

LIBRO COMUNICACIONES



XXVII CONGRESO

Sociedad Valenciana
de Neumología

1, 2 y 3 de octubre

VIRTUAL

COMUNICACIONES ORALES

ORAL-1	SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA DEL SUEÑO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN FASE AGUDA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET	5
ORAL-2	IMPACTO DE LA APNEA DEL SUEÑO Y EL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON MELANOMA. RESULTADOS PRELIMINARES EN 218 PACIENTES.....	6
ORAL-3	ANGIOGENESIS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA.....	7
ORAL-4	DIFERENTES TIPOS DE RESPUESTA INMUNOSUPRESORA DURANTE LAS AGUDIZACIONES DE LA EPOC	8
ORAL-5	INFLUENCIA DEL SEROTIPO INFECTANTE EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES DE LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA CON ALTO NIVEL INFLAMATORIO.....	9
ORAL-6	TELEMEDICINA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DEL ASMA.....	10
ORAL-7	NEUTROPHIL EXTRACELLULAR TRAPS: RELACIÓN CON LA GRAVEDAD Y COMPLICACIONES EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	11
ORAL-8	ESTATUS ANGIOGÉNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	12
ORAL-9	IMPACTO DE LA ADENOAMIGDALECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO.....	13
ORAL-10	DIAGNÓSTICO Y DECISIÓN TERAPÉUTICA MEDIANTE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN SAHS INFANTIL.....	14

ORAL 01

**SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA DEL SUEÑO Y
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN FASE AGUDA:
RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET**

Grace Oscullo¹, Alberto García-Ortega¹, Eva Mañas², Aldara García², Irene Cano², Juan J. Jimenez¹, Pilar Calvillo¹, Javier Navarrete¹, Alba Cerveró¹, Jose D. Gomez¹, Enrique Zaldivar¹, Tomas Posadas¹, Raquel Lopez¹, Cristina Navarro³, David Jimenez², Miguel Ángel Martínez García¹.

¹H. Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ²H. Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Valorar la prevalencia de los trastornos respiratorios del sueño en la fase aguda del tromboembolismo pulmonar (TEP).

Metodología: Estudio multicéntrico, observacional y descriptivo de pacientes consecutivos diagnosticados de TEP aguda sintomática y hemodinámicamente estable. A todos ellos en las primeras 48 horas del diagnóstico de TEP se les realizó un protocolo de recogida de datos clínicos, estudio de sueño y ecocardiografía transtorácica.

Resultados: Se incluyó 82 pacientes (49% hombres), edad media 65 años (16.6), IMC medio 28 kg/m² (4.6) y Epworth medio 6,45 (4,2). El 80.5% de los pacientes presentaron SAHS (IAH≥5). El IAH medio fue 24/h (21,27), IDO 25/h (22,3), y CT90% 43,5% (34,8). Aquellos con IAH≥15 (53,5%) presentaron una mayor afectación trombótica radiológica (TEP central 49%vs47% p:0,013) y una mayor afectación cardíaca derecha (diámetro de Art.Pulmonar 27,1mm vs 29,7mm p:0,004 y ratio VD/VI>0,9 23%vs27% p.0,03). En el análisis de regresión logística se observó que la presencia de un IAH≥15 se asoció a una mayor carga trombótica OR 3.1 (IC95% 1,2-7,5 p:0,018) para trombo central y OR 3.6 (IC95%1,4-7,1 p:0,010) para TVP; y mayor disfunción del ventrículo derecho OR 1.7 (IC95% 1,1-4,2 p:0,032) para ratio VD/VI≥0.9 y OR 2.7 (IC95% 1,02-7,2 p:0,045) para dilatación de VD; de forma independiente al valor de PESI simplificado, género e IMC. Conclusiones: La prevalencia del SAHS se encuentra elevada en pacientes con TEP aguda y hemodinámicamente estable, su presencia se asocia a una mayor carga trombótica y mayor disfunción ventricular derecha.

ORAL 02

IMPACTO DE LA APNEA DEL SUEÑO Y EL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON MELANOMA. RESULTADOS PRELIMINARES EN 218 PACIENTES

José Daniel Gómez Olivas¹, Grace Oscullo¹, Alberto García¹, Enrique Zaldívar¹, Francisco Campos², Valentín Cabriada³, Olga Mediano⁴, Alicia Sánchez-de-la-Torre⁵, Irene Cano⁶, Fernanda Troncoso⁷, Jaime Corral⁸, Esther Pastor⁹, María Somoza¹⁰, Mónica de la Peña¹¹, Andrea Crespo¹², Santiago Juarros¹³, Miguel Angel Martínez-García¹ 1.H. La Fe (Valencia), 2.H.Valme (Sevilla), 3.H.Cruces (Baracaldo), 4.H. Guadalajara ,5.H Arnau Vilanova (Lleida), 6. H. Ramón y Cajal (Madrid), 7.H. F. Jiménez Díaz (Madrid), 8. H.San Pedro de Alcántara (Cáceres), 9. H.San Juan de Alicante, 10.H.Consorci Terrassa, 11.H Son Espases (Mallorca), 12.H. Río Hortega (Valladolid), 13. H.Clínico Valladolid.

Objetivo: Analizar el efecto del SAHS y CPAP sobre la evolución a del melnaoma. **Metodología:** De 2012 a 2015 se diagnosticaron 218 melanomas seguidos 46.4 (36.1-55.1) meses. Se recogieron datos clínicos, de evolución del melanoma y se realizó nuevo estudio de sueño. Variable principal: “composite” (muerte, nuevo tumor, metástasis, afectación del g. centinela o recidivas), o mala evolución del melanoma (metástasis, recidiva o afectación del g.centinela).**Resultados:** 218 pacientes con 56.3 (15.1) años, 46% mujeres, IMC 27.2 (9.6). IAH inicial: 15.2 (15.8) e I.Breslow: 1.8 (2.9) mm. 63 pacientes presentaron SAHS (IAH \geq 15). 155 pacientes no fueron SAHS (IAH<15) o tuvieron buena tolerancia a CPAP y 63 fueron SAHS (IAH \geq 15) con mala tolerancia o sin prescripción. Hubieron 28 nuevas neoplasias, 14 recidivas, 22 metástasis, 27 muertes y 32 afectaciones de g. centinela. El composite apareció en 71 pacientes y la mala evolución del melanoma en 45 pacientes. En el análisis multivariado ajustado por I. Breslow, edad, sexo, IMC, y presencia de SAHS/tolerancia a CPAP se observó que tanto el I Breslow como un IAH \geq 15 (HR 1,30, p=0.028 y HR: 1,27, p=0.011) no tratado se asociaron a peor pronóstico (composite final y mala evolución del melanoma) respectivamente. **Conclusión:** Tanto la agresividad inicial del tumor como un IAH \geq 15 no tratado se asociaron a una peor evolución del melanoma.

ORAL 03

ANGIOGENESIS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA.

C. Sabater², G. Juan^{1,2}, S. Torres³, E. Fernández-Fabrellas², E. Verdejo², S. Calabuig³. 1. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. 2. Servicio Neumología. Hospital General Universitario de Valencia. 3. Laboratorio de Oncología Molecular. Servicio de Oncología. Hospital General de Valencia. Departamento de Patología, UV.

Objetivos: Analizar los niveles de factores angiogénicos en sangre de controles sanos y pacientes con FPI, correlacionarlos con variables clínicas y confirmar los biomarcadores estudiados como predictores de respuesta a tratamiento.

Metodología: Estudio prospectivo de 43 pacientes con FPI y 20 controles sanos. Se recogieron datos de variables clínicas y se determinaron niveles en sangre de VEGFA, PLGF, FGF1, FGF2, VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3, TGF β 1, TGF β 2 y TGF β 3. Se utilizó U Mann-Whitney para comparaciones entre grupos y el test de Wilcoxon para comparar muestras pareadas. Se consideró la significación estadística con una $p < 0.05$.

Resultados: Los pacientes con FPI presentaban niveles más elevados de FGF2, VEGFA, TGF β 1 y TGF β 2 en sangre en comparación con los controles ($p=0,006$, $p=0,007$, $p=0,024$, $p=0,032$ respectivamente). La expresión de VEGFR1 fue menor en pacientes con mayor afectación funcional al diagnóstico. Obtuvimos valores elevados de VEGFR3 en sujetos con pérdida $>15\%$ de DLco en un año frente a los que se mantuvieron estables. Los sujetos con estabilidad funcional presentaron un aumento significativo de PLGF con nintedanib (+11,12; $p=0,018$) y también comparando con pacientes con progresión funcional (+10,61 vs +3,40; $p=0,022$).

Conclusiones: 1. La expresión en sangre de mediadores angiogénicos muestra diferencias entre los pacientes con FPI y los sujetos control. 2. Valores bajos de VEGFR1 se asociaron con mayor afectación funcional al diagnóstico y valores elevados de VEGFR3 se asociaron con progresión de enfermedad. 3. Nintedanib incrementa los niveles de PLGF durante el tratamiento. En sujetos con función pulmonar estable el incremento en PLGF es significativamente mayor comparado con sujetos con deterioro funcional.

Proyecto becado en 2015 por la Sociedad Valenciana de Neumología.

ORAL 04

DIFERENTES TIPOS DE RESPUESTA INMUNOSUPRESORA DURANTE LAS AGUDIZACIONES DE LA EPOC. Miralles C, Miñana MD, Peris R, Nieto ML, Aguar MC, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia)

Justificación: Las agudizaciones de la EPOC son complejas y heterogéneas. No se conoce con precisión cuáles son los patrones de respuesta inmune.

Objetivos: Determinar el patrón de respuesta de las células mieloides inmunosupresoras (MDSC) y los linfocitos T reguladores (Treg) durante la agudización de la EPOC.

Metodología: Estudio prospectivo, longitudinal y controlado donde se compara la respuesta inmunosupresora en una cohorte de pacientes con EPOC, tanto en fase aguda (hospitalizados por agudización) como en fase estable (90 días tras alta) y en un grupo control. Mediante citometría de flujo en sangre periférica se analizan las siguientes subpoblaciones celulares: linfocitos Treg (CD3+CD4+ CD25high CD127-), MDSC de origen monocítico (mMDSC) (Lin-CD33+HLA-DR-CD14+CD15-) y las MDSC primitivas, (eMDSC) (Lin-CD33+HLA-DR-CD14-CD15-).

Resultados: Se incluyen 48 pacientes con EPOC (86% hombres, con edad de 70±9 años y un FEV₁(%) de 47±17%) y 8 controles (fumadores con una espirometría normal). Durante la agudización hubo un aumento significativo de las células Treg (%TCD4), frente a estabilidad y controles: 8.4±4.4% vs 6,6±2,4% vs 5,0±1,7% (p<0.001). No se observaron cambios en los niveles circulantes de las eMDSC. Las mMDSC (%Mo) aumentaron durante la agudización: 7,0±9,8% vs 2,1±1,8% vs 1.6±1.0%, frente a estabilidad y controles, respectivamente. Se observaron diferentes patrones de comportamiento. El 38% de los pacientes experimentó un aumento simultáneo de las mMDSC y las Treg, mientras que el 10% no sufrió cambios en ninguna de estas subpoblaciones. En el resto de los caso se observó comportamientos opuestos en estas dos subpoblaciones celulares inmunosupresoras.

Conclusiones: Durante la agudización de la EPOC la respuesta inmunosupresora es diferente entre pacientes. Se precisan más estudios para evaluar los mecanismos implicados.

ORAL 05

INFLUENCIA DEL SEROTIPO INFECTANTE EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES DE LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA CON ALTO NIVEL INFLAMATORIO. Elsie Meneses Petersen¹ Francisco Sanz Herrero¹ Luis Ruiz Iturriaga² Marta García Clemente³ Pedro España Yandiola⁴ Remedios Guna Serrano¹ Leyre Serrano Fernández² Amaia Artaraz Ereño⁴ Julia Herrero Huertas³ Estrella Fernández Fabrellas¹.

¹Consorci Hospital General Universitari, València ²Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴Hospital de Galdakao-Uransolo, Galdakao, Vizcaya.

Objetivo La adecuada respuesta inflamatoria del huésped es crucial para superar el proceso infeccioso, a su vez puede determinar el desarrollo de complicaciones. Otros factores como las características del patógeno infectante podrían determinar diferente evolución en la neumonía. Nuestro objetivo fue valorar la influencia del serotipo infectante en el desarrollo de complicaciones durante la neumonía neumocócica bacteriémica en una población con alta respuesta inflamatoria. **Método** Análisis prospectivo, multicéntrico de pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica. Se consideró alto nivel inflamatorio PCR >15mg/dl. analizamos las características diferenciales de las complicaciones: ingreso en UCI, shock séptico, complicaciones sistémicas, respiratorias y cardiovasculares. Análisis estadístico X² y t de student.

Resultado Se incluyeron 578 pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica, analizamos aquellos con alta respuesta inflamatoria 463 casos (80.1%), 97 (21%) con infección por neumococo serotipo 3. El estado inflamatorio fue similar entre el serotipo 3 y el resto de serotipos [38.7 (12.9) vs 35.9 (12.9); p=0.063]. Los pacientes con infección por serotipo 3 mostraron significativamente mayor presencia de shock séptico (36.1% vs 16.9%; p<0.01), ingreso en UCI (45.4% vs 27.1%; p<0.01), complicaciones respiratorias (77.3% vs 51.1%; p<0.01), sistémicas (80.4% vs 57.1%; p<0.01) y cardiovasculares (41.2% vs 21%; p<0.01) comparados con el resto de serotipos. La mortalidad fue similar en ambos grupos. Solo los pacientes que requirieron ingreso en UCI [39.1 (14.5) vs 35.3 (12.2); p=0.004] o con complicaciones sistémicas [37.8 (13.5) vs 34.3 (11.8); p=0.004] mostraron mayor inflamación mediada por PCR. **Conclusiones** Los pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica con alto nivel inflamatorio, la presencia de complicaciones graves se asocia con el serotipo infectante, concretamente serotipo 3.

ORAL 06

TELEMEDICINA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DEL ASMA

L. Cabanes, M. Climent, E. Lillo, B. Orosa, S. Ponce, E. Martínez Moragón. Servicio Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Recientes publicaciones señalan que la telemedicina puede ayudar a controlar el asma y mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero faltan evidencias acerca de qué tipo de aplicaciones y en qué momento deben aplicarse. Hemos realizado un estudio prospectivo incluyendo de forma consecutiva a asmáticos graves con ≥ 2 ingresos por asma en los últimos 2 años. Se les realizó un plan de educación y autocuidado mediante un sistema de telemonitorización domiciliaria, con seguimiento durante 12 meses.

Se incluyeron 21 pacientes con edad media 65 años (54-76). La media de comorbilidades por paciente era de 3,9 (2,3-5,5) destacando HTA (67%), Obesidad (52%) y Dislipemia (43%). La cifra media de eosinófilos séricos fue de 266 cel. por μl (53-479). Un 28,6% eran corticodependientes al inicio frente al 9,5% al año ($p < 0,019$). En la tabla se expresan los resultados referentes al control (ACT), calidad de vida (miniAQLQ), función pulmonar (FEV1), nº exacerbaciones, visitas a urgencias e ingresos en el año previo y 1 año después. Un 84% de los pacientes mostraron un alto grado de satisfacción con el programa.

	V. INICIAL		V4 (visita 12m)		p-valor	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S		
ACT	14,68	$\pm 4,91$	19,95	$\pm 3,84$	0,001	+5,27
AQLQ	3,81	$\pm 1,46$	4,74	$\pm 1,39$	0,066	+0,93
FEV1	71,56%	$\pm 27,91\%$	75,44%	$\pm 29,18\%$	0,665	+3,88%
EXACERBACIONES	2,79	$\pm 1,62$	1,05	$\pm 1,35$	0,001	-1,74
INGRESOS	1,68	$\pm 2,21$	0,42	$\pm 1,12$	0,003	-1,26
VISITAS URG	2,89	$\pm 2,69$	0,42	$\pm 1,12$	0,000	-2,47

CONCLUSIONES:

La implementación de un programa de telemedicina tras una hospitalización por asma consigue buenos resultados en salud (control, calidad de vida, reducción de agudizaciones, visitas a urgencia, ingresos y uso de corticoides sistémicos) con un nivel alto de satisfacción percibida por los pacientes.

* Trabajo financiado en parte con becas SEPAR 2016 y FNCV 2017.

ORAL 07

NEUTROPHIL EXTRACELLULAR TRAPS: RELACIÓN CON LA GRAVEDAD Y COMPLICACIONES EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Laura Feced¹, Paula González-Jiménez¹, Raúl Méndez¹, M Piedad Fernández-Pérez², Leyre Bouzas¹, Rocío González², Katheryn Yépez¹, Constantino Martínez ², Rosario Menéndez¹.
1. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia; 2. Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Los neutrophil extracellular traps (NET) son un mecanismo de inmunidad innata mediante el que los neutrófilos liberan cromatina, histonas y enzimas que actúan como trampas frente a gérmenes. Sin embargo, un exceso de NET puede ocasionar daño al huésped. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la histona-3-citrulinada unida a DNA (DNA-H3Cit), marcador específico de NETosis, en la NAC y su relación con la gravedad inicial y las complicaciones.

Metodología: Estudio prospectivo en pacientes con NAC hospitalizada. Se recogieron datos demográficos y del episodio agudo. Se determinó DNA-H3Cit en plasma mediante ELISA (primeras 24 horas), considerándose niveles positivos según densidad óptica (DO) si longitudes de onda $\geq 0.200\text{nm}$ (según datos de 30 controles sanos). Los niveles de DNA-H3Cit se compararon según la presencia de sepsis al diagnóstico y su evolución posterior: fracaso terapéutico (FT) y eventos cardiovasculares (ECV) a 30 días. Se realizó un análisis estadístico univariado utilizando la U-Mann Whitney para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para cualitativas.

Resultados: En 81 (72.3%) de 112 pacientes incluidos encontramos niveles de DNA-H3Cit positivos: 59 (72.8%) presentaron sepsis al diagnóstico, 12 (14.8%) FT y 8 (9.9%) ECV. Los pacientes con sepsis tenían niveles superiores de DNA-H3Cit ($p:0.001$) respecto a aquellos sin sepsis. Los pacientes con FT y/o complicaciones cardiovasculares presentaron una mayor concentración de DNA-H3Cit ($p:0.008$) con respecto a los pacientes sin FT o ECV.

Conclusiones: El 72,3% de los pacientes con NAC tienen niveles elevados de DNA-H3Cit en plasma respecto a controles sanos. Los pacientes con sepsis al diagnóstico y aquellos con FT y/o ECV tienen mayor concentración de DNA-H3Cit. Los NET son una potencial diana terapéutica en la NAC.

ORAL 08

ESTATUS ANGIOGÉNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Ignacio Martínez¹, Cristina Sabater², Gustavo Juan^{1,2}, Susana Torres³, Estrella Fernández², Esther Verdejo², Silvia Calabuig³. Facultad Medicina Universidad Valencia¹, Servicio Neumología Hospital General de Valencia², Laboratorio de Oncología Molecular. Hospital General de Valencia³

Objetivos: Analizar los niveles de factores angiogénicos en sangre de controles sanos y pacientes con EPOC, correlacionarlos con variables clínicas y evaluar su posible valor pronóstico de manera individual o en perfiles angiogénicos.

Metodología: Estudio prospectivo incluyendo 42 pacientes con EPOC con obstrucción grave o muy grave y 20 controles sanos. Se recogieron las variables clínicas y se determinaron niveles en sangre de: VEGFA, PLGF, FGF1, FGF2, VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3, TGFb1, TGFb2 y TGFb3 mediante un elisa multiparamétrico. Se utilizó el test de Chi-cuadrado, para comparar variables categóricas y U Mann-Whitney para comparaciones entre grupos. El análisis de supervivencia se realizó mediante las curvas kaplan-meier.

Resultados: Los pacientes EPOC presentaban niveles más elevados de FGF2 y TGFb1 en sangre en comparación con los controles ($p=0.038$ y $p=0.05$ respectivamente). La supervivencia fue menor en pacientes con baja expresión de VEGFR1 ($p=0.0233$), VEGFR2 ($p=0.0348$) y TGF β 2 ($p=0.0468$) comparada con los pacientes con elevada expresión de estos analitos. Las combinaciones de biomarcadores permitían identificar grupos con pronóstico diferente y diferencias todavía más significativas. La variable factor pronóstico independiente para mortalidad fue la expresión combinada de \downarrow VEGFR1/ \downarrow VEGFR2/ \downarrow TGF β 2 en sangre ($p=0.023$).

Conclusiones: 1. El análisis de los mediadores angiogénicos muestra diferencias entre el grupo EPOC comparando con los controles sanos. 2. En este estudio, los pacientes con menor expresión de VEGFR1, VEGFR2 y TGF β 2 tanto de forma individual como con una firma angiogénica combinada presentaban peor supervivencia, demostrando su valor pronóstico.

ORAL 09

IMPACTO DE LA ADENOAMIGDALECTOMIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO

Molina V, Chiner E, Sancho-Chust JN, Cánovas C, Pastor E, Vañes S, Gómez-Merino E, Castelló C, Senent C, Celis C, Arlandis M. H. Universitari Sant Joan d'Alacant.

Introducción: El SAHS infantil tiene graves repercusiones en la calidad de vida (CV). Evaluamos la CV en una población de niños con SAHS y los cambios tras intervención terapéutica.

Material y métodos: Se incluyeron niños consecutivos con sospecha de SAHS a los que se practicó PSG pre y post adenoamigdalectomía (AA). Se recogió prospectivamente información de edad, sexo, clínica, variables PSG, datos antropométricos, grados de Brodsky y Mallampati. Para valorar la CV se empleó el cuestionario OSA18 validado, basal y entre 3-6 meses post AA. OSA18 incluye 18 ítems agrupados en 5 dominios: trastorno del sueño, sufrimiento físico, emocional, problemas diarios, preocupación de los padres o cuidadores, puntuando cada ítem en una escala de 7 puntos, con una puntuación total 18-126, clasificando el impacto en leve (<60), moderado (60-80) y grave (> 80). Se empleó la t de Student (datos pareados) para comparar antes y después del tratamiento.

Resultados: Se evaluaron 45 niños y 15 niñas, edad 6 ± 3 años, BMI 18 ± 4 , cuello 28 ± 5 , Brodsky 0: 7%, <25%: 12%, 25-50% 27%, >50- <75%: 45%, >75%: 6%, IAH: 12 ± 7 . Fueron SAHS 52 (87%), en rango leve 13 %, 25 % moderado y 62 % severo, con puntuaciones de OSA18: 47 ± 19 para no SAHS y 89 ± 26 en SAHS ($p<0.001$), distribuido por severidad en 63 ± 26 , 85 ± 22 , 79 ± 20 ($p<0.01$), con el mayor peso en las dimensiones del sueño ($p<0.001$) y la de preocupaciones del cuidador ($p<0.05$). Para todo el grupo supuso impacto leve en 25%, moderado en 28% y grave en 47%. Se observaron diferencias significativas antes y después del tratamiento, tanto en el global (89 ± 26 vs 39 ± 22 , $p< 0.001$) como en cada una de las dimensiones ($p<0.001$).

Conclusiones: El SAHS tiene alto impacto en la CV de niños y cuidadores, y mejora tras intervención terapéutica. Es importante emplear instrumentos adecuados y validados para evaluar la situación basal y postratamiento.

ORAL 10

DIAGNÓSTICO Y DECISIÓN TERAPÉUTICA MEDIANTE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN SAHS INFANTIL **Cánovas C, Chiner E, Baños S, Pastor E, Molina V, Sancho-Chust JN, Castelló C, Celis C. H. U. Sant Joan d'Alacant**

Introducción: La poligrafía domiciliaria (PCRD) en el SAHS infantil y su validez en la decisión terapéutica ha sido poco estudiada. Evaluamos su utilidad y validez diagnóstica complementada con la PSG y validar la secuencia diagnóstica en una unidad de sueño.

Material y métodos: Se evaluaron prospectivamente los niños remitidos con sospecha de SAHS a lo largo de un año. El protocolo consistió en PCRD inicial en todos los casos. Cuando existía patología concomitante, en casos dudosos o a criterio médico se realizó PSG. Se obtuvieron datos clínicos y antropométricos, severidad, calidad técnica y decisión terapéutica final. Para la comparación entre grupos se empleó la t-student (datos no pareados), el test de χ^2 , y el test de correlación entre los parámetros respiratorios y los antropométricos.

Resultados: De 127 iniciales se valoraron 121 porque 6 no quisieron realizarse la PCRD y se perdieron en el seguimiento. Fueron 70 niños y 51 niñas, edad: 7 ± 4 (2-18 años), BMI: 18 ± 3 , BMI%: 61 ± 38 . Se efectuaron 104 PCRD y 24 PSG, de las cuales 7 tenían PCRD previas (falsas negativas) y 17 enfermedad concomitante (Down, cromosomopatías, Prader-Willy, etc). Fueron técnicamente válidas 98% de las PCRD. Todas las PCRD y 96% de las PSG fueron diagnósticas de SAHS, con un IAH 9.5 ± 9.1 , ODI 4.4 ± 6.7 , gravedad: 45% leve, 33% moderado, 22% severo. No se observaron diferencias significativas al comparar la edad, las características antropométricas ni la clínica previa entre los grupos de PCRD o PSG, aunque los del grupo de PSG presentaron más enfermedad concomitante ($p < 0.001$), más dificultad en la deglución ($p < 0.05$), hipoventilación ($p < 0.05$), mayor RDI (11 ± 2 vs 8 ± 1 , $p < 0.001$) y ODI (10 ± 2 vs 5 ± 1 , $p < 0.05$). No existió correlación entre IAH y BMI/BMI%, sólo con ODI ($p < 0.001$) y correlación negativa entre el peso en Kg con SpO2 basal ($p < 0.05$), SpO2 mínima ($p < 0.01$) y TC90% ($p < 0.05$). Fueron sometidos a adenoamigdalectomía (AA) 93 (77%), tratamiento con montelukast en 30 (25%), sólo o combinado con CPAP/BIPAP en 12 (10%), sin diferencias en la decisión terapéutica entre PCRD o PSG.

Conclusiones: La PCRD en el SAHS infantil permite establecer una decisión terapéutica: (AA), tratamiento conservador o CPAP en la mayoría de los casos, reservando la PSG para casos más complejos o dudosos.

COMUNICACIONES PÓSTERS

P-1	PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE: CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO.....	19
P-2	EXPERIENCIA CON PACIENTES TRATADOS CON MEPOLIZUMAB EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)	20
P-3	EFICACIA TERAPEUTICA Y EFECTOS ADVERSOS DE MEPOLIZUMAB EN EL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO.....	21
P-4	RESPUESTA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y FRACASO A OTROS BIOLÓGICOS.....	22
P-5	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ASMA BRONQUIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), 1981-2017	23
P-6	ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ASMA BRONQUIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), POR SEXOS, 1981-2017	24
P-7	RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFILICA TRATADOS CON ANTI-IL5	25
P-8	RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFILICA CON BENRALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLINICA HABITUAL	26
P-9	EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA.....	27
P-10	METACOLINA Y FRACCIÓN DEL ÓXIDO NITRICO EXHALADO EN UNA POBLACIÓN CON ASMA BRONQUIAL.....	28
P-11	HOSPITALIZACIONES POR EXACERBACIÓN DE ASMA: CARACTERÍSTICAS Y COSTES	29
P-12	RESLIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN PRACTICA CLINICA HABITUAL.....	30
P-13	FRAGILIDAD COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	31
P-14	EFICACIA DE UN HOSPITAL DE DIA NEUMOLÓGICO: CASUÍSTICA INICIAL.....	32
P-15	EVOLUCIÓN FUNCIONAL DEL EPOC GRAVE. DATOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA	33
P-16	SOLAPAMIENTO EPOC-ASMA (ACO). UNA ENTIDAD EN PELIGRO DE EXTINCIÓN.....	34
P-17	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CRÓNICA EN LA EPOC.....	35
P-18	FACTORES RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO Y COMORBILIDADES DEL MISMO	36

P-19	TOS DURANTE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL	37
P-20	IMPACTO DEL GRADIENTE ALVEOLO-ARTERIAL DE OXÍGENO EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO	38
P-21	RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.....	39
P-22	¿HAY INFRADIAGNOSTICO EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NUESTRA ÁREA?.....	40
P-23	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD.....	41
P-24	CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE 21 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL CON RASGOS AUTOINMUNES (IPAF) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)	42
P-25	PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	43
P-26	ANÁLISIS DEL SIGNIFICADO DE SIGNOS RADIOLÓGICOS DISTINTIVOS EN LAS EPID ASOCIADAS A ETC.....	44
P-27	ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD PULMONAR POR FÁRMACOS.....	45
P-28	CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA DE EPI ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA	46
P-29	INTERVENCIÓN MEDIANTE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)	47
P-30	EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.....	48
P-31	IMPACTO CLÍNICO ASISTENCIAL DE CIRCUITOS DE DERIVACIÓN PRECOZ EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. RESULTADOS PRELIMINARES.....	49
P-32	HIPERTENSIÓN PULMONAR (HP) EN EPI ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ETC).....	50
P-33	PRÓTESIS ENDOBRONQUIALES RETIRADAS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	51
P-34	EXPERIENCIA DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN.....	52
P-35	CÁNCER DE PULMÓN Y DE OTRO ÓRGANO DE FORMA SINCRÓNICA: UN DIAGNÓSTICO AL ALZA	53
P-36	EXPERIENCIA DE 9 AÑOS DEL COMITÉ DE TUMORES TORÁCICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO	54
P-37	RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS TÉCNICAS PLEURALES BÁSICAS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA	55

P-38	UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPIA EN LA HEMOPTISIS	56
P-39	ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE UNA INSUFICIENTE ADHESIÓN TERAPÉUTICA.....	57
P-40	COSTES Y CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL	58
P-41	VACUNACION ANTIGRI PAL EN LA RUTA DE LA SALUD 2019.....	59
P-42	PLEUREX .AUTOCUIDADO.PAPEL DE ENFERMERÍA	60
P-43	SEGURIDAD Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DEL ASMA CON INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL PARA ÁCAROS EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA	61
P-44	PAPEL DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN LA FASE AGUDA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR RESPECTO A LA FASE ESTABLE: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ESAET	62
P-45	TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS) EN ALTITUD MODERADA Y CAMBIOS DESPUES DE UN CORTO PERIODO DE ACLIMATACIÓN (48 H.)	63
P-46	RECURSOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA DE LA COMUNITAT VALENCIANA	64
P-47	SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ELA EN UNA UHD	65
P-48	SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA.....	66
P-49	EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS A LO LARGO DE 25 AÑOS EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN.....	67
P-50	INFLAMACIÓN SISTÉMICA PERSISTENTE CON IL-17A Y LAS EXACERBACIONES GRAVES DE BRONQUIECTASIAS	68
P-51	ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EVENTOS CARDIOVASCULARES TRAS UNA EXACERBACIÓN DE BRONQUIECTASIAS	69
P-52	EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE BRONQUIECTASIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	70
P-53	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO ALTO CON EVOLUCIÓN DESFAVORABLE	71
P-54	IMPLICACIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	72

PÓSTER 01

PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE: CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Lopez Brull H., García Rodenas M., Garcia Mullor M., Fernandez Aracil C., Martin Serrano C. Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España, Alicante, Alicante, España **Objetivos** Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes tratados con benralizumab y valorar la respuesta inicial al tratamiento. **Metodología** Estudio retrospectivo que incluye a los pacientes tratados con benralizumab en el HGUA, con al menos 6 meses de seguimiento. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. **Resultados** Desde febrero hasta junio 2019 iniciaron tratamiento con benralizumab 8 pacientes en nuestro centro, con una mediana de edad de 53 años (45-75). El 62,5% eran mujeres y el 50% córticodependientes antes de iniciar el tratamiento con benralizumab, con una mediana de dosis de prednisona diaria de 8,75mg (7,5 -50mg). La mediana de eosinofilia máxima histórica previa a benralizumab era de 985/L (160-2560/L). Tres de los 8 pacientes no habían recibido tratamiento con ningún biológico (5 habían llevado al menos 1 dosis de mepolizumab). Cuatro de los 8 pacientes presentaban poliposis nasal con EREA, y 7 pacientes tenían clínica rinosinusal. Las comorbilidades asociadas fueron: SAHS (75%), reflujo gastroesofágico (62.5%), psicopatía (25%) y bronquiectasias (12.5%). Tres eran exfumadores y 1 de ellos fumador activo con un consumo medio 19.8 +-2.5 de a-paq. Tras 6 meses de tratamiento observamos una mejoría en la puntuación ACT en 4 pacientes (entre 2 y 6 puntos) y una mejoría del FEV1 en 5 pacientes (entre 320 y 650ml). Tres de los 4 pacientes córticodependientes consiguieron disminuir la dosis de corticoides entre 2,5 y 10mg diarios. Se consiguió la mejoría de la clínica rinosinusal tras 6 meses en 4 de 7 pacientes. No se registraron efectos adversos. **Conclusiones** Benralizumab es un fármaco bien tolerado. A pesar de la gravedad de este grupo de pacientes, consigue mejorar en todos excepto un caso al menos un criterio clínicofuncional relacionado con el control del asma.

PÓSTER 02

EXPERIENCIA CON PACIENTES TRATADOS CON MEPOLIZUMAB EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA).

López Brull H., García Rodenas M., García Mullor M., Fernandez Aracil C., Martín Serrano C. Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España, Alicante, Alicante, España **Objetivos** Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes tratados con mepolizumab y valorar la respuesta tras un año de tratamiento. **Metodología** Estudio retrospectivo que incluye a los pacientes tratados con mepolizumab en el HGUA. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. **Resultados** Desde mayo de 2017 han iniciado tratamiento con mepolizumab por asma 33 pacientes, habiéndolo suspendido en 7 casos: 4 por no haber conseguido un control completo de la enfermedad y 3 por efectos secundarios. Los efectos secundarios fueron: en 2 casos empeoramiento grave del asma y en 1 alergia invalidantes. En la actualidad hay 26 pacientes activos con el tratamiento y en 17 disponemos de al menos un año de seguimiento. La edad media fue $57,8 \pm 14$ (36-82) y el 76,5% fueron mujeres. Las comorbilidades asociadas fueron: poliposis nasal 82,4% (53% EREA), reflujo gastroesofágico 41,2%, bronquiectasias 35,3%, SAOS 17,6%, trastorno psiquiátrico 17,6%. Cuatro pacientes eran córticodependientes antes de iniciar el tratamiento con mepolizumab con una dosis de prednisona diaria de entre 2,5-7,5mg. La media de eosinófilos (cel/ L) antes de empezar el tratamiento fue de $861,9 \pm 344,9$ y la de IgE (UI/mL) $398,4 \pm 320,6$. El número de ingresos por exacerbación de asma en 1 año bajó de 4 a 1, las tandas de corticoides sistémicos en 1 año bajó de 41 a 7, el ACT mejoró una media de $5,7 \pm 4,3$ puntos. El FEV1 mejoró una media de 100mL. La sintomatología nasal mejoró en 6 de los 14 pacientes con poliposis (43%). No hubo cambios en relación al FENO (una media de $38,6 \pm 24,8$ antes del tratamiento y $37,5 \pm 21,2$ después). **Conclusiones** En nuestra experiencia, mepolizumab permite alcanzar un buen control de la enfermedad en los pacientes con asma grave eosinofílica y la mejoría de la clínica derivada de la poliposis, en casi la mitad de los casos.

PÓSTER 03

EFICACIA TERAPEUTICA Y EFECTOS ADVERSOS DE MEPOLIZUMAB EN EL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO

Eva Avilés, Mercedes Ramón, Estrella Fernandez, Gustavo Juan, Carmen Navalón, Sherlyne Jaimes. Universitat de València Estudi General¹. Consorcio Hospital General Universitario de València²

Objetivos: Valorar la respuesta terapéutica y efectos adversos del tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma grave eosinofílico en un Hospital universitario.

Metodología: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados con mepolizumab en la consulta de Neumología de un Hospital Universitario. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y una entrevista presencial. Se cumplimentaron los cuestionarios ACT (test de control del asma), nº de exacerbaciones, FEV1, cuestionario SNOTT 22 (sino-nasal outcome test), EGET (global evaluation of treatment effectiveness) y escala visual analógica de pólipos. Se comparan los datos basales, seis meses y al año de tratamiento. Se utilizaron pruebas no paramétricas para realizar los contrastes de hipótesis, como la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes a lo largo de dos años (8 reclutados en el último año). 61.9% tenían polipos y rinosinusitis y 71.4% intolerancia a AINES. ACT basal fue de 11.95, a los 6 meses 18.29 y al año 19.15 (p 0.000 y p 0.002 respectivamente). El número de exacerbaciones se redujo a los seis meses de 4.53 a 1.35 (p 0'001) y al año en 1.10 (p 0'005). El cuestionario SNOTT 22 basal fue 11.68, a los 6 meses 5.74 y al año 4.75 (p 0.008 y 0.028 respectivamente). Las variables que predijeron la respuesta terapéutica fueron: cuestionario SNOTT22 basal 15.63 para los controlados y 6.63 para los de menor respuesta (p 0.035), FEV1 basal para los controlados 71.85 vs 53.38 no controlados (p 0.033) y ACT basal de 13.30 para controlados y 9.63 en los no controlados (p 0.019). El valor de FEV1 no varió con el tratamiento.

Conclusiones: 1- Mepolizumab produce una mejoría clínica significativa de la rinosinusitis crónica y polinosis y control del asma y las exacerbaciones. 2- Los pacientes con mayor afectación rinosinusal, mayor FEV1 y mejor ACT basal obtuvieron mejor respuesta terapéutica. 3.- No se produjo mejoría de la función pulmonar ni reducción del tamaño de los pólipos nasales. 4 - No se registraron efectos adversos significativos.

PÓSTER 04

RESPUESTA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y FRACASO A OTROS BIOLÓGICOS

Noemí Beltrán Sampayo, Sandra Reino Gelardo, Marta Palop Cervera, Amparo Lloris Bayo, Alberto Saura Vinuesa, Joaquín Borrás Blasco. Hospital de Sagunto, Sagunto, Valencia, España.

Objetivo. La aparición de terapias biológicas ha supuesto un mejor manejo del asma grave. Los distintos mecanismos de acción justifican respuestas diferentes. El objetivo es analizar la respuesta de Benralizumab frente al fracaso de otros biológicos.

Metodología. Análisis de serie de casos donde se valora una intervención antes y después de un fármaco, a través de un diseño observacional retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron 8 pacientes con respuesta parcial/sin respuesta a Omalizumab y/o Mepolizumab, que motivó cambio a Benralizumab, en tratamiento al menos 6 meses con este último. Se analizaron diferencias tras Benralizumab, en el VEMS, FeNO, eosinófilos e IgE en sangre, exacerbaciones graves (hospitalización y visitas a Urgencias sin ingreso), test ACT, dosis de corticoide inhalado, y sistémico en cortico-dependientes. Se analizaron los resultados en el SPSS versión 25. Se empleó T de Student para muestras relacionadas para variables continuas y Chi Cuadrado para las categóricas.

Resultados. Previamente al Benralizumab, 4 pacientes recibieron Omalizumab, 4 Mepolizumab y 1 ambos. Al inicio del Benralizumab, un 37,5% eran varones, la edad media de 53 ± 7 años y 37,5% tenían sensibilización alérgica. Tras el tratamiento, la media en el ACT fue de $21,4 \pm 2,5$ ($p=0,005$, IC 95% [-12,28/-3,22]), con una media de $0,0 \pm 0,0$ exacerbaciones graves ($p=0,010$, IC 95% [1,36/7,14]) y una mejora de 300ml en el VEMS ($p=0,158$, IC 95% [-0,45/0,1]) Se observó una mediana de 0 eosinófilos en sangre periférica ($p=0,076$ (IC 95% [-38,61/581,47]) De 5 pacientes con dosis alta de corticoide inhalado, 3 continuaron con dosis alta ($p=0,147$) con OR de 2,5 IC 95% [0,86/7,31] No se pudo comparar la reducción de dosis de corticoide sistémico porque sólo 1 paciente era cortico-dependiente.

Conclusión. Nuestros pacientes con fracaso a otros biológicos, presentan buena respuesta a Benralizumab con tendencia a la mejoría en la calidad de vida, función pulmonar, y disminución del número de exacerbaciones graves.

PÓSTER 05

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ASMA BRONQUIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), 1981-2017.

JF Pascual Lledó, S. Ruiz Alcaraz*, R Jover Ruiz*, P. Ruiz Torregrosa*, M^a A. Martínez*, H. López Brull*, MM García Mullor*. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Objetivos: Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por asma bronquial (AB) en la CCVV en el periodo de 1981 a 2017.

Metodología: Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAE) por AB 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-9 493 para el periodo 1981-1998 y CIE-10 J45 Asma y J46 Estado asmático para el periodo 1999-2017. Las TMAE se expresan como valor por 10⁵ habitantes/año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante regresión segmentada utilizando el programa Jointpoint Regression Program 4.7.0.0. Se consideró nivel de significación una $p < 0.05$. **Resultados:** Las TMAE fueron de 4,7 y de 0,8 para 1981 y 2017, respectivamente (disminución porcentual del 83,2%). El modelo de regresión segmentada identificó 1 punto de cambio (Figura 1), que delimita 2 periodos[†]: 1981-2004: -5,8% (-6,6 a -5,0%; <0,001); 2004-2017: -1,8% (-3,8 a 0,2%; 0,081).

Conclusiones: Las TMAE por AB en la CCVV han disminuido considerablemente desde 1981, si bien, se mantienen constantes desde 2004.

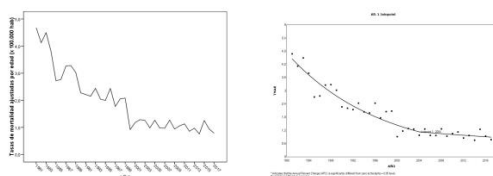


Figura 1.

* 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 06

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORTALIDAD POR ASMA BRONQUIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (CCVV), POR SEXOS, 1981-2017. JF Pascual Lledó, P. Ruiz Torregrosaⁱ, R Jover Ruizⁱ, S. Ruiz Alcarazⁱ, M^a A. Martínezⁱ, H. López Brullⁱ, MM García Mullorⁱ. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Objetivos: Estudiar la evolución de las tasas de mortalidad por asma bronquial (TMAE-AB) en la CCVV en el periodo de 1981 a 2017, por sexos. **Metodología:** TMAE-AB 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-9 493 (periodo 1981-1998) y CIE-10 J45 Asma y J46 Estado asmático (periodo 1999-2017). Las TMAE-AB se expresan como valor por 10⁵ habitantes/año. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante regresión segmentada con el programa Jointpoint Regression Program 4.7.0.0. Se consideró nivel de significación una $p < 0.05$. **Resultados:** TMAE-AB: 1981: V: 6.7, M: 3.2; 2017: V: 0.4, M: 1.0; disminución porcentual: 94,0 y 68,7%, respectivamente. V: el modelo identificó 1 punto de cambio; en las M, ninguno. V: CPAⁱⁱ 1981-2006: -9.7% (-10.8 a -8.6; <0,001); 2006-2017: -3,2 (-7,3 a 1,0%; 0,281)- Las TMAE-AB fueron mayores en los V hasta 1992; entre 1992 y 1997, la tendencia se invierte, y a partir de 1997, son mayores en M. A partir de 1997, el descenso es superior en los V (CPAMⁱⁱⁱ: -8.2% (-9.1 a -7.3%; 0,001) vs M (CPAM: -2.7% (-3,3 a -2,1%; <0,001), diferencia estadísticamente significativa (CPAM: -5,5% (-6,6 a -4,5%; 0,001)) **Conclusiones:** Las TMAE-AB disminuyen desde 1981. Desde 2006, son constantes en V. Desde 1997, las TMAE-AB son mayores en M y con una menor pendiente de descenso vs V.

ⁱ Comparte crédito de primer autor

ⁱⁱ 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

ⁱⁱⁱ Se indican por este orden, el cambio porcentual anual promedio (CPAM) y entre (), el intervalo de confianza al 95% para el CPAM y su grado p de significación estadística

PÓSTER 07

RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA TRATADOS CON ANTI-IL5

Marta Acosta, Luis Cabanes, Alejandro Álvarez, Eva Martínez Moragón, Jose Luis Sánchez, Carlos Molina, Mónica Climente
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

Objetivo: Analizar si la incorporación de los resultados percibidos por los pacientes (PROs) aporta valor en la evaluación de la respuesta al tratamiento del asma grave con anti-IL5.

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo que incluye pacientes adultos con asma eosinofílica grave tratados con un anti-IL5 (mepolizumab/reslizumab) con un seguimiento mínimo de 1 año. Se consideró respondedor aquel que cumplía al menos 2/3 criterios: 1) Reducción de exacerbaciones respecto al año previo ($\geq 50\%$), 2) Mejora de FEV1 postBD en > 150 ml y 3) Puntuación del Asthma Control Test (ACT) ≥ 20 puntos. En los corticodependientes se analizó su retirada o disminución de la dosis $> 50\%$. Para evaluar los PROs se consideraron: cuestionario mini AQLQ y escala EVA del cuestionario de salud EQ-5D.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, edad 58(53-68) años: 20 tratados con mepolizumab y 5 con reslizumab. 14 eran corticodependientes, de ellos redujeron la dosis en un $\geq 50\%$ 13 pacientes (10 los dejaron por completo). Un 76% (19/25) fueron considerados respondedores, siendo 11/25 parciales (2/3 criterios) y 8/25 totales (3/3 criterios). Todos los respondedores totales y los que redujeron o retiraron los corticoides orales mejoraron la puntuación en los PROs de forma clínicamente relevante.

Conclusiones: Los anti-IL5 son efectivos en pacientes adultos con asma eosinofílica grave, considerándose respondedores al año un 76%, en términos de reducción de exacerbaciones, mejoría de la función pulmonar y/o normalización del ACT. La reducción o retirada de corticoides orales se consiguió en el 92% de los pacientes corticodependientes. Solo los pacientes que cumplen los 3 criterios de respuesta clínica y funcional consiguen, a su vez, mejorar la calidad de vida y el estado funcional global, por lo que la medida de PROs pensamos que debería incorporarse en la evaluación de la respuesta al tratamiento.

PÓSTER 08

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA CON BENRALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

L. Cabanes, A. Alvarez, M. Acosta, A. Sala, M. Climent, E. Martínez Moragón. Servicio Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

La evaluación de la respuesta al tratamiento con anticuerpos monoclonales del asma grave es un tema todavía controvertido, pero para definirla habitualmente analizamos las exacerbaciones, los síntomas del paciente, su calidad de vida, la función pulmonar y el consumo de corticoides sistémicos. Hemos querido analizar la respuesta a los 6 meses, en cada uno de los dominios señalados, de una serie de pacientes con asma grave eosinofílica tratados con benralizumab en la práctica clínica habitual.

Consideramos respuesta en exacerbaciones si se reducen $\geq 50\%$, en síntomas si la puntuación en el cuestionario ACT aumenta en ≥ 3 puntos o bien es ≥ 20 , en función pulmonar si el FEV1 mejora ≥ 100 ml, en corticoides orales de mantenimiento si se reducen $\geq 50\%$ o se retiran y en calidad de vida si aumenta al menos 0,5 puntos en el cuestionario miniAQLQ.

RESULTADOS: Se incluyen 14 pacientes, con una edad media de 58 años (49-61). 6 habían recibido terapia previa con omalizumab y/o mepolizumab. 8 pacientes estaban en tratamiento crónico con corticoides sistémicos con mediana de 10 mg/día de prednisona. A los 6 meses de tratamiento el nº de eosinófilos séricos se redujo a cero en el 100% de los pacientes ($p < 0,001$). El 100% de los pacientes respondieron al criterio de reducción de exacerbaciones, un 93% en el de control de la enfermedad, un 71,4% en calidad de vida, un 71,4% en función pulmonar y un 62,5% en la reducción o retirada de corticoides sistémicos. El 50% respondieron en todos los criterios de respuesta, sin diferencias significativas en edad, comorbilidades, IMC, FEV1, eosinófilos o exacerbaciones previas con el grupo que no respondió en todos los dominios.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes con asma grave eosinofílica no controlada, el tratamiento con benralizumab se ha mostrado muy efectivo a los 6 meses en la reducción de exacerbaciones y en el control de síntomas. En la mitad de los casos la respuesta es completa en todos los dominios analizados.

PÓSTER 09

EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA.

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

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

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

RESULTADOS: Desde Marzo de 2019 hemos iniciado tratamiento con benralizumab en 10 pacientes, de los cuales 7 han alcanzado 6 meses de seguimiento. La edad media es de 56 años, el 60% varones. Todos los pacientes presentaban asma grave (el 100% en escalón GEMA 6). El 70% de los pacientes tenían poliposis asociada, un 50% presentaban atopia. La IgE media fue de 340,7 (\pm 279,35). El 60% de los pacientes habían recibido omalizumab previamente y un paciente había recibido también mepolizumab. La cifra de eosinófilos media en sangre al inicio del tratamiento fue de 512,5 (\pm 216,71), con un máximo histórico de 1150 (\pm 653,83). De los 10 pacientes sólo 2 llevaban tratamiento de mantenimiento con corticoides orales, con una dosis media de 12,5 mg. El ACT medio era 10,1 (\pm 3,17) al inicio del tratamiento, con una media de exacerbaciones en el año previo de 4 (\pm 2,26). El FEV1 medio preBD al inicio del tratamiento era 1755 ml (\pm 650,30), 59,9% (\pm 20,32).

En los 7 pacientes con seguimiento de 6 meses observamos una mejoría en el ACT, que pasó a una media de 20 (\pm 4,16) (p 0,002) y en la función pulmonar, con un FEV1 medio 2407,14 (\pm 585,96), que resulta en una mejoría 652,14 ml (p 0.029). Ningún paciente llevaba corticoides de mantenimiento a los 6 meses de iniciar el tratamiento.

Hemos observado una reducción significativa de las agudizaciones ($0,28\pm 0,75$) y las tandas de corticoides ($0,42\pm 0,78$) (p 0,0033 y p 0,0031). No hemos observado cambios significativos en el FeNO.

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

PÓSTER 10

METACOLINA Y FRACCIÓN DEL ÓXIDO NITRICO EXHALADO EN UNA POBLACIÓN CON ASMA BRONQUIAL

Noelia Carrión, Rafael Navarro, Amparo Lluch, Pilar Valle, Joana Castaño, Estrella Fernández Fabrellas. CHGUV

OBJETIVOS: La GINA establece que FENO tiene una moderada correlación con la inflamación eosinofílica en la vía aérea. Nuestro objetivo es estudiar la relación de la hiperrespuesta bronquial inespecífica (test de provocación bronquial con metacolina) con el valor de FENO. Objetivo secundario: estudiar la relación de la hiperrespuesta bronquial con otros factores clínicos y funcionales.

METODOLOGÍA: Análisis retrospectivo de los pacientes remitidos a nuestro Laboratorio de Exploración Funcional respiratoria con sospecha de asma. Se realizó FENO, test de provocación bronquial con metacolina, y se recogieron datos demográficos, funcionales y analíticos de sangre periférica. Análisis estadístico: Chi-squared test, U Mann-Whitney y Rho de Spearman.

RESULTADOS: Estudiamos 176 pacientes remitidos para prueba de provocación bronquial en los últimos 18 meses; de ellos 58 tenían determinación de FENO el mismo día. Su edad media fue 48.95 años \pm 14.67, predominio de mujeres (54.5%), no fumadores 41.3%, exfumadores 32.6% y fumadores 26.1%. Antecedentes de atopia 21.8%. El test de metacolina fue positivo en 12.7%. FENO medio 31.07 \pm 28.08 ppb; \geq 50 ppb en 18,2% de los casos. Los pacientes con metacolina positiva tuvieron significativamente mayor FENO y eosinofilia que los pacientes con test negativo ($p=0.03$). El test de metacolina positiva se correlacionó con ser atópico ($p=0.03$), la edad ($p < 0.01$), el % eosinófilos ($p < 0.01$) y el FENO ($p=0.03$).

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie, los pacientes con hiperrespuesta bronquial inespecífica tienen mayores valores de FENO, de eosinófilos en sangre periférica y antecedentes de atopia. 2. La hiperrespuesta bronquial se correlacionó significativamente con persona más jóvenes, mayor eosinofilia periférica y mayor afectación funcional.

PÓSTER 11

HOSPITALIZACIONES POR EXACERBACIÓN DE ASMA: CARACTERÍSTICAS Y COSTES.

L. Gaspar Martínez; **M. Ramos Fabra**; V. Monforte Gómez; C. Ramírez Navarro. F. Sánchez-Toril López.

Hospital Arnau de Vilanova-Llíria.

Objetivos: Conocer las características de las exacerbaciones asmáticas en adultos que requirieron ingreso en el Hospital Arnau de Vilanova-Llíria entre el 1/7/2018 y el 1/7/2019. Así mismo, analizar los costes directos que supusieron estas hospitalizaciones.

Metodología: Se identificaron las hospitalizaciones por asma en el H. Arnau de Vilanova-Llíria entre el 1/7/2018 y el 1/7/2019 en mayores de 18 años, a través de los indicadores de actividad basados en GRD y la revisión de la historia clínica e informes de alta.

Resultados: Se registraron 23 hospitalizaciones. Se objetivó un predominio en mujeres (78,3%) y una mayor edad en ellas (59.05 vs 49.6 años). El asma era en general grave, de inicio tardío (91.6%) y mal controlado (60%), sin predominio de ningún fenotipo. Como factores predisponentes para las exacerbaciones destacaban las exacerbaciones en el año previo (60%), el infratratamiento con glucocorticoides inhalados (50%), los problemas psicosociales (40%) y el tabaquismo (50%). Las comorbilidades eran frecuentes, destacando obesidad (55%), la cardiovascular (65%) y SAHS (25%). Destacar, como factores de riesgo vital, ingresos previos en UCI (10%), hospitalizaciones en el año previo (45%) y la ausencia de control periódico (50%). En las exacerbaciones, destacaban la instauración lenta (94.1%) y la presencia de desencadenantes, como las viriasis (73.7%) y los alérgenos (38.9%). Respecto a la estancia media de la hospitalización fue de 4.8 días. El coste de las hospitalizaciones fue de 55313.7€ y el coste medio por episodio de 1843.8€, siendo mayor el coste en el asma asociado a obesidad.

Conclusión: Los ingresos por exacerbaciones asmáticas son frecuentes, con elevado impacto. Suelen incidir en pacientes mal controlados e infratratados. Son de instauración lenta y en relación a viriasis o a un mal control. Existe predominio en mujeres, edad avanzada y coexistencia de comorbilidades.

PÓSTER 12

RESLIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN PRACTICA CLINICA HABITUAL

Alejandro Álvarez Brito, Marta Acosta, Luis Cabanes, María Climent, Anna Sala, Eva Martínez Moragón

Introducción: Reslizumab es un Ac monoclonal que se une a la IL-5 libre y que se administra por vía intravenosa y ajustado al peso. Está indicado como tratamiento adicional en el asma eosinofílica refractaria grave en pacientes adultos. Los objetivos del estudio son valorar su respuesta y seguridad a los 24 meses de tratamiento en situación de práctica clínica habitual.

Material y métodos: Se evaluaron las características clínicas (edad, sexo, peso, corticodependencia, exacerbaciones, ACT), analítica (eosinófilos en sangre), funcionales (FEV1) y calidad de vida (mini AQLQ) de los pacientes con asma eosinofílica grave en tratamiento con reslizumab, medidos cada 6 meses durante al menos 18 meses.

Resultados: Se han incluido 3 pacientes, todos hombres, con una edad media de 59 ± 6 años, edad al diagnóstico de asma 40 ± 10 años, más de 2 exacerbaciones graves/año, media de peso 65 ± 8 kg, 2 tenían pólipos nasales, 1 era corticodependiente y 1 tenía pruebas alérgicas positivas. Ninguno había recibido otro biológico previo. FEV1 $71 \pm 18\%$, ACT 12 ± 3 . Eosinófilos 800 ± 300 . miniAQLQ $3,6 \pm 0,3$.

A los 6 meses todos los pacientes mejoraron el cuestionario ACT > 3 puntos, y el de calidad de vida $\geq 0,5$ puntos. El FEV1 mejoró en ≥ 150 ml en 2 pacientes. Ningún paciente han tenido exacerbaciones y el paciente corticodependiente consiguió retirarlos. Las mejorías se han mantenido en los sucesivos controles hasta los 18 (2 pacientes) y 24 meses (1 paciente). Los eosinófilos séricos se han reducido a 100 células/mcL. No se ha detectado ningún efecto adverso.

Conclusiones: El tratamiento con reslizumab en condiciones de “vida real” mejora tanto el control de la enfermedad como las exacerbaciones y la calidad de vida, consiguiendo una mejoría funcional significativa y estos efectos se mantienen en el tiempo.

PÓSTER 13

“FRAGILIDAD COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA”

E.Navai¹ S. Giraladó¹, I.Lluch¹, M. Meseguer¹, J. Ferrando¹, L. Novella¹, J.Calatayud², M. Jornet², J. Ruiz³, C. Gonzalez², F.Tarazona¹.

1.H.U La Ribera,2. Universidad Politécnica Valencia. 3. H.U. Marques de Valdecilla. 4. HCU Valencia.

Objetivo: Estudiar la fragilidad como factor pronóstico de mortalidad en una cohorte de pacientes con EPOC.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una cohorte prospectiva de pacientes con EPOC estable durante un año de seguimiento. Se clasificó a los pacientes en frágiles, prefrágiles y robustos según los criterios de Fried y se evalúan variables sociodemográficas, respiratorias, analíticas, y las escalas HAD, Lawton y Brody, comorbilidad (I. Charlson) y actividad física (AF).

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes, 85% hombres, edad media 66.5 (DE 7,9) años. Al inicio del estudio el 24,4% era frágil, el 50,4% prefrágil y el 25,2% robusto. Tras un año de seguimiento la mortalidad en los pacientes frágiles fue de 25.8%, de 4.7% en prefrágiles y de 0% en robustos ($p < 0.001$). Los pacientes con EPOC que fallecieron durante el seguimiento presentaron una mayor puntuación del BODE (7.09 vs 3.32, $p > 0.001$) y un mayor número de exacerbaciones totales (2.27 vs 1.16, $p=0.006$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables estudiadas. El análisis multivariado mostró que la fragilidad fue el mejor predictor de mortalidad respecto a todas las variables estudiadas. Siendo el Hazard Ratio de mortalidad para el paciente frágil de 7,5, IC 95%:4,6-17,9 ($p=0,003$). Asimismo mediante el análisis de supervivencia, los pacientes frágiles presentaron una media de supervivencia de 551,3 días (IC95% 496,5-606,0) respecto a los 626.3 días (IC95% 614.4- 640.3) de los robustos y pregráfiles, $p<0,001$).

Conclusiones:

La fragilidad es un factor pronóstico de mortalidad en pacientes con EPOC que debería ser evaluado en la práctica clínica.

PÓSTER 14

EFICACIA DE UN HOSPITAL DE DÍA NEUMOLÓGICO: CASUÍSTICA INICIAL

Domingo A, Giménez C, Expósito B, Estornell C, Rios M, Cremades P.
Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia)

Justificación: El Hospital de Día Neumológico (HDN) se plantea como una alternativa a la hospitalización convencional, que permite evitar o reducir estancias hospitalarias mejorando la calidad de la asistencial.

Objetivo: Evaluar la experiencia inicial tras la puesta en marcha de un HDN en nuestra unidad, describiendo la casuística y evaluando las estancias hospitalarias evitadas (EE).

Método: El HDN del HAV consta de 2 habitaciones, con 2 camas habilitadas y 5 sillones asistenciales y un horario laboral de lunes a viernes de 8.00 – 13.00 horas. Se incluyen todos los pacientes atendidos de forma consecutiva desde la apertura del HDN desde el 17/09/19 al 31/01/2020, describiendo los motivos de consulta, tiempos asistenciales y EE. Se considera EE aquella que está por debajo de la estancia media hospitalaria para cada patología motivo del estudio. Se realiza un análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyen 427 pacientes, 46.4% mujeres y 54.6% hombres, con una edad media de 61 ± 15 años. El HDN estuvo abierto durante 79 días (57.6% del total de días), con una media asistencial de 5.4 pacientes al día. Doscientos dos pacientes (47,3%) acudieron al HDN para dispensación de fármacos; 89 (20,8%) tras broncoscopia con sedación; 46 (10,8%) por alta precoz; 27 (6,3%), para ajuste de VNI, 25 (5,9%) para técnicas invasivas (biopsia transtorácica, BTT), 15 (3,5%) por derivación directa desde urgencias y 23 (5,3%) por otras prestaciones. Se evitaron un total de 288 días de estancias hospitalaria, con una media de 3.64 al día. Sólo cuatro (0,9%) pacientes precisaron ingreso convencional desde el HDN, habitualmente por neumotórax tras BTT. La causa principal de EE fue el alta precoz (107, 37%), seguida de la derivación de urgencias (84, 29%), aunque esta última tuvo la mayor media de EE por caso (5.63 ± 0.09).

Conclusiones: A pesar de su corta duración, el HDN ha demostrado ser una buena herramienta asistencial, capaz de evitar estancias hospitalarias, reducir la necesidad de ingreso hospitalario, servir como zona de despertar y control de administración de fármacos hospitalarios.

PÓSTER 15

EVOLUCIÓN FUNCIONAL DEL EPOC GRAVE. DATOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA.

Minerva Sofia Ramírez, Fernanda León, Esther Verdejo, Francisco Sanz, Elsie Meneses, Noelia Carrión, Estrella Fernández Fabrellas

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Objetivos: 1. Caracterizar el perfil de los pacientes con EPOC grave que tendrán un deterioro de la función pulmonar. 2. Comparar sus características con aquellos que mantendrán una función pulmonar estable. 3. Determinar parámetros predictores.

Metodología: Estudio prospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes con EPOC grave seguidos en la consulta monográfica durante 2016-2018. Se definió paciente declinador a aquel con caída del FEV1 ≥ 50 ml/año. Se midieron variables demográficas, clínicas y funcionales. Los datos fueron analizados mediante chi cuadrado y t student.

Resultados: Analizamos 105 enfermos, 24 mujeres (22.8%) y 81 hombres (77.14%) con un FEV1 medio de 876 ml (FEV1 33%) \pm 8.05 y una edad media de 65.1 años \pm 9.64 con un I. Charlson de 3.88 \pm 2.16. Detectamos que un 60,5% de los pacientes no presentaron una caída anual de FEV1 superior a la esperada. Eran fumadores activos un 44,8% de los estudiados, con similares porcentajes entre ambos grupos (no declinadores 42% vs declinadores 44,4%; p=0,812). 54,3% presentaban BODEx >5 , sin diferencias entre los grupos (no declinadores 60,7% vs declinadores 64,5%; p=0,718). Un 68,6 % (N=72) presentaron 2 o más agudizaciones y el 40,9% (43 pacientes) presentaron algún ingreso hospitalario. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las agudizaciones (no declinador 65,2% vs evolución natural 75%; p=0,305) ni los ingresos hospitalarios (no declinador 40,6% vs evolución natural 41,7%; p=0,914).

Conclusiones: 1. En nuestra cohorte, la mayoría de pacientes con EPOC grave muestran una función pulmonar estable durante 3 años de seguimiento. 2. En una subpoblación, las agudizaciones y los ingresos no impactan la función pulmonar. 3. Deben ser explorados nuevos parámetros predictores de empeoramiento del FEV1 incluyan el papel que juegan las comorbilidades asociadas y los índices multi-componentes.

PÓSTER 16

SOLAPAMIENTO EPOC-ASMA (ACO). UNA ENTIDAD EN PELIGRO DE EXTINCIÓN

Monforte V, Miralles C, Esteban V, Nieto ML, Aguar C, Soler-Cataluña JJ

Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia)

Justificación: Estudios recientes sugieren que los pacientes con solapamiento asma EPOC (ACO) no son un grupo homogéneo.

Objetivo: Comparar el perfil clínico y el riesgo de agudización de dos subpoblaciones de pacientes con ACO: el asmático fumador (AF) frente al EPOC eosinofílico (EE)

Método: Estudio observacional prospectivo sobre una cohorte de pacientes con EPOC. Se diagnosticó ACO de acuerdo con el documento de consenso GesEPOC-GEMA, identificándose la subpoblación AF como aquel paciente con EPOC que presentase un diagnóstico concomitante de asma. La subpoblación EE fue definida como aquella que no cumple criterios de AF y presenta un recuento de eosinófilos en sangre periférica >300 células/mm³. Se comparó el perfil clínico para valorar el riesgo de agudización se estudio el tiempo hasta primera agudización de cualquier naturaleza.

Resultados: Se incluyen 233 pacientes (15% mujeres, 85% hombres). Treinta y un pacientes (13.3%) fueron clasificados como AF y 74 (31.8%) como EE. Los AF fueron presentaron menor afectación funcional (FEV₁: $67\pm 17\%$ vs $58\pm 19\%$, $p=0.002$), mayor nivel de FeNO (39 ± 28 vs 22 ± 14 , $p<0.001$) y peor puntuación de CAT (15.0 ± 8.0 vs $10,7\pm 6,7$, $p=0.006$) que los pacientes con EE. No se observaron diferencias en edad, sexo, tabaquismo, nivel de disnea, BODEx o agudizaciones en el año previo o tratamiento farmacológico recibido) entre ambas subpoblaciones. El riesgo de agudización fue significativamente más alto entre los pacientes con EE que en los AF ($p=0.026$). Los pacientes con EE mostraron un perfil de menor gravedad funcional que los casos con EPOC no eosinofílico. Sin embargo, el riesgo de agudización fue superior, aunque sin alcanzar la significación estadística ($p=0.09$).

Conclusiones: La clasificación ACO actual incluye al menos dos subpoblaciones heterogéneas. Los pacientes AF presentan menor afectación funcional, mayor inflamación eosinofílica, menor riesgo de agudización y peor calidad de vida que los pacientes con EE.

PÓSTER 17

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CRÓNICA EN LA EPOC

Noelia Carrión Collado, Amparo Lluch Bisbal, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fernández-Fabrellas. CHGUV.

Objetivos: Describir la evolución de nuestros pacientes con EPOC tratados con VMNI a largo plazo.

Metodología: Estudio retrospectivo de todos pacientes vivos a 2020 ventilados de forma crónica en domicilio con diagnóstico de EPOC con y sin TRS añadido. Se recogieron datos demográficos, gasométricos, funcionales y clínicos (exacerbaciones, comorbilidad). Análisis estadístico: Chi cuadrado y Kruskal- Wallis.

Resultados: Estudiamos 50 pacientes (74% hombres) con edad media al diagnóstico de 60 años ± 10 y de inicio de VMNI 64 años ± 9.7 . Fumadores activos 62%, EPOC 32%, EPOC+SAHS 28%, EPOC+SOH 40%. FEV1 al diagnóstico $46 \pm 12,77\%$, FEV1/FVC $57,55 \pm 13,29\%$. Índice de Charlson $4,10 \pm 1,76$. Hallamos diferencias significativas globalmente en PaCO₂ preVNI ($72,92 \pm 13,59$) vs a los 3-6 meses de VNI ($50,53 \pm 9,58$; $p \leq 0,01$) y PaCO₂ a los 2 años ($49,75 \pm 8,61$; $p \leq 0,01$). Las diferencias entre grupos se muestran en Tabla 1.

	EPOC	EPOC-SHO	EPOC-SAHS	p
FEV1%diag	40,58 \pm 13,8	50,80 \pm 11,45	46,52 \pm 11,45	0.033
FEV1/FVC% diag	49,53 \pm 11,61	65,78 \pm 11,99	54,97 \pm 10,45	0.001
DLCO% diag	39,30 \pm 20,74	66,16 \pm 11,33	70,82 \pm 23,95	0.028
PaCO ₂ 2 años	53,69 \pm 10,37	46,42 \pm 7,1	49,38 \pm 6,9	0.038
FiO ₂ 2 años	24,07 \pm 3,68	21,38 \pm 1,38	22 \pm 2,82	0.023
Nº exac 2 años	1,46 \pm 1,2	0,64 \pm 1	0,58 \pm 0,9	0.072

Conclusiones: 1. En nuestra serie de pacientes con EPOC, la terapia con VNI crónica domiciliaria mejora la PaCO₂ de forma mantenida en el tiempo. 2. Esta mejoría es mayor en los pacientes con EPOC asociado a un TRS, que además tienden a exacerbar menos que los EPOC puros.

PÓSTER 18

FACTORES RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO Y COMORBILIDADES DEL MISMO. I. López, P. Plaza, E. Lillo, L. Dahmazi, M. Acosta, S. Calvache, C. De Juana, A. Esteve, A. Álvarez, A. Martínez. HU Doctor Peset, Valencia.

OBJETIVOS: conocer la relación entre factores asociados al tabaquismo y comorbilidades en fumadores que acuden a una consulta de tabaquismo (CT) de un hospital terciario.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo y comparativo de aspectos como consumo actual, exposición acumulada, intentos de abandono, dependencia y motivación para el abandono, en tres grupos de fumadores: EPOC, asma y cardiopatía isquémica. Análisis descriptivo de la muestra. Test chi cuadrado para variables categóricas. Valor de significación p (PS)< 0.05.

RESULTADOS: Se analizaron 884 fumadores (54.9% mujeres), edad media 55 ± 10 años, consumo medio 19.6 ± 11.1 c/d, exposición acumulada (IAP) 39.5 ± 18.7 años-paquete y un CO en aire espirado 23 ± 13.6 ppm. La edad media de inicio fue 16.5 ± 4.6 años, dependencia (TF) de 5.9 ± 1.9 y motivación (TR) de 7.5 ± 1.8 . La prevalencia de pacientes con EPOC fue 26%, cardiopatía 12.2% y asmáticos 8.7% Respecto al CT: el 34.2% de EPOC, 27.5% cardiopatas, y el 11.9% de asmáticos fumaban >20 c/d. Respecto a exposición acumulada: el 85.9% de EPOC, el 77.14% de cardiopatas y el 28.5% de asmáticos tenían un IAP >30 . Respecto a intentos de abandono: ningún intento el 36% de EPOC, el 33.9% de pacientes con cardiopatía y el 20% de asmáticos. > 2 intentos, el 40.6% de asmáticos, 28.8% de EPOC y el 28.1% de cardiopatas. En cuanto al TF: alta el 49.7% de los EPOC, el 47.5% de los cardiopatas y el 23.9% de los asmáticos. Respecto al TR: moderada para el 52% de asmáticos, 52.8% de EPOC y 53.7% de cardiopatas.

CONCLUSIONES

1. El fumador remitido tiene un alto consumo, alta exposición acumulada, dependencia física moderada y modera motivación.
2. Los pacientes con EPOC presentaron mayor exposición acumulada, menos intentos de abandono y un grado mayor de dependencia nicotínica.
3. Los fumadores asmáticos tuvieron menor consumo, dependencia y exposición acumulada, y mayor número de intentos de abandono.
4. El grado de motivación para el abandono fue similar en los tres grupos de fumadores.

PÓSTER 19

TOS DURANTE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL **Castelló C, Maestre L, Pulido A, Chiner E, Sancho-Chust JN,** **Molina V, Pastor E, Vañes S, Cánovas C, Celis C, Senent C.** **H. U. Sant Joan d'Alacant**

Introducción

La aparición de tos es variable durante las pruebas de provocación bronquial (PPB). Evaluamos la presencia de tos durante las PPB (metacolina y manitol) y su relación con los resultados obtenidos en el laboratorio de exploración funcional respiratoria (EFR).

Material y métodos

Se recogió prospectivamente la variable tos durante la prueba en las PPB realizadas durante un año. Se obtuvieron datos demográficos, indicación de la prueba, tipo de prueba realizada, manitol (M) o metacolina (Met), así como resultados para cada test. Para el test de Met se emplearon 6 diluciones crecientes (0.39 a 25 mg/ml) y para M 9 pasos (5 a 635 mg). Se dividieron en Grupo A (presencia de 5 o más golpes de tos seguidos durante la prueba) y Grupo B los que no lo cumplieron. Se empleó la t-student (medias no pareadas) para comparar ambos grupos y el test de chi-cuadrado entre cualitativas.

Resultados

Se realizaron 64 test, 39% M y 61% Met, en 18 hombres (28%) y 46 mujeres (72%), con una edad media de 38 ± 16 años. La indicación de la prueba fue: 38% tos, disnea 27%, sospecha de asma 29% y otros 6%. Fueron positivas 31% y negativas 69%. Se incluyeron en el Grupo A 15 pacientes (23%) y 49 en grupo B (77%). Existieron diferencias significativas al comparar la edad entre pruebas positivas y negativas (30 ± 16 vs 40 ± 15 , $p < 0.05$) y cuando la indicación fue tos o asma (43 ± 14 vs 35 ± 16 , $p = 0.07$). No existieron diferencias significativas al comparar la edad entre Grupo A y B ni al compararlos en relación a la positividad del test. Sin embargo, el porcentaje de A fue superior con M ($p < 0.05$). Al incluir sólo en la indicación pacientes con tos o sospecha de asma, M provocó más tos ($p < 0.05$) y tendió a ser más frecuente en el Grupo A en relación a M ($p = 0.08$).

Conclusiones

El test de manitol provoca más tos que el test de metacolina, con mayor frecuencia en pacientes con indicaciones de la prueba distintas de sospecha de asma.

PÓSTER 20

IMPACTO DEL GRADIENTE ALVEOLO-ARTERIAL DE OXÍGENO EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Marcos Prado Barragán¹, Alberto García Ortega¹, Ana Torrents Vilar², Grace Oscullo¹, Ana Ferrando Cabida¹, Enrique Zaldívar Olmeda¹, Antonio Cañada Martínez³, Rafael López Andújar⁴, Raquel López Reyes¹. 1. Neumología, H. La Fe, Valencia. 2. Neumología, H. General, Castellón. 3. Dto. de Estadística, IISLAFE, Valencia. 4. Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, H. La Fe, Valencia.

Objetivos: El gradiente alveolo-arterial de oxígeno (AaO₂) aumenta en enfermedades pulmonares, tanto del parénquima como de los vasos. Es frecuente detectarlo elevado en pacientes evaluados para trasplante hepático (TH), aunque su importancia previa al TH es desconocida. El objetivo principal de nuestro estudio ha sido evaluar el impacto del AaO₂ en la supervivencia (SV) post-TH. Metodología: Estudio de cohorte histórica de pacientes consecutivos sometidos a TH. Se excluyeron menores de edad, retrasplantes o sin gasometría pre-TH. Se categorizaron 3 grupos según el valor de AaO₂: normal (<15, <20 desde los 65 años); elevado (15-30, 20-30 desde los 65 años); muy elevado (>30). La variable principal del estudio fue la muerte por todas las causas. Para evaluar diferencias en la SV entre grupos se ajustó un modelo de regresión de Cox. Resultados: Se incluyeron 529 pacientes: 245 (46%) con AaO₂ normal, 187 (35%) AaO₂ elevado y 97 (18%) AaO₂ muy elevado. La SV postrasplante al 1 año fue del 92%, 93% y 88%, a los 2 años de 91%, 89% y 88%, y a los 5 años del 81%, 84% y 88% en los grupos con AaO₂ normal, elevado y muy elevado respectivamente. El AaO₂>30 mmHg previo al TH se asoció con el doble de SV a largo plazo cuando se ajustó por edad, género, IMC, tiempo en lista de espera y FEV1 (HR 0.48; IC95% 0.24-0.97). Conclusiones: En pacientes con TH, presentar un AaO₂ muy elevado en el estudio previo al TH se asocia con una reducción a la mitad en la mortalidad a largo plazo ajustada. A pesar de este efecto protector a largo plazo, los pacientes con AaO₂>30 tiene un mayor riesgo de muerte durante el primer año post-TH.

PÓSTER 21

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Marcos Prado Barragán¹, Alberto García Ortega¹, Ana Torrents Vilar², Grace Oscullo¹, Ana Ferrando Cabida¹, Enrique Zaldívar Olmeda¹, Antonio Cañada Martínez³, Rafael López Andújar⁴, Raquel López Reyes¹. 1. Neumología, H. La Fe, Valencia. 2. Neumología, H. General, Castellón. 3. Dto. de Estadística, IISLAFE, Valencia. 4. Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, H. La Fe, Valencia.

Objetivos: Evaluar los resultados del trasplante hepático (TH) en pacientes con síndrome hepatopulmonar (SHP). **Metodología:** Estudio unicéntrico de cohorte histórica de pacientes consecutivos sometidos a TH. El SHP se definió por un gradiente alveolo-arterial (AaO₂) ≥15 mmHg (≥20 mmHg desde los 65 años) y detección de burbujas en cavidades izquierdas a partir del tercer latido en la ecocardiografía con suero agitado. Se excluyeron menores de edad, retrasplantes, sin gasometría arterial pre-TH o con otra vasculopatía pulmonar. **Resultados:** De enero de 2007 a diciembre de 2018, se realizaron 1211 TH en 1135 pacientes. Se incluyeron 529 pacientes con edad media de 55 años (18-70), 76% varones y seguimiento medio de 56 meses (± 41). Cumplieron criterios de SHP 27 (5.1%): 18.5% grave, 74.1% moderado y 7.4% leve. Entre los 502 pacientes restantes, 257 presentaron un AaO₂ elevado, sin poder descartarse el SHP como causa. Los pacientes con SHP no presentaron diferencias en tiempo en lista de espera ni en gravedad de su hepatopatía, aunque tuvieron menos antecedentes de hepatocarcinoma y más de broncopatía crónica, presentaron más hipoxemia e hipocapnia y valores menores de DLCO y FEV1/FVC. No hubo diferencias en la supervivencia post-TH a largo plazo de los pacientes con SHP (p=0.80). **Conclusiones:** La prevalencia de SHP entre los pacientes receptores de TH de nuestro centro fue baja, lo que podría deberse a infradiagnóstico. El SHP fue leve y moderado en la mayoría de los casos y no supuso la causa del TH en ningún caso. Los pacientes con diagnóstico de SHP no mostraron diferencias en la mortalidad a largo plazo.

PÓSTER 22

¿HAY INFRADIAGNOSTICO EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NUESTRA ÁREA?

Erick Monclou Garzón, M Cruz Gonzalez Villaescuza, Jaime Signes Costa

Servicio de Neumología Hospital Clínico de Valencia

Objetivo: Valorar el infradiagnóstico de enfermedades respiratorias en nuestro departamento de salud

Metodología: un especialista del servicio (neumólogo consultor) se desplaza a los centros de atención primaria para valorar casos de pacientes con afecciones respiratorias, en una consulta única, presencial o no presencial de alta resolución. Se hace un análisis descriptivo

Resultados: Se valoran 267 casos (51% hombres y 49% mujeres), edad media de 61 años (13 a 97 años), el 84% fueron consultas presenciales, 16% no presencial.

Motivos de consulta: disnea (28%), tos (15.4%), sospecha de EPOC/tabaquismo (9%), mal control sintomático de EPOC (8,6 %), asma mal controlado (11.2%), sospecha de asma (1.9%), Otros (24.9%). En el 62.6%, el motivo de consulta se relacionó con broncopatía (EPOC 25,1%, asma 25.5%, bronquiectasias 4.1%, y bronquitis o broncopatía no filiada 7.9%). El neumólogo consideró necesario realizar espirometría en 80.1% de los casos, de los cuales 21.6% los pacientes llegaban a la valoración con espirometría realizada por su MAP. El neumólogo realizó el 62% de espirometrías de los casos que la requerían. En un 16%, no fue posible realizarla.

Se hizo un nuevo diagnóstico neumológico en 44%. Los diagnósticos más frecuentes fueron asma (26.6%), seguida de EPOC (23.2%), bronquiectasias (4.1%), y bronquitis/broncopatías no filiadas (9.4%). De los 62 pacientes con diagnóstico de EPOC, el 48% se hizo diagnóstico de novo. De 53 pacientes estaban catalogados como EPOC, 47% fueron descartados tras realizar espirometría.

Conclusión: existe un bajo uso de espirometría y una tendencia al infradiagnóstico de asma y EPOC en la muestra analizada, en la población atendida en nuestra área de Salud

PÓSTER 23

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

Esteve A., De Juana C., Calvache S., Herrera S. H.U.DR.PESET.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) y evaluar la progresión de la función pulmonar a largo plazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de NH entre 2013-2019 en una consulta monográfica. Analiza datos clínicos, analíticos, radiológicos, anatomopatológicos, tratamiento y éxitus, así como la función pulmonar en un período de 1-3 años. Análisis descriptivo, test-t para muestras independientes, relacionadas y Chi cuadrado. Nivel de significación $p < 0.05$

Resultados: Incluye 54 pacientes (65% mujeres) de edad media 72 años. Se detectó exposición en 44 (82%), con precipitinas positivas en 26 (51%), siendo la más frecuente a paloma en 16 (29,6%). En 36 pacientes (67%) hubo diagnóstico radiológico de sospecha. Se describieron bronquiectasias por tracción en 28 (52%), panalización en 12 (22%) y atrapamiento aéreo en 23 (43%). La FVC y DLCO medias fueron de 2.28l (86%) y 63%, respectivamente. El LBA fue linfocitario en 14(40%) y no linfocitario en 20 (57%). Hubo diferencias significativas en FVC basales en función del LBA (linfocitario 2,77l y no linfocitario 2,01l; $p=0.042$), observándose una caída de la FVC en 1-3 años si el LBA era no linfocítico ($p=0.015$) y una mejoría de la FVC y DLCO si era linfocitario ($p=0.018$ y $p=0.045$, respectivamente). Las biopsias transbronquiales fueron diagnósticas en 1 caso (4.8%), las criobiopsias en 4 (50%) y las biopsias quirúrgicas en 2 (66.7%). Recibieron tratamiento el 50% de los pacientes y fueron éxitus 8 (15%). Se observó que los pacientes con tratamiento tenían peor función pulmonar en comparación a los no tratados (FVC media 74,9% vs 96,5%, $p=0.007$ y DLCO media 57,8% vs 69,1%, $p=0.047$), con una estabilización de la función pulmonar a largo plazo

Conclusiones: En nuestra serie se observó diferencias en la función pulmonar según la celularidad del lavado broncoalveolar, con una progresión a largo plazo en pacientes con LBA no linfocitario. Hubo estabilidad funcional independientemente de ser tratados.

PÓSTER 24

Características de una serie de 21 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF) en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Ester Nofuentes, María del Carmen López, Ignacio Gayá, Sandra Ruiz Alcaraz, Paloma Ruiz Torregrosa, Mariano Andrés Collado, Raquel García Sevilla.

Centro de estudio: Hospital General Universitario de Alicante. Isabial.

Objetivos: Caracterizar las manifestaciones clínicas, morfológicas y serológicas; el tratamiento que se administró y la evolución de los pacientes diagnosticados de IPAF dentro de una serie de 21 casos.

Método: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, recogiendo a partir de la base de datos de EPID del HGUA los pacientes que cumplían criterios de IPAF según el consenso publicado en 2015 de la ERS/ATS, para llegar a este diagnóstico los pacientes fueron evaluados en un Comité Multidisciplinar de Neumología, Reumatología y Radiología. Se recogieron las variables que contemplaban los tres dominios de la enfermedad (clínico, morfológico y serológico), el tratamiento administrado y la evolución de los casos.

Resultados: De los 21 pacientes incluidos, 12 (57'1%) eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 61,55 años (DS 14,033) y la mediana de tiempo de seguimiento fue de 2,9 años (RI 4,9). En 10 de los pacientes (47'6%) se observaron criterios del dominio clínico, el más frecuente el fenómeno de Raynaud en 7 (33'3%) de ellos. Dentro del criterio serológico, que cumplían 19 (90'5%) de los pacientes, el más frecuente fue la titulación de ANA \geq 1/320 [12 (57'1%)], seguido de Anti-Ro 52 [11 (52'4%)]. El patrón radiológico más frecuente encontrado en TCAR torácico fue NINE en 15 (71'4%) de los pacientes. Al diagnóstico, los pacientes presentaron una media de FVC del 70'4% (DS 20'9) y una DLCO de 46'7% (DS 21'5). El tratamiento más administrado fue la prednisona, en 14 (66'7%) pacientes, el inmunosupresor más empleado; el micofenolato de mofetilo en 8 (38,1%) y se utilizaron antifibróticos en 5 (23'8%). En el seguimiento 2 (9'5%) se encuentran trasplantados, 7 (33'3%) han requerido reingreso y 1 (4'8%) ha fallecido por causa respiratoria.

Conclusión: En nuestra serie, predominan las mujeres. El dominio más frecuente fue el serológico (ANA \geq 1/320), seguido del clínico (fenómeno de Raynaud). Un cuarto de los pacientes ha requerido antifibróticos. Hay dos pacientes trasplantados y un fallecido, orientando al pronóstico intermedio entre FPI y las EPID-ETC.

PÓSTER 25

PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Martínez García MA, Ruiz Alcaraz S, Gayá García-Manso I, García Sevilla R, Gil Carbonell J, Martín Serrano C. Servicio de Neumología. HGUA. Departamento de Medicina Clínica. UMH. ISABIAL. Alicante, España.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con EPID-AR y analizar su supervivencia. **Metodología:** Estudio retrospectivo de pacientes con EPID-AR hospitalizados en el HGUA entre 2012-2019. Análisis de datos demográficos, tabaquismo, radiología, histología, autoinmunidad, pruebas funcionales, tratamiento y supervivencia. Estudio estadístico con Spss Statistics y de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** 25 pacientes con EPID-AR. La edad media al diagnóstico de AR fue de 62 ± 14 años y de EPID 68 ± 12 años. El 52% eran mujeres y el 64% presentaban historia de tabaquismo, con una media 38 ± 33 a-p. La media de FVC $85\% \pm 27\%$ y de DLCO $62\% \pm 23\%$. El 80% presentaron seropositividad, 80% para FR y 64% para Anti-CCP. El 96% habían sido tratados con FAME, metotrexato el más utilizado (76%) y mantenido solo en el 11% tras el diagnóstico de EPID. El 64% recibieron terapia biológica, el más utilizado rituximab (36%). Cada paciente ha llevado una media de 4 ± 2 fármacos. Los patrones radiológicos fueron 60% NIU, 24% posible NIU, 4% NINE y 12% otro. La mortalidad ha sido del 52%, un 69% por causa neumológica. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico de EPID ha sido de 7 años; en pacientes con patrón radiológico de NIU 3 años, posible NIU 10 años, NINE 6 años y con otro patrón 3 años, una diferencia que fue no estadísticamente significativa ($p=0.768$). **Conclusiones:** En nuestra serie, la mayoría de pacientes con EPID-AR eran mujeres y con antecedentes de tabaquismo. Se ha objetivado un deterioro de la DLCO. La mayoría presentaban seropositividad para FR y Anti-CCP. Casi todos habían recibido tratamiento con FAME, siendo el metotrexato el más utilizado y en la mayoría retirado antes o tras el diagnóstico de EPID. La mayoría han recibido múltiples tratamientos. No se encontraron diferencias de supervivencia estadísticamente significativas entre los distintos patrones radiológicos.

PÓSTER 26

ANÁLISIS DEL SIGNIFICADO DE SIGNOS RADIOLÓGICOS DISTINTIVOS EN LAS EPID ASOCIADAS A ETC

S. Ruiz Alcaraz¹, I. Gayá García - Manso¹, MA, Martínez García¹, R. García Sevilla¹, J. Arenas Jiménez², J. Gil Carbonell¹

1. Servicio de Neumología. 2. Radiología. HGUA. UMH. Isabial.

Objetivos: Analizar la correlación entre patrones radiológicos en EPID-ETC y describir la asociación de signos radiológicos distintivos de estas enfermedades.

Metodología: Estudio retrospectivo de 50 pacientes con EPID y ETC entre 2010 y 2019. Se revisaron las imágenes de TCAR torácico por un radiólogo torácico experto a ciegas. Se diagnosticaron los patrones radiológicos en base a los criterios de la ATS/ERS... Se valoraron la presencia signos radiológicos distintivos de EPID-ETC: "panal exuberante", "cuatro esquinas", "borde abrupto", "afectación anterior superior", "cabeza de jabalí" y unos de nueva descripción como la "distribución en L" y "diafragmática". Se realizó test Chi-cuadrado y un análisis de correlación, SPSS v.19.

Resultados: Se han diagnosticado 50 pacientes. Los patrones radiológicos observados fueron 23 NINE, 12 NIU, 15 indeterminado para NIU (10 AR, 3 ES, 1 IPAF y 1 indiferenciada). Se realizó un análisis de correlación que mostró que la AR e indeterminadas se relacionan con patrón NIU e indeterminado para NIU y el resto de conectivopatías con patrón NINE. Se describieron la presencia y extensión de distintos signos y se analizó su asociación con los patrones radiológicos. En el 50% de las NIU hay panal exuberante. Se encontró asociación entre el patrón NINE y atrapamiento aéreo, "borde abrupto", "distribución en L" y "distribución diafragmática". Distinguimos dos grupos (AR y el resto), en las AR se describió panal exuberante en el 33%. En el otro grupo se demostró asociación significativa con: presencia de vidrio (90%), quistes (36%), respeto subpleural (55%), afectación peribronquial (71%) y "borde abrupto" (58%). El 10% de las ETC debutaron como patrón predominante de "cabeza de jabalí".

Conclusiones: La AR es la ETC más frecuente y se asocia al patrón NIU. El patrón radiológico más frecuente en las ETC es la NINE. Existen signos radiológicos característicos de EPID-ETC que muestran una asociación significativa y podrían ser útiles en el diagnóstico precoz de conectivopatías.

PÓSTER 27

ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD PULMONAR POR FÁRMACOS

A. Mulet, L. Presa, B. Safont, M. Marín, J. Signes-Costa. *Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

INTRODUCCIÓN: La toxicidad pulmonar por fármacos es una de los problemas asistenciales a los que nos enfrentamos en consulta con frecuencia. El objetivo del estudio ha sido analizar las características generales de esta toxicidad según el fármaco causante y su respuesta y evolución con el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestra consulta por toxicidad pulmonar debida a fármacos, desde diciembre de 2008 a diciembre de 2018.

Análisis estadístico: Descriptivo y analítico mediante pruebas de Chi cuadrado. Nivel de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se han analizado 79 pacientes (34 hombres y 45 mujeres) cuya media de edad fue de 66 años (28-90). Los fármacos más frecuentes fueron: quimioterápicos (40%), amiodarona (26%) y nitrofurantoína (21%). En el 59% de pacientes fueron las alteraciones radiológicas el primer signo de toxicidad. El 40% tenían síntomas, principalmente disnea (75% de los casos sintomáticos) y tos (66%). El patrón radiológico más frecuente fue el reticular (34%) seguido de consolidaciones alveolares (32%) y vidrio deslustrado (30%). Se realizó fibrobroncoscopia en 44 pacientes y tenían linfocitosis en el LBA el 27% y eosinofilia en el 16% de los pacientes. La confirmación histológica se obtuvo en 5 pacientes (3 por biopsia quirúrgica). El 68% de los pacientes requirió tratamiento corticoideo obteniendo curación completa en el 42% y con secuelas en el 41%.

No encontramos relación entre el patrón radiológico y el fármaco responsable ($p=0.33$). La presencia de linfocitosis en el LBA fue más frecuente con patrón en vidrio o consolidación y la eosinofilia en el patrón reticular pero sin significación estadística. La respuesta al tratamiento no estuvo relacionada con el patrón radiológico ($p=0.07$), con el fármaco asociado a la toxicidad ($p=0.67$), ni con las características del LBA.

CONCLUSIONES:

1. El tipo de fármaco implicado en toxicidad pulmonar no tiene relación con la respuesta al tratamiento.
2. Las características del LBA no predicen la evolución ni la respuesta al tratamiento.

PÓSTER 28

CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA DE EPI ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA.

Azahar Navarro Beltrán¹, Cristina Sabater Abad², Estrella Fernández Fabrellas², Gustavo Juan Samper², Rafael Navarro Iváñez², Amalia Rueda Cid³, Cristina Campos Fernández³, Javier Calvo Catalá³

1. Facultad de Medicina. 2. Neumología. 3. Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Introducción

La EPI de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) es frecuente y empeora su morbi-mortalidad, con peor pronóstico si es tipo NIU. Nos propusimos caracterizar la EPI por EAS de pacientes de nuestra consulta multidisciplinar, analizar diferencias de los éxitus y de supervivencia según patrón TCAR.

Material y método: Estudio retrospectivo (2009-2019). Se recogieron variables demográficas, tipo de EAS, tiempo hasta la EPI, variables clínico-funcionales, patrón de TCAR, éxitus y sus causas. Análisis estadístico descriptivo y diferencial de los éxitus mediante Chi², test t y ANOVA no paramétricos. Análisis de supervivencia de Kaplan-Meyer.

Resultados: 80 pacientes, 65% mujeres, edad 56±14 años; tiempo hasta EPI 30,8±83 meses; en 26 casos (32,5%) EPI fue la primera manifestación de EAS. 27,5% AR, 23,8% miositis, 17,5% SScd, 15% Sjogren, 6,3% SScl, 6,3% LES y 3,8% otras. TCAR con patrón NINE 41,3%, NIU 40%, nodular 13,8%, bronquiectasias 3,8% y BO 1,3%. Éxitus 16 (20%), y sus causas eran EPI (n=10, 60%), cáncer pulmonar (n=4, 26,7%), otros tumores (n=2, 13,3%). No hubo diferencias en éxitus según EAS, tampoco si EPI era inicial, ni patrón de TCAR, pero los éxitus estaban más afectados funcionalmente al diagnóstico de la EPI. La supervivencia media es 242±28 meses, menor si NIU (94±8 meses) vs NINE (275±33) pero sin diferencias (p=0.48).

Conclusiones: 1. En nuestra serie, un número importante de EAS se manifiestan inicialmente con EPI, siendo NIU casi tan habitual como NINE. 2. Los fallecidos estaban más afectados funcionalmente al diagnóstico, pero sin diferencias según EAS ni patrón de TCAR, tampoco en supervivencia. 3. La principal causa de mortalidad fue la EPI, seguida del cáncer de pulmón.

INTERVENCIÓN MEDIANTE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)

Autores: Sergio Calvache Castillo¹, Susana Herrera Lara¹, Josep Cotano², Suliana Mogrovejo Calle¹, Andrea Esteve Villar Del Saz¹, Alberto Herrejón Silvestre¹, Eva Martínez Moragón¹. 1. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. 2. Fundación Siel Bleu, Valencia, España.

Objetivo: El ejercicio físico adaptado y supervisado es un tratamiento viable y eficaz para la mejoría clínica de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. El objetivo es mejorar la calidad de vida diaria, así como evaluar su repercusión en la función pulmonar y la capacidad de ejercicio de los pacientes con FPI.

Metodología: El programa fue realizado de Marzo a Junio de 2019 y participaron pacientes diagnosticados de FPI leve o moderada constituido por dos fases: una de evaluación inicial, seguido de un total de 4 sesiones individuales de 60 minutos (1sesión a la semana) a domicilio y otra grupal durante 8 semanas (total de 16 sesiones). Se analizaron cuestionarios de calidad de vida (St George`s Respiratory Questionnaire, SGRQ), de fuerza muscular "Chair Stant" y Handgrip, pruebas de función pulmonar y test de 6 minutos marcha (T6MM), al inicio y al finalizar el programa. Nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (9 completaron las sesiones grupales). La FVC y la DLCO basales fueron $87,33 \pm 16,14\%$ y $51 \pm 12,65\%$, respectivamente, y la distancia media en T6MM fue de $378,83 \pm 89,24$ metros. En el cuestionario SGRQ se observó que el 88,89% de los pacientes tuvo un balance positivo en la puntuación total, 77,78% en los síntomas, 55,56% en actividad y 100% en el impacto. Con respecto al test Handgrip: en la mano dominante el 71% de los pacientes perdieron entre 1,5–5kg y el 29% consiguieron mantener la fuerza; con la mano no dominante perdieron fuerza el 57% de los pacientes, 28,57% mejoraron y el 14,29% la mantuvieron. En el test Chair Stand el 89% consiguieron mejorar su fuerza en miembros inferiores. Hubo estabilidad de la función pulmonar y no hubo diferencias significativas en la distancia recorrida en el test 6MM.

Conclusiones: Este programa de ejercicio físico mejora la calidad de vida y la fuerza en miembros inferiores de la mayoría de los pacientes intervenidos.

PÓSTER 30

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Sergio Calvache Castillo¹, Susana Herrera Lara¹, Alberto Herrejón Silvestre¹, David A. Moreno Barragán², Ana Isabel Cabria Gutiérrez², Guillermo Antonio Muñoz Mendoza², Suliana Mogrovejo Calle¹, Andrea Esteve Villar Del Saz¹, Marta Acosta Dávila¹, Loubna Dahmazi¹, Eva Martínez Moragón¹. 1) Servicio de Neumología, 2) Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Objetivo: el objetivo fue evaluar el efecto de un programa de rehabilitación respiratoria (RR) en términos de calidad de vida, función pulmonar y tolerancia al esfuerzo en pacientes diagnosticados de FPI con tratamiento antifibrótico.

Metodología: Estudio prospectivo observacional en el que se analizan pruebas de función pulmonar, test 6 minutos marcha (T6MM), ergometría, cuestionarios de disnea (mMRC y BORG), calidad de vida (SGRQ-I) y ansiedad-depresión (HADS) basales y posteriores al programa de RR consistente en entrenamiento en cicloergómetro y ejercicios de musculación durante 8 semanas. Análisis descriptivo, test-t para muestras relacionadas. Nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (90% hombres) de edad media de 77 ± 6.5 años, 70% exfumadores, 10% con enfisema y 10% con HTP. En el SGRQ I se obtuvo un porcentaje en el total de 22.55 ± 18.51 , en síntomas 33.4 ± 19.4 , en actividades 35.1 ± 27.2 y en impacto 17.5 ± 18.1 . En el HADS la puntuación total fue 4.9 ± 4.1 (ansiedad 2.9 ± 3.4 y depresión 2 ± 1.4). La FVC y DLCO medias fueron $98.8 \pm 17\%$ y $52.8 \pm 13\%$, respectivamente, la distancia media en T6MM fue de $441,25 \pm 66,26$ metros y en ergometría la saturación de O₂ final fue de 93.5 ± 4.5 , VO₂ máximo de 18.02 ± 5.1 ml/kg/min, máxima ventilación voluntaria 84.2 ± 18.12 , V_E/VCO₂ basal 42.8 ± 10 , el equivalente respiratorio CO₂ en el umbral anaeróbico 38.8 ± 8.9 y V_E/VO₂ basal 47.7 ± 12.6 . Al finalizar el programa no hubo diferencias significativas en función pulmonar, distancia recorrida en T6MM ni en ergometría, sin embargo, se observó una mejoría estadísticamente significativa en SGRQ I de síntomas en el 60% de los pacientes: 37.6 ± 28.2 en valor absoluto, que supone un $7.6\% \pm 5.7\%$, $p=0.023$.

Conclusiones: el programa de RR individualizada mantiene la función pulmonar y mejora la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con FPI con tratamiento antifibrótico.

PÓSTER 31

IMPACTO CLÍNICO ASISTENCIAL DE CIRCUITOS DE DERIVACIÓN PRECOZ EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. RESULTADOS PRELIMINARES.

Giménez Suau M, García Sevilla R, Fernández Fabrellas E, Perís Sánchez R, Safont Muñoz B, Ruiz Alcaraz S, Herrera Lara S, Sancho-Chust J, en representación del GT EPID de la SVN.

Trabajo con Beca FNCV. H. General Universitario de Alicante.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la enfermedad intersticial idiopática más frecuente y de peor pronóstico, caracterizada por un deterioro progresivo e impredecible de la función pulmonar. La supervivencia mediana es de 2 a 5 años desde el diagnóstico. El tratamiento antifibrótico ha demostrado mejoras en esperanza de vida, lo que apoya la necesidad de instaurar un diagnóstico precoz. Dado que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico alcanza entre 6 y 24 meses, se establece el diagnóstico precoz como un reto a mejorar. **Objetivos:** Valorar si la creación de circuitos de derivación precoz a centros especializados acorta el tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico. **Metodología:** Estudio prospectivo multicéntrico observacional de 1 año de duración incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico incidente de FPI tras la implementación del circuito y compararlos con la cohorte histórica de los mismos centros en los 3 años previos, datos recogidos en el registro español de FPI. Se comparará el tiempo desde el inicio de los síntomas. **Resultados:** Se han remitido 19 pacientes de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) a la consulta de derivación, de los cuales 14 (74%) fueron FPI. De las 14 FPI, 11 eran hombres y 3 mujeres, con una edad media de 71 ± 13 años. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo fue $6,13 \pm 66$ meses, con un tiempo medio hasta la 1ª visita en la consulta monográfica de 18 ± 7 días. El 57% fueron remitidas desde atención primaria, el 21% desde el servicio de radiología y el resto de otros servicios. El tiempo medio de inicio de los síntomas en los últimos 3 años en el registro nacional de FPI es $19,2 \pm 20,4$ meses. Si comparamos ambos grupos existe una diferencia estadísticamente significativa, $p 0.031$ ($p < 0.05$). **Conclusiones:** A pesar del escaso número de pacientes incluidos, este estudio muestra una importante disminución de la demora diagnóstica, poniendo en marcha un circuito rápido similar al del cáncer de pulmón, que permite instaurar un tratamiento antifibrótico precoz.

PÓSTER 32

HIPERTENSIÓN PULMONAR (HP) EN EPI ASOCIADA A ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (ETC).

Sherlyne Vanessa Jaimes, Gustavo Juan Samper, Estrella Fernández Fabrellas, Azahar Navarro. CHGU de Valencia.

Introducción y objetivo: HP aparece en ETC en dos circunstancias fundamentalmente: como manifestación de la enfermedad, como en Esclerosis Sistémica (ES; prevalencia 8-12%) y LES (4.2%), o secundaria a EPI asociada. En ambos casos es un marcador de mal pronóstico. Nos propusimos conocer la prevalencia y analizar las características de HP en una serie de pacientes con EPI ligada a ETC.

Método: Estudio retrospectivo (2009-2019) de pacientes con EPI-ETC. Se recogieron datos demográficos, clínica, presencia de HP, datos de ecocardiografía y cateterismo cardiaco derecho (CCD). Análisis descriptivo y diferencial de características clínicas, funcionales y patrón de TCAR de los pacientes según presencia de HP. Análisis mediante U Mann-Whitney y Chi², y de supervivencia por curvas de Kaplan Meyer.

Resultados: 78 pacientes, 18 polimiositis, 19 ES, 12 Sjögren, 5 LES, 22 AR y 3 IPAF. 46 pacientes (59%) tenían características clínicas sugestivas de HP, a los que se hizo ecocardiografía transtorácica. De ellos, 10 tenían PAPs>40 mm Hg, completando el estudio con CCD, que confirmó HP en 4 pacientes: 2 del grupo I, 1 del grupo III y 1 postcapilar. Los valores del CCD fueron PAPs 37±12.69mmHg, PmAP 26.5±11,23mm Hg, PCP11.63±4.8 mmHg y RVP 4±2,5UW. La ETC que con más frecuencia mostró HP fue ES (15.7%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el patrón NIU de TCAR (40% de pacientes) y presencia de HP (p=0.3), aunque sí hubo una clara tendencia a mayor mortalidad (p=0.063) en los pacientes con EPI-ETC e HP vs los que no tenían HP. Fallecieron 16 pacientes (20%).

Conclusiones: Debemos estar alerta ante la aparición de HP asociada a EPI-ETC, no sólo en Esclerosis Sistémica. En nuestra experiencia, la aparición de HP en pacientes con EPI-ETC impacta en la supervivencia.

PÓSTER 33

PRÓTESIS ENDOBRONQUIALES RETIRADAS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Marcos Prado Barragán¹, Guido Levy², Federico Quadri², Mauro Novali², Andrés Briones Gómez¹, Raquel Martínez Tomás¹, Michela Bezzi², Enrique Cases¹.

1. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Spain
2. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Spedali Civili, Brescia, Italy

OBJETIVOS: Las prótesis endobronquiales son un recurso terapéutico para el tratamiento de la obstrucción de vía aérea. El objetivo de este trabajo es analizar las causas de retirada y el manejo en dichos casos.

METODOLOGÍA: Se han recogido las prótesis que se han retirado desde Enero de 2015 hasta Octubre de 2019 en el Hospital Universitario La Fe de Valencia (España) y en la ASST Ospedale Civili di Brescia. Todos los procedimientos se realizaron con broncoscopia rígida y anestesia general. Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes, las continuas como media y desviación estándar.

RESULTADOS: Encontramos 16 casos de retirada de prótesis de un total de 106 procedimientos. El 62.5% eran varones con una edad comprendida entre los 42 a los 81 años. El 82% con enfermedad maligna, 60% con neoplasia primaria pulmonar siendo la histología más frecuente el carcinoma epidermoide y el microcítico. En un 62% de los casos habían recibido tratamiento oncológico previo. La lesión más frecuente se localiza en el bronquio principal derecho (BPD), son lesiones infiltrativas con compresión extrínseca en un 56% y obstruyendo > 50% del lumen en un 75% de los casos. Hasta en un 31% encontramos obstrucción completa irrecanalizable siempre situada en el lóbulo superior derecho. El procedimiento de colocación de prótesis se acompaña en un 80% de técnicas de recanalización. El 75% de las prótesis son de Dumon siendo la morfología cilíndrica el 81.3%. Dos prótesis retiradas fueron en las primeras 24h, ambas por migración. Lo más frecuente fue la retirada por migración en contexto de granulomas, seguida por crecimiento tumoral. En un 62.5% de los casos se colocó una nueva prótesis.

CONCLUSIONES: En nuestra serie un 16'8% de las prótesis se han retirado. La causa más frecuente de retirada ha sido la migración por granulomas y crecimiento de la lesión. El nuevo posicionamiento de prótesis endobronquial ha sido el proceder más habitual. La reestenosis que obliga a la retirada podría ser controlada con seguimiento endoscópico.

PÓSTER 34

EXPERIENCIA DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN.

García Mullor MM, Ruiz Torregrosa P, López Brull H, Martínez García M, Fernández Aracil MC, Pascual Lledó JF, Martín Serrano C. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). ISABIAL

OBJETIVO. Valorar el grado de aplicación de las guías de práctica clínica respecto a la estadificación del mediastino en los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) que se someten a tratamiento quirúrgico con intención curativa, tras ser valorados por nuestro comité multidisciplinar.

METODOLOGÍA. Estudio retrospectivo. Revisión de los pacientes con diagnóstico de CPCNP intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro entre enero-2018 y marzo-2019. Se excluyó a los que precisaban neoadyuvancia. Se estadificó con la 8ª edición del TNM. El análisis de los datos se realizó con SPSS v22. **RESULTADOS.** Se intervinieron 126 pacientes, 84 (67%) hombres, con edad media de 67 ± 9 años. La histología fue: Adenocarcinoma 80 (63,5%), Epidermoide 41 (32,5%), Célula Grande 3 (2,4%) y doble componente histológico 2 (1,6%). Todos contaban con TC torácico y 122 (96,8%) tenían PET-TAC. Para la estadificación mediastínica se han realizado 16 EBUS, 2 EUS, y 9 mediastinoscopias. Los 105 (83,3%) pacientes cN0 se han subclasificado según tamaño tumoral (en T1, T2 y >T2) y según localización (central o periférico). Hubo 78 (74,3%) pacientes cN0 T1. De estos, 64 (82%) periféricos, con estadio patológico pN0 en 61 (95,3%), pN1 en 1 (1,6%) y pN2 en 2 (3,1%). Los 14 (18%) cN0 T1 restantes eran centrales y de éstos sólo se estadificó un caso, mediante EUS, todos con estadio patológico pN0. De los 27 (25,7%) pacientes cN0 con T2 o >T2 sólo 3 casos se estadificaron mediante EBUS (11%). El estadio patológico en este grupo de pacientes fue pN0 en 18 casos (67%), pN1 en 4 casos (15%) y pN2 en 5 casos (18%). **CONCLUSIONES.** El grado de cumplimiento de las guías en los casos de estadio clínico N0 es muy bajo. Sin embargo, el estadio patológico coincide con el estadio clínico en más de la mitad de los casos.

PÓSTER 35

CÁNCER DE PULMÓN Y DE OTRO ÓRGANO DE FORMA SINCRÓNICA: UN DIAGNÓSTICO AL ALZA.

Monforte V¹, Esteban V¹, Lorenzo MJ¹, Fullana J¹, Garde J², García J², Miralles C¹, Soler-Cataluña JJ¹. *Servicios de Neumología*¹ y *Oncología Médica*², Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Objetivos: Se denominan cánceres sincrónicos a aquellas neoplasias malignas distintas que se detectan simultáneamente o hasta 6 meses del diagnóstico del primer tumor primario, en el mismo paciente. Su incidencia está mostrando un alza sostenida en los últimos años, explicada por: mejoría en los métodos diagnósticos, población cada vez más longeva y factores de riesgo en común. El objetivo del estudio fue analizar las características de este grupo de pacientes y compararlo con aquellos que padecen únicamente cáncer de pulmón.

Metodología: Estudio observacional de casos y controles realizado desde noviembre de 2019 a junio de 2017. Se definió como caso a pacientes con doble neoplasia sincrónica, siendo una de ellas de origen pulmonar; como controles se incluyen pacientes diagnosticados únicamente de cáncer de pulmón. Se analizaron variables demográficas, tumorales y relacionadas con el proceso asistencial.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes, 34 con doble neoplasia sincrónica y 36 con únicamente cáncer de pulmón, siendo 61 hombres y 9 mujeres, con edad media de 69 ± 8 años. Los tumores sincrónicos más frecuentes fueron los de cabeza y cuello (n=11, 32%), seguidos de los urológicos (n=10, 29%), gastrointestinales (n=10, 29%) y otros (n=3, 9%). No hubo diferencias significativas en las variables demográficas entre ambos grupos, sin embargo, sí que las hubo en la estadificación tumoral: los pacientes con cáncer de pulmón único presentaron estadios más avanzados [Estadio IV, n=20 (56%) vs n=5 (15%), p=0,002], precisaron con mayor frecuencia ingreso diagnóstico [n=24 (67%) vs n=8 (23%), p=0,001] y RMN cerebral en el estudio de extensión [n=17 (47%) vs n=7 (21%), p=0,024].

Conclusiones: El cáncer de cabeza y cuello fue el tumor sincrónico más frecuente en pacientes con cáncer de pulmón. La neoplasia maligna de pulmón en el grupo de pacientes con dobles tumores sincrónicos se diagnosticó en estadios menos avanzados.

PÓSTER 36

EXPERIENCIA DE 9 AÑOS DEL COMITÉ DE TUMORES TORÁCICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Cristina Luna Pardo, Marcos Prado Barragán, Jose María Tordera Mora, Emilio Ansótegui Barrera. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar la experiencia del comité multidisciplinar de tumores torácicos (CMTT) de un hospital de tercer nivel durante 9 años. **Metodología:** Se obtuvieron datos de las historias clínicas de todos los pacientes presentados en el CMTT desde el 2011 hasta el 2019. Hasta el año 2017 se cuenta con datos conjuntos del Hospital Arnau de Vilanova. Se analizan los datos mediante SPSS. **Resultados:** El número de valoraciones totales realizadas por el CMTT entre los años 2011 y 2019 fueron 2419. El número total de pacientes valorados fue 1827, ya que algunos de ellos se valoran más de una vez. El número de valoraciones se ha ido incrementando con el tiempo. En cuanto al sexo, el 76% de pacientes fueron hombres y el 24% mujeres. La edad media fue de 64,9 años (rango de 19 a 92 años). La distribución de histologías más frecuente fueron: desconocido en el momento de la presentación 29%, adenocarcinoma 23%, epidermoide 19%, metástasis 9%, carcinoma no microcítico sin poder precisar más 8%, carcinoma microcítico 4%. En cuanto al estadiaje, hasta 2017, no aplicable o desconocido: 958, del resto, estadios precoces (hasta IIIA) el 52%, y estadios avanzados el 48%. Tras el 2017, desconocidos o no aplicable 493, estadios precoces el 50,3% y el 49,7% estadios avanzados. En cuanto a los resultados de la valoración del CMTT, el 31% requerían completar el estudio o se indicaban pruebas diagnósticas complementarias, el 67% para valoración por oncología médica, el 34% para valoración quirúrgica y el 24% para valoración por oncología. **Conclusiones:** Cada vez se hacen más valoraciones de pacientes en este tipo de comités demostrándose su importancia. La mitad de los pacientes en los que se puede establecer el estadio podrían ser subsidiarios de tratamientos radicales. Un tercio de los pacientes pueden ser considerados para cirugía torácica.

PÓSTER 37

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS TÉCNICAS PLEURALES BÁSICAS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA.

Fernanda León, M^a José Boix, Estrella Fernández-Fabrellas, Enrique de Casimiro, M^a Jesús Barranco, Rosa Chiva, Sofia Ramírez, Noelia Carrión, Elsie Meneses. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: El abordaje diagnóstico del derrame pleural (DP) se inicia con la toracocentesis, técnica sencilla y básica en Neumología. Quisimos evaluar la rentabilidad diagnóstica en los últimos años.

Método: Estudio retrospectivo (2016-2019) de pacientes atendidos en la Unidad de Técnicas. Recogimos variables demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con DP. Presentamos análisis descriptivo y comparativo entre grupos según obtuvimos o no un diagnóstico definitivo tras toracocentesis con/sin otras técnicas.

Resultados: Analizamos 330 DP; se realizaron 204 toracocentesis diagnósticas, 124 diagnóstico-evacuadoras, y 30 drenajes. Los pacientes eran hombres (65%) de 68±17 años. El DP procedía mayoritariamente de Neumología (66.5% sala y 11,5% consultas) y en 32,7% de casos no existía enfermedad predisponente, 28,5% eran neumonías, 16,4% neoplasias y 9,1% cardiopatía. El tiempo medio de espera para toracocentesis fue 0.95 días. Los DP eran 82,3% exudados (inflamatorios 67% y tumorales 23,5%). Solo hubo complicaciones en 2,4% casos. Se alcanzó diagnóstico definitivo en 237 DP (71,8%), siendo lo más frecuente neoplásico (36,3%) e infeccioso (20,3%), aunque fue necesario apoyarse en otras técnicas para llegar al diagnóstico en 49 DP (20.7%). No obtuvimos diagnóstico definitivo por las técnicas pleurales ni endoscópicas en 93 pacientes (28,2%). Entre ambos grupos (DP diagnóstico vs DP no-diagnóstico) hubo diferencias significativas respecto a conocer enfermedad predisponente ($p=0.02$) y valor de albumina en DP ($p=0.039$), y ADA mostró tendencia a la significación estadística ($p=0.057$).

Conclusiones: La mayoría de los DP que estudiamos proceden de Neumología. Esto se debe a que en nuestro hospital la Cirugía Torácica es el servicio más solicitado para estudiar y manejar el DP. Los neumólogos obtenemos diagnóstico definitivo con nuestras propias técnicas en 2/3 de los DP, siendo un factor clave conocer la enfermedad de base predisponente.

PÓSTER 38

UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPIA EN LA HEMOPTISIS

Celis Pereira CE, Sancho-Chust JN, Vañes Baños S, Molina Peinado V, Castelló Faus C, Pulido Sánchez AM, Maestre Puerto L, Chiner Vives E. Neumología. H. U. Sant Joan d'Alacant

Objetivos:

La utilidad de la Broncoscopia (FB) en la hemoptisis ha sido cuestionada, con resultados variables en la literatura. Analizar la utilidad de la FB en la indicación de hemoptisis.

Metodología:

Análisis retrospectivo de las FB realizadas por hemoptisis desde el inicio de un Circuito Rápido Oncológico (24 meses). Se registraron: datos demográficos, radiológicos y clínicos; hallazgos, procedimientos y complicaciones de la FB; resultados FB; causa final de la hemoptisis. Comparación de grupos según hemoptisis crónica, hemoptisis amenazante, hallazgo radiológico o FB precoz.

Resultados:

De un total de 1165 FB, se incluyeron 112 realizadas por hemoptisis. Varones 63%, 63±15 años, tabaquismo 89%, hemoptisis crónica 19%, hemoptisis amenazante 5%. Existió hallazgo radiológico en 43% (alveolar 20%, masa 9%, atelectasia 5%, nódulo 3%).

La FB fue precoz en 38%, con sangrado activo en 19%, con hallazgos exploratorios en 60% (broncopatía aguda 17%, broncopatía crónica 13%, coágulo o restos hemáticos 13%, tumoración 9%, engrosamiento mucoso 8%). Durante FB se realizaron medidas hemostásicas en 12%, hubo complicaciones en 3% (todas leves) y un 2% se derivó a embolización. La FB diagnosticó neoplasia en 13% e infección 17%.

En hemoptisis crónica existieron más hallazgos exploratorios (100%vs51%, $p<0.000$) y neoplasias (57%vs2%, $p<0.000$).

En hemoptisis amenazante existió más sangrado activo (100%vs14%, $p<0.000$), maniobras de hemostasia (100%vs7%, $p<0.000$) y neoplasias (66%vs9%).

En casos de alteración radiológica se realizaron más FB precoces (56%vs23%, $p<0.000$), con más neoplasias (23%vs5%, $p=0.004$).

En casos de FB precoz se realizaron más maniobras de hemostasia (31%vs0%, $p<0.000$), con más neoplasias (29%vs3%, $p<0.000$) o infección (31%vs9%, $p=0.002$).

Conclusiones: La FB es una prueba útil y segura en casos de hemoptisis, especialmente en casos de hemoptisis crónica, hemoptisis amenazante, hallazgo radiológico o si se realiza precozmente.

ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE UNA INSUFICIENTE ADHESIÓN TERAPÉUTICA.

Josefina Trinidad Debón, Maria Soledad Dolado Momblona, Vicente García Cárcel, Susana Sansaturnino Celda, Maria Dolores Ibáñez Cuerda. Centro de Especialidades Ricardo Trenor (Hospital La Fe)

OBJETIVOS: Determinar cuáles son los errores más frecuentes en la autoadministración de inhaladores en nuestra población.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo, con una muestra no probabilística consecutiva. Población a estudio: pacientes con EPOC y/o asma con sospecha de insuficiente adhesión terapéutica. Se llevó a cabo una entrevista presencial para la recogida de datos mediante el test de adherencia inhaladores (TAI), además se añadió la observación de 8 errores que afectan al depósito pulmonar.

RESULTADOS: El estudio tiene una muestra de 97 pacientes (59.79% hombres y 40.21% mujeres) de los cuales un 64.95% padecen EPOC, un 29.9% Asma y un 5.15% ambas patologías. La media de edad es de 72.38 años y la de inhaladores que utiliza cada paciente es de 1.88. Un 76.38% de los inhaladores son activos "MDI" (incluyendo en este grupo los inhaladores de vapor suave, que representan el 8.8%) y el 23.62% restante serían polvo seco "DPI". Utilizan cámara espaciadora un 28.87%.

Destacar del TAI que no realizaría ningún tipo de incumplimiento en la administración de sus inhaladores solamente un 17.53% de los pacientes y que sólo un 65.98% conocían la dosis y la frecuencia. El 73.2% de los pacientes cometían errores críticos entre ellos, los más usuales serían: un 43.3% ausencia de apnea y un 25.77% efectúa varias pulsaciones del MDI en una sola inhalación.

Respecto a los errores no incluidos en el TAI destacaríamos: que no expulsan el aire pre inspiración un 48.45% y que no esperan los 30 segundos entre cada inhalación un 38.14%.

Resumiendo diríamos que según el TAI solo se administrarían correctamente sus inhaladores un 17.53%, pero si tenemos en cuenta los 8 errores que afectan al depósito pulmonar, no incluidos en el TAI este porcentaje baja al 4.12%.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta estos resultados, se debería considerar la puesta en marcha de consultas de enfermería en todos los usuarios de estos, pero sobre todo en aquellos pacientes con sospecha de una insuficiente adhesión terapéutica.

PÓSTER 40

COSTES Y CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL

Pulido A, Maestre L, Castelló C, Molina V, Vañes S, Sancho-Chust JN, Celis C, Pastor E, Senent C, Cánovas C, Chiner E.

H. U. Sant Joan d'Alacant

Introducción: Las pruebas de provocación bronquial (PPB) suponen una importante carga de trabajo en el laboratorio de función pulmonar y nada se conoce sobre sus costes. Nuestro objetivo fue evaluar los costes de las PPB (metacolina y manitol) y estimar su carga de trabajo de enfermería en el laboratorio de EFR.

Material y métodos: Se analizaron las PPB realizadas durante dos años. Se recogieron datos demográficos, indicación de la prueba, tipo de prueba realizada, manitol (M) o metacolina (Met), tiempo empleado (se sumó 15 m. A Met y 10 m. a M en la explicación del procedimiento y/o preparación de diluciones), costes en € de material, recursos humanos y total de la prueba, así como resultados para cada test. Para el test de Met se emplearon 6 diluciones crecientes (0.39 a 25 mg/ml) y para M 9 pasos (5 a 480 mg). Se empleó la t-student (medias no pareadas) para comparar ambos grupos y el test de chi-cuadrado entre cualitativas.

Resultados: Se realizaron 79 test, 37% M y 63% Met, en 23 hombres (29%) y 56 mujeres (71%), edad 39 ± 17 años. La indicación de la prueba fue: 42% tos, disnea 25%, sospecha de asma 28% y otros 5%. Fueron positivos 29% y negativos 71%. El tiempo medio de la exploración fue 58 ± 13 , el coste material 45 ± 1 , de recursos 22 ± 5 y total 67 ± 5 €. Existieron diferencias significativas al comparar M con Met en todas las variables principales: tiempo de realización en minutos (68 ± 15 vs 53 ± 8 , $p < 0.001$), material (46 ± 1 vs 44 ± 1 €, $p < 0.001$), recursos (25 ± 6 vs 19 ± 3 €, $p < 0.001$) y total (71 ± 5 vs 64 ± 3 €, $p < 0.001$). Al comparar el porcentaje de positivos entre M y Met no hubo diferencias significativas, aunque sí las hubo al comparar ambos grupos por su indicación, siendo más positivos cuando la sospecha fue de asma ($p < 0.05$) con mayor proporción de Met + por asma y tos no aclarada ($p < 0.05$). No hubo diferencias por sexos entre positivos y negativos, pero la edad de los negativos fue significativamente superior (43 ± 17 vs 29 ± 15 , $p < 0.001$).

Conclusiones: El test de manitol tiene mayor coste total frente al test de metacolina y consume mayores recursos en material y personal, con mayor carga de trabajo por consumo de tiempo de la prueba, que en gran parte está influida por la indicación y elección del test.

PÓSTER 41

VACUNACION ANTIGRIपाल EN LA RUTA DE LA SALUD 2019

Araceli Aibar Díaz, Estrella Fernández-Fabrellas, Susana Primo Requena, M^a Isabel Tárrega Molina, Noelia Carrión Collado, Nuria Tortajada Gómez, Miriam Honrubia Cuadau, M^a Teresa Fernández Delgado. Enfermería de Neumología. CHGU de Valencia

INTRODUCCION: A pesar de la campaña antigripal que cada año se lleva a cabo, especialmente dirigida a los grupos de riesgo (≥ 65 años, embarazadas y profesionales sanitarios), solo 38,4% de españoles ≥ 65 años se vacunaron, aunque en nuestra Comunidad la cifra en ≥ 65 años rozó el 50% según los datos oficiales.

MATERIAL Y METODO: En la Ruta de la Salud 2019 nos propusimos averiguar si las personas ≥ 65 años que se acercaban a la estación de Neumología se vacunaron el año previo, para analizar diferencias entre las personas con ERC (enfermedad respiratoria crónica) vs las que no. Recogimos datos demográficos, tabaquismo, ERC e ingresos, y vacunación antigripal. Análisis descriptivo y diferencias mediante ANOVA y χ^2 , nivel de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS: 1.581 personas, edad media 67 ± 13 años, 80% mujeres, fueron entrevistadas. Se realizó oximetría y espirometría simple desde julio a noviembre de 2019 en 73 poblaciones. 25% eran o fueron fumadores y 13% reconocían tabaquismo pasivo. 45,9% se habían vacunado el año previo. Del total, 13,2% ($n=208$ personas de 67 ± 12 años, 73,6% mujeres) decían tener ERC: 13% EPOC ($n=27$), 34,6% asma (72), 25,5% SAHS (53) y 26,9% otras (56). Las diferencias entre la población ERC vs no-ERC se muestran en tabla:

	ERC (n=208)	No-ERC (n=1373)	p
Edad (años)	67,5 \pm 11,7	66,9 \pm 13	0.54
FVC%	81 \pm 15	85,3 \pm 14,7	<0.001
FEV1%	83,7 \pm 17,2	91,2 \pm 16,6	<0.001
FEV1/FVC%	75,4 \pm 11,1	78,2 \pm 8,8	0.001
SpO2%	96,1 \pm 1,5	97,3 \pm 24,3	0.46
Pulso lpm	81,5 \pm 57,4	77,3 \pm 11,7	0.29
Sí vacunado	57,2%	44,1%	<0.001

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta la limitación de extraer conclusiones en población no seleccionada que voluntariamente acude a la Ruta de la Salud, nuestra experiencia corrobora que la cobertura poblacional de la vacuna en ≥ 65 años de los pueblos visitados es insuficiente, aunque las personas con ERC parecen estar más concienciadas de la necesidad de prevenir la gripe.

PÓSTER 42

PLEUREX .AUTOCUIDADO.PAPEL DE ENFERMERIA Autores: Merlo Valverde M^a.Del Carmen .1; Garcia Franco G.1; Arlandis Domingo M.2; González Ortiz E.2 Mediero Carrasco G.2; Vilella Tomas V.1Enfermera 2Neumólogo. Servicio de Neumología. Hospital de Torrevieja (Alicante).

Introducción: El uso de un catéter pleural permanente se puede manejar ambulatoriamente de manera efectiva a pacientes con diagnóstico de DPM sintomático. Este sistema consigue controlar los síntomas respiratorios en la mayoría de los pacientes gracias a una técnica mínimamente invasiva y con pocas complicaciones. La principal ventaja de este método en el manejo de los DPM es que se evita el ingreso hospitalario. Este hecho, junto con la disminución del número de punciones pleurales, favorece una mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Éste es el objetivo principal de todo tratamiento de intención paliativa en pacientes con enfermedades neoplásicas avanzadas.

Objetivo: Garantizar la seguridad del paciente. Estandarizar cuidados y uso del pleurex, minimizar complicaciones y efectos adversos. Instruir tanto al paciente como a sus familiares en el manejo y mantenimiento del catéter tras su colocación. Programar visitas médicas para todos los pacientes a los 15 y 45 días de la colocación del catéter pleural, y posteriormente cada 2 meses

Metodología: Búsqueda bibliográfica. Creación de guía de cuidados de uso del pleurex.

Resultados: Aumento de seguridad en el paciente con dispositivos pleurex. Disminución de la variabilidad en cuanto: desinfección, tipo de apósito, recambio del pleurex. Guía de cuidados en el manejo del pleurex en el ámbito hospitalario y de atención primaria y domiciliaria.

Conclusión: La seguridad del paciente y la mejora de los cuidados es una prioridad para los profesionales de enfermería .Mejorando su calidad de vida, favoreciendo su autonomía, promoviendo su autoestima y reduciendo el número de ingresos hospitalarios.

PÓSTER 43

SEGURIDAD Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DEL ASMA CON INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL PARA ÁCAROS EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

Autores: *Lillo González, Elisa; Abril, Eva M^a; Abella, Vicente; Osca, Teresa; Ten de Marcos, Natividad; Martínez Moragón, Eva*

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

Objetivos: Evaluar los beneficios y efectos adversos del tratamiento del asma mediante inmunoterapia sublingual realizado en una consulta de enfermería. La inmunoterapia para ácaros en tabletas (IT) se recomienda en adultos (18-65 años) con asma alérgica por ácaros del polvo parcialmente controlada con corticoides inhalados (CI) y asociada a rinitis alérgica. Sus efectos adversos suelen ser locales y se recomienda tomar la primera dosis bajo supervisión.

Metodología: Se analizan las características clínicas y los resultados obtenidos en nuestra serie de pacientes tras 1 año de tratamiento diario con IT. Se hace hincapié en los efectos adversos y en la incorporación del manejo de la IT en la consulta de enfermería.

Resultados: Incluimos 21 pacientes, 7 hombres (33%), edad media 36 años (límites 18-60). 2 estaban en tratamiento con CI aislados, el resto con GI/LABA (uno tomaba omalizumab). 6 pacientes (28%) tenían sólo sensibilización a los ácaros del polvo, el resto estaba polisensibilizado. Ig E total 428 ± 200 . ACT 17 ± 2 , FEV1 83 ± 14 %.

El 90% notó prurito oral en los primeros cinco minutos después de administrar la primera dosis, cediendo las molestias a las 2-4 semanas. 2 pacientes refirieron edema bucal en las primeras tomas. Premedicamos con antihistamínico oral a algunos pacientes y a todos se les pautaron para el domicilio durante el primer mes. No hubo otros efectos adversos. 4 pacientes consultaron dudas por teléfono. El control del asma mejora significativamente al año (incremento en ≥ 3 puntos el ACT) en 10 pacientes (46%) y la mitad de ellos redujo la dosis de CI. Percibieron mejoría en la rinitis 16 pacientes (76%). 6 abandonan el tratamiento (28%), uno por razones económicas y 5 por falta de efecto (23%). Un paciente lo suspendió de forma temporal por úlceras orales, pero prosiguió al resolverse.

Conclusiones: La tolerancia de la IT es buena y el manejo sencillo en la consulta de enfermería. Un 76% de los pacientes consigue mejoría en la rinitis y un 46% mejora también el asma. El 72% de los tratamientos iniciados prosiguen más allá del año por obtener beneficios.

PÓSTER 44

PAPEL DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA 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-Ortega¹, Grace Oscullo¹, Eva Mañas-Baena², Aldara García-Sánchez², Raquel López-Reyes¹, José Daniel Gómez-Olivas¹, Juan José Jiménez-Aguilella³, Miguel Ángel Martínez-García¹.

1. Servicio de Neumología, Hospital La Fe, Valencia. 2. Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. 3. Servicio de Cardiología, Hospital La Fe, Valencia.

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 y su relación con la disfunción ventricular derecha (DVD). Metodología: Estudio prospectivo antes-después de pacientes con TEP agudo y estables hemodinámicamente, con un seguimiento de 3 meses desde la fecha del diagnóstico. Se realizaron en las primeras 48 horas del diagnóstico del TEP (fase estable) ecocardiografía y estudio de sueño. El estudio de sueño se repitió a los 3 meses (fase estable). Resultados: Se incluyeron 43 pacientes (54% mujeres) con edad media de 65 años (± 17), IMC de 28.8 kg/m² (± 4.7) y Epworth de 6.2 (± 3.9). A los 3 meses del TEP, se redujo el IAH una media de 5.1/h ($p=0.09$) y la prevalencia de IAH ≥ 15 /h se redujo un 14% (58% vs 44%; $p=0.06$). Los pacientes con descenso de los TRS obstructivos (IAHo) superiores a la media (>1.3 /h) presentaron más DVD y carga trombótica: VD dilatado (-4/h vs -0.8/h; $p<0.01$), ratio VD/VI >0.9 (-4.3/h vs -0.2/hora; $p<0.01$) y TEP central (-3.9 vs 0.8; $p<0.01$). El riesgo de presentar un descenso del IAHo superior a la media en los pacientes con VD/VI >0.9 fue 4.5 veces superior (OR 4.5 [1.2-17.1]). Conclusiones: Durante la fase aguda del TEP se produce un incremento transitorio en el número de eventos respiratorios obstructivos que se relaciona con formas de presentación con DVD.

PÓSTER 45

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS) EN ALTITUD MODERADA Y CAMBIOS DESPUES DE UN CORTO PERIODO DE ACLIMATACIÓN (48 H.)

Sara Salvador¹, Cristina Navarro², Rafael Navarro³, Estrella Fernández³, Gustavo Juan^{3,4}. Facultad de Medicina de Valencia¹, Hospital de Requena Valencia², Hospital General Universitario de Valencia³

Objetivos: Estudiar la prevalencia de TRS en una población de mediana edad sin diagnóstico previo de TRS, la influencia de una breve aclimatación y sus efectos en la calidad de sueño.

Metodología: Se han estudiado 10 sujetos mayores de 40 años (edad media 56 años) mediante poligrafía respiratoria (PGR) con Polígrafo Alice Pdx a nivel del mar, a 2350 m de altitud y a las 48 h después de estar expuestos a esa altitud. Se han realizado cuestionarios de calidad de sueño (VAS), Lake Louise, mal agudo de montaña y obstrucción nasal (SNOT) en la mañana siguiente. Se ha hecho test t-Student, Friedman, Wilcoxon con las variables cuantitativas de la PGR y VAS y la prueba de los signos para cuestionarios Lake Louise, AISS y SNOT.

Resultados: Hay un aumento significativo de los eventos respiratorios (IAH 12.52 vs 27.8 p=0.002, ODI 11.3 vs 37.5 p=0.005, TC90% 3 vs 81.4 p=0.004) y disminución de la SpO₂ (94.4 vs 86 p=0.002) entre la PGR a nivel del mar y la primera noche en altura. A las 48 horas expuesto a altura se observa un incremento de SpO₂ (86% vs 88.3% p=0.002) y disminución de la TC90% (81.4 vs 61.17 p=0.049), la primera noche en altura comparado con la tercera noche y no se produjeron cambios significativos en IAH y ODI. Los cuestionarios de sueño no mostraron una mejora significativa en la tercera noche en relación a la primera de exposición a la altura.

Conclusiones: 1- En sujetos de mediana edad, que habitan a nivel del mar, la exposición a alturas moderadas produce disminución SpO₂ y aumento de TC90%, IAH y ODI. 2- La estancia en altitud 48 horas mejora la SpO₂ y disminuye la TC90% pero no produce cambios significativos en IAH y ODI. 3.- No se han detectado cambios significativos en calidad de sueño.

PÓSTER 46

RECURSOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA DE LA COMUNITAT VALENCIANA.

Montserrat León, Rosalía Domenech, Alfredo Candela, Silvia Ponce, Amparo LLuch, Jesús Sancho, M^a Carmen Aguar y miembros del Grupo de Trabajo de VMNI de la SVN.

Objetivo: obtener información sobre los recursos de VM en el área de hospitalización de los Servicios de Neumología de nuestra Comunitat. Para ello diseñamos una encuesta recogiendo datos sobre equipos, material fungible y técnicas asociadas a la VM. Se remitió a 26 Hospitales, obteniendo respuesta de 16 (Valencia 9, Alicante 6 y Castellón 1). La moda para el nº de ventiladores por centro es 4 pero con gran dispersión (\bar{x} 10 0,31). En su mayoría son cedidos por la empresa suministradora (74%). Únicamente 6 disponen de ventiladores tipo UCI y 5 no tienen ningún equipo con autonomía. 9 no disponen de CPAP de alto flujo (0,2), aunque en 7 hay oxígeno de alto flujo (0,3). Sólo el 50% poseen camas con monitorización básica y en 3 no hay pulsioxímetros propios. La monitorización de CO₂ no existe en 7 hospitales (0,3). Para el análisis de las curvas de ventilación sólo 1 dispone del software de todos los equipos con los que trabaja y realizan siempre su lectura. En 8 no se realiza nunca. Sólo 1 refiere tener información telemática. El 25 % no dispone de ningún sistema mecánico para el manejo de secreciones (el cough-assist[®] es el más utilizado). No hay problemas con los nebulizadores clásicos adaptados a las tubuladuras excepto en 2 centros, hay sistemas tipo Nivo[®] en 6 (1-4) y sólo en la mitad humidificadores. 10 centros (62%) realizan técnicas endoscópicas con VM pero no siempre con mascarillas específicas. Se dispone de mascarillas nasobucales, pero sin alternativas en muchos casos y las tubuladuras no siempre son las específicas del equipo (sólo en 3 hospitales). 5 centros pueden trabajar con circuitos de doble rama, 4 no disponen de válvulas espiratorias diferentes a las integradas en las tubuladuras y en 2 tampoco de filtros microbiológicos. En el 31% de los centros hay comités que centralizan las compras pero no siempre se participa. Conclusiones: existen importantes diferencias y deficiencias en la dotación de equipos de VM en nuestra Comunitat. En algunos hospitales, las deficiencias son graves. Los equipos de VM son en su mayoría cedidos y dispares en sus prestaciones. El material fungible es incompleto y la monitorización se considera un área de mejora importante.

PÓSTER 47

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ELA EN UNA UHD

José Daniel Gómez Olivas¹, Marcos Prado Barragán¹, Dionís Fernández García¹, Juan Francisco Vázquez Costa², Montserrat León Fábregas¹, Rosalía Domènech Clar¹. 1. Servicio de Neumología. 2. Servicio de Neurología. Todos: Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia).

Objetivo: Demostrar que una línea de neumología en UHD beneficia al seguimiento de los pacientes con ELA. **Metodología:** En nuestra UHD se creó un equipo de neumología en el año 2003. Analizamos los pacientes con ELA y los éxitos de los mismos seguidos en nuestro Hospital desde Enero 2004 a Junio 2019. **Resultados:** Durante estos años se han seguido 601 pacientes con alteración ventilatoria restrictiva en nuestro Hospital, de ellos 247 pacientes eran ELA. De todos ellos, en UHD hemos seguido 251 pacientes de los que 106 eran ELA. En nuestro centro fueron seguidos un total de 56 mujeres y 50 hombres con diagnóstico de ELA en la UHD frente a un total de 62 mujeres y 79 hombres que no fueron seguidos por esta unidad. La edad media en el caso de los pacientes seguidos en UHD fue de 71,1 (9,6) años frente a 66,7 (10,8) años del resto de pacientes. En el caso de los seguidos en UHD se colocaron 39 PEG y se realizaron 9 traqueostomías mientras que en el segundo grupo los datos fueron de 28 PEG y 9 traqueostomías. En cuanto a mortalidad, fallecieron 73 pacientes seguidos en UHD y pacientes no seguidos en esta unidad. La edad media fue de 68,8 (10,3) años en el primer grupo y 63,6 (10,9) en el segundo. La media de supervivencia fue de 26,38 meses (27,72) en los pacientes en seguimiento en UHD frente a 14,64 meses (16,54) en no seguidos en dicha unidad. En cuanto a los éxitos cabe destacar que: 1) Fallecieron en el domicilio recibiendo cuidados paliativos el 74% de los pacientes con ELA seguidos en nuestra UHD, frente al 32% no seguidos en nuestra Unidad. 2) 8 pacientes han sido donantes de órganos, de los cuales 4 se han trasladado desde el domicilio para la limitación del esfuerzo terapéutico. **Conclusiones:** 1. Una línea de Neumología en la UHD es una buena alternativa a la Hospitalización convencional para pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica. 2. El seguimiento de los pacientes con ELA en nuestra UHD en lugar del hospital no repercute en mayor mortalidad de éstos y garantiza más los cuidados paliativos en el domicilio al final de la vida.

PÓSTER 48

SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA.

T. Chavero García¹, R. Hernández Sandemetro², E. Zapater Latorre², R. Navarro Iváñez³, G. Juan Samper³, E. Fernández Fabrellas³.

Universidad de Valencia Estudi General¹, Hospital General Universitario de Valencia: Servicio de ORL², Servicio de Neumología³

Antecedentes y objetivos: La cirugía conservadora del cáncer de laringe puede condicionar una distorsión anatómica importante en el área faringo-laríngea lo cual puede favorecer mayor incidencia de SAHS. El objetivo es estudiar la prevalencia de SAHS en pacientes intervenidos de laringectomía supracricoidea.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de laringectomía supracricoidea por cáncer de laringe, con más de 3 meses sin traqueotomía y sin antecedentes conocidos de SAHS previos a la intervención. Se recogieron datos antropométricos (edad, peso, talla, imc) escala de Epworth(EE) y poligráficos (Alice PDX Philips Respirationics®: IAH, ODI, SpO₂, SpO₂ mínima, TC90%). Se hizo un análisis descriptivo de los datos y correlación de entre EE, IAH y ODI con el programa R.

Resultados: 13 pacientes intervenidos en el Servicio de ORL. Edad 62 (55-80), IMC 27.3 k/m² (23,12-35.97). Un 65% presentó IMC > 25. Un 23% tenían somnolencia (EE >10). El IAH fue 17.4 ± 8.8 y ODI 16.6 ± 8.8. 10 de los 13 pacientes (76.9%) tenían un IAH > 10. 3 y se les consideró como pacientes con probable SAHS: 3 (23%) leve, 6 (46.5%) moderado y 1 (7.6%) grave. No encontramos correlación significativa entre EE con IAH ni con ODI.

Conclusiones: 1- Alta prevalencia de apneas-hipopneas tras laringectomía supracricoidea. 2- La poligrafía respiratoria domiciliaria fue una herramienta útil para el diagnóstico. 3- El Epworth fue un mal predictor de SAHS en este grupo de pacientes. 4- Se necesitan más estudios para valorar la influencia de esta cirugía y posibles repercusiones del SAHS en este contexto.

PÓSTER 49

EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS A LO LARGO DE 25 AÑOS EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN.

Cuenca Peris S, Llopis Pitarch J, Andújar Llamazares M, Marín Royo M, Andrés Franch F, Romero Francés L, Torres Relucio JJ
Servicio neumología, microbiología y medicina preventiva Hospital General Universitario de Castelló

La tuberculosis (TB) sigue representando un problema sanitario a nivel mundial. España es uno de los países de Europa occidental con mayor número de casos debido a los cambios demográficos, con mayor proporción de inmigrantes en los últimos años.

El objetivo de este estudio ha sido analizar los nuevos casos de tuberculosis activa con baciloscopia positiva, características clínico-epidemiológicas y los cambios producidos debido a la llegada de la inmigración en la provincia de Castellón durante 25 años.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de todos los casos declarados de TB en los departamentos 1, 2 y 3 de la Comunidad Valenciana entre los años 1994 y 2018. Las características clínico-demográficas estudiadas fueron nacionalidad y resistencia al tratamiento.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 1588 pacientes durante los 25 años, de los cuales un 71,03% presentaron nacionalidad española y un 28,97% extranjera. El año con más registros fue 1999 con 90 diagnósticos de los cuales un 91,1% con nacionalidad española. Los siguientes años con más casos fueron 2005 (85 casos) y 2009 (83 casos) con aumento de extranjeros (38,82% y 44,58%). La incidencia anual de resistencias varió desde 0% hasta 27,27%. Durante los años 2009 a 2012 se produjo un aumento en la tasa de resistencias con un pico de 27,27% en 2010 (66,67% extranjeros). Durante los últimos 6 años la incidencia de resistencias ha sido <10%. La incidencia de resistencias ha sido más elevada en el grupo de extranjeros (10,8%) frente al grupo de nacionalidad española (5,22%) de forma estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Los casos de TB en la provincia de Castellón han descendido a lo largo de los años a pesar de los cambios demográficos.

La incidencia de resistencias ha sido muy variable. Fue más elevada en el grupo de extranjeros de forma estadísticamente significativa.

PÓSTER 50

INFLAMACIÓN SISTÉMICA PERSISTENTE CON IL-17a Y LAS EXACERBACIONES GRAVES DE BRONQUIECTASIAS.

¹Katheryn Yepey, ¹Leyre Bouzas, ¹Raúl Méndez, ¹Isabel Amara-Elori, ¹Paula González-Jiménez, ¹Laura Feced, ¹Soledad Reyes, ²Rosanel Amaro, ²Victoria Alcaraz, ²Giulia Scioscia, ²Laia Fernández, ²Antoni Torres, ¹Rosario Menéndez.

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

OBJETIVOS: Evaluar la interleuquina (IL)-17a sistémica durante los días 1, 5, 30 y 60 de una exacerbación en relación a la gravedad y a la infección por *Pseudomonas aeruginosa* en comparación con pacientes estables.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo observacional en pacientes en fase estable y exacerbados. Se determinó la concentración de la IL-17a en los pacientes exacerbados los días 1, 5, 30 y 60; y el día 1 en los pacientes estables (grupo control). Se realizó un análisis univariado mediante test de U-Mann Whitney para las variables cuantitativas y un análisis multivariado para el análisis de la IL-17a al día 30.

RESULTADOS: Se reclutaron 165 pacientes exacerbados, 93 con exacerbación grave y 34 estables. Los niveles de IL-17a fueron superiores en los días 1 y 5 en los pacientes exacerbados respecto a los estables. En los días 30 y 60, la concentración de IL-17a fue mayor en las exacerbaciones graves comparadas con las no graves. Los mayores niveles sistémicos de IL-17a se encontraron en pacientes con aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* durante la exacerbación e infección crónica previa. Las exacerbaciones graves se asociaron a un aumento de IL-17a de 4.58 (Odds Ratio [OR]) veces ajustado a edad, género, Bronchiectasis Severity Index y duración del tratamiento. Las exacerbaciones en pacientes con infección crónica por *Pseudomonas aeruginosa* se asociaron a un aumento de IL-17 de 7.47 (OR) veces a los 30 días.

CONCLUSIONES: Las exacerbaciones graves y la infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* presentan una mayor respuesta sistémica de IL-17a mantenida hasta los días 30 y 60. La IL-17a podría ser una diana para la medición de la inflamación sistémica crónica.

PÓSTER 51

**ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EVENTOS
CARDIOVASCULARES TRAS UNA EXACERBACIÓN DE
BRONQUIECTASIAS.**

Autores: Leyre Bouzas Yenes¹, Raúl Méndez Ocaña¹, Paula González Jiménez¹, Laura Feced Olmos¹, Katheryn Yopez Borges¹, Victoria Alcaraz Serrano², Rosanel Amaro Rodríguez², Giulia Scioscia², Antoni Torres Martí², Rosario Menéndez Villanueva¹

1.Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

2.Hospital Clínic, Barcelona, España

Introducción y objetivos: Las bronquiectasias son una enfermedad sistémica en la que se ha demostrado un aumento del riesgo cardiovascular (CV) en estudios retrospectivos, pero no se dispone de datos en estudios longitudinales. El objetivo de este estudio fue analizar la aparición de eventos CV de manera prospectiva en una cohorte de pacientes con bronquiectasias.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional en 2 hospitales terciarios españoles, analizándose los eventos CV acontecidos durante el seguimiento tras una exacerbación, considerándose solo la primera exacerbación tras la inclusión en el estudio. Se recogieron datos demográficos, de comorbilidades, gravedad y terapéuticos. Se emplearon los métodos estadísticos de análisis univariado Chi-cuadrado y U-Mann Whitney. Los datos se presentan como N(%) o mediana(rango intercuartílico).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 35 (22-64) meses. Se reclutaron 250 pacientes, 74 de los cuales (29,6%) tuvieron algún evento CV durante el seguimiento, siendo los más frecuentes la arritmia cardíaca(41,9%), la insuficiencia cardíaca aguda(37,8%), el síndrome coronario agudo(12,2%) y el accidente cerebrovascular(8,1%), que aparecieron, con más frecuencia, los primeros días tras la exacerbación. Los pacientes que desarrollaron algún evento CV presentaban una edad mayor, más comorbilidad (enfermedad vascular previa, HTA, dislipemia), mayor gravedad medida por FACED y BSI y más mortalidad en el seguimiento(67,6%vs 24,4% en el grupo sin eventos CV).

Conclusiones: Los pacientes con bronquiectasias desarrollan con frecuencia eventos cardiovasculares tras una exacerbación. Dichos pacientes son de mayor edad, con más comorbilidades y más graves. Se requieren estudios prospectivos que analicen los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes.

PÓSTER 52

“EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE BRONQUIECTASIAS EN UN HOSPITAL TERCARIO” Á. Martínez¹, L. Dahmazi¹, R. Lera¹, A. Herrejón¹, E. Martínez². Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes atendidos en una consulta de BQ en el H.U. Dr Peset (Valencia) del 2016 al 2019.

Metodología: Estudio descriptivo de los pacientes y análisis de los factores pronósticos. **Resultados:** 184 pacientes, (58.2%) mujeres

de 68.4±14.6 años. 39.7% con antecedentes de tabaquismo de +10a/p y 5.4% fumadores activos. Con BQ predominantemente difusas, moderadas-graves según E-FACED y BSI(2.7± 1.6 vs 8.2 ± 4.5). Post-infecciosas 133(72%), idiopáticas 30(16.3%) y asociadas a inmunodeficiencia 27(14.6%). 137(74.5%) con broncorrea diaria purulenta(56.5%). En espirometría: obstrucción en 95(51.6%) moderada/grave en el 32.7%. 84(15.8%) con patología pulmonar: EPOC (26.1%), asma 12%, SAHS 8.2% y VMNI domiciliaria un 5.4%. IBC por P.aeruginosa 71(38.6%), H. influenzae 34(18.5%) y S.pneumoniae 16(8.7%). 55(29.9%) con antibiótico inhalado: colistina 44(23.9%) en polvo seco 3(1.6%); tobramicina 18(9.8%); en polvo seco 4(2.2%) bien tolerado en el 92.4%. 17(9.2%) éxitus durante el seguimiento. Los últimos 4 años, las necesidad de ingreso por exacerbaciones se redujeron(0.73±1.76 vs 0.15±0.42). Como factores de riesgo para exitus: edad OR 1,2(IC 95% 1.04-1.47)p<0.015, mayor E-FACED OR 2,6(IC95% 1.31-2.63)p<0.006. Factores protectores: no IBC por PA OR 0.00(IC95% (0.00-0.190)p<0.006 y no necesidad de VMNI domiciliaria OR0.01 (IC95% 0.00-0.265) p<0.006. Con los ingresos se relaciona mayor puntuación E-FACED OR2,9(IC95% 2-4.3)p>0.0001. No diferencias entre antibióticos inhalados en cuanto necesidad de ingreso o riesgo de éxitus. **Conclusiones:** 1. Nuestros pacientes presentan BQ moderadas/graves. 2. El uso de antibióticos inhalados es seguro y bien tolerado. 3. Hemos reducido el número de ingresos por exacerbación en los últimos años. 4. E-FACED correlaciona mejor que BSI como predictor de ingresos y de exitus. 5. No tener IBC por PA ni necesidad de VMNI domiciliaria son factores protectores.

PÓSTER 53

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO ALTO CON EVOLUCIÓN DESFAVORABLE

Marta Acosta Dávila, Cristina De Juana Izquierdo, Irene Sotos Díaz, Sergio Calvache Castillo, Andrea Esteve Villar Del Saz, Loubna Dahmazi Dahmazi, Irene López Moreno, Alberto Herrejón Silvestre, Ildfonso Furest Carrasco Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Valencia, España

Objetivos: Evaluar en nuestra población de pacientes con TEP la utilidad de la escala Bova para identificar a aquellos RIA susceptibles de empeorar y que puedan precisar una mayor vigilancia o un cambio en la actitud terapéutica inicial.

Material y métodos: Se realizó un análisis de todos los pacientes con TEP agudo ingresados en nuestro Hospital desde Enero 2015 hasta Julio del 2019. Todos fueron clasificados según la escala europea ESC/ERS en riesgo bajo (RB), intermedio bajo (RIB), intermedio alto y alto riesgo (AR), utilizando para nuestro estudio únicamente aquellos con RIA. En éstos últimos se aplicó la escala Bova, que incluye la valoración de la tensión arterial, la determinación sérica de troponina cardíaca, la disfunción ventricular derecha y la frecuencia cardíaca, y se clasificó a los pacientes en 3 estadios de gravedad. Paralelamente investigamos en los RIA aquellos pacientes con peor evolución, con requerimiento de ingreso en UCI o por fallecimiento. Para el análisis estadístico utilizamos la prueba exacta de Fisher.

Resultados: De un total de 390 pacientes, 76 pacientes fueron clasificados como de riesgo intermedio alto (RIA). De ellos, 78,9% eran mujeres, 21,1% hombres, y la mediana de edad fue de 82 años (31-99). Se aplicó la escala Bova, identificando 13 pacientes (17,1%) estadio I, 37 pacientes (48,7%) estadio II y 26 pacientes (34,2%) estadio III. De estos, 28 pacientes (36,8%) tuvieron mala evolución (ingreso en UCI o fallecimiento): el 7,7% de los pacientes en estadio I, el 37,8% en estadio II y un 50% en estadio III, con una $p = 0,03$.

Conclusiones: Existe un porcentaje considerable de pacientes con TEP de riesgo intermedio alto con evolución desfavorable. La aplicación de la escala Bova puede ser útil para identificarlos.

PÓSTER 54

IMPLICACIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

C. De Juana, M. Acosta, A. Esteve, S. Calvache, L. Dahmazi, I. López, A. Herrejón, I. Furest. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: Se ha descrito que la trombosis venosa profunda (TVP) puede empeorar el pronóstico de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP). Nuestro objetivo fue analizar en nuestro área la asociación de TEP y TVP para comprobar si existe relación entre la gravedad de los pacientes con TEP y la coexistencia de TVP. Además hemos estudiado si esta asociación puede repercutir en la evolución y en la estancia media. **Material y métodos:** Se realizó un análisis de todos los pacientes con TEP ingresados en nuestro hospital desde enero de 2016 hasta julio de 2019. Fueron clasificados en función de la gravedad siguiendo la escala europea ESC/ERS en 4 grupos: riesgo bajo (RB), intermedio bajo (RIB), intermedio alto (RIA) y alto riesgo (RA). Se identificó la presencia de TVP con Ecodoppler de miembros inferiores en el total de la población y se estudió su incidencia en los 4 grupos, utilizando la prueba de Fisher para analizar la significación estadística. Además se comparó si la presencia de TVP se relacionó con una estancia hospitalaria más prolongada o una peor evolución, con requerimiento de ingreso en UCI, mediante Chi-cuadrado. **Resultados:** Se incluyeron 325 pacientes con TEP y Ecodoppler de miembros inferiores en el estudio. En función de la escala europea ESC/ERS 37 fueron de BR, 200 de RIB, 69 de RIA y 17 de AR. Del total de todos los analizados se detectó TVP en 148 (45,1%) y de estos la TVP fue proximal en 94,6% y distal en el resto. La incidencia de la TVP fue mayor en función de la gravedad: 76% en los pacientes de AR, 47% en los de RIA, 44% en los de RIB y 23% en los de BR ($p < 0.004$). No hubo diferencias entre los pacientes con TVP que precisaron ingreso en UCI respecto a los pacientes sin TVP (22,8% vs 17%; $p=0.070$). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria entre pacientes con y sin TVP (8.10 vs 8.91 días; $p=0.902$). **Conclusiones:** En nuestra población la incidencia de TVP aumenta en función de la gravedad del TEP. Sin embargo no hemos encontrado que la existencia de TVP empeore la evolución ni alargue la estancia hospitalaria.

2020
VIRTUAL

svneumo.org



XXVII CONGRESO

Sociedad Valenciana
de Neumología

1, 2 y 3 de octubre