siendo en hombres 11,5% y el 71,4% en mujeres. El grupo más numeroso corresponde a los mayores de 70 años (57,5%). El tipo de inhalador más utilizado es el dispositivo de polvo seco inhalado 55% frente; al 45% que usa el inhalador de cartucho presurizado, siendo un 60% los que combinan los 2 dispositivos. Sólo el 12,5% utiliza cámara espaciadora. Respecto a la técnica sólo el 37,5% emplea una técnica totalmente correcta, un 30% tiene pequeños defectos fácilmente corregibles; De estos, podrían mejorar su técnica inhalatoria tras una instrucción adecuada. El 32,3% utiliza una técnica muy deficiente, mientras que un 7,5% presentan limitaciones psicofísicas severas que les impedirán mejorar el uso de estos dispositivos, por tanto es preciso plantearse un tratamiento alternativo.

Conclusiones: Existe una elevada proporción de pacientes respiratorios con EPOC que utilizan inadecuadamente los inhaladores. Las instrucciones previas recibidas por los pacientes sobre el uso de inhaladores se demuestra que son insuficientes. Se debe adiestrar al personal sanitario en la educación y en el manejo de inhaladores en las consultas.

PÓSTER 45

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN CAMAS ESPECÍFICAS PARA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASORA . Sala A, Peris R, Betancurt A, Gonzalez A, Cepeda S, Ponce S, Martinez E. Hospital Doctor Peset. Valencia.

Objetivos: La ventilación mecánica no invasora (VMNI) es actualmente el tratamiento de elección en la mayor parte de pacientes con fallo ventilatorio agudo. Los buenos resultados obtenidos en las agudizaciones graves de EPOC han extendido su uso a otras patologías. Realizamos un estudio descriptivo de 6 meses de duración de pacientes tratados con VMNI de forma aguda en nuestro hospital y comparamos la mortalidad respecto al año previo tras instaurar un comité multidisciplinar de VMNI .

Metodología: Se analizaron datos sobre tipo de enfermedad, parámetros de VMNI, y análisis de supervivencia. Se recogieron datos gasométricos, causas de inicio de VNI y lugar de inicio. Análisis estadístico: con SPSS 18.0, T de Student , Anova, Chi cuadrado.

Resultados: Se estudiaron 109 pacientes (56% hombres y 44% mujeres), con edad media de 77 ± 11 años. Las patologías más prevalentes fueron la EPOC (45% de los casos) y el SOH (43%), asociando cardiopatía un 30% de estos últimos. El 27% de nuestra serie eran SAHS. La estancia media fue de $10,6 \pm 7,1$ días [IC 95% 9,31-12,01]. La VMNI fue iniciada por los médicos de Urgencias en un 62% de los casos y por Neumología en un 32%. La causa más frecuente de inicio de VNI fue la insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria en un 70% de los casos. Hubo mejoría gasométrica con la VMNI tras la primera hora de tratamiento y al alta, tanto de PH ($7,30-7,34-7,42$; $p > 0,05$) como de PaCO₂ ($66-60-51$; $p > 0,05$). Se pudo retirar la VMNI en un 64% de los casos sobre todo en los pacientes con EPOC y se dejó de forma crónica en un 54%. Eueron éxitus un 24% de los casos de los cuales el 50% lo fue durante el episodio agudo(primer mes tras el ingreso),mientras que el año previo lo fue un 66%. La patología con más mortalidad fue la EPOC sin diferencias significativas entre patologías o sexo .

Conclusiones: En nuestra serie la EPOC y el SOH son las patologías que más requieren VMNI de forma aguda. La instauración de un comité multidisciplinar de VMNI puede reducir la mortalidad.

PÓSTER 46

EFFECTO DE LAS ADIPOCINAS EN PACIENTES CON EPOC

Gabriel Anquera^{*}, Sandra Fabregat^{*}, Alfredo de Diego^{*}, Montserrat León^{*}, Xavier Milara^{**}, Manuela Martínez^{*}, Luis Compte^{*}, Julio Cortijo^{**}, Julián Mahiques^{***}.

^{*} Servicio de Neumología Hospital U. y P. La Fe. Valencia.

^{**} Fundación de Investigación del CHGU.

^{***} Área de Ensayos clínicos HUip La Fe.

OBJETIVO: Analizar las diferencias en la relación entre la carga inflamatoria sistémica y las adipocinas con la gravedad de la EPOC en pacientes con obesidad (O) o sin ella (NO).

METODOLOGÍA: Estudio transversal de dos cohortes de pacientes con EPOC distribuidos según su IMC fuese superior o inferior a 30. En todos ellos se determinaron los valores séricos de adiponectina, leptina, IL8, IL6, TNF-alfa, y PCR, analizando las diferencias entre ambos grupos y su relación con parámetros funcionales (espirometría, volúmenes pulmonares, test de marcha), clínicos (disnea, fenotipo) evolutivos (exacerbaciones, ingresos) y pronósticos (BODE) de la enfermedad.

RESULTADOS: Se incluyeron 51 pacientes (O:40%; NO: 60%). No había diferencias entre ambos en edad, sexo, tabaquismo, índice de Charlson, disnea, grado de obstrucción, atrapamiento aéreo, capacidad de difusión o metros recorridos. Tampoco habían diferencias en la presencia de enfisema o bronquiectasias en TAC. Los valores de IL8 (72,5 (18,3) vs 71,3 (14,2)), IL6 (4,2 (4) vs 3,9 (4,5)), TNF-alfa (26,5 (3,2) vs 26,08(2,9)) y adiponectina (8,9(6) vs 11 (6)) fueron similares en ambos grupos (O vs NO) mientras que la leptina estaba aumentada en O: 20,3(9,2) frente a NO: 11,5 (8,8). En este último grupo (NO) existía una correlación significativa negativa entre el FEV1% y los valores de leptina. En pacientes obesos existía una correlación significativa negativa entre los valores de adiponectina y el FEV1%. No encontramos correlaciones entre citocinas proinflamatorias y adipocinas en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La adiponectina y la leptina influyen de forma diferente en la obstrucción bronquial de la EPOC en pacientes obesos y no obesos.

PÓSTER 47

ACTIVIDAD FÍSICA, ESTADO NUTRICIONAL Y METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES CON EPOC

Sandra Fabregat*, Gabriel Anguera, Alfredo de Diego*, Montserrat León*, Xavier Milara**, Manuela Martínez*, Luis Compte*, Julio Cortijo**, Julián Mahiques***.

* Servicio de Neumología Hospital U. y P. La Fe. Valencia.

** Fundación de Investigación del CHGU.

*** Área de Ensayos clínicos HUIP La Fe.

OBJETIVOS: Analizar la asociación entre gravedad y el estado nutricional, actividad física y metabolismo lipídico de pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA: Estudio transversal de cohorte. La actividad física se recogió con el cuestionario validado de Yale (gasto energético en METSxH/semana y diversos índices de actividad física (sentado, vigoroso)). La valoración del estado nutricional se realizó mediante cálculo de IMC, distribución corporal de grasa y agua por bioimpedanciometría y medición de pliegues y perímetros corporales; el metabolismo mediante determinación de lípidos, lipoproteínas, péptido C, insulinemia, adiponectina y leptina. En todos ellos se realizó exploración clínica, funcional (espirometría, volúmenes, difusión y test de marcha), cuestionarios de alimentación, medición de calidad de vida e índice de actividades de vida diaria y criterios evolutivos (exacerbaciones). Se analizaron la relación entre los diversos parámetros de forma global y ajustados según gravedad determinada por la clasificación GOLD.

RESULTADOS: Se incluyeron 51 pacientes (12 GOLD A, 18 C, 21 D). No había diferencias entre ambos grupos en edad, sexo, o tabaquismo. Existía una asociación significativa inversa entre el porcentaje de masa libre de grasa, metabolismo basal y agua corporal total con el grado de obstrucción. No encontramos relación de éste con el IMC, gasto energético o valores sanguíneos de lípidos, adiponectina o leptina. En el análisis por grupos GOLD o estratificados según grado de obstrucción, no encontramos diferencias en los parámetros nutricionales, metabólicos o de gasto energético pero sí en los índices de actividad física y metros recorridos.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra, la disminución de la actividad física en pacientes con EPOC no se relaciona con cambios significativos en el metabolismo lipídico.

PÓSTER 48

“MOU-TE PER LA MPOC”: DIFUSIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA A TRAVÉS DE UNA CARRERA POPULAR

E. Naval, E. Rovira, J. Ruiz, I.Lluch, A. Plaza, M.Meseguer, JMGalbis, M^aSol Orquín, J. Perpiñan. Hospital Universitario de la Ribera.

Introducción: “Mou-te per la MPOC” fue una actividad realizada en nuestra área de salud con los siguientes objetivos: Dar a conocer la EPOC; Sensibilizar a la población de la necesidad del diagnóstico precoz; Fomentar la actividad física en los pacientes con EPOC y en la población general.

La jornada consistió en una carrera y una caminata de 5km para la población general, y un paseo simbólico para los pacientes.

La difusión se realizó a través de plataformas digitales (página web, twitter, Facebook), prensa escrita, radio y folletos informativos.

Objetivos:

- Estudiar el grado de desconocimiento de la EPOC en nuestra área.
- Analizar el impacto en el conocimiento de la EPOC a través de la jornada de difusión: “Mou-te per la MPOC”

Metología: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica aleatorizada a la población general. La encuesta se realizó 1 mes antes y 1 mes después de la jornada de difusión en la localidad donde tuvo lugar la actividad. El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa informático EPIDAT.

Resultados: Se realizaron un total 605 encuestas telefónica, predifusión N=331, y postdifusión N=274, siendo ambas muestras homogéneas ($p=0.234$). Del total de encuestados el grado de desconocimiento fue del 84.5%. Resultados de las encuestas predifusión: edad media 50.73±15,70; 62% mujeres; fumadores 26.2%; fuman y no conocen la EPOC el 87,20%; conocen la EPOC, los síntomas y la causa 8.43%. Las encuestas postdifusión mostraron: edad media de 49,24±14,6; 63.5% mujeres, fumadores 26.3%; fuman y no conocen la EPOC el 81.94%; conocen la EPOC, los síntomas y la causa el 8.75%.

El grado de conocimiento de la EPOC predifusión fue del 11.8% y postdifusión del 20.1% ($p=0.005$). La principal fuente de conocimiento de la enfermedad predifusión fueron los medios de comunicación 30.8% y postdifusión fue la carrera 25.5%.

Conclusiones:

- Existe un elevado desconocimiento de la EPOC en nuestra población.
- “Mou-te per la MPOC” ha mejorado el conocimiento de la enfermedad.

“Mou-te per la MPOC”. Patrocinada por Novartis pharmaceuticals. Avalada por la SV Neumología

PÓSTER 49

“MOU-TE PER LA MPOC”: SCREENING Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA A TRAVÉS DE UNA CARRERA POPULAR

J. Ruiz¹, E.Naval¹, I.LLuch¹, A.Plaza¹, M.Meseguer¹, M.Mustienes¹, C.Duart¹, M.Cruz Gonzalez², S.Giraldós¹, M^aSol Orquín¹, E.Rovira¹.
¹H.Universitario de la Ribera. ²H.Clínico Universitario Valencia.

Objetivos

- Screening y diagnóstico de la EPOC en la jornada de difusión “Mou-te per la MPOC”.
- Caracterización clínica, epidemiológica y funcional de la muestra.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo y transversal. El screening se realizó mediante COPD6 y cuestionario de síntomas. Criterios de inclusión: fumadores y exfumadores de > 10 paquetes-año. A la población con COPD 6 patológico se remitió para estudio con espirometría, radiografía de tórax y cuestionario CAT.

Resultados: De los 135 COPD6 realizados, cumplían criterios de inclusión 49.7% (n=67). Edad media: 50,65±10.31; varones 56.7%, fumadores activos 53.77%; exfumadores 46.26%; índice medio de paquetes/año de 30,38. El COPD6 mostró un patrón obstructivo en el 20.9% de los casos. Los pacientes con CODP-6 patológico presentaban mayor frecuencia de síntomas; tos 85,71%, expectoración 78,57% y sibilancias 21,42%. Se confirmó el diagnóstico de EPOC mediante espirometría en un 64,28; estadio I 77.8%;estadio II 11.1% y estadio III 11.1%. Los resultados espirométricos mostraron: FEV1/FVC post BD 63.71, FVC post BD 3477 L (94.7%), FEV1 post BD 2217 L (76,5%). El valor medio del CAT fue de 5.38±2.9. Se diagnosticó un paciente con asma bronquial y un cáncer de pulmón estadio I. Ninguno había consultado previamente a su médico.

Conclusiones:

- Los pacientes con COPD6 patológico presentan más síntomas de EPOC.
- Se confirmó el diagnóstico por espirometría en un 64,28%
- Se observó predominio del sexo masculino así como un alto índice de paquetes/año en los pacientes diagnosticados de EPOC

PÓSTER 50

IDENTIFICACIÓN DE *PNEUMOCYSTIS* EN ESPUTO EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE MODERADA E INTENSA

M. Andreo¹, A. Galiana¹, E. Aguirre¹, E.J. Calderón², J.C. Rodríguez^{3,5}, M.J. Soler¹, J. Grau¹, I. Padilla¹, G. Royo^{1,5}, E. García-Pachón¹.

¹H. General Universitario de Elche, ²H. Virgen del Rocío, Sevilla, ³H. General Universitario de Alicante, ⁵Universidad Miguel Hernández, Elche.

Objetivos

La identificación de *Pneumocystis jirovecii* en muestras respiratorias se ha asociado al aumento de marcadores inflamatorios y al desarrollo de EPOC [Calderón et al., 2007]. Se asume que su presencia se asocia a EPOC más intensa aunque los resultados de los escasos estudios realizados han sido contradictorios [Maskell et al., 2003; Morris et al., 2004]. Hemos investigado la presencia de *Pneumocystis* en esputo en pacientes con EPOC estable para valorar su posible asociación con la gravedad de la enfermedad.

Métodos.

Se incluyeron 19 pacientes con EPOC atendidos de forma consecutiva, sin agudizaciones al menos los 3 meses previos, 17 varones, con una edad de 70 (± 8) años. La búsqueda de *P. jirovecii* se realizó en muestras de esputo expectorado de forma espontánea, con una técnica de PCR anidada para *P. jirovecii* que amplifica una porción de la región grande del ribosoma fúngico (LSU rRNA).

Resultados

Los pacientes se dividieron en: EPOC moderada (n=9) con FEV1 64% (± 8) y EPOC intensa-muy intensa (n=10); FEV1 34% (± 10), comparables en edad y tabaquismo. *Pneumocystis* se detectó en 5 de los 19 pacientes, en 4 con EPOC moderada y en 1 con EPOC muy intensa (FEV1 21%).

Conclusión

En nuestros hallazgos, en muestras clínicas de esputo de pacientes con EPOC estable, la identificación de *Pneumocystis* no es infrecuente y su presencia no se ha asociado a los pacientes con enfermedad más avanzada.

PÓSTER 51

AISLAMIENTO DE ASPERGILLUS SPP EN ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Romero Francés¹, B. Gomila Sard², M. Marín Royo¹, R. Moreno Muñoz², J.A. Royo Prats¹.

Servicio de Neumología¹ y Microbiología² H.G.U. de Castellón.

OBJETIVOS: Observar y describir las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedad pulmonar crónica en los que se ha aislado *Aspergillus* spp. Se especula su relación con antibioterapia y corticoterapia previa. Las agudizaciones frecuentes y el aislamiento simultáneo (sobre todo con *Pseudomonas aeruginosa*) son factores de riesgo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes de nuestro servicio con enfermedad pulmonar crónica en los que se aisló *Aspergillus* spp en muestras bronquiales desde el 1-1-14 al 30-11-14. Estudiamos: edad, sexo, tabaquismo, patología neumológica, tipo de muestra, especie, aislamientos repetidos y de otros microorganismos, agudizaciones en el último año, antibioterapia y corticoterapia en los 3 meses previos, criterios de infección y tratamiento antifúngico.

RESULTADOS: 25 pacientes (44% hombres y 56% mujeres) con edad media de 71 años e historia de tabaquismo el 67%. El 40% tenían bronquiectasias y el 52% eran EPOC (77% con fenotipo agudizador): El 8% EPOC con bronquiectasias, otro 8% con neoplasia hematológica y el 36% EPOC sin dichas comorbilidades. El restante 8% tenía asma crónico. La especie más frecuente fue *A. niger* (44%). Los cultivos fueron positivos para otros microorganismos en un 60%: De éstos, el más frecuente fue *Pseudomonas aeruginosa* (46.7%), seguido de *Proteus* spp (13.3%) y *H. influenzae* (6.7%). En un 33.3% se aislaron varios. El 76% tuvo agudizaciones, y de ellos, el 90% tuvo 2 o más. El 84% había tomado esteroides, y el 92% antibióticos. Cuatro pacientes recibieron tratamiento antifúngico: en tres se aisló *Aspergillus* spp repetidamente y uno con diagnóstico de aspergiloma.

CONCLUSIONES: 1. En enfermedad pulmonar crónica (sobre todo EPOC agudizador y bronquiectasias) hay que tener presente la posibilidad de colonización/infección por *Aspergillus* spp.

2. Se observa una alta tasa de aislamientos simultáneos, sobre todo con *Pseudomonas aeruginosa*. También altas tasas agudizaciones, antibioterapia y corticoterapia previa.

PÓSTER 52

ESTADO DE VACUNACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO DE LOS PACIENTES CON REINGRESOS POR EPOC

F.J. Gómez Romero, G. Pérez Torregrosa, L. Zamora, C. Pérez Cascales, M.J. Soler, J. Grau, I. Padilla, J.F. Navarro, E. García-Pachón. *Hospital General Universitario de Elche*.

Introducción Las recomendaciones internacionales aconsejan la vacunación frente a neumococo a los pacientes con EPOC. Hemos analizado el nivel de vacunación en nuestros pacientes con reingresos por este proceso al ser un grupo en el que potencialmente la indicación estaría más justificada.

Método Se han incluido a los pacientes que durante los años 2012 o 2013 han tenido más de un ingreso por agudización de su EPOC. Se ha analizado su posible vacunación antineumocócica en el registro nominal de vacunas de la Comunitat Valenciana.

Se considera correctamente vacunado: (1) Pacientes con la administración de una dosis VNP-23, o una de VNC -13 dejando un intervalo de, al menos, 2 meses antes de la administración de VNP-23; (2) Pacientes que hayan recibido una dosis de VNP-23 mas una dosis de VNC-13 al menos un año después de la dosis de VNP -23, seguida de una segunda dosis de VNP-23 con un intervalo de al menos 2 meses de la VNC-13, siempre que hayan transcurrido 5 años o más de la primera dosis de VNP -23 y (3) paciente con dosis de VNP-23 hace menos de 5 años.

Resultados Se incluyeron 61 pacientes, 54 varones (88%) con una edad promedio de 76±9 años. Habían tenido una mediana de 3 hospitalizaciones y dos asistencias en consultas externas. Treinta y seis pacientes habían recibido alguna dosis de vacunación VNP-23 y 4 pacientes vacunación VNC-13 (40 de 61 pacientes, 65%). Ningún paciente había recibido la revacunación VNP-23 de forma adecuada.

Conclusiones Una importante proporción de pacientes que han requerido reingresos por su EPOC no han recibido vacunación antineumocócica. En los casos vacunados puede mejorarse la planificación de revacunación. Los ingresos por EPOC pueden ser una buena oportunidad para revisar y mejorar la vacunación de estos pacientes.

PÓSTER 53

ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES AGUDIZADORES CON EPOC GRAVE Y SU RELACIÓN CON LOS FENOTIPOS DE LA ENFERMEDAD. RESULTADOS PRELIMINARES

Esther Verdejo Mengual, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fernández Fabrellas, Amparo Lluch Bisbal. Servicio de Neumología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con EPOC tienen un sueño de inferior calidad, empeorando a medida que se agrava la enfermedad. Desconocemos su posible relación con el fenotipo agudizador de GesEPOC. **MÉTODO:** Estudio prospectivo longitudinal de 3 años de pacientes EPOC grave o muy grave categorizados por fenotipo C o D. Se realizó análisis descriptivo de variables y comparación de hallazgos de PSG en función del fenotipo. **RESULTADOS:** El 100% eran hombres, edad media $67,9 \pm 7,8$ años, 31% fumadores activos, FEV1 $33,8 \pm 9,8\%$, FEV1/FVC $43,9 \pm 7,6\%$, PO2 $70,6 \pm 12,2$ mmHg, PCO2 $45,9 \pm 7,7$ mmHg, IMC $:25,4 \pm 2,7$ Kg/m2, Epworth $7,41 \pm 4$. Fueron catalogados como fenotipo C 58,6% (n=17) y D 41,4% (n=12). Los hallazgos de PSG de la cohorte fueron: IAH $10,22 \pm 14,6$, CT90 $22,7 \pm 33\%$, %REM $14 \pm 29,3\%$, latencia REM 42 ± 22 minutos, eficiencia del sueño $61,7 \pm 20,3\%$; ningún paciente alcanzó la Fase 4 de sueño NREM. El 58,6% tuvieron algún TRS, concretamente SAHS o hipoxemia nocturna (HN), y al analizar las diferencias entre fenotipos, se observó una clara tendencia a relacionarse con TRS: 75% de EPOC C tuvieron HN, mientras que 75% de D tuvieron SAHS ($p=0,13$), sin que hubiera diferencias en edad, IMC, PO2 ni PCO2 diurnas, FEV1%, FEV1/FVC % entre ambos fenotipos. Sí hubo correlación significativa entre tipo de TRS y fenotipo (rho de Spearman, $p=0,049$). **CONCLUSIONES:** Los resultados preliminares indican que encontraremos TRS en la mayoría de pacientes agudizadores con EPOC grave/muy grave que parecen relacionarse con el fenotipo enfisema o bronquitis crónica.

PÓSTER 54

DIFERENCIAS EN LA CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO DE PACIENTES CON EPOC GRAVE: CAT vs MRCm

Ana López Vázquez, Angela Cervera Juan, Esther Verdejo Mengual, Mercedes Ramón Capilla, Gustavo Juan Samper, Estrella Fernández-Fabrellas. Servicio de Neumología. CHGU de Valencia

INTRODUCCIÓN: GOLD 2011 propuso un nuevo sistema de clasificación para los pacientes EPOC combinando la evaluación de síntomas (mediante el cuestionario CAT (COPD Assessment Test) o la escala modificada de disnea del Medical Research Council (MRCm)) y el riesgo de exacerbación (en función del FEV₁post y/o exacerbaciones previas). Estudios posteriores han demostrado escasa concordancia entre la evaluación de síntomas por CAT o por MRCm, independientemente del grado de obstrucción bronquial. Nos proponemos analizar si esa concordancia mejora en pacientes con EPOC grave (FEV₁<50%). **MÉTODO:** Estudio prospectivo longitudinal incluyendo pacientes consecutivos de la consulta de EPOC de un hospital terciario, desde Enero 2013 a Julio 2014. Se categorizaron los pacientes en grupos C o D de GOLD dos veces: la primera en función de la puntuación en CAT y posteriormente según la escala MRCm. Se analizó la concordancia del resultado de la categorización de los pacientes según el test aplicado mediante el coeficiente Kappa y test de Chi cuadrado. **RESULTADOS:** Se incluyeron 84 pacientes (90,5% hombres) de edad media 66,5±8,7 años, IMC 26,2±3,8 Kg/m², 33,3% fumadores activos, FEV₁ 37,9±8,49%, FEV₁/FVC 0,47±0,08. La puntuación media en CAT fue 15,19±7,73, siendo CAT≥10 en el 70,2% de los casos, mientras que en la escala MRCm puntuaron ≥2 el 60,7%. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la clasificación de riesgo de los pacientes según se aplicó CAT o MRCm para la evaluación de síntomas (p<0.001). Así, aunque el 88,2% de los pacientes con MRCm ≥ 2 tuvieron una puntuación en CAT≥10, el 42,4% con MRCm < 2 puntuaron CAT ≥10. El coeficiente de concordancia Kappa entre ambos test fue 0.47, lo que se considera una concordancia moderada. **CONCLUSIONES:** La clasificación de EPOC en grupos de riesgo según GOLD mediante el uso del cuestionario CAT o la escala de disnea MRCm no es idéntica. El tipo de herramienta utilizada para determinar el nivel de síntomas puede alterar sustancialmente la asignación de grupo de riesgo.

PÓSTER 55

DETECCIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC

E. Cebrián, V. Arraéz, J. Grau, M.J. Soler, A. Gutiérrez, I. Padilla, E. García-Pachón. *Hospital General Universitario de Elche*.

Objetivo: Para detectar la posible necesidad de cuidados paliativos se ha diseñado un cuestionario que pretende identificar a los pacientes crónicos de forma precoz, el denominado NECPAL CCOMS-ICO. Nuestro objetivo ha sido evaluar si la aplicación de este cuestionario en los pacientes dados de alta tras una agudización de su EPOC podría ser útil para reconocer a los que podrían beneficiarse de la atención por cuidados paliativos por su mala evolución en los meses posteriores.

Método: Se han revisado retrospectivamente los informes de alta de Neumología entre enero y junio de 2013. En los pacientes con diagnóstico de EPOC si se consideraba que no sorprendería su fallecimiento en los siguientes 12 meses (pregunta inicial del cuestionario) se evaluaban los 6 criterios específicos (1) disnea basal de reposo o de mínimos esfuerzos, (2) síntomas físicos o psíquicos de difícil manejo (3) FEV1<30%, FVC o DLCO<40%, (4) criterios de oxigenoterapia domiciliaria, (5) insuficiencia cardíaca sintomática y (6) más de 3 ingresos por agudización de EPOC en el año previo. De acuerdo con el cuestionario, cuando el paciente tenía dos o más de los criterios mencionados se clasificaba como NecPal positivo (NecPal+).

Resultados: De las 417 altas, 29 (el 7%) correspondían a pacientes con diagnóstico de EPOC y clasificados retrospectivamente como NecPal+. Eran 27 varones y dos mujeres con una edad en promedio (\pm DE) de 76 (\pm 7) años. Se analizó su evolución en los siguientes doce meses desde su alta. Fallecieron 8 pacientes (27%), 9 tuvieron más de dos ingresos, 3 pacientes dos ingresos, otros 3 pacientes un único ingreso y 6 pacientes (21%) estaban vivos y sin nuevos ingresos al año.

Conclusiones. En nuestra serie, casi la mitad de los pacientes NecPal+ no fallecieron y requirieron uno o ningún ingreso en el año posterior a su clasificación. Aunque se trata de un estudio retrospectivo, con los datos disponibles podemos concluir que el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO parece muy poco específico cuando se aplica a pacientes con EPOC.



ELCHE, 27 Y 28 DE MARZO DE 2015. PALACIO DE CONGRESOS

SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUMOLOGÍA

