

**XXIII**

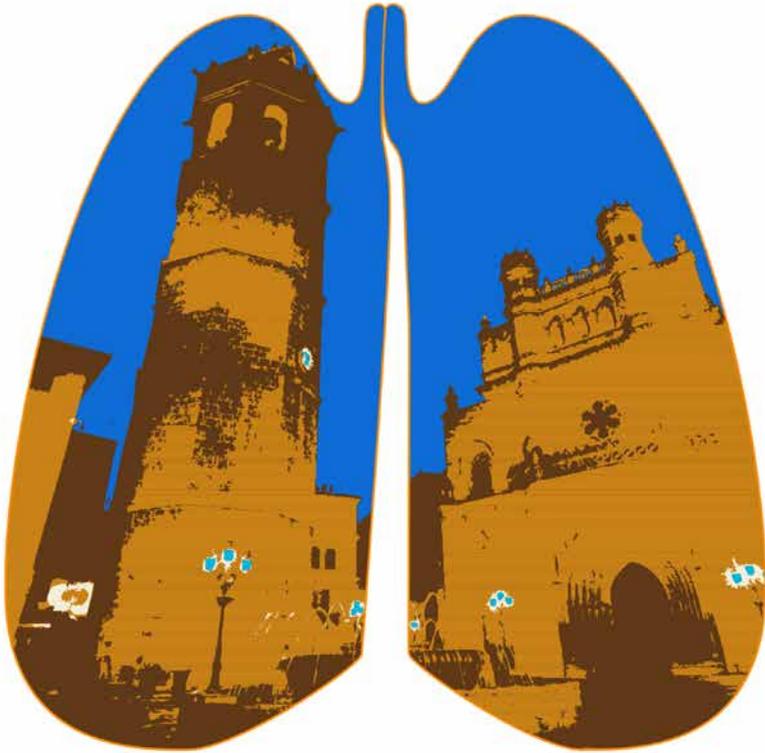
**CONGRESO**

**SOCIEDAD  
VALENCIANA DE  
NEUMOLOGÍA**



**2016**

**CASTELLÓN  
15 Y 16 DE ABRIL.  
HOTEL LUZ**



***Comunicaciones  
Orales y Pósters***



# COMUNICACIONES ORALES

<b>O01</b>	<b>CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA FPI DEL ANCIANO. RESULTADOS PRELIMINARES .....</b>	<b>5</b>
	Estrella Fernández	
<b>O02</b>	<b>RELACIÓN ENTRE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS MARCADORES DE AGRESIVIDAD EN 453 PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO MALIGNO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO .....</b>	<b>6</b>
	Miguel Ángel Martínez	
<b>O03</b>	<b>PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN 453 PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO MALIGNO .....</b>	<b>7</b>
	Cristina Navarro	
<b>O04</b>	<b>VALIDACIÓN INTERNACIONAL DEL SCORE FACED EN 672 PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA .....</b>	<b>8</b>
	M. José Selma Ferrer	
<b>O05</b>	<b>EFICACIA DE UN PROGRAMA DE BUSQUEDA ACTIVA EN LA EPOC. RESULTADOS PRELIMINARES .....</b>	<b>9</b>
	R. Moreno	
<b>O06</b>	<b>IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PULMONAR .</b>	<b>10</b>
	P. García Brotons	
<b>O07</b>	<b>¿ES POSIBLE LA RETIRADA BRUSCA DE LOS CORTICOIDES INHALADOS (CI) EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)? .....</b>	<b>11</b>
	E. Naval	
<b>O08</b>	<b>DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PULMON MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE MICRORNAS EN EL CONDENSADO DE AIRE EXHALADO .....</b>	<b>12</b>
	Jessica Losada	
<b>O09</b>	<b>VALOR DIAGNÓSTICO DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO (FENO) EN EL FENOTIPO MIXTO .....</b>	<b>13</b>
	L. Novella	
<b>O10</b>	<b>UTILIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA NO PRESENCIAL EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA .....</b>	<b>14</b>
	F. Sánchez Toril	



## ORAL 01

**CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA FPI DEL ANCIANO. RESULTADOS PRELIMINARES**

Estrella Fernández-Fabrellas, Susana Herrera, Raquel García, Belén Safont, José N. Sancho, M<sup>a</sup> José Soler. Por el GT EPID de la SVN.

**Objetivo:** Analizar diferencias clínicas, de diagnóstico o tratamiento y evolución de la FPI diagnosticada en pacientes de  $\geq 80$  años.

**Método:** Estudio prospectivo longitudinal de pacientes con FPI de 6 hospitales de la CV. Se analizaron diferencias en comorbilidad, síntomas y signos, procedimientos diagnósticos, tratamiento, evolución y supervivencia según la edad al diagnóstico ( $\geq 80$  o  $< 80$  años) utilizando, según procede, test t, ANOVA, Chi cuadrado y curvas de Kaplan-Meyer.

**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes (72% hombres), 84,2% de ellos (85) tratados con antifibróticos. El 18,3% (19) tenían  $\geq 80$  años al diagnóstico (84,11 $\pm$ 2,6), sin diferencias con  $< 80$  años en comorbilidad, exposición tóxicos ni clínica excepto menos tos referida (31,6% vs 68,4%; $p=0.019$ ). Los hallazgos más relevantes fueron:

	$\geq 80$ años	$< 80$ años	p
LBA realizado	47.1%	78.5%	0.014
BIOP realizada	0%	32.1%	0.005
TCAR NIU-definitiva	100%	77.5%	0.062
%FVC	83.17 $\pm$ 16.8	77.8 $\pm$ 17.9	0.3
%DLCO	37.6 $\pm$ 11.8	48.7 $\pm$ 17.2	0.05
6MM (metros)	343.5 $\pm$ 64.3	434.7 $\pm$ 107.2	0.011
Tto antifibrótico	61.1%	98.2%	0.008
Exitus	22.2%	16.9%	0.56

En total hubo 18,1% éxitus y supervivencia de 31,7 $\pm$ 6,2 meses, menor en  $\geq 80$  años (13,4 $\pm$ 8,8 vs 36,8 $\pm$ 7,2; $p=0.049$ ).

**Conclusiones:** **1.** Casi un 20% de nuestros pacientes con FPI se diagnostican con  $\geq 80$  años, cifra muy superior a la publicada, y están funcionalmente más afectados. **2.** Las técnicas diagnósticas invasivas se utilizan menos y se prescribe menos el tratamiento antifibrótico en ellos. **3.** Aunque la tasa de mortalidad es similar a la de pacientes más jóvenes, el tiempo de supervivencia es menor.

## ORAL 02

### RELACION ENTRE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LOS MARCADORES DE AGRESIVIDAD EN 453 PACIENTES CON MELANOMA CUTANEO MALIGNO. ESTUDIO MULTICENTRICO.

Miguel A Martínez-García, Cristina Navarro, Maria Jose Selma-Ferrer (H. La Fe. Valencia), Luis Hernández (General. Alicante), Eusebi Chiner (San Juan. Alicante), Monica Llombart (Villajoiosa).

**Objetivo:** Analizar la relación entre el número y gravedad de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) y diferentes marcadores de gravedad del melanoma cutáneo maligno (MCM). **Métodos:** Se incluyen 453 pacientes diagnosticados de MCM pertenecientes a 24 hospitales españoles. Se excluyen aquellos con melanoma "in situ" o de mucosas y aquellos con CPAP previa. Se recogieron datos siguiendo un protocolo estandarizado referentes a: historia personal, comorbilidades, síntomas relacionados con el sueño, factores de riesgo para MCM y SAHS y marcadores histológicos de agresividad del MCM: (índice de Breslow, índice de Clark, presencia de ulceración y regresión, índice mitótico y afectación del ganglio centinela). Se realizó una prueba de sueño recogiendo variables habituales: IAH e índices de desaturación (ID) al 3%/4%. El valor medio del índice de Breslow se estableció como punto de corte para la realización de varios análisis de regresión logística para determinar la asociación independiente entre SAHS y los marcadores de agresividad del melanoma ajustado por diferentes factores de riesgo. **Resultados.** Edad media: 56,6 (15,8) años (53%H); IMC 27 (4,9) Kg/m<sup>2</sup>. El 30% tuvo exposición solar habitual. Horas de sueño 7,4 (1,3). Breslow medio: 1,66 (2,45) mm. El 27,2% tuvo un índice de Clark 4/5. Fototipo cutáneo medio 2,6 (0,7) y el 66% tuvo al menos una quemadura solar. El 11% presentó afectación del ganglio centinela. SatO<sub>2</sub> basal: 95,8 (2,1). IAH medio: 14,7 (16,2) (20,6% con IAH>15 y 15,1% con IAH>30). ID4%: 10,6 (14,2), ID3% 16,1 (18,7%), CT90% 6,8 (14,8) y Epworth 6,1 (3,5). Aquellos pacientes con un Breslow por encima de la media (>1,66 mm) presentaron un IAH e ID significativamente mayor: 19,7 (18) vs 12,9 (15,1), p=0,001; ID4% de 14,1 (16,5) vs 9,2 (13,6); ID3% 20,3 (18,9) vs 13,9 (18,8); p=0,001. **Conclusión.** El número y gravedad de los TRS se asocia a diferentes marcadores de agresividad del MCM independientemente de la edad, género, IMC, exposición solar, antecedentes de quemaduras, fototipo de piel y horas de sueño.

## ORAL 03

### **PREVALENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN 453 PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO MALIGNO.**

Cristina Navarro, M. José Selma-Ferrer, Miguel A Martínez-García (La Fe.Valencia), Luis Hernández (General. Alicante), Eusebi Chiner (San Juan. Alicante), Monica Llombart (Villajoiosa).

**Objetivo.** La presencia de un mayor número de trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) se ha relacionado con una mayor incidencia y mortalidad por cáncer. El objetivo es analizar el número de TRS y la prevalencia de SAHS sintomático en una amplia muestra de pacientes con melanoma cutáneo maligno (MCM).

**Método.** Se incluyen 453 pacientes diagnosticados MCM de 24 hospitales españoles. Se excluyen pacientes con melanoma “in situ” o de mucosas, y aquellos con CPAP previa. Se recoge un protocolo estandarizado según la historia personal, síntomas relacionados con el sueño, factores de riesgo para MCM y SAHS, y marcadores histológicos de agresividad del MCM. Se realizó una prueba de sueño con intención diagnóstica. El IAH se dividió en cuatro grupos: ( $\geq 5$ ,  $\geq 10$ ,  $\geq 15$  y  $\geq 30$ ). Se definió SAHS como la presencia de un  $\text{IAH} \geq 5$  y un  $\text{IAH} \geq 10$  con un  $\text{Epworth} \geq 10$ . Los resultados se comparan con una serie de población general española (*Duran et al.* 2001) y la serie de Wisconsin (*Peppard et al* 2013) con similar edad e IMC.

**Resultados.** Edad media 56,6 (15,8) años; 53% hombres; IMC 27 (4,9) Kg/m<sup>2</sup>. Horas de sueño 7,4 (1,3). Índice de Breslow medio 1,66 (2,45) mm. El 11% presentó afectación del ganglio centinela. 63,5% roncadors (3,9 noches/semana) y 20,3% apneas presenciadas. SatO<sub>2</sub> basal: 95,8 (2,1). IAH medio: 14,7 (16,2), ID4% 10,6 (14,2), ID3% 16,1 (18,7%), CT90% 6,8 (14,8) y Epworth 6,1 (3,5) con un 11,7% con  $\text{Epworth} \geq 10$ . En la tabla aparecen las prevalencias para diferentes puntos de corte de IAH y las obtenidas en las dos series mencionadas. El 7,5% presentó un  $\text{IAH} \geq 5$  más un  $\text{Epworth} \geq 10$ .

**Conclusión.** A pesar de la falta de un grupo control, el número y gravedad de los TRS en pacientes con MCM es superior para cualquier punto de corte de IAH que las series de población general, a pesar de no presentar un claro exceso de síntomas relacionados con el SAHS.

## ORAL 04

### VALIDACIÓN INTERNACIONAL DEL SCORE FACED EN 672 PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

M<sup>a</sup> José Selma-Ferrer; Cristina Navarro Soriano; M.A. Martínez García. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

**Objetivo:** Realizar una validación externa del score FACED en una larga serie de pacientes con bronquiectasias (BQ)

**Metodología:** Estudio multicéntrico de cohortes históricas en 3 países iberoamericanos (Brasil, Argentina y Chile) que incluyó a 672 pacientes con diagnóstico de BQ. Se utilizó idéntico protocolo al original para la recogida de datos (clínicos, microbiológicos, radiológicos, funcionales y estado vital a los 5 años). El área bajo la curva ROC (AUC-ROC) fue utilizada para calcular el poder predictivo de FACED para mortalidad por todas las causas y respiratoria. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos de creciente puntuación en el score y los resultados, comparados con los del manuscrito original.

**Resultados:** Edad media (DE) de 48,4 (16,1) años; IMC: 22,4 (11,5) Kg/m<sup>2</sup>; Disnea MRC: 1,53 (1,04) y 3,35 (1,5) lóbulos afectados. FEV<sub>1</sub> del 54,7 (21,9)% con 1,18 exacerbaciones al año. El 39% presentaban colonización crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Al fin del seguimiento, 100 pacientes (14,9%) habían fallecido (67% por causas respiratorias). El 27,5% y 39,6% presentaron BQ idiopáticas y postinfecciosas respectivamente. El FACED score medio fue de 2,31 (1,64). El AUC-ROC para predecir mortalidad general fue de 0,81 (IC95%: 0,78-0,85) y para mortalidad respiratoria del 0,84 (IC95%: 0,80-0,88). Ninguna estadísticamente diferente a las del manuscrito original (AUC-ROC de 0,87 (IC95%:0,82-0,91) y 0,85 (IC95%:0,82-0,89) para mortalidad general y respiratoria respectivamente). La división en los 3 grupos de gravedad (terciles) diferenció de forma estadísticamente significativa a 3 grupos de creciente mortalidad (0-2 puntos [BQ leves]: mortalidad del 4,9%; 3-4 puntos [BQ moderadas]: 21,1% y 5-7 puntos [BQ graves]: del 47%; p<0.001) sin diferencias significativas respecto a la cohorte original de construcción del score (mortalidad del 0,9%; 15,3% y 51,6% respectivamente).

**Conclusiones:** El score FACED presenta una adecuada validación externa internacional y excelente capacidad predictiva para mortalidad, así como capacidad para dividir a los pacientes en 3 grupos de creciente gravedad y peor pronóstico.

## ORAL 05

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE BÚSQUEDA ACTIVA EN LA EPOC. RESULTADOS PRELIMINARES**

*Moreno R, Peris R, Nieto ML, Miralles C, Aguar MC, Lorenzo MJ, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova/Valencia.*

**Objetivo:** Valorar la eficacia de un programa de búsqueda activa (PBA) para detectar nuevos casos de EPOC en el ámbito de Atención Primaria (AP).

**Metodología:** Estudio de cohortes prospectivo realizado con Médicos de AP (MAP) en 5 centros de salud (CS). En cada centro los MAP se dividen en: A) Grupo de intervención, formado por aquellos MAP que participan en el PBA, quienes seleccionan a pacientes entre 40-70 años, tabaquismo >10 años-paquete, con o sin síntomas; B) Grupo control, formado por el resto MAP que siguen una práctica clínica habitual (PCH). Se realiza espirometría, cribado de síntomas (COPD\_PS) y control de calidad.

**Resultados:** De un total de 339 pacientes (220 PBA, 119 PCH), con edad media ( $\pm$ DE) de  $55\pm 11$  años (55% hombres), se diagnosticaron, 81(23,9%) casos nuevos de EPOC. Espirometría calidad A en 70 (87%) casos. El PBA diagnóstico 57 nuevos casos (26%) y la PCH 24 nuevos casos (20%), con un COPD\_PS>3 en 40 de ellos (70,2%)

	PBA	Grupo control	p
EDAD MEDIA	56	62	$P<0,05$
MUJERES	24(42,1%)	6(25%)	$P>0,05$
HOMBRES	33(57,9%)	18(75%)	$P>0,05$
FEV1 postBD	$75\pm 13,5$	$64\pm 13,97$	$P<0,05$
GOLD 1-2	94,8%	75%	$P>0,05$
GOLD 3-4	5,2%	25%	$P<0,05$
TRATAMIENTO	14,28%	25%	$P<0,05$

Tabla: comparación entre el grupo PBA y grupo control

**Conclusiones:** El PBA permite doblar el número de nuevos casos de EPOC frente a la práctica clínica habitual y facilita el diagnóstico precoz. Estos pacientes son más jóvenes, con menor afectación pulmonar y sin tratamiento previo.

\*Estudio financiado con una beca de Boehringer-Ingelheim

## ORAL 06

### **IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PULMONAR.**

P. García Brotons, M. García Rodenas, R. García Sevilla, J. Gil, F. Pascual, I. Gayá, I. Rodríguez, I. Suarez, V. Vilella, B. Massuti, C. Martín. *Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)*

**OBJETIVO:** Valorar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma pulmonar con mutación en el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) tratados con terapia dirigida (TD) con inhibidores de la tirosin quinasa (Erlotinib, Gefitinib, Olaparib o Afatinib) respecto los no mutados.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma pulmonar con determinación de la mutación EGFR desde enero 2011 hasta junio 2015 en el HGUA. Se recogieron variables demográficas, de tratamiento y mortalidad. Se utilizaron curvas de Kaplan Meier para calcular la supervivencia y se comparó mediante Log Rank.

#### **RESULTADOS:**

Se recogieron 127 pacientes con una edad media de 65 años, 72 eran varones (57%) y 39 nunca habían fumado (31%).

La mutación EGFR resultó positiva en 50 pacientes (39%), 40 en estadio avanzado y 10 se intervinieron, con recaída posterior. En 14 pacientes (30%) el tratamiento fue exclusivamente con TD. El resto se trató con quimioterapia (QT) en primera línea o tras progresión. La determinación del EGFR fue negativa en 77 pacientes (61%). Nueve (12%) no recibieron tratamiento, 15 fueron intervenidos (20%), con recaída en 10: en 6 se asoció QT, en 2 QT más TD y en 2 TD (uso compasivo). De los 53 pacientes restantes, 40 (52%) recibieron QT, 8 (10%) QT con TD y 4 (5%) QT más Bevacizumab. Solo un paciente (1%) recibió radioterapia estereotáxica.

La supervivencia de los pacientes con EGFR positivo (mediana 27 meses, IC 95% 19-34) fue significativamente mejor ( $p$  log Rank  $<0,001$ ) que la de los EGFR negativos (mediana 10 meses, IC 95% 7-13).

#### **CONCLUSION:**

Los pacientes con adenocarcinoma pulmonar y mutación positiva para EGFR que reciben terapia dirigida tienen una supervivencia significativamente mayor que los pacientes que no expresan la mutación.

## ORAL 07

**¿Es posible la retirada brusca de los Corticoides inhalados (CI) en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)?**

E. Naval<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> C Gonzalez<sup>2</sup>, M. Palop<sup>3</sup>, M. Meseguer<sup>1</sup>, I. Lluch<sup>1</sup>, P. Garcia-Sidro<sup>4</sup>, J. Ruiz<sup>1</sup>, E. Rovira<sup>1</sup>. 1.H.ULaRibera, 2.HCU Valencia, 3.H.U Sagunto, 4. H.U de la Plana.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo y multicéntrico que evalúa la retirada de brusca CI el año previo en pacientes no agudizadores ( $\leq 1$  agudización el año previo). Se evalúa función pulmonar (FEV1 y FVC), número de agudizaciones, disnea según la escala mMRC, impacto de síntomas con el cuestionario (CAT), actividad física autoreferida (AF) y BODE. **Resultados:** N=86. En la visita basal: 83.7% Hombres; edad media 65.4 $\pm$ 8. FEV1 postbroncodilatador(postBD) medio 51.7% $\pm$ 16.2; FVC postBD media 78.3% $\pm$ 19.1%; índice BODE 2.77  $\pm$ 1.63; mMRC 1.86 $\pm$ 0.86; CAT de 12.8  $\pm$ 6.1 y sólo el 26.7% realizaba AF >120 min/día. Tras un año de retirada de CI no se observaron diferencias significativas en el número de agudizaciones. El 33.7% presentó una mejoría  $\geq 1$  en la escala mMRC ( $p=0.001$ ), el 23,5% mejoró su nivel de actividad física ( $p=0.031$ ) y el 75.6% mejoró la puntuación del CAT ( $p < 0.05$ ). No se observaron cambios significativos en la función pulmonar: descenso del FEV1 y de la FVC de 34 ml ( $p=0.28$ ) y 29ml ( $p=0.43$ ) respectivamente. No hubo diferencias en la puntuación del índice BODE.

**Conclusiones:** La retirada brusca de CI es posible en pacientes EPOC no agudizadores sin objetivar aumento de agudizaciones ni deterioro significativo de la función pulmonar.

## ORAL 08

### DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE MICRORNAS EN EL CONDENSADO DE AIRE EXHALADO

Jessica Lozada<sup>1</sup>, Francisco Sanz<sup>1</sup>, Enrique de Casimiro<sup>1</sup>, CM Cortés<sup>1</sup>, ML Tárrega<sup>1</sup>, E. Fernández-Fabrellas<sup>1</sup>, F. Dasi<sup>2</sup>.  
1 S.Neumología. H. General de Valencia. 2 Fundación Investigación Hospital Clínico Valencia. IIS INCLIVA

**Introducción:** El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en todo el mundo con una supervivencia correlacionada con el estadio tumoral, por lo que el diagnóstico temprano de esta enfermedad puede tener un impacto en la supervivencia. Existe diferente expresión del patrón de microRNAs (miRNA) en muestras histológicas tumorales frente a individuos sanos. La detección de este patrón de miRNA en muestras no invasivas como el condensado exhalado (CAE) podría ser de utilidad paradagnóstico precoz del cáncer de pulmón.

**Objetivos:** Analizar la factibilidad de la detección cuantitativa de microRNA en el condensado de aire exhalado en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico y determinar su correlación con muestras de tejido tumoral.

**Material y métodos:** Se analizó la expresión e miR-1, miR-200b, miR-21, miR-486 y miR-375 mucosa bronquial normal, en biopsias bronquiales tumorales y en condensado de aire exhalado, de una muestra de 19 pacientes con cáncer de pulmón y 18 sujetos sanos.

**Resultados:** Nuestros resultados mostraron que el patrón de expresión de los miRNA analizados es diferente del tejido tumoral a la mucosa bronquial sana. Observamos una regulación a la baja (down-regulation) de los miR-1 y miR486 en tejido tumoral, mientras que la expresión de miR-200b, miR-21 y miR375 estaba significativamente aumentada en las muestras de biopsia de los pacientes con cáncer. Al analizar el patrón de expresión de los miRNA en el CAE observamos la misma reproducibilidad comparando con el tejido pulmonar.

**Conclusiones:** Nuestros datos muestran que un perfil de miRNA puede ser detectado con fiabilidad en muestras de CAE, que puede ser utilizado como un marcador subrogado de cáncer de pulmón por su correlación histológica. Estos datos abren una novedosa vía para el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

## ORAL 09

**VALOR DIAGNÓSTICO DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO (F<sub>E</sub>NO) EN EL FENOTIPO MIXTO.**

Novella L, Picurelli M, Higuera L, Sánchez-Toril F, Aguar M, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

**Introducción:** El F<sub>E</sub>NO mide de forma no invasiva la inflamación eosinofílica de las vías aéreas, siendo de especial utilidad en el asma. Sin embargo, su utilidad en el diagnóstico del fenotipo mixto EPOC-Asma (FMEA) no se ha establecido.

**Objetivos:** Valorar la rentabilidad diagnóstica del F<sub>E</sub>NO en pacientes con FMEA.

**Material y métodos:** Se estudia una cohorte prospectiva de pacientes con EPOC y asma. Se diagnóstico FMEA si se cumplía 1 criterio mayor o 2 menores. Criterios mayor: diagnóstico previo (confirmado) de asma en <40 años, prueba broncodilatadora  $\geq 15\%$  y  $\geq 400$  ml, eosinofilia en esputo ( $>3\%$ ) o periférica ( $\geq 300$ ). Criterios menores (modificados): sospecha de asma previa ( $< 40$  años), historia personal de atopia, rinitis de cualquier tipo, poliposis nasal, antecedentes familiares de asma, prueba broncodilatadora  $\geq 12\%$  y  $\geq 200$  ml (en dos ocasiones), variabilidad FEM $\geq 20\%$ , prueba de broncoprovocación positiva, IgE ( $\geq 100$  UI), eosinofilia periférica ( $\geq 200$  eosinófilos) o prueba cutánea positiva a alérgenos comunes.

**Resultados:** Se incluyen 115 pacientes, de los cuales 56 (48,7%) eran EPOC, 34 (29,6%) asma y 25 (21,7%) FMEA. Edad media $\pm$ DE: 63 $\pm$ 14 años; 38% mujeres y 62% hombres.

	Global	EPOC	Asma	FMEA	p
F <sub>E</sub> NO (ppb)	26,8 $\pm$ 28,4	17,9 $\pm$ 9,4	39,3 $\pm$ 42,9	29,7 $\pm$ 27,0	0,003
FEV <sub>1</sub> (%)	71,4 $\pm$ 22,7	69,9 $\pm$ 18,8	91,9 $\pm$ 19,7	67,8 $\pm$ 16,4	<0,001

El mejor punto de corte del FeNO para diagnóstico de FMEA fue 25 ppb. Sensibilidad: 47,8%, Especificidad: 82%, Valor predictivo positivo del 55%; Valor predictivo negativo del 77,3%.

**Conclusiones:** Los pacientes con FMEA presentan unos niveles medios de FeNO en rango intermedio entre el asma y la EPOC. Sin embargo, el valor diagnóstico de la prueba de forma aislada es bajo.

## ORAL 10

**UTILIDAD DE UNA CONSULTA ELECTRÓNICA NO PRESENCIAL EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA.**

Sánchez-Toril F, Peris R, Moreno R, Fullana J, Aguar M, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

**Justificación:** Las consultas electrónicas no presenciales (CENP) han surgido en los últimos años como un mecanismo de gestión clínica destinado controlar la demanda, ofrecer asesoramiento y distribuir mejor la atención especializada.

**Objetivos:** 1) Evaluar cuáles son los principales motivos de demanda asistencial en un servicio de neumología; 2) evaluar la tasa de aceptación, rechazo, soluciones electrónicas y destino final de las solicitudes; y 3) analizar el impacto de una CENP en la demora asistencial.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y consecutivo sobre la totalidad de consultas remitidas desde Atención Primaria (AP) a Neumología, a través un buzón electrónico habilitado en la historia de salud electrónica, desde su puesta en marcha de el procedimiento en julio del 2014 hasta diciembre de 2015. Se evalúan los motivos de consulta y el destino final tras la evaluación, clasificándose en aceptación, rechazo, solución electrónicas o comentario. El tiempo de demora se establece desde el día en que se solicita la solicitud hasta el día en que se realiza la prueba.

**Resultados:** Se incluyen 2839 consulta de pacientes, 41,3% mujeres y 58,7% hombres con una edad media $\pm$ DE:56 $\pm$ 17 años. La tabla muestra los principales motivos de solicitud.

Motivo	N (%)	Motivo	N (%)	Motivo	N (%)
1. SAHS	1100 (38.8)	4. Tos crónica	146 (5.1)	7. Tabaquismo	75 (2.6)
2. Asma	446 (15.7)	5. Disnea	141 (3.4)	8. Neumonía	56 (2.0)
3. EPOC	354 (12.5)	6. Cáncer	96 (3.4)	9. I. Respiratoria	49 (1.7)

Fueron aceptadas como primeras visitas 2147 (75.7%), como revisiones 240 (8.5%), se dieron recomendaciones en 89 (3,1%) y se rechazaron 231 (8,1%). La solución fue electrónica en 61 (2,1%). En el 27.8% de las visitas aceptadas se gestionó alguna prueba previa a la consulta. La demora media paso de 40 $\pm$ 23 días al inicio de la CENP a 8,7 $\pm$ 4,8 días ( $p < 0.001$ ) en diciembre del 2015.

**Conclusiones:** La CENP permite gestionar mejor la demanda asistencial, reduciendo la demora de forma ostensible. El SAHS representa cerca del 40% de la demanda.

# COMUNICACIONES

## PÓSTERS

<b>P01</b>	<b>EXPRESIÓN DE RECEPTORES ADRENÉRGICOS Y COLI-NÉRGICOS EN NEUTRÓFILOS DE PACIENTES CON EPOC</b> Sandra Fabregat	<b>21</b>
<b>P02</b>	<b>EPOC CAMINA CASTELLÓN: CAMINATA PARA PRO-MOCIONAR LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON EPOC.....</b> Margarita Marín	<b>22</b>
<b>P03</b>	<b>FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO ESPIROMÉTRICO: UN PLAN EN CONTINUA MEJORA.....</b> M. Huertas	<b>23</b>
<b>P04</b>	<b>PACIENTES CON EPOC MODERADO-GRAVE (ESTADIO III-IV DE GOLD) CON BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS. ANÁLISIS DE NUESTRA COHORTE .....</b> Miguel Torres	<b>24</b>
<b>P05</b>	<b>EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE LA NUEVA NORMATIVA GESEPOC PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC .....</b> Pablo Catalán	<b>25</b>
<b>P06</b>	<b>ESTRATIFICACIÓN EN NIVELES DE COMPLEJIDAD EN PACIENTES CON EPOC DE RECIENTE DIAGNÓSTICO. RE-SULTADOS PRELIMINARES.....</b> Rosaly Moreno	<b>26</b>
<b>P07</b>	<b>RETRASO DIAGNÓSTICO Y SCREENING DE EPOC ¿ES SU-FICIENTE LA ESPIROMETRIA?.....</b> Andrea Yordi	<b>27</b>
<b>P08</b>	<b>MOU-TE PER LA MPOC 2015.....</b> M. Niclós	<b>28</b>
<b>P09</b>	<b>FENOTIPO MIXTO EPOC-ASMA ¿CAT O ACT?.....</b> Laura Novella	<b>29</b>
<b>P10</b>	<b>CUESTIONARIOS ELECTRÓNICOS EN PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON EPOC .....</b> J. Guillén	<b>30</b>
<b>P11</b>	<b>ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA EN PACIENTES EPOC SEVE-ROS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA.....</b> Cruz González	<b>31</b>

<b>P12</b>	<b>EXACTITUD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PERFUSIÓN EN EL ESTUDIO DE LAS ADENPATÍAS MEIAS-TÍNICAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD .....</b>	<b>32</b>
	M. Modesto	
<b>P13</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE COILS ENDOBRONQUIALES EN EL TRATAMIENTO DE REDUCCIÓN DE VOLÚMEN PULMONAR EN ENFISEMA GRAVE. RESULTADOS PRELIMINARES</b>	<b>33</b>
	Sandra Fabregat	
<b>P14</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCARIO .....</b>	<b>34</b>
	Enrique Zaldivar	
<b>P15</b>	<b>RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE LA CONSULTA URGENTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN .....</b>	<b>35</b>
	Laura Romero	
<b>P16</b>	<b>RATIO ENTRE LDH SÉRICA Y ADA PLEURAL: ¿ES ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO?...</b>	<b>36</b>
	L. Zamora Molina	
<b>P17</b>	<b>UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LAS PUNCIONES TRANSTORÁCICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER .....</b>	<b>37</b>
	Suliana Mogrovejo	
<b>P18</b>	<b>ESTUDIO DE LA MUTACIÓN EGFR EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA EN HGUA.....</b>	<b>38</b>
	M. García Ródenas	
<b>P19</b>	<b>ETIOLOGÍA DE LOS DERRAMES PLEURALES (DP) INFLUENCIA DEL GÉNERO.....</b>	<b>39</b>
	Sánchez Pujol	
<b>P20</b>	<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EDAD EN LA ETIOLOGÍA DE LOS DERRAMES PLEURALES (DP) .....</b>	<b>40</b>
	Bonilla Enseñat	
<b>P21</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS QUILOTÓRAX SECUNDARIOS A MALIGNIDAD.....</b>	<b>41</b>
	Villella Tomás	
<b>P22</b>	<b>ADENOCARCINOMA DE PULMÓN Y MUTACIÓN EGFR: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA POBLACIÓN .....</b>	<b>42</b>
	Nieves Navarro	
<b>P23</b>	<b>VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES EN PACIENTES CON FUGA AÉREA PERSISTENTE.....</b>	<b>43</b>
	Amara Elori	
<b>P24</b>	<b>ASISTENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ELA.....</b>	<b>44</b>
	Margarita Marín	

<b>P25</b>	<b>RECURSOS PARA EL SAHS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 18 AÑOS DESPUÉS .....</b>	<b>45</b>
	E. Chiner	
<b>P26</b>	<b>EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN PACIENTES QUE SIGUEN TRATAMIENTO CON CPAP Y OXIGENOTERAPIA.</b>	<b>46</b>
	E. Chiner	
<b>P27</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE LA OXIGENOTERAPIA ESTÁTICA Y DE AMBULACIÓN, UNA ASIGNATURA PENDIENTE .....</b>	<b>47</b>
	M. Arlandis	
<b>P28</b>	<b>EVALUACIÓN COMPARATIVA ENTRE LA MEDICIÓN TRANSCUTÁNEA Y END-TIDAL DE CO<sub>2</sub> EN LA MONITORIZACIÓN DE LA VNI EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA AGUDA .....</b>	<b>48</b>
	S. Jaimes	
<b>P29</b>	<b>EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA HIPERLAXITUD PALPEBRAL EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO GRAVE .....</b>	<b>49</b>
	G. Anguera	
<b>P29 B</b>	<b>EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LAS CIFRAS DE PRESIÓN INTRAOCULAR Y LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN OCULAR.....</b>	<b>50</b>
	G. Anguera	
<b>P30</b>	<b>ADECUACIÓN DE LA VMNI EN LA EPOC A LAS GUÍAS CLÍNICAS.....</b>	<b>51</b>
	P. Catalán	
<b>P31</b>	<b>UTILIZACIÓN DE VMNI EN LA AEPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....</b>	<b>52</b>
	M. Ballester <sup>51</sup>	
<b>P32</b>	<b>¿ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DEL NEUMÓLOGO EN LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DURANTE EL SUEÑO EN PORTADORES DE CPAP DE FORMA CRÓNICA? .....</b>	<b>53</b>
	J. Ruiz. Cubillán	
<b>P33</b>	<b>VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA DE LA RESPIRACIÓN NASAL EN SOSPECHA DE SAHS. RESULTADOS PRELIMINARES .....</b>	<b>54</b>
	C. Sabater	
<b>P34</b>	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TOS CRÓNICA Y SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) .....</b>	<b>55</b>
	M. Luisa Nieto	

<b>P35</b>	<b>ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ELA</b> Anguera de Francisco	<b>56</b>
<b>P36</b>	<b>ESTUDIO DESCRPTIVO DE LA AGUDIZACIÓN EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA CAUSADA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA.....</b> I. Amara Elori	<b>57</b>
<b>P37</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ESPAÑA. RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO NEUMONAC.....</b> L. Feced	<b>58</b>
<b>P38</b>	<b>BIOMARCADORES COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES.....</b> Irene Aldás	<b>59</b>
<b>P39</b>	<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE TUBERCULOSIS ENTRE PACIENTES ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS VALORADOS EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DURANTE UN AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA.....</b> Olga Salamea	<b>60</b>
<b>P40</b>	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS EN CASTELLÓN: INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN.....</b> Giuliana Rissi	<b>61</b>
<b>P41</b>	<b>RESISTENCIAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS EN CASTELLÓN .....</b> Margarita Marin	<b>62</b>
<b>P42</b>	<b>LA INFECCIÓN POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ES UNA CAUSA INDEPENDIENTE DE ALTERACIÓN DEL RITMO CARDIACO EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA .....</b> Miguel Torres	<b>63</b>
<b>P43</b>	<b>MICROBACTERIAS AMBIENTALES: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.....</b> I. Suárez	<b>64</b>
<b>P44</b>	<b>FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LAS BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA .....</b> T. Posadas	<b>65</b>
<b>P45</b>	<b>PERFIL DE PACIENTE RESPIRATORIO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (UHD).....</b> P. Pérez Ferrer	<b>66</b>

<b>P46</b>	<b>HIPERTENSIÓN PULMONAR Y SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES VASCULARES PULMONARES.....</b>	<b>67</b>
	Alberto García Ortega	
<b>P47</b>	<b>COSTE UTILIDAD DEL USO DE OMALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....</b>	<b>68</b>
	M. Climent	
<b>P48</b>	<b>NEUMONÍA INTERSTICIAL CON PERFIL AUTOINMUNE ¿UNA NUEVA ENTIDAD?.....</b>	<b>69</b>
	C. Sabater	
<b>P49</b>	<b>ANÁLISIS DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN VALENCIA . DATOS A PARTIR DEL REGISTRO NACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.....</b>	<b>70</b>
	S. Jaimes	
<b>P50</b>	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ENFERMOS DIAGNOSTICADOS DETELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO .....</b>	<b>71</b>
	Ana Torrents Vilar	
<b>P51</b>	<b>ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA INTERLEUCINA-6 CON EL CONTROL DEL ASMA Y LA FUNCIÓN PULMONAR.....</b>	<b>72</b>
	N. Navarro	
<b>P52</b>	<b>SUPERVIVENCIA PRESENTACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN VALENCIA. DATOS A PARTIR DEL REGISTRO NACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR .....</b>	<b>73</b>
	M. Rodenas	
<b>P53</b>	<b>EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL OMALIZUMAB EN POLIPOSIS NASOSINUSAL. RESULTADOS PRELIMINARES.....</b>	<b>74</b>
	Marta Palop	
<b>P54</b>	<b>MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENÉTICA.....</b>	<b>75</b>
	P.C. Lizarzabal	
<b>P55</b>	<b>TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS PACIENTES CON/SIN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) ASOCIADA.....</b>	<b>76</b>
	Gayá García Manso	
<b>P56</b>	<b>UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN ENFERMERA EN BRONCOSCOPIA NO INTERVENCIONISTA.....</b>	<b>77</b>
	M. Luisa Tárrega	

<b>P57</b>	<b>ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TOS CRÓNICA NO RESUELTA.....</b>	<b>78</b>
	M. L. Nieto	
<b>P58</b>	<b>LA RUTA DE LA SALUD 2014-2015. RESULTADOS DEFINITIVOS DE ESTA EXPERIENCIA POBLACIONAL EN LA PROVINCIA DE VALENCIA .....</b>	<b>79</b>
	Sergio Lorenzo Montalvo	
<b>P59</b>	<b>¿DIFERENCIAS ENTRE NIVEL DE ADHESIÓN Y TIPOS DE INCUMPLIMIENTO A LOS INHALADORES A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO (TAI) A LOS PACIENTES DE LENGUA ESPAÑOLA Y EXTRANJERA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA? .....</b>	<b>80</b>
	M. C. Merlo Valverde	
<b>P60</b>	<b>PAPEL DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA.....</b>	<b>81</b>
	Nuria Garrido	
<b>P61</b>	<b>ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC .....</b>	<b>82</b>
	M. Picurelli	
<b>P62</b>	<b>¿CÓMO VIVEN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA LOS ENFERMOS Y SUS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA DE INVESTIGACIONES CUALITATIVAS .....</b>	<b>83</b>
	Nuria Tortajada Gómez	
<b>P63</b>	<b>SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA .....</b>	<b>84</b>
	V. Esteban	
<b>P64</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO (FR) Y COMORBILIDADES ENTRE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) CON/SIN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) ASOCIADA .....</b>	<b>85</b>
	Irene Rodríguez Galán	

## PÓSTER 01

## EXPRESION DE RECEPTORES ADRENÉRGICOS Y COLINÉRGICOS EN NEUTRÓFILOS DE PACIENTES CON EPOC

S. Fabregat<sup>a</sup>, A. De Diego<sup>a</sup>, X. Milara<sup>b</sup>, J. Cortijo<sup>b</sup>, A. Cervera<sup>b</sup>, A. Morell<sup>b</sup>, B. Ballester<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital U. y P. La Fe (Valencia), <sup>b</sup>Fundación Investigación Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Diversos trabajos han mostrado diferencias en el tipo y número de receptores neuronales de células inflamatorias de pacientes EPOC que justificarían su mayor sensibilidad al tratamiento broncodilatador.

**OBJETIVO:** Analizar las diferencias entre individuos sanos y pacientes EPOC en fase estable y agudización, con respecto a los receptores adrenérgicos, colinérgicos y esteroideos en neutrófilos de sangre periférica y en esputo.

**METODOLOGÍA:** Se incluyeron 24 personas sanas y 46 pacientes con EPOC (30 estables y 16 con exacerbación). En todos ellos se aislaron neutrófilos de sangre periférica, y en 26 del grupo de enfermos también neutrófilos en esputo. Como expresión de receptores del sistema colinérgico no-neuronal se midieron el mRNA de ChAT, VAcHT, CHT1, OCT-1-3 y M1-M5, del sistema adrenérgico se midió el  $\beta$ 2-AR y de los receptores esteroideos el GR $\alpha$ . En todas las determinaciones se utilizaron métodos cuantitativos (RT-PCR).

**RESULTADOS:** En pacientes con EPOC existía una sobreexpresión del receptor M2 tanto en fase estable como agudizada ( $120 \pm 30$  y  $50 \pm 20$ ), al igual que M5 ( $70 \pm 10$  y  $20 \pm 10$ ), mientras M4 sólo lo estaba en EPOC estable ( $150 \pm 15$ ). Respecto al resto de receptores, VAcHT aumentaba su expresión en EPOC estable y agudizada, mientras OCT-1 sólo lo hacía en las exacerbaciones. La expresión del  $\beta$ 2-AR aumentaba en las exacerbaciones ( $120 \pm 10$ ) con respecto a EPOC estable ( $70 \pm 10$ ) e individuos sanos ( $3 \pm 1$ ). No había diferencias en los receptores esteroideos entre individuos sanos y EPOC. En esputo se observaba un aumento en la expresión de receptores M2, M4 y  $\beta$ 2-AR durante la exacerbación, al contrario que VAcHT, que disminuía.

**CONCLUSIONES:** Existe una expresión diferente entre los receptores de neutrófilos procedentes de sangre periférica y vías aéreas. Así mismo, esto también se observa en la expresión de receptores entre los propios pacientes EPOC con agudización respecto a su situación de estabilidad, lo que podría justificar su utilidad terapéutica.

## PÓSTER 02

### **EPOCaminaCASTELLON: Caminata para promocionar la Actividad Física en pacientes con EPOC**

Margarita Marín Royo<sup>1</sup> Fátima Andrés Franch<sup>1</sup> Laura Romero Francés<sup>1</sup> Yolanda Albert Vidal<sup>2</sup>, Oliver Toste<sup>3</sup>. Giuliana Rissi Castro<sup>1</sup>, Juan Guallar Ballester<sup>1</sup>.

(1)Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Castellón. (HGUCS)

(2)Centro de Salud Pintor Sorolla. Castellón. (3) Centro de Salud Rafalafena. Castellón.

**Objetivos:** La Actividad Física (AF) `produce grandes beneficios en pacientes con EPOC (Nivel de evidencia A). La OMS recomienda realizar 30 minutos, 5 días por semana de AF moderada como pasear. Nos propusimos realizar una Caminata no competitiva para promocionar la Actividad Física en pacientes con EPOC con el lema: "Corre o Camina. Haz lo que puedas".

**Metodología:** Disponemos en Castellón de 4 RUTAS NEUMOSALUDABLES, diseñadas en espacios urbanos accesibles y agradables alrededor de 4 Centros de Salud con el fin de dar seguridad a los pacientes con EPOC más sintomáticos. Se realizó la caminata el día 21 de noviembre de 2015 con la colaboración conjunta del Ayuntamiento de Castellón, Atención Primaria y el Servicio de Neumología del HGUCS. Se eligió la Ruta del Centro de Salud Pintor Sorolla, que discurre alrededor del Parque Ribalta de Castellón, que tiene una longitud de 1,5 Km, (30 minutos paseando).

**Resultados:** Participaron 50 personas (de 8 a 88 años) 26 hombres y 24 mujeres Eran EPOC el 50 % (25), 2 de ellos con OCD. Sólo 4 participantes, (2 EPOC y 2 No EPOC) no realizaban el nivel de AF recomendado por la OMS. El resto reconoció que caminaban más de 30 minutos, 5 días por semana. 10 participantes completaron sólo una vuelta (1,5 Km) en 20 minutos. El resto de caminante realizó 3 vueltas a la Ruta Neumosaludable (4,5 Km) que se completaron en 45minutos. Todos expresaron su satisfacción por la caminata y su deseo de repetirla.

### **Conclusiones**

1. El 80% de los participantes en la caminata por la EPOC ya realizaban el nivel de Actividad Física recomendado por la OMS.
2. Sólo los pacientes motivados responden a las iniciativas de promoción de la Actividad Física.
3. Pensamos que es necesario promocionar y facilitar la Actividad Física en pacientes con EPOC, ya que existen sobrada evidencia sobre sus beneficios.

## PÓSTER 03

**FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO ESPIROMÉTRICO: UN PLAN EN CONTINUA MEJORA.**

**Huertas M, Chiner E, Arlandis M, Pérez-Ferrer P, Senent C, Pastor E, Sancho-Chust JN, Gómez-Merino E, Balboa M.**

**S. Neumología HU San Juan de Alicante.**

**Objetivos:** Evaluar la adecuación entre la sospecha clínica inicial y el diagnóstico espirométrico, tras un plan de formación de 6 meses en centros de Atención Primaria (AP).

**Metodología:** Durante 6 meses se impartieron sesiones de formación en los centros de salud consistentes en teoría espirométrica, indicación, interpretación y taller práctico. A lo largo de tres meses se evaluaron las espirometrías solicitadas desde AP valorando sospecha inicial, función pulmonar y concordancia con el diagnóstico final. La concordancia se consideró adecuada cuando en la petición existían datos clínicos correctos, orientados a patología respiratoria, y/o solicitadas como confirmación o despistaje y/o como monitorización de enfermedad conocida y/o por motivos de incapacidad laboral y/o examen de salud y/o otras enfermedades con repercusión e inadecuada ante la ausencia de orientación o datos clínicos o contraindicación manifiesta. Se empleó el programa SPSS para los cálculos estadísticos.

**Resultados:** Se analizaron 88 pacientes, 53 hombres y 35 mujeres, edad 55 +/-15 años, Índice de Masa Corporal (IMC) 28±5. Se observaron los siguientes valores: FVC (ml): 3360±1110, FVC (%):81±18, FEV1(ml): 2482±953 FEV1(%):77±21, FEV1/FVC(%): 72±11. Tras broncodilatador se obtuvo FEV1 2506±1002 y test broncodilatador (%) 6±12, siendo éste en 8 casos positivo. Mostraron patrón obstructivo el 23% de los pacientes, restrictivo 16%, mixto con predominio obstructivo 21% y el 41% fueron normales. Tras comparar la adecuación diagnóstica frente al periodo previo se consideró adecuada en el 73% vs (p<0.05) e inadecuada en el 27%. La sospecha inicial fue asma en el 27%, EPOC 53% y 20% otros, hallándose la principal discordancia en este último grupo.

**Conclusiones:** La adecuación entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico espirométrico desde AP es elevada. La evaluación de enfermedades obstructivas de la vía aérea constituye su principal indicación. La coordinación entre AP y especializada es importante para el desarrollo de protocolos conjuntos, pautas de actuación y planes de salud.

## PÓSTER 04

### **PACIENTES CON EPOC MODERADO-GRAVE (ESTADIO III-IV DE GOLD) CON BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS. ANALISIS DE NUESTRA COHORTE**

Miguel Torres, Ángela Cervera, Esther Verdejo, Estrella Fernández-Fabrellas, Mercedes Ramón. Neumología. CHGU de Valencia

**OBJETIVOS:** Analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes EPOC moderado-grave con bronquiectasias (BQ) asociadas, ya que se han relacionado con peor pronóstico.

**MÉTODO:** Estudio prospectivo longitudinal de 3 años de duración de pacientes diagnosticados de EPOC estadio III-IV de GOLD. Se recogieron datos antropométricos, funcionales, grado de disnea, BODE y BODEX, nº de exacerbaciones, ingresos hospitalarios por exacerbación en el último año y éxitus. Análisis estadístico descriptivo y analítico mediante ANOVA y Chi<sup>2</sup>.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 84 pacientes, 90,5% hombres, de edad media 66,56±8,7 años, IMC 26,2±3,8 Kg/m<sup>2</sup>, FEV<sub>1</sub>/FVC 47,9±8% y FEV<sub>1</sub> 37,9±8,5%. 66 pacientes (78,6%) fueron GOLD IV. El 60,8% refería disnea grado 1 o 2 de la MRC y el 46,4% sufrió ≥ 2 exacerbaciones al año. La media de BODE fue 5±2,4 y de BODEX 4,2±1,6. Se detectaron BQ en 35 casos (41,7%). Encontramos diferencias significativas en los pacientes con EPOC-BQ respecto a los no BQ en BODEX (4,77±1,6 vs 3,78±1,53; p=0.006) y rozando la significación para el CAT (16,9±7,8 vs 13,9±7,5; p=0.07) y FEV<sub>1</sub>% (37,2±9,8 vs 38,5±7,4; p=0.05). No hubo diferencias en estadio GOLD IV (74,3% vs 81,6%; p=0.3) aunque sí en cuanto al fenotipo, siendo el exacerbador más frecuente en los EPOC-BQ (62,9% vs 34,7%; p=0.01). Fue más habitual el tratamiento con CI inhalados (94,3% vs 63,3%, p=0.001) aunque no tuvieron más nº de ingresos/año (0,97±1,5 vs 0,53±1,1; p=0.15). La mortalidad global fue de 11,9%, sin diferencias entre EPOC-BQ y no BQ (14,3% vs 10,2%; p=0.4). **CONCLUSIONES:** Aunque en nuestra cohorte de pacientes con EPOC moderado-grave encontramos BQ en un amplio porcentaje de casos, no se detectó un aumento en el número de ingresos por año ni en la mortalidad, a pesar de ser más sintomáticos y sufrir exacerbaciones con más frecuencia que los pacientes sin la coexistencia de BQ.

## PÓSTER 05

**Título:** EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE LA NUEVA NORMATIVA GESEPOC PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC.

**Autores:** PABLO CATALÁN SERRA<sup>1</sup>, MARTA BALLESTER CANELLES<sup>1</sup>, JUAN JOSÉ SOLER CATALUÑA<sup>2</sup>, MARIBEL MARZO LAMBIES<sup>1</sup>, GRACIELA BIANCHI MARINZALDA<sup>1</sup>, DAVID SANTOFIMIA SOLSONA<sup>1</sup>, YADIRA RODRIGUEZ RAMIREZ<sup>1</sup>, ESTREL-LA RUIZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, JOSE BERENGUER MARTI<sup>1</sup>, ZHANNA KYRYCHUK<sup>1</sup>.

**Centro de Trabajo:** <sup>1</sup> HOSPITAL GENERAL DE REQUENA (Valencia), <sup>2</sup> HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (Valencia).

### Resumen:

#### OBJETIVO

Valorar si los pacientes con criterios de gravedad de la exacerbación según la nueva guía GesEPOC presentan peores desenlaces.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional, con seguimiento longitudinal sobre una cohorte de pacientes atendidos de forma consecutiva en urgencias por agudización de EPOC. Se recogió una amplia cantidad de datos basales y se realizaron visitas de seguimiento a los 15 y 90 días. Se comparó la evolución de las agudizaciones, según su nivel de gravedad (leves-moderadas vs graves-muy graves), de acuerdo a la presencia o no de una variable compuesta por: nueva agudización, recaídas, recurrencias o muerte (así como cada uno de sus componentes por separado).

#### RESULTADOS

De los 72 pacientes incluidos en el estudio, 22 (29,6%) presentaron una agudización leve-moderada y 50 (70,4%) presentaron una agudización grave-muy grave. En el grupo de pacientes con una agudización leve-moderada se observaron 4 (18%) eventos según la variable compuesta (3 recaídas y 1 una recurrencia), mientras que los pacientes que presentaron una agudización grave-muy grave presentaron 29 (58%) eventos (en 18 pacientes fracasó el tratamiento, 6 presentaron una recaída y 5 presentaron una recurrencia). No se observó ningún exitus .

#### CONCLUSIONES

Los pacientes atendidos por exacerbación de EPOC en urgencias que presentan una agudización grave o muy grave presentan un aumento de desenlaces no deseados (nuevas agudizaciones, fracaso terapéutico, recaída o recurrencias). Las nuevas recomendaciones de la guía permiten predecir mejor los desenlaces tras la agudización que la clasificación previa a su aparición basada en la necesidad de atención sanitaria en urgencias.

## PÓSTER 06

**ESTRATIFICACIÓN EN NIVELES DE COMPLEJIDAD EN PACIENTES CON EPOC DE RECIENTE DIAGNÓSTICO. RESULTADOS PRELIMINARES.** *Moreno R, Martínez A, Novella L. Soler-Cataluña JJ. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).*

**Objetivo:** Valorar la distribución en niveles de complejidad, gravedad y fenotipo de los pacientes con EPOC de reciente diagnóstico en el ámbito de Atención Primaria (AP)

**Metodología:** Estudio de cohortes prospectivo realizado en 5 centros de salud para valorar la eficacia un programa de búsqueda activa de EPOC. Los casos identificados se estratifican en tres niveles de complejidad atendiendo a los siguientes criterios: Nivel 1 (Baja complejidad): disnea basal 0-1, BODEx 0-1, ausencia de comorbilidad, ausencia de agudizaciones graves y FEV<sub>1</sub>>50%; Nivel 3 (alta complejidad): BODE $\geq$ 7, >3 comorbilidades;  $\geq$  2 hospitalizaciones; Nivel 2 (moderada complejidad): el resto. Se valora también el fenotipo clínico.

**Resultados:** De un total de 339 pacientes, se detectó EPOC en 81(23,9%), edad media $\pm$ SD de 59 $\pm$  9 (62% hombres). Las siguientes tablas muestran la clasificación GOLD, nivel de gravedad, fenotipo y complejidad de los 62 pacientes que han completado la valoración inicial:

	Recuento	Porcentaje
<b>GOLD</b>	62	100
<b>A</b>	36	58%
<b>B</b>	19	30%
<b>C y D</b>	7	12%

	Recuento	Porcentaje
<b>Complejidad</b>	62	100
<b>Baja</b>	46	74%
<b>Moderada</b>	13	21%
<b>Alta</b>	3	5%

	Recuento	Porcentaje
<b>BODEX</b>	62	100
<b>0,1</b>	51	82%
<b>2,3</b>	10	16%
<b><math>\geq</math>4</b>	1	2%

	Recuento	Porcentaje
<b>FENOTIPO</b>	62	100
<b>No agudizador</b>	57	92%
<b>Mixto</b>	2	3%
<b>Agudizador</b>	3	5%

**Conclusiones:** El 74% de los pacientes diagnosticados de novo en AP son de baja complejidad. La mayoría de ellos tienen un perfil no agudizador (92%) y son leves (82% con BODEx 0 ó 1). Sin embargo, sólo el 58% se engloban dentro de la categoría A de GOLD.

\*Estudio financiado con una beca de Boehringer-Ingelheim

## PÓSTER 07

### RETRASO DIAGNOSTICO Y SCREENING DE EPOC ¿ES SUFICIENTE LA ESPIROMETRIA?

Cruz González, Andrea Yordi, Katry Fernández, Santos Ferrer, Violeta, Esteban, Inmaculada Fontana, Maria Vacas, Emilio Servera.  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

El screening de EPOC en la población fumadora con síntomas se realiza mediante una espirometría con test broncodilatador, pero, hay pacientes fumadores con espirometría normal que pueden tener una difusión baja un parámetro clave en el enfisema y en la enfermedad de la pequeña vía aérea, ambos componentes de la EPOC. La medida de la DLCO no forma parte de los criterios de GOLD y no se usa como medida rutinaria en el screening de EPOC.

**Objetivo:** Determinar el valor de la difusión en el screening de EPOC  
**Material y Método:** Se incluyeron pacientes fumadores (EA >10 a/p) remitidos al Laboratorio de Exploración Funcional por sospecha de EPOC en los que la espirometría no mostró alteración obstructiva.

A todos se les realizó espirometría con test dilatador, difusión, y pletismografía. Se solicitó TACAR y se recogieron los síntomas y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes con una edad media de 61 años (61% fumadores activos y 39 % exfumadores) con un consumo acumulado de 50 paquetes/año y una edad media de inicio del hábito tabáquico de 17 años. Características funcionales: IT 76% FEV1 97% FVC 103% DLCO 52% (30-73%) DLCO/VA 60%. El 43% tenían enfisema centroacinar en el TACAR, 13% panacinar y 35% paraseptal. En cuanto a los síntomas, el 26% presentaban disnea grado 0 de la mMRC, 48% grado 1 y 26% grado 2, ninguno presentaba tos y expectoración.

El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de Enfisema fue en un 56% de los casos de 12 a 24 meses.

**Conclusiones:** La capacidad de difusión puede ser una medida adicional en el screening de pacientes fumadores con espirometría normal que nos permita la detección temprana de pacientes con riesgo de desarrollar EPOC y contribuir a una intervención temprana.

## PÓSTER 08

### “MOU-TE PER LA MPOC 2015”

M.Niclós<sup>1</sup>, E. Naval<sup>1</sup>, E. Rovira<sup>1</sup>, J Guillen<sup>1</sup>, I.Lluch<sup>1</sup>, M.Meseguer<sup>1</sup>, J Ruiz<sup>1</sup>, A. Perez<sup>1</sup>, A. Cervera<sup>2</sup>, S.Ferrer<sup>3</sup>, E. Chiner<sup>4</sup>, C. Gonzalez<sup>3</sup>, F. Sanz<sup>2</sup>, J. Signes-Costa<sup>3</sup>, E. Verdejo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Ribera, <sup>2</sup>Consorci Hospital General Universitari,

<sup>3</sup>Hospital Clínic Universitari, <sup>4</sup>Hospital Universitari Sant Joan .

#### **Objetivos:**

-Analizar los datos actuales del conocimiento de la EPOC con los obtenidos el año 2014

**Metología:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica aleatorizada a la población general. Se realizó una encuesta un mes antes y un mes después de realizar la carrera. El día de la carrera se realizaron encuestas personales a los asistentes.

**Resultados:** En 2014 se realizaron un total 605 encuestas telefónica, predifusión N=331, y postdifusión N=274 y en 2015 se realizaron un total de 593, predifusión N =291 y postdifusión= 302, siendo ambas muestras homogéneas.

En 2014 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%.

En 2015 el grado de conocimiento predifusión 2015 fue del 18.1%, superior al año anterior (p=0.027) y la principal fuente de conocimiento fue la carrera 43.4%. El grado de conocimiento un mes después de realizar la carrera fue del 25.3%, superior a 2014 y la principal fuente de conocimiento fue la carrera 63.9%.

Entre los asistentes mayores de 18 años el grado de conocimiento fue del 83.6%: conocían la EPOC los síntomas y la causa el 60.6%. Entre los niños de 6 a 17 años el grado de conocimiento fue del 88.5%; conocían la EPOC los síntomas y la causa el 84.6%

#### **Conclusiones:**

- En 2015 el grado de conocimiento ha mejorado respecto al año anterior y respecto al conocimiento de la población española que se sitúa en torno al 20%

## PÓSTER 09

**FENOTIPO MIXTO EPOC-ASMA: ¿CAT o ACT?**

Novella L, Picurelli M, Higuera L, Moreno R, Martínez A, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Liria (Valencia).

**Justificación:** Asthma Control Test (ACT) es un cuestionario de control empleado en el asma. COPD Assessment Test (CAT) se ha diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el control en la práctica clínica en pacientes con EPOC. Sin embargo, se desconoce cuál de los dos cuestionarios podría ser de mayor utilidad en los pacientes con fenotipo mixto EPOC-Asma (FMEA).

**Objetivos:** 1) Valorar en una cohorte de pacientes con asma, EPOC y FMEA cuál es el grado de concordancia entre los cuestionarios ACT y CAT; 2) Evaluar en el FMEA qué cuestionario se asocia más al grado de obstrucción bronquial y/o presencia de síntomas.

**Material y métodos:** Se estudia una cohorte prospectiva consecutiva de pacientes con EPOC, asma y FMEA, a todos los cuales se les determinó tanto el ACT como el CAT, además de evaluar sintomatología, perfil clínico y función pulmonar. Para establecer el diagnóstico de FMEA se emplearon los criterios de GesEPOC modificados, estableciendo FMEA si se cumplía un criterio mayor ó 2 menores.

**Resultados:** Se incluyen 115 pacientes, de los cuales 56 (48,7%) eran EPOC, 34 (29.6%) asma y 25 (21.7%) FMEA. Edad media<sub>±</sub>DE:63<sub>±</sub>14 años). La tabla siguiente muestra las puntuaciones medias de CAT, ACT y las correlaciones entre ambos, para cada grupo.

	Global	EPOC	Asma	FMEA	p
ACT	19,4 <sub>±</sub> 5,1	20,3 <sub>±</sub> 4,8	19,3 <sub>±</sub> 5,7	17,4 <sub>±</sub> 4,3	NS
CAT	12,1 <sub>±</sub> 7,6	10,6 <sub>±</sub> 6,2	13,3 <sub>±</sub> 9,1	14,0 <sub>±</sub> 8,2	NS
Correlación ACT-CAT	r=- 0,68 (p=0.000)	r=- 0,72 (p=0.000)	r=- 0,78 (p=0.000)	r=- 0,42 (p=0.036)	

En FMEA, se observa mejor correlación entre CAT y disnea que con ACT. La correlación con FEV<sub>1</sub> no es buena para ninguno de los dos.

**Conclusiones:** 1.Los pacientes con FMEA muestran una tendencia (no significativa) a tener peor control clínico. 2. ACT y CAT muestran aceptable correlación en EPOC y asma, pero no tanto en FMEA. 3. CAT podría de ser mayor utilidad en FMEA.

## PÓSTER 10

### CUESTIONARIOS ELECTRONICOS EN PRACTICA CLINICA EN PACIENTES CON EPOC

J.Guillen, E. Naval, A.Belenguer, B.Tejedó, M.Niclós, V.Vicent, MMeseguer, I.Lluch, J Ruiz. Hospital Universitario de la Ribera

**Objetivos: Principal:** Determinar si la puntuación obtenida mediante el cuestionario CAT y la escala mMRC en formato electrónico es intercambiable a la puntuación obtenida en formato papel. **Secundarios:** Estudiar el número de errores cometidos en el formato electrónico y papel; Valorar qué tipo de formato resulta más fácil de cumplimentar; Valorar la preferencia del paciente por uno u otro formato. **Metodología:** Estudio transversal y observacional en pacientes con diagnóstico de EPOC procedentes de consultas externas de Neumología. El orden de realización de los cuestionarios se alterna secuencialmente esperando 1 hora entre la realización de ambos. El cuestionario electrónico se realiza a través de una Tablet motion que descarga la información en la historia clínica del paciente. **Resultados:** N=37 pacientes. Edad media 66.9+/- 8.7. Hombres 94.8%. Nivel estudios: 24% lee y escribe, 43% tiene estudios primarios (EGB o equivalentes), 20% estudios secundarios (BUP/FP), 8% poseen estudios universitarios grado medio y 5% estudios de grado superior. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre el la escala mMRC en formato papel (mMRCp) y en formato electrónico (mMRCe) fue de 0.97. El CCI entre el cuestionario CAT en formato papel (CATp) y electrónico (CATE) fue de 0.94. En la escala mMRCp se cometieron un 7.7% de errores y en el CATp un 35.1%. No se observaron errores en el formato electrónico. En cuanto a la facilidad de realización, un 56% de los pacientes se muestra indiferente, un 24% refiere mayor facilidad en formato en papel y un 20% en formato electrónico. Sin embargo un 48,6% prefiere el formato electrónico frente a un 27% que prefiere en papel.

**Conclusiones:** 1.El CCI entre la escala mMRCp-mMRCe y entre el cuestionario CATp-e es superior a 0.90 en ambos casos, lo que demuestra una concordancia elevada entre los diferentes formatos. 2. Se comenten más errores en el formato en papel; 3 La mayoría de los pacientes muestran preferencia por el formato electrónico.

## PÓSTER 11

**Actividad física diaria en pacientes EPOC severos con insuficiencia respiratoria crónica**

Cruz González, Andrea Yordi, Jaime Signes, Eric Monclou, Katry Inmaculada Fontana, Emilio Servera. Servicio de Neumología. HCU de Valencia.

La actividad física es un importante predictor de morbimortalidad en pacientes con EPOC y se ha demostrado que está disminuída en pacientes con enfermedad severa (Estadíos III-IV GOLD), sin embargo, la información sobre actividad física diaria (AFD) en pacientes EPOC con insuficiencia respiratoria crónica es escasa.

**Objetivo:** Describir la actividad física diaria en un grupo de pacientes EPOC con insuficiencia respiratoria crónica.

**Material y Método**

Se incluyeron 25 pacientes con EPOC severa (FEV1 39%) con una edad media de 66 años e insuficiencia respiratoria crónica (PaO<sub>2</sub> m 53 mmHg) portadores de oxígeno 24 horas. La AFD fue medida con un acelerómetro (SenseWear Pro armband; BodyMedia, Inc., Pittsburgh, PA, EEUU). Los pacientes llevaban el acelerómetro durante una semana y se les proporcionaba un pulsioxímetro con memoria para el registro continuo de la saturación. Se les instruyó para retirar el brazalete durante el sueño nocturno y volverlo a conectar al despertar. Se obtuvo el promedio diario de: número de pasos al día, duración de la AFD, gasto energético total, gasto energético en activo, promedio diario de METS y el tiempo conectado.

La SaO<sub>2</sub> media con oxígeno suplementario a lo largo del día fue de 92,1 ± 2,14, el tiempo de SaO<sub>2</sub><90% fue de 22 ± 17 minutos de media.

**Resultados:** Número de pasos de promedio al día 3.140 ± 2.311, duración promedio de la AFD (3 METS) 52,8 ± 38 minutos, gasto energético promedio al día 1.931 ± 382 calorías, gasto energético en activo (3,0 METS) 117,08 ± 30 calorías, 1,33 METS promedio al día.

**Conclusiones**

En los pacientes EPOC severos con insuficiencia respiratoria crónica la AFD está muy disminuída como lo demuestra un nivel de AFD < 1,40 METS límite que define a una persona como muy inactiva.

## PÓSTER 12

### **EXACTITUD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PERFUSIÓN EN EL ESTUDIO DE LAS ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD.**

M. Modesto, D. Ahicart, MJ Almajano, M. Muñoz, C. Casillas, E. Cases.

**OBJETIVOS:** Evaluar la exactitud diagnóstica de la TCp en la valoración de las AM sospechosas de malignidad tomando como *Patrón oro* la anatomía patológica (AP) obtenida por PTB-EBUS o linfadenectomía quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, con muestreo consecutivo, de pacientes afectados de AM sospechosas de malignidad. Se evaluaron las siguientes variables: 1- Datos de las variables de Perfusión: a. Flujo Sanguíneo (BF), b. Volumen Sanguíneo (BV), c. Tiempo de Tránsito Medio (MTT), d. Tiempo de Tránsito Pico (PTT), e. Permeabilidad Capilar (PC) y 2- Datos de la AP de las AM por PTB-EBUS y linfadenectomía quirúrgica. Se ajustó un modelo de regresión logística con las variables estudiadas de la TCp del mediastino para tratar de relacionar algunas de ellas como posibles predictores de malignidad de la histopatología de las AM. Se seleccionaron los puntos de corte utilizados como ESPIN y SNOOUT.

**RESULTADOS:** En un total de 36 pacientes se evaluaron 71 adenopatías (52 de ellas negativas para malignidad; 73,24%). Sólo la diferencia en el BV (mL/100 mL) de la TCp de las AM en función de su malignidad resultó estadísticamente significativa ( $p=0,045$ ). La variable BV resultó estadísticamente significativa para el modelo de regresión: Odds Ratio 1,08 (IC 95%: 1 a 1,16);  $p = 0,0442$ . El punto de corte para Sensibilidad = 100% (SNOOUT) fue de 0,18 (BV < 4,5). Aplicando el SNOOUT en nuestra serie se podría descartar la positividad en 13 adenopatías (18,31%) lo que supondría la negatividad de malignidad al 100% de las AM en 3 de los pacientes (8,33%) que se podrían ahorrar la PTB-EBUS pudiendo adoptarse una actitud terapéutica definitiva.

**CONCLUSIONES:** 1- Con el resultado del Volumen Sanguíneo de la TCp en las AM se puede predecir con exactitud la malignidad de las mismas. 2- Proponemos la utilización de la TCp para la estadificación mediastínica del CP en aquellos centros con demora o baja disponibilidad para la realización de PTB-EBUS.

## PÓSTER 13

**IMPLANTACIÓN DE COILS ENDOBRONQUIALES EN EL TRATAMIENTO DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR EN ENFISEMA GRAVE. RESULTADOS PRELIMINARES.** S. Fabregat<sup>1</sup>, R. Martínez<sup>1</sup>, M. somiedo<sup>2</sup>, I. Fernández-Navamuel<sup>2</sup>, JR. Ferrando<sup>1</sup>, A. Briones<sup>1</sup>, J. Flandes<sup>2</sup>, E. Cases<sup>1</sup> Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Objetivos:** La implantación de Coils endobronquiales ha ido tomando protagonismo como tratamiento de reducción de volumen pulmonar en aquellos pacientes con enfisema pulmonar grave sin necesidad de integridad de cisuras. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia y los resultados preliminares de los pacientes tratados con Coils en dos unidades de Neumología Intervencionista durante un periodo de 23 meses (Enero 2014-Noviembre 2015). **Metodología:** Realizamos un estudio prospectivo bicéntrico (Fundación Jiménez Díaz, Madrid y Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia). Los pacientes incluidos fueron enfisemas graves con cumplimiento de criterios de inclusión definidos previamente, incluyendo un total de 24 pacientes, que funcionalmente presentaron patrón ventilatorio obstructivo (IT <0.7) grave o muy grave (definido por %FEV1pBD) con atrapamiento aéreo. La colocación de los Coils se realiza mediante broncoscopia flexible, bajo anestesia general y con mascarilla laríngea. Requiere de dos intervenciones separadas de un mes si precisa de tratamiento bilateral (21 pacientes) o una única intervención si sólo precisa tratamiento unilateral (3 pacientes). El seguimiento se realiza a los 6 y 12 meses, e incluye: cuestionario St. George, escala mMRC, pruebas de función pulmonar y T6MM. **Resultados:** Se implantaron un total de 385 Coils con una media de 10±2 Coils por pulmón. La complicación más frecuente relacionada con el procedimiento fue neumotórax (3 pacientes -9%-), con necesidad de drenaje pleural en el 100% de los casos. Los resultados con significancia funcional y sintomática predefinidos (*Deslee G, et al. Thorax 2014;69:980-986*) se presentaron en > 50% de los pacientes a largo plazo (12 meses) excepto en el T6MM, cuya mejoría se dio en un 29% de los casos. **Conclusiones:** La colocación de Coils endobronquiales como tratamiento de reducción de volumen pulmonar en pacientes con enfisema grave es un tratamiento seguro y viable. Un alto porcentaje de pacientes presentan una mejoría clínica y funcional significativa a los 6 y 12 meses de seguimiento.

## PÓSTER 14

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Enrique Zaldivar, Ana Torrents, Alberto García, Raquel López, Dolores Nauffal. Servicio de Neumología. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

**Introducción:** En los últimos años se han publicado diversos registros nacionales de HAP que reflejan la baja incidencia y prevalencia de la misma. No obstante, se han producido cambios en la edad de presentación, sexo, comorbilidades. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar las características clínicas, funcionales y hemodinámicas de los sujetos diagnosticados en nuestra unidad de HAP e HPTEC, durante los últimos 5 años.

**Métodos:** Análisis de los pacientes diagnosticados de HAP de los grupos 1 y 4 entre 2010 y 2015 (n=34). Se recogieron parámetros clínicos, analíticos, ecocardiográficos, tolerancia al esfuerzo con test de 6 minutos marcha (TM6M) y las variables hemodinámicas en el momento del diagnóstico. Se compararon datos demográficos, clínicos, analíticos, ecocardiográficos, hemodinámicos pulmonares y de tratamiento pautado entre grupos 1 y 4 de HAP.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 34 pacientes, 11 hombres y 23 mujeres con una edad media de  $56,3 \pm 17,3$ . Veintitrés (68%) fueron diagnosticados de HAP y 11(32%) fueron diagnosticados de HPTEC. La tabla 1 muestra la comparación entre HAP e HPTEC de las principales variables. Se produjeron 2 exitus, 1 en el grupo HAP y 1 en el de HPTEC, ambos relacionados con la hipertensión pulmonar.

**Conclusión:** La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica es más frecuente en hombres siendo la población de mayor edad en el momento del diagnóstico. No encontramos diferencias significativas en el modo de presentación clínico ni en el perfil hemodinámico entre ambos grupos a excepción del índice cardiaco que fue significativamente menor en la hipertensión del grupo 4.

## PÓSTER 15

### **RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE LA CONSULTA URGENTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN**

L. Romero Francés, F. Andrés, J.A. Royo, M. Marín, J. Guallar.  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario General de Castellón.

#### **Objetivos:**

1. Determinar el perfil del paciente estudiado en la Consulta.
2. Comparar los tiempos de demora diagnóstica de cáncer de pulmón (CP) de la Consulta con respecto a los casos estudiados mediante ingreso durante 2014.
3. Comparar los resultados asistenciales del año previo a su instauración (2012), con los del primer año después (2014).

#### **Metodología:**

Muestra: todos los CP del HUGC presentados en el Comité de tumores torácicos durante el año 2012 y el 2014. Variables: sexo, edad, tabaquismo, procedencia, motivo de derivación, servicio, lugar de estudio, estadiaje, y tiempos entre la derivación, primera visita y pruebas diagnósticas (TAC, biopsias) y resultados de AP.

#### **Resultados:**

En 2014 se diagnosticó el 56% de los 113 casos de CP por Consultas (39% en C. Urgente, 12.4% CE neumología, y 4.4% otras). El 88% fueron hombres y el 12% mujeres, con edad media de 70 años y tabaquismo en el 75%. El motivo de derivación más común fue el hallazgo de Rx tórax patológica (46%), remitidos por su médico de familia (38%), Consultas Externas (24%) y Urgencias (22%).

La Consulta Rápida tuvo una demora asistencial de 3 días de media y 5 de p50, con demora de 6 días para el TAC y de 8 días para la biopsia. En los hospitalizados fue de 8 días para el TAC y 12 días para la biopsia.

En 2014 se estudió ambulatoriamente el 56% de los casos, mientras que en 2012 fue el 10%. Neumología diagnosticó el 91% de los CP de 2014, y el 75% de los CP de 2012. En 2014 se diagnosticaron en estadio local el 27%, locorregional el 37% y metastásico el 35%. Previo a la consulta fue de un 11%, 35% y 53% respectivamente.

#### **Conclusiones:**

1. Disminución de la tasa de ingresos hospitalarios por sospecha de CP.
2. Menores tiempos de demora diagnóstica por Consultas que mediante ingreso.
3. Mayor porcentaje de diagnósticos en estadios precoces.

## PÓSTER 16

### **RATIO ENTRE LDH SÉRICA Y ADA PLEURAL: ¿ES ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO?**

L. Zamora Molina, A. de la Torre Otálora, J. Grau Delgado, M.J. Soler Sempere, I. Padilla Navas, E. García Pachón. *Hospital General Universitario de Elche*

Recientemente se ha propuesto que la ratio entre LDH sérica y ADA pleural podría ser muy útil para la sospecha de derrame pleural maligno (Verma A, Abisheganaden J, Light RW, 2015). Un valor de este parámetro superior a 20 mostraba una sensibilidad de 0,98 y una especificidad de 0,94. El objetivo de este estudio era evaluar si en nuestro medio se confirmaba el excelente valor diagnóstico de esta ratio.

Hemos incluido a 40 pacientes consecutivos (20 mujeres; edad  $69 \pm 11$  años) con exudado pleural en los que se estableció un diagnóstico de certeza. Los derrames eran malignos en 21 pacientes (53%) y benignos en 19 (47%). Los malignos correspondían a 11 de origen en pulmón, 3 ovario, 3 digestivos y 4 otros. Los derrames benignos correspondían a 7 paraneumónicos, 2 artritis reumatoide, 2 postquirúrgicos y 8 de otras causas (tuberculosis, embolismo pulmonar, por asbesto, infección abdominal).

En promedio, los valores de la ratio eran superiores en los derrames malignos comparados con los exudados benignos ( $49 \pm 84$  vs  $19 \pm 12$ ,  $p=0,02$ ). Aplicando en nuestra muestra el valor de corte propuesto por Verma et al, ( $>20$  para malignidad), la sensibilidad era 0,57 y la especificidad 0,63, notablemente inferior a la descrita en el estudio original y sin valor diagnóstico clínico.

Las diferencias observadas podrían deberse a que la muestra de Verma et al solo incluía exudados benignos debidos a tuberculosis y paraneumónicos, y quizá a los métodos de determinación bioquímica que no describen. No obstante, mediante análisis de curva ROC (AUC=0,74), no hemos encontrado un valor de corte que proporcione valores de sensibilidad y especificidad de interés clínico.

Concluimos que la ratio entre LDH sérica y ADA pleural no resulta útil como marcador de exudado pleural maligno al aplicarla en nuestro medio.

## PÓSTER 17

### UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN LAS PUNCIONES TRANSTORACICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr PESET VALENCIA

Mogrovejo Suliana, Inchaurreaga Ignacio, Navarro Nieves, Martínez Moragón Eva.

**Objetivo:** evaluar la utilidad de la Ecografía en punciones transtorácicas en pacientes con lesiones periféricas con sospecha de cáncer de pulmón.

**Material y método:** estudio retrospectivo de 1 año, sobre la eficacia diagnóstica de las punciones transtorácicas guiadas con Ecografía realizadas en nuestro servicio. Se realizaron en lesiones pulmonares periféricas en contacto con la pleura visceral visibles ecográficamente sospechosas de malignidad. Se excluyeron pacientes sin consentimiento o en los que la punción estaba contraindicada. Se utilizó: sedación consciente (Midazolam), anestesia local, ecógrafo Esaote modelo MyLabfive con un transductor convexo de 5 MHz y lineal con 8 MHz. y agujas de biopsia Surecut y Acecut de Léleman. El estudio se completó con Broncoscopia y Biopsia transtorácica guiada por TAC en los casos sin diagnóstico.

**Resultados:** se realizaron biopsias transtorácicas ecoguiadas en 19 pacientes, 14 ingresados y 5 ambulatorios. Fueron 18(94,7%) hombres, edad media: 68 años (51-86). Fumadores activos 12(63,2%), exfumadores 6 con mediana de índice de exposición de 44 pa. Comorbilidad: 8(42,1%) EPOC, 2(10,5%) Tuberculosis previa, 9 (47,4%) hipertensos y 6 (31,6%) diabéticos. Localización más frecuente: lóbulo superior derecho 42,1%, En 15,8% el diámetro de la lesión fue < 3 cm. Se realizaron 3 o 4 pases de biopsia por paciente, obteniendo una media de 3 cilindros de biopsia transtorácica ecoguiada. Obtuvimos diagnóstico específico en 13(68,4%) de los pacientes con biopsias transtorácicas ecoguiadas: 1 NOC y 12 de cáncer (2 Microcíticos, 8 adenocarcinomas, 1 c. de células grandes y 1 metástasis de células claras de tumor renal). En los que no se obtuvo resultado el diagnóstico fue por 15,8 % mediante broncoscopia y 15,8 % mediante biopsia guiada por TAC. Como complicación 1 (5,3%) neumotórax en uno de los pacientes ambulatorios que no precisó ingreso hospitalario.

**Conclusiones:** La biopsia pulmonar transtorácica guiada con ecografía es una técnica con rentabilidad diagnóstica en pacientes con lesiones periféricas subpleurales, tiene complicaciones escasas, es de bajo coste y puede ser realizada de forma ambulatoria.

## PÓSTER 18

### **ESTUDIO DE LA MUTACIÓN EGFR EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA EN HGUA.**

M. García Rodenas, P. García Brotons, R. García Sevilla, J. Gil, F. Pascual, I. Gayá, I. Rodríguez, I. Suarez, V. Vilella, B. Massuti, C. Martín. *Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)*

**OBJETIVO:** Analizar las características clínicas de una población de pacientes con CPNM que expresan la mutación para el EGFR.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de Adenocarcinomas pulmonares con mutación EGFR + diagnosticados entre Enero de 2011 y Junio de 2015 en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante. El estudio para la mutación EGFR se realizó únicamente en pacientes en estadios avanzados no quirúrgicos al diagnóstico que eran no fumadores o referían un consumo acumulado inferior a 20 años/paquete y en pacientes con recaída tras resección quirúrgica

#### **RESULTADOS:**

Se realizó el diagnóstico de Adenocarcinoma pulmonar en 216 pacientes, con una edad media de 65.4 años, 61.1% varones y 38.9% mujeres, Se determinó la mutación EGFR en 127 pacientes, 56.7% varones. Un 31.2% eran no fumadores y un 68.8% referían un consumo acumulado inferior a 20 años.paqueete. La estadificación al diagnóstico mostró 103 pacientes (81.1%) en estadios avanzados no quirúrgicos, mientras que 24 pacientes (18.9%) se analizaron en situación de recaída tras cirugía. La mutación EGFR era positiva en 50 pacientes (39%), 74% mujeres con una edad media de 67 años. Un 59.2% eran no fumadores mientras que un 40.8% tenía un consumo acumulado medio de tabaco de 11.2 años.paqueete. Hubo diferencias significativas en los valores de CEA EGFR (+) 101.2 mg/dl vs EGFR (-) 42.62 mg/dl ( $p=0.027$ ). El lugar exacto de la alteración mutacional se analizó en 22 casos (44%): 19.2% exón 19, 13.5% exón 21, 7.7% exón 20 y 1.9% inserción 21 L861Q.

#### **CONCLUSION:**

La mutación EGFR es más frecuente en las mujeres. A pesar de que la mutación es más frecuente en no fumadores, se encuentra también en un porcentaje importante de fumadores con bajo consumo acumulado.La mutación EGFR se asocia a valores de CEA más elevados.La localización más frecuente de la mutación es la delección exón 19

## PÓSTER 19

### **ETIOLOGIA DE LOS DERRAMES PLEURALES (DP). INFLUENCIA DEL GÉNERO.**

*Sánchez Pujol, M<sup>a</sup> J.; Fernández Aracil, C.; Bonilla Enseñat, F.; García-Rodenas M., Suarez Lorenzo I; Hernández Blasco, L. Servicio Neumología. Instituto ISABIAL. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).*

#### a. Objetivos

Analizar si el genero tiene influencia en la etiología del DP, lo que puede permitir un mejor acercamiento diagnostico.

#### b. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con recogida de datos prospectiva protocolizada de las toracocentesis diagnósticas realizadas a lo largo de casi 25 años en el S. Neumología del HGUA (1991-2015).

#### c. Resultados

Se incluyeron un total de 3830 pacientes con DP, de los que 2324 (60,7%) eran hombres. Se encontraron diferencias significativas según el sexo en los derrames malignos, que fueron más frecuentes en las mujeres que en los varones (35,6% vs 26,8%,  $p < 0,0001$ ); y en los derrames infecciosos paraneumónicos/empiema que son más frecuentes en varones (18,4% vs 11,7%,  $p < 0,0001$ ). Hubo 1099 pacientes con DP maligno, cuyo origen en más de la mitad de los casos fue bronquial (44,5%) o mama (17,1%). En varones, fueron significativamente más frecuentes que en mujeres los DP neoplásicos por carcinoma bronquial, digestivo, mesotelioma y urológico. Por el contrario, fueron más frecuentes en las mujeres los tumores de mama y ginecológicos ( $p < 0,0001$ ).

#### d. Conclusiones

Hay muy pocos estudios publicados sobre la influencia del género en la etiología de los DP. Los derrames infecciosos son más frecuentes en hombres, mientras que los neoplásicos lo fueron en mujeres, con influencia del género en el origen del primario.

## PÓSTER 20

### **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EDAD EN LA ETIOLOGÍA DE LOS DERRAMES PLEURALES (DP).**

*Bonilla Enseñat, F.; Fernández Aracil, C.; Sánchez Pujol, M<sup>a</sup>J.; García-Rodenas M., Vilella Tomas, V; Hernández Blasco, L. Servicio Neumología. Instituto ISABIAL. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).*

#### a. Objetivos

Analizar si diferentes intervalos de edad influyen en la probabilidad pre-toracocentesis del estudio etiológico del DP, lo que permitiría un mejor acercamiento diagnóstico.

#### b. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con recogida prospectiva y protocolizada de datos de las toracocentesis diagnósticas realizadas a lo largo de casi 25 años en el S. Neumología del HGUA (1991-2015).

#### c. Resultados

Se han incluido 3830 pacientes con DP, con una edad media de  $63 \pm 17$  (intervalo, de 8 a 106 años), de los que 2324 (61%) eran hombres. Los derrames de etiología infecciosa (TBC y paraneumónico/empiemas) fueron significativamente más frecuentes en los pacientes más jóvenes, mientras que los DP malignos y trasudativos lo fueron en  $> 40$  años. Respecto a los DP malignos, fueron significativamente más frecuentes los DP por carcinoma de mama y linfoma-leucemia en el grupo más joven, mientras que el origen bronquial lo fue en  $> 40$  años ( $p < 0,05$ ). Por debajo de los 20 años de edad, casi la mitad de los DP estudiados fueron tuberculosos, mientras que en pacientes  $> 80$  años lo fueron los trasudados. El mayor número de DP estudiados fue en la 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> décadas de la vida, con predominio de los DP malignos.

#### d. Conclusiones

La edad tiene una gran influencia en la orientación etiológica del DP. Los DP infecciosos predominan en los jóvenes, mientras que en los ancianos predominan los trasudados.

## PÓSTER 21

### CARACTERÍSTICAS DE LOS QUILOTÓRAX SECUNDARIOS A MALIGNIDAD.

Vilella Tomas, Veronica; Herrero González B.; Fernández Aracil C., Suarez Gonzalez, I.; Gonzalez Marcano D.; Hernández Blasco L.; Martín Serrano Concepción. Hospital general universitario de Alicante.

**Objetivos:** El quilotórax (QT) es un tipo infrecuente de derrame pleural. Se conoce poco sobre las características de los QT secundarios a malignidad. Los objetivos del estudio son describir las características clínicas y evolutivas de los QT secundarios a neoplasias y comparar si el origen tiene influencia en su supervivencia.

**Material y métodos:** Durante un periodo de 15 años se han realizado 2415 toracocentesis diagnósticas en nuestro servicio. De ellas, 58 derrames pleurales cumplían criterios de QT y 27 de ellos fueron secundarios a malignidad (16 linfomas, 3 por carcinoma bronquial, 2 gástricos y 6 de diferentes orígenes). Se utilizó la t de Student para variables cuantitativas y la x<sup>2</sup> para comparar proporciones. Se calculó la supervivencia mediante Curvas de supervivencia de Kaplan Meier y se compararon mediante Log Rank.

**Resultados:** Todos los QT neoplásicos cumplían criterios de Light de exudado. Se obtuvo demostración cito-histológica de malignidad en cavidad pleural en 6/16 (37,5%) QT por linfoma (4 por citología + del LP y 2 por biopsia pleural transparietal), similar a la encontrada en QT malignos por otras neoplasias (4/11, 36%). La mediana de supervivencia de los 16 pacientes con QT por linfoma fue de 18 meses (IC 95%, 0 a 41 meses), significativamente superior a la de los pacientes con otras neoplasias (3 meses, IC95% 0-7 meses). El porcentaje de supervivencia en QT por linfoma al año, a los 3 años y a los 5 años fue de 53%, 32% y 24%, significativamente mejor (p Log Rank 0,035) que en los QT secundarios a otras neoplasias (29%, 12% y 0%, respectivamente).

**Conclusiones:** La citología de LP tiene una baja rentabilidad en QT neoplásicos. Los pacientes con QT secundario a malignidad tienen un mal pronóstico, aunque aquellos secundarios a linfoma tienen una mejor supervivencia que los causados por otras neoplasias.

## PÓSTER 22

### **ADENOCARCINOMA DE PULMÓN Y MUTACIÓN EGFR: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA POBLACIÓN.**

**N. Navarro, S. Mogrovejo, I. Inchaurrega, A. González, S. Cepeda, I. Furest, M. L. Domingo\*, S. Isarriá\*, E. Martínez Moragón. Servicio de Neumología y Radiología. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.**

**Introducción:** La mutación EGFR es una de las mutaciones más frecuentes en el cáncer de pulmón con implicaciones pronósticas y se observa más frecuentemente en el adenocarcinoma.

**Objetivo:** Estudiar pacientes con adenocarcinoma pulmonar y mutación EGFR, y evaluar sus características.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma (ADC) a los que se les realizó el análisis de la mutación EGFR en el periodo 2010-2014.

**Resultados:** 234 pacientes con ADC a los que se les la presencia de la mutación EGFR. La mutación EGFR fue positiva en 20 (8,5%) pacientes con una media de edad  $72 \pm 11$ , y 9 (45%) varones. La mutación EGFR fue negativa en 193 (82,5%) pacientes con una edad media de  $69 \pm 11$  y 138 (71,5%) eran hombres. Tanto las comorbilidades como las características radiológicas de los pacientes con la mutación EGFR no mostraron diferencias significativas con respecto a los pacientes que no presentaban la mutación. En cuanto a los pacientes con ADC y mutación EGFR: El estadio del tumor al diagnóstico era: EI 1 (5%), EII 1 (25%), EIII 5 (25%) y EIV 13 (65%). El tipo de muestra en la determinación de EGFR fue en 4 casos (20%) citologías, 13 (65%) biopsias y 3 (15%) biopsias quirúrgicas. El tipo de mutaciones fueron: 14 (74%) delección del Exón 19, y 5 (26%) mutación del Exón 21 (L858R). El análisis de frecuencias muestra diferencias sólo en relación al género ( $p$  0,015) en el grupo con mutación EGFR con respecto a los pacientes sin mutación.

**Conclusiones:** En nuestra población la incidencia de mutación EGFR en los adenocarcinomas es del 8,5%, con mayor frecuencia en mujeres. La mutación más frecuente es la delección del Exón 19.

## PÓSTER 23

### VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES EN PACIENTES CON FUGA AÉREA PERSISTENTE

Amara-Elori.<sup>1</sup>, L. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Hernández<sup>2</sup>, E. Cases<sup>1</sup>, R. Martínez-Tomás<sup>1</sup>, A. Briones<sup>1</sup>, J.Sanz<sup>2</sup>, C. Centeno<sup>2</sup>.H.U.P LA FE S.Neumología<sup>1</sup>, H.U Germans Trias i Pujol<sup>2</sup>

**Objetivo:** Analizar el uso de válvulas endobronquiales (VEB) en pacientes con fístula alveolopleural.

**Metodología:** Análisis retrospectivo de los pacientes evaluados para tratamiento con VEB por fuga aérea persistente desde julio de 2013 a noviembre de 2015 en dos hospitales. El origen anatómico de la fuga aérea se trató de localizar mediante la oclusión bronquial selectiva de proximal a distal, con un balón Fogarty durante la broncoscopia.

**Resultados:** Se valoraron 8 pacientes para colocación de VEB (datos resumidos en Tabla 1).

Edad media	65 años
Sexo	Masculino
Comorbilidades asociadas	Epoc-enfisema, neoplasia de pulmón
Tipo de válvulas	IBV ( Olympus), Zephyr (Pulmonx)
Media de válvulas colocadas	1-3
Permanencia endobronquial de las válvulas	10 semanas

No se produjeron complicaciones durante el procedimiento. En un caso se produjo formación de tejido de granulación que no impidió la extracción de las válvulas. Ningún paciente requirió tratamiento quirúrgico posterior. **Conclusiones:** El tratamiento de la fuga aérea persistente con VEB es eficaz y seguro. Las indicaciones principales han sido el neumotórax espontáneo y la secundaria a aparición de fuga aérea persistente tras cirugía de resección pulmonar. La dificultad para identificar el origen de la fuga ha limitado su indicación.

## PÓSTER 24

### **ASISTENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ELA.**

Fatima Andres Franch, Laura Romero Francés, M<sup>º</sup> José Bueso Fabra, Margarita Marín Royo, Juan Guallar Ballester. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Castellón.

**OBJETIVOS y METODOLOGÍA:** Descripción de la situación respiratoria de los pacientes atendidos en la Unidad ELA del HGUCS, donde desde 2013, existe una Unidad Multidisciplinar para la atención integral a los pacientes con ELA de toda la provincia (585.000 hab.) (Area 1, Vinaroz, con 95.000 hab, Area 2, Castellón, con 300.000 hab, y Area 3, Villarreal, con 190.000 hab). Intervienen: Neurología, Neumología, Digestivo, Rehabilitación, UCI, UHD, Urgencias, Psicología y Unidad de Nutrición, AP, Asistente Social. El Enfermero Gestor de Casos, se encarga de coordinar el grupo. Se realiza seguimiento neumológico desde el inicio (Espirometría, Pimax, Pemax, Sniff nasal, Flujo Pico de Tos, Poligrafía Respiratoria), para iniciar la asistencia ventilatoria precozmente, teniendo en cuenta las Voluntades Anticipadas (VA)

**RESULTADOS:** 24 pacientes con ELA. 13 hombres y 11 mujeres. Edad 61,6 +/- 11 años. IMC 26,4 +/- 4,7. 14 pacientes (58%) son del Area 2, 5 (21%) del Area 1 y 5 (21%) del Area 3. El tiempo de supervivencia desde el diagnóstico es de 22,6 +/- 28 meses. (Rango: 140 y 1mes). Los datos de función respiratoria son: FVC 61 +/- 29 FEV1 64 +/- 32 Pimax 41,8 +/- 20 Pemax 42,7 +/- 25. Están en tratamiento con VM 11 pacientes (37,5%) (7 VM No Invasiva y 2 VM Invasiva). 7 pacientes (29%) utilizan Cough Assit. Sólo en 3 pacientes se ha conseguido que realicen VA de forma escrita. Otros 4, de forma oral. Analizamos la relación de la VM con la situación funcional de los pacientes, con el tiempo de supervivencia y con la edad y no encontramos ninguna relación.

**CONCLUSIONES:** 1. La incidencia de ELA en la provincia de Castellón es de 4 casos por 100.000 habitantes. 2. No encontramos relaciones entre la Ventilación Mecánica y la situación funcional de los pacientes. 3. Existe gran variabilidad en los pacientes con ELA y dificultades a la hora de abordar las Voluntades Anticipadas.

## PÓSTER 25

**RECURSOS PARA EL SAHS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 18 AÑOS DESPUÉS**

Chiner E, Martínez-García MA, Hernández L, Ponce S, Llombart M, Bañuls P, Ruiz-Cubillán JJ, Pérez JA, Navarro R, Catalán P, León JM, Mediero G, Martínez-Martínez A, Llorca E, Ferrando C, Pastor E, Ruso S, García-Sidro P, Ferris G, Pellicer C, Fernández-Fabrellas E, Signes-Costa J. GT SAHS-VM-SVN.

**Objetivos:** Evaluar la disponibilidad de recursos para el SAHS en los hospitales públicos de la C. Valenciana y comparar su evolución.

**Método:** Estudio descriptivo, transversal y comparativo de los datos obtenidos mediante encuesta (*e-mail* o telefónica) en los hospitales públicos de la C. Valenciana, frente a datos publicados en 1997. Para las comparaciones se empleó t-student o  $\chi^2$ .

**Resultados:** De los 25 hospitales, se obtuvo datos en 19 (76%), contestando 73% de Alicante, 91% de Valencia y 67% de Castellón, correspondiente a una población de 4194586 habitantes. Efectuaban estudios de cualquier nivel 100% de los encuestados vs 52% en 1997 ( $p<0.001$ ). No contaban con acreditación SEPAR 60%, eran multidisciplinares 16%, 8% respiratorias y 16% básicas. Se practicaba PSG en 5 de Alicante, 6 de Valencia y 1 de Castellón (26 camas en total vs 8) ( $p<0.001$ ), 7 dependientes o codirigidas por neurofisiología (NF) (58vs50%,  $p=ns$ ). Se empleaba poligrafía (PR) en 100% ( $p<0.001$ ), 86% a cargo de las empresas suministradoras, vs 17% nivel 4 esporádica en 1997 ( $p<0.001$ ). Contaban con equipos hospitalarios 76% vs 35% ( $p<0.001$ ), y AutoCPAP 70%. La derivación por A. Primaria fue muy adecuada o adecuada en 68% y poco adecuada en 32%. Sólo 26% de las unidades atendían población infantil. El porcentaje medio de primeras visitas para el SAHS fue de  $31\pm 14$  %. La demora media (en días) para una primera visita fue de  $43\pm 34$  y  $55\pm 50$  para una revisión;  $65\pm 44$  para una PR y  $100\pm 131$  vs  $480\pm 150$  para una PSG ( $p<0.001$ ). El número total de PR anuales fue de 9609 y de PSG 3182, con considerable variabilidad entre hospitales (total 12791 exploraciones vs 2000,  $p<0.001$ ). Se encuentran en espera de una PR 1743 pacientes. La prevalencia media de CPAP en la Comunidad es de 1234/100000 vs 36/100000 ( $p<0.001$ ) (Alicante 1156, Valencia 1256, Castellón 1641), 57/100000 BIPAPs, 4/100000 autoCPAP, 0.6 camas PSG/100000 vs 0.2 ( $p<0.001$ ) y 0.8 polígrafos/100000 vs 0.1 ( $p<0.001$ ).

**Conclusiones:** Los recursos para el SAHS han mejorado considerablemente en todos sus aspectos, sobre todo en PR domiciliaria, pero existen pocas unidades acreditadas. La atención al SAHS infantil es baja. La prevalencia de CPAP y BIPAPs es elevada y con gran variabilidad. Las listas de espera para PR y PSG diagnósticas son altas y muy similares. El SAHS constituye un tercio de todas las primeras visitas, por lo que es esencial su conocimiento y abordaje integral en neumología.

## PÓSTER 26

### **EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN PACIENTES QUE SIGUEN TRATAMIENTO CON CPAP Y OXIGENOTERAPIA.**

**Chiner E, Senent C, Sancho-Chust JN, Gómez-Merino E, Pérez-Ferrer P, Pastor E, Arlandis M, Huertas M, Escarrabill J, Egea C.**

El cumplimiento es fundamental en el tratamiento del SAHS. Se desconoce en pacientes con CPAP y oxigenoterapia (s. overlap).

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento en pacientes con doble terapia (CPAP y oxigenoterapia).

**Método:** Se evaluó el cumplimiento de todos los pacientes con CPAP dirigido al tratamiento con SAHS del departamento 17 (población SIP: 250000 habitantes) recogiendo edad, sexo, lecturas del contador horario (2 lecturas en el último año), clasificando a los pacientes en incumplidores (<1 hora diaria), cumplidores parciales (1-3 horas diarias), cumplidores (>3 horas) y un grupo adicional de grandes cumplidores (>6 horas). Se compararon dichas variables entre pacientes con tratamiento exclusivo con CPAP (Grupo A) y pacientes con CPAP y oxigenoterapia (Grupo B). En el estudio estadístico se empleó la t-student (muestras no pareadas) y el test de chi-cuadrado para variables cualitativas. Se accedió directamente a los datos a través de un portal electrónico y a un fichero completo de los pacientes, depurando los incompletos o inconsistentes.

**Resultados:** El número de pacientes con CPAP fue de 4030 (3826 en A y 224 en B) 3010 hombres y 1020 mujeres con una media de edad de  $61 \pm 14$  años,  $63.5 \pm 49$  meses de tratamiento (Rango: 1-234), media global de cumplimiento  $4.6 \pm 2.9$  horas. El porcentaje de pacientes en B sobre el conjunto fue de 6% y sobre el total de pacientes con oxigenoterapia del 29%. La prevalencia de tratamiento activo fue 1612/100000. El porcentaje de cumplidores en pacientes del Grupo A fue < 1 hora 10.1%, entre 1 y 3 horas 16.4% y  $73.5 > 3$  horas , frente a 22%, 20.4% y 57% en el grupo de CPAP + O<sub>2</sub> ( $p=0.04$ ). Al comparar ambos grupos se observaron diferencias significativas en edad ( $59 \pm 12$  vs  $72 \pm 12$ ,  $p<0.001$ ), y en género (75% hombres en A vs 57% en B,  $p<0.001$ ). No se observaron diferencias significativas en el número medio de horas de cumplimiento entre ambos grupos ( $4.5 \pm 2.4$  vs  $4.4 \pm 3.8$ ,  $p=ns$ ) ni en el porcentaje de grandes cumplidores (46% vs 38%,  $p=ns$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con CPAP y oxigenoterapia son de mayor edad, con mayor proporción de mujeres y de grandes incumplidores. Por su complejidad deben diseñarse programas de cumplimiento especialmente dirigidos a esta población.

## PÓSTER 27

**CUMPLIMIENTO DE LA OXIGENOTERAPIA ESTÁTICA Y DE AMBULACIÓN, UNA ASIGNATURA PENDIENTE**

**Arlandis M, Chiner E, Pastor E, Senent C, Sancho-Chust JN, Pérez-Ferrer P, Huertas M, Gómez-Merino E. S. Neumología. H. U San Juan de Alicante**

El cumplimiento de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) es bajo y muy poco conocido el cumplimiento de oxigenoterapia móvil.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento en pacientes con OCD.

**Método:** Se evaluó el cumplimiento de todos los pacientes con OCD del departamento 17 (población SIP: 250000 habitantes) recogiendo edad, género, lecturas del contador horario, procedencia de la prescripción y años de prescripción. Se valoró el tipo de fuente (estática y portátil) y datos de cumplimiento. Se clasificó a los pacientes en cumplidores (A: >15 hs), parciales (B: 8-14 hs), incumplidores (C: 1-8 hs) y grandes incumplidores (D: 0 hs). Para OCD móvil se consideró cumplidor > 1 h, e incumplidor < 1 h. En el estudio estadístico se empleó la t-student (muestras no pareadas) y el test de chi-cuadrado para variables cualitativas. Se accedió directamente a los datos a través de un portal electrónico y a un fichero completo de pacientes, depurando inconsistentes.

**Resultados:** El número de pacientes con OCD fue de 630 (prevalencia 252/100000) 49% hombres y 51% mujeres con una media de edad de  $77 \pm 13$  años,  $31 \pm 28$  meses de tratamiento (Rango: 2-122), media global de cumplimiento  $7 \pm 7.2$  hs. El porcentaje de pacientes con OCD móvil fue 36 %. El % de cumplimiento de OCD estática fue: A=15%, B=28%, C=26 y D=31%. Para móvil fueron cumplidores 27% e incumplidores 73%. La indicación inicial fue por neumología en 63 % y en 37% por otra: M. Interna 28% (incluye UHD), Cardiología 4.5%, Oncología 3.5 % y otras 1%. Al comparar la prescripción entre neumología y otras especialidades, los pacientes eran más jóvenes ( $p < 0.001$ ), con más meses de tratamiento ( $p < 0.001$ ) y más cumplidores ( $p < 0.05$ ). No se observaron diferencias entre hombres y mujeres y tampoco mayor cumplimiento en horas diarias en los que seguían OCD móvil. Los pacientes con OCD líquido eran significativamente más cumplidores, tanto en horas/día como en las de movilidad ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** El cumplimiento óptimo de OCD es muy bajo, y alarmante el número de grandes incumplidores, tanto en fuente estática como móvil. El porcentaje de indicación inicial por especialistas no neumólogos es alto. Son necesarios programas de revisión y validación de la OCD para mejorar la eficiencia.

## PÓSTER 28

EVALUACIÓN COMPARATIVA ENTRE LA MEDICIÓN TRANSCUTÁNEA Y END-TIDAL DE CO<sub>2</sub> EN LA MONITORIZACIÓN DE LA VNI EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA AGUDA. Lluch A., Navarro R., Verdejo E., Sanz F., Cervera A., Fernández-Fabrellas E., Jaimes S., Aibar A., Lorenzo S., Boix M<sup>º</sup>. Hospital General Universitario de Valencia

**Objetivos:** Evaluar el método de monitorización no invasiva de PCO<sub>2</sub> más cercano a la PaCO<sub>2</sub> medida por gasometría arterial, durante el control de la VNI en pacientes con Insuficiencia Respiratoria (IR) Hipercápnica Aguda o Crónica Agudizada

**Métodos:** Se analizaron determinaciones consecutivas de pacientes ingresados en la Unidad de Monitorización Respiratoria (UMR) por IR Hipercápnica Aguda o Crónica Agudizada de etiología diversa en tratamiento con VNI. Usando el electrodo de TCO<sub>2</sub> (TCM4 Tosca Masimo SET® Radiometer) y monitorizando ETCO<sub>2</sub> (Microcap Plus® Oridion) de forma simultánea a las gasometrías de control. Análisis estadístico: test t para muestras pareadas y test de Bland y Altman

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 37 determinaciones de 23 pacientes, de los que 32% eran Síndrome Overlap (EPOC+SHO), 29% SHO, 16% agudización EPOC, y otros diagnósticos 33%. Concluimos que la exploración no invasiva más cercana a la determinación de PaCO<sub>2</sub> es la TcCO<sub>2</sub> (p=0.16), mientras que ETCO<sub>2</sub> difiere ampliamente de PaCO<sub>2</sub> (p<0.001). El test Bland-Altman determinó que el sesgo de TCO<sub>2</sub> es 4 veces menor que el de ETCO<sub>2</sub>.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia y con nuestros aparatos, la determinación de TcCO<sub>2</sub> es mejor que la de ETCO<sub>2</sub> en pacientes con IR Hipercápnica de esta etiología.

## PÓSTER 29

### **EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA HIPERLAXITUD PALPEBRAL EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO GRAVE**

G. Anguera\*, Á. Muñoz \*, M.J. Selma\*, C. Navarro\*, A. Hervás \*\*, A. De Freytas\*\*, I. Pascual\*\*, M. Hurtado\*\*, A. García\*, G. Oscullo\*, M. A. Martínez-García\*

Servicio de Neumología\* y Oftalmología\*\*. HUIP. La Fe. Valencia

**OBJETIVOS:** Evaluar los cambios en la hiperlaxitud palpebral (HLP) tras el tratamiento con CPAP en pacientes con SAHS grave y los factores asociado a estos cambios.

**METODOLOGÍA:** Fueron incluidos 80 pacientes (160 ojos) consecutivos con SAHS grave (IAH>30) tratados con CPAP. Se valoró la presencia de HLP en ambos ojos mediante tracción palpebral. Mediante un análisis de regresión logística se valoraron los factores relacionados de forma independiente con una desaparición de la HLP tras el tratamiento con CPAP.

**RESULTADOS:** La media de uso de CPAP fue de 6,2 (1,5) horas, con un 85% con un uso mayor de 4 horas/noche y una mediana de 11 (IQR: 10-13) meses de seguimiento. En la comparación entre el porcentaje de ojos (derecho e izquierdo) y número de pacientes con HLP antes y después del tratamiento con CPAP, se obtuvo diferencias significativas en todos los casos hacia una mejoría de la misma.

En el análisis de regresión logística, una menor edad (OR 0.83 [0,71-0,84]; un mayor IMC (OR 1,35 [1,12-1,47]); y un mayor CT90% preCPAP (OR 1,04[1,01-1,09]), se relacionaron de forma independiente con una mayor probabilidad de desaparición de la HLP con CPAP. Ni el IAH ni las horas de uso de la CPAP se relacionaron con cambios en la HLP.

**CONCLUSIONES.** El tratamiento con CPAP es capaz de revertir la presencia de HLP en un porcentaje significativo de individuos con SAHS grave. Los factores relacionados con una mayor probabilidad de reversión de la HLP son una menor edad, un mayor IMC y una mayor desaturación nocturna previa a la CPAP.

## PÓSTER 30

### **Efecto del tratamiento con CPAP sobre las cifras de presión intraocular y la prevalencia de hipertensión ocular**

G. Anguera\*, Á. Muñoz \*, M.J. Selma\*, C. Navarro\*, A. Hervás \*\*, A. De Freytas\*\*, I. Pascual\*\*, M. Hurtado\*\*, A. García\*, G. Oscullo\*, M. A. Martínez-García\*  
Servicio de Neumología\* y Oftalmología\*\*. HUIP. La Fe. Valencia

**OBJETIVOS:** Valorar el efecto del SAHS y del tratamiento con CPAP sobre las cifras de presión intraocular (PIO) y la incidencia de hipertensión ocular (HTO) en pacientes con SAHS grave.

**METODOLOGÍA:** Fueron incluidos 80 pacientes (160 ojos) consecutivos con SAHS grave (IAH>30) tratados con CPAP. Se realizó una medida de la presión intraocular (Ocular Response Analyser) mediante la técnica de Goldman (Gd) y tras corrección por la histéresis corneal (corr) en cada ojo tanto antes del tratamiento con CPAP como al finalizar el estudio.

**RESULTADOS:** La media de uso de CPAP fue de 6,2 (1,5) horas, con un 85% con un uso mayor de 4 horas/noche y una mediana de 11 (IQR: 10-13) meses de seguimiento. Las medidas de PIO en ojo derecho e izquierdo antes y después de la CPAP no mostraron cambios medios significativos. Sin embargo, la incidencia de nuevos pacientes con HTO (PIO>21mmHg) tras el tratamiento con CPAP fue del 13,8% (9 pacientes). Tan solo 1 paciente presentó HTO preCPAP y no la presentó postCPAP, y 3 pacientes presentaron HTO tanto antes como después de la CPAP. Mediante un análisis de regresión logística se observó que aquellos pacientes con mayor peso (OR 1.14 [1.01-1,3]), menor edad (OR 0.73 [0.61-0.94]) y una PIO basal en el límite alto de la normalidad (OR 2,4 [1,20-4,8]) presentaron un mayor riesgo de desarrollar HTO tras el tratamiento con CPAP. No hubo correlación con el IAH, medidas de desaturación ni horas de uso de CPAP.

**CONCLUSIONES.** En valores medios, la CPAP no hace variar las cifras de la PIO en pacientes con SAHS grave, sin embargo, en aquellos pacientes con SAHS grave que presenten medidas de PIO en el límite elevado de la normalidad, en especial en pacientes jóvenes y obesos, es necesario un control de la PIO si es prescrito el tratamiento con CPAP, dado que ésta puede incrementarse.

## PÓSTER 31

ADECUACION DE LA VMNI EN LA EPOC A LAS GUIAS CLINICAS  
Catalán P, Hernandez L, Gonzalez C, Peris R, León M, Landete P,  
Lluch A, Aguar M, Marín M. Grupos de Trabajo EPOC y VMNI-SAHS  
de la Soc.Valenciana Neumología.

H.Requena, H. General U.Alicante, H.Clinico U.Valencia, H.U.Peset,  
H.UiP La Fe, H.U S Juan Alicante, CHGU Valencia, H.Arnau,  
H.General Castellon.

**OBJETIVO:** Conocer la adecuación de la práctica asistencial en la VMNI de pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda a las guías de manejo clínico.

**DISEÑO:** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico de dos cohortes de pacientes ingresados con EPOC e I.R hipercápnica aguda tratados o no con VMNI en año 2012. Se valoraron los criterios de indicación, respuesta al tratamiento antes de iniciar la VMNI, lugar y experiencia del equipo que inicia la VMNI, contraindicaciones para la VMNI, tiempo transcurrido hasta la gasometría arterial de ajuste y hasta ajuste inicial de parámetros así como criterios de suspensión de la VMNI.

**RESULTADOS:** Se analizaron 303 episodios, de los cuales 49% requirieron VMNI. En el grupo VMNI, el 73% de los pacientes tenían acidosis respiratoria ( $\text{pH}<7,35$ ) al inicio. Tras tratamiento medico, un 10% mejoraron, y un 36% empeoraron. La indicación de VMNI fue correcta en el 78%. Un 27% de pacientes con acidosis y criterios de VMNI no fueron ventilados. No existían diferencias en la duración de la exacerbación en ambos grupos. En el 56% de los casos el tiempo de realización de la gasometría entre evaluación inicial y antes de iniciar VMNI fue menor a una hora. La gasometría de control tras la VMNI fue del 41,9% antes de las 2 horas y en el 76% de los casos se mantenían ya con parámetros estables antes de las 24 horas. Sólo en el 17% de los casos se retiró por mala tolerancia. En el grupo de no ventilados, en el 66% de los casos el tiempo transcurrido entre la gasometría de inicio y la de control fue más de 6 h. La mayoría de indicaciones se inicia de forma adecuada en Urgencias (71%) o UCI (11%) por personal capacitado.

**CONCLUSIONES:** En general, los criterios de indicación y adecuación a las guías de inicio y seguimiento de la VMNI son adecuadas

Trabajo subvencionado por BECA SVN 2013.

## PÓSTER 32

### UTILIZACION DE VMNI EN LA AEPOC EN LA C.VALENCIANA

Ballester M, Hernandez L, Gonzalez C, Ponce S, de Diego A, Senent C, Verdejo A, Aguar M, Bueso MJ. Grupos de Trabajo EPOC y VMNI-SAHS de la Soc.Valenciana Neumología.

H.Requena, H. General U.Alicante, H.Clinico U.Valencia, H.U.Peset, H.UiP La Fe, H.U S Juan Alicante, CHGU Valencia, H.Arnau, H.General Castellon.

**OBJETIVO:** Conocer la práctica asistencial en la VMNI de pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda en diferentes centros hospitalarios de la C.V

**DISEÑO:** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico de dos cohortes de pacientes ingresados con EPOC e I.R hipercápnica aguda tratados o no con VMNI en año 2012. Se recogieron variables de indicación, adecuación guías y pronóstico

**RESULTADOS:** Se analizaron 307 episodios, de los cuales 49% requirieron VMNI. Existían diferencias en el porcentaje de pacientes ventilados entre Hospitales para unos mismos criterios, con unos valores que oscilaban entre 25-58% en Hospitales con Neumólogo de Guardia y 20-60% sin Guardia de Neumología. Los pacientes ventilados tenían menos edad ( $69\pm 11$  vs  $71\pm 10$ ) y eran predominantemente varones (82%). No existían diferencias en cuanto al grado de obstrucción basal, disnea, relación V:H o estadio GOLD entre ambas cohortes. Sólo el IMC fue mayor en tratados con VMNI ( $29\pm 7$  vs  $26\pm 05$ ) El porcentaje de supervivencia al año es similar en pacientes ventilados o no (57 vs 66%) así como el porcentaje de mortalidad intrahospitalaria (16% vs 14%). La mayoría de los pacientes (71%) iniciaron la VMNI en Urgencias y tras 2-6 horas desde su ingreso. El seguimiento de los pacientes se realiza en su mayoría en los Servicios de Neumología. No encontramos diferencias en la estancia media entre ventilados o no ( $8.1\pm 4.5$  vs  $7.1\pm 5.8$ ). El nº de días con ventilación fue de ( $5.1\pm 3.4$ ) y las horas que permanecían con ventilación ( $17.7\pm 6$ ). El 18% de no ventilados reingresaron dentro de los 30 días frente a un 10% en los ventilados

**CONCLUSIONES:** En nuestra Comunidad existen diferencias interhospitalarias con respecto a la indicación y utilización de la VMNI . No hemos encontrados diferencias en el pronóstico vital pero sí en los reingresos precoces.

Trabajo subvencionado por BECA SVN 2013.

## PÓSTER 33

## ¿ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DEL NEUMÓLOGO EN LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DURANTE EL SUEÑO EN PORTADORES DE CPAP DE FORMA CRÓNICA?

J. Ruiz Cubillán, E. Naval, A. Plaza, S. Giraldo, P. Carrascosa, \*I. Lluch, M. Meseguer, F. Puertas Cuesta. Hospital Universitario de la Ribera.

**Introducción:** La alta prevalencia del SAHS ha generado saturación de listas de espera diagnóstico-asistencial. La CPAP al no ser curativo debe instaurarse de forma continuada. **Objetivo:** Determinar si son necesarios controles anuales por el especialista una vez conseguida a la adaptación y adherencia a la CPAP en pacientes crónicos, conocer problemas presentados por los pacientes, evaluar somnolencia por Epworth y cumplimentación horaria. **Material y métodos:** Análisis descriptivo. Se recogieron datos de 218 pacientes de consulta de revisión de CPAP de la Unidad del Sueño durante 1 año. La consulta fue atendida por enfermera y técnico de terapias respiratorias y si era necesario el facultativo. Análisis descriptivo univariante y t de Student. **Resultados:** De la muestra un 92.20% refería un cumplimiento subjetivo  $>4$  h ( $6,21 \pm 2,07$  h). Un 88,07% no presentaba ESD. 29,81% reportó a enfermería problemas con el tratamiento, destacando la mascarilla (22,1%), otros (23,07%), presión (16,92%) y sequedad (9,23%), solucionando 60% de estos. Los problemas comentados al técnico fueron mascarilla 56,75%, presión 18,91% y otros 16,21%. Se consiguió solución en el 91.89% de los casos. Al correlacionar el cumplimiento subjetivo (6,21 h) con el objetivo registrado (5,93 h) en la CPAP por medio de t de Student se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,002$ ). Intervino el neumólogo en un 14,67% del total de pacientes por ESD o cumplimiento  $<4$ h, retirando la CPAP en 24 pacientes (11%) y se mantuvo en 3.66% por factores de riesgo cardio-cerebrovascular o ESD, estos mismos pacientes fueron seguidos a 6 m con cumplimiento  $>4$ h en el 100%. **Conclusiones:** Se requirió control por el especialista en una minoría (14,67% de la muestra), consideramos que la consulta de seguimiento de CPAP puede ser desarrollada por enfermería y técnico con resolución a los problemas pudiendo aumentar la eficiencia. La mayoría de la muestra presentó un cumplimiento subjetivo y objetivo óptimo, aunque existen diferencias significativas entre ambas variables. Un 11,92% presentó ESD.

## PÓSTER 34

NASAL EN SOSPECHA DE SAHS. RESULTADOS PRELIMINARES. C. Sabater<sup>1</sup>, M. Arribas<sup>2</sup>, A. Figuerola<sup>2</sup>, M. Armengot<sup>2,3</sup>, A. Navarro,<sup>1</sup> R. Navarro<sup>1</sup>, E. Fernández-Fabrellas<sup>1</sup>. Servicio de Neumología<sup>1</sup> y ORL<sup>2</sup>. CHGUV. Departament de Cirurgia, Universitat de València<sup>3</sup>.

OBJETIVO: Valorar la molestia subjetiva de obstrucción nasal expresada por el paciente en la primera visita en relación a alteraciones anatómicas y parámetros poligráficos.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo longitudinal de pacientes consecutivos de la consulta de SAHS con evaluación sistemática por ORL. Se recogen antecedentes personales, desviación septal, hipertrofia cornetes, pólipos nasales, colapso inspiratorio válvula nasal, Mallampati, macroglosia, retrognatia, escala visual-analógica (EVA) de la obstrucción nasal, rinomanometría (RMM) flujo y resistencia, IMC, IAH, ODI4%, CT90%. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y correlación entre parámetros poligráficos y RMM.

RESULTADOS: Se estudiaron 46 pacientes, edad 55.4 (13.9), 64,7% hombres, 32,6% mujeres, IMC 31,9 (5,5), epworth 10,5 (5,6), clasificados como no SAHS 5 (10,9%), SAHS leve 9 (19,6%), SAHS moderado 16 (34,8%) y SAHS grave 17 (37%). En el grupo de pacientes que referían obstrucción nasal (18), solo encontramos diferencias significativas respecto a los que no la referían en la presencia de desviación septal (66,7% vs 33,3%,  $p=0.02$ ) y una tendencia a la significación estadística en la RMM flujo ( $p=0,08$ ) pero no en la RMM resistencia ( $p=0,28$ ). En todo el grupo, no encontramos correlación entre RMM (flujo y resistencia) e IAH ( $p=0,29$  y  $p=0,87$ ), ni entre IAH de los que tenían alteraciones ORL y los que no (desviación septal  $p=0,81$ , hipertrofia cornetes  $p=0,42$ , polipos nasales  $p=0,53$ , colapso válvula nasal  $p=0,11$ , macroglosia  $p=0,54$ , retrognatia  $p=0,32$ ).

CONCLUSIONES: 1- En nuestra experiencia, el síntoma obstrucción nasal referido solo se relaciona con el hallazgo de desviación del septo nasal. 2- La RMM de flujo muestra una tendencia a relacionarse con el síntoma "obstrucción nasal" referido, y no la RMM resistencia. 3- Los parámetros poligráficos no muestran diferencias significativas con las alteraciones anatómicas.

## PÓSTER 35

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TOS CRÓNICA Y SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS). Nieto ML, Fullana J, Belda J, Rodrigo C, Perez JA, Soler JJ. Hospital Arnau de Vilanova: Servicio de Neumología

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de SAHS y sus características, en una serie de pacientes con tos crónica (TC).

**Metodología:** Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes con TC. Se recogieron datos morfométricos, relacionados con el diagnóstico de TC, comorbilidad asociada y resolución de la tos. Análisis estadístico: descriptivo y analítico con SPSS.

**Resultados:** Evaluamos 149 pacientes con TC, en 55 (36,9%) de los cuales se solicitó poligrafía nocturna (PN) por clínica sugestiva de SAHS. Fueron diagnosticados de SAHS 45 pacientes (30,2%), 21 hombres, edad  $63 \pm 10$  años e índice de masa corporal (IMC)  $31,1 \pm 4,7$   $\text{kg/m}^2$ . El 33,3% eran SAHS graves. Los pacientes con SAHS tenían más edad ( $p: 0,005$ ), mayor IMC ( $p:0,000$ ), asociaban más hipertensión arterial ( $p:0,002$ ) y dislipemia ( $p:0,001$ ) que los pacientes con TC sin SAHS. En 5 pacientes, el SAHS se identificó como única potencial causa de tos y el resto asoció otras patologías: 28,8% asociaron RGE y 33,3% asma. La tos fue refractaria en el 15,9% de los pacientes que asociaban SAHS y la resolución sólo fue completa en el 41,9%, sin diferencias significativas con el grupo de pacientes con TC sin SAHS. De los cinco pacientes con SAHS como único diagnóstico de TC, el tratamiento con CPAP y/o medidas higiénico-dietéticas, resolvió la tos en cuatro de ellos.

**Conclusiones:** 1. La prevalencia del SAHS en pacientes con TC es elevada. 2. En nuestra serie el SAHS se manifiesta generalmente como causa de tos multifactorial, asociado a otras patologías (especialmente RGE y asma). 3. Se necesitan nuevos estudios para evaluar la prevalencia real del SAHS en la TC y analizar el papel potencial del tratamiento con CPAP.

## PÓSTER 36

**ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ELA**  
Anguera de Francisco G\*, Amara Elori I.\*, Vazquez Costa JF.<sup>1</sup>,  
García Ortega J\*. León Fábregas M.\*, Domènech Clar R<sup>2</sup>. \* S  
Neumología, <sup>1</sup>S Neurología, <sup>2</sup> UHD. Hospital Universitari y Politècnic  
La Fe. Valencia

**Introducción:** Las Unidades de ELA se recomiendan en las Guías clínicas, tienen gran demanda social, demostrando mejoría en la calidad de vida y en los costes. **Objetivo:** creación y puesta en funcionamiento de una Unidad Multidisciplinar. **Material y Métodos:** En Octubre 2013 se crea en nuestro Hospital una Unidad Multidisciplinar de ELA cuyas metas son el diagnóstico clínico y genético, tratamiento médico, abordaje psicológico y social, ayuda en la toma anticipada de decisiones y la investigación. Coordinada desde Neurología, se integra por profesionales de Neumología, RHB, Foniatría, Nutrición, Neurofisiología, Endoscopias Digestivas, Anestesia, ORL, Radiología, enfermera Gestora, Trabajo Social y Psicóloga. La UHD participa con una fisioterapeuta y una neumóloga. Las exploraciones y consultas al Hospital se agrupan en días concretos y/o en el domicilio para adaptación de la ventilación, tratamiento en agudizaciones y soporte paliativo en fases terminales. **Resultados:** de 66 pacientes valorados en Neurología, 60 se han remitido a Neumología, 38 hombres de 64,25 (11,6) años y 22 mujeres de 69,3 (11,03) años, procediendo 2/3 de ellos de otras áreas sanitarias. 47 pacientes debutaron con síntomas espinales y 16 fueron de inicio bulbar. 1 paciente debutó con sintomatología respiratoria. 2 con deterioro cognitivo. 40 han recibido VNI y 4 traqueostomía, que fue electiva en 2 y urgente en otros 2. La PEG se indicó en 13 casos por problemas deglutorios y/o deterioro ponderal. La media de seguimiento de los pacientes es de 14 meses (3-25) y 41 siguen vivos. **Conclusión:** 1) La Unidad Multidisciplinar de ELA está consiguiendo las metas propuestas y aporta calidad asistencial; 2) El uso de VNI y la mortalidad se ajustan a los estándares conocidos si bien el tiempo desde su creación aún es corto para evaluarlo con solidez; 3) La coordinación por la Gestora de casos y el soporte domiciliario es básico en el manejo de los pacientes; 4) La toma de decisiones en cuanto a la traqueotomía y la obtención de voluntades anticipadas es uno de los problemas detectados.

## PÓSTER 37

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA AGUDIZACIÓN EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA CAUSADA POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*

Amara-Elori I<sup>1</sup>, Montull B<sup>1</sup>, Gimeno A<sup>1</sup>, Posadas T<sup>1</sup>, Méndez R<sup>1</sup>, Rosales-Mayor E<sup>2</sup>, Alcaraz V<sup>2</sup>, Polverino E<sup>2</sup>, Ansotegui E<sup>1</sup>, Torres A<sup>2</sup>, Menéndez R<sup>1</sup>. Grupo NAC-Calidad. H.U.P La Fe<sup>2</sup>: S. de Neumología. IDIBAPS.CIBERES. H. Clinic de Barcelona<sup>2</sup>S. de Neumología.

**OBJETIVOS:** Comparar las características del paciente, la presentación clínica y el pronóstico de la agudización causada por *Pseudomonas aeruginosa* frente a otros microorganismos.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo observacional realizado en pacientes con bronquiectasias no-FQ y con exacerbación. Se utilizó un test Chi<sup>2</sup> y un U-Mann Whitney. **RESULTADOS:** Se incluyeron 197 agudizaciones por BQ no-FQ y se aisló microorganismo causal en 128 (65%); 57 de las cuales (44.5%) fueron causadas por PA.

	PA	No PA	P
<b>Características del paciente</b>			
• Etiología de las BQ			
Idiopática	43(30,71%)	20 (35,1%)	0,71
Post-infectiva	41(29,3%)	13 (22,8%)	
EPOC	31(22,1%)	15 (26,3%)	
Asma	13 (9,3%)	3 (5,3%)	
Otras	12 (8,6%)	6 (10,5%)	
• BSI	11,2±4,1	8,4±3,9	<0,001
• FACED	2,8±1,4	2,1±1,4	0,003
• Exacerbaciones 1 año previo	1,8±1,1	1,4±1,2	0,03
• Tandas.ATB 1 año previo	1,8±1,2	1,3±1,2	0,009
<b>Presentación clínica</b>			
• Purulencia de esputo	49 (89,1%)	99 (77,3%)	0,064
• Fiebre	18 (32,7%)	80 (62,5%)	<0,001
• Dolor torácico	5 (9,1%)	30 (23,4%)	0,024
• Leucocitos	8,0±6,1	10,9±6,5	0,028
• PCR	6,6±7,9	9,2±8,6	0,044
• Neumonía	10 (17,5%)	51 (36,4%)	0,009
<b>Evolución durante la exacerbación</b>			
• Ingreso hospitalario	41 (71,9)	89 (63,6)	0,26
• Muerte durante exacerbación	2 (3,5%)	1 (0,7%)	0,146

### CONCLUSIONES:

1. Las exacerbaciones causadas por *P aeruginosa* presentan diferentes características clínicas de presentación, requieren más ingreso y son más frecuentes en pacientes con mayor puntuación en escalas de BQ.
2. Las agudizaciones causadas por *P aeruginosa* cursan con mayor purulencia en esputo, menos fiebre y menor dolor pleurítico.
3. Los datos analíticos muestran menores niveles de leucocitos y de PCR en presencia de *P aeruginosa*.

## PÓSTER 38

### CARACTERIZACIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ESPAÑA. RESULTADOS PRELIMINARES ESTUDIO NEUMONAC

L. Feced, R. Méndez, B. Montull, I. Aldás, A. Torres, L. Molinos, L. Borderías, R. Zalacaín, O. Rajas, C. Morales, R. Malo, R. Ferrer, J. Blanquer, P. España, J. Almirall, S. Bello, M. Vendrell, I. Mir, R. Menéndez. Grupo NEUMONAC. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es caracterizar la NAC por neumococo que requiere hospitalización en España.

**Metodología:** Estudio prospectivo observacional y multicéntrico (15 hospitales españoles). Se incluyeron pacientes inmunocompetentes mayores de edad con un nuevo infiltrado en la radiografía de tórax y clínica compatible de neumonía con ingreso hospitalario desde 2012 a 2015. La participación en el estudio se diferenció en dos niveles: Nivel 1. NAC causadas por *S. pneumoniae*, Nivel 2. NAC consecutivas de cualquier etiología.

**Resultados:** Se reclutaron 1961 pacientes con una edad media de 67 ( $\pm 18$ ), de los cuales 218 (11.1%) requirieron ingreso directo en UCI. Residían en un asilo 104 pacientes (5.3%) y 397 (22.6%) eran fumadores activos. Las comorbilidades más frecuentes fueron: 541 (30.7%) cardiopatía, 475 (27.2%) respiratoria y 435 (24.7%) diabetes. La gravedad inicial cuantificada por escalas pronósticas mostró CURB65  $>3$  en 79 (4.2%) y FINE  $>3$  en 867 (45.4%) pacientes. En la cohorte con nivel de participación 1, se incluyeron 216 pacientes con NAC por *S. pneumoniae* y 80 (37%) pacientes presentaron ENI (enfermedad neumocócica invasiva). En la cohorte con nivel de participación 2, se incluyeron 1745 pacientes y en 758 (43.4%) de ellos se alcanzó el diagnóstico etiológico: 423 (24.2%) *S. pneumoniae* y ENI en 130 (7.4%). La etiología microbiológica en la cohorte completa (1961 pacientes) no se identificó en el 46%. En el resto, un 33% fueron por neumococo, 6% atípicas, 6% virus y 9% otros.

**Conclusiones:** 1. El perfil de paciente hospitalizado en España por NAC es hombre  $>65$  años y con patología cardiopulmonar. 2. El *S. pneumoniae* sigue siendo el agente etiológico más frecuente de NAC.

## PÓSTER 39

**BIOMARCADORES COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES**

I. Aldás, R. Méndez, A. Gimeno, T. Posadas, S. Reyes, M. Suescun, R. Alonso, R. Menéndez. Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

**Objetivo.** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) aumenta el riesgo de mortalidad a largo plazo. El objetivo del estudio fue determinar el valor pronóstico de los biomarcadores inflamatorios y cardiacos en pacientes con NAC y mortalidad a largo plazo.

**Metodología.** Se realizó un estudio prospectivo de cohorte en adultos ingresados por NAC entre enero de 2012 y junio de 2015. Se excluyeron pacientes ingresados en los 15 días previos, portadores de trasplante o infección por VIH. Se obtuvieron datos demográficos, de comorbilidad y evolutivos, eventos cardiovasculares y mortalidad desde el ingreso hasta el año de seguimiento. Se determinaron niveles de biomarcadores inflamatorios (procalcitonina, IL-6 y endotelina) y cardiacos (proBNP, proadrenomedulina y troponinas) del día 1 y 4 de ingreso. Se analizaron los biomarcadores en relación a la mortalidad ocurrida desde el alta hasta el año mediante el test U-Mann Whitney y curva ROC de cada biomarcador para esta mortalidad.

**Resultados.** De los 323 pacientes incluidos 14 (4.3%) murieron durante el ingreso y 18 (5.6%) desde el alta hasta el año, siendo la mortalidad global al año un 9.9%. En el grupo con mortalidad desde el alta hasta el año se encontraron niveles de proadrenomedulina día 4 y proBNP días 1 y 4, significativamente más elevados ( $p < 0.05$ ). Las áreas bajo la curva ROC de los biomarcadores con un nivel de confianza del 95% en el día 1 fueron: troponinas 0.662 (0.523-0.800), proBNP 0.658 (0.524-0.792), proadrenomedulina 0.589 (0.437-0.741), endotelina 0.568 (0.419-0.717), IL-6 0.501 (0.355-0.647), procalcitonina 0.479 (0.360-0.598) y en el día 4: proadrenomedulina 0.730 (0.605-0.856), proBNP 0.709 (0.600-0.817), endotelina 0.659 (0.520-0.799), troponinas 0.62 (0.439-0.802), IL6 0.441 (0.246-0.637), procalcitonina 0.414 (0.257-0.572).

**Conclusiones.** 1. Los biomarcadores en el día 1 no son buenos predictores de mortalidad a medio y largo plazo.  
2. Proadrenomedulina y proBNP el día 4 parecen los mejores predictores de dicha mortalidad.

## PÓSTER 40

### **ANALISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE TUBERCULOSIS ENTRE PACIENTES ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS VALORADOS EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DURANTE UN AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA.**

Salamea Avila, Olga. Lera Alvarez, Ruben. Mogrovejo Calle Suliana. Herrejon Silvestre, Alberto. Martinez Moragon, Eva. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

**OBJETIVOS:** Describir las características demográficas, clínicas y comparar si existen diferencias entre grupos de españoles y extranjeros diagnosticados de TBC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TBC de enero 2014 a noviembre 2015.

**RESULTADOS:** Analizamos 48 pacientes, 54.2% mujeres. 68.8% españoles y 32.2% extranjeros. Edad media fue 46 años en extranjeros vs 56 años en españoles. Un 14.6% contacto previo con TBC y 10.4% recibieron tratamiento. Localización: pulmonar 78.2%, ganglionar 8.3% y pleural 6.3% ( $p=0.48$ ). Diagnóstico: Baciloscopia de esputo 39.6%, cultivo de esputo 18.8%; BAS y LBA 14.6%, biopsias 10.4% y otros 16.6%. El retraso diagnóstico era mayor en el grupo de extranjeros 2.92 meses vs 1.46 ( $p<0.05$ ). Fumadores 52.1%, (20.8% con IET + 20a.p.d) sin diferencias entre grupos. Presentación clínica: Tos con expectoración 64.6%, sudoración nocturna 47.9% y pérdida peso 45.8%. Hallazgos radiológicos: infiltrado 27.1%, nódulos 18.8% y cavernas 10.4%. Iniciamos tratamiento con 4 drogas en 91.7% siendo bien tolerado (89.6%). Efectos secundarios: Gastrointestinales 16.7% y elevación transitoria de transaminasas 2%. La adherencia fue similar en ambos grupos salvo a los 2 meses que fue menor en el grupo de extranjeros (76.47% vs 100%) ( $p<0.05$ ). Un caso (2%) con resistencia a rifampicina en un paciente extranjero con TBC, tratado previamente ( $p=0.56$ ). Recibieron 6 meses excepto 5 pacientes (10.41%) en los que se prolongó por diferentes motivos, sin diferencias entre grupos. El diagnóstico final fue: TBC curada (33.3%), TBC tratada 25%, éxitus 10.4% y 12 pacientes actualmente en tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El retraso diagnóstico y la adherencia al tratamiento en los 2 primeros meses fue peor en el grupo de extranjeros ( $p<0.05$ ), sin encontrarse diferencias en las demás variables analizadas.

## PÓSTER 41

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS EN CASTELLÓN: INFLUENCIA DE LA INMIGRACION**

Giuliana Rissi Castro,<sup>1</sup> Margarita Marín Royo,<sup>1</sup> Barbara Gomila Sard<sup>2</sup>, Rosario Moreno Muñoz<sup>2</sup> Fátima Andrés Franch<sup>1</sup> Laura Romero Francés<sup>1</sup>, Juan Guallar Ballester<sup>1</sup>. (1)Servicio de Neumología (2) Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Castellón. (HGUCS)

**Objetivos:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la TBC en Castellón (Áreas 1, 2 y 3) entre 2008 y 2012.

**Metodología:** Las tasas de incidencia registradas en la provincia de Castellón fueron de  $18 \times 10^5$  en 2008,  $15,3 \times 10^5$  en 2009,  $12,8 \times 10^5$  en 2010,  $10,3 \times 10^5$  en 2011 y  $9,6 \times 10^5$  en 2012. 65% hombres. Edad media 32,4 años (rango 0-91). 4,6% (15/320) menores de 14 años. 93,8% (300/320) eran casos no tratados previamente. El 43,7% de los pacientes eran extranjeros (140/320) y la mayoría procedía de Rumanía (57,4% 80/140), Marruecos 21,4% (30/140) y Colombia 3,6% (5/140). El 36,6% de los casos, presentaba al menos un factor de riesgo; el más frecuente, el alcoholismo: 17,2% (55/320) seguido de infección VIH 7,8% (25/320) y el tabaquismo en el 7,2% (23/320). El 45,6% (146/320) eran poblaciones de riesgo: indigentes, inmigrantes (extranjeros con estancia inferior a 5 años) personal sanitario, presos, ancianos institucionalizados, o colectividades. Los presos representaron el 5,3% del total (5/320). Fueron hospitalizados el 67,2% de los pacientes (215/320). En cuanto a las formas clínicas, el 87,2% (279/320) presentaban TB pulmonar y el 12,8% (41/320) extrapulmonar (EP). La forma clínica predominante dentro de las TB EP fue la ganglionar con un 5,9% (19/320) seguida de la pleural y la genitourinaria, ambas con un 2,5% (8/320) Hubo bajo porcentaje de TB osteoarticular (0,9% 3/320) y de TB Miliar ((0,6% 2/320) y un caso de TB intestinal y otro peritoneal.

**Conclusiones:**

1. Aunque las tasas de incidencia de la TB en Castellón van disminuyendo progresivamente, se centra el colectivo con factores de riesgo (45,6%) y en inmigrantes (43,7%)
2. Alto porcentaje de pacientes hospitalizados.
3. Creemos necesaria la creación de Unidades de Tuberculosis lideradas por Neumología.

## PÓSTER 42

### RESISTENCIAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSOS en CASTELLON

Margarita Marín Royo<sup>1</sup> Giuliana Rissi Castro<sup>1</sup> Barbara Gomila Sard<sup>2</sup>, Rosario Moreno Muñoz<sup>2</sup>, Fátima Andrés Franch<sup>1</sup> Laura Romero Francés<sup>1</sup> Juan Guallar Ballester<sup>1</sup>.

(1)Servicio de Neumología (2) Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario de Castellón. (HGUCS)

**Objetivos:** Conocer la evolución de las resistencias a *Mycobacterium tuberculosis* en la provincia de Castellón (Áreas 1, 2 y 3) en el periodo comprendido entre 2008 y 2012 (5 años)

**Metodología:** Consultamos los datos epidemiológicos y los datos del Servicio de Microbiología. Se realizó estudio de sensibilidad todos los casos de TBC con cultivo positivo. (320)

**Resultados:** Se detectó DR-TB en el 13,5% (41/320) de los aislados. En 2008 hubo un 5,4% (4/70), de cepas resistentes, un 10,8% (9/83) en 2009, 18,2% (12/66) en 2010, 16,1% (9/55) en 2011, y 17,1% (7/41) en 2012. En los 5 años analizados, la resistencia global a isoniácida (H) fue de un 8,1% (26/320), siendo un 50% (13/26) en población extranjera. La combinación de resistencia a H y a Estreptomicina (S) se observó en 11 (3,4%) de casos. No se detectó ninguna cepa extremadamente resistente (TB-XRD), ni ninguna con resistencia aislada a Etambutol (E). Del total de cepas resistentes, el 51,2% (21/41) presentó resistencia a un solo fármaco, el 31,7% (13/41) a 2 fármacos, y el 17,1% (7/41) a más de 2 fármacos. Durante los 5 años, se aislaron un 2,2% (7/41) de cepas multiresistentes, presentando 6 de estas cepas, resistencias a los 5 fármacos de primera línea. El porcentaje de resistencia en la población española fue del 10,6% (19/180) y en extranjeros del 15,7% (22/140). Del total de las DR-TB, un 53,7% (22/41) fue en extranjeros, y un 46,3% (19/41) en españoles. De los extranjeros con DR-TB, 6 (14,6%) eran rumanos; y 5 (12,2%) otras nacionalidades. Todas las DR-TB fueron casos que no habían sido tratados previamente (inicial o primaria)

#### **Conclusiones:**

1. A pesar de que las tasas de incidencia de TB van en descenso, las resistencias a MT van en aumento.
2. La Resistencia global a H en el periodo estudiado es de un 8,1%
3. Las tasas de resistencias son mayores en pacientes extranjeros (15,7% versus 10,6%)

## PÓSTER 43

**LA INFECCIÓN POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* ES UNA CAUSA INDEPENDIENTE DE ALTERACIÓN DEL RITMO CARDIACO EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA.**

Miguel Torres, Francisco Sanz, Marcos Restrepo, Estrella Fernández, Eusebi Chiner, María Briones, María Aguar, Ruben Lera, Ángela Cervera, Grupo CAPAVANT

**Objetivos:** Valorar la asociación de la infección por neumococo y la taquicardia en pacientes con neumonía comunitaria (NAC) y determinar si las taquiarritmias están asociadas con un peor pronóstico en los pacientes con NAC.

**Métodos:** Estudio prospectivo, epidemiológico y multicéntrico. Los pacientes se estratificaron según presentaran TA (definida por una FC mayor de 100 latidos por minuto) o no. Se valoraron las características demográficas, clínicas, radiológicas, microbiológicas y la aparición de complicaciones. Se realizó un análisis multivariante utilizando la FC como variable dependiente.

**Resultados:** De un total de 2.123 casos de NAC, se identificaron 646 (30.4%) que presentaron TA. Los factores asociados de manera independiente con la aparición de TA fueron: la etiología neumocócica: (OR 1.46; IC95% 1.14-1.88,  $p=0.003$ ) y la diabetes (OR 1.32; IC95% 1.06-1.62,  $p=0.015$ ). La invasividad del neumococo (bacteriémico en el 16.5%) se asoció fuertemente con la aparición de TA (OR 5.90; 95% CI 3.09-11.32). Los pacientes que desarrollaron TA presentaron con mayor frecuencia hipoxemia (OR 1.38; IC95% 1.03-1.86,  $p=0.031$ ), ingres en UCI (OR 1.75, IC95% 1.05-2.93,  $p=0.033$ ), presentaron mayor estancia hospitalaria (10.7 vs. 8.1 días,  $p=0.001$ ) y una mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 1.89, 95%CI 1.09-3.24,  $p=0.023$ ) comparado con el grupo sin TA.

**Conclusiones:** Se identificó la presencia de taquiarritmia en un tercio de los pacientes con NAC y se asoció con un peor pronóstico en nuestra serie. La infección por *Streptococcus pneumoniae* se asoció de manera independiente con el desarrollo de TA, especialmente en las formas bacteriémicas. Son necesarios más estudios para dilucidar los mecanismos asociados con el desarrollo de daño cardiaco en los pacientes con neumonías neumocócicas y otros patógenos.

## PÓSTER 44

### MICOBACTERIAS AMBIENTALES: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Autores: Suárez I, García Sevilla R, Vilella V, García P, Gimeno A, Martín C, Rodríguez JC. Hospital General Universitario de Alicante.

**Introducción:** Las micobacterias ambientales representan un reto en la interpretación diagnóstica y en el manejo terapéutico, ya que pueden habitar en las superficies corporales sin causar enfermedad.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de los pacientes diagnosticados de micobacterias ambientales (MA) en el servicio de Neumología del Hospital General de Alicante.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los casos con cultivo positivo de alguna muestra respiratoria, atendidos en nuestro servicio en los últimos 10 años. La identificación de las micobacterias se realizó mediante métodos genotípicos con los sistemas AccuProbe (GenProbe Inc., San Diego, EEUU) y GenoType Mycobacterium CM/AS (Hain Lifescience, Nehren, Alemania).

**Resultados:** Se aislaron MA en un total de 80 pacientes en el Hospital General de Alicante, de los cuales 30 (38%), pertenecían al servicio de Neumología, aislándose de estos últimos 11 tipos de MA. Las mujeres constituyeron el 52% de los pacientes y edad media fue de 59 años. El 77% de los pacientes presentaban alguna enfermedad pulmonar de base y el antecedente de tuberculosis previa se encontró en un 37% de los enfermos. Los hallazgos radiológicos más frecuente fueron las bronquiectasias, seguido de los nódulos múltiples. El método microbiológico más utilizado fue el cultivo de esputo (en el 77 % de los casos) y la baciloscopia resultó positiva en un 20% de los pacientes. Los criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos recibieron tratamiento 10 pacientes (33%).

**Conclusiones:** La MA más frecuente en nuestro medio pertenece al complejo MAI. Solamente un tercio de los pacientes cumple criterios para el tratamiento.

## PÓSTER 45

### FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LAS BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

T. Posadas, R. Méndez, I. Amara, A. Gimeno, B. Montull, R. Menéndez. Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)

#### Objetivo

Analizar los factores relacionados con la estancia hospitalaria de las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (BQ no-FQ).

#### Metodología

Estudio prospectivo y observacional de pacientes hospitalizados por sobreinfección de BQ no-FQ. Se recogieron datos clínicos, analíticos, microbiológicos y evolutivos. Se dicotomizó la estancia hospitalaria según la mediana y se definieron dos grupos. Se realizó un análisis univariado utilizando Chi-cuadrado para las variables cualitativas y U-Mann Whitney para las variables cuantitativas, según la normalidad de la muestra. Se realizó un análisis multivariado ajustando por las variables significativas en el análisis univariado con un nivel del 0.05.

#### Resultados

Se incluyeron 120 pacientes hospitalizados. La mediana de la estancia fue de 8 (6-10) días. En el análisis univariado se observó que el uso de oxigenoterapia crónica domiciliaria ( $p<0.05$ ), el aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* durante el ingreso ( $p<0.01$ ) y la necesidad de ventilación mecánica no invasiva ( $p<0.05$ ) se relacionaban con mayor estancia hospitalaria mientras que la vacunación de la gripe ( $p<0.05$ ) y la presencia de fiebre al ingreso ( $p<0.05$ ) eran mayores en el grupo con menor estancia. En el análisis multivariado se halló que el aislamiento de *P. aeruginosa* es un factor independiente para presentar una estancia hospitalaria prolongada con una OR de 0.228 (95% CI = 0.078-0.662).

#### Conclusiones

1. La presencia de fiebre y la vacunación de la gripe se relacionan con una menor estancia hospitalaria. 2. El aislamiento de *P.aeruginosa* se mostró como factor independiente para presentar una estancia hospitalaria más prolongada.

## PÓSTER 46

### **PERFIL DEL PACIENTE RESPIRATORIO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (UHD)**

**Pérez-Ferrer P, Tordera P, Arlandis M, Huertas M, Gómez-Merino E, Senent C, Pastor E, Sancho-Chust JN,, Chiner E. S. Neumología y UHD. H. U. San Juan de Alicante**

**Introducción:** Las UHD son una alternativa asistencial capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. El perfil clínico de pacientes atendidos en las Unidades de atención domiciliaria es muy diverso pero el número de pacientes respiratorios va en aumento.

**Objetivos:** Evaluamos el perfil de pacientes respiratorios de HD durante un año.

**Método:** Se analizaron los ingresos por patología respiratoria en UHD del Área del H. Universitario San Juan de Alicante (250000 habitantes) valorando la patología subyacente y resultados a lo largo de un año (2014).

**Resultados:** Durante el periodo se generaron 2100 ingresos en 1053 pacientes, correspondientes a respiratorios 180 episodios en 76 pacientes, lo que supuso un 17% de los pacientes y un 25% de los ingresos. La principal patología respiratoria atendida fue la EPOC (programa de pacientes multiingresadores, 62%), la administración de antibioterapia intravenosa en las bronquiectasias (20%) y las enfermedades neuromusculares (12%), entre la que destaca la ELA bajo ventilación mecánica domiciliaria y seguimiento en colaboración con neumología, así como otras en 6%. Dos terceras partes de los ingresos respiratorios se generaron desde la propia unidad. El 100% de los pacientes presentaban dos o más comorbilidades además de problema neumológico. El ahorro estimado de ingresos respiratorios en estos pacientes fue de 64%.

**Conclusiones:** El peso de la patología respiratoria en UHD es muy elevado. La atención domiciliaria en pacientes respiratorios supone una mejora y humanización, que permite mayor comodidad, evita desplazamientos de los familiares, facilita la comunicación e integra a la familia en el proceso asistencial. Desde el punto de vista de la gestión, disminuye directa e indirectamente los costes del proceso de hospitalización.

## PÓSTER 47

**HIPERTENSION PULMONAR Y SINDROME HEPATOPULMONAR EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES VASCULARES PULMONARES.**

Alberto García Ortega, Ana Torrents, Enrique Zaldívar Olmeda, Raquel López Reyes, Dolores Nauffal Manzur. Servicio de Neumología. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia.

**Objetivos:** El síndrome hepatopulmonar (SHP) y la hipertensión portopulmonar (HPP) son las principales complicaciones vasculares pulmonares en los pacientes con hepatopatía. Estas dos entidades constituyen los extremos de un amplio espectro de vasculopatía pulmonar que va desde la vasodilatación extrema a la vasoconstricción. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar las características clínicas al diagnóstico y de seguimiento, de los pacientes con vasculopatía pulmonar asociada a hepatopatía (VPAH) estudiados en nuestra unidad durante el último año.

**Metodología:** Análisis retrospectivo de los pacientes remitidos desde la consulta de hepatología, para valoración por sospecha de SHP vs HPP (Abril 2014 a Abril de 2015) en nuestra unidad. Se analizaron datos demográficos, analíticos, ecocardiográficos, de hemodinámica pulmonar, de estrategia terapéutica inicial y de supervivencia.

Se consideraron 3 posibles diagnósticos de VPAH: SHP, HPP e hipertensión pulmonar por estado hiperdinámico/hipervolemia (HPEH).

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes, 13 de ellos (44,8%) remitidos desde hepatología por primera vez para estudio y los 16 pacientes restantes (55,2%) vistos por seguimiento de su VPAH. Entre los pacientes vistos por primera vez, se obtuvieron los siguientes diagnósticos: 4 SHP, 4 HPP, 1 HPEH y en 3 pacientes no se identificó patología VPAH. Un total de 26 pacientes con criterios diagnósticos de VPAH fueron vistos en la consulta de neumología durante este intervalo de tiempo (9 SHP, 10 HPP y 7 HPEH) de los cuales 9 diagnosticados durante el tiempo analizado.

**Conclusiones:** Encontramos un predominio de patología vascular pulmonar en pacientes varones siendo la edad media de presentación la quinta década de la vida. Los pacientes con SHP presentaban una clase funcional al diagnóstico peor al resto de grupos de VPAH. La causa más frecuente de hepatopatía en el grupo de SHP fue alcohólica y en el grupo de HPP la asociada a VHB/C. Encontramos un trastorno de la difusión mayor en los pacientes con SHP con respecto a la HPP, siendo menor el valor de la PO2.

## PÓSTER 48

### COSTE UTILIDAD DEL USO DE OMALIZUMAB EN LA PRACTICA CLINICA HABITUAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M. Climent, E. Martínez Moragón (H. Dr. Peset), en representación de todos los investigadores

Con el objetivo de analizar el coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento con omalizumab en la práctica clínica habitual, hemos realizado un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en 12 hospitales de la Comunidad Valenciana. Se compararon los resultados clínicos y el uso de recursos en el año previo y posterior a la adición de omalizumab al tratamiento del asma. El análisis se realizó desde la perspectiva social, considerando tanto los costes directos como los indirectos. Las variables clínicas utilizadas fueron el número de exacerbaciones, el número de pacientes controlados y los años de vida ajustados por calidad. Se utilizaron los costes unitarios de los tratamientos, consultados en la web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Bot PLUS], los costes unitarios de los recursos utilizados fueron consultados en la base de datos eSalud y para el cálculo de los costes indirectos se consultaron los costes salariales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los costes se expresaron en euros del 2015.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 186 pacientes (62% hombres), con edad media de 50 años. Se observaron diferencias significativas en las variables clínicas y de efectividad del tratamiento: mejoró la obstrucción, el control del asma, la calidad de vida y los años de vida ajustados por calidad. Los costes directos médicos y los costes indirectos disminuyeron (tabla) pero aumentó el coste farmacológico debido al coste del omalizumab. El ratio coste efectividad incremental fue de 1.789€ (1.019-3.038) por exacerbación evitada (186 pacientes evaluables), 4.569€ (33.442-6.075) por paciente con incremento de 3 puntos en la ACT (104 pacientes evaluables) y el coste por AVAC ganado fue de 50.239 € (37.209-68.923) (46 pacientes evaluables).

#### CONCLUSIONES

Nuestros datos ponen de manifiesto la efectividad del tratamiento con omalizumab en la práctica habitual, con mejorías considerables en el estado de salud de los pacientes pero con un aumento de los costes totales debido al coste del fármaco.

## PÓSTER 49

## NEUMONIA INTERSTICIAL CON PERFIL AUTOINMUNE ¿UNA NUEVA ENTIDAD?

Sabater C, Jaimes V, Ródenas M, Navarro A, Juan G, Sabater V, Ramón M, Fernández E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Describir las características clínicas, funcionales, anatomopatológicas y evolución de pacientes con neumonía intersticial con perfil autoinmune (NIPA) y compararlas con las de pacientes con FPI. Metodología: Describimos los patrones histológicos presentes en los pacientes con criterios NIPA, y comparamos la evolución clínica con los pacientes diagnosticados de FPI. El análisis de supervivencia se realizó usando curvas de Kaplan-Meier, con las fechas de primera visita y el trasplante o la muerte por cualquier otra causa como evento final.

Resultados: De 16 pacientes con NIPA, se biopsiaron el 53%, un 75% mediante biopsia quirúrgica. En la mayoría de pacientes (87.5%) lo más característico fue la coexistencia de varios patrones histológicos siendo el patrón de neumonía intersticial descamativa el más frecuente (75%), seguido del patrón de neumonía organizada con neumonía intersticial no específica (62.5%). Un 87.5% presentó acúmulos linfoides y sólo un 28.5% tenían centros germinales. En el 62.5% había infiltrado linfoplasmocitario difuso y vasculopatía focal. De 50 pacientes diagnosticados de FPI, el 74% eran varones, mientras que en los pacientes con NIPA los dos sexos tenían el mismo número de pacientes (50%). La mayoría de los pacientes con FPI eran fumadores o exfumadores (65.2%) mientras que en los pacientes con NIPA sólo el 50% lo eran. Los pacientes con FPI mostraron mayor afectación en todas las variables utilizadas para cuantificar la gravedad de la patología intersticial: FVC  $76.2 \pm 18.8\%$  vs  $85.2 \pm 17.8\%$ , DLCO  $43.4 \pm 15.8\%$  vs  $52.6 \pm 17\%$ , 6 minutos marcha  $418.6 \pm 117.1$  m vs  $451 \pm 75.9$  y SpO<sub>2</sub> al final de 6 minutos marcha  $85.6 \pm 7.9\%$  vs  $90.7 \pm 6.3$ . La supervivencia al año, 3 años y 5 años fue también peor para los pacientes con FPI: 75%, 49%, 22% vs 84%, 84%, 84%. Las curvas Kaplan-Meier fueron diferentes, mostrando una mayor supervivencia en los pacientes con NIPA ( $p=0.02$ ). Conclusiones: la NIPA se caracteriza por la coexistencia de varios patrones histológicos, se comporta con una menor afectación funcional y tiene mejor supervivencia que la FPI.

## PÓSTER 50

**ANÁLISIS DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN VALENCIA. DATOS A PARTIR DEL REGISTRO NACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.** Jaimes S, Navarro A, Rodenas M, Furest I, Ramón M, López R, Zaldivar E, Marín M, Juan G, Fernández M, Sabater C, Torres M. Hospital General de Valencia

**Objetivos:** Conocer el consumo de medicamentos específicos para la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) e Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) en la provincia de Valencia para lo que se han analizado los datos del Registro Español de Hipertensión Pulmonar (REHAP) correspondientes a esta provincia.

**Metodología:** Se han analizado los pacientes procedentes de la provincia de Valencia diagnosticados e incluidos en el REHAP desde 1997. Analizando la supervivencia mediante curvas Kaplan-Meier en clase funcional III y IV (NYHA) según siguiesen tratamiento con uno, dos o tres fármacos.

**Resultados:** Se han incluido 94 pacientes con HAP y 40 con HPTEC, con diferentes clases funcionales y etiologías: 11CF I, 56 CF II, 67 CF III y 18 CF IV. Estaban representadas todas las etiologías de HAP con 21.8% de idiopática, 29.9% de HPTEC, 17.2% secundarias a enfermedades del tejido conectivo, 9.2% por cardiopatía congénita, 11.5% portopulmonar y 10.3% secundaria a VIH. El consumo medio anual por paciente se distribuyó de la siguiente manera por etiologías: 39031 euros para idiopática, 26174 para HPTEC, 30605 para las enfermedades ligadas al tejido conectivo, 38772 euros para las debidas a hipertensión portal y 21951 euros en pacientes VIH. A partir de este cálculo, el consumo de medicación específica para Hipertensión Pulmonar en nuestro entorno es de 29277 euros por año por paciente. Resulta llamativo que el 49% de los pacientes en CF III y el 30% en CF IV reciban monoterapia y sólo el 16.6% de CF IV triple terapia. Al analizar las curvas de supervivencia según CF y tratamiento recibido, se demuestra que en clase III la supervivencia es mejor con triple terapia.

**Conclusiones:** Aunque el consumo de recursos terapéuticos resulta importante y necesario, particularmente en las clases funcionales más avanzadas, se deberían aplicar mejor las guías, usando con más frecuencia terapia triple con prostanoides.

## PÓSTER 51

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ENFERMOS DIAGNOSTICADOS DE TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**Ana Torrents Vilar, Enrique Zaldívar Olmeda, Alberto García Ortega, Raquel López Reyes, Dolores Nauffal Manzur.**

**Servicio de Neumología. Hospital Universitari i Politécnic la Fe. Valencia.**

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT) es un trastorno genético que se transmite con carácter autosómico dominante caracterizado por un desarrollo anormal de la pared de vénulas y capilares y que pueden sangrar espontáneamente o como resultado de traumatismos. La prevalencia está entorno a 1/50.000-100.000 habitantes, aunque varía según el área geográfica. La epistaxis es la complicación más frecuente, pero las manifestaciones pulmonares son con mayor frecuencia las más serias. Nuestro objetivo ha sido analizar las características de los pacientes diagnósticados de THH seguidos en nuestra unidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se recogieron datos clínicos, funcionales, radiológicos, analíticos y genéticos, con el fin de determinar las características de los sujetos diagnosticados de THH seguidos en nuestro centro.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 14 pacientes con HHT (7 mujeres y 7 hombres). Edad media  $36 \pm 19,8$ . El diagnóstico fue clínico. 9 (75%) presentaban telangiectasias, 14(100%) epistaxis, 12 (86%) asociaban lesiones viscerales, siendo la más frecuente la pulmonar 12 (86%), seguidas de las hepáticas 3 (21%), cerebrales 3 (21%) y medulares 1 (8%). 10 pacientes presentaban familiares afectos, siendo la mutación genética más frecuente la del gen de la endogлина (45%) seguida por la del BMPR2 (36%). La mayoría de pacientes no presentaban comorbilidad respiratoria, presentando únicamente 1 paciente disnea de esfuerzo. Solo 5 (38%) eran fumadores. 3 (23%) tuvieron antecedentes de hemorragia digestiva y 4 (29%) de hemoptisis. 5 (38%) asociaba anemia, siendo la cifra media de hemoglobina de  $12,5\text{g/dl} \pm 2,6$ . 8 (57%) de los enfermos con malformaciones arteriovenosas pulmonares fueron embolizados con coils (bien por su tamaño o por hemoptisis), que resultó eficaz en todos excepto en 1 paciente en que la hemoptisis recidivó y fue reembolizado. Solo 1 paciente mostró insuficiencia respiratoria. En ninguno se ha encontrado hipertensión pulmonar en la ecocardiografía, a pesar de que 4 (36%) presentan la mutación del gen BMPR2. 2 presentaron TEP y fueron anticoagulados sin incidencias.

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes que vemos en nuestra consulta externa presentan fistulas pulmonares. La mutación genética más frecuente encontrada fue la del gen de la endogлина. La mitad de ellos requirieron embolización, por tamaño o complicaciones como la hemoptisis siendo el grado de recurrencia pequeño. Nuestra serie es coincidente en clínica y complicaciones con la mayor parte de las publicadas.

## PÓSTER 52

### **ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA INTERLEUCINA-6 CON EL CONTROL DEL ASMA Y LA FUNCIÓN PULMONAR.**

**N. Navarro, E. Martínez Moragón, M. Climent, S. Ponce, C. Bañuls, R. Lera. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr Peset (Valencia)**

**Objetivo:** Averiguar si existe una relación entre la IL-6 con el control del asma y el grado de obstrucción.

**Metodología:** Estudio prospectivo y observacional de pacientes atendidos en una consulta especializada de asma. Tras dar su consentimiento para participar en la investigación, además de una historia clínica detallada, determinación de FENO y espirometría, se les practicaba un hemograma y un estudio de biomarcadores inflamatorios en una muestra de sangre venosa: PCR ultrasensible, IL-6 y TNF alfa. Para establecer el control del asma se empleó el cuestionario ACT.

**Resultados:** Se han estudiado 51 pacientes (38 mujeres, 13 hombres), sólo 4 eran fumadores, edad media  $62\pm 11$ , IMC  $29\pm 5$ , FEV1  $74\pm 23\%$ , FEV1/FVC  $65\pm 12$ , FENO  $46\pm 23$  ppb, y ACT medio  $17\pm 5$ . Respecto a marcadores inflamatorios séricos: IL-6  $2,27\pm 1$ , PCR  $7\pm 6$ , TNF alfa  $10\pm 6$ . Había 21 asmáticos controlados (ACT > 20) y 30 no controlados, sin diferencias en edad o sexo y con diferencias significativas entre ellos en el FEV1, FEV1/FVC y la IL-6 (ver tabla). El valor de la IL-6 correlacionó significativamente (Spearman) con el ACT (coeficiente de correlación (r)  $-0,380$ ,  $p=0,042$ ), con la PCR (r  $0,292$ ,  $p=0,038$ ), FEV1 (r  $-0,390$ ,  $p=0,041$ ) y con el cociente FEV1/FVC (r  $-0,480$ ,  $p=0,010$ ). La PCR sólo correlacionó con la IL-6 y la TNF alfa no correlacionó con ningún parámetro analizado. La puntuación en ACT correlacionó con la obstrucción bronquial (FEV1/FVC: r  $0,480$ ,  $p=0,010$ ) y con la IL-6.

**Conclusiones:** Aunque la muestra debe ampliarse para extraer conclusiones definitivas y el papel que puede jugar la IL-6 en el asma no está aclarado, nuestros datos indican que existe una relación entre la IL-6 con la gravedad del asma y con su control, pues los pacientes con IL-6 elevada tienen mayor obstrucción bronquial y peor control clínico. (Trabajo financiado en parte con beca FVN 2014).

## PÓSTER 53

SUPERVIVENCIA Y PRESENTACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN VALENCIA. DATOS A PARTIR DEL REGISTRO NACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.

Ródenas, M.†; Navarro, A.†; Jaimes, V.†; Furest, I.\*; Ramón, M.†; López, R.§; Zaldívar, E.§; Marín, M.‡; Juan, G†.

†Hospital General de Valencia; \*Hospital Doctor Peset; §Hospital La Fe; ‡Hospital Clínico de Valencia.

**Objetivos:** Con el objetivo de conocer incidencia, prevalencia, supervivencia, y forma de presentación de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) e Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) en Valencia, se analizaron los datos del Registro Español de Hipertensión Arterial Pulmonar (REHAP) en Valencia.

**Metodología:** se analizó a los pacientes diagnosticados previamente y la incidencia de casos de enero a diciembre de 2014. Se describe la distribución por etiologías, clase funcional de presentación (CF), características hemodinámicas y supervivencia.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes con HAP y 40 con HPTEC. La prevalencia estimada fue de 36.7 casos por millón de habitantes (CMH) con HAP y 15.6 CMH con HPTEC. La incidencia durante el año 2014 fue 2.5 casos por millón de habitantes y año (CMHA) de HAP y 1.2 CMHA de HPTEC. La supervivencia global al año, 3 años y 5 años fue de 84%, 77%, y 53% para la HAP, y de 89%, 69%, y 43% para HPTEC, sin haber diferencia en supervivencia entre HAP y HPTEC, y siendo similar a la global del registro español. Por etiologías la mayor supervivencia fue para la secundaria a cardiopatía congénita, y la de peor pronóstico, la portopulmonar. Un 65% de los pacientes se presentaron en CF avanzada (III o IV), siendo llamativo que el 27% de los pacientes con VIH se presentasen en CF IV. La prevalencia de la HPTEC fue significativamente menor que la HAP, pero la supervivencia no fue diferente.

**Conclusiones:** la prevalencia, incidencia, supervivencia y presentación de la HP en Valencia es similar a la nacional.

## PÓSTER 54

### EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL OMALIZUMAB EN POLIPOSIS NASOSINUSAL. RESULTADOS PRELIMINARES

Marta Palop Cervera <sup>(1)</sup>; Amparo Lloris Bayo <sup>(1)</sup>; Carmen García Navalón <sup>(2)</sup>; Alfonso García Piñero <sup>(3)</sup>; Miguel Armengot Carceller <sup>(2,4)</sup>:

(1) Neumología. Hospital de Sagunto; (2) Sección de Rinología. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario; (3) Servicio de Otorrinolaringología, Hospital La Fe. Valencia; (4) Departamento de Cirugía, Universitat de València.

**OBJETIVOS:** El Omalizumab ha demostrado su eficacia en asma grave no controlado con el tratamiento habitual. Muchos de estos pacientes sufren también poliposis nasal recalcitrante y la observación clínica nos indica que en un porcentaje de los mismos mejora la PN. En este estudio pretendemos evaluar la eficacia clínica del omalizumab en pacientes con PNR y asma bronquial. Así mismo, correlacionar variables clínicas, analíticas y anatomopatológicas con la eficacia del tratamiento con el fin de determinar patrones de la enfermedad respondedores a este tratamiento.

**METODOLOGÍA:** 13 pacientes con edades comprendidas entre los 38 y los 52 años diagnosticados de PNR, intervenidos en más de una ocasión y con asma bronquial bien controlada. Los niveles séricos de IgE oscilaban entre 49.7 y 354 kU/ml. 7 presentaban pruebas alérgicas positivas. La dosis de omalizumab se calculó en base a los niveles de IgE y el peso del paciente y se administró cada 4 semanas durante un período mínimo de 6 meses. Los pacientes continuaban administrándose el corticoide inhalado a dosis habituales.

En las visitas mensuales se evaluaba el tamaño de los pólipos mediante endoscopia nasal, cuestionario de calidad de vida (SNOT 22) y rinomanometría.

**RESULTADOS:** Doce pacientes de un total de 13 han experimentado mejoría significativa, tanto a nivel endoscópico, con reducción evidente del tamaño de los pólipos, como en el cuestionario de calidad de vida y la respiración nasal. No hemos podido determinar patrones de enfermedad en relación con la eficacia.

**CONCLUSIONES:** El omalizumab puede ser una opción de tratamiento para aquellos pacientes con PNR que no han obtenido mejoría o que tiene rápidas recidivas a pesar de los tratamientos convencionales: corticoides inhalados, corticoides sistémicos y varios tratamientos quirúrgicos. Es necesario aumentar la muestra para determinar patrones de enfermedad respondedores.

## PÓSTER 55

**MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENÉTICA**

P.C. Lizarzábal, V. Esteban, M.Marin, B.Safont, C. Rosario, E.Servera. *Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico de Neumonía organizada criptogenética (NOC) requiere un cuadro clínico-radiológico compatible y la demostración histológica de neumonía organizada en muestras de biopsia transbronquial (BTB) o quirúrgica. Sin embargo, el cuadro clínico-radiológico y los resultados del Lavado broncoalveolar (LBA) podrían ser suficientes para un diagnóstico de probabilidad que permita iniciar el tratamiento en espera de los resultados de biopsia transbronquial. El objetivo de nuestro estudio es valorar si el tratamiento de los pacientes con probable NOC tras la realización de fibrobroncoscopia (FB) con LBA y BTB, permite un adecuado manejo de los pacientes sin esperar a la confirmación histológica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo analítico de las características clínicas, técnicas diagnósticas empleadas, tratamiento recibido y evolución clínica de 48 pacientes tratados en nuestro servicio con diagnóstico clínico de NOC desde septiembre de 2005 hasta diciembre de 2015. Se han dividido en dos grupos: el grupo A formado por los casos en los que se confirmó histológicamente la NOC, y el grupo B formado por los casos con NOC de alta probabilidad basada en los datos clínico-radiológicos y la celularidad porcentual del LBA. Análisis estadístico: Descriptivo y analítico mediante pruebas de Chi cuadrado y Pruebas U de Mann-Whitney. Nivel de significación  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Los 48 pacientes (25 M y 23 H) tenían una edad media de 66 años (41-83). Los síntomas más frecuentes fueron: disnea (73%), tos no productiva (52%) y fiebre (29%). Todos ellos tenían consolidaciones alveolares sugestivas de NOC en TAC-AR torácico. Se realizó FB a 45 pacientes con LBA (n=43) y BTB (n= 39). La BTB fue diagnóstica en 17 pacientes (44% de BTB) y la biopsia pulmonar (por BAG o cirugía) fue diagnóstica en los cuatro casos en los que se realizó. La celularidad del LBA fue: macrófagos 48.4% (SE=3.8), linfocitos 31.4% (SE=3.1), neutrófilos 11.6% (SE=2.1), eosinófilos 10.8% (SE=2.2), CD4 46% (SE=2.5), CD8 40% (SE=2.8), cociente CD4/CD8 2.1% (SE=0.5). Todos los pacientes tratados (n=45) tuvieron respuesta completa. Hubo recaída en el 41.7%, y 11 pacientes (24.4% del total) necesitan tratamiento de mantenimiento. La media de seguimiento fue de 59 meses (3-131). Cuando comparamos las variables entre el grupo A (n=21) y el grupo B (n=27) no encontramos diferencias significativas en las características clínicas, en el porcentaje de recaídas o en la necesidad de tratamiento de mantenimiento. En los resultados del LBA sólo hubo diferencias en el porcentaje de CD4 ( $p=0.048$ ), en el de CD8 ( $p=0.003$ ) y en el cociente CD4/CD8 ( $p=0.009$ )

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con sospecha clínica y radiológica de NOC y un LBA compatible pueden ser tratados sin espera de resultados histológicos sin menoscabo en su evolución.

## PÓSTER 56

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS PACIENTES CON/SIN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) ASOCIADA?

*Gayá García-Manso, I; Rodríguez Galán, I; Arroyo, M; Fernández Aracil C; Vilella Tomas, V; Hernández Blasco, L. Servicio Neumología. Instituto ISABIAL. Hospital General Universitario de Alicante.*

### a.) Objetivos

Describir las características clínicas de los pacientes con ETV y analizar si existen diferencias entre los pacientes con TEP aislado y los que asocian TVP.

### b.) Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con recogida de datos retrospectiva. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico confirmado de TEP mediante alguna prueba diagnóstica atendidos en el HGUA a lo largo de 10 años (1996-2005), recogiendo una serie de variables predefinidas (características clínicas del paciente, exploraciones realizadas, Factores de Riesgo, tratamiento y seguimiento).

### c.) Resultados

En el estudio se recogió una muestra total de 559 pacientes con TEP, de los cuáles sólo se incluyeron 356 sujetos (64%) que contaban con alguna prueba diagnóstica para descartar TVP. No hubo diferencias en la edad y sexo de los pacientes de ambos grupos. Se observó mayor nº de pacientes que asocian TVP entre los que debutaron de forma ambulatorio, 288 (87%,  $p=0'009$ ). El síntoma inicial fue con mayor frecuencia dolor pleurítico entre los pacientes sin TVP, 84 (54%,  $p=0'0001$ ), y el síncope en aquellos con TVP 43 (22%,  $p=0'05$ ). Según clasificación de Stein, hubo mayor frecuencia de infarto/hemorragia pulmonar en pacientes sin TVP, 76 pacientes (23%,  $p=0'012$ ), y el shock en aquellos con TVP asociada, 36 (20%,  $p=0'047$ ).

### d.) Conclusiones

Existen diferencias significativas en las características clínicas de los pacientes de ambos grupos. Se debe estudiar la coexistencia de TVP en pacientes con TEP, ya que su presencia se asocia con cuadros clínicos más graves, siendo importante de cara al pronóstico y tratamiento diferenciar entre estas dos entidades.

## PÓSTER 57

**UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN ENFERMERA EN BRONCOSCOPIA NO INTERVENCIONISTA**

M<sup>a</sup> Luisa Tárrega, Rosa Chiva, Araceli Aibar, Estrella Fernández-Fabrellas, Enrique de Casimiro, Carmen M<sup>a</sup> Cortés. Neumología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivo: Analizar si la evaluación enfermera del paciente sometido a broncoscopia no intervencionista permite prever la mala tolerancia o aparición de complicaciones graves durante la técnica.

Método: Estudio prospectivo (Enero´14-Abril´15) de pacientes consecutivos. Se recogieron datos previos (procedencia, consentimiento informado al menos 24 horas antes, ayuno, alergias, comorbilidad por Índice de Chalsón, SaO<sub>2</sub> basal a su llegada a la Unidad) y posterior a la exploración (aparición, tipo y gravedad de complicaciones, y tolerancia). Análisis estadístico: ANOVA, test t, Chi cuadrado y correlación de Spearman o Pearson. Significación p<0.05

Resultados: 626 pacientes (68% hombres), edad media 64±12 años. 66% fumadores o exfumadores. SaO<sub>2</sub> basal 96±3%, Índice de Charlson 4,15±2,47. 98,2% firmaron CI ≥ 24 horas. 100% ayunas. Sedación en 96% exploraciones, con tiempo medio de 40±18 min. Hubo complicaciones en 29% (7,7% graves), la mayoría durante la exploración (89,4%), y 1 éxitus (0,2%). Registramos peor tolerancia en caso de menor SaO<sub>2</sub> basal (95±4,5 vs 96,3±2,6; p=0.001), insuficiencia respiratoria previa (p=0.013) y exploración más duradera (47±18 vs 38±16 min; p<0.001). Las complicaciones graves tuvieron relación con edad (68±12 vs 61±15;p=0.001), Charlson (4,8±2,5 vs 3,5±2,3;p=0.001), SaO<sub>2</sub> basal (93,8±5,3 vs 96±2,6;p=0.001), duración de técnica (50,7±19 vs 43,4±14;p=0.009), procedencia (63% en hospitalizados; p<0.001) e insuficiencia respiratoria previa (92%;p=0.003). La aparición de complicaciones graves se correlacionó significativamente con edad (r=0,27), Charlson (r=0,25), SaO<sub>2</sub> basal (r=-0,25) y duración de técnica (r=0,21).

Conclusiones: La valoración enfermera realizada antes, durante y después de la broncoscopia aporta valiosa información identificando pacientes susceptibles de sufrir complicaciones graves o que tendrán peor tolerancia a la exploración.

## PÓSTER 58

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON TOS CRÓNICA NO RESUELTA

Nieto ML, Sánchez-Toril F, Rodrigo C, Lorenzo MJ, Miralles C, Soler JJ. Hospital Arnau de Vilanova: Servicio de Neumología

**Objetivos:** Analizar las características de pacientes con tos crónica (TC) no resuelta totalmente y su relación con la adherencia a tratamiento y asistencia a consulta.

**Metodología:** Estudio observacional sobre una cohorte de 149 pacientes con TC. A todos los pacientes se les aplicó un algoritmo secuencial diagnóstico para TC, determinando como tos no resuelta totalmente (TCNRT), aquella con mejoría inferior a 80% o la tos que tras haber cesado inicialmente, reaparece con posterioridad.

**Resultados:** Evaluamos 149 pacientes, edad media 57±14 años, 63,1% mujeres. Los diagnósticos finales se expresan en la tabla:

Fármacos/ tóxicos inhalados	2 (1,3%)
Postinfecciosa	9 (6%)
Asma-Inflamación eosinofílica vía aérea	13 (8,7%)
TC secundaria a ERGE	7 (4,7%)
STCAVAS	21 (14,1%)
Otras causas	22 (14,8%)
TC multifactorial	62 (41,6%)
TC no explicada	13 (8,7%)

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico. STCAVAS: TC asociado a vía aérea superior

La resolución completa de la tos se produjo en un 43,4%, sin diferencias en cuanto a sexo, edad, o comorbilidad asociada, con el grupo de TCNRT. Observamos diferencias significativas, en la duración previa de la tos, mayor para el grupo de TCNRT (p:0,01), así como en la TC multifactorial (p:0,04). Un 35,8% de los pacientes con TCNRT fueron considerados no adherentes.

**Conclusiones:** 1. La falta de resolución completa de la tos se asocia en nuestra serie con pacientes con TC de larga evolución y TC multifactorial. 2. La falta de cumplimentación del tratamiento constituye una causa importante en la génesis de la TC no resuelta.

## PÓSTER 59

**LA "RUTA DE LA SALUD 2014-2015". RESULTADOS DEFINITIVOS DE ESTA EXPERIENCIA POBLACIONAL EN LA PROVINCIA DE VALENCIA.**

Sergio Lorenzo Montalvo, Sara Toledano Gómez, Javier Berraondo Fraile, Ana López Vázquez, Araceli Aibar Díaz, Ana Salcedo Patricio, Estrella Fernández-Fabrellas. CHGU. Valencia.

Introducción y Objetivo: Tal como se ha publicado (Arch Bronconeumol. 2012;48(9):308-31), la Comunidad Valenciana es la que se detecta mayor desconocimiento sobre la EPOC. La "Ruta de la Salud" pretendía promover hábitos saludables. Aprovechamos esta Ruta para realizar un screening de enfermedades respiratorias obstructivas entre la población que participó en las sesiones.

Método: Estudio prospectivo (sept-nov 2014; abril-nov 2015) en 93 municipios de la provincia de Valencia. Recogimos datos demográficos, antecedentes de enfermedad respiratoria crónica (ERC) y resultados de exploraciones básicas (espirometría, oximetría y cooximetría). Análisis estadístico: ANOVA y test t.

Resultados: Los municipios visitados suman 708.075 hab (27,8% de la provincia). Se realizaron 4.103 exploraciones a 2015 personas de  $63,8 \pm 14$  años, IMC  $27,5 \pm 4,6$  Kg/m<sup>2</sup>, 72,7% mujeres, 13,2% fumadores activos. Solo 9,8% reconocían ERC (4,8% asma, 1,4% EPOC y 1,5% SAHS). De las 2015 espirometrías realizadas, 568 resultaron obstructivas (28%), siendo ésta la primera vez que se realizaba a 211 personas (37,1% de las obstructivas). De las 1815 personas que desconocían ERC, 476 (26,2%) tuvieron patrón obstructivo con valores medios de FEV1/FVC= $62,5 \pm 13\%$  ( $p < 0.001$ ) y de FEV1= $82 \pm 17\%$  ( $p < 0.001$ ).

Conclusiones: 1. Se detecta una importante proporción de personas con enfermedad respiratoria obstructiva no diagnosticada en los municipios que recorrió "La Ruta de la Salud". 2. Esta experiencia evidencia la necesidad de diseñar estrategias que resulten verdaderamente eficaces para conseguir mejorar el diagnóstico de las enfermedades respiratorias obstructivas crónicas en la provincia de Valencia.

## PÓSTER 60

### **¿DIFERENCIAS ENTRE: NIVEL DE ADHESION Y TIPOS DE INCUMPLIMIENTO A LOS INHALADORES A TRAVES DEL CUESTIONARIO(TAI) A LOS PACIENTES DE LENGUA ESPAÑOLA Y EXTRANJERA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA?**

**Autores:** M.C. Merlo Valverde<sup>1</sup>; L.Murcia Cordoba<sup>1</sup>; C.Baeza Martinez<sup>2</sup>; E.González Ortiz<sup>2</sup>; G.Mediero Carrasco<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Enfermera <sup>2</sup>Neumólogo. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Torrevieja (Alicante)

**Objetivos:** Las diferencias lingüísticas que se dan en nuestro departamento (Hospital de Torrevieja) podrían condicionar la adhesión a los inhaladores, así como el tipo de incumplimiento. Determinar diferencias entre los pacientes (lengua española/lengua extranjera) el nivel de adhesión y el tipo de incumplimiento mediante el Test de Adhesión a los inhaladores (TAI); cuestionario dirigido a pacientes con Asma/EPOC que, de forma sencilla y fiable, permite identificar al paciente con baja adhesión. Establecer la intensidad de la adhesión: buena, intermedia o mala y orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento del paciente: errático, deliberado o inconsciente.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Los días 14 y 15 de Diciembre a los pacientes que acudían a consulta para realización de espirometría se les entregaba y explicaba de manera voluntaria el cuestionario TAI.

**Resultados:** Se entregaron 40 cuestionarios: 27 pacientes habla española y 13 lengua extranjera: (8UK, 2 China, 2 Alemania 1 Finlandia) 24 hombres 16 mujeres. La edad media 67 años. La distribución por diagnóstico es: Asma 21 pacientes (52,5%) EPOC 19 (47,5%). El nivel de adhesión al tratamiento (TAI<sub>50</sub>) fue 10/27 (lengua española) y 7/13 (lengua extranjera); mientras en pacientes con mala adherencia (TAI<sub>≤45</sub>) 10/27 (lengua española) y 3/13 (lengua extranjera). Respecto al tipo de incumplimiento: (lengua española) fue errático e inconsciente; mientras que en (lengua extranjera) errático y deliberado.

**Conclusiones:** A pesar de que los pacientes de "lengua extranjera" tienen unas características lingüísticas más desfavorables en nuestro medio, tienen mayor nivel de adhesión respecto a los de lengua española. El patrón de incumplimiento es diferente en las dos poblaciones. Estas diferencias deberían ser consideradas en los respectivos programas de educación e incorporar las medidas correctoras para cada tipo de incumplimiento.

## PÓSTER 61

**Papel de la Enfermera Gestora de Casos en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Valencia**

**Autores:** Núria Garrido Zafra<sup>a</sup>, Josep Vicent Domínguez Balaguer<sup>b</sup>, Serafina García Florencio<sup>b</sup>, M<sup>a</sup> Jesús Zafra Pires<sup>c</sup>.

<sup>a</sup>Graduada en Enfermería.

<sup>b</sup>Enfermera/o Gestora de Hospitalaria, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>c</sup>Enfermera Supervisora, Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Introducción:** Hace aproximadamente una década, se empezó a implantar la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) que desarrolla un control de pacientes con un nivel de complejidad 2-3 según la Pirámide de Káiser. Debe detectar e identificar los pacientes de la denominada “bolsa de pacientes ocultos” en la cual se encuentran los pacientes que están fuera del Programa de Atención Domiciliaria a pesar de requerir dicha atención. En estos pacientes predominaban el paso por urgencias y los reingresos en hospitales. Los objetivos de este estudio son descubrir cuántos de los pacientes eran conocidos en su Centro de Salud, cuántos pertenecían a la bolsa de pacientes ocultos, el nivel de cronicidad predominante y su relación con los exitus ocurridos en este año. **Material y métodos:** Este trabajo estudia la situación de esta bolsa oculta de pacientes analizando aquellos ingresados en el Servicio de Neumología del HCUV en el año 2015. La muestra fue de 131 casos y se emplearon tanto variables demográficas como relacionadas con la complejidad de los casos: niveles de cronicidad y dependencia, inclusión en el programa de crónicos, etc. **Resultados:** Los datos demográficos de la muestra contenían una mayoría entre los 81 y 85 años (28’2%), con una mayoría (55’7%) de hombres. Un 65’4% se clasificaron con un nivel de cronicidad 3. Se obtuvieron también datos que revelaban una mayor mortalidad en los pacientes de nivel 3. Por último, utilizando las escalas de Barthel y Pfeiffer se detectó un aumento de la inclusión de dependientes en el programa de crónicos. **Discusión y conclusiones:** Se comprobó que gran número de los pacientes fueron correctamente conectados con su centro de referencia después de su contacto con la EGC, pudiendo ser incluidos en el programa de crónicos reduciendo el número de reingresos y aumentando así el número de pacientes complejos incluidos en dicho programa. Con el fin de obtener datos más concluyentes sería necesario prolongar el estudio para observar los cambios producidos por la actividad de la EGC proporcionando conclusiones de mayor relevancia estadística.

## PÓSTER 62

### **ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC.**

*Picurelli M, Higuera L, Novella L, Macián V, Frias A, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).*

**Objetivo:** Principal: Evaluar la tasa de adherencia a la terapia inhalada en pacientes con asma y EPOC, controlados en una consulta de neumología. Secundarios: 1) Identificar el patrón de no adherencia y 2) valorar si la adherencia se asocia a peor calidad de vida relacionada con la salud.

**Metodología:** Estudio prospectivo sobre una cohorte consecutiva de pacientes con asma y EPOC controlados en consultas de neumología. En todos los pacientes se emplea el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI), valorando tanto la puntuación global como la no adherencia errática, deliberada e involuntaria. Se emplea el COPD Assessment Test (CAT) y el Asthma Control Test (ACT) para conocer la influencia de la adherencia sobre el control clínico.

**Resultados:** Se incluyen 102 pacientes (63,7% con EPOC y 36,7% con asma) con una edad media $\pm$ DE de 63 $\pm$ 13 años, 62% varones. La puntuación media del TAI fue de 49,7 $\pm$ 8 (sobre un máximo de 54 puntos), con peor adherencia en el asma (47,1 $\pm$ 10 vs 51,3 $\pm$ 6, p=0,024). La proporción global de pacientes no adherentes fue tan sólo del 50%, siendo del 44,6% en EPOC y del 59,5% en el asma (p=NS). La no adherencia errática fue del 34,7% y la deliberada del 29,4%, ambas significativamente más frecuentes en asma. La no adherencia involuntaria fue del 21,6%, sin objetivar diferencias significativas entre las dos enfermedades. En la EPOC, la puntuación del CAT fue similar entre pacientes adherentes y no adherentes. Tampoco se observaron diferencias en ACT en función de la adherencia terapéutica en el asma.

**Conclusiones:** La no adherencia a la terapia inhalada es muy elevada (50%), siendo algo peor en el asma (59%) que en la EPOC (45%). Sin embargo, esta baja adherencia no parece traducirse en un peor control clínico en nuestra cohorte.

## PÓSTER 63

### ¿CÓMO VIVEN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA LOS ENFERMOS Y SUS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA DE INVESTIGACIONES CUALITATIVAS

**AUTORES:** Nuria Tortajada Gómez, Raquel Soler Blasco, Sara Toledano Gómez, Sergio Lorenzo Montalvo, María Amparo Lluch Bisbal, Estrella Fernández Fabrellas, Araceli Aibar Díaz. S. Neumología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**OBJETIVO:** Explorar las vivencias de las personas en tratamiento con VMNI y sus cuidadores formales e informales, desde el punto de vista cualitativo, para facilitar la adaptación y aumentar la adherencia.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica sistemática (diciembre 2015) de investigaciones cualitativas en torno a la VMNI en adultos, de las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuidatge, Medline, Bdenf, Lilacs, Biblioteca Cochrane Plus, Enfispo, utilizando el descriptor DeCS "ventilación no invasiva (VNI)", y en Medline también "qualitative" para acotar el número. Evaluación (por pares) de la calidad científica con la herramienta del Programa CASPe. Se combinan los hallazgos.

**RESULTADOS:** Se seleccionaron 15 artículos, basados en la Teoría Fundamentada y en el Análisis Fenomenológico Interpretativo, que utilizan: entrevistas, observación y grupo focal. Se centran en las experiencias de los enfermos (EPOC y ENM mayoritariamente), sus familias, y los profesionales de salud. Destaca la sensación de angustia y pérdida de control, aunque la VMNI les alivia la disnea (ambivalencia). Búsqueda del bienestar cotidiano a través de las rutinas. Interacción entre dependencia y autonomía, sobretodo en el caso de enfermedad neuromuscular, en lo referente a la toma de decisiones. Los cuidadores valoran la VMNI de forma más positiva que los enfermos; el apoyo familiar y la sabiduría práctica de enfermería se describen básicos.

**CONCLUSIONES:** La escasez de estudios cualitativos en nuestro entorno alienta a enfermería a investigar proactivamente cómo viven la VMNI los enfermos y sus familias: comprender su perspectiva nos puede orientar en cómo enfocar los cuidados y detectar necesidades que precisen intervenciones concretas, terapia grupal o cuidados paliativos.

## PÓSTER 64

### **SEGURIDAD DE LA PIRFENIDONA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA**

V. Esteban, B.Safont, PC. Lizarzábal, M.Marín, E.Servera. *Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

**OBJETIVOS:** Ensayos clínicos fase III han demostrado la eficacia clínica de la pirfenidona, con un perfil de seguridad aceptable en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Nuestro objetivo fue comprobar si dichos resultados se reproducían en nuestros pacientes.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo longitudinal de pacientes tratados con pirfenidona por FPI leve-moderada en consultas del Hospital Clínico entre mayo de 2002 y febrero de 2016, realizando un análisis descriptivo y de medidas del cambio intrasujeto.

**RESULTADOS:** Se incluyen 30 pacientes (23 hombres y 7 mujeres) cuya media de edad fue de 71 años (52-86). La clínica más frecuente fue la disnea en un 90%, seguido de tos seca en un 80%. Los datos funcionales al inicio fueron: FVC media 2425 ml (79%), DLCO media 2.95 ml/min/mmHg (38%), distancia recorrida media en el test 6 minutos marcha de 407 m con SpO2 media inicial de 95% y final de 85%. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 28 meses (1-45). Cinco pacientes decidieron abandonar el tratamiento en los primeros tres meses, seis pacientes han fallecido durante el seguimiento y un paciente ha sido trasplantado. Los efectos adversos más frecuentes han sido: molestias gástricas (23%); resueltas en los primeros seis meses, fotosensibilidad en 4 pacientes (13.3%), cansancio (20%); en todos los casos autolimitado, y pérdida de peso (10%). En 3 pacientes se ha reducido la dosis de forma mantenida por efectos secundarios: en 2 casos por pérdida de peso y en un paciente por dispepsia. En ningún paciente hemos detectado alteración de la función hepática. Al año de tratamiento había estabilidad o mejoría de los síntomas en el 87%. De 8 pacientes con dos años de tratamiento había estabilidad de los síntomas en 6 y mejoría en 2. Cinco pacientes llevan tratamiento más de tres años y siguen estables.

**CONCLUSIONES:** En la práctica clínica, la pirfenidona proporciona una mejoría o estabilidad de los síntomas en una alta proporción de pacientes y sus efectos adversos, aunque frecuentes, se controlan en la mayoría de los casos sin requerir reducción de la dosis.

## PÓSTER 65

### **ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO (FR) Y COMORBILIDADES ENTRE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) CON/SIN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) ASOCIADA**

*Rodríguez Galán, J; Gayá García-Manso, I; Arroyo, M; Fernández Aracil C., Suarez Lorenzo I; Hernández Blasco, L. Servicio Neumología. Instituto ISABIAL. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).*

#### a. Objetivos

Analizar las diferencias de los FR y las comorbilidades entre los pacientes con TEP aislado y los que asocian TVP.

#### b. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con recogida de datos retro-prospectiva. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico confirmado de TEP atendidos en el HGUA a lo largo de 10 años (1996-2005), recogiendo una serie de variables predefinidas

#### c. Resultados

Se incluyeron a 356/559 sujetos (64%) con TEP. De ellos, el 56% (200) presentaban TVP asociada frente al 44% (156) que no. El 73% (258) del total de pacientes tenían algún FR de ETEV, siendo más prevalente en el grupo de TEP+TVP ( $p=0.03$ ). La variable inmovilización fue la más observada (38%), afectando al 43% de TEP+TVP frente al 33% de TEP ( $p=0.062$ ). 57 pacientes (16%) tenían algún tipo de cáncer, 39 (19.5%) en el grupo de TVP asociada ( $p=0.058$ ). No se encontró significación estadística en otros FR. La comorbilidad más frecuente fue la diabetes (13%), mayor en el grupo TEP+TVP ( $p=0.7$ ). La presencia de demencia resultó estadísticamente significativa ( $p=0.03$ ), presente en 15 pacientes (12 en el grupo TEP+TVP y 3 en el grupo TEP).

#### d. Conclusiones

Es importante conocer los FR por su asociación significativa con la aparición de ETV. La DM es la comorbilidad más observada aunque la demencia es la única que alcanza la significación estadística.





**XXIII**  
**CONGRESO**  
**SOCIEDAD**  
**VALENCIANA DE**  
**NEUMOLOGÍA**

 **2016**  
CASTELLÓN  
15 Y 16 DE ABRIL  
HOTEL LUZ

SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUMOLOGÍA

