

# COMUNICACIONES ORALES

<b>ORAL-1</b>	PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN ALTITUD MODERADA Y DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS .....	5
<b>ORAL-2</b>	RELACIÓN ENTRE LA HIPOXIA INTERMITENTE DEL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO CON FACTORES ANGIOGÉNICOS .....	6
<b>ORAL-3</b>	ALTERACIONES ESTRUCTURALES MIOCÁRDICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA .....	7
<b>ORAL-4</b>	VALORACIÓN DEL ESTADO DE OXIGENACIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA.....	8
<b>ORAL-5</b>	ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE HISTOLOGÍA Y RADIOLOGÍA EN BASE A LOS CRITERIOS DE FLEISCHNER Y DE LAS GUÍAS DE LA ATS/ERS/JRS/ALAT EN PACIENTES CON EPID Y BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA .....	9
<b>ORAL-6</b>	PAPEL DE LA HIPOXIA EN LA ACTIVACIÓN DE NEUTRÓFILOS Y PERFIL OXIDATIVO EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA .....	10
<b>ORAL-7</b>	MIRNAS COMO BIOMARCADORES EPIGENÉTICOS DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS EN EL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA ...	11
<b>ORAL-8</b>	ALTERACIÓN DE LA SINAPSIS INMUNE EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.....	12
<b>ORAL-9</b>	COSTE-EFECTIVIDAD DE LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO DE COLISTINA INHALADA EN LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) DEL ADULTO NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) COLONIZADAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA) .....	13
<b>ORAL-10</b>	LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS PRESENTAN MAYOR ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN FASE ESTABLE Y DURANTE UNA EXACERBACIÓN .....	14



## ORAL 01

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN ALTITUD MODERADA Y DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS.**

Paula Martín Salvador<sup>1</sup>, Cristina Navarro Soriano<sup>2</sup>, Rafael Navarro Ivañez<sup>3</sup>, Estrella Fernández Fabrellas<sup>3</sup>, Elsie D Meneses Petersen<sup>3</sup>, Gustavo Juan Samper<sup>1-3</sup>

1. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia. 2. Hospital General de Requena. 3. Servicio de Neumología, Hospital General de Valencia.

**Introducción:** La exposición a grandes alturas (>3000m) en habitantes que viven a nivel del mar produce alteraciones del sueño. No se conoce bien si también sucede a alturas inferiores, entre 2000 y 2500m, siendo de interés ya que es frecuente por turismo o trabajo. Tampoco se conoce la influencia del género. Los objetivos son: conocer la prevalencia de los trastornos respiratorios durante el sueño en sujetos sanos expuestos a altitudes moderadas (2.425m), si se afectan las habilidades cognitivas y si el género influye en el grado de estas alteraciones. **Material y métodos:** Participaron 19 sujetos sanos de 19 a 43 años habitantes a nivel del mar. Se realizaron poligrafías respiratorias tanto a nivel del mar como a 2.425m. Se registró flujo nasal, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca y esfuerzo respiratorio. A la mañana siguiente se investigó la calidad del sueño con cuestionarios: cuaderno de sueño y de vigilancia psicomotora. **Resultados:** La mediana de IAH en mujeres a nivel del mar fue 3.6/h y 8.3/h a 2.425m, CI95% diferencia (-4.8; 14.6)  $p < 0.05$  y para hombres fue 4.1/h a nivel del mar y 21.1/h a 2.425m, CI95% diferencia (7.9; 26.12)  $p < 0.001$ . La diferencia según género fue significativa ( $p < 0.05$ ). El CT90% fue en mujeres 0% a nivel del mar y 33.4% en altura, CI95% diferencia (0.8; 66.0)  $p < 0.05$  y en hombres 0% a nivel del mar y 37.48% en altura CI95% diferencia (6.5; 68.4)  $p < 0.05$  no habiendo diferencias significativas por género. Como factores predisponentes para las alteraciones del sueño, además de la altura y el género, encontramos el IMC ( $p < 0.05$ ). La escala de insomnio de Atenas (de 0 a 21) mostró un incremento en altitud: de 3.3 a nivel del mar a 8 en altura ( $p < 0.01$ ) en mujeres y 5.2 a 8.2 en hombres ( $p < 0.05$ ). La prueba de vigilancia psicomotriz no mostró diferencias. **Conclusiones:** Los sujetos sanos expuestos a hipoxemia de 2.425m tienen un considerable número de alteraciones respiratorias durante el sueño, siendo más importante en varones que en mujeres. Sin embargo, no hemos podido demostrar cambios en la capacidad de reacción psicomotriz o en la capacidad cognitiva.

ORAL 02

**RELACION ENTRE LA HIPOXIA INTERMITENTE DEL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO CON FACTORES ANGIOGÉNICOS**

*Elvira Bondia<sup>1</sup>, Jaime Signes-Costa<sup>1</sup>, José Gavara<sup>2</sup>, Cesar Ríos<sup>2</sup>, Pilar Bañuls<sup>1</sup>, Vicente Bodí<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, Maria Pilar López-Lereu<sup>1</sup>, Jose Vicente Monmeneu<sup>1</sup>, Nuria Garrido<sup>3</sup>, Emilio Servera<sup>1</sup>*

1. Hospital Clínico Valencia, Valencia, Valencia, España
2. Universidad de Valencia, Valencia, Valencia, España
3. INCLIVA, Valencia, Valencia, España

**Objetivos:** Analizar la posible relación existente entre los factores de angiogénesis con la hipoxia intermitente, y su influencia en el síndrome de apnea del sueño (SAS). **Metodología:** Estudio prospectivo, longitudinal y observacional llevado a cabo en un hospital de tercer nivel, en pacientes ingresados por IM, sin antecedentes de SAS y tratados con angioplastia primaria. Se les realizó una PSG al mes del evento y se aisló una muestra de suero tras un mes del infarto, que fue analizado mediante un kit de Luminex para el análisis de factores de angiogénesis y de crecimiento humano (EGF, HB\_EGF, VEGF\_A, PLGF, etc.). Se analizaron a su vez las variables demográficas y de sueño. El estudio estadístico se hizo mediante el uso del programa SPSS, con el test de la t de student y el análisis de la varianza (ANOVA, Bonferroni y Dunette), según fue apropiado. **Resultados:** Se reclutaron 30 pacientes de edad  $62 \pm 11$  años, 80% varones, 40% fumadores, IMC  $28,9 \text{ kg/m}^2$  y perímetro de cuello  $40,7 \pm 3 \text{ cm}$ . La sintomatología media, en la escala de Epworth, fue de  $5 \pm 3$ . Presentaba SAS el 67,7% de los pacientes, y para los análisis posteriores se estratificaron en grupos A (IAH $<15$ ) y B (IAH $\geq 15$ ); C (ODI $<5$ ) y D (ODI $\geq 5$ ); y E (SatO<sub>2</sub>min $<90$ ) y F (SatO<sub>2</sub>min $>90$ ). Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en cuanto al HB\_EGF ( $p < 0,05$ ), más elevado en el grupo B ( $223,5 \text{ pg/mL}$ ); en el VEGF\_A ( $p < 0,048$ ), mayor en el grupo D ( $1066 \text{ pg/mL}$ ); y en la Follistatina ( $p < 0,045$ ), mayor ( $516 \text{ pg/mL}$ ) en el grupo E. **Conclusiones:** Un mayor IAH, desaturación  $<90\%$  más profunda y un ODI  $\geq 5/\text{h}$ , se relacionan con niveles elevados en suero de algunos factores pro-angiogénicos, posiblemente en relación con la hipoxia intermitente nocturna adyacente.

ORAL 03

**ALTERACIONES ESTRUCTURALES MIOCÁRDICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**

*Elvira Bondia<sup>1</sup>, Jaime Signes-Costa<sup>1</sup>, José Gavara<sup>2</sup>, Cesar Ríos<sup>2</sup>, Pilar Bañuls<sup>1</sup>, Vicente Bodí<sup>1</sup>, Paolo Racugno<sup>1</sup>, Maria Pilar López-Lereu<sup>1</sup>, Jose Vicente Monmeneu<sup>1</sup>, Nuria Garrido<sup>3</sup>, Emilio Servera<sup>1</sup>*

1. Hospital Clínico Valencia, Valencia, Valencia, España

2. Universidad de Valencia, Valencia, Valencia, España

3. INCLIVA, Valencia, Valencia, España

**Objetivo:** Analizar las alteraciones estructurales miocárdicas en pacientes con infarto agudo de miocardio (IM) y su relación con la severidad del síndrome de apnea del sueño (SAS). **Metodología:** Estudio prospectivo y observacional llevado a cabo en un hospital de tercer nivel, en pacientes ingresados por IM sin antecedentes de SAS y tratados con angioplastia primaria. Se les realizó una RMN cardíaca a la semana y a los 6 meses, y una PSG al mes del evento. Se analizan las variables demográficas, de sueño y estructurales cardíacas. El estudio estadístico se hizo mediante el uso del programa SPSS, con el test de la t de student y el análisis de la varianza (ANOVA, Bonferroni y Dunette), según fue apropiado. **Resultados:** Se reclutaron 30 pacientes (edad 62±11 años, 80% varones, 40% fumadores, IMC 28,9, kg/m<sup>2</sup> y perímetro de cuello 40,7±3cm). La sintomatología media, en la escala de Epworth, fue de 5±3. Presentaba SAS el 67,7% de los pacientes, y para los análisis posteriores se estratificaron en grupos A (IAH≤5), B (IAH>5 y <30), C (IAH≥30). Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos comparando el grupo B con el C. Los del grupo C presentaron menor área de infarto (9,9%; p<0,021), menor % de obstrucción microvascular, OMV, (0,1%; p<0,025) y mayor % de miocardio salvado (60,4%; p<0,019) a la primera semana del IM respecto al grupo B (26,1%, 5,5% y 28,9%, respectivamente). **Conclusiones:** La severidad del SAS se relaciona con mayor % de salvación miocárdica, menor área de infarto y menor OMV a la semana del episodio agudo de un IM. La hipoxia intermitente podría relacionarse con mayor remodelado y acondicionamiento miocárdico.

## ORAL 04

### VALORACIÓN DEL ESTADO DE OXIGENACIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA

José Antonio Alemán Sánchez<sup>1</sup>, Francisco Sanz Herrero<sup>1,2</sup>, Gustavo Juan Samper<sup>1,2</sup>, Estrella Fernandez Fabrellas<sup>1,2</sup>

Departamento de Medicina, Universitat de València. Servicio Neumología, Consorci Hospital General Universitari de València

**Objetivos:** La valoración integral de las consecuencias fisiopatológicas de afectación del órgano diana en la neumonía puede tener un importante papel pronóstico en el manejo de esta enfermedad.

Nuestro objetivo fue estudiar la alteración del proceso de oxigenación mediante la generación de una escala fisiológica como pronóstico en la neumonía.

**Metodología:** Con el análisis de datos de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, diseñamos un índice de oxigenación (OPI) que valorara la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, CaO<sub>2</sub> y el lactato, extraído del análisis multivariante de parámetros demográficos, comorbilidades y clínico-analíticos. Mediante el uso de curvas ROC analizamos la capacidad para predecir la mortalidad e ingreso en UCI frente a PSI.

**Resultados:** Analizamos 296 pacientes con NAC. La mortalidad global fue del 13.9% y un 10.1% requirió ingreso en UCI. Los parámetros relacionados con la oxigenación que resultaron como factores de riesgo para peor evolución fueron: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><250, CaO<sub>2</sub><14 mg/dl y un lactato >2 mg/dl. Diseñamos la escala OPI (Oxygenation Pathway Index) usando los coeficientes beta: 1 punto (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><250), 1 punto (CaO<sub>2</sub><14 mg/dl), 1.5 puntos (lactato>2 mg/dl). La habilidad para predecir ingreso en UCI era mayor para la escala OPI comparándola con el Pneumonia Severity Index (PSI) (AUC 0.79 vs 0.691; p<0.05), y la capacidad de predecir la mortalidad era similar al PSI (AUC 0.76 vs 0.762).

**Conclusión:** La escala OPI fue más precisa que el PSI para el predicción de ingreso en UCI.

El uso de un índice que tiene en cuenta los tres parámetros más importantes de la vía de la oxigenación puede ser tan útil como el PSI para establecer la mortalidad en la NAC.

ORAL 05

**ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE HISTOLOGÍA Y RADIOLOGÍA EN BASE A LOS CRITERIOS DE FLEISCHNER Y DE LAS GUÍAS DE LA ATS/ERS/JRS/ALAT EN PACIENTES CON EPID Y BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA**

*Gayá García-Manso, Ignacio<sup>1</sup>; García Sevilla, R<sup>1</sup>; Arenas Jiménez, J<sup>2</sup>; Ruiz Alcaraz, S<sup>1</sup>; Sirera Matilla, M<sup>2</sup>; Rodríguez Galán, I<sup>1</sup>; Martín Serrano, C<sup>1</sup>. 1. Neumología. HGU de Alicante. 2. Radiología, HGUA.*

**Objetivos:** Analizar la correlación entre patrones radiológicos, histológicos y diagnósticos definitivos del comité multidisciplinar en una serie de pacientes con EPID y biopsia quirúrgica (BPQ), y analizar los hallazgos radiológicos claves en el diagnóstico de EPID.

**Metodología:** Se incluyeron 55 pacientes con EPID y BPQ diagnosticados en nuestro centro entre 2012 y 2017. Revisión de imágenes de TCAR por dos radiólogos torácicos en base a los criterios de la sociedad Fleischner y de las guías de la ATS/ERS/JRS/ALAR. Se utilizó el programa SPSS v.19 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Los patrones radiológicos observados fueron 6 NIU, 4 Probable NIU, 10 Indeterminado para NIU y 35 no NIU. Los 6 pacientes con patrón radiológico de NIU presentaban diagnóstico histológico de NIU (5 FPI, 1 EPID-ETC), y también los 4 pacientes con patrón de Posible NIU (4 FPI). De los 10 pacientes con patrón Indeterminado para NIU, 9 eran NIU histológicas (7 FPI, 1 NHS, 1 EPID-ETC), y entre los 35 con patrón no NIU, 9 presentaban NIU histológica (7 FPI, 2 EPID-ETC). Analizando los datos a partir de los 28 pacientes con diagnóstico histológico de NIU, el patrón radiológico fue clasificado como NIU en 6 pacientes, en 4 de probable NIU, en 9 de patrón indeterminado y en 9 como no NIU. La mayoría de los pacientes con patrón radiológico indeterminado o no NIU, 13/18 (72%), presentaban más de un hallazgo discordante para NIU: ausencia de gradiente apicobasal en 12 (67%), ausencia de predominio subpleural en 12 (67%), vidrio deslustrado en 11 (61%), áreas de atrapamiento aéreo en 9 (50%) y consolidaciones en 2 (11%).

**Conclusiones:** En todos los pacientes con patrón radiológico de NIU/Probable NIU, y en la mayoría con patrón Indeterminado, el patrón histológico fue de NIU. La presencia de hallazgos radiológicos discordantes con NIU es frecuente en pacientes con histología de NIU.

## ORAL 06

### **PAPEL DE LA HIPOXIA EN LA ACTIVACIÓN DE NEUTRÓFILOS Y PERFIL OXIDATIVO EN PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA**

Magallón M<sup>1,2</sup>; Pellicer D<sup>1,2</sup>; Castillo S<sup>2,3</sup>; Bañuls L<sup>1,2</sup>; Navarro-García MM<sup>2</sup>; Escribano A<sup>2,3,4</sup>; Dasí F.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dept. Fisiología. UVEG; <sup>2</sup> IIS INCLIVA; <sup>3</sup>HCUV. Pediatría; <sup>4</sup>Dept. Pediatría, Obstetricia y Ginecología. UVEG.

**Objetivos:** El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición hereditaria rara en la que los pacientes presentan niveles plasmáticos disminuidos de alfa-1 antitripsina (AAT), cuya principal función es inhibir la elastasa y otras proteasas liberadas por los neutrófilos activados. La activación incontrolada de los neutrófilos produce su degranulación y aumenta su consumo de oxígeno (O<sub>2</sub>), lo que provoca una situación de hipoxia local e incrementa las especies reactivas del oxígeno (ERO), contribuyendo al desarrollo del daño en los tejidos afectados. Los niveles bajos de AAT en pacientes impide la inhibición de las proteasas liberadas por los neutrófilos activados. Diversos estudios han demostrado que el estrés oxidativo está implicado en la fisiopatología del DAAT. El objetivo del estudio es determinar si la hipoxia induce la degranulación y modifica el perfil oxidativo de los neutrófilos de pacientes con DAAT.

**Metodología:** Se determinaron parámetros de degranulación (actividad elastasa, mieloperoxidasa y lactoferrina), estrés oxidativo y defensa antioxidante en neutrófilos de pacientes con DAAT e individuos control en condiciones de hipoxia (1% O<sub>2</sub>, 4 hrs).

**Resultados:** La hipoxia aumenta la degranulación de los neutrófilos, ya que se observa un incremento de la liberación de mieloperoxidasa, lactoferrina y elastasa en pacientes respecto al grupo control. Asimismo se observa un mayor estrés oxidativo en los pacientes, los cuales presentan valores aumentados de ERO, anión superóxido mitocondrial y lípidos peroxidados. Se observa un incremento en la expresión de las enzimas superóxido dismutasa mitocondrial, glutatión reductasa, glutatión peroxidasa, catalasa y del *NRF2*, regulador de la expresión de enzimas antioxidantes.

**Conclusiones:** La hipoxia aumenta la degranulación de los neutrófilos de pacientes con DAAT. Los pacientes presentan los mecanismos antioxidantes aumentados como mecanismo de defensa frente al incremento del estrés oxidativo.

**Financiación:** SVN2017; ISCIII-FIS PI17/01250.



## ORAL 07

**MIRNAS COMO BIOMARCADORES EPIGENÉTICOS DIAGNÓSTICOS Y PRONÓSTICOS EN EL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA**

Dasí F<sup>1,2</sup>; Pastor S<sup>1,2</sup>; Magallón M<sup>1,2</sup>; Castillo S<sup>2,3</sup>; Pellicer D<sup>1,2</sup>; Bañuls L<sup>1,2</sup>; Navarro-García MM<sup>2</sup>; Escribano A<sup>2,3,4</sup>.

<sup>1</sup>Dept. Fisiología. UVEG. <sup>2</sup>IIS INCLIVA; <sup>3</sup>Hospital Clínico Valencia. Pediatría; <sup>4</sup>Dept. Pediatría, Obstetricia y Ginecología. UVEG.

**Objetivos:** El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición hereditaria que conduce a la disminución de los niveles circulantes de AAT aumentando el riesgo de enfermedad pulmonar y hepática en niños y adultos. Estos pacientes presentan una gran variabilidad fenotípica y ni los niveles de proteína ni el fenotipo son suficientes para identificar qué pacientes desarrollarán enfermedad pulmonar y/o hepática. Por tanto, se necesitan nuevos biomarcadores para el diagnóstico temprano y pronóstico de la enfermedad con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes.

Los microARNs (miRNAs) se han asociado con la patogénesis de varias enfermedades pulmonares y hepáticas y pueden servir como biomarcadores diagnósticos y pronósticos del DAAT. El objetivo de este estudio es determinar un perfil de expresión de miRNAs plasmáticos en DAAT que sirva como herramienta diagnóstica y pronóstica de la enfermedad.

**Metodología:** Se determinó el perfil de expresión de miRNA plasmáticos utilizando GeneChip miRNA 3.0 Arrays en 37 pacientes con DAAT y 19 voluntarios sanos. Los miARNs expresados diferencialmente fueron validados mediante RT-qPCR.

**Resultados:** Nuestros resultados indican que existe un perfil de miRNAs plasmáticos expresados diferencialmente, que pueden servir como biomarcadores para el diagnóstico y el pronóstico del DAAT. Los miRNA-122, miR-93, miR-107, miR-425 y miR-151a miRNAs tienen valor diagnóstico, mientras que los miRNA-17, miRNA-106a y miRNA-93 se encuentran elevados en pacientes con DAAT con enfisema y los miRNA-107 y miRNA-23b están aumentados en pacientes con DAAT con hepatopatía.

**Conclusiones:** El análisis del perfil de los miARNs plasmáticos en individuos con DAAT ha permitido establecer una firma genética que diferencia los diferentes grupos de riesgo y la presencia de enfisema y hepatopatía en estos pacientes.

**Financiación:** ISCIII-FIS PI14/02162; AEP2014.

## ORAL 08

### **ALTERACIÓN DE LA SINAPSIS INMUNE EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**

P. González-Jiménez<sup>1</sup>, R. Méndez<sup>1</sup>, L. Feced<sup>1</sup>, R. Almansa<sup>2</sup>, L. Bouzas<sup>1</sup>, S. Reyes<sup>1</sup>, J. Bermejo<sup>2</sup>, R. Menéndez<sup>1</sup>. Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia<sup>1</sup>. Hospital Clínico Universitario Valladolid<sup>2</sup>.

**Introducción:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología infecciosa grave con elevada morbimortalidad. Es plausible que existan diferencias en la transcripción génica que acompañen a las formas más graves de NAC. **Objetivos:** Analizar la expresión de genes relacionados con la sinapsis inmune (presentación de antígenos) en pacientes con NAC hospitalizada dependiendo de su gravedad inicial.

**Metodología:** Estudio prospectivo unicéntrico en pacientes con NAC hospitalizada. Se excluyeron pacientes inmunodeprimidos, ingresados en asilo o con limitación del esfuerzo terapéutico. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tratamiento y datos evolutivos durante el ingreso hospitalario. Se realizó un estudio de expresión génica en sangre por PCR digital en las primeras 24 horas con análisis de los genes HLA-DR (Human Leukocyte Antigen – DR isotype), ICOS (Inducible T-cellCOStimulator), CD40LG (CD40 ligando), CD3E.2 y CD28 en pacientes ingresados por NAC. Se comparó la expresión génica de los pacientes con y sin sepsis mediante el test de U-Mann Whitney y el test de Spearman para el estudio de correlación.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 94 pacientes, de los cuales, 42 (44.7%) presentaron sepsis al ingreso. Los pacientes con sepsis tenían mayor edad, más patología respiratoria, diabetes y mayor puntuación en el PSI. En pacientes con sepsis se observó una menor expresión génica de los genes HLA-DR, ICOS, CD40LG, CD3E.2 y CD28 con respecto a pacientes sin sepsis ( $p < 0.05$ ). Encontramos una correlación positiva entre los distintos genes estudiados ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** Un 44.7% de las NAC hospitalizadas se presentan con sepsis al inicio. Los pacientes con sepsis por NAC se caracterizan por una menor expresión génica de HLA-DR, ICOS, CD40LG, CD3E.2 y CD28, relacionados con la sinapsis inmune.

## ORAL 09

"COSTE-EFECTIVIDAD DE LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CON COLISTINA INHALADA EN LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) DEL ADULTO NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) COLONIZADAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA)"

R. Lera Álvarez<sup>1</sup>, E. Martínez Moragon<sup>1</sup>, G. Juan Samper<sup>2</sup>, M. Morales SuárezVarela<sup>3</sup> 1.H.U.Dr. Peset, Valencia 2. H.G.U. Valencia 3. D. medicina preventiva y salud pública universidad de Valencia.

**Objetivos** Comprobar si es posible la retirada del colistimetato de sodio mediante el dispositivo i-neb® en pacientes con BQ no FQ con esputos seriados negativos durante  $\geq 6$  sin que esto suponga un perjuicio clínico para el paciente.

**Metodología** Estudio de cohortes prospectivo en pacientes con BQ no FQ que cumplieran criterios de infección bronquial crónica por PA y en tratamiento con colistimetato de sodio inhalado durante  $\geq 6$  meses con al menos 3 esputos consecutivos negativos para PA. Retiramos la medicación y analizamos la reducción del gasto sociosanitario y comparamos los cambios clínicos, microbiológicos, espirométricos, gasométricos, radiológicos y en la calidad de vida tras 6 meses sin la medicación. El proyecto fue financiado con una beca por la FNCV.

**Resultados** Finalizaron los 6 meses y completaron todas las visitas 29 pacientes (55% mujeres) de  $70 \pm 9.87$  años. Las BQ eran difusas en más del 70% de los casos. 10 pacientes (34.48%) mantuvieron siempre los esputos negativos frente a PA, a los 2, 4 y 6 meses de nuestra actuación. Tras nuestra actuación no hubo cambios radiológicos, espirométricos, gasométricos, ni en la puntuación en la MRCm ni en el cuestionario de S. George. No encontramos relación entre la necesidad de ingresar por exacerbación infecciosa y haber positivizado esputos frente a PA. Nuestra intervención supuso un ahorro total de 95.192,61 euros (2974,76 euros/paciente).

**Conclusiones** 1. La suspensión del tratamiento con colistimetato de sodio podría ser una medida coste-efectiva en algunos pacientes. 2. Un alto porcentaje vuelve a positivizar esputos frente a PA. 3. No existe un empeoramiento clínico, radiológico ni funcional a los 6 meses de seguimiento.

## ORAL 10

### LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS PRESENTAN MAYOR ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN FASE ESTABLE Y DURANTE UNA EXACERBACIÓN

<sup>1</sup>Leyre Bouzas, <sup>1</sup>Raúl Méndez, <sup>1</sup>Antonio Moscardó, <sup>1</sup>Paula González, <sup>1</sup>Laura Feded, <sup>1</sup>Ana Latorre, <sup>1</sup>Alba Piró, <sup>2</sup>Rosanel Amaro, <sup>2</sup>Victoria Alcaraz, <sup>2</sup>Antoni Torres, <sup>1</sup>Rosario Menéndez.

1.Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. 2.Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos:** Las plaquetas intervienen en el riesgo cardiovascular así como en la respuesta inflamatoria, pero se desconoce si existe mayor activación plaquetaria en las bronquiectasias (BE) no fibrosis quística. El objetivo del estudio fue evaluar la existencia de activación plaquetaria en pacientes con BE comparado con controles sanos.

**Metodología:** Se realizó un análisis anidado de un estudio prospectivo en pacientes con exacerbación aguda de bronquiectasias (EABE) y en pacientes en fase estable en dos hospitales terciarios. Se obtuvieron muestras seriadas de pacientes con exacerbación aguda (días 1, 5 y 30), y muestras únicas de pacientes en fase estable y de controles sanos. Se determinaron los niveles solubles en plasma de P-selectina (sP-selectina) mediante ELISA para evaluar la activación plaquetaria.

**Resultados:** Se reclutaron 107 pacientes con EABE, 73 pacientes en fase estable y 26 controles sanos. Se encontraron niveles elevados de sP-selectina en pacientes durante la exacerbación (días 1, 5 y 30), y durante la fase estable en comparación con los controles sanos ( $p < 0.01$  y  $p < 0.05$  respectivamente). Los niveles de sP-selectina en pacientes con EABE también fueron superiores a los niveles de pacientes en fase estable ( $p < 0.05$ ). En los pacientes en fase estable, una mayor activación plaquetaria se asoció con mayor inflamación sistémica medida por proteína C-reactiva y con mayor gravedad evaluada mediante el Bronchiectasis Severity Index (BSI).

**Conclusiones:** Se demuestra una mayor activación plaquetaria en los pacientes con BE en fase estable y durante una exacerbación en comparación con controles sanos. Esta activación se relaciona con una mayor gravedad y mayor inflamación sistémica.

# COMUNICACIONES PÓSTERS

P-1	“EPOC FRÁGIL”: ¿UN NUEVO FENOTIPO? .....	19
P-2	FACTORES PREDICTIVOS DE REINGRESO PRECOZ TRAS AGUDIZACIÓN DE EPOC.....	20
P-3	DESNUTRICIÓN Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, FUNCIÓN PULMONAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EXACERBACIÓN DE EPOC (AEPOC) .....	21
P-4	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV) POR SEXOS, 1981-2016 .....	22
P-5	REPERCUSIÓN EN LOS ÍNDICES MECÁNICOS TÓRACOPULMONARES DE UN PROGRAMA DE MANEJO DE LA DISNEA PARA EPOC GRAVES.....	23
P-6	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV) 1981-2016 .....	24
P-7	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SOLAPAMIENTO ASMA-EPOC (ACO): ESTUDIO COMPARATIVO .....	25
P-8	ESTEROIDES SISTÉMICOS EN LA AGUDIZACIÓN DE EPOC.....	26
P-9	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REINGRESADORES CON EL GRD EPOC EN UN HOSPITAL TERCIARIO .....	27
P-10	INFILTRADOS PULMONARES EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC ....	28
P-11	FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES EPOC TRAS UN INGRESO POR EXACERBACIÓN .....	29
P-12	¿HAY DIFERENCIAS EN LA SALUD RESPIRATORIA DE LOS HABITANTES DE MUNICIPIOS COSTEROS Y LOS DE INTERIOR DE LA PROVINCIA DE VALENCIA?.....	30
P-13	RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN SUBJETIVA DEL SUEÑO Y LA AGRESIVIDAD DEL MELANOMA .....	31
P-14	RELACIÓN ENTRE APNEA DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN REFRACTARIA: MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE.....	32
P-14	EFFECTO DE LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AÉREA (CPAP) EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN REFRACTARIA Y APNEA DEL SUEÑO .....	33
P-16	PAPEL DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN ANCIANOS CON APNEA DEL SUEÑO EN GRADO MODERADO .....	34
P-17	ESCALAS CLÍNICAS PARA PREDECIR LA INDICACIÓN DE CPAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SAHS .....	35
P-18	ADHERENCIA A LARGO PLAZO DE LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AÉREA (CPAP) EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE Y APNEA DEL SUEÑO .....	36

<b>P-19</b>	EFFECTIVIDAD DE LAS OSCILACIONES DE ALTA FRECUENCIA ASOCIADAS A LA TOS ASISTIDA MECÁNICAMENTE EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA.....	37
<b>P-20</b>	PACIENTES CON ACIDOSIS RESPIRATORIA EN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN .....	38
<b>P-21</b>	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN LA ADHERENCIA A LAS MISMAS.....	39
<b>P-22</b>	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR.....	40
<b>P-23</b>	SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS COMO MÉTODO DE MEJORA DE LA CALIDAD .....	41
<b>P-24</b>	VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN.....	42
<b>P-25</b>	¿ES ÚTIL EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS FÍSTULAS BRONCOPLEURALES CON OLEATO DE ETANOLAMINA? .....	43
<b>P-26</b>	EBUS-TBNA Y PET-TC EN LA EVALUACIÓN DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD.....	44
<b>P-27</b>	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRÓTESIS ENDOBRONQUIALES IMPLANTADAS EN UN HOSPITAL TERCARIO.....	45
<b>P-28</b>	¿QUE FACTORES DEL PACIENTE INFLUYEN EN EL TIPO DE RESECCION QUIRURGICA EN NEOPLASIAS PULMONARES?.....	46
<b>P-29</b>	UTILIDAD DE LA CRIOBIOPSIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTESITIALES DIFUSAS .....	47
<b>P-30</b>	SEDACIÓN CONSCIENTE DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE. ¿QUÉ LE APORTA AL PACIENTE? .....	48
<b>P-31</b>	DOS AÑOS DE EBUS. APRENDIZAJE Y RENTABILIDAD .....	49
<b>P-32</b>	EVOLUCIÓN DEL CARCINOMA DE PULMÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE .....	50
<b>P-33</b>	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS MEDIANTE FIBROBRONCOSCOPIA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 25 AÑOS .....	51
<b>P-34</b>	RESULTADOS DE UNA VIA RAPIDA EN PATOLOGIA MALIGNA PULMONAR .....	52
<b>P-35</b>	ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER .....	53
<b>P-36</b>	ENFERMEDAD PULMONAR GRANULOMATOSA LINFOCITARIA (GLILD) EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE (IDCV) .....	54
<b>P-37</b>	BROTE DE SILICOSIS EN TRABAJADORES EXPUESTOS A SILESTONE	55
<b>P-38</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA FPI EN ESPAÑA: REGISTRO NACIONAL DE SEPAR.....	56

P-39	CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS-ENFISEMA (CPFE) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FPI.....	57
P-40	ANÁLISIS DE INFECCIÓN POR ASPERGILLUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	58
P-41	SUPERVIVENCIA DE LA FPI EN LA ERA ANTIFIBRÓTICA. ANÁLISIS COMPARATIVO. REGISTRO FPI DE SEPAR .....	59
P-42	PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) Y CÁNCER DE PULMÓN (CP) EN UNA SERIE DEL HGUA .....	60
P-43	LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS, UNA NEOPLASIA DE CURSO RELATIVAMENTE BENIGNO .....	61
P-44	DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y EMPIEMA: ANÁLISIS DE UNA SERIE CLINICA DE 15 AÑOS .....	62
P-45	ESTATINAS Y FIBROSIS PULMONAR: UNA ASOCIACION FRECUENTE .....	63
P-46	PRESENTACIÓN DE LA SARCOIDOSIS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE PATOLOGÍA INTERSTICIAL.....	64
P-47	INFLUENCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MACROLIDOS EN EL PRONOSTICO DE LA NEUMONIA NEUMOCOCICA BACTERIEMICA .....	65
P-48	¿TE PROTEGES? .....	66
P-49	CAMBIOS EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN LA FASE AGUDA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR RESPECTO A LA FASE ESTABLE: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET .....	67
P-50	PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA DEL SUEÑO EN LA FASE AGUDA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR...	68
P-51	EVALUACION DEL PAPEL DE LA DISFUNCION VENTRICULAR DERECHA EN EL AUMENTO TRANSITORIO DE EVENTOS RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET .....	69
P-52	EFICACIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGÍA .....	70
P-53	FACTORES LIMITANTES DE LOS CRITERIOS DE LA BTS PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL TEP.....	71
P-54	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON TEP DE BAJO RIESGO SUSCEPTIBLES DE REDUCCIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA .....	72
P-55	FUNCIÓN PULMONAR Y ACTITUDES FRENTE AL TABAQUISMO EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO.....	73
P-56	IMPACTO DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LA FUNCIÓN PULMONAR .....	74
P-57	CONSULTA HOSPITALARIA DE TABAQUISMO: PERFIL DE LOS PACIENTES Y EFICACIA.....	75

<b>P-58</b>	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y FUNCIÓN PULMONAR DETECTADOS DE FORMA ACTIVA EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO.....	76
<b>P-59</b>	10 AÑOS DE UNIDAD DE TABAQUISMO EN EL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN.....	77
<b>P-60</b>	PREVALENCIA DE VASCULOPATÍA PULMONAR EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPATICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO .....	78
<b>P-61</b>	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR BRONQUIECTASIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), POR SEXOS, 1981-2016.....	79
<b>P-62</b>	INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA .....	80
<b>P-63</b>	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR BRONQUIECTASIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), 1981-2016 .....	81
<b>P-64</b>	EVALUACION DE LOS PACIENTES CON AUTO ADMINISTRACION DE OMALIZUMAB EN DOMICILIO .....	82
<b>P-65</b>	RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA EN BRONQUIECTASIAS. ESTUDIO COMPARATIVO EXACERBACIÓN VERSUS ESTABILIDAD CLÍNICA.....	83
<b>P-66</b>	IMPACTO ECONÓMICO DEL ASMA GRAVE EN FUNCIÓN DE LA EOSINOFILIA SÉRICA PREVIAMENTE A LA INTRODUCCIÓN DE UN FÁRMACO BIOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO .....	84
<b>P-67</b>	EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA .....	85
<b>P-68</b>	EFECTO DE MEPOLIZUMAB SOBRE EL CONTROL DEL ASMA Y LA FUNCIÓN PULMONAR .....	86
<b>P-69</b>	IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA .....	87
<b>P-70</b>	RELACIÓN ENTRE EL RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN SANGREY LAS EXACERBACIONES E INGRESOS POR ASMA EN LOS ASMÁTICOS GRAVES .....	88
<b>P-71</b>	ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES EPOC CON BRONQUIECTASIAS EN EL H. GENERAL DE CASTELLÓN.....	89
<b>P-72</b>	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE BRONQUIECTASIAS (BQ) EN UN HOSPITAL TERCIARIO .....	90
<b>P-73</b>	VARIABLES RELACIONADAS CON LA POSITIVIZACIÓN DE ESPUTOS FRENTE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA) TRAS LA RETIRADA DEL ANTIBIÓTICO INHALADO DURANTE 6 MESES EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA (IBC) EN FASE ESTABLE.....	91



## PÓSTER 01

**“ EPOC FRÁGIL ”: ¿ UN NUEVO FENOTIPO ?**

E.Naval<sup>1</sup>,F.Santabalbina<sup>1</sup>, Julia Calatayud<sup>2</sup>, Marc Jorner<sup>2</sup>, Sonia Giraldo<sup>1</sup>, Inmaculada Lluch<sup>1</sup>, Maria Meseguer<sup>1</sup>, Juan José Ruiz<sup>2</sup>, Cruz Gonzalez<sup>3</sup>. 1.HULa Ribera.2.Universitat politècnica València.3.HU Marques de Valdecilla.3.HClinic Universitari València.

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia de fragilidad en una muestra de pacientes con EPOC e identificar las características de los pacientes frágiles con EPOC. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de una cohorte prospectiva de pacientes con EPOC estable en seguimiento en una consulta monográfica. Se utiliza la escala de Fried que clasifica los pacientes en frágiles  $\geq 3$  criterios; prefrágiles 1-2 criterios, robustos 0 criterios. Se estudiaron también variables sociodemográficas, respiratorias, analíticas, y las escalas HAD, Lawton y Brody, comorbilidad ( I. Charlson) y actividad física (AF) medida por la versión reducida en español del cuestionario de Minnesota (VREM). **Resultados:** Se incluyeron 127 pacientes, 85% hombres . Edad Media  $66.5 \pm 7,9$ . El 24,4% era frágil, el 50,4% prefrágil y el 25,2% robusto. No se obtuvo diferencias entre el grado de fragilidad y la edad ( $p=0.079$ ), tabaquismo ( $p=0.147$ ), situación familiar ( $p=0.445$ ), situación laboral ( $p=0.084$ ), I.Charlson ( $p=0.20$ ), GOLD función pulmonar ( $p=0.36$ ), FEV1postBD% ( $p=0.241$ ), FVCpostBD% ( $p=0.59$ ). Por el contrario, sí se obtuvieron diferencias significativas en el mMRC ( $p < 0.001$ ), GOLD sintomático ( $p < 0.001$ ), GESEPOC alto riesgo ( $p < 0.001$ ) y BODE ( $p < 0.001$ ), así como en las variables cuantitativas representadas en la Tabla 1. En todas las variables con significación estadística con el grado de fragilidad la diferencia se estableció entre el grado frágil y prefrágil, y entre frágil y robusto. En la AF además se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre prefrágil y robusto.

**Conclusiones:**

- En nuestra muestra la prevalencia de fragilidad es del 24,4% superior a la prevalencia de fragilidad para la población general del mismo rango de edad.
- Los pacientes frágiles presentaron, de forma estadísticamente significativa una mayor gravedad de síntomas; número de exacerbaciones; dependencia física; depresión; ansiedad; debilidad muscular; menor actividad física y menores niveles de 25OH-colecalciferol.

## PÓSTER 02

### **FACTORES PREDICTIVOS DE REINGRESO PRECOZ TRAS AGUDIZACIÓN DE EPOC**

Bocigas I<sup>1</sup>, Lahosa C<sup>1</sup>, Signes-Costa J<sup>1,2</sup>, Safont B<sup>1</sup>, González MC<sup>1,2</sup>, Servera E<sup>1,2</sup>

Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>1</sup>

Instituto de investigación INCLIVA<sup>2</sup>

#### Objetivos:

Identificar los factores predictivos de reingreso precoz (RP) en pacientes con EPOC y una agudización severa.

#### Material y métodos:

Estudio observacional y prospectivo que incluye 278 pacientes que ingresan por agudización de EPOC entre los meses de Julio 2017 a Junio 2018 en un servicio de Neumología. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de función pulmonar, estancia hospitalaria y control evolutivo.

Para identificar las variables asociadas a riesgo de reingreso se usó el análisis estadístico univariante y la regresión logística Stepwise.

#### Resultados:

Durante el periodo de seguimiento 31 pacientes (11%) ingresaron en los primeros 30 días tras el alta hospitalaria (reingreso precoz).

El análisis univariante muestra que el valor del FEV1 ( $p=0.02$ ), FEV1 (%) ( $p=0.01$ ), dosis total de corticoides durante el ingreso ( $p=0.03$ ), control médico tras el alta hospitalaria ( $p=0.04$ ), grado de disnea mMRC ( $p=0.03$ ) y número de visitas al servicio de Urgencias ( $p=0.004$ ) aumentan el riesgo de reingreso por agudización.

Con el análisis de regresión logística Stepwise se demuestra que la presencia de infiltrados en la radiografía de tórax, la VNI y el FEV1 se asocian a un RP. En este modelo, el área bajo la curva ROC es de 0.69.

#### Conclusiones:

Los pacientes con enfermedad más avanzada (FEV1, uso VNI) o con un tipo "especial" de exacerbación (infiltrados en RX tórax) tienen un riesgo elevado de tener reingresos precoces.

## PÓSTER 03

**DESNUTRICIÓN Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, FUNCIÓN PULMONAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EXACERBACIÓN DE EPOC (AEPOC)**

Vañes S, Esteban V, Chiner E, Jordá A, Molina V, Pastor E, Sancho-Chust JN, Castelló C. S. Neumología. H. U. Sant Joan d'Alacant.

**Objetivo:** Evaluar la desnutrición en pacientes ingresados con AEPOC, valorar la prevalencia y relación con parámetros respiratorios.

**Métodos:** Durante 6 meses se evaluaron ingresos por AEPOC (Grupo A). Se obtuvieron variables antropométricas, función pulmonar, fenotipo, escala MRCm, CAT, Mini Nutritional Assessment (MNA screening, evaluación y total), St. Georges y SF36. Se comparó MNA y SF36 con un grupo control (Grupo B). Se empleó la T-student para comparar grupos. En el grupo A se evaluó el riesgo de desnutrición y se correlacionó con función pulmonar y cuestionarios respiratorios. Dentro de A se compararon sus características según desnutrición ( $MNA_{scr} \leq 7$ ) y el riesgo de desnutrición ( $\leq 11$ )

**Resultados:** Grupo A: 50 EPOC, 44 hombres y 6 mujeres,  $70 \pm 10$  años, BMI  $26.5 \pm 4.6$ , MRCm 1-2: 46%, 3-4: 54%, CAT  $20 \pm 10$ ,  $MNA_{scr}$   $10 \pm 3$ ,  $MNA_{ev}$   $11.5 \pm 3$ ,  $MNA_{tot}$   $21 \pm 5$ , FVC%  $70 \pm 17$ , FEV1%  $50 \pm 18$ , FEV1/FVC%  $53 \pm 12$ , StG  $51 \pm 18$ , SF36  $51 \pm 25$ . Grupo B: 13 hombres y 14 mujeres,  $56 \pm 17$  años, BMI  $24 \pm 4$ . Se observaron diferencias entre A y B en edad ( $p < 0.001$ ), BMI ( $p < 0.01$ ), MNA screening ( $10 \pm 3$  vs  $11.6 \pm 1$ ,  $p < 0.01$ ), MNA ev ( $11.5 \pm 3$  vs  $12.6 \pm 1.3$ ,  $p = 0.06$ ),  $MNA_{total}$  ( $21 \pm 5$  vs  $26 \pm 13$ ,  $p < 0.05$ ) y SF36 ( $51 \pm 25$  vs  $72 \pm 23$ ,  $p < 0.001$ ). En el grupo A, 18% mostraron franca malnutrición y 66% riesgo de malnutrición, enfisema agudizador (48.5%), B. crónica agudizador (21.2%), enfisema no agudizador (15.2%), B. crónica no agudizador (9.1%) y mixto (6.1%). Se obtuvieron correlaciones significativas entre  $MNA_{scr}$  y MRCm ( $p < 0.001$ ), CAT ( $p < 0.001$ ), StG ( $p < 0.001$ ), SF36 ( $p < 0.001$ ), FVC% ( $p < 0.05$ ), FEV1% ( $p < 0.05$ ) y FEV1/FVC% ( $p < 0.05$ ). Los 9 pacientes con  $MNA_{scr} \leq 7$ , tenían menor BMI, perímetro braquial y pantorrilla ( $p < 0.001$ ), eran más sintomáticos ( $p < 0.001$ ), con mayor disnea ( $p < 0.05$ ), peor función pulmonar ( $p < 0.05$ ) y peor calidad de vida ( $p < 0.001$ ), tanto en las puntuaciones globales como en dimensiones, excepto en la de dolor.

**Conclusiones:** Dos tercios de AEPOC presentan riesgo de malnutrición y 18% desnutrición franca. Se asocia con deterioro de función pulmonar, síntomas respiratorios y peor calidad de vida. Aunque predomina en enfisema (agudizador o no), no es exclusivo. Estos hallazgos obligan a estrategias de prevención y tratamiento.

## PÓSTER 04

### ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV) POR SEXOS, 1981-2016.

JF Pascual Lledó, I. Rodríguez Galán<sup>1</sup>, R Jover Ruiz<sup>1</sup>, I Gayá García-Manso<sup>1</sup>, S. Ruiz Alcaraz, P. Ruiz Torregrosa, M<sup>a</sup> Panadero, M<sup>a</sup> A. Martínez. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

**Objetivos:** Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por EPOC por sexos en la CCVV en el periodo de 1981 a 2016. **Metodología:** Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAE) por sexo para la EPOC se obtuvieron del Portal Estadístico del Área de Inteligencia de Gestión del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Sistema Nacional de Salud mediante consulta interactiva, utilizando los códigos CIE-9 491 (bronquitis crónica) y 492 (enfisema) para el periodo 1981-1998 y CIE-10 J40 bronquitis, no especificada como aguda o crónica, J41 bronquitis crónica simple y mucopurulenta, J42 bronquitis crónica no especificada, J43 enfisema, para el periodo 1999-2016. Las TMAE se expresan como valor por 10<sup>5</sup> habitantes/año. El análisis estadístico se realizó mediante regresión segmentada, utilizando los programas R-Comander 2.4-4 y Jointpoint Regression Program 4.5.0.1. Se consideró nivel de significación una  $p < 0.05$ . **Resultados:** La TMAE fue 25,7 en 1981 y 4,37 en 2016 (reducción del 84%) en varones (V), y 8,15 y 0,93, respectivamente (reducción del 88,6%), en mujeres (M). En V se identificaron 5 puntos de cambio (PC) que determinan 6 periodos. El último de ellos, 2012-2016, muestra un CPA<sup>2</sup> de -8,0%, no significativo distinto de cero. En M se identificó un PC, 2006, con un aumento en el CPA, en 2006-2016, del 3,5% (IC<sub>95%</sub>: 1,4 a 5,6%;  $p = 0,002$ ). **Conclusiones:** Se presenta el primer estudio sobre la evolución de las TMAE por EPOC por sexo en la CCVV. Las TMAE en los V fueron mayores que las de las M en todo el periodo. Actualmente, en V, la TMAE se mantienen constantes desde 2012, mientras que, desde 2006, están aumentando en las M.

---

<sup>1</sup> Comparte crédito de primer autor.

<sup>2</sup> CPA: Cambio porcentual anual.

## PÓSTER 05

## REPERCUSIÓN EN LOS ÍNDICES MECÁNICOS TÓRACOPULMONARES DE UN PROGRAMA DE MANEJO DE LA DISNEA PARA EPOC GRAVES

*Santos Ferrer*<sup>1,2</sup>, *J.Luis Díaz*<sup>3</sup>, *Jesús Sancho*<sup>1,2</sup>, *Cruz González*<sup>1,2</sup>, *Belén Safont*<sup>1,2</sup>, *Emilio Servera*<sup>1,2,4</sup>

1. Unidad de Cuidados Respiratorios. Servicio de Neumología. Hospital Clínico Valencia, España.
2. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA
3. AirLiquid, HealthCare.
4. Universidad de Valencia, Valencia, España

Los factores potencialmente ligados a la mejoría de la disnea y del bienestar emocional en enfermedades respiratorias crónicas son los cambios en el metabolismo muscular aeróbico, el acondicionamiento psíquico o la mejoría de la situación mecánica tóracopulmonar. **OBJETIVO:** Investigar si aparecían cambios en los índices mecánicos tóracopulmonares (IMT) en un grupo de pacientes con EPOC grave/muy grave tras un programa de manejo de la disnea.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo aleatorizado de tres meses que incluyó enfermos con EPOC remitidos desde la Consulta Monográfica a la Unidad de Disnea, donde tras una valoración clínica, funcional, social y psicológica comenzaron un programa de intervención emocional y entrenamiento físico ajustado a sus limitaciones. Se recogió  $V_t/t_i$  –transformación mecánica dinámica de la actividad inspiratoria neuromuscular-,  $T_i/T_{tot}$  –ritmicidad respiratoria-,  $f_r/V_t$  –rapid shallow breathing index-,  $P_{0.1}$  –impulso inspiratorio central-,  $P_{0.1}/V_t$  –elasticidad efectiva-,  $P_{0.1}/(V_t/T_i)$  –impedancia efectiva inspiratoria-. **RESULTADOS:** Al inicio, no había diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables demográficas, funcionales, de estado de salud (Charlson), calidad de vida (St George's), depresión (HADS) ni miedos al futuro (Fear of Progression Questionnaire –FoP-Q -). A los tres meses apareció una mejoría clara ( $p=0,001$ ) intergrupos en la TDI Mahler, e intragrupo e intergrupos en los parámetros sociales y emocionales menos en el FoP-Q. No apareció ningún cambio en los IMT: **CONCLUSIÓN:** Una actuación específica puede mejorar la disnea, la calidad de vida y la situación emocional de enfermos graves con EPOC sin que se produzcan cambios mecánicos toracopulmonares.

## PÓSTER 06

### ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV) 1981-2016.

JF Pascual Lledó, I Gayá García-Manso<sup>1</sup>, R Jover Ruiz<sup>1</sup>, I. Rodríguez Galán<sup>1</sup>, S. Ruiz Alcaraz, P. Ruiz Torregrosa, M<sup>a</sup> Panadero, M<sup>a</sup> A. Martínez. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

**Objetivos:** Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por EPOC en la CCVV en el periodo de 1981 a 2016. **Metodología:** Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAE) para la EPOC se obtuvieron del Portal Estadístico del Área de Inteligencia de Gestión del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Sistema Nacional de Salud mediante consulta interactiva, utilizando los códigos CIE-9 491 (bronquitis crónica) y 492 (enfisema) para el periodo 1981-1998 y CIE-10 J40-J44 (J40 bronquitis, no especificada como aguda o crónica, J41 bronquitis crónica simple y mucopurulenta, J42 bronquitis crónica no especificada, J43 enfisema) para el periodo 1999-2016. Las TMAE se expresan como valor por 10<sup>5</sup> habitantes/año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante regresión segmentada utilizando un modelo homocedástico de errores autocorrelacionados y con el criterio de selección del modelo mediante el test de permutaciones, utilizando los programas R-Comander 2.4-4 y Jointpoint Regression Program 4.5.0.1. Se consideró nivel de significación una  $p < 0.05$ . **Resultados:** La TMAE fue 15,2 en 1981 y 2,4 en 2016 (reducción del 84%). El modelo identificó 4 puntos de cambio: 1997, 2000, 2003 y 2006. El cambio porcentual anual de las TMAE fue: 1981-1997: -6,6% (-7,2 a -5,9;  $p < 0,001$ ); 1997-2000: -16,8% (-36,2 a 8,5;  $p = 0,165$ ); 2000-2003: 2,6% (-21,3 a 33,7;  $p = 0,845$ ); 2003-2006: -13,6% (-33,7 a 12,6;  $p = 0,264$ ); y 2006-2016: 4,0% (2,5 a 5,5;  $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** Se presenta el primer estudio en la CCVV sobre la evolución de las TMAE por EPOC. Se objetiva una reducción porcentual anual de dichas tasas hasta 2006 y un posterior incremento estadísticamente significativo del cambio porcentual anual.

---

<sup>1</sup> Comparte crédito de primer autor.

## PÓSTER 07

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SOLAPAMIENTO ASMA-EPOC (ACO): ESTUDIO COMPARATIVO.**

Esteban V, Miralles C, Nieto ML, Catalán P, Sánchez-Toril F, Soler-Cataluña JJ. Neumología. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia).

**Objetivos:** Los pacientes con ACO presentan mayor riesgo de agudizaciones y mejor respuesta a los esteroides inhalados (ICS). Sin embargo, en la literatura existen diferentes criterios diagnósticos de ACO, lo que aporta cierta confusión. El objetivo del estudio fue comparar diferentes criterios diagnósticos de ACO, valorando el tiempo hasta la primera exacerbación en función del tratamiento con ICS. Objetivos secundarios fueron: estudiar la prevalencia del ACO según cada definición y comparar el tiempo de hospitalización, tasa de exacerbaciones/año, síntomas y nivel de control.

**Metodología:** Estudio prospectivo observacional con seguimiento de 12 meses sobre una cohorte con asma y otra con EPOC. Se comparan 4 criterios diagnósticos: A) Descritos por Soler-Cataluña et al, B) Consenso internacional de Sin et al, C) Consenso español entre GEMA y GesEPOC y D) Eosinofilia periférica  $\geq 300$  células/ $\mu$ L. A partir de estos criterios los pacientes se clasificaron en 4 grupos: 1) Asma; 2) EPOC; 3) ACO-EPOC y 4) ACO-Asma. Se analiza el tiempo hasta primera exacerbación, el tiempo hasta hospitalización y la tasa de exacerbaciones/año. En todos los casos se pasaron los cuestionarios CAT, ACT y se registró el tratamiento prescrito.

**Resultados:** Se incluyen 345 pacientes, 233 (67,5%) con EPOC y 112 (32,5%) con asma. La edad media fue  $63 \pm 14$  años, siendo 70,4% hombres y 29,6% mujeres. En la cohorte con EPOC, los pacientes ACO-EPOC fueron 9 (3,9%), 21 (9,0%), 72 (30,9%) y 89 (38,2%), según se emplease el criterio A, B, C ó D. En la cohorte con asma, los ACO-Asma fueron 6 (5,4%), 9 (8,0%), 12 (10,7%) y 8 (7,1%) para los criterios A, B C ó D. Los ACO-EPOC mostraron edad más avanzada, peor función pulmonar, más síntomas y mayor tasa de agudizaciones que los ACO-Asma, con similar tratamiento. Los ACO-EPOC tenían mayor riesgo de agudización únicamente con los criterios C y D ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** De todas las propuestas, las que identificaron a pacientes con mayor riesgo de agudizaciones fueron el consenso GEMA-GesEPOC y la EPOC eosinofílica.

## PÓSTER 08

### **ESTEROIDES SISTÉMICOS EN LA AGUDIZACIÓN DE EPOC**

*Mulet A, Lahosa C, Bocigas I, Fernández L, Signes-Costa J, Safont B, González-Villaescusa MC, Servera E.*

Hospital Clínico Universitario Valencia. Universidad de Valencia.  
INCLIVA

#### Objetivos:

Establecer si existen factores asociados a una peor evolución en función de la dosis de CS (corticoesteroides) recibida.

#### Metodología:

Estudio longitudinal, prospectivo y observacional de 12 meses de seguimiento de una cohorte de pacientes que ingresaron por una exacerbación grave de EPOC.

Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos referentes al ingreso, como la dosis total de CS recibida, la duración y la evolución clínica. Se realizó el análisis descriptivo de los datos, expresando las variables como media  $\pm$  DS o porcentaje. Se hicieron comparaciones utilizando la t de Student, el test de Levene, el test de Chi cuadrado y el test de Fisher, según procediera.

#### Resultados:

Los pacientes se dividieron en dos grupos según la dosis de CS administrada durante el ingreso, considerándose elevada si la dosis total era mayor de 300 mg. Los pacientes que recibieron una dosis elevada de CS (51.25% del total). presentaban una peor capacidad pulmonar y mayor tendencia a la acidosis respiratoria al ingreso. Además, presentaban un mayor grado de disnea (mMRC) ( $p=0.004$ ) y fueron los que presentaron una estancia más prolongada ( $p<0.001$ ), y con mayor frecuencia requirieron de ingreso en la UCI ( $p=0.007$ ). Por último, los pacientes con doble broncodilatación ambulatoria fueron los que requirieron una dosis de CS más baja durante el ingreso ( $p=0.015$ ).

#### Conclusiones:

Los pacientes EPOC que en una agudización reciben mayores dosis de CS, son aquellos que de base presentan una enfermedad más grave, y a su vez, están tratados con pautas menos optimizadas. Asimismo, estos pacientes tienen unas hospitalizaciones más complicadas y prolongadas, sin poder descartar que esto se deba al efecto adverso de las dosis elevadas de CS.



## PÓSTER 09

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REINGRESADORES CON EL GRD EPOC EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Esteve, Andrea; Ponce, Silvia; Herrejón, Alberto; Climent, María; De Juana, Cristina; Salamea, Olga; Martínez Moragón, Eva. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

**Objetivos:** Un importante indicador de los acuerdos de gestión es disminuir la tasa de reingresos por el GRD EPOC.

**Métodos:** Análisis descriptivo de los pacientes con 3 o más ingresos con el GRD EPOC en neumología durante 1 año.

**Resultados:** En el año 2017, 59 pacientes fueron hospitalizados con el GRD EPOC 3 o más veces, del total de 1509 ingresos en Neumología. El 33 (57%) fueron hombres. La edad era de 75 años (SD 12), 35 pacientes (60%) eran exfumadores y 4 (7%) fumadores activos. Se citó a los pacientes para evaluación clínica y funcional y confirmamos el diagnóstico de EPOC en 34 casos (58%), se descartó en 9 (15%) y en 25 no pudo realizarse la espirometría ni constaba en la historia clínica (27%). 21 pacientes (36%) llevaban VMNI domiciliaria y 31 (53%) OCD. 55 pacientes (95%) asociaban comorbilidades. El 30% eran NECPAL positivo y 13 (22%) tenían problemática social. Los motivos de ingreso fueron: Exacerbaciones de EPOC (26%), Neumonías (33%), Bronquiectasias infectadas (12%), y otras causas 29%. La mediana de días de ingreso fue de 19 (5-95 días) y 25 (43%) fallecieron. La Enfermedad cerebrovascular y la VMNI domiciliaria fueron los únicos parámetros relacionados con el éxito ( $p < 0,05$ ).

#### **Conclusiones:**

El diagnóstico de EPOC se descartó o no estaba confirmado en el 42% de los pacientes reingresadores con el GRD EPOC. Las comorbilidades fueron muy frecuentes y la enfermedad cerebrovascular y la VMNI domiciliaria se asociaron con la mortalidad.

## PÓSTER 10

### INFILTRADOS PULMONARES EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC

*Fernández-Presa L, Bocigas I, Mulet A, Lahosa C, Signes-Costa J, Safont B, González-Villaescusa MC, Servera E.* Hospital Clínico Universitario. INCLIVA. Universidad de Valencia

#### Introducción

El objetivo de nuestro estudio fue comparar las características clínicas y la evolución de los pacientes que ingresan por una EAPOC, según si presentan infiltrados pulmonares o no.

#### Material y métodos

Se trata de un estudio longitudinal, prospectivo y observacional de 12 meses de seguimiento de una cohorte de pacientes que ingresan por una EAPOC. Se recogieron datos demográficos y clínicos de los pacientes referentes al ingreso, así como la mortalidad y reingresos posteriores. Se realizó el análisis descriptivo de los datos, expresando las variables como media±DS o porcentaje y se compararon con el test de Chi cuadrado, la t de Student, el test de Fisher i la prueba de Levene.

#### Resultados

Durante el periodo de estudio ingresaron 278 pacientes, y 86 (30,93%) presentaron infiltrados en la radiografía (84,9% varones, 15,1 % mujeres; p <0,01). Estos pacientes tenían una menor puntuación en la escala mMRC de disnea, un nivel de hemoglobina más bajo, menor porcentaje de linfocitos, una PCR mayor y valores de NT-proBNP más altos. Respecto a la función pulmonar, presentaban valores de enfermedad menos avanzada.

#### Conclusiones

La EAPOC con infiltrados pulmonares ocurre en pacientes con una enfermedad menos grave y con más repercusión cardíaca. No hay criterios clínicos que le otorguen una mayor severidad a este tipo de exacerbación.

	Infiltrado	No infiltrado	Sig
mMRC 4	13,33%	86,66%	p 0,011
Linf %	10,15	12,93	p 0,016
PCR	194,11	73,27	p 0,01
Nt-proBNP	5051,66	1387,19	p 0,046

## PÓSTER 11

### **FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES EPOC TRAS UN INGRESO POR EXACERBACIÓN.**

Lahosa C<sup>1</sup>, Bocigas I<sup>1</sup>, Signes-Costa J<sup>1,2</sup>, Safont B<sup>1</sup>, González MC<sup>1,2</sup>, Servera E<sup>1,2,3</sup>.

Hospital Clínico Universitario de Valencia<sup>1</sup>.

Instituto de investigación INCLIVA<sup>2</sup>.

Universidad de Valencia<sup>3</sup>

#### Objetivo:

Identificar factores predictivos de mortalidad en pacientes con EPOC tras un ingreso por exacerbación.

#### Material y métodos:

Estudio observacional y prospectivo de 12 meses de duración (julio 2017-junio 2018) en el que se incluyen pacientes que ingresan por una exacerbación aguda de EPOC (EAEPOC). Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, analíticos, la evolución durante el ingreso y el seguimiento de 6 meses tras el alta. Se realizó un análisis univariante y multivariate para evaluar los factores asociados a mortalidad tras un ingreso por EAEPOC.

#### Resultados:

Se incluyeron 278 pacientes, de los cuales 48 (16.2%) fallecieron durante los 6 meses de seguimiento. El análisis univariante mostró que la edad ( $p<0.001$ ), el nivel educativo ( $p=0.004$ ), IMC ( $p=0.04$ ), índice de Barthel ( $p<0.001$ ), disnea según la escala mMRC ( $p<0.001$ ), FEV1 (mL) ( $p=0.03$ ), insuficiencia cardiaca ( $p=0.02$ ), cor pulmonale ( $p=0.01$ ), oxigenoterapia continua domiciliaria ( $p=0.01$ ), hospitalizaciones en el año previo ( $p=0.01$ ), dosis total de corticoide sistémico ( $p=0.004$ ) y uso de VMNI durante el ingreso ( $p=0.02$ ) aumentan el riesgo de mortalidad tras una EAEPOC. El análisis multivariante mostró como factores predictivos independientes la puntuación en el índice de Barthel ( $p<0.001$ ), la disnea grado 2 ( $p=0.014$ ), 3 ( $p=0.018$ ) y 4 ( $p=0.033$ ) y las hospitalizaciones previas ( $p=0.023$ ). En el análisis ROC, el área bajo la curva fue 0.83.

#### Conclusiones:

Los pacientes con mayor grado de dependencia y disnea, junto hospitalizaciones en el año previo por una EAEPOC, tienen aumentada la mortalidad a los 6 meses del episodio.

## PÓSTER 12

### ¿HAY DIFERENCIAS EN LA SALUD RESPIRATORIA DE LOS HABITANTES DE MUNICIPIOS COSTEROS Y LOS DE INTERIOR DE LA PROVINCIA DE VALENCIA?

Ana Salcedo Patricio, Araceli Aibar Díaz, Cristina Sabater Abad, Susana Primo Requena, Ángela March Ortiz, Myriam Honrubia Cuadau, Isabel Tárrega Molina, Noelia Carrión Collado, Jessica Lozada Bonilla, Estrella Fernández-Fabrellas. Enfermería de Neumología. CHGU (Valencia)

**Introducción:** Cada año, nuestro Departamento lleva a cabo la “Ruta de la Salud” por municipios de la provincia para promover hábitos saludables. Las comarcas costeras tienen mayor desarrollo económico y sociosanitario que las del interior, lo que podría influir en los hallazgos patológicos detectados en la Ruta. Nos propusimos identificar diferencias entre los habitantes de ambas zonas.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo longitudinal (2014-2018) por municipios de la provincia de Valencia. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de enfermedad respiratoria crónica (ERC) y exploraciones para su diagnóstico y seguimiento. Se hizo espirometría simple y medida de SpO<sub>2</sub> a todas las personas que se acercaron a la estación de Neumología. Se recomendó ampliar el estudio si no fueron normales. Realizamos análisis descriptivo y comparativo de ambas poblaciones (Chi<sup>2</sup> y t-Student).

**Resultados:** Se analizan datos de 6.378 personas; 64% (4.084) de localidades del interior. Encontramos diferencias en nº de cigarrillos/día y años fumando ( $p < 0.05$ ), más elevados en las poblaciones costeras. En general, el antecedente respiratorio más frecuente fue asma. El control de la ERC lo hacía Neumología en 15% de población costera y 14% del interior, aunque globalmente 75% de las personas reconocían no hacer revisiones. Hubo diferencias en %espirometrías patológicas (16,3% en costa vs 18,5% interior;  $p < 0.005$ ) y SpO<sub>2</sub> basal ( $96,8 \pm 1,8\%$  en costa vs  $96 \pm 1,7\%$  en interior;  $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** 1. En líneas generales, no encontramos diferencias significativas entre la población costera y la del interior en cuanto a variables demográficas. Tampoco en el hábito tabáquico en general, aunque los habitantes de la costa fuman más y durante más años. Sin embargo, se detectó mayor % de espirometrías patológicas en las personas de las comarcas interiores.

## PÓSTER 13

**RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN SUBJETIVA DEL SUEÑO Y LA AGRESIVIDAD DEL MELANOMA.**

**Jose Daniel Gómez Olivas (1)**, Francisco Campos-Rodriguez (2), Luis Hernández (3), Esther Pastor (4), Eusebi Chiner (4), Cristina Navarro (5), Maria Jose Selma (1), Alberto Garcia-Ortega (1), Grace Oscullo (1), Miguel Angel Martinez-García (1) 1.HUP La Fe. Valencia, 2. Hospital Valme. Sevilla; 3. Hospital General Alicante; 4. Hospital San Juan Alicante, 5. Hospital de Requena. Valencia. Todos: Servicio de Neumología.

**OBJETIVOS.** Analizar la relación existente entre la duración del sueño y el grado de agresividad del melanoma. **METODOLOGIA.** Estudio observacional y multicéntrico (29 hospitales) en 443 pacientes con melanoma maligno. De todos los pacientes fue obtenido un cuestionario clínico protocolizado de sueño y referente al melanoma. La duración del sueño fue obtenida de forma subjetiva de los pacientes en horas a día. La agresividad del melanoma se midió mediante el índice de Breslow (mm de profundidad). Se realizó en todos los pacientes un estudio poligráfico. **RESULTADOS.** Edad media: 55.9 ( $\pm 15.3$ ); 50.3% varones; IMC: medio 27.3 ( $\pm 4.5$ ) e I de Breslow mediana 0.85. IAH (mediana): 8.6. 65% (IAH $\geq 5$ ); 14.7% (IAH $\geq 30$ ). La duración media de sueño: 7.4 ( $\pm 1.3$ ) horas (21% que dormían < 6 horas, un 77.9% entre 6-8 horas y un 17.4% > 8 horas).. Existió una correlación significativa entre las horas de sueño con el I. Breslow (r: 0.26; p=0.001). Aquellos pacientes con un melanoma más grave (I. Breslow  $\geq 4$  mm) presentaban un sueño más prolongado (8.1 h vs 7.1 hr; p=0.0001) que el resto de pacientes ajustado por edad, IMC, IAH y sexo. En la gráfica se muestra como la agresividad del melanoma aumentaba conforme aumentaban las horas de sueño. El riesgo de melanoma > valor mediano fue 4.7 (IC95%1.3-17.9) veces mayor en aquellos pacientes que dormían > 8 horas respecto al grupo control. **CONCLUSIONES:** Una duración del sueño larga (más de 8 horas) se asocia a una mayor agresividad del melanoma independientemente de la edad, sexo, gravedad del SAHS e IMC.

## PÓSTER 14

### RELACION ENTRE APNEA DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN REFRACTARIA: MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE

Oscullo G<sup>1</sup>, Navarro C<sup>2</sup>, Torres G<sup>3</sup>, Barbe F<sup>4</sup>, Campos F<sup>5</sup>, Caballero C<sup>6</sup>, Lloberes P<sup>7</sup>, García-Ortega A<sup>1</sup>, Selma M<sup>1</sup>, Díaz T<sup>8</sup>, Somoza M<sup>9</sup>, Masa J<sup>10</sup>, González M<sup>11</sup>, Mañas E<sup>12</sup>, De La Peña M<sup>13</sup>, García-Río F<sup>14</sup>, Monserrat J<sup>15</sup>, Muriel A<sup>12</sup>, Bouzas L<sup>1</sup>, Gomez- Olivas J<sup>1</sup>, Martínez-García MA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>H.UyP La Fe, <sup>2</sup>H. G. de Requena, <sup>3</sup>H. U. de Santa María, <sup>4</sup>I. de Inv. Biomédica Lérica, <sup>5</sup>H. U. de Valme, <sup>6</sup>H. U. Virgen del Rocío <sup>7</sup>H. U. Vall Hebron <sup>8</sup>H. U. 12 de Octubre, <sup>9</sup>C. Sanitario de Terrasa, <sup>10</sup>H. U. San Pedro de Alcántara, <sup>11</sup>H. U. Marqués de Valdecilla, <sup>12</sup>H. U. Ramón y Cajal, <sup>13</sup>H. U. Son Espases, <sup>14</sup>H. U. La Paz, <sup>15</sup>H. Clínic Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia, gravedad y factores asociados del Síndrome de apnea e hipopnea del sueño (SAHS) en pacientes con hipertensión refractaria (HT-Rf) definida como hipertensión arterial sin causa identificable y no controlada a pesar del uso de al menos 5 fármacos antihipertensivos.

**Metodología.** Estudio multicéntrico, transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes consecutivos diagnosticados de HTA en Unidades de Hipertensión; a todos ellos se les realizó un monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) durante 24 horas. A aquellos con HT-Rf se les realizó un estudio del sueño y un protocolo de recogida de datos clínicos, antropométricos, uso de medicación actual y comorbilidad cardiovascular asociada.

**Resultados.** Se incluyeron 229 pacientes, edad media de 58 años, (63% hombres), IMC medio de 34,3 kg/m<sup>2</sup>. 18.3% presentaban HT-Rf (42 pacientes). Todos los pacientes con HT-Rf presentaron SAHS (IAH≥5); 95.2% con IAH ≥15 y 64.3% presentaba un SAHS grave.

Los pacientes con HT-Rf presentaban un mayor perfil de riesgo cardiovascular, mayores cifras de presión arterial y mayor riesgo de padecer SAHS grave (OR 2,1). Los pacientes con SAHS asociaban un elevado porcentaje de HTA patrón no-dipper nocturna principalmente la presión arterial diastólica. No se evidenció diferencias en la edad, sexo o IMC.

**Conclusiones.** Los pacientes con HT-Rf asocian una mayor prevalencia y gravedad de SAHS. La presencia de SAHS conlleva un mayor riesgo cardiovascular, lo que destaca la necesidad de identificar a estos pacientes para remitirlos a unidades de sueño de forma preferencial.

## PÓSTER 15

**EFFECTO DE LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AÉREA (CPAP) EN PACIENTES CON HIPERTENSION REFRACTARIA Y APNEA DEL SUEÑO.**

Cristina Navarro Soriano<sup>1</sup>, María José Selma Ferrer<sup>2</sup>, Alberto García Ortega<sup>2</sup>, Grace Oscullo Yepez<sup>2</sup>, Laura Feced Olmos<sup>2</sup>, José Daniel Gómez Olivas<sup>2</sup>, Francisco Campos Rodríguez<sup>3</sup>, Miguel Ángel Martínez García<sup>2</sup>.

1. Hospital General de Requena, Valencia. 2. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. 3. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

**Introducción:** Está más que demostrada la relación entre la apnea del sueño y la HTA, sobretodo en la HTA resistente (HR) (aquella hipertensión que persiste descontrolada a pesar de 3 o más fármacos antihipertensivos), así como el efecto de la CPAP sobre el mejor control y la reducción de cifras tensionales. Sin embargo, no se ha analizado dicho efecto sobre un grupo de HTA de peor control, la HTA refractaria (HFR). **Material y métodos:** Realizamos un análisis posthoc del estudio HIPARCO en el que 194 pacientes con hipertensión resistente y apnea del sueño (IAH  $\geq$  15) se aleatorizaron a recibir tratamiento con CPAP o no durante 3 meses. A todos los pacientes se les realizó un MAPA tanto al inicio como al final del estudio. Se analizó el grupo de pacientes que cumplían criterios de HTA refractaria (24h-TAS  $\geq$  130 y/o 24h-TAD  $\geq$  80 mmHg a pesar de 5 o más fármacos antihipertensivos). **Resultados:** De los 194 pacientes que participaron 42 cumplieron criterios de HTA refractaria, de ellos 19 fueron aleatorizados a recibir CPAP, al igual que 79 de los 152 pacientes hipertensos resistentes restantes. Tras el análisis de los datos se observa que la CPAP desciende las cifras de TA en ambos grupos, siendo este descenso mayor en pacientes con HTA refractaria, siendo significativo para la TAS-24h (HRF/HR -9 vs -1.6 mmHg,  $p=0.021$ ). Con respecto al resto de medidas también se objetivó este descenso más marcado en el grupo de hipertensos refractarios, siendo el descenso de la TAD-24 horas de -7.3 vs -2.3 mmHg, en la TAS nocturna de -11.3 vs -3.8 y en la TAD nocturna de -8.8 vs -2.2. **Conclusiones:** El tratamiento con CPAP en pacientes con síndrome de apnea del sueño e HTA refractaria produce un descenso mayor de las cifras tensionales, especialmente nocturnas, en comparación con los pacientes con HTA resistente.

## PÓSTER 16

### **PAPEL DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN ANCIANOS CON APNEA DEL SUEÑO EN GRADO MODERADO**

Oscullo G. Ponce S. Pastor E, Orosa B, Catalán P. Martínez A. Hernández L. Muriel A. Chiner E. Martínez-García MA

H UyP la FE, H Peset, H San Juan, H Requena, H General Castellón, H General Alicante. H Ramón y Cajal Madrid (Grupo de trabajo SAHS y VMNI de la Sociedad Valenciana de Neumología)

**OBJETIVO:** Evaluar el efecto del tratamiento con CPAP en la clínica, calidad de vida y esferas neurocognitivas en ancianos diagnosticados de SAHS moderado.

**METODOLOGÍA:** Ensayo clínico controlado multicéntrico aleatorizado de pacientes  $\geq 70$  años con diagnóstico de SAHS moderado ( $IAH > 15 < 29.9$ ) todos ellos fueron randomizados de manera consecutiva a tratamiento con CPAP (73 pac) o sin CPAP (72 pac) durante 3 meses. A todos ellos se evaluó al inicio y final del estudio mediante la Escala de somnolencia de Epworth (ESS) y el Cuestionario del sueño de Quebec (QSQ), se evaluó además la presencia de ansiedad-depresión [HADS], cifras de tensión arterial y síntomas neurocognitivos.

**RESULTADOS** edad media 75 años (4.6); 61% hombres. La media de IAH fue de 22/h (4,8). 38% de los pacientes tenían  $ESS > 10$ . El 73% de los pacientes aleatorizados a tratamiento con CPAP tuvieron una buena adherencia (5 h/d DE:2.5), y la ESS disminuyó significativamente (-2.6, IC 95%: - 3.6 a -1.6). También presentaron mejoras significativas en los síntomas nocturnos, dominios sociales y emociones del QSQ. Se evidenció una correlación entre el efecto de la CPAP y la mejora en los valores de EES y los dominios de calidad de vida (coeficiente de correlación entre 0,3-0,35,  $p < 0,01$ )

El tratamiento con CPAP no logró un efecto significativo en las mediciones de la presión arterial y el estado neurocognitivo (incluidas la ansiedad y la depresión).

**CONCLUSIONES** El tratamiento con CPAP mejora la hipersomnia diurna, algunos síntomas relacionados con el sueño y los dominios de calidad de vida en pacientes ancianos con SAHS moderado. Existe una correlación significativa entre el número de horas de uso de CPAP y la magnitud de esta mejoría.

**Proyecto financiado por la Fundación Valenciana de Neumología**



## PÓSTER 17

**ESCALAS CLÍNICAS PARA PREDECIR LA INDICACIÓN DE CPAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SAHS**

L. Zamora Molina<sup>1</sup>, C.I. Davó Pérez<sup>2</sup>, E. Rosillo Hernández<sup>3</sup>, L. Hernández Blasco<sup>2,3</sup>, E. García Pachón<sup>1,2</sup>. <sup>1</sup>Hospital General Universitari d'Elx, <sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández de Elche, <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Alicante

**Objetivo:** Los recursos diagnósticos para el SAHS son limitados y se pueden generar demoras asistenciales significativas. Podría ser de interés disponer de escalas clínicas sencillas que permitan predecir qué pacientes tienen más probabilidad de requerir tratamiento y, por tanto, contribuir a la programación y gestión de estos recursos.

**Método:** Estudio retrospectivo de pacientes remitidos a la Unidad de Sueño (Multidisciplinar de Alta Complejidad) del Servicio de Neumología del HGU de Alicante para estudio diagnóstico. Evaluación del Cuestionario STOP-Bang (utilizado en la detección de SAHS en la población general), la Escala de somnolencia de Epworth y la Escala de Mallampati (y sus asociaciones) para detectar a los pacientes que finalmente recibieron la prescripción de CPAP.

**Resultados:** Los grupos (sin y con indicación de CPAP) diferían en resultados de STOP-Bang ( $3,7 \pm 1,3$  vs  $5,3 \pm 1,3$ ,  $p < 0,001$ ) y Epworth ( $7,6 \pm 4,9$  vs  $10,2 \pm 5,2$ ,  $p = 0,001$ ) pero no en Mallampati. Valores de SOPT-Bang iguales o mayores a 6 tienen una sensibilidad (S) del 45% y una especificidad (E) del 90% (valor predictivo positivo, VPP 91%), con resultados similares en hombres y en mujeres. Ningún paciente con STOP-Bang de inferior a 3 requirió CPAP. Valores de Epworth superiores a 10 tenían un VPP del 89% en hombres (S: 48%, E: 76%), pero no aportaban información útil en mujeres. Los valores de Mallampati no aportaban información que permitiera discriminar a estos grupos de pacientes. La combinación de las escalas clínicas no mejoraban de forma significativa los resultados obtenidos con el STOP-Bang.

**Conclusiones:** El cuestionario STOP-Bang es útil para la detección de pacientes que tienen gran probabilidad de precisar CPAP. Su aplicación en pacientes remitidos para estudio diagnóstico de SAHS puede contribuir a la decisión del uso de los recursos diagnósticos. Las escalas de Epworth y de Mallampati no aportan información adicional en estos pacientes.

## PÓSTER 18

### ADHERENCIA A LARGO PLAZO DE LA PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AÉREA (CPAP) EN PACIENTES CON HIPERTENSION RESISTENTE Y APNEA DEL SUEÑO.

Cristina Navarro Soriano<sup>1</sup>, Maria José Selma Ferrer<sup>2</sup>, Alberto García Ortega<sup>2</sup>, Grace Oscullo Yepez<sup>2</sup>, José Daniel Gómez Olivas<sup>2</sup>, Francisco Campos Rodríguez<sup>3</sup>, Miguel Ángel Martínez García<sup>2</sup>.

1. Hospital General de Requena. 2. Hospital U y P La Fe, Valencia.

3. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

**Introducción:** La CPAP es el tratamiento de elección del síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS). Sus efectos positivos están en relación con una buena adherencia y cumplimiento. Una de las indicaciones mejor establecidas de la CPAP en pacientes con patología cardiovascular y SAHS es la presencia de una hipertensión resistente (HR). El objetivo es analizar la adherencia de la CPAP a largo plazo en pacientes con HR. **Material y métodos:** Análisis observacional, prospectivo y multicéntrico en 177 pacientes con HR (24h-TAS  $\geq$  130 y/o 24h-TAD  $\geq$  80 mmHg a pesar de 3 o más antihipertensivos), diagnosticada mediante MAPA de 24h. A todos los pacientes se les realizó un estudio de sueño y se pautó CPAP siguiendo las recomendaciones actuales. Se definió como una buena adherencia el uso de CPAP de al menos 4 horas por noche.

**Resultados:** La edad mediana fue de 58 (52-65) años (66,1% varones); IAH 37 (26-51,5), IMC 30.8 (28-34.2) Kg/m<sup>2</sup>, Epworth 9 (6-12) y una presión de CPAP: 9 (8-10) cmH<sub>2</sub>O; 24h-TAS y 24h-TAD: 142 (135-152) y 83 (76-89) mmHg respectivamente. Los pacientes se siguieron una mediana de 57,6 (42-72) meses tras iniciar CPAP. Al finalizar el estudio la mediana de uso de la CPAP fue de 5,7 (3,9-6,6) horas por noche. El 74,5% de los pacientes presentaron una buena adherencia. En el análisis multivariado el antecedente de ictus (HR: 4 [IC95%: 1.98-8.3]; p<0.005) fue la variable que más se asoció a una mala adherencia a largo plazo. Por el contrario, una buena adherencia a corto plazo (primer mes de tratamiento) fue la variable que más se asoció a una buena adherencia a largo plazo (HR 14.4 [IC95%: 4.9-56]; p<0.005). **Conclusiones:** Conseguir una buena adherencia a largo plazo a la CPAP es un objetivo factible en pacientes con HR y SAHS a pesar de presentar escasos síntomas. En aquellos pacientes con ictus y durante el primer mes de tratamiento debe monitorizarse más estrechamente el tratamiento con CPAP para mejorar su adherencia a largo plazo.

## PÓSTER 19

### EFFECTIVIDAD DE LAS OSCILACIONES DE ALTA FRECUENCIA ASOCIADAS A LA TOS ASISTIDA MECÁNICAMENTE EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

*Elvira Bondía<sup>1</sup>, Jesús Sancho<sup>1,2</sup>, Enric Bures<sup>1,2</sup>, Santos Ferrer<sup>1,2</sup>, Emilio Servera<sup>1,2,3</sup>*

1. Unidad de Cuidados Respiratorios. Servicio de Neumología. Hospital Clínico Valencia, España.
2. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA.
3. Universidad de Valencia, Valencia, España

La tos asistida mediante in-exuflación mecánica (MIE) constituye la primera línea de tratamiento en el manejo de las secreciones de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). A fin de mejorar su efectividad, algunos dispositivos incorporan oscilaciones de alta frecuencia (HFO) a la MIE.

**Objetivos:** Valorar si las HFO añadidas a la MIE permiten disminuir la necesidad de técnicas invasivas para el manejo de las secreciones en el ELA.

**Metodología:** Estudio prospectivo, aleatorizado de 12 meses de seguimiento que incluyó a pacientes con ELA, en los que estaban indicadas las técnicas de tos asistida. A un grupo de ellos se les pautó HFO añadidas a la MIE y a otro MIE de forma convencional.

**Resultados:** se incluyeron 29 pacientes en el grupo MIE y 27 en el MIE-HFO. No se hallaron diferencias en las variables demográficas, de función neurológica ni respiratoria. 5 pacientes (8.9%) precisaron técnicas invasivas para el manejo de secreciones (3 en el grupo MIE y 2 en el MIE-HFO,  $p=0.700$ ). Las HFO no modificaron el riesgo de procedimientos invasivos (OR 0.69, 95%IC 0.10-4.50,  $p=0.701$ ). La media de infecciones respiratorias fue de  $0.58\pm 0.16$  en el grupo MIE y  $0.025\pm 0.08$  en el MIE-HFO ( $p=0.097$ ). La supervivencia en el grupo MIE fue de  $8.96\pm 0.18$  meses y en los del MIE-HFO  $7.70\pm 0.70$  meses ( $p=0.104$ ).

**Conclusiones:** Las HFO asociadas a MIE no disminuyen la necesidad de técnicas invasivas para el manejo de las secreciones respiratorias en los pacientes con ELA.

## PÓSTER 20

### **PACIENTES CON ACIDOSIS RESPIRATORIA EN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN**

Autores: Andrea Martínez Deltoro, Joan Llopis Pitarch, Fátima Andrés Franch, Sandra Fabregat Nebot, Laura Romero Francés, Selene Cuenca Peris, Ana Torrents Vilar, Estefanía Galera Lozano, Margarita Marín Royo, Juan Guallar Ballester. Hospital General Universitario de Castellón (HGUC)

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar las características de los pacientes que ingresaron por acidosis respiratoria en el HGUC en los últimos 8 meses. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo observacional en el que se incluyeron a los pacientes que ingresaron con acidosis respiratoria o que la desarrollaron durante el ingreso de junio (2018) a enero (2019). Se recogieron datos demográficos, principales patologías, datos gasométricos, si precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y si se pautó ventilación mecánica no invasiva (VMNI) tras el alta. También se registraron los éxitos. Resultados: Se incluyeron a 45 pacientes (51.1 % hombres). La edad media fue de  $77 \pm 10$  años. Un 62.2 % estaban diagnosticados de broncopatía crónica. Los Servicios donde ingresaron la mayoría de estos pacientes fueron Neumología (57.8%) y Medicina Interna (26.7%). Las patologías desencadenantes de la acidosis que predominaron fueron la exacerbación de EPOC (28.9%), Neumonía adquirida en la comunidad (13.3%), Insuficiencia cardíaca congestiva (13.3%) y bronquitis aguda (13.3%). De estos pacientes, el 24.4 % eran portadores de VMNI domiciliaria. El pH medio inicial fue de  $7.27 \pm 0.61$  y los días de estancia medios fueron  $12 \pm 7$ . Precisaron ingreso en la UCI un 6.7% de estos pacientes y se resolvió la acidosis en un 95.6% de los mismos. 7 pacientes fueron éxitos. Se pautó VMNI en el 60.7% de los pacientes que no la llevaban pautada previamente al ingreso.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con acidosis respiratoria que ingresaron en este período de tiempo en nuestro hospital, tenían diagnóstico de broncopatía crónica (62.2%), siendo la patología desencadenante más frecuente la exacerbación de EPOC (28.9%). El Servicio en el que con más frecuencia ingresaron estos pacientes fue en Neumología (57.8%) y la resolución de la acidosis se consiguió en casi la totalidad de los pacientes (95.6%). Sólo un 6.7% de ellos precisó ingreso en la UCI. En más la mitad de los pacientes que previamente no tenían pautada la VMNI, se indicó para domicilio.

## PÓSTER 21

### **EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN LA ADHERENCIA A LAS MISMAS.**

Selene Cuenca Peris, Estefanía Galera Lozano, Margarita Marín Royo, Joan Llopis Pitarch, Fátima Andrés Franch, Laura Romero Francés, Ana Torrents Vilar, Sandra Fabregat Nebot, Andrea Martínez Deltoro, Juan Guallar Ballester. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Castellón.

La eficiencia de las Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD) está ligada a su correcto uso y cumplimentación. En Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) mínimo 15 horas/día, y al menos 4 horas/día para CPAP y VMNI.

OBJETIVO: Demostrar la efectividad de una Consulta Monográfica (CM) de TRD en la mejora de la adherencia a las mismas.

METODOLOGÍA: Analizamos datos de cumplimiento de TRD en el Departamento de Salud de Castellón (280.000 habitantes) antes y después del inicio de la CM-TRD. Se incluyen pacientes desde octubre de 2017 hasta enero de 2019. Se citan en la consulta a pacientes no cumplidores. En aerosolterapia a los pacientes con la prescripción de la terapia caducada.

RESULTADOS: De un total de 7306 TRD prescritas: 3400 eran CPAP, 1480 BIPAP, 1115 OCD y 1056 nebulizadores, entre otros.

Del total de pacientes tratados con CPAP, el 45 % eran incumplidores (< 4h/día). De ellos, un total de 910 pacientes tenían un cumplimiento menor de 1 hora/día, cifra que disminuyó a 308 pacientes tras la CM-TRD. El 90% de los pacientes con OCD eran incumplidores, mejorando la adherencia un 11%. Además, se retiraron 140 dispositivos bipresión. Respecto a aerosolterapia no hay datos de cumplimiento. No obstante, se ha pasado de 1056 prescripciones a 740, a expensas de retirar las terapias que no se utilizaban.

CONCLUSIONES: Existen elevadas cifras de incumplimiento terapéutico de las TRD. La CM-TRD ha demostrado mejorar la adherencia a la CPAP en pacientes con diagnóstico de Síndrome apnea hipopnea del sueño, así como al tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria en otras patologías.

## PÓSTER 22

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR.**

Joan Llopis Pitarch, Fátima Andrés Franch, Ana Torrents Vilar, Selene Cuenca Peris, Josefina Bueso Fabra, Margarita Marín Royo, Sandra Fabregat Nebot, Andrea Martínez Deltoro, Laura Romero Francés, Estefanía Galera Lozano, Juan Guallar Ballester. Servicio de Neumología. Hospital General Universitari de Castelló.

**OBJETIVO:** Determinar las características de los pacientes con ELA en seguimiento por la Unidad Multidisciplinar en nuestro centro.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes con ELA. Se analizaron datos demográficos, clínicos, funcionales, gasométricos, de tratamiento y soporte ventilatorio.

**RESULTADOS:** Se reclutaron 32 pacientes (59,4% hombres), con una edad media de 61 años. La mayoría procedentes del área de salud de Castellón (56,3%), seguidos de La Plana (25%) y Vinaroz (18,8%). El fenotipo más frecuente fue el espinal (71,9%). El síntoma principal al inicio fue la debilidad (68,8%) y el tiempo medio desde su diagnóstico hasta el inicio de los síntomas respiratorios fue de 25 meses. El 87% no presentaban broncopatía asociada y el 75% eran no fumadores. La FVC media al diagnóstico era del 75,9%. 18 pacientes son portadores de VMNI (56%) y 3 de ellos de VMI. La pCO<sub>2</sub> media al inicio de la VMNI era de 46,8mmHg y el 40% presentaban spO<sub>2</sub> media <90% durante el sueño. La PIM media al inicio de la ventilación era de 50%, la de PEM 58% y del SNIP de 41,7%. El pico-flujo de tos medio antes del inicio de la VM, era de 232'7ml. El 43,8% de los pacientes tenía asistente de tos. El 53% no tenían las voluntades anticipadas. La mayoría de los pacientes a excepción de 5 fueron derivados para seguimiento por UHD.

**CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes diagnosticados de ELA en nuestro centro provienen del departamento de salud de Castelló, la mayoría no presentan broncopatía asociada y más de la mitad son portadores de VM. Al inicio de la VM, la mayoría presentaban hipercapnia y disminución de la PIM y PEM. La mitad de los pacientes no han manifestado sus voluntades anticipadas.

## PÓSTER 23

### **SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS COMO MÉTODO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

Díaz JL1,2, Sancho J2, Ferrer S2, Zafra MJ2,3, Servera E2,3.

1 AirLiquide HealthCare. 2 Unidad de Cuidados Respiratorios. Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. 3 Universitat de Valencia.

En pacientes en situación de alta vulnerabilidad física y psicológica la satisfacción percibida no está exclusivamente relacionada con el tratamiento médico recibido. La satisfacción engloba aspectos relacionados con la rapidez en la atención, la confianza y seguridad, atención personalizada y cercana y otros aspectos que amortiguan el ingreso en un medio altamente estresante. **Objetivo:** Evaluar la satisfacción y la calidad asistencial percibida por los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Respiratorios (UCR) de Alta Complejidad del Hospital Clínico Universitario. **Material y Método:** Tras la reestructuración de las instalaciones de la UCR y en el contexto de un Plan de Mejora Continua se inició un programa de evaluación mediante encuestas de satisfacción (anónimas y voluntarias) a todos los pacientes consecutivos atendidos en la UCR (03-09/2018). La encuesta constaba de 12 preguntas tipo Likert referentes a organización, seguridad, información recibida y proceso de toma de decisiones, privacidad, trabajo en equipo, satisfacción global e intención de recomendación a otros posibles usuarios. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes (edad 62,75+17,24 años). Ningún paciente evaluó negativamente alguno de los ítems y todos (100%) consideraron que siempre fueron bienvenidos a la UCR y recibieron la información oportuna. Un 97,1% siempre se sintieron seguros. Un 91,4% siempre se sintieron tratados con respeto, con la privacidad suficiente y que sabían a quién dirigirse para resolver sus dudas. Un 82,9% de los pacientes consideró que pudieron resolver sus dudas siempre que lo necesitaban y el 80% consideró que siempre formaron parte activa de su proceso de toma de decisiones clínicas. A la pregunta final de: “¿cómo calificaría en general la atención recibida durante su ingreso en la Unidad?”, el 57,1% la calificaron de “excelente” y el 42,9% restante de “buena” **Conclusiones:** Los resultados permiten calificar de satisfactorio el nivel de calidad percibido por los pacientes tratados durante una situación clínica de gravedad y proporcionan una referencia de los puntos a mejorar cuando el objetivo es la excelencia.

## PÓSTER 24

### **VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN**

*Llopis Pitarch J, Cuenca Peris S, Fabregat Nebot S, Andrés Franch F, Modesto Alapont M, Marín Royo M.* HGUCS, CHPCS.

**OBJETIVO:** Analizar el perfil de los pacientes portadores de ventilación mecánica domiciliaria (VMD) del departamento de salud de Castellón y evaluar su cumplimentación.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo, entre 2013 y 2018, en pacientes portadores de VMD. Se trata de una muestra de 366 pacientes en los que recogimos las siguientes características clínico-demográficas: Edad, sexo, IMC, horas de uso, diagnóstico, utilización de oxígeno (OCD) y número de ingresos por motivos respiratorios en los últimos dos años.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 366 pacientes (169 mujeres y 197 hombres) con una media de edad de 69 (DE 15). El diagnóstico más frecuente fue el de SHO, seguido de EPOC, enfermedades neuromusculares (ENM) y patología de caja torácica (PCT).

En el grupo de SHO hay 184 pacientes (105 mujeres y 79 hombres), con media de edad de 68 (DE 15), IMC 39,5 y 5,6 h de cumplimiento. Un 7,1% de los pacientes presentaron 3 o más ingresos. Un 38,5% precisaban OCD junto con la VMD.

El grupo de EPOC consta de 109 pacientes (85 hombres y 24 mujeres). La media de edad fue de 69 años (DE 10) con un IMC de 32,8 (DE 5,8). El cumplimiento medio fue de 5,4 horas (DE 3,34). El 14,7% presentaron 3 o más ingresos. Un 54% precisaba OCD.

40 pacientes presentaron ENM (16 mujeres y 24 hombres) con una media de edad de 51 años (DE 16). El IMC fue de 28,5 (DE 6). El cumplimiento fue de 6,3 horas (DE 5,2), el 30% precisaba oxígeno suplementario. Un 5% presentaron 3 o más ingresos.

El grupo de PCT se compone de 15 pacientes (7 hombres y 8 mujeres). La edad media fue de 73 años (DE 10). El IMC fue de 30,3 (DE 4,4), las horas de cumplimentación de 8,6 (DE 4,7), siendo el 47% de los pacientes portadores de OCD. Solo 1 paciente presentó más de 3 ingresos.

**CONCLUSIONES:** Los diagnósticos más frecuentes fueron SOH, EPOC y ENM. La cumplimentación en todos los grupos fue de >5 horas de media. El IMC fue mayor en el grupo de SOH y EPOC. Los pacientes con mayor tasa de ingreso fueron EPOC, al igual que los que más precisaban de OCD.



## PÓSTER 25

### **¿ES ÚTIL EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS FÍSTULAS BRONCOPLEURALES CON OLEATO DE ETANOLAMINA?**

Sandra Ruiz Alcaraz<sup>1</sup>, Maria Del Mar García Ródenas<sup>1</sup>, Paloma Ruiz Torregrosa<sup>1</sup>, Cleofé Fernández Aracil<sup>1</sup>, Julio Sesma<sup>2</sup>, Sergio Bolufer<sup>2</sup>, Concepción Martín Serrano<sup>1</sup>

Servicio de Neumología (1) y Servicio de Cirugía Torácica (2).  
HGUA. Departamento Medicina Clínica. UMH. ISABIAL, Alicante,  
Alicante, España

**Introducción:** Las fistulas bronquiales (FBP) siguen siendo una complicación grave tras la resección pulmonar. Se trata de un problema difícil de abordar por su complejidad y escasos estudios, suponiendo un reto para la Neumología Intervencionista. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la utilidad del Oleato de Etanolamina (OE) en el tratamiento endoscópico de las FBP.

**Metodología:** Estudio prospectivo de los pacientes con FBP postresección, diagnosticados con broncoscopia, tratados mediante inyección perifistular con oleato de etanolamina desde 2017 hasta Enero de 2019. Los datos recogidos han sido analizados mediante SPSS V21.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes, 2 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 65 años ( $\sigma$  +/- 7). La causa de la resección fue cáncer en el 87,5% de los pacientes. La media de sesiones para la resolución de la FBP fue de 1.75 ( $\sigma$  +/-1). Se consiguió el cierre completo con oleato en el 75% de los pacientes, en los otros fue necesario el uso de otras técnicas (cirugía, prótesis). No se produjo reapertura en ninguno de los casos. No hubo ninguna complicación grave.

**Conclusiones:** La esclerosis con OE permite el cierre de FBP pequeñas, con alto porcentaje de éxito, con un número reducido de aplicaciones y escasa morbilidad. Todo ello la convierte en una opción terapéutica a tener en cuenta. Es un procedimiento costo efectivo respecto al tratamiento quirúrgico o uso de otras técnicas.

## PÓSTER 26

### EBUS-TBNA Y PET-TC EN LA EVALUACIÓN DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD

Laura González Montes, Raquel Martínez Tomás, Marcos Prado Barragán, Andrés Briones Gómez, Josefina Artés Martínez, Mireya Prieto Rodríguez, Enrique Cases. Hospital UyP La Fe Valencia.

**Objetivos:** Analizar los resultados del EBUS-TBNA comparado con los del PET-TC en el estudio de adenopatías mediastínicas.

**Metodología:** Estudio prospectivo y observacional de pacientes a los que se les realizó EBUS-TBNA en la Unidad de Técnicas Respiratorias de nuestro hospital entre octubre de 2017 y julio de 2018. Se recogió datos clínicos, citológicos y por imagen.

**Resultados:** Se puncionó 181 adenopatías de 100 pacientes (edad media 63 años, 32% mujeres, 68% hombres) con un 8% de complicaciones: 3 pacientes con desaturaciones, 2 con hemorragias autolimitadas, 2 broncoespasmos y 1 cuadro hipotensivo.

Se realizó pruebas de imagen evolutivas al menos tras 4 meses del EBUS. De las 181 adenopatías, en 141 (78%) había correlación entre citología y evolución, en 8 (4%) la evolución fue sospechosa positiva a pesar de citología negativa y en 32 (17%) no se pudo determinar por muestra insuficiente o evolución desconocida.

Del total de pacientes, 60 tenían PET-TC previo al EBUS, puncionándose 106 adenopatías: en 20 (19%) el PET-TC fue positivo para neoplasia (SUV mayor de 3,5) y la citología negativa; en 11 (10%) el PET-TC fue negativo y la citología positiva; en 67 (63%) coincidían, y en 8 (7%) la muestra fue insuficiente. De los 20 pacientes con PET-TC positivo y citología negativa, 15 (75%) fueron evolutivamente negativos. Y de las 11 adenopatías negativas por PET-TC y positivas por citología, en 6 el resultado de la citología modificó el descriptor N del estadiaje TNM que había propuesto el PET-TC.

#### **Conclusiones:**

- El EBUS-TBNA tuvo complicaciones escasas.
- El mapeo adenopático mediante EBUS parece una herramienta imprescindible para el estadiaje neoplásico dado el considerable número de adenopatías positivas por citología catalogadas previamente como negativas por PET-TC. La optimización de la técnica podría además disminuir los resultados discrepantes entre citología y evolución.

## PÓSTER 27

### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRÓTESIS ENDOBRONQUIALES IMPLANTADAS EN UN HOSPITAL Terciario**

**Marcos Prado Barragán**, Raquel Martínez Tomás, Andrés Briones Gómez, Enrique Cases Viedma. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio ha sido analizar variables relacionadas con la colocación prótesis endobronquiales en los años 2017 y 2018 en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Análisis retrospectivo de pacientes remitidos para colocación de prótesis endobronquial. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia absoluta y/o relativa, y las variables continuas como media y desviación típica.

**RESULTADOS:** Analizamos 21 pacientes, un 61% varones de  $62 \pm 11$  años de edad. Todos con enfermedad maligna excepto un caso de fístula benigna. La histología más frecuente fue carcinoma epidermoide (54%). Un 44% de los pacientes tenían diagnóstico de enfermedad metastásica. El 45% habían recibido tratamiento previo. Sintomatología compatible con OVAS en un 41%. La localización de la estenosis fue traqueobronquial (43%). En un 33% ocupaba > 50% de la luz traqueal. El tiempo medio entre la propuesta y el procedimiento fue de  $8.13 \pm 9$  días. Se implantaron 14 prótesis de "Leufen" y 7 de "Dumon". 7 fueron cilíndricas y 14 en "Y". En un 28% de los casos se asoció dilatación y en un 19% se aplicaron otras técnicas. El tiempo medio de la intervención fue de  $66 \pm 31$  minutos. En 3 casos se produjeron complicaciones inmediatas. Las complicaciones tardías más frecuentes son la secreciones (54%). Un caso de estenosis. Se retiraron 2 prótesis de forma programada, una por resolución de la fístula. En un 48% se objetivó mejora de la disnea.

**CONCLUSIONES:** Las prótesis endobronquiales son una terapia paliativa eficaz que requiere seguimiento y control endoscópico periódico. Observamos una mejoría en la disnea en los pacientes con OVAS y una buena evolución en el caso de la fístula.

## PÓSTER 28

**¿QUE FACTORES DEL PACIENTE INFLUYEN EN EL TIPO DE RESECCION QUIRURGICA EN NEOPLASIAS PULMONARES?**

Elsie Meneses Petersen Rafael Navarro, Amparo Lluch, Estrella Fernández, Jessica Lozada, Sofia Ramirez, Noelia Carrión. Consorci Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivo:** Parte de la evaluación prequirúrgica en cirugía torácica consiste en medir la función respiratoria, evaluar comorbilidades que pueden condicionar el tipo de cirugía y/o favorecer aparición de complicaciones. El objetivo del estudio es valorar nuestros pacientes con neoplasia pulmonar sometidos a cirugía (CIR), complicaciones postCIR, que tipo de ellas y si existe factor predisponente para su aparición. **Método:** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por 8 meses (2017-2018). Recogimos datos preCIR, PFR (FVC%, FEV1%, DLco%), diagnóstico preCIR, comorbilidades, tabaquismo, tipo de CIR, complicaciones CIR (insuficiencia respiratoria, VMNI, VMI, neumonía/atelectasia, fiebre, shock, derrame pleural, neumotórax y reintervención), datos de mortalidad hasta postoperatorio tardío (40 días). Análisis descriptivo, factores que puedan influir en aparición de complicaciones postCIR, influencia de esos factores en el tipo de resección pulmonar practicado. Análisis estadístico: Chi-cuadrado para variables cualitativas, Anova no paramétrico (Kruskal-Wallis) para las cuantitativas. **Resultados:** Estudiamos 122 pacientes, 53 fueron excluidos del análisis por cirugía exploratoria. Los 69 restantes se intervinieron por neoplasias. Eran 47 hombres (68.1%) y 22 mujeres (31.9%), edad media fue 63 años. 53 pacientes (76,8%) tenían comorbilidades. El tipo de resección pulmonar fue lobectomía (42%), neumonectomía (4.3%), resección atípica (cuña) (47,8%), otro tipo (5,8%). Complicaciones postCIR en 46 pacientes (67,6%), la más frecuente fue insuficiencia respiratoria transitoria tras CIR (68,1%) y neumotórax (20,3%), sin relacionarse con comorbilidades, PFR, sexo, edad o cualquier otro factor previo a la intervención (tabla 1).

	Neumonectomía	Lobectomía	Cuña	Otros	p
No comorbilidades	100%	31%	91%	25%	0,002
FVC %	115,86 ± 18,8	107 ± 27,8	102,60 ± 24	72,33 ± 22,3	0,042
FEV1 %	100,13 ± 14,64	99,79 ± 14,34	87,06 ± 24,92	73,90 ± 15,51	0,025
Días UCI	1 ± 0,1	1,06 ± 0,45	0,84 ± 0,36	1,75 ± 1,50	0,070

**Conclusiones:** En nuestra serie, no encontramos diferencias en complicaciones postCIR según las características del paciente ni tipo de intervención. Sin embargo, el tipo de CIR aplicada es distinto en función de existencia de comorbilidades y peor función pulmonar.

## PÓSTER 29

### **UTILIDAD DE LA CRIOBIOPSIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS**

AUTORES: Esteve Andrea; Calvache Sergio; Herrera Susana; Inchaurreaga Ignacio; Mogrovejo Suliana. H.U Dr. Peset, Valencia

OBJETIVO: Valorar la rentabilidad diagnóstica de la criobiopsia en el estudio de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes con sospecha de EPID a los que se les realizó criobiopsia desde octubre de 2016 a enero de 2019.

RESULTADOS: Se analizaron 31 pacientes con edad media de 65 años, 18 (58.1%) hombres. Se realizó Lavado Broncoalveolar en 19 (61.3%). A nivel funcional tenían una media de FVC del 99% (52-143) y de DLCO 70% (41-99). Los patrones radiológicos en TC eran: Probable NIU 15 (48.4%); Inconsistente con NIU 2 (6.5%); NINE 5 (16.1%); Neumonía Organizada 1 (3.2%); NID 1 (3.2%); Sarcoidosis 2 (6.5%); Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) 4 (12.9%); Otros 1 (3.2%). Se realizó una media de 5 biopsias (2-7) con localización en LII 7 (22.6%); LSD 4 (12.9%); LID 20 (64.5%); LII+LINGULA 2 (7.4%). Las biopsias de 2 pacientes fueron no válidas. Como complicaciones obtuvimos neumotórax 3 (9.7%); sangrado Grado I 7 (22.6%), Grado II 2 (6.5%). Los diagnósticos por Anatomía Patológica fueron patrón NIU 1 (3.2%) probable NIU 7 (22.6%); indeterminado 7 (22.6%); inconsistente 8 (25.8%) otros 6 (19.4%); sin diagnóstico 2 (6.5%). Tras comité multidisciplinar (CMD) se obtuvo diagnóstico de: FPI 8 (25.8%); NH 9 (29%); EPID asociada a tejido conectivo 1 (3.2%); Toxicidad por fármacos 2 (6.5%); Sarcoidosis 1 (3.2%) y otros 4 (12.9%). No se consiguió diagnóstico en 6 pacientes. La Criobiopsia junto con la intervención del CMD permitió un diagnóstico en 25 pacientes (rentabilidad diagnóstica 80,6%).

CONCLUSIONES: La criobiopsia es una técnica con elevada rentabilidad en EPID y con baja incidencia de complicaciones.

## PÓSTER 30

### **SEDACIÓN CONSCIENTE DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE. ¿QUÉ LE APORTA AL PACIENTE?**

Pulido AM, Arroyo Y, Gilabert E, Maestre L, Sancho-Chust JN, Molina V, Vañes S, Esteban V, Pastor E, Chiner E. S. Neumología. H. U. Sant Joan d'Alacant

#### **Introducción y objetivos:**

Las principales razones de la utilización de la sedación consciente (SC) durante la broncoscopia flexible (FB) son mejorar la tolerancia del paciente (al aliviar la ansiedad y aumentar el confort) y facilitar el trabajo médico y de enfermería durante el procedimiento. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el impacto de la SC en la FB sobre la tolerancia del paciente, las maniobras diagnósticas realizadas, las complicaciones y la mortalidad.

#### **Material y métodos:**

Se analizaron prospectivamente las FB realizadas en la sala de bronoscopias durante un periodo de 12 meses. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, indicación de la FB, vía de entrada, empleo de SC, tipo y cantidad de sedante, anestésico local utilizado, biopsias y punciones realizadas, complicaciones y mortalidad.

#### **Resultados:**

Se incluyeron 496 bronoscopias, 66% varones, con una edad media de  $66\pm 14$  años [rango 11-93]. Las principales indicaciones fueron nódulo/masa pulmonar (27%), neumonía (21%), hemoptisis (9%) y atelectasia (8%). La vía de entrada más frecuente fue la nasal (93%). Se realizó SC en el 93% de los casos, todas con midazolam en bolos iv, con una dosis media de  $3.7\pm 1.4$ mg. La cantidad de anestésico local utilizado fue similar en las FB con SC y las FB sin SC (lidocaína  $22\pm 8$ mL vs  $22\pm 7$ mL,  $p=n.s.$ ). La tolerancia fue mejor en la FB con SC respecto a la FB sin SC (tolerancia regular 19% y mala 8% vs tolerancia regular 19% y mala 39% respectivamente,  $p<0.05$ ). Se realizaron significativamente más biopsias y punciones en las FB con SC vs las FB sin SC (35% y 8% vs 25% y 0% respectivamente,  $p<0.05$ ). No hubo diferencias en las complicaciones entre la FB con SC y sin SC (10% y 11% respectivamente,  $p=n.s.$ ). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad, que fue del 0% en ambos grupos.

#### **Conclusiones:**

La utilización de la SC durante la FB mejoró la tolerancia del paciente y permitió al personal sanitario la realización de más técnicas diagnósticas, todo ello de una forma segura al no aumentar las complicaciones ni la mortalidad.

## PÓSTER 31

**DOS AÑOS DE EBUS. APRENDIZAJE Y RENTABILIDAD.**

M<sup>a</sup> José Boix, Rosa Chiva, Enrique de Casimiro, M<sup>a</sup> Jesús Barranco, Araceli Aibar, Estrella Fernández-Fabrellas. ENFERMERIA. CHGU. Valencia

**Introducción.** Desde hace 2 años disponemos de EBUS, y el uso de una nueva técnica exige rentabilidad y aprendizaje. Nos proponemos evaluar ambas circunstancias trascurridos estos 2 primeros años.

**Método:** Estudio prospectivo longitudinal de pacientes consecutivos sometidos a EBUS (Abril´17-Febrero´19), incluidos en un registro que recoge datos clínicos, servicio solicitante, indicación y sospecha diagnóstica, diagnóstico de EBUS, diagnóstico definitivo y con qué técnica. El aprendizaje lo asemejamos al número de EBUS diagnósticas que no requieren confirmación por otras técnicas. Análisis descriptivo, Chi2 y correlación de Spearman.

**Resultados:** 102 exploraciones (46 el primer año y 51 el segundo) de pacientes de  $63,75 \pm 12$  años, 78,4% hombres. Los servicios solicitantes, sin diferencias por año ( $p=0.21$ ), son Neumología (65,7%), Oncología (19,6%), C. Torácica (6,9%), M. Interna (2,9%) y otros (5%). Indicaciones: nódulo/masa con adenopatías (47,1%), adenopatías mediastínicas (19,6%), masa parenquimatosa adyacente (15,7%), estadificación tumoral (14,7%), otras (2,9%). En 2º año, el %pacientes estudiados ambulatoriamente ha crecido respecto al 1º año (96,4% vs 87%;  $p=0.07$ ). Encontramos diferencias en indicaciones, siendo más frecuente en 2º año el estudio de nódulo/masa con adenopatías (53,6% vs 39,1%) y estudio de adenopatías (26,8% vs 10,9%) ( $p=0.004$ ). La principal sospecha para indicar la EBUS es estadificación tumoral (78,3% 1º año vs 75%;  $p=0,28$ ). Se obtiene material suficiente para diagnóstico confiable en 80,4% de casos del 1º año y 92% del 2º ( $p=0.1$ ). Si EBUS no es concluyente, la cirugía de resección pulmonar (6,5% en 1º año y 14,6% en 2º) proporciona el diagnóstico de certeza. Encontramos correlación significativa entre el diagnóstico obtenido por EBUS y el considerado definitivo de malignidad ( $r=0.56$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** En nuestro Departamento, la EBUS se ha consolidado como una técnica rentable, sobre todo para diagnosticar y estadificar neoplasias, siendo posible realizarla en régimen ambulatorio en la mayoría de los casos. El incremento de cirugía para confirmar el diagnóstico en el 2º año indica la mayor complejidad de esos casos, que no pueden ser diagnosticados por otros procedimientos.

## PÓSTER 32

### EVOLUCIÓN DEL CARCINOMA DE PULMÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

Ruiz Torregrosa P, Pascual Lledó JF, Ruiz Alcaraz S, Fernández Aracil MC, Martín Serrano C. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

**OBJETIVOS:** Estudiar la evolución de las características epidemiológicas y de los tipos histológicos de los carcinomas de pulmón (CP) diagnosticados en el HGUA en los últimos 20 años. **METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo. Revisión de todos los diagnósticos de CP en 1997, 2007 y 2017. Variables: edad, sexo, tipo histológico (TH) y tabaquismo. Las variables cualitativas se expresan como valor absoluto y entre () el porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como media y entre () la desviación estándar. La relación entre las variables se estudió mediante análisis de correspondencias múltiple (ACM), con SPSS v 21. Se consideró significación una  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Se diagnosticaron 407 casos de CP, 341 (83,8%) varones (V) y 66 (16,2%) mujeres (M). Edad media:  $65,8 \pm 10,8$  años. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad entre las categorías de todas las variables. Diagnósticos: 1997: 99 casos (24,3%); 2007: 162 (39,8%); 2017: 146 (35,9%). La frecuencia en M ha aumentado y en los V es estable. El TH más frecuente fue el adenocarcinoma (A) (171 casos (42%)) y los menos frecuentes, el carcinóide (7 (1,7%)) y el Indiferenciado (7 (1,7%)). Por años: 1997: CP Escamoso (E) (37 casos (37,4%)); 2007 y 2017: A (65 (40,1%) y 73 (50,0%) casos, respectivamente). Tendencia del tabaquismo: 1987: 59,8 a·p; 2007: 57,4 a·p; 2017: 52,0 a·p. El ACM se realizó para fumadores y mostró asociación 1) entre 1997, V, de edad 60-75 años, consumo de tabaco intermedio (41-70 a·paq), y CP E; 2) entre 2007, microcítico y célula grande, consumo elevado de tabaco (>70 a·paq); y 3) entre 2017, CP A, M, de edad 20-60 años y consumo de tabaco bajo (22-40 a·paq). **CONCLUSIONES:** Diagnóstico de casi un 12% más de CP que hace 20 años. Aumento de la prevalencia en M. El A es el cáncer cuya prevalencia ha aumentado más a lo largo de los años, y es la histología actualmente más frecuente.



## PÓSTER 33

**EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS MEDIANTE FIBROBRONCOSCOPIA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 25 AÑOS**

Molina V, Sancho Chust JN, Chiner E, Pastor E, Vañes S, Senent C, Castelló C, Gómez Merino E, Esteban V, Arriero JM, Pulido AM, Marco J H. U. Sant Joan d'Alacant

**Introducción**

Las series de cuerpos extraños (CE) y su extracción mediante fibrobroncoscopia (FB) son muy escasas. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la prevalencia, las características clínicas, radiológicas y endoscópicas de los pacientes adultos con CE traqueobronquiales, y revisar el papel de la FB.

**Material y métodos**

Se han revisado las historias clínicas y los informes de FB de todos los pacientes mayores de 18 años con CE atendidos entre 1994 y 2018 en nuestro Servicio, analizando sus características.

**Resultados**

De un total de 12053 FB se extrajeron 30 CE, lo que supone una prevalencia de 0.25%. Fueron varones 55%, con una edad media de  $62 \pm 12$  (32-81). El tiempo de evolución clínica fue de  $14 \pm 17$  días (1-60). Existía comorbilidad psiquiátrica en 27%. La indicación fue: atelectasia (30%), neumonía (33%), sospecha de CE (27%), exacerbación EPOC (3%), hemoptisis (3%) y sospecha de cáncer (4%). Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron síntomas de infección respiratoria y ocasionalmente un atragantamiento agudo. La radiología mostró atelectasia (39%), infiltrado alveolar (34%), densidad calcio (20%) y en 7% fue normal. El 72% de los CE se extrajeron del pulmón derecho, siendo el lóbulo inferior derecho la localización más frecuente. Los CE fueron de origen animal en 64%, vegetal en 23% e inorgánico en 13%. La infección bronquial complicó o acompañó el cuadro clínico en 14 casos, con aislamientos de: Actinomices (3), *S. constellatus* (2), *S. faecium* (2), *S. aureus* (1), *Serratia* (1), *Morganella* (2), *Prevotella* (1), *P. aeruginosa* (1), *Mycoplasma* (1) y *Acinetobacter* (1). La FB resultó útil en la extracción del 97% de los CE, con complicaciones escasas. Un caso precisó broncoscopia rígida y ningún paciente necesitó cirugía.

**Conclusiones**

La aspiración de CE es una situación infrecuente y de difícil diagnóstico en el adulto, con una prevalencia de 1 cada 400 FB. La FB permite extraer la mayoría, sin complicaciones inmediatas, pero la infección por microorganismos, principalmente de la flora orofaríngea, puede complicar su evolución.

## PÓSTER 34

### RESULTADOS DE UNA VIA RAPIDA EN PATOLOGIA MALIGNA PULMONAR

**AUTORES:** Prado Barragan M.<sup>1</sup>, Tordera Mora JM.<sup>1</sup>, Dayana Pita E.<sup>2</sup>, Mancheño Franch N.<sup>2</sup>, Ansótegui Barrera E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neumología del HUP La Fe, <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica del HUP La Fe

#### **OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

Hay pacientes con cáncer de pulmón que se pueden beneficiar de una limitación diagnóstica e ir directamente a un abordaje quirúrgico.

Hemos revisado todos los pacientes sometidos a biopsia intraoperatoria en nuestro hospital durante un período de 2 años con los objetivos de establecer la precisión de este procedimiento y las implicaciones que ha tenido en el tipo de cirugía realizada.

#### **RESULTADOS**

Se han realizado 112 biopsias intraoperatorias durante los años 2017 y 2018.

Los resultados de las biopsias intraoperatorias se han comparado con el resultado del análisis final: Lesiones benignas (B.) 23 (final B. 15 y M. 8) y malignas (M.) 94 (final B. 1 y M. 86).

Prácticamente la mitad de los abordajes quirúrgicos se hicieron por videocirugía y no se reseñaron complicaciones significativas asociadas al acto quirúrgico. El diagnóstico de malignidad extemporáneo permitió cambiar la intervención programada en 1/3 de los pacientes. El cambio más frecuente fue transformar una segmentectomía/cuña en una lobectomía.

#### **CONCLUSIONES**

1- El valor predictivo de malignidad del análisis de las muestras durante el acto quirúrgico es muy alto. Esto permite establecer una indicación quirúrgica precisa y por tanto lograr el objetivo de la resección completa en la mayoría de las lesiones malignas de pulmón. Sin embargo el 8,5% de los tumores malignos no fue posible identificarlos en la biopsia intraoperatoria y precisaron de un nuevo tratamiento en un segundo tiempo.

2-El análisis de la muestra intraoperatoria modificó la intención quirúrgica inicial en 1/3 de los casos demostrando la importancia de su realización en este tipo de procedimientos.

## PÓSTER 35

**ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER.**

Olga Beatriz Salamea Avila, Cristina De Juana Izquierdo, Marta Acosta Dávila, Andrea Esteve Villar Del Saz, María Climent Gregori, Ildelfonso Furest Carrasco, Ignacio Inchaurreaga Álvarez.

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Valencia, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón es la segunda causa de muerte en el mundo. La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes, por lo que la implementación de un protocolo de atención enfocado en el diagnóstico precoz es de gran utilidad.

**Objetivo:** Analizar la actividad de la vía rápida (VR) de diagnóstico de cáncer y de sus tiempos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico de todos los pacientes que han activado la VR desde enero a octubre 2018, por sospecha radiológica. Se analizan: características demográficas, falsas activaciones, pruebas diagnósticas y tiempos, y las características del cáncer.

**Resultados:** Se activó VR en 112 pacientes, 68 mujeres (53,1%), edad media  $64 \pm 11$  años, 31(27,7%) exfumadores y 60(53,6%) fumadores activos. Profesión de riesgo 22(19,6%), contacto TBC 17(15,2%), DM 28(25%), EPOC: 11(9,8%). Antecedente familiar de cáncer de pulmón 25(22,4%) y personal de cáncer 15(13,4%). Tras la realización de TAC Toráx mantuvieron la sospecha de cáncer 73(65,2%) de los que 42 masas y 31 nódulos pulmonares. Se realizó: Broncoscopia 60 con PAAF ciega de adenopatías a 28 (positivas 18; 64%) y biopsias bronquiales a 43 (positivas 42;93,3%). Biopsia percutánea transtorácicas 11 por TAC (8 positivas; 72,7%) y 9 por Ecografía (8 positivas; 88,9%). PET-TAC: 62 (55,4%) pacientes, con SUV medio de  $6,1 \pm 5,7$  (1-25). EBUS 10 pacientes, 2 positivos y 6 Mediastinoscopia 2 positivas. Diagnósticos de cáncer: 59 (52,7% activó VR): 37 adenocarcinomas, 12 escamosos, 7 microcíticos y 3 neuroendocrinos. Afectación ganglionar fué del 66%. Los estadios de los CPNM: 1 IA, 6 IB, 18 IIIA, 7 IIIB, 1 IIIC y 19 IV. Se remitieron 16 pacientes a Cirugía torácica: 10 lobectomías y 6 segmentectomías y a Oncología a 51 pacientes. Los tiempos analizados fueron (días): inicio VR hasta realizar TAC  $3,6 \pm 5,7$  (0-32), desde realización de TAC hasta 1ª visita en Neumología  $4,3 \pm 3,9$  (1-20), desde 1ª visita hasta realización de Broncoscopia  $2,5 \pm 7,7$  (1-24), desde 1ª visita hasta realizar PETTAC  $12,8 \pm 9,6$  y el tiempo desde el inicio hasta su derivación a Oncología o CTO fue de  $22 \pm 11,8$  (3-68).

**Conclusiones:** Mediante el protocolo de VR de cáncer se logra reducción en el tiempo de espera para el diagnóstico. Casi en la mitad de pacientes de VR se descarta patología tumoral. La PAAF ciega de adenopatías y la biopsia ecoguiada muestran alta eficiencia diagnóstica. La mayoría se diagnóstica en fase avanzada

## PÓSTER 36

### ENFERMEDAD PULMONAR GRANULOMATOSA LINFOCITARIA (GLILD) EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE (IDCV)

Panadero Maciá, M<sup>1</sup>; López Brull, H<sup>1</sup>; García Mullor, MM<sup>1</sup>; García Sevilla, R<sup>1</sup>; Marco de la Calle, FM<sup>2</sup>; Barroso Medel, E<sup>1</sup>; Martín Serrano, C<sup>1</sup>. 1. Servicio de Neumología. HGUA. 2. Servicio de Inmunología. HGUA. Departamento de Medicina Clínica. UMH. ISABIAL. Alicante, España.

**Objetivos:** Debido al aumento de las complicaciones no-infecciosas dentro de las IDCV, como la afectación pulmonar, nuestro objetivo ha sido describir las características de los pacientes con IDCV afectados de GLILD de nuestro hospital. **Metodología:** Estudio descriptivo de serie de casos de pacientes recogidos en el periodo comprendido entre 2000 y 2017. Se analizaron las características de los pacientes con el programa SPSS v.21. **Resultados:** Se incluyeron 8 que presentaban GLILD (19%). La edad media fue de 42±9 años. El 62.5% fueron mujeres. El 75% de los casos la IDCV fue de tipo MBO. En 6 pacientes el diagnóstico de IDCV precedió al de GLILD. En el 50%, el porcentaje de LB estaba disminuido. El 71.5% presentaron un incremento de LB CD21low, y una disminución de LB con cambio de Isotipo. El TCAR fue diagnóstico en todos los casos. La biopsia pulmonar quirúrgica (BPQ) se realizó en el 62.5%, siendo el patrón más frecuente la Neumonía intersticial linfoide (60%). Se observó una disminución de la DLCO en un 85.8%. Todos los pacientes recibieron tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas, y un 62.5% tratamiento combinado con corticoides e inmunosupresores. La mortalidad fue 0%. **Conclusiones:** La GLILD es una complicación infrecuente en la IDCV. Se ha observado una marcada disminución de la DLCO. El TCAR es concluyente en todos los casos, reservándose la BPQ en caso de sospecha de enfermedad linfoproliferativa. Se ha observado un porcentaje elevado de manifestaciones extrapulmonares autoinmunes. El tratamiento combinado ha sido eficaz en nuestra serie.

## PÓSTER 37

### **BROTE DE SILICOSIS EN TRABAJADORES EXPUESTOS A SILESTONE.**

Cristina Sabater<sup>1</sup>, Gustavo Juan<sup>1</sup>, Mercedes Ramón<sup>1</sup>, Vanessa Jaimes<sup>1</sup>, Estrella Fernández<sup>1</sup>.

1. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de un brote de silicosis ocupacional, de particular gravedad, asociada a la exposición a silestone.

**Metodología.** Incluimos 5 pacientes expuestos a granito y silestone en su trabajo dedicado a la fabricación y acabado de encimeras de cocina, diagnosticados en los últimos 5 años en el Servicio de Neumología del CHGUV. Se realizó un análisis retrospectivo de los datos clínicos y de exposición extraídos de la historia clínica.

**Resultados.** Los pacientes son todos varones entre 32 y 60 años. Habían estado expuestos a silestone durante un periodo de tiempo relativamente corto, 3 de ellos entre 6 y 8 años y los otros 2 más de 15 años. Todos presentaban disnea clase II a III y 3 de ellos tos seca. Las manifestaciones radiológicas eran de patrón micronodular y adenopatías mediastínicas en todos ellos y 4 tenían además conglomerados, masas y patrón alveolar bilateral (silicosis acelerada dado el tiempo de exposición). En un paciente se confirmó el diagnóstico de silicosis acelerada con biopsia quirúrgica. Funcionalmente 4 pacientes presentaban un patrón restrictivo moderado-grave al diagnóstico, con disminución de la difusión y en 1 caso un patrón obstructivo grave con afectación de la DLCO. En controles sucesivos el deterioro funcional siguió un curso estable en 2 pacientes y ha progresado en los otros 3, uno de ellos con afectación funcional restrictiva grave, insuficiencia respiratoria y actualmente está en lista de trasplante pulmonar.

**Conclusiones.** 1. Presentamos un brote de silicosis de curso acelerado con grave afectación funcional, en pacientes jóvenes, con tiempos de exposición cortos, debido al trabajo de corte y finalización en la fabricación de encimeras de cocina con silestone. 2. La afectación radiológica es extensa y progresiva con un deterioro acelerado de la función pulmonar. 3. Resaltar la gravedad de esta patología con implicaciones a nivel laboral, económico y sanitario, siendo necesario controlar esta actividad laboral y el uso de un producto, al parecer, tan peligroso.

## PÓSTER 38

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA FPI EN ESPAÑA: REGISTRO NACIONAL DE SEPAR.**

Cristina Sabater<sup>1</sup>, Estrella Fernández-Fabrellas<sup>1</sup>, María Molina<sup>2</sup>, Joan Soriano<sup>3</sup>, J. Antonio Rodríguez Portal<sup>4</sup>, Julio Ancochea<sup>3</sup>, Claudia Valenzuela<sup>3</sup>, Antoni Xaubet<sup>5</sup>. <sup>1</sup>CHGU (Valencia), <sup>2</sup>HU de Bellvitge, (Barcelona), <sup>3</sup>HU La Princesa (Madrid), <sup>4</sup>HU Virgen del Rocío (Sevilla), <sup>5</sup>H. Clínic (Barcelona).

**Introducción:** En 2014 se inicia el Registro de FPI de SEPAR con el objetivo principal de estudiar su perfil clínico y demográfico, describir comorbilidades, procedimientos diagnósticos, tratamiento y evolución clínica.

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Variables analizadas: edad, %FVC, %DLCO y T6MM al diagnóstico, comorbilidades y hábito tabáquico. Tratamiento antifibrótico. Se presenta análisis descriptivo y de supervivencia.

**Resultados:** Análisis de 608 pacientes, 80,8% hombres, edad 70.2 9.2 años, IMC 28.2 4.2 kg/m<sup>2</sup> y exfumadores (63.7%).

Comorbilidades más frecuentes: diabetes (15.8%), enfermedad respiratoria crónica (15.6%), RGE (12.8%), enfisema (12.1%) y enfermedad coronaria (8.6%). Al diagnóstico: 89% tenía crepitantes velcro, 84.7% disnea, 62.8% tos no productiva y 29.4% acropaquias; FVC 77.6± 19.4%, DLCO 48.5±17.7%, T6MM 423.5±110.4 metros. Prueba diagnóstica: 55% por TCAR en un contexto clínico apropiado, 21.2% por VATS y 32.8% por DMD. 51.5% recibieron pirfenidona y 17.9% nintedanib; el 24.7% de los tratados con antifibróticos tuvieron algún efecto adverso. La supervivencia media fue 5.8 años, y la mayoría fallecieron por progresión de enfermedad. DLCO% basal fue el único factor de riesgo independiente para mortalidad.

#### **Conclusiones**

1. Las características demográficas de los pacientes FPI están en concordancia con otros registros nacionales.
2. El diagnóstico definitivo se basa principalmente en TCAR dentro de un contexto clínico adecuado, siendo pocos los pacientes que requieren procedimientos invasivos.
3. Este registro debería ayudar a determinar mejor las características actuales y las tendencias futuras de los pacientes con FPI en España, y compararlos con otros registros y cohortes.

*Este trabajo ha contado con la ayuda de ROCHE-Farma*

## PÓSTER 39

**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS-ENFISEMA (CPFE) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FPI**

Sergio Calvo Chumillas<sup>1</sup>, Estrella Fernández-Fabrellas<sup>2</sup>, Gustavo Juan<sup>2</sup>, Diana Barandica<sup>2</sup>, Cristina Sabater<sup>2</sup>, Rafael Navarro<sup>2</sup>.  
Neumología. <sup>1</sup>Facultad de Medicina. <sup>2</sup>CHGU. Valencia

**Introducción:** La proporción de pacientes con FPI que tienen enfisema, y por tanto CPFE, varía entre 8%-50% según las series, sin que exista un criterio universalmente aceptado sobre la extensión del enfisema necesaria para su diagnóstico. Nos propusimos identificar los pacientes con CPFE y compararlos con los FPI en nuestra cohorte, el tratamiento administrado y su evolución (éxitus).

**Pacientes y método:** Estudio prospectivo longitudinal (2011-2018) de pacientes diagnosticados de FPI en nuestra consulta monográfica de EPID. Se recogieron datos al diagnóstico: edad, sexo, hábito tabáquico, síntomas y signos, patrones de TCAR y presencia de enfisema, extensión de la fibrosis según Composite Physiologic Index (CPI), PFR y T6MM, tratamiento antifibrótico en algún momento del seguimiento, y la evolución (éxitus).

**Resultados:** Analizamos 106 pacientes, 78,3% hombres, de edad 72,75±9,26 años, 60,4% ex-fumadores. 82 fueron diagnosticados de FPI (77,3%) y 24 de CPFE (22,6%). Encontramos diferencias significativas en cuanto al género, hábito tabáquico, %DLCO y peor intercambio gaseoso al diagnóstico en CPFE. Aunque ambos grupos mostraban un patrón funcional restrictivo, CPI fue significativamente mayor en CPFE (57,92±8,19 vs 49,19±13,7; p=0.001), mostrando así un predominio de la extensión de la fibrosis respecto al enfisema. 79,2% CPFE y 62,2% FPI fueron tratados con antifibróticos en algún momento de su evolución (p=0.12). No hubo diferencias en %éxitus (FPI 40,2% vs CPFE 25%, p=0.23) ni en la supervivencia, siendo para FPI 251,5±22,3 semanas y para CPFE 323,2±56,7 (p=0.32).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, encontramos una proporción importante de CPFE, que se diagnostican con mayor deterioro funcional, predominio del patrón restrictivo pero CPI elevado, lo que indicaría un predominio funcional y morfológico de la fibrosis sobre el enfisema. Esto podría explicar en parte, además del abordaje terapéutico similar en nuestra consulta, la evolución semejante de ambos grupos de pacientes.

## PÓSTER 40

### “ANÁLISIS DE INFECCIÓN POR ASPERGILLUS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA”

Sergio Calvache Castillo, Rubén Lera Álvarez, Loubna Dahmazi, Cristina De Juana Izquierdo, Andrea Esteve Villar Del Saz, Alberto Herrejón Silvestre, Eva Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Valencia, España

**Introducción:** Cada vez con más frecuencia encontramos cultivos positivos para hongos, siendo *Aspergillus* de los más prevalentes. El diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico.

**Objetivos:** Presentar características de pacientes con infección por *Aspergillus*.

**Metodología:** Analizamos las características clínicas y radiológicas de la población atendida en el servicio de neumología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia con aislamiento de *Aspergillus* durante 2 años (2016-2018).

**Resultados:** 23 pacientes (73.9% mujeres) de 65.09±12.32 años tuvieron algún cultivo positivo para *Aspergillus* (43.5% en BAL; 34.8% BAS; 13% cultivo esputo; 4.3% biopsia transbronquial). En cuanto a las comorbilidades previas: 11 (47.8%) tenían bronquiectasias, 5 (21.7%) eran EPOC y 3 (13%) diagnosticados de asma. 5 (21.7%) diabéticos y 9 (39.1%) estaban tomando corticoides inhalados. 6 (26.1%) inmunosuprimidos en el momento del diagnóstico, principalmente por la toma de algún fármaco biológico. A todos ellos se les realizó determinación de galactomanano en el BAL siendo positivo en 10 (43.5%) y en sangre fue positivo 1 paciente (4.3%). Los hallazgos en el TC inicial mostraban en 12 (52.2%) un infiltrado seguido de nódulos o masas con/sin cavitación en 9 (39.1%) pacientes. Recibieron tratamiento con voriconazol durante: <3 meses 16 (69.6%) y de 3-6 meses 5 (21.7%). En 10 (43.5%) hubo resolución radiológica completa y en 9 (39.1%) hubo mejoría, 4 (17.4%) no presentaron cambios. El diagnóstico final fue de infección por *Aspergillus* en 20 (87%), *Aspergillosis* invasiva en 2 (8.7%) y micetoma en 1 (4.3%). 4 (17.4%) pacientes fueron exitus.

**Conclusiones:** 1. Existe baja concordancia entre los cultivos broncoscópicos positivos para *Aspergillus* y la positividad de galactomanano en sangre o BAL. 2. La determinación de cultivos de hongos puede ser útil ante el diagnóstico de consolidaciones pulmonares. 3. El aislamiento de cultivos positivos para *Aspergillus* tiene una alta mortalidad en nuestros pacientes



## PÓSTER 41

**SUPERVIVENCIA DE LA FPI EN LA ERA ANTIFIBRÓTICA. ANÁLISIS COMPARATIVO. REGISTRO FPI DE SEPAR.**

Vanesa Jaimes<sup>1</sup>, J. Antonio Rodríguez Portal<sup>2</sup>, Estrella Fernández-Fabrellas<sup>1</sup>, Myriam Aburto<sup>3</sup>, Claudia Valenzuela<sup>4</sup>, Lourdes Planas<sup>5</sup>, Raquel García-Sevila<sup>6</sup>, Elena Bollo<sup>7</sup>, Susana Herrera<sup>8</sup>, J. María González<sup>9</sup>, Rafaela Sánchez<sup>10</sup>. <sup>1</sup>CHGU (Valencia), <sup>2</sup>HU Virgen del Rocio (Sevilla), <sup>3</sup>H. Galdakao-Usansolo (Vizcaya), <sup>4</sup>HU La Princesa (Madrid), <sup>5</sup>HU Bellvitge (Barcelona), <sup>6</sup>HGU (Alicante), <sup>7</sup>CAU (León), <sup>8</sup>HU Dr. Peset (Valencia), <sup>9</sup>HU (Salamanca), <sup>10</sup>HU Ntra Señora del Perpetuo Socorro (Albacete).

**Introducción:** Cuatro años después de su puesta en marcha, el Registro FPI de SEPAR cuenta con el mayor número de pacientes incluidos de los registros publicados hasta ahora.

**Pacientes y método:** Registro prospectivo, observacional y multicéntrico con la participación de 68 hospitales públicos. Para este trabajo hemos analizado los cambios en el manejo terapéutico de los pacientes con FPI en estos 4 años de Registro, y su eficacia basándonos en el análisis de la supervivencia.

**Resultados:** 811 pacientes incluidos, 80,8% hombres, edad media  $69,8 \pm 8,5$  años, IMC  $28,1 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup> y exfumadores (64.7%). El tiempo desde la aparición de síntomas hasta el diagnóstico es  $19,91 \pm 21$  meses frente a 2015 (288 pacientes) que era  $26,8 \pm 27$  ( $p < 0.001$ ). Actualmente, 77,1% de pacientes (625) llevan tratamiento antifibrótico frente al 50% (144) en 2015 ( $p < 0.001$ ), siendo prescrito desde el diagnóstico en 74,6%. La mediana de supervivencia es 56,5% a los 5 años, con diferencias estadísticamente significativas para los tratados con antifibróticos  $\geq 1$  año frente a los no tratados o  $< 1$  año (6,07 vs 4,42 años;  $p = 0.0001$ ). La ratio de supervivencia anual desde el diagnóstico es significativamente mayor para los tratados  $\geq 1$  año. La tasa global de éxito es 28%, siendo la causa principal la progresión de la enfermedad (51,5%).

**Conclusiones:** 1. Actualmente, la FPI se diagnostica antes en España, con un importante aumento de la indicación de tratamiento antifibrótico al diagnóstico. 2. Se observa un significativo incremento de la supervivencia en los pacientes con tratamiento antifibrótico durante al menos 1 año, que se mantiene durante los primeros 5 años de tratamiento.

*Este trabajo ha contado con la ayuda de ROCHE-Farma*

## PÓSTER 42

### **Título: PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) Y CÁNCER DE PULMÓN (CP) EN UNA SERIE DEL HGUA.**

María Ángeles Martínez García, Sandra Ruiz Alcaraz, Ignacio Gayá García-Manso, Raquel García Sevilla, Juan Gil Carbonell, Concepción Martín Serrano. Servicio de Neumología. HGUA. Departamento Medicina Clínica. UMH. ISABIAL., Alicante, España

**Objetivos:** Los pacientes con EPID tienen mal pronóstico y mayor riesgo de desarrollar CP. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) se ha descrito como factor de riesgo independiente de CP. El objetivo de este estudio es describir los pacientes con EPID que desarrollan CP y ver su supervivencia. **Metodología:** Se ha realizado un estudio retrospectivo con pacientes con EPID diagnosticados entre 2012-2017 en el HGUA. Se han estudiado los datos demográficos, tabaquismo, pruebas funcionales, tipo de EPID, histología, localización y estadio del tumor y supervivencia. El estudio estadístico se ha realizado con Spss Statistics 22.0 y el de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Se analizaron a 216 pacientes con EPID, de los cuales 15 desarrollaron CP. La edad media al diagnóstico fue  $74.9 \pm 8.1$  años, con un 93.3% de hombres. El 53.3% eran exfumadores y el 46.7% fumadores activos y la media de índice años-paquete  $50.3 \pm 21.5$ . La media de FVC  $80.3\% \pm 20.3\%$  y de DLCO  $41.4\% \pm 11.0\%$ . El 40.0% de los tumores se localizaban en LSI, el 33.3% fueron carcinoma epidermoide y el 33.3% eran estadio IV. Recibieron tratamiento el 46.7%, de los cuales solo uno quirúrgico, que sufrió una exacerbación aguda (EA) postlobectomía. Fallecieron el 93.3% de pacientes con EPID y CP, con una mediana de supervivencia de 12.4 meses [4.5-20.3], frente a 46.3% de fallecidos con EPID sin CP, con una mediana de supervivencia de 55.1 meses [40.0-70.1], una diferencia que fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** El CP es una complicación de la EPID que ensombrece su pronóstico, ya de por sí pobre. En nuestra serie, el tipo histológico más frecuente ha sido el epidermoide y la localización en LSI. El diagnóstico de CP en EPID se correlaciona con una mayor tasa de mortalidad y menor tiempo de supervivencia respecto a pacientes con EPID sin CP.

## PÓSTER 43

### **“LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS, UNA NEOPLASIA DE CURSO RELATIVAMENTE BENIGNO”**

Jaimés Sherlyne Vanessa, Juan Gustavo, Fernández Estrella, Ramón Mercedes, Sabater Cristina. Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivos:** Presentamos nuestra serie de 10 pacientes afectas de Linfangioleiomiomatosis (LAM) que han permanecido en seguimiento durante hasta 30 años en consulta y analizaremos su evolución y la posible influencia del tratamiento.

**Metodología:** Realizamos una revisión descriptiva y retrospectiva de la evolución de pacientes con LAM de nuestra consulta, en el departamento 9 del Hospital General Universitario de Valencia determinando la variación del FEV1 y la DLCO en pacientes tratadas y no tratadas desde 1998 a la actualidad.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 10 pacientes, incluyendo exploración funcional de  $\leq 2$  años 40%, 3-4 años 40% y 20% desde 7 hasta 20 años. En 2 pacientes el diagnóstico fue Esclerosis Tuberosa-LAM, 8 fueron LAM Esporádica, 7 con histología positiva. La clínica de debut más frecuente fue neumotórax 50%, quilotórax 10% y en 40% fue un hallazgo incidental. 20% de casos LAM Esporádicas presentaron linfangiomas retroperitoneales y el 100% de las ET presentaron angiomiolipomas renales. 60% tenían volúmenes y flujos normales al diagnóstico, 30% patrón obstructivo y 10% restrictivo. La DLCO fue reducida en el 60% al diagnóstico. La caída media anual del FEV1 y DLCO en pacientes pre-menopáusicas fue -8.75 y -1.9, mientras en menopáusicas fue -35 y -2.4 respectivamente. Entre las pacientes tratadas, una durante más de 10 años redujo la pérdida de función pulmonar en 16 ml/año tras el inicio del tratamiento, el resto perdió 74 ml/año en promedio con  $\leq$  a 3 años de evolución con tratamiento. No se produjeron muertes y se indicó trasplante pulmonar en el 20%. En nuestra serie la supervivencia libre de trasplante fue 90% a los 10 años y 80% a los 20 años.

**Conclusiones:** La supervivencia libre de trasplante y la caída media FEV1-15 ml/año en no tratadas pone de manifiesto el curso relativamente benigno de la enfermedad. Sin embargo, la evolución es muy variable de un individuo a otro.

## PÓSTER 44

### **DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y EMPIEMA: ANÁLISIS DE UNA SERIE CLÍNICA DE 15 AÑOS**

Molina V, Chiner E, Sancho-Chust JN, Vañes S, Pastor E, Senent C, Esteban V, Pulido AM. H. U Sant Joan d'Alacant

**Objetivos:** El derrame pleural paraneumónico complicado (DPPC) y el empiema pleural (EP) requieren un manejo específico basado en un adecuado tratamiento antibiótico, drenaje con o sin fibrinolíticos.

**Material y métodos:** Evaluamos las características epidemiológicas, bioquímicas y los factores de riesgo en una serie de DPPC y EP a lo largo de 20 años en un S. de Neumología, a partir de la clínica y la toracocentesis (TC) diagnóstica.

**Resultados:** Se diagnosticó DPPC y EP en 163 pacientes, 77% hombres y 23% mujeres, edad  $59 \pm 17$  años, que representaron el 35% de los 471 DP paraneumónicos. Los factores de riesgo fueron: ninguno (38%), neoplasia 18%, d. mellitus (12%), enf. periodontal y aspiración 10%, enolismo (6%), enf. Pulmonar previa (5%), cirugía (5%) y otros (6%). Presentaban organización 60%. Fueron purulentos 38%, turbios 29%, serohemáticos 17%, ambarino 16% con pH:  $6.88 \pm 0.44$ , PMN:  $80 \pm 20\%$ , LDH:  $4497 \pm 9497$ , glucosa:  $53 \pm 48$ , prots.:  $4.2 \pm 2.4$ . Precisaron drenaje 87% y fibrinolíticos 55%, con una media de  $8 \pm 5$  días, estancia  $16 \pm 13$  y fueron recidivantes 10%. Fallecieron 15% (asociado a enfermedad de base) y 5.5% precisaron cirugía. Se aislaron uno o más microorganismos en 65%: gram + anaerobio 41%, gram + aerobio 25%, mixtos 19%, gram – aerobio 10%, gram – anaerobio 4%, hongos 1%, con mayor % de cultivos en los purulentos ( $p < 0.001$ ). Los pacientes sin antecedentes previos eran significativamente más jóvenes ( $55 \pm 17$  vs  $63 \pm 17$  ( $p < 0.001$ )) y tuvieron menos días de drenaje ( $p < 0.05$ ). Al comparar los pacientes con edad mayor o menor de 50 años se observaron diferencias significativas en antecedentes ( $p < 0.05$ ), recidivas ( $p = 0.06$ ), resolución ( $p < 0.01$ ) y exitus ( $p < 0.01$ ) en los más mayores. No se encontraron diferencias al comparar estancia hospitalaria y tiempo de drenaje entre los que recibieron fibrinólisis o no, ni tampoco por características bioquímicas o macroscópicas.

**Conclusiones:** El DPPC y el EP tienen un comportamiento clínico y microbiológico distinto según la población afecta, principalmente individuos jóvenes y pacientes con comorbilidad, presentando éstos mayor mortalidad. Los microorganismos más habituales son de la flora orofaríngea y una cuarta parte presentan aislamientos múltiples. Drenaje precoz, antibioterapia y fibrinolíticos fueron empleados en la mayoría de pacientes.

## PÓSTER 45

**ESTATINAS Y FIBROSIS PULMONAR: UNA ASOCIACION FRECUENTE**

**Jose Belda Ramirez**<sup>1</sup>, Amando Mengual Sendra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio Neumología y <sup>2</sup>Servicio de Farmacia.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, Valencia, España

**Introducción:** Aunque las estatinas son hipolipemiantes muy utilizados en la población general en Pneumotox® se recogen múltiples casos descritos de enfermedad intersticial pulmonar (EPID) en relación con ellas. Son inhibidores de HMG-CoA reductasa que reducen el colesterol plasmático. Se ha descrito que en el pulmón podrían inhibir la migración de las células germinales, inmunomodulador-antiinflamatorio y aumentan el surfactante D que parecen beneficiosos, por lo que su toxicidad pulmonar está cuestionada. Recientemente hemos tenido 3 casos de posible EPID por estatinas por lo que hemos analizado la asociación EPID/estatinas en nuestro departamento (309.993 habitantes) y determinado el riesgo de padecer EPID entre los que tomaban estatinas y los que no.

**Material y métodos:** Se seleccionaron los consumidores de al menos 6 meses de los registros de farmacia (Farmacost®) en 2017. De la base de datos clínica Abucasis® se seleccionaron los pacientes con EPID según la ICD-9. Se cruzaron ambas bases y se obtuvieron los pacientes con EPID que ya tomaban estatinas antes de la EPID, los que ya la padecían antes y los que no. Se recogieron edad, sexo, empleo, fármacos, comorbilidad, radiología y función pulmonar.

**Resultados:** Los resultados mostraron que tomaban estatinas 27.663 pacientes y que había 96 diagnosticados de EPID de los cuales 55 tomaban estatinas. Esto estableció un OR de 13,7 veces más elevado de EPID entre los que tomaban estatinas. Después del ajuste para los factores de confusión (exposición de riesgo pulmonar o uso de otros fármacos neumolesivos) se mantuvo esta asociación.

**Conclusiones:** La asociación entre EPID y estatinas no parece casual aunque probablemente intervenga algún factor predisponente genético o exposicional.

## PÓSTER 46

### **PRESENTACIÓN DE LA SARCOIDOSIS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE PATOLOGÍA INTERSTICIAL**

Minerva Sofía Ramírez González, Gustavo Juan Samper, Jessica Sara Lozada Bonilla, Elsie Meneses, Noelia Carrión Collado, Francisco Sanz, Estrella Fernández.

1 servicio de Neumología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

#### OBJETIVOS

Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en una consulta monográfica de EPID.

#### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con sospecha de sarcoidosis remitidos a la consulta de enfermedades intersticiales del CHGUV en el periodo 2012-2018.

Se incluyeron para el análisis todos los casos de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de granulomatosis epitelioides no necrotizante una vez descartada otra patología que lo justificase.

#### RESULTADOS

Analizamos un total de 42 pacientes diagnosticados de sarcoidosis cuya edad media en el momento del diagnóstico fue de 57 años, sin observar un predominio de género. La presentación clínica más frecuente fueron las lesiones cutáneas (40.5%). El 35.7% presentó disnea en el momento del diagnóstico. El estadio radiológico más frecuente fue el I (54.8%) seguido por el II (23.8%). Observamos alteraciones analíticas sugestivas de sarcoidosis en el 47.6% de los casos, siendo la más frecuente la elevación de la ECA (50%). Observamos alteraciones en la función pulmonar en un 40.5% de los casos, principalmente afectación del FEV1. Únicamente detectamos afectación cardiológica en 12% de los pacientes.

#### CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes de nuestra serie se encontraban en estadios I y II en el momento del diagnóstico. La afectación cutánea es un síntoma guía de sarcoidosis en un porcentaje de nuestra serie.

Un 11% de los pacientes siguió un curso crónico con afectación grave pulmonar y/o torácica necesitando tratamiento de forma continua.

## PÓSTER 47

### **INFLUENCIA DE LA RESISTENCIA A LOS MACROLÍDOS EN EL PRONOSTICO DE LA NEUMONIA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA**

Jessica Lozada<sup>1</sup>, Francisco Sanz<sup>1</sup>, Estrella Fernández<sup>1</sup>, Nuria Tormo<sup>2</sup>, Remedios Guna<sup>2</sup>, Concepción Gimeno<sup>2</sup>, José Blanquer<sup>3</sup>

1 Servicio de Neumología. Consorci Hospital General Universitari de València

2 Servicio de Microbiología. Consorci Hospital General Universitari de València

3 Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínic de València

**Objetivos:** Evaluar si la infección por neumococo resistente a los macrólidos tiene un impacto pronóstico en la neumonía neumocócica bacteriémica (NNB). **Metodología:** De una cohorte prospectiva de pacientes con NNB se estratificaron los grupos según presentaran o no infección por neumococo resistente a macrólidos. Se analizaron las características demográficas, clínicas, radiográficas, microbiológicas y de complicaciones. Se realizó un análisis multivariado, la mortalidad fue una variable dependiente. **Resultados:** Se analizaron 408 casos de NNB y en 27,5% (112 aislamientos) se detectó resistencia a macrólidos, en los cuales 8,9% asociaron resistencia a penicilina y cefotaxima y 6,3% a resistencia a levofloxacino. En aquellos pacientes con identificación de serotipos (117 casos), la resistencia a los macrólidos se asoció con mayor frecuencia con los serotipos presentes en la vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos. La mortalidad global a los 30 días fue del 28,7%. **Conclusiones:** La infección con neumococo resistente a macrólidos produjo peores desenlaces en nuestra serie. La influencia de la resistencia a los macrólidos en la evolución de la NNB sigue siendo un tema de debate.

**PÓSTER 48**

**¿TE PROTEGES?** Autores: Merlo Valverde M<sup>a</sup>.C.1; Guirao Iglesias G. A.1; González Ortiz E.2 Mediero Carrasco G.2; Vilella Tomas V. Arlandis Domingo Mar.2 1Enfermera 2Neumólogo. Servicio de Neumología. Hospital de Torrevieja (Alicante).

**Objetivo:** Conocer el grado de conocimiento de los pacientes con patología respiratoria respecto a la vacunación en la campaña de la gripe, para saber abordar el problema en caso de que los pacientes se muestren dudosos o rechacen la vacunación.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes que han acudido a la realización de pruebas funcionales respiratorias desde el inicio de la campaña de la gripe hasta su finalización. Se realizó una encuesta voluntaria donde se evaluó

Estado de vacunación	Conocimiento si pertenece grupo de riesgo	Sabe cómo prevenir la gripe	Sabe dónde y cuándo vacunarse
SI 103 P (68,7%)	SI (74%) 76P	SI (79,7%) 82P	SI (87,4%) 90 P
	NO(26,2%) 27P	NO(20,4%) 21P	NO (12,6%) 13P
NO 42P (28%)	SI (19%) 8P	SI (57%) 24P	SI (76,2%) 32P
(vacuna no es segura, ya se ha vacunado otros años, no protege)	NO( 82%) 34P	NO( 43%) 18P	NO ( 24%) 10 P
NO CONTESTA 5 (3,3%)			

**Resultados:** Se realizaron 150 encuestas: 92 hombres (61,3%) y 58 mujeres (38,6%). La edad media fue de 65,3 años. Los diagnósticos fueron (42%) EPOC, Asma (30%) y otras patologías (23%).

Los resultados de esta encuesta señalan que, en general, el nivel de conocimientos que la población tenía acerca de la vacunación de la gripe fue adecuado.

**Conclusión:** Se detectó una alta tasa de aceptación para la vacuna. La principal razón de aquéllos que la rechazan es la desconfianza hacia la vacuna.

Estos datos realzan la necesidad de difusión de las campañas y de informar adecuadamente a la población sobre los beneficios de la vacuna y de la importancia de su aplicación en nuestra población. Sería relevante evaluar el nivel de conocimiento que se tiene después del periodo de gripe e identificar si éste se ha mantenido.



## PÓSTER 49

**CAMBIOS EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN LA FASE AGUDA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR RESPECTO A LA FASE ESTABLE: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET.**

Alberto García-Ortega<sup>1</sup>, Grace Oscullo<sup>1</sup>, Eva Mañas<sup>2</sup>, Aldara García<sup>2</sup>, Ana Torrents<sup>1</sup>, Leyre Bouzas<sup>1</sup>, Raquel López-Reyes<sup>1</sup>, José Daniel Gómez<sup>1</sup>, José María Tordera<sup>1</sup> María José Selma<sup>1</sup>, David Jiménez<sup>2</sup>, Miguel Ángel Martínez-García<sup>1</sup>. 1.Servicio de Neumología, Hospital Universitari i Politènic La Fe, Valencia, Valencia, España 2. Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Objetivos:** Valorar los cambios en el número y gravedad de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) desde la fase aguda del tromboembolismo pulmonar (TEP) hasta su estabilización a los 3 meses de tratamiento. **Metodología:** Estudio multicéntrico prospectivo antes-después de pacientes con TEP agudo y hemodinámicamente estables. Se realizó un protocolo de recogida de datos y un estudio de sueño en las primeras 48 horas desde el diagnóstico de TEP (fase aguda) y a los 3 meses (fase estable). A los pacientes en situación de hipoxemia grave se les realizó el estudio con oxigenoterapia. **Resultados:** Fueron incluidos 24 pacientes (38% varones) con edad media de 69 años ( $\pm 16$ ), IMC de 30.5 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,2$ ) y Epworth basal de 7.3 ( $\pm 4.5$ ). A los 3 meses del TEP, se produjo una caída media en el IAH de 3.9/h ( $\pm 15$ ), de 4.1/h ( $\pm 19.5$ ) en el IAH obstructivo y de 1.5/h en el IDO, sin modificarse la prevalencia final de SAHS moderado y grave (58.3% y 37.5%, respectivamente). Excluyendo los pacientes que realizaron la prueba de sueño inicial con oxigenoterapia (n=15), las diferencias fueron superiores con descenso del IAH de 6.99/h ( $\pm 15$ ), del IAH obstructivo de 7.27 ( $\pm 23$ ) y del IDO de 8.3 ( $\pm 21$ ), así como de la prevalencia de SAHS moderado (73,3% vs 53,3%) y grave (46,7% vs 26,7%). **Conclusiones:** Durante la fase aguda del TEP se produce un incremento transitorio en el número de TRS, en concreto de los eventos obstructivos. Este efecto es infraestimado en los pacientes a los que se les realiza el estudio inicial con oxígeno suplementario.

## PÓSTER 50

### PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA DEL SUEÑO EN LA FASE AGUDA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Oscullo G<sup>1</sup>, García-Ortega A<sup>1</sup>, Mañas E<sup>2</sup>, García A<sup>2</sup>, Jiménez D<sup>2</sup>, Cerveró A<sup>1</sup>, Jiménez J<sup>1</sup>, Calvillo P<sup>1</sup>, López R<sup>1</sup>, Selma MJ<sup>1</sup>, Bouzas L<sup>1</sup>, Gómez-Olivas J<sup>1</sup>, Navarro C<sup>3</sup>, Tordera J<sup>1</sup>, Martínez-García MA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario y Politécnico La Fe, <sup>2</sup> Hospital Universitario Ramón y Cajal, <sup>3</sup> Hospital General de Requena.

**Objetivos** Valorar la prevalencia, así como la gravedad de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en la fase aguda de la tromboembolia pulmonar (TEP).

**Metodología.** Estudio multicéntrico, longitudinal y descriptivo. El presente estudio forma parte de un ensayo clínico en marcha (ESAET). Se estudió una cohorte de pacientes consecutivos diagnosticados de TEP aguda hemodinámicamente estable. A todos se les realizó un protocolo de recogida de datos clínicos, antropométricos, un estudio de sueño y una ecocardiografía transtorácica en las primeras 48 horas desde el diagnóstico del TEP.

**Resultados.** Se incluyeron 47 pacientes (47% hombres), edad media 66 años (17.5), IMC medio 29 kg/m<sup>2</sup> (4.5) y Epworth de 6,45 (4,2). 77% de los pacientes presentaron SAHS (IAH>5), 35% con IAH>30. Los pacientes con SAHS presentaban mayor afectación trombótica radiológica (65% vs 45%) y una mayor afectación cardíaca derecha: dilatación de cavidades derechas, ratio VD/VI (0.48 vs 0.40 p.0,09) y mayor elevación del valor de péptidos natriuréticos cerebrales (55% vs 40%).

El IAH medio fue de 24.8/h (21.7). Aquellos pacientes que usaban oxígeno suplementario presentaban una menor prevalencia de todos los TRS (IAH 16/h vs 28/h, IDO 11/h vs 26/h, IH 8/h vs 14/h).

**Conclusiones.** La prevalencia del SAHS se encuentra elevada en pacientes con TEP aguda hemodinámicamente estable. La presencia de SAHS se asocia a una mayor gravedad del TEP. El uso de oxigenoterapia suplementaria en el momento agudo del TEP se asocia con una menor prevalencia de TRS.

## PÓSTER 51

**EVALUACION DEL PAPEL DE LA DISFUNCION VENTRICULAR DERECHA EN EL AUMENTO TRANSITORIO DE EVENTOS RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET.**

Alberto García-Ortega<sup>1</sup>, Grace Oscullo<sup>1</sup>, Eva Mañas<sup>2</sup>, Aldara García<sup>2</sup>, Alba Cervero<sup>3</sup>, Juan José Jiménez<sup>3</sup>, Pilar Calvillo<sup>4</sup>, MJ Selma<sup>1</sup>, Raquel López<sup>1</sup>, Ana Torrents<sup>1</sup>, José Daniel Gómez<sup>1</sup>, José Tordera<sup>1</sup>, David Jiménez<sup>2</sup>, Miguel Ángel Martínez-García<sup>1</sup>. 1. Neumología, Hospital La Fe, Valencia, España. 2. Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. 3. Radiodiagnóstico, Hospital La Fe, Valencia, España. 4. Cardiología, Hospital La Fe, Valencia, España.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la disfunción ventricular derecha (DVD) y el aumento de trastornos respiratorios del sueño (TRS) en la fase aguda del TEP. **Metodología:** Estudio multicéntrico prospectivo antes-después de pacientes con TEP agudo y hemodinámicamente estables. Se realizó un protocolo de recogida de datos clínicos, analíticos, de imagen, ecocardiografía y estudio de sueño en las primeras 48 horas y estudio de sueño de control a los 3 meses. **Resultados:** Fueron incluidos 24 pacientes (38% varones) con edad media de 69 años ( $\pm 16$ ). Al momento del diagnóstico un 71% presentaba un PESI  $\geq 1$  punto con una media de 1 ( $\pm 0.9$ ) y 9 pacientes (37,5%) realizaron el estudio inicial con oxigenoterapia. En el estudio de sueño realizado durante la fase estable del TEP se demostró una reducción del número de TRS de tipo obstructivo en 14 pacientes (58,3%) con una disminución del IAH obstructivo (IAHo) de 4,1/h ( $\pm 19.5$ ). Los pacientes con aumento transitorio del IAHo presentaron en fase aguda más marcadores de imagen de DVD. **Conclusiones:** El aumento transitorio del número de eventos obstructivos durante el sueño en la fase aguda del TEP hemodinámicamente estable podría deberse a una forma de presentación del TEP con más DVD. Aún es necesario un mayor tamaño muestral para poder demostrar diferencias estadísticamente significativas.

## PÓSTER 52

### **EFICACIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES INGRESADOS EN NEUMOLOGÍA**

*Ochoa A, Bocigas I, Signes-Costa J.* Hospital Clínico Universitario de Valencia

#### INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio fue valorar la eficacia de la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y el consejo antitabaco en pacientes que ingresan en el servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario.

#### METODOLOGÍA

Programa piloto entre los meses de Julio a Octubre del 2018. Incluyendo pacientes fumadores que ingresaron por diversas etiologías. Se excluyen aquellos que dejaron de fumar (>6 meses) y aquellos nunca fumadores. La intervención consistió en consejo antitabáquico y, de aceptar, TSN con la aplicación de parches transdérmicos de nicotina. Se realizó un control al mes del alta ya sea presencial o telefónico para determinar si seguían fumando. Las pérdidas se consideran como fracaso terapéutico.

#### RESULTADOS

Durante el periodo descrito, ingresaron 288 pacientes, de los cuales 79 eran fumadores (27.4%), de ellos, el 56% expresaron su deseo de abandonar el tabaquismo, entre ellos, el 43% aceptaron TSN.

En el control, se observó que de los pacientes fumadores que tenían deseo de abandonar el tabaquismo, el 38% se mantenían abstinentes; el 27.6% había reducido el consumo y el 33% continuaba fumando la misma cantidad. De los pacientes que aceptaron TSN, el 41% se mantenían abstinentes. Existe un 34% de pacientes que no querían dejar de fumar y al mes habían abandonado el tabaquismo. Hubieron dos éxitos.

#### CONCLUSIONES

Tanto la intervención farmacológica como el consejo sanitario estructurado en pacientes fumadores hospitalizados es eficaz para el cese del tabaquismo.

## PÓSTER 53

**FACTORES LIMITANTES DE LOS CRITERIOS DE LA BTS PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL TEP**

Noelia Carrión Collado, Francisco Sanz, Jessica Lozada, Elsie Meneses, Minerva Sofía Ramírez, Estrella Fernández.

Servicio de Neumología. Consorcio Hospital General de Valencia

**OBJETIVOS:** El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad potencialmente mortal sin embargo existen circunstancias donde el manejo podría ser ambulatorio según la guía de la BTS. Nuestros objetivos han sido analizar si estos criterios son aplicables en los pacientes con TEP en nuestro hospital y averiguar qué factores limitan el tratamiento ambulatorio (TA).

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Analizamos variables demográficas, comorbilidades, síntomas, exploración física, exploraciones complementarias, desenlaces y scores (PESI, Hestia). Se utilizó la prueba de  $X^2$  para el análisis de las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas

**RESULTADOS:** Se analizaron 200 casos: 63 con criterios para ser dados de alta según las recomendaciones de la BTS (grupo A) y 137 con criterios de ingreso (grupo B). Los pacientes del grupo A fueron más jóvenes (A 60,1 vs B 79;  $p<0.001$ ), menos dependientes (A 1,6% vs B 59,9%;  $p<0.001$ ), presentaban menos HTA (A 17 vs B 68;  $p=0,003$ ), cáncer (A 4,8% vs B 21,2%;  $p=0,003$ ), troponinas (A 23 vs B 67;  $p=0,008$ ), BNP (A 18 vs B 48;  $p=0,001$ ), hipotensión (A 0 vs B 9;  $p=0,037$ ) y taquicardia (A 4 vs B 24;  $p=0,049$ ). No observamos diferencias significativas en afectación de TC pulmonar y ecocardiografía entre los grupos. La estancia media fue similar entre (A 6,9 vs B 7,7;  $p = 0,167$ ). Los factores que limitaron el TA fueron la presencia de dolor torácico, troponinas y ProBNP positivos, la extensión de la embolia en el TC y la presentación como síncope e infartos. Otros factores fueron la taquicardia, neoplasia, alcoholismo, ictus previo, hemoptisis y el grado de dependencia.

**CONCLUSIONES:** 1. Un tercio de los ingreso por TEP presenta potenciales criterios para el TA directo, sin embargo, la afectación clínica, extensión radiológica y la elevación de biomarcadores son factores limitantes para la aplicabilidad de estos criterios en nuestra serie. 2. A pesar de una baja puntuación en el PESI y HESTIA, existen otros datos clínicos que influyen en los clínicos a la hora de decidir el lugar del tratamiento.

## PÓSTER 54

### **IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON TEP DE BAJO RIESGO SUSCEPTIBLES DE REDUCCIÓN DE ESTANCIA HOSPITALARIA.**

**Acosta M<sup>1</sup>**, Salamea O<sup>1</sup>, De Juana C<sup>1</sup>, Esteve A<sup>1</sup>, Herrejón A<sup>1</sup>, Inchaurreaga I, Furest I<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Doctor Peset.

En los últimos años se ha planteado la opción de, una vez evaluados en Urgencias, tratar a los pacientes con TEP de bajo riesgo (BR) de forma ambulatoria o ingresarlos para darles un alta precoz.

El objetivo fue identificar a los pacientes con TEP de BR y analizar sus características. Comprobar en los pacientes de BR cuántos serían susceptibles de tratamiento domiciliario versus alta precoz.

Se incluyeron a todos los pacientes diagnosticados de TEP en nuestro hospital desde Enero 2015 hasta Julio 2018 y se les clasificó por la escala PESI simplificada (Ps) y por el riesgo de mortalidad de la escala europea (ESC 2014). Se analizaron las características de los pacientes con TEP de BR y se compararon con las del resto. Se aplicó la escala Hestia a los pacientes con TEP de BR sin TVP.

Se incluyeron 356 pacientes, 144 hombres y 212 mujeres. Según la escala Ps, 62 pacientes (17.4%) fueron de BR. Su edad media fue de 64 años (24-82) mientras que en los demás fue de 78 (18-98). La mediana de estancia fue de 4 días (0-27) en los pacientes de BR, mientras que en los de riesgo aumentado fue de 6 (0-83). Dentro de los pacientes de BR, a los 34 pacientes que no tuvieron TVP se les aplicó la escala Hestia, y 24 (71%) pacientes cumplían criterios para tratamiento extrahospitalario mientras que en 10 (29%) se encontró alguna causa que lo contraindicó.

Los TEP de bajo riesgo constituyen un grupo fácilmente reconocible con la escala Ps. En nuestro medio hemos encontrado en estos pacientes características diferenciales con respecto al resto. La cantidad final de pacientes con TEP de bajo riesgo sin TVP susceptibles de reducción de estancia hospitalaria es baja (24 entre 356) y es en este grupo en el que habría que valorar la instauración de un protocolo y una infraestructura adecuada para su correcto manejo.

## PÓSTER 55

**FUNCIÓN PULMONAR Y ACTITUDES FRENTE AL TABAQUISMO EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO**

Pastor E, Vañes S, Molina V, Pulido AM, Gilabert E, Esteban V, Castelló C, Sancho-Chust JN, Senent C, Arroyo Y, Chiner E. H. U. Sant Joan d'Alacant.

**Objetivo:** Valorar las actitudes frente al tabaquismo, concienciar a la población sobre su perjuicio y remitirlos a las Unidades de tabaquismo durante el día Mundial sin Tabaco.

**Método:** Durante una jornada se instaló junto al hospital una carpa al aire libre, dotada de personal médico y enfermería, realizando espirometrías y obteniendo una encuesta epidemiológica, incluyendo: edad, género, datos antropométricos, datos de tabaquismo (edad de inicio, consumo actual y acumulado), antecedentes de enfermedad respiratoria, función pulmonar, obstrucción espirométrica, y actitud ante el hábito y el tratamiento, en los fumadores.

**Resultados:** Se realizaron 80 espirometrías en 43 mujeres (54%) y 37 hombres (46%), edad  $52 \pm 13$ . Tenían antecedentes de EPOC 8 (10%), de asma 10 (12,5 %) y 3 SAHS (4 %). Se declararon fumadores activos el 35%, exfumadores 41% y no fumadores 24%. Eran fumadores pasivos el 6%. La edad media de inicio en los fumadores fue de  $17 \pm 3$  años, el número medio de cigarrillos/día  $16 \pm 10$ , con un índice acumulado de  $29 \pm 24$  pq/año. Los ex fumadores, habían dejado de fumar una media de  $14 \pm 12$  años antes, tenían una edad media de inicio de  $18 \pm 3$  años, el número medio de cigarrillos  $17 \pm 12$ , con un índice acumulado de  $29 \pm 31$  pq/año. Ninguno de ellos declaró ser consumidor de nuevos dispositivos. No hubo diferencias entre géneros en el hábito tabáquico, pero sí en edad, siendo más jóvenes el grupo de no fumadores ( $46 \pm 15$  vs  $54 \pm 11$ ). De los fumadores, 72% manifestaron querer dejar de fumar y aceptarían ayuda medicamentosa para dejarlo, un 27% consideró un problema la no financiación del tratamiento. Se habían realizado previamente espirometría el 33% de la muestra. La FVC ml  $4055 \pm 1342$ , FVC%  $101 \pm 20$ , FEV1ml  $3096 \pm 930$ , FEV1%  $95 \pm 18$ , FEV1/FVC%  $77 \pm 10$ . Se detectó obstrucción no conocida en 12 (15 %), 3 de ellos no fumadores, 5 fumadores activos y 4 ex fumadores. De los 9 pacientes con antecedentes de tabaquismo y obstrucción espirométrica, 5 de ellos referían además síntomas respiratorios.

**Conclusiones:** Las campañas del Día Mundial sin Tabaco son útiles para concienciar a la población sobre el tabaquismo y detectar pacientes con obstrucción pulmonar no conocida, así como incluir pacientes en programas de tabaquismo

## PÓSTER 56

### IMPACTO DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LA FUNCIÓN PULMONAR

Rodríguez Galán I, Asensio Sánchez S, Rosillo Hernández EM, Gayá García-Manso I, Martín Serrano C. Servicio Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

**Objetivos:** Evaluar el impacto en los pacientes fumadores del cese del tabaquismo en la función pulmonar.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen a todos los pacientes fumadores evaluados en la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital General Universitario de Alicante entre Enero del 2002 y Enero del 2010. Se recogieron características demográficas, historia de tabaquismo, función pulmonar, existencia de EPOC y se les realizaron pruebas de función respiratoria al inicio y a los 12 meses del cese del tabaquismo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1000 pacientes. La edad media fue de  $47,6 \pm 11,8$ , el consumo medio acumulado de  $38,14 \pm 22$  años/paquete y el 56% (561) eran varones. 453 (45%) fumadores realizaron un intento serio de dejar de fumar de los cuales 155 (34%) continuaban sin fumar al año. En 938 fumadores disponíamos de la espirometría inicial y en 133 de la anual. En 69,8 % (655) de los fumadores la espirometría inicial era normal y en el 30.2 % (283) era patológica, con un diagnóstico de EPOC en el 22,8% (214) de los fumadores, de los cuáles casi la mitad (46.7% (100)) desconocían su diagnóstico. 150 (16%) fumadores llevaban tratamiento broncodilatador y en 31 (3.3%) se les indicó de novo. El abandono tabáquico supone un aumento de la capacidad vital forzada de 74 ml y del porcentaje del volumen espiratorio forzado en el primer segundo del 2%, observándose un mayor cambio en la FVC en pacientes con espirometría normal y del FEV1 en pacientes obstructivos.

**Conclusiones:** El abandono del hábito tabáquico produce una mejoría de la función pulmonar, tanto en los pacientes con espirometría normal como en los que presentan alteración ventilatoria obstructiva.



## PÓSTER 57

**CONSULTA HOSPITALARIA DE TABAQUISMO: PERFIL DE LOS PACIENTES Y EFICACIA.** I. López, E. Lillo, O. Salamea, R. Lera, M. Climent, S. Herrera, P. Plaza. HU Dr Peset

**OBJETIVOS.** Analizar las características asociadas al tabaquismo de los pacientes que acuden a una consulta de tabaquismo (CT) de u hospital terciario, y valorar su eficacia según la abstinencia al año.

**METODOLOGIA.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron a la CT desde 15 de mayo 2015 a 30 de octubre de 2018 y análisis de abstinencia al año entre los que acudieron desde el 15 de mayo 2015 hasta 30 de octubre de 2017. Revisión de la base de datos volcada para su análisis en el programa estadístico SPSS. Análisis descriptivo de la muestra y test chi cuadrado para variables categóricas. Valor de significación para la p < 0.05.

**RESULTADOS.** Se analizaron 645 fumadores (55.8% mujeres), con edad media de 54.8 a. (DE 10.3), consumo medio de 20.2 c/d (DE 11.2), exposición acumulada (IAP) 39.2 años-paquete (DE 18.5) y un CO en aire espirado de 24.2 ppm (DE 13.9). La edad promedio de inicio fue 16.5 a. (DE 4.7), dependencia (TF) de 6.09 (DE 2.01) y motivación (TR) de 7.6 (DE1.7). Remitidos principalmente por neumología (48.1%), medicina interna (9.7%), atención primaria (9.1%) y cardiología (4.2%). Las patologías más prevalentes fueron: dislipemia (32.6%), HTA (30.4%), EPOC (26.4%), enfermedad psiquiátrica (16.1%), DM (13.5%), neoplasias (12.6%), cardiopatía (12.4%), asma (9.3%) e infección VIH (7.8%). El tratamiento prescrito fue vareniclina en 298 fumadores (46.2%), TSN combinada (parches junto a chicles, comprimidos o espray bucal) en 270 (41.8%), bupropion en 5 (0.77%) y sin fármacos (apoyo psicológico) 65 (10.6%). Para el análisis de abstinencia la muestra fue de 447 fumadores. Al año completaron el seguimiento 232 (51.9%). Del total, mantenían abstinencia 168 (37.6%), sin observar diferencias significativas por el tratamiento prescrito.

**CONCLUSIONES**

- 1.El perfil del fumador remitido a nuestra CT presenta un alto consumo, alta exposición acumulada, dependencia física moderada-alta, alto grado de motivación y comorbilidad asociada.
- 2.Todos los tratamientos farmacológicos recomendados son eficaces.
- 3.Lograr un mayor cumplimiento en el seguimiento sería fundamental para incrementar la eficacia.

## PÓSTER 58

### **SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y FUNCIÓN PULMONAR DETECTADOS DE FORMA ACTIVA EN EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO**

Vañes S, Pastor E, Molina V, Pulido AM, Gilabert E, Esteban V, Castelló C, Sancho Chust JN, Senent C, Arroyo Y, Chiner E. H. U. Sant Joan d'Alacant

**Introducción:** La función pulmonar y los síntomas respiratorios detectados en campañas del día Mundial sin Tabaco pueden ser útiles para concienciar a la población sobre el tabaquismo y necesidad de ampliar estudios en consulta especializada.

**Métodos:** A lo largo de una jornada se instaló junto al hospital una carpa al aire libre, dotada de personal médico y enfermería, realizando espirometrías y una encuesta epidemiológica que incluyó: edad, género, datos antropométricos, tabaquismo, antecedentes de enfermedad respiratoria, comorbilidad, síntomas respiratorios, función pulmonar y presencia de obstrucción. Se dividieron en: Grupo A (nunca fumadores) y Grupo B (fumadores y exfumadores).

**Resultados:** Se realizaron 80 espirometrías en 43 mujeres (54%) y 37 hombres (46%), edad  $52 \pm 13$  años. Eran fumadores activos el 35%, exfumadores 41% y no fumadores 24%. Hubo diferencias significativas en el grupo A frente a B en la edad ( $46 \pm 15$  vs  $54 \pm 11$ ,  $p < 0.05$ ), sin diferencias en el género. No existieron diferencias estadísticas en antecedentes conocidos de EPOC o asma entre grupos, aunque el grupo B presentaba más individuos con antecedentes respiratorios y recibía con mayor frecuencia fármacos broncodilatadores ( $p < 0.05$ ). Los pacientes del grupo B presentaron mayor prevalencia de síntomas o problemas respiratorios previos ( $p < 0.05$ ), con predominio de tos ( $p < 0.05$ ), expectoración ( $p = 0.06$ ), sibilancias ( $p = 0.09$ ), sin diferencias en disnea u opresión torácica. Aunque las comorbilidades fueron más frecuente en B, no se observaron diferencias en patologías concretas (SAHS, HTA, cardiopatía isquémica, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardíaca o tr. afectivo). La función pulmonar media fue: FVCml  $4055 \pm 1342$ , FVC%  $101 \pm 20$ , FEV1ml  $3096 \pm 930$ , FEV1%  $95 \pm 18$ , FEV1/FVC%  $77 \pm 10$ . No hubo diferencias entre grupos, aunque el grupo B presentó tendencia a menor FV1/FVC% y FEV1% ( $p < 0.1$ ).

**Conclusiones:** En una muestra limitada y no seleccionada de población general se detecta mayor prevalencia de síntomas respiratorios y tendencia a obstrucción espirométrica en fumadores, por lo que estas acciones son útiles para detectar personas de riesgo y concienciar a los fumadores para abandonar el hábito.

## PÓSTER 59

**10 AÑOS DE UNIDAD DE TABAQUISMO EN EL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN**

Manuel Modesto Alapont, Manuel Muñoz Moya, María José Almajano Luis, María José Gallego Pitarch, Pablo Juliani Izquierdo y Miguel Beltrán Salvador. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

**OBJETIVOS:** Analizar la actividad de la Unidad de Tabaquismo del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, acreditada por SEPAR, durante sus diez primeros años de funcionamiento.

**MÉTODOLÓGIA:** En el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón se está llevando a cabo desde el inicio de 2009 un Programa de Deshabitación Tabáquica desarrollado por una Unidad Multidisciplinar compuesta por neumólogos, psicólogos y enfermeras. Para ello, se coordinan el empleo individualizado de terapia farmacológica y el tratamiento psicológico: terapia vía Internet o terapia de grupo (ocasionalmente individualizada). Realizamos un análisis descriptivo de las características de la población tratada durante estos 10 años de funcionamiento en dicha Unidad de Tabaquismo (acreditada por SEPAR en 2011 y reacreditada en 2017).

**RESULTADOS:** Se trataron un total de 909 pacientes, 459 (51,5%) ♂ y 450 (49,5%) ♀, con edades comprendidas entre 13 y 86 años y una mediana de 50 años. El 58,52% de ellos tenía historia previa de enfermedad oncológica. El 7,37% de los pacientes citados no acudieron a nuevas visitas tras la 1ª consulta del Programa (con Enfermería). De los que continuaron en el Programa el 82,42% acudieron a 1ª visita de Neumología y el 91,33% acudieron a 1ª visita de Psicología. Tras la visita inicial con Enfermería se produjo una mediana de demora con Neumología de 32 días y con Psicología de 31 días. En el análisis del éxito terapéutico de los primeros 70 individuos incluidos en el programa se consiguió una abstinencia del 44,2% de los casos al año del abandono del tabaco (desde el día D).

**CONCLUSIONES:**

- 1- La aplicación de las terapias de deshabitación tabáquica más efectivas pueden llevarse a cabo en nuestro medio consiguiendo porcentajes de éxito similares a los descritos en la literatura.
- 2- Pese a la implementación de los programas adecuados, el tabaquismo como enfermedad resulta una tarea muy mejorable en cuanto a su prevención y tratamiento como medida de incremento de la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.

## PÓSTER 60

### **PREVALENCIA DE VASCULOPATÍA PULMONAR EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPATICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

**Marcos Prado Barragán**, Alberto García Ortega, Ana Torrents Vilar, Raquel Lopez Reyes. HUIP La Fe, Valencia.

**OBJETIVOS:** Los pacientes con hepatopatía crónica avanzada tienen con frecuencia alguna alteración respiratoria asociada. El síndrome hepatopulmonar (SHP) y la hipertensión portopulmonar (HPP) son dos entidades de baja prevalencia, pero elevada morbimortalidad. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la prevalencia de vasculopatía pulmonar en pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro centro.

**METODOLOGÍA:** Análisis retrospectivo de los pacientes mayores de 18 años sometidos a TH en el H. La Fe desde Enero de 2012 hasta Marzo de 2018. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, datos clínicos, analíticos y funcionales.

**RESULTADOS:** De Enero de 2012 hasta Marzo 2018 se trasplantaron un total de 522 pacientes, 397 (76.1%) hombres y 124 (23,4%) mujeres, con una edad media de  $55,7 \pm 9,4$  años. Del total de pacientes sometidos a TH, 25 presentaban vaculopatía pulmonar previa al trasplante. 18 fueron diagnosticados de SHP (3,4%), 1 (0,2%) HPP, 3 (0,6%) de hipertensión pulmonar (HP) por hiperdinamia. Comparamos los pacientes con SHP frente a los TH sin SHP. No encontramos diferencias estadísticamente significativas. 17 de los pacientes con SHP tuvieron un TH electivo y uno fue urgente. No hubo éxitos en este grupo de enfermos. Solo hubo un paciente trasplantado con diagnóstico de HPP, siendo ligera (PAPm 30 y RVP 4 UW).

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de SHP en pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro centro es baja, un 3.4%. Solo un paciente con HPP fue trasplantado, Probablemente los pacientes con hipertensión pulmonar severa han sido desestimados para TH por falta de control de la enfermedad con tratamiento médico, otras comorbilidades.

## PÓSTER 61

## ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR BRONQUIECTASIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), POR SEXOS, 1981-2016.

JF Pascual Lledó, P. Ruiz Torregrosa<sup>1</sup>, R Jover Ruiz<sup>1</sup>, S. Ruiz Alcaraz<sup>1</sup>, I Gayá García-Manso, I. Rodríguez Galán, M<sup>a</sup> Panadero, M<sup>a</sup> A. Martínez. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

**Objetivos:** Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por bronquiectasias (BQ) en la CCVV en el periodo de 1981 a 2016.

**Metodología:** Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAE) por BQ para varones (V) y mujeres (M) se obtuvieron del Portal Estadístico del Área de Inteligencia de Gestión del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Sistema Nacional de Salud mediante consulta interactiva, utilizando los códigos CIE-9 494 para el periodo 1981-1998 y CIE-10 J47 para el periodo 1999-2016. Las TMAE se expresan como valor por 10<sup>5</sup> habitantes/año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante regresión segmentada, utilizando los programas R-Comander 2.4-4, Jointpoint Regression Program 4.5.0.1 y SPSS v.15. Se consideró nivel de significación una  $p < 0.05$ . **Resultados:** Las TMAE fueron, para 1981 y 2016, para los V, de 1,14 y 0,53 (disminución porcentual del 53,5%) y para las M, de 0,24 y 0,70 (aumento porcentual del 89,2%), respectivamente. En los V, el modelo de regresión segmentada identificó 4 puntos de cambio (PC), que delimitan 5 periodos, el último de ellos, desde 2012 muestra un CPA<sup>2</sup> de -22.0% (IC<sub>95%</sub><sup>3</sup>: -35,2 a -6,0%;  $p=0,001$ ). En las M, el modelo identifica 2 PC que delimitan 3 periodos, pero en ninguno de ellos el CPA fue estadísticamente significativo distinto de cero, indicando que las TMAE se han mantenido constantes en todo el periodo, con una media de 0,51 (IC<sub>95%</sub>: 0,45 a 0,56). **Conclusiones:** En la CCVV, en los V, las TMAE por BQ están disminuyendo significativamente desde 2012. En las M, se mantienen constantes desde 1981.

---

<sup>1</sup> Comparte crédito de primer autor,

<sup>2</sup> CPA: Cambio porcentual anual.

<sup>3</sup> IC<sub>95%</sub>: Intervalo de confianza al 95% para el CPA.

## PÓSTER 62

## INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

Elsie Meneses, Ángela Cervera, Pilar Valle, Estrella Fernández-Fabrellas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Objetivo:** Analizar, en una cohorte de pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística (BQnoFQ) con infección bronquial crónica (IBC) por *Pseudomonas aeruginosa* (PA), la frecuencia de PA multirresistente (MDR) y sus características diferenciales. **Método:** Estudio prospectivo longitudinal (2012-2018) incluyendo pacientes consecutivos BQnoFQ con IBC por PA. Recogimos datos antropométricos, etiológicos, funcionales, comorbilidades, FACED, nº exacerbaciones/año, ingresos/año por exacerbación u otros motivos, antibioticoterapia previa sistémica y patrón de sensibilidad de la PA. Análisis estadístico descriptivo y comparativo entre IBC por PA sensible versus PA MDR. Chi cuadrado y test T para muestras independientes;  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes con BQnoFQ con IBC por PA, 24 mujeres (55.8%), edad media  $72.05 \pm 9.9$  años, 60,5% no fumadores. Todos ellos tratados con antibióticos inhalados: colistimetato sódico nebulizado 74,4%, en polvo seco 16,3% y tobramicina nebulizada 9,3%, y el tiempo medio de tratamiento  $35,56 \pm 20,9$  meses. Se aisló PA MDR en 10 casos (23,3%), 5 de ellos desde el inicio del estudio. Las características diferenciales de este grupo de pacientes respecto a los no MDR se muestran en Tabla 1.

Tabla 1. Características diferenciales entre BQnoFQ con IBC por PA vs IBC por PA MDR

	IBC por PA sensible	IBC por PA MDR	p
Edad (años)	$71,0 \pm 10,8$	$72,4 \pm 7$	NS
Sexo (mujer)	60,9%	40%	NS
Meses de tratamiento inhalado	$33,4 \pm 23$	$42,3 \pm 19,6$	NS
FVC%	$78,02 \pm 26,3$	$61,4 \pm 15,6$	0,006
FEV1%	$92,40 \pm 25,7$	$49,09 \pm 13,2$	0,006
FACED	$4,09 \pm 1,5$	$4,8 \pm 1,7$	NS
≥ 2 exacerbaciones /año (%)	51,5	100	0,007
≥ 2 ingresos por exacerbación (%)	15,2	70	0,002
≥ 2 ingresos otros motivos (%)	6,1	50	0,004
≥ 2 pausas AB por otro motivo (%)	6,1	40	0,02
Ingreso UCI (%)	0	30	0,01
Encamamiento (%)	21,2	40	NS
Hemodilíasis (%)	0	20	0,05
Catéter venoso (%)	0	20	0,05
IBC (%)	21,2	60	0,04
Tratamiento IS (%)	21,2	10	NS
Éxito (%)	38,2	40	NS

AB: antibióticos; IBC: insuficiencia respiratoria crónica; IS: insuficiencia respiratoria

**Conclusiones** Casi en una cuarta parte de los casos se aisló PA MDR. Estos pacientes estaban más afectados funcionalmente, sufrieron más exacerbaciones, recibieron más frecuentemente antibióticos por vía sistémica por otros motivos, y tuvieron más ingresos hospitalarios y/o en UCI durante el año previo.

## PÓSTER 63

## ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR BRONQUIECTASIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), 1981-2016.

JF Pascual Lledó, S. Ruiz Alcaraz\*, R Jover Ruiz\*, P. Ruiz Torregrosa\*, I Gayá García-Manso, I. Rodríguez Galán, M<sup>a</sup> Panadero, M<sup>a</sup> A. Martínez. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

**Objetivos:** Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por bronquiectasias (BQ) en la CCVV en el periodo de 1981 a 2016.

**Metodología:** Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAE) por BQ se obtuvieron del Portal Estadístico del Área de Inteligencia de Gestión del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Sistema Nacional de Salud mediante consulta interactiva, utilizando los códigos CIE-9 494 para el periodo 1981-1998 y CIE-10 J47 para el periodo 1999-2016. Las TMAE se expresan como valor por 10<sup>5</sup> habitantes/año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante regresión segmentada, y regresión lineal simple, utilizando los programas R-Comander 2.4-4, Jointpoint Regression Program 4.5.0.1 y SPSS v.15. Se consideró nivel de significación una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Las TMAE fueron de 0,69 y de 0,61 para 1981 y 2016, respectivamente (disminución porcentual del 4,6%). El modelo de regresión segmentada identificó 4 puntos de cambio, que delimitan 5 periodos<sup>†</sup>: 1981-1985: -15,5% (-28,0 a -0,9%; 0,039); 1985-1991: 16,5% (4,6 a 29,8%; 0,008); 1991-2006: -3,5% (-5,5 a -1,4%; 0,002); 2006-2012: 10,7% (-0,6 a 23,4%; 0,062); y 2012 a 2016: -12,8% (-25,6 a 2,3; 0,089). La regresión lineal no mostró significación en la asociación TMAE vs año ( $p=0,107$ ) y no se demostró la existencia de otro tipo de asociaciones no lineales (test de RESET  $p=0,304$ ). La media de las TMAE para todo el periodo es de 0,65 (IC<sub>95%</sub>: 0,60 a 0,71). **Conclusiones:** Las TMAE por BQ en la CCVV se mantienen constantes en el periodo 1981-2016.

---

\* Comparte crédito de primer autor.

† Se indican, por este orden, el cambio porcentual anual (CPA) y entre (), el intervalo de confianza al 95% para el CPA y su grado  $p$  de significación estadística.

## PÓSTER 64

### **EVALUACION DE LOS PACIENTES CON AUTO ADMINISTRACION DE OMALIZUMAB EN DOMICILIO.**

Chiner E, Molina V, Vañes S, Pastor E, Sancho-Chust JN, Senent C, Gómez-Merino E, Campillo J, Talens A, Aznar T. S. Neumología y S. Farmacia Hospitalaria. H. U. Sant Joan d'Alacant.

**Introducción:** Recientemente se ha aprobado la administración domiciliar de omalizumab. Aunque la experiencia es mayor en urticaria crónica, existe escasa literatura acerca de estas pautas en pacientes con asma grave mal controlado (AGMC).

**Objetivos:** Analizar los pacientes con asma grave mal controlado en tratamiento con omalizumab autoadministrado en el domicilio, tras haber estado recibiendo el tratamiento previamente en su centro de Salud.

**Método:** Se incluyeron los pacientes con AGMC que se encontraban en programa de administración externa en su Centro de Salud, pero por voluntad propia iniciaron la autoadministración de omalizumab en su domicilio. Se analiza edad, sexo, función pulmonar, dosis, meses de tratamiento, cuestionario ACT y ACQ y grado de satisfacción mediante escala analógica visual (VAS). Todos los pacientes recogían la medicación en el S. de Farmacia hospitalaria.

**Resultados:** De un total de 102 pacientes en tratamiento activo con omalizumab (enero de 2019) se identificaron 10 pacientes, 90% mujeres, 47±9 años, FEV1% 75±21%, IMC 26.5±5 kg/m<sup>2</sup>, IgE 350±320 UI/mL. Tenían relación con la profesión sanitaria 5 pacientes (50%) (2 médicos, 1 enfermera, 1 auxiliar, 1 administrativa, y 1 relación familiar (10%). En el resto, 30% tenían nivel de estudios superiores y medios en 10%. El tiempo medio de tratamiento activo fue de 47.5 ± 22 meses y 14 ± 7 meses de autoadministración, con una dosis media de 392±250 mg. mensuales. La escala de satisfacción de la autoadministración mediante VAS fue 9±1, y el grado de control del asma mediante ACT 21±1 y ACQ 1.3±1. Ningún paciente presentó reacciones adversas durante su administración en domicilio. En la actualidad se ha iniciado un programa de formación para autoadministración a los nuevos pacientes, y para los que ya están en tratamiento en régimen ambulatorio.

**Conclusiones:** En esta muestra seleccionada, 10% de pacientes con omalizumab comenzaron a inyectarse el tratamiento en su domicilio espontáneamente, sin efectos secundarios y alto grado de control y satisfacción, con un ahorro considerable de costes. Deben diseñarse programas de formación específicos para la autoadministración de fármacos biológicos en AGMC.



## PÓSTER 65

**RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA EN BRONQUIECTASIAS. Estudio comparativo exacerbación versus estabilidad clínica.**

*Laura Feced<sup>1</sup>, Paula González<sup>1</sup>, Raúl Méndez<sup>1</sup>, Victoria Alcaraz<sup>2</sup>, Rosanel Amaro<sup>2</sup>, Giulia Scioscia<sup>2</sup>, Soledad Reyes<sup>1</sup>, Antoni Torres<sup>2</sup>, Rosario Menéndez<sup>1</sup>. 1.Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia) 2. Hospital Clínic (Barcelona).*

**Objetivos:** Analizar la respuesta inflamatoria sistémica en pacientes con bronquiectasias durante la exacerbación y en período de estabilidad clínica. Determinar si existe una inflamación crónica persistente que pueda afectar a la evolución.

**Metodología:** Estudio prospectivo observacional en dos hospitales terciarios nacionales. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad, datos analíticos, radiográficos, microbiológicos, tratamiento y evolutivos. La gravedad se determinó mediante escalas FACED y BSI. Se determinaron niveles de citocinas (IL-6, IL-17) y marcadores inflamatorios (PCR y procalcitonina) el día 1 y el día 30 en el grupo de pacientes exacerbados. En el grupo de pacientes estables se realizó una única determinación. Se realizó un análisis estadístico univariado no paramétrico (U de Mann-Whitney) para la comparación de citocinas y biomarcadores del día 1 y día 30 en pacientes exacerbados, y la comparación con el grupo estable.

**Resultados:** Se incluyeron 199 pacientes, 165 (82,9%) exacerbados y 34 (17,1%) estables. Los resultados del estudio univariado al comparar ambos grupos, determinó diferencias significativas en cuanto a la EPOC ( $p=0.004$ ), y la gravedad (BSI,  $p=0.000$ ; FACED,  $p=0.03$ ). En cuanto al análisis de citocinas y biomarcadores, encontramos medianas significativamente más altas en el grupo exacerbado, IL-17( $p=0.001$ ), IL-6  $p=0.000$ ), PCR( $p=0.000$ ), PCT ( $p=0.000$ ). Sin embargo, al analizar el día 30 entre ambos grupos se mantuvo esta diferencia significativa para las medianas de IL-17 ( $p=0.001$ ) y PCT( $p=0.000$ ).

**Conclusiones:** 1) Las bronquiectasias en fase de exacerbación presentan mayor inflamación sistémica que en fase estable 2) La inflamación sistémica (IL-17 y PCT) en pacientes exacerbados se mantiene elevada el día 30 con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes estables.

## PÓSTER 66

### IMPACTO ECONÓMICO DEL ASMA GRAVE EN FUNCIÓN DE LA EOSINOFILIA SÉRICA PREVIAMENTE A LA INTRODUCCIÓN DE UN FÁRMACO BIOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO

C. De Juana<sup>1</sup>, E. Martínez Moragón<sup>1</sup>, M. Climent<sup>1</sup>, E. Chiner<sup>2</sup>, I. Lluch<sup>3</sup>, MJ. Bueso<sup>4</sup>, en representación de otros autores

1. H. U. Doctor Peset, Valencia. 2. H. U. San Juan, Alicante. 3. H. de La Ribera, Alzira, Valencia. 4. H. General Universitario de Castellón

**Objetivo:** Hemos querido averiguar si en nuestra práctica clínica el recuento de eosinófilos en asmáticos graves guarda relación con el impacto económico de la enfermedad, previamente a que los pacientes sean tratados con un fármaco biológico. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en la práctica clínica en 12 hospitales. El análisis se realizó desde la perspectiva social, considerando costes directos e indirectos de los pacientes durante el año previo a iniciar Omalizumab, en función de si tenían eosinófilos elevados ( $\geq 300$  cel/ $\eta$ L) o no ( $< 300$  cel/ $\eta$ L). Se utilizaron los costes unitarios de los tratamientos, consultados en la web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y de los recursos empleados, en la base de datos eSalud; y los costes indirectos, consultando los costes salariales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). **Resultados:** Se incluyeron 186 pacientes (edad media 50 años), de los cuales 98 tenían eosinófilos séricos elevados frente a 70 con menos de 300 eosinófilos. No hubo diferencias en el número de ingresos ( $0.43 \pm 0.88$  versus  $0.66 \pm 0.93$ ), exacerbaciones (media de 8/año en ambos grupos) ni urgencias (media de 2/año en primaria y 1/año en hospital en ambos grupos), pero al hospitalizar, la estancia media fue superior en el grupo sin eosinofilia ( $2.20 \pm 5$  días frente a  $5.56 \pm 8$ ,  $p: 0,002$ ). No hubo diferencias significativas en costes totales (€4276 de media/año en el grupo con eosinofilia frente a €5166 en el grupo sin eosinofilia), pero sí en el coste por uso de recursos (€1393/año frente a €2659/año, respectivamente,  $p: 0,007$ ) y en el coste total por exacerbaciones (€1290/año frente a €2576/año,  $P= 0,005$ ). **Conclusiones:** En pacientes con asma grave que van a iniciar tratamiento biológico no existen diferencias totales respecto a impacto económico en función de la eosinofilia en sangre. Pero el coste directo por consumo de recursos es mayor en los pacientes sin eosinofilia que, aunque no tienen más exacerbaciones, éstas generan un mayor coste, es decir, son de más lenta resolución.

**PÓSTER 67****EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA.**

Lluch I, Naval E, Meseguer M, GiralDOS S, Fayos M, Ferrando JR.  
Hospital Universitario de la Ribera.

**OBJETIVO:** Describir las características de los pacientes tratados con mepolizumab y su beneficio clínico.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes tratados con Mepolizumab en el Hospital de la Ribera. Se registraron parámetros de función pulmonar (FEV1 preBD), FeNO, ACT, exacerbaciones y uso de corticoides orales.

**RESULTADOS:** Desde Febrero de 2017 hemos iniciado tratamiento con mepolizumab en 13 pacientes. La edad media es de 58 años, el 62% mujeres. Todos los pacientes presentaban asma grave mal controlado (31% en escalón de tratamiento GEMA 5 y el 69% es escalón GEMA 6). El 54% de los pacientes tenían poliposis asociada, un 38% presentaban atopia. La IgE media fue de 275 ( $\pm$  247). El 54% de los pacientes habían recibido omalizumab previamente. La cifra de eosinófilos media en sangre al inicio del tratamiento fue de 762 ( $\pm$  278), siendo 87 ( $\pm$  64) a los 6 meses y 85 ( $\pm$  38) al año. Al inicio del tratamiento 5 pacientes tomaban corticoides orales de mantenimiento, mientras que a los 6 meses se habían retirado en todos los pacientes. El ACT medio al inicio era de 9 ( $\pm$  3.7) y pasó a 18 ( $\pm$  3.2) a los 6 meses y a 20 ( $\pm$  4.7) al año ( $p < 0.001$ ). Hemos observado una reducción significativa de la media de exacerbaciones, que era de 4.75 ( $\pm$  2) en el año previo y pasó a 1 ( $\pm$  0.94) en el año posterior al inicio del tratamiento ( $p < 0.001$ ). Las tandas de corticoides orales que recibieron los pacientes fueron 3.7 ( $\pm$  1.2) en el año previo pasando a 0.89 ( $\pm$  0.74) en el primer año ( $p < 0.001$ ). Observamos una mejoría del FEV1 preBD al año de 391ml ( $\pm$  517) y una reducción del FeNO (13  $\pm$  42 ppb) que no resultaron estadísticamente significativa. No se han observado efectos secundarios relevantes.

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia el tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma grave no controlada eosinofílica mejora el control de la enfermedad, la tasa de exacerpciones y reduce el uso de corticoides orales. No hemos observado efectos secundarios relevantes.

## PÓSTER 68

### **EFFECTO DE MEPOLIZUMAB SOBRE EL CONTROL DEL ASMA Y LA FUNCIÓN PULMONAR.**

Esteban V, Chiner E, Vañes S, Molina V, Pastor E, Sancho-Chust JN, Senent C. H. U. Sant Joan d'Alacant.

**Objetivos:** Analizar los pacientes con asma eosinofílico grave mal controlado tratados con mepolizumab y evaluar los cambios a los 6 meses, en el control del asma y la función pulmonar.

**Método:** Se incluyeron pacientes con asma eosinofílico persistente grave no controlado, a pesar de tratamiento (GEMA), que iniciaron terapia con mepolizumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en el control mediante cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS) a lo largo de 6 meses de seguimiento, así como el efecto sobre disminución, retirada de esteroides y de otra medicación, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias respecto al año anterior, e impresión subjetiva.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes, 67% mujeres, 52±9 años, FEV1% 69±21%, IMC 26.5±5 kg/m<sup>2</sup>, seguimiento 6±2 meses, IgE 261±357 UI/mL (19-1406), 11±6 % eosinófilos (6-26). Habían seguido previamente omalizumab 39%. Presentaron comorbilidad 83%, con una o más: poliposis nasal 56 %, rinitis 61%, dermatitis atópica 22%, SAHS 6%, obesidad 17%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 4%, cardiopatía isquémica 6% y alergia alimentaria 6%. Recibían habitualmente uno o más: dosis altas de esteroides inhalados y LABA en 100%, montelukast en 72%, anticolinérgicos 61%, antihistamínicos 50%, xantinas 6%, esteroides orales en 20% y > 2 ciclos de esteroides orales en 100%. Habían ingresado en el último año el 67% y 94% había acudido a urgencias. Comparando la situación inicial con los 6 meses de tratamiento, se observaron diferencias significativas en VAS (7±1vs4±1, p<0.001), ACT (12±2vs 21±1, p< 0.001) y ACQ (4±1vs1.3±1, p<0.001), FEV1/FVC (67±7vs77±5, p<0.001), FVC% (93±14vs98±14, p=0.06), FEV1% (72±14vs86±16, p<0.001). Se redujeron las visitas a urgencias (6±4vs0.2±0.3, p<0.001) y los ingresos (p<0.05). De los 5 pacientes con esteroides orales de mantenimiento, se retiraron en 4 y redujeron en 1. La medicación de mantenimiento y de rescate se redujo significativamente. La impresión subjetiva fue de marcada mejoría en 89% y gran mejoría en 11%. No se retiró el fármaco en ningún caso.

**Conclusiones:** Mepolizumab en pacientes con asma eosinofílico grave mal controlado permitió mejorar el control del asma y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales y dosis de medicación de mantenimiento y rescate.

## PÓSTER 69

**IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE BIOLÓGICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA**

Lillo González, Elisa; Abril, Eva M<sup>a</sup>; Abella, Vicente; Osca Casasús, Teresa; Ten de Marcos, Natividad; Martínez Moragón, Eva M<sup>a</sup>  
Servicio Neumología. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes con asma grave no controlada tratados mediante terapia biológica acuden mensualmente a nuestra consulta de enfermería donde se administra el fármaco, se realiza educación en asma y se revisan los planes de acción.

**OBJETIVO:** Evaluar el impacto que conlleva la terapia biológica en la calidad de vida de pacientes con asma grave no controlada.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo en 26 pacientes que inician terapia biológica (febrero 2016 a julio 2018), con un seguimiento de 6 meses. Antes de iniciar el tratamiento el paciente rellena los cuestionarios autoadministrados de control de asma ACT, de calidad de vida miniAQLQ y el cuestionario EQ-5D que incluye una escala analógica visual (escala EVA de 0 a 100) que evalúa el estado de salud global percibido por el paciente. Transcurridos 6 meses se repiten los mismos cuestionarios. Hemos valorado también la función pulmonar mediante el FEV1 post broncodilatador al inicio y a los 6 meses. Se presentan resultados mediante media y DE y se realiza prueba de t de student (p significativa inferior a 0,05).

**RESULTADOS:** Se trata de 13 hombres y 13 mujeres con una edad de  $57,72 \pm 12,92$  años [35-78].

Se administraron 4 fármacos: mepolizumab (9 pacientes); reslizumab (2); benralizumab (2) y omalizumab (13). Los cambios en las puntuaciones de los cuestionarios y en el FEV1 son:

Prueba	BASAL	CONTROL	P
ACT	11,08 $\pm$ 2,81	17,73 $\pm$ 5,17	<0,001
AQLQ	44,38 $\pm$ 16,66	64,42 $\pm$ 22,01	<0,001
EVA	49,38 $\pm$ 13,09	64,46 $\pm$ 19,76	<0,001
FEV1 (%)	73,21 $\pm$ 26,73	82,95 $\pm$ 23,26	<0,01

**CONCLUSIONES:** La visita mensual a la consulta de enfermería para administración de terapias biológicas muestra un impacto positivo en la calidad de vida, control del asma y estado de salud percibido por los pacientes. En nuestra experiencia los pacientes mejoran también en parámetros objetivos como la función pulmonar.

## PÓSTER 70

### RELACIÓN ENTRE EL RECuento DE EOSINÓFILOS EN SANGRE Y LAS EXACERBACIONES E INGRESOS POR ASMA EN LOS ASMÁTICOS GRAVES

C. De Juana, M.Climent, S.Mogrovejo, O.Salamea, A.Esteve, M.Acosta, E.Martínez Moragón.

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Valencia

**Objetivo:** Hemos querido averiguar si en nuestra práctica clínica habitual el conteo de eosinófilos en sangre de los asmáticos graves guarda relación con las exacerbaciones, ingresos hospitalarios y control del asma.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y observacional de pacientes atendidos en una consulta especializada de asma. Además de una historia clínica detallada, se realizaba medición de fracción exhalada de óxido nítrico (FENO), espirometría, cuestionarios de control de asma (ACT) y ansiedad-depresión (HAD) y analítica con hemograma, IgE total y PCR.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes con asma grave, de los cuales 53 tenían eosinófilos séricos en número inferior a 300 cel/ $\eta$ L, y 43, eosinófilos séricos en número igual o mayor a 300 cel/ $\eta$ L. Entre ambos grupos no existieron diferencias significativas en cuanto a edad, IMC, control del asma valorado con el cuestionario ACT y ansiedad-depresión con el HAD, función pulmonar, FENO e IgE. La PCR fue mayor en el grupo de pacientes con asma eosinofílica. Respecto a exacerbaciones, no hubo diferencias en cuanto a número de visitas a urgencias, pero sí en el número de exacerbaciones tratadas con corticoides orales (2,69+2,57 exacerbaciones/año en los asmáticos con eosinofilia versus 1,83+1,47 en el otro grupo,  $p=0,043$ ). El 39% de los pacientes había ingresado el año previo, pero los ingresos fueron más frecuentes en el grupo de pacientes sin eosinofilia (49% versus 27%,  $p=0,035$ ).

**Conclusiones:** Entre los pacientes con asma grave que atendemos en nuestra unidad de asma detectamos que los pacientes con eosinofilia mayor a 300 cel/ $\eta$ L, presentan mayor número de exacerbaciones que requieren tratamiento con corticoides orales. Sin embargo, parecen ser exacerbaciones menos graves o con mejor respuesta a los corticoides, pues precisan menos ingresos hospitalarios.

## PÓSTER 71

**ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES EPOC CON BRONQUIECTASIAS EN EL H. GENERAL DE CASTELLÓN**

*Cuenca Peris S, Llopis Pitarch J, Andrés Franch F, Romero Francés L, Martínez Deltoro A, Torres Relucio J, Marín Royo M, Guallar Ballester J.* Hospital General Universitario de Castellón.

**OBJETIVO:** Analizar el perfil de los pacientes EPOC con bronquiectasias (BQ) en tratamiento con antibioterapia inhalada (AI) en el HGUCS y evaluar su eficacia.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en pacientes EPOC con BQ con tratamiento activo con AI en los años 2017 y 2018. Se trata de una muestra de 19 pacientes en la que recogimos las siguientes características clínico-demográficas: edad, sexo, comorbilidad, FEV1, ingresos hospitalarios, tratamiento previo, caracterización BQ, gérmenes aislados en esputo, tipo de AI, eficacia y reacciones adversas (RA).

**RESULTADOS:** Se han incluido 15 hombres (79%) y 4 mujeres (21%), con una edad media de 77 años (DE 8) y un índice de Charlson medio de 6 (DE 2). El FEV 1 medio antes de iniciar el tratamiento fue de 44,5% (DE 14,1), y la media de ingresos en el año previo 1,4 (DE 1,1). Un 73,7% de los pacientes recibían tratamiento con triple terapia mientras que un 26,3% doble broncodilatación. Las BQ afectaban a una media de 3 lóbulos (DE 1), predominantemente en LLII (84,2%) y de tipo cilíndrico (63,2%). Los gérmenes aislados fueron *Pseudomonas Aeruginosa* (PA) en un 94,7% y *Acinetobacter Baumannii* en un 5,3%. El antibiótico prescrito fue colistina en un 94,7% y tobramicina en un 5,3%. Un 15,8% presentaron RA (broncoespasmo). Tras iniciar el antibiótico, en un 52,6% se objetivó la reducción en la cantidad de expectoración y en un 42% se consiguió la erradicación del microorganismo. El FEV1 medio fue del 47,6% (DE 12,6) y la media de ingresos fue de 1 (DE 1).

**CONCLUSIONES:** Se trata de pacientes con edad y comorbilidad elevadas, con importante afectación del FEV1. Las BQ predominaron en LLII y de tipo cilíndricas. El germen aislado fue mayoritariamente PA y el antibiótico más prescrito la colistina. En un 42% de los casos se consiguió la erradicación del microorganismo y en un 52,6% reducción en la cantidad del esputo. Solo 3 casos presentaron RA.

## PÓSTER 72

**“CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE BRONQUIECTASIAS (BQ) EN UN HOSPITAL TERCIARIO”** L.Dahmazi; R.Lera; S.Calvache; C.De Juana; A.Esteve; A.Herrejón; E.Martínez. H.U.Doctor Peset Valencia

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, radiológicas y pronósticas de los pacientes atendidos en una consulta de BQ en el H.U. Dr Peset de Valencia entre los años 2016-2018.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes y análisis de los factores asociados a peor pronóstico.

**Resultados:** 184 (58,2% mujeres) de 68,4±14,6 años y con un IMC de 26,2± 4,8 fueron analizados. Las BQ eran difusas en 161(87,5%). Según FACED y BSI eran moderadas y graves (57,7% vs 77,3%). Su etiología era mayoritariamente postinfecciosa (51%): sarampión 44(23,9%); TBC 42(22,8%); y tosferina 8 (4,3%). 29 (16,2%) asociaban inmunodeficiencia. 30 (16,3%) eran idiopáticas. 49(26,6%) tenían EPOC y 26(14,1%) y asma. 91 (49,46%) tenían un patrón obstructivo. 147 (79,9%) tenían broncorrea diaria siendo amarillenta en 114 (62%). 55 (29,9%) cumplían criterios de infección bronquial crónica (IBC) por algún microorganismo potencialmente patógeno (MPP): P. aeruginosa (PA) 24 (43,6%); H. influenzae 11 (20%); S. pneumoniae 5 (9,0%). 60(32,6%) estaban en tto con antibioticoterapia inhalada una media de 25,9±23,0 meses: Colistina inhalada 52(86,6%), 7(11,6%) tobramicina inhalada y 1 (1,6%) tobramicina polvo seco, con buena tolerancia 170 (92,4%). 58 (31,5% ingresaron ≥1 vez en 2016; 48 (26,0%) en 2017 y 27 (14,6%) en 2018. No encontramos relación entre la necesidad de ingresar y la IBC por PA, coloración del esputo, grado de obstrucción o toma de corticoides inhalados (p=NS). 15(8,2%) fueron exitus, 13 tenían IBC por PA (p<0,01) (OR 9,9 IC95%{2,16-45,26}). Fallecen más los casos moderados/graves en FACED y BSI (12 vs 15) (p<0,01) y con epoc (10 vs 5) (p<0,01). (OR 6,67 IC95% {2,15-20,67}).

**Conclusiones:** 1. Un alto porcentaje de nuestros pacientes tienen otras patologías neumológicas asociadas. 2. La IBC por PA, una mayor puntuación en las escalas pronósticas y tener asociado EPOC aumentan la probabilidad de exitus en nuestra población. 3. No encontramos relación entre la necesidad de ingreso y la IBC por PA, la coloración del esputo, el grado de obstrucción en la espirometría o la toma de corticoides inhalados.



## PÓSTER 73

**“VARIABLES RELACIONADAS CON LA POSITIVIZACIÓN DE ESPUTOS FRENTE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA (PA) TRAS LA RETIRADA DEL ANTIBIÓTICO INHALADO DURANTE 6 MESES EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA (IBC) EN FASE ESTABLE”**

R. Lera<sup>1</sup>; E. Martínez<sup>1</sup>; G. Juan<sup>2</sup>; M. Morales<sup>3</sup> 1. H.U. Dr. Peset Valencia; 2 H.G.U. Valencia; 3 Departamento medicina preventiva y salud pública universidad de Valencia.

Objetivos: Averiguar las variables clínicas que se relacionaban con la reaparición de cultivos positivos frente a PA tras retirar durante 6 meses el tratamiento con colistimetato de sodio mediante ineb® en pacientes con BQ e IBC por PA con esputos negativos al menos los 6 meses previos

Metodología: Estudio de cohortes prospectivo. Utilizamos chi cuadrado, test McNemar, t-test y ANOVA para comparación muestras. Análisis multivariante utilizando el método jerárquico de análisis de clusters. El proyecto fue financiado con una beca por la FNCV en 2016.

Resultados: Retiramos el antibiótico en 29 pacientes. El 65.5% (19) volvieron a tener al menos un esputo positivo frente a PA en los 6 meses siguientes. Observamos como los pacientes con cardiopatía concomitante, epoc, doblemente colonizados por MPP o con puntuaciones más altas en las escalas FACED o BSI tenían más riesgo de positivizar esputos frente a PA ( $p < 0.05$ ). Los pacientes que siempre mantuvieron los esputos negativos para PA (10) durante los 6 meses de seguimiento, llevaban más tiempo con esputos negativos frente a PA previamente ( $21.70 \pm 14.49$  vs  $13.53 \pm 9.99$  meses)  $p = NS$  y llevaban más tiempo con antibiótico inhalado ( $40.90 \pm 28.29$  vs  $28.89 \pm 19.60$  meses)  $p = NS$ . No hay relación entre la cantidad en mililitros, ni la coloración del esputo por la escala de Murray, con el hecho de volver a tener cultivos de esputos positivos frente a PA.

Conclusiones: 1. Es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes y más prolongados en el tiempo. 2. Los pacientes más graves tienen un mayor riesgo de volver a positivizar esputos frente a PA. 3. Podría valorarse, al menos temporalmente, la retirada del antibiótico inhalado en un grupo seleccionado de pacientes.



