



Sociedad Valenciana
de Neumología

XXVIII CONGRESO

17,18 y 19 de Junio 2021

LIBRO COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

| | | |
|-------------|--|----|
| 0-01 | IMPACTO DE APNEA DEL SUEÑO Y TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON MELANOMA | 5 |
| 0-02 | IDENTIFICACION DE LA MICROBIOTA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA. ¿NOS MUESTRAN LA REALIDAD LOS CULTIVOS CONVENCIONALES? | 6 |
| 0-03 | ANÁLISIS METAGENÓMICO DEL LÍQUIDO PLEURAL | 7 |
| 0-04 | IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE NEUMONÍA POR SARS-COV-2 DE BAJO RIESGO | 8 |
| 0-05 | DAÑO ENDOTELIAL EN COVID-19..... | 9 |
| 0-06 | TRATAMIENTO DEL ENFISEMA CON VAPOR | 10 |
| 0-07 | SECUELAS RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES PULMONARES TRAS 10 MESES DE HOSPITALIZACION POR N-COVID19 | 11 |
| 0-08 | SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SEA). IMPACTO DE LA NUEVA DEFINICIÓN PROPUESTA POR GESEPOC 2021 | 12 |
| 0-09 | INMUNIDAD HUMORAL NATURAL AL AÑO, TRAS INFECCION POR SARS-COV 2, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS | 13 |
| 0-10 | PREVALENCIA DE ALTERACIONES RADIOLÓGICAS INTERSTICIALES PULMONARES TEMPRANAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA TRATADA CON ANTIFIBRÓTICOS | 14 |

ORAL 01

IMPACTO DE APNEA DEL SUEÑO Y TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON MELANOMA

José Daniel Gómez-Olivas¹, Grace Oscullo¹, Alberto García Ortega¹, Enrique Zaldivar¹, Thais Beuperthuy¹, Amina Bekki¹, 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, MA. Martínez-García¹
1.H.La Fe, 2.H.Virgen de Valme 3.H.Cruces, 4.H. de Guadalajara, 5.H. Arnau Vilanova (Lleida), 6.H.Ramón y Cajal, 7. Fundación Jiménez Díaz, 8.H.San Pedro de Alcántara, 9.H. San Juan de Alicante, 10.H.Consorci Sanitari de Terrassa, 11.H. Son Espases, 12.H. Río Hortega, 13.H.Clínico de Valladolid. Todos: Servicio de Neumología.

Objetivo: Analizar la asociación entre la gravedad de los trastornos respiratorios durante el sueño y el pronóstico del melanoma.
Metodología: Durante 2012-2015 se diagnosticaron 443 pacientes con melanoma y se realizó estudio de sueño en todos ellos. Fueron seguidos una mediana de 60 (51-74) meses. Edad media 65 años (51% mujeres), IMC 27.4 Kg/m²; Índice Breslow: 1.7mm; IAH medio: 14.6. Se recogieron datos clínicos y de evolución del melanoma. Se consideró como variable principal el "composite" (muerte, recurrencia del melanoma y metastásis del mismo). **Resultados:** De los 443 pacientes iniciales se completaron 391 (88,2%). No se observaron cambios en el IMC durante el seguimiento. La "composite" apareció en 116 pacientes, existiendo una asociación significativa entre ella y el diagnóstico de SAHS moderado (OR 2,45; IC95% 1.1-5.5; p=0.029) o grave (OR 2,96; IC95% 1.4-6.4; p=0.006) no tratados con CPAP; asociación que no se presentó en pacientes tratados con CPAP y buena adherencia (p=0.24) o sin SAHS (grupo control) ajustado por variables de confusión (edad, gravedad inicial del melanoma, género, IMC, diabetes, Epworth, CT90%, tabaquismo y afectación de ganglio centinela). **Conclusión:** Tanto la agresividad inicial del tumor, la edad, como la presencia de un SAHS moderado-grave no tratado se asociaron a una peor evolución del melanoma.

ORAL 02

IDENTIFICACION DE LA MICROBIOTA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE SECUENCIACIÓN MASIVA. ¿NOS MUESTRAN LA REALIDAD LOS CULTIVOS CONVENCIONALES?

L. Cabanes¹, M. Carda², A. Mira², I. Inchaurrega¹, E. Martinez-Moragón¹. ¹Servicio Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia). ²Fundación FISABIO (Valencia).

El estudio del microbioma humano cobra cada vez más trascendencia, dada su relación con la salud y la enfermedad. La mayoría de microorganismos respiratorios no se pueden caracterizar en su totalidad mediante las técnicas de diagnóstico habitual. Por esta razón, hemos diseñado un estudio prospectivo de cohortes, para identificar la microbiota presente en pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), con el fin de establecer qué aplicación tienen las técnicas de secuenciación masiva de identificación microbiológica, en el diagnóstico etiológico de la NAC. La composición bacteriana de distintos tipos de muestras se realizó mediante amplificación por PCR y posterior secuenciación del gen 16S rRNA y se comparó con los resultados obtenidos por los métodos clásicos de diagnóstico.

RESULTADOS: Se incluyeron 16 pacientes. Se identificaron >27 especies diferentes. El género *Ralstonia* fue el microorganismo predominante en las muestras invasivas (tomadas mediante broncoscopia). Otros microorganismos como *Corynebacterium* y *Mycoplasma* también son identificados en un porcentaje alto. En contraste, el 73% de las muestras analizadas mediante técnicas de diagnóstico respiratorio habitual (cultivo) fueron negativas.

CONCLUSIONES: En los casos donde los cultivos son negativos, se identifican bacterias mediante técnicas de secuenciación masiva que ya han sido establecidas como agentes causales de NAC y otras que se corresponden con microorganismos que podrían representar nuevos agentes etiológicos. La estandarización de técnicas de secuenciación masiva en el diagnóstico de NAC podría ser una forma de identificar el agente etiológico proporcionándonos información importante para los enfoques diagnósticos y /o terapéuticos.

* Trabajo financiado en parte con beca FNCV 2020

ORAL 03

ANÁLISIS METAGENÓMICO DEL LÍQUIDO PLEURAL

L. Zamora-Molina¹, J Sánchez-Almendro², L Hernández-Blasco³, A Galiana-Cabrera². *Neumología HGU Elche, Microbiología Fundación FISABIO HGU Elche, Universidad Miguel Hernández de Elche.*

Introducción. A través del análisis metagenómico podemos conocer el microbioma y sabemos que existen microorganismos en el líquido pleural (LP) sin que ello implique enfermedad.

Objetivos. Conocer las poblaciones de bacterias y hongos presentes en el LP de etiología maligna, infecciosa y trasudados y compararlas.

Metodología. Se recogió el LP de pacientes de forma prospectiva que presentaban trasudado pleural, exudado maligno y exudado paraneumónico. Se analizó el ARN total empleando técnicas de secuenciación masiva mediante el software bioinformático Centrifuge identificando los microorganismos presentes en el LP. Los grupos se compararon con la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados. Encontramos *Actinomadura cremea*, en el 97% de las muestras; *Streptomyces*, en un 92% y *Aequorivita*, en un 73%, por lo que parecen constituir la microbiota habitual en el LP con independencia del proceso que lo origine.

| Parámetro | Infecciosos | Trasudados | Malignos | Valor de p |
|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------|
| Número | 11 | 11 | 15 | |
| Microorganismos diferentes | 3 (3-5) | 9 (5-10) | 4 (2-10) | 0,05 |
| Total copias | 1223 (558-1981) | 3406 (2653-7112) | 2058 (682-3004) | 0,016 |

Conclusiones.

1. Se identifican microorganismos en todos los LP independientemente de la etiología.
2. Hay más microorganismos en los trasudados pleurales, probablemente por la disbiosis que provoca la inflamación.
3. Se identifica una microbiota que podría ser la habitual en LP.

Financiado por Beca FNCV/SVN 2018.

ORAL 04

IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE NEUMONÍA POR SARS-COV-2 DE BAJO RIESGO

Leyre Bouzas¹, Paula González-Jiménez¹, Raúl Méndez¹, Leyre Serrano², Rafael Zalacain², Pedro Pablo España³, Ane Uranga³, Catia Cilloniz⁴, Antonio Torres⁴, Rosario Menéndez¹. 1. HUYP La Fe. 2. Hospital Universitario Cruces. 3. Hospital Universitario de Galdakao 4. Hospital Clinic de Barcelona.

Objetivos: El SARS-CoV-2 ha provocado un colapso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y escasez de camas en sala convencional. El objetivo de este estudio fue identificar a los pacientes con neumonía COVID-19 de bajo riesgo que no requieren ingreso en UCI y/o no fallecen durante la hospitalización, a partir de datos analíticos y clínicos obtenidos en la evaluación inicial.

Metodología: Se diseñó una cohorte multicéntrica en 4 hospitales con 1274 pacientes hospitalizados, que se estratificó en dos grupos: (1) pacientes de bajo riesgo (neumonía ingresada en sala convencional que no precisa ingreso en UCI ni muere durante la hospitalización) y (2) neumonía grave (ingreso directo o posterior en UCI y/o fallecimiento). Se recogieron variables demográficas, analíticas y criterios menores de ATS/IDSA para ingreso en UCI. Se realizó un estudio univariado y, las variables encontradas como significativas, se introdujeron en un análisis multivariado de regresión logística para predecir neumonía de bajo riesgo.

Resultados: Se identificaron cinco factores de riesgo independientes como predictores de no ingreso en UCI ni fallecimiento: <3 criterios menores IDSA/ATS (OR 0.23, 95% IC 0.15-0.37), SpO₂/FiO₂ >450 (OR 0.23, 0.15-0.36), Proteína C Reactiva <60 mg/L (OR 0.45, 0.29-0.72), linfocitos >723 células/ml (OR 0.54, 0.36-0.81) y urea <40 mg/dL (OR 0.65, 0.43-0.99), con un Área Bajo la Curva de 0.80 (0.77-0.84).

Conclusiones: la identificación precoz de la neumonía por SARS-CoV-2 de bajo riesgo es factible a partir de los hallazgos bioquímicos iniciales y utilizando los criterios menores de ATS/IDSA. Estos hallazgos facilitan la decisión de ingreso hospitalario en ubicaciones alternativas de hospitalización o en hospitales de menor complejidad necesarios durante la pandemia.

ORAL 05

DAÑO ENDOTELIAL EN COVID-19.

Katheryn Yépez¹, Raúl Méndez¹, Paula González-Jiménez¹, Ana Latorre¹, Mónica Piqueras, Leyre Bouzas¹, Ana Ferrando¹, Enrique Zaldívar-Olmeda¹, Antonio Moscardó¹, Ricardo Alonso¹, Soledad Reyes¹, Rosario Menéndez¹.

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe - Valencia

Introducción: El objetivo fue analizar el daño endotelial mediante biomarcadores, proadrenomedulina (proADM) y proendotelina, en pacientes con COVID-19 durante la fase aguda y su asociación con la mortalidad, así como en el seguimiento tras el alta.

Material y Métodos: Estudio longitudinal en pacientes con COVID-19 (hospitalizados y ambulatorios) y controles sanos en el HUP La Fe de Valencia. Los biomarcadores se obtuvieron el día de ingreso (T1) y en la visita de seguimiento tras el alta (T2).

Resultados: Se incluyeron 210 pacientes para el análisis de biomarcadores el día 1. En 97 pacientes se obtuvieron datos en la visita de seguimiento.

Los niveles de proADM y proendotelina en T1 fueron más altos en los pacientes en comparación con los controles. Hubo diferencias significativas en los niveles de proADM y proendotelina, que fueron más bajos en pacientes ambulatorios y más altos en los ingresados en UCI. Los pacientes fallecidos tenían niveles más altos de proADM y proendotelina en T1 en comparación con los supervivientes. Durante el seguimiento (T2) los pacientes con daño endotelial residual (37/97) presentaron con mayor frecuencia alteración DLCO y falta de resolución radiológica.

Conclusión: COVID-19 causa daño endotelial agudo, que se relaciona con la gravedad inicial y el pronóstico. El daño endotelial residual se asocia a secuelas radiológicas y a alteración de la DLCO.

ORAL 06

TRATAMIENTO DEL ENFISEMA CON VAPOR

Cristina Luna Pardo, Raquel Martínez Tomás, Andrés Briones Gómez, Enrique Cases Viedma.
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes sometidos a tratamiento endoscópico con vapor (TEV).

Metodología: Se analizaron los pacientes sometidos a TEV desde junio de 2019 hasta abril de 2021. De 29 pacientes estudiados se trataron 14.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65,61 años, el 69,24% varones. La media del FEV1 fue de 0,76L, con un porcentaje del 28,76%, la FVC promedio fue de 2,89 L, siendo un 84,15%, el volumen residual (RV) fue de 4,91L, suponiendo un porcentaje del 230%, con una capacidad pulmonar total de 7,80L, un 156,16%. El porcentaje de difusión de CO medio fue del 38,33 %.

El 100% de los pacientes tenían un enfisema heterogéneo. La severidad de la afectación del parénquima pulmonar media fue del 51,9%. La integridad de las cisuras fue menor al 80% en el 85,7% de los pacientes, y mayor al 95% en el 14,28% de los pacientes.

De los 10 pacientes que tienen radiografía de tórax posterior al TEV, 3 de ellas muestran atelectasia post-tratamiento, y 2 de ellas muestran condensación pulmonar local. Solo un paciente tuvo un neumotórax, y 2 de ellos una infección. Un paciente sufrió una agudización que le causó la muerte.

En 4 de los pacientes se realizó tratamiento secuencial en dos sesiones.

Se analizaron también resultados de las pruebas funcionales posteriores al TEV en 5 pacientes, observando una tendencia significativa a la reducción del volumen residual y la capacidad pulmonar total, con una mejoría o estabilidad del FEV1. El grado de disnea fue menor medido con la escala de la MMRC.

Conclusiones: La reducción de volumen pulmonar endoscópica en pacientes con enfisema mejora la función pulmonar y disnea.

El TEV es un procedimiento que puede ser útil en pacientes con enfisema y existencia de ventilación colateral, y con una distribución heterogénea del enfisema.

La tasa de complicaciones de este procedimiento es baja, en forma de reagudización de la enfermedad, inflamación pulmonar local y neumotórax.

ORAL 07

**SECUELAS RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES PULMONARES
TRAS 10 MESES DE HOSPITALIZACION POR N-COVID19**

Dahmazi L., Herrera S., Calvache S., Ponce S., De Juana C., Acosta M., López I., Martínez A., Álvarez A., Martínez E. H. U. Doctor Peset.

OBJETIVO: Evaluar las características radiológicas y los cambios en la función pulmonar de pacientes que han superado una neumonía COVID19 a los 3 y 10 meses de seguimiento.

METODOLOGÍA: Estudio observacional prospectivo, en el que se analiza pruebas funcionales respiratorias y la afectación pulmonar en radiografía de tórax a los 3 y 10 meses de seguimiento. El patrón radiológico se divide en 6 zonas (A, B, C, D, E y F) asignando una puntuación del 0 al 3, (0: sin lesión, 1: intersticial, 2: opacidades, 3: condensaciones). Con ello, obtenemos una puntuación total que es el CXSCORE. Para el análisis estadístico t-student y chi-cuadrado. Nivel de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 62 pacientes, hombres 38(61.3%), edad media 65 años (± 12.8); El 40.3% había precisado soporte ventilatorio. Ingresaron en UCI 27,4%. El CXSCORE en radiografía basal es de 7 puntos (± 3.2), a los 3 meses 1.45 (± 2) y a los 10 meses 1.75 (± 1.7). Se observa secuelas pulmonares en 25 pacientes (40.3%) a los 3 meses y 17 (27.4%) a los 10; los pacientes que han requerido ingreso en UCI, tienen más secuelas fibróticas ($p=0.003$). La FVC (ml) basal media es de 3065.22 ± 798.29 ml, FVC (%) de $100.3 \pm 29\%$ y DLCO media $65.41 \pm 17\%$. La $DLCO < 70\%$ en 43.5% de los pacientes a los 3 meses y 14.5% a los 10 meses $p=0.001$. Los pacientes han mejorado su FVC en 190 ml ($p=0.039$) y 10% ($p=0.018$), así como 15% en la DLCO ($p=0.001$) a los 10 meses.

CONCLUSIONES: Existe un porcentaje importante de pacientes que presentan secuelas fibróticas y afectación de la función pulmonar a medio y a largo plazo siendo los que estuvieron en UCI los que presentan mayor riesgo. La detección y tratamiento precoz de las secuelas se traduce en mejoras en funcionales pulmonares y radiológicas.

ORAL 08

SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SEA). IMPACTO DE LA NUEVA DEFINICIÓN PROPUESTA POR GesEPOC 2021.

Miralles C, Nieto ML, Aguar MC, Peris R, Monforte V, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. H. Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Objetivos: GesEPOC 2021 define el SAE como: empeoramiento agudo de síntomas respiratorios del paciente EPOC consecuencia del agravamiento de la limitación espiratoria al flujo aéreo (LFA) o del proceso inflamatorio subyacente. **Objetivos:** 1) conocer la distribución de pacientes con LFA y/o inflamación en pacientes hospitalizados con EPOC; y 2) evaluar si existen diferencias entre los pacientes con o sin SAE en la tasa de reingresos.

Metodología: Estudio prospectivo sobre cohorte de pacientes hospitalizados por agravamiento de síntomas respiratorios de cualquier etiología. Para evaluar la LFA, se realizó una espirometría en las primeras 72 h, calculándose el cambio respecto a una basal (12 meses previos). Para estudiar la inflamación se determinó la proteína C-reactiva (PCR), considerándose PCR > 10 mg/L como inflamación. Los pacientes se clasificaron en: A) no SAE; B) LFA sin inflamación; C): inflamación sin LFA; y D): LFA+inflamación. Se recogen síntomas, comorbilidad, analítica, microbiología, técnicas de imagen y biomarcadores. Los pacientes fueron seguidos durante 90 días, calculándose el tiempo hasta reingreso.

Resultados: Se incluyen 90 pacientes, 14,8% mujeres y 83,3% hombres con edad media \pm DE: 71 \pm 9 años y FEV₁(%) basal de 41 \pm 16%. La caída mediana del FEV₁ durante el SAE fue de 215 ml [rango intercuartil (RIQ): 100 – 400 ml] en valores absolutos y del 17,4% (RIQ: 12,8–22,0%), en porcentaje. Cuarenta y seis (51,1%) presentaron una caída del FEV₁ \geq 20% y 62 (68,9%) presentaron una PCR \geq 10 mg/L. Quince (16,7%) fueron no SAE, 13 (14,4%) cursaron con LFA sin inflamación; 29 (32,2%) con inflamación sin LFA y 33 (36,7%) cumplían las dos condiciones. La tasa de reingresos a los 90 días fue mayor en los No SAE, aunque sin diferencias significativas (33,3% vs 22,7%, p=NS).

Conclusiones: Una proporción importante de pacientes ingresados por agudización tradicional de EPOC no cumplen los nuevos criterios de SAE propuestos por GesEPOC 2021. En este subgrupo se alcanza un mayor riesgo de reingreso, aunque sin significación estadística.

*Este estudio ha recibido una beca sin restricciones de GSK.

ORAL 09

INMUNIDAD HUMORAL NATURAL AL AÑO, TRAS INFECCION POR SARS-COV 2, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

L. Cabanes¹, I. Lluch¹, M. Messeguer¹, J.R. Ferrando¹, L. Novella¹, J. Tarazona², O. Martínez³, E. Naval¹. ¹Servicio Neumología, ²S. Medicina Interna, ³S. Microbiología. Hospital Universitario La Ribera (Alzira).

La evaluación de la respuesta inmune al SARS-CoV-2 sigue siendo un tema desconocido. Su comprensión y evaluación podrían ser importantes para el devenir del futuro en la pandemia. Hemos querido analizar la respuesta humoral natural al año tras neumonía por SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados. Con este propósito hemos realizado un estudio prospectivo incluyendo a pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 durante los meses de marzo y abril 2020 con seguimiento durante 12 meses analizando la memoria inmune humoral circulante para SARS-CoV-2 a los 3, 6 y 12 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes con edad media 62 años (51-73). 51% eran mujeres. Un 58% tenía historia de tabaquismo. El 75% tenían comorbilidades asociadas, destacando HTA (39%), Obesidad (33%) y dislipemia (28%). La cifra media de PCR, LDH, Linfocitos, Ferritina y Dímero-D fue respectivamente de (83±68 mg/L ; 305±118 U/L; 1007±500 cel. por µl; 680±637 ng/mL; 1.4±3,3 mcg/mL) al ingreso. El 10% preciso ingreso en UCI. No se encontraron factores predictores de una mayor respuesta humoral a los 12 meses. En la tabla se expresan los resultados referentes a la inmunidad humoral a los 3, 6 y 12 meses.

| SEROLOGIA SARS-CoV-2 | | | |
|----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | 3 MESES | 6 MESES | 12 MESES |
| No Ac circulantes | 4,4% | 7,2% | 3,7% |
| IgM + e IgG + | 30,8% | 40,6% | 18,5% |
| IgG + | 95,6% | 91,3% | 55,5% |
| IgG spike + | - | - | 96,4% |

CONCLUSIONES: La inmunidad humoral natural se mantiene estable durante >6 meses, persistiendo en >90% de los pacientes durante 12 meses, sin reinfecciones sintomáticas ni reingresos en el seguimiento. Se requieren estudios más complejos que evalúen la inmunidad celular para comprender la memoria inmunitaria frente a la infección por SARS-CoV-2.

ORAL 10

PREVALENCIA DE ALTERACIONES RADIOLÓGICAS INTERSTICIALES PULMONARES TEMPRANAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA TRATADA CON ANTIFIBRÓTICOS.

García Mullor MM¹, Ureña Vacas A², Serra Serra N², Pérez Pérez JL¹, López Brull H¹, Arenas Jiménez J², García Sevilla R¹, Gil Carbonell J¹.

¹Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante.

²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Alicante.

OBJETIVO. Las alteraciones intersticiales pulmonares en tomografía computarizada de pacientes sin sospecha clínica, colagenopatía o historia familiar de EPID se conocen como “Interstitial Lung Abnormalities” (ILA). Nuestro objetivo fue determinar con qué frecuencia encontramos criterios de ILA previo al tratamiento antifibrótico en pacientes con EPID y describir sus características demográficas, clínicas y radiológicas. **METODOLOGÍA.** Estudio retrospectivo. De los 95 pacientes tratados con antifibróticos en nuestro Servicio, seleccionamos los que contaban con TC con cortes de las bases pulmonares realizada al menos un año antes del tratamiento. **RESULTADOS.** Incluimos 46 pacientes, 1 (2%) no tenía alteraciones radiológicas, 23 (50%) presentaban alteraciones extensas compatibles con EPID y 22 (48%) criterios radiológicos de ILA, cumpliendo 10 (22%) de ellos además criterios clínicos. La mediana de meses hasta el inicio de tratamiento fue 40 (P₂₅-P₇₅ 28-56) en los que presentaban EPID, 96 (P₂₅-P₇₅ 49-114) en las ILA radiológicas y 107 (P₂₅-P₇₅ 58-111) en las ILA clínico-radiológicas. Respecto a éstos, el 60% eran varones y la edad media fue 70±6 años. El 50% con historia de tabaquismo y consumo acumulado 35±13 años-paquete. En el 80% la TC mostró un patrón subpleural fibrótico y en el 80% el diagnóstico fue fibrosis pulmonar idiopática. El 50% fallecieron, todos por su patología pulmonar. **CONCLUSIONES.** Prácticamente todos los pacientes tratados con antifibróticos presentaban alteraciones intersticiales en exploraciones 1 año antes del tratamiento, y de ellos casi un cuarto cumplían criterios clínico-radiológicos de ILA más de cuatro años antes del mismo. Estos datos apoyan la hipótesis de que las ILA pueden suponer una forma de fibrosis temprana. Es fundamental su detección, evaluación clínica y seguimiento, con el fin de iniciar tratamiento antifibrótico precozmente.

COMUNICACIONES PÓSTERS

| | | |
|------|--|----|
| P-01 | IMPACTO DE LA INFECCIÓN VÍRICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC | 19 |
| P-02 | NEUMONÍA EN LA EPOC: ¿COMORBILIDAD O SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE)? | 20 |
| P-03 | ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE): UTILIDAD DEL ÍNDICE DECAF | 21 |
| P-04 | COMPARACIÓN DE ASPECTOS CLÍNICOS, FUNCIONALES, DE EJERCICIO FÍSICO Y ACTIVIDAD FÍSICA DE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON EPOC Y ASMA GRAVE | 22 |
| P-05 | FACTORES RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC Y CON ASMA GRAVES | 23 |
| P-06 | CONSULTA COVID-19: UNA OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPOC | 24 |
| P-07 | ADHERENCIA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE EN ÉPOCA DE PANDEMIA POR COVID-19 | 25 |
| P-08 | NIVEL DE SATISFACCIÓN EN AUTOADMINISTRACIÓN DEL PACIENTE ASMÁTICO GRAVE EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES | 26 |
| P-09 | UTILIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS Y GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTE CON ASMA / EPOC MAYORES DE 65 AÑOS | 27 |
| P-10 | PACIENTES COVID-19 CON SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO (SRNI) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA TRANSFORMADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y SOBRECARGA DE ENFERMERÍA | 28 |
| P-11 | NEUMONÍA POR COVID-19 DE RIESGO BAJO-INTERMEDIO: ¿MEJOR EN CASA? | 29 |
| P-12 | EFFECTIVIDAD DE LA TRANSFORMACIÓN DE UNA SALA DE NEUMOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 | 30 |
| P-13 | EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN PACIENTES CON COVID-19 | 31 |
| P-14 | ESCALAS PREDICTIVAS DE RIESGO EN LA NEUMONÍA POR COVID-19 | 32 |
| P-15 | MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE: EFECTOS SOBRE EL CONTROL Y RESULTADOS CLÍNICOS | 33 |
| P-16 | ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 | 34 |

| | | |
|-------------|---|----|
| P-17 | CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES TRATADOS CON BENRALIZUMAB..... | 35 |
| P-18 | USO DE LA ESCALA FEOS EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB | 36 |
| P-19 | EFFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE REFRACTARIO A ANTI IL-5 EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE USO EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISPENSACIÓN EN ESPAÑA (ESTUDIO ORBE) | 37 |
| P-20 | ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALERGICA EN UNA CONSULTA DE ASMA | 38 |
| P-21 | EXPERIENCIA TRAS CAMBIO A AUTOADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE..... | 39 |
| P-22 | RESPUESTA A MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA DE CONTROL DIFÍCIL TRAS AL MENOS UN AÑO DE TRATAMIENTO | 40 |
| P-23 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE | 41 |
| P-24 | VALORACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA TRAS UN AÑO CON BENRALIZUMAB | 42 |
| P-25 | COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA AL BENRALIZUMAB EN PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO Y AQUELLOS CON FRACASO A OTRO BIOLÓGICO..... | 43 |
| P-26 | INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y AGUDIZACIÓN DEL ASMA | 44 |
| P-27 | TUBERCULOSIS PLEURAL: DIFERENCIAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA (1995-2020) .. | 45 |
| P-28 | DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL AÑO DE LA PANDEMIA COVID-19..... | 46 |
| P-29 | FACTORES DE RECAÍDA EN LA NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENÉTICA | 47 |
| P-30 | COEXISTENCIA DE SARCOIDOSIS Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN UNA SERIE DE CASOS..... | 48 |
| P-31 | COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ENTRE NEUMONÍA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA IDIOPÁTICA Y CON RASGOS AUTOINMUNES..... | 49 |
| P-32 | DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y COMBINACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE) | 50 |
| P-33 | EFICACIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPID | 51 |
| P-34 | UTILIDAD Y RENDIMIENTO DE LA PUNCIÓN TRANSTORÁCICA ECOGUIADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS MASAS MEDIASTÍNICAS..... | 52 |
| P-35 | EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LAS MUJERES DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN 2004-2017 | 53 |

| | | |
|------|--|----|
| P-36 | CARCINOMA BRONCOGÉNICO Y METÁSTASIS CUTÁNEAS | 54 |
| P-37 | DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN DURANTE LA PANDE- MIA COVID..... | 55 |
| P-38 | SEGUIMIENTO DEL NÓDULO PULMONAR EN LA CONSULTA MO- NOGRÁFICA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 | 56 |
| P-39 | DISTINTA EXPRESIÓN DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS CON HIPERTROFIA AMIGDALAR Y ENFER- MEDAD CONCOMITANTE | 57 |
| P-40 | “APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) ENTRE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) GRAVES” | 58 |
| P-41 | ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE LA PANDEMIA RESPECTO A PREPANDEMIA | 59 |
| P-42 | CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN PACIENTES TEP CON Y SIN INFECCIÓN COVID..... | 60 |
| P-43 | CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) TRAS INFECC- IÓN POR COVID EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)..... | 61 |
| P-44 | EFFECTOS DE LA PANDEMIA COVID19 EN LOS CASOS DE TROM- BOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA) | 62 |
| P-45 | INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y CARGA TROMBÓTICA DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 | 63 |
| P-46 | NEUMONIA POR SARS-COV-2 Y DAÑO MIOCÁRDICO AGUDO: PRONÓSTICO A LARGO PLAZO..... | 64 |
| P-47 | CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD TRAS NEUMO- NÍA POR COVID-19..... | 65 |
| P-48 | PACIENTES CON NEUMONIA SARS-COV-2 GRAVE: 3 MESES DES- PUÉS DEL ALTA | 66 |
| P-49 | “CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEU- MONÍA GRAVE POR COVID19 QUE HAN REQUERIDO INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI)” | 67 |
| P-50 | FACTORES PRONÓSTICOS DE ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN NEUMONÍA POR SARS-COV-2 | 68 |
| P-51 | SECUELAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES TRAS NEUMONÍA POR SARS-COV-2 Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS RESPIRATORIO.... | 69 |
| P-52 | ALTERACIONES RADIOLÓGICAS POR TAC TORÁCICA EN LA CON- SULTA COVID-19 Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS RESPIRATO- RIO..... | 70 |
| P-53 | TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) NO ASOCIADO A CO- VID-19 Y PERIODO DE CONFINAMIENTO | 71 |
| P-54 | ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y GRAVEDAD DE LA INFECC- IÓN POR SARS-COV-2 | 72 |

| | | |
|-------------|---|----|
| P-55 | BRONCOSCOPIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 | 73 |
| P-56 | “COVID-19 ENTRE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS” | 74 |
| P-57 | SEROPREVALENCIA POR SARSCOV2 EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTE DE PULMÓN DEL HOSPITAL LA FE TRAS LA PRIMERA OLA | 75 |

PÓSTER 01

IMPACTO DE LA INFECCIÓN VÍRICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.

Solé M¹, Miralles C¹, Monforte V¹, Bosque M², Dominguez V², Soler-Cataluña JJ¹. ¹Servicio de Neumología y ²Microbiología. H. Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Objetivos: La presencia de viriasis es causa conocida y frecuente de agudización de EPOC (AE). Sin embargo, el estudio de virus respiratorios no se realiza de forma rutinaria. Objetivo: conocer la prevalencia de infección vírica en una cohorte de pacientes hospitalizados por AE y analizar su perfil clínico-analítico y evolutivo.

Metodología: Estudio prospectivo sobre cohorte de pacientes hospitalizados por agravamiento de síntomas respiratorios de cualquier causa (previo a pandemia por SARS-CoV-2). Se realizó un exudado nasofaríngeo con determinación de la reacción en cadena de polimerasas con transcriptasa inversa (RT-PCR) para un amplio panel de virus respiratorios y análisis de esputo (gram y cultivo bacteriano). Se recogieron datos demográficos, analíticos, funcionales, de imagen y biomarcadores. Se evaluó la tasa de reingresos a los 90 días.

Resultados: Se incluyen 105 pacientes, 92 (87,6%) hombres y 13 (12,4%) mujeres, con edad media de $70,8 \pm 9,0$ años y un FEV₁ basal medio de 1317 ± 557 ml. En 42 (40%) pacientes se aisló algún tipo de virus respiratorio y en 32 (30,5%) casos bacterias. En 11 (10,5%) de los anteriores coexisten ambas infecciones. El virus respiratorio más prevalente fue el rinovirus, con 15(14,4%), seguido del virus influenza A (7 casos (6,7%) y la combinación de más de un virus respiratorio en 4 casos (3,8%). Por lo que respecta a su coexistencia con bacterias, el aislado más frecuentemente fue de nuevo el rinovirus (7 casos (63,6%). En este grupo de coinfección se apreció un FEV₁ basal menor que en el resto de grupos, así como mayores valores de troponina y proteína C-reactiva, aunque sin significación estadística. En el grupo de aislamiento vírico exclusivo, se apreció un menor valor de eosinofilia periférica (p=NS). Los pacientes con infección vírica presentaron menor probabilidad de reingreso, aunque no se alcanzó significación (p=NS).

Conclusiones: La infección vírica es la causa más frecuente de agudización grave de la EPOC, aislándose hasta en el 40% de las situaciones. La coinfección con bacterias se aprecia en pacientes con mayor limitación al flujo aéreo y mayor inflamación.

*Este estudio ha recibido una beca sin restricciones de GSK.

PÓSTER 02

NEUMONÍA EN LA EPOC: ¿COMORBILIDAD O SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE)?

González-Montes L, Miralles C, Aguar MC, Nieto ML, Solé M, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Introducción: Tradicionalmente la neumonía no se ha considerado agudización de EPOC sino comorbilidad. Sin embargo, la nueva Guía Española de la EPOC (GesEPOC) 2021 la incluye como un subtipo de SAE. El objetivo del estudio ha sido valorar si existen diferencias en la presentación clínico-funcional y el pronóstico, entre pacientes hospitalizados por SAE, con o sin infiltrado radiológico.

Metodología: Estudio prospectivo sobre una cohorte de pacientes hospitalizados por SAE, definido de acuerdo con la reciente actualización 2021 de GesEPOC. Se comparan las características clínicas, funcionales, inflamatorias, microbiológicas y terapéuticas en pacientes con SAE, sin y con infiltrado neumónico.

En todos los casos se realizó una espirometría durante el SAE, evaluando los cambios respecto a la situación basal. También se realizó estudio microbiológico (esputo y RT-PCR para virus) y determinación de biomarcadores [proteína-C-reactiva (PCR) y procalcitonina]. Los pacientes fueron seguidos durante 90 días, evaluándose la supervivencia y la tasa de reingresos.

Resultados: Se incluyen 116 pacientes, 14,9% mujeres y 85,1% hombres, con una edad media de 71 ± 9 años y un FEV_1 (%) basal de $48 \pm 17\%$. Veinticuatro (20,7%) pacientes presentaron neumonía. Los parámetros espirométricos durante la fase aguda fueron idénticos en los 2 grupos ($p=NS$). La tabla 1 muestra las principales características clínicas, analíticas, microbiológicas y funcionales. El tratamiento recibido no difirió entre grupos. La tasa de reingresos a los 90 días fue similar ($p=NS$). Sin embargo, se aprecia una mayor mortalidad entre los pacientes con neumonía, aunque sin significación estadística ($p=NS$) (fig. 1).

Conclusiones: El perfil clínico, funcional, microbiológico y el tratamiento recibido durante un SAE, con o sin infiltrado, es similar. Los pacientes con neumonía presentan cifras más elevadas de PCR y procalcitonina, con menor eosinofilia periférica. Se aprecia una mayor mortalidad en los SAE con neumonía, aunque no alcanza la significación estadística

*Este estudio ha recibido una beca sin restricción de GSK.

PÓSTER 03

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE): UTILIDAD DEL ÍNDICE DECAF.

Monforte V, Miralles C, Aguar MC, Nieto ML, Solé M, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Introducción: La estratificación del riesgo es clave para la toma de decisiones. GesEPOC recomienda emplear índices, como DECAF (Disnea, Eosinopenia, Consolidación, Acidemia, Fibrilación auricular) en pacientes con SAE hospitalarios. El objetivo del presente estudio es evaluar la capacidad discriminativa de riesgo (mortalidad y reingresos) del índice DECAF en una cohorte de pacientes con SAE. También se evalúa el impacto sobre la duración de la estancia hospitalaria según nivel de riesgo.

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre una cohorte de pacientes hospitalizados por SAE. Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos de acuerdo con el índice DECAF: riesgo bajo (B) (0-1 punto), intermedio (I) (2 puntos), o alto (A) (≥ 3 puntos). Se realizó un seguimiento durante 90 días, evaluándose la supervivencia y la tasa de reingresos, así como la duración de la estancia hospitalaria.

Resultados: Se incluyen 110 pacientes, 14,5% mujeres y 85,5% hombres con una edad media \pm DE:71 \pm 9 años. Treinta y un (28,2%) pacientes fueron clasificados como riesgo bajo, 43 (39,1%) como intermedio y 36 (32,7%) como riesgo alto. Las figuras 1 y 2 muestran las curvas de supervivencia y de reingreso a los 90 días de acuerdo con DECAF. La probabilidad acumulada de mortalidad a los 30 días fue del 0%, 3% y 4% para los grupos B, I y A. A los 90 días la mortalidad fue de 0, 6% y 17%, respectivamente ($p=NS$). La probabilidad de reingreso a los 30 días fue del 7%, 5% y 23% y a los 90 días del 18%, 19% y 48% para B, I y A, respectivamente ($p=0,006$). La duración de la estancia hospitalaria también fue diferente entre grupos de riesgo: B=4,7 \pm 2,0, I=6,3 \pm 3,3; y A: 7,5 \pm 5,3 ($p=0,017$).

Conclusiones: En los pacientes con SAE se observa que tanto la probabilidad de reingreso como la duración de la estancia hospitalaria aumenta con el índice DECAF. La mortalidad aumenta, aunque sin alcanzar la significación estadística.

PÓSTER 04

COMPARACIÓN DE ASPECTOS CLÍNICOS, FUNCIONALES, DE EJERCICIO FÍSICO Y ACTIVIDAD FÍSICA DE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON EPOC Y ASMA GRAVE.

Esteve A.; Orosa B.; Dahmazi L.; De Juana C.; Herrejón A.; Martínez-Moragón E. H.U.DR.PESET

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue comparar los aspectos clínicos, funcionales, de ejercicio físico y actividad física de dos grupos de pacientes con EPOC y ASMA grave.

Material y métodos: Entre 2019 y 2020 se entregó un actinómetro durante un periodo de 7 días a los pacientes con EPOC y ASMA grave que acudieron al departamento de pruebas funcionales de nuestro hospital. Se recogieron los datos de actividad física por actimetría, se realizó espirometría, test de 6 minutos marcha y se cumplimentó el cuestionario HAD. Se realizó un estudio descriptivo y una comparación de ambos grupos con U-Mann-Whitney

Resultados: Se incluyeron un total de 24 pacientes (12 con EPOC grave y 12 con Asma grave). De entre los EPOC la mediana de edad fue de 70 (57-76) años, el IMC de 24.6 (SD 4.4), la mediana de puntuación en el HAD fue de 7 (1-20) y de 2.5 (0-9) en el HAD-D. El FEV1 fue del 36.7% (SD 6.9). Consumieron a los 7 días una mediana de 875 (236-1983) kcal y de 1297 (1047-1656) mets. Realizaron una mediana de 9.965 (2.836-20.852) pasos y recorrieron en el test 6MM un 78% (63-101%). De entre los asmáticos la mediana de edad fue de 58 (42-77) años, el IMC de 30.3 (SD 5.2), la mediana de puntuación en el HAD fue de 11 (6-35) y de 6.5 (1-18) en el HAD-D. El FEV1 fue del 75.2% (SD 15.8). Consumieron a los 7 días de una mediana de 1.230 kcal (R 792-3.565) y de 1.424 mets (1240-2178). Realizaron una mediana de 9.775 (4.403-20.262) pasos y recorrieron en el test 6MM un 85% (60%-98%). Al realizar el análisis comparativo se encontraron diferencias significativas en la edad (p 0.03), IMC (p 0.07), HAD (p 0.024), HAD-D (p 0.037); FEV1 (p 0.01) y Mets (p 0.013). No se encontraron diferencias en la actividad física y capacidad de ejercicio.

Conclusiones: Según nuestros resultados se encontraron diferencias significativas entre EPOC y Asma grave en los parámetros de función pulmonar y el cuestionario HAD, aunque la actividad física y la capacidad de ejercicio fueron similares. Este trabajo fue financiado en parte por una Beca de la Fundación Valenciana de Neumología en 2018.

PÓSTER 05

FACTORES RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC Y CON ASMA GRAVES

I. López, B. Orosa, A. Esteve, C. De Juana, L. Dahmazi, A. Herrejón, E. Martínez Moragón. H. U. Dr. Peset, Valencia.

OBJETIVO: Estudio de la correlación entre diferentes factores relacionados con la capacidad de ejercicio y la actividad física en pacientes diagnosticados de EPOC o asma graves. **METODOLOGÍA:** Se entregó un actímetro (monitor de actividad GT3x) durante 7 días a una serie consecutiva de pacientes con obstrucción ventilatoria al flujo aéreo causada por EPOC o asma grave. Se midió el grado de actividad física (pasos realizados, METS, calorías consumidas) y además se recogieron datos antropométricos, comorbilidades (Charlson), función respiratoria, test 6 MM, calidad de vida, disnea (mMRC), escala de depresión ansiedad (HAD) y actividad física (LCADL). Se realizó un estudio descriptivo y se analizó la correlación con Rho Sperman de test no paramétricos (SPSS 18). **RESULTADOS:** Fueron incluidos 24 pacientes (12 con EPOC grave y 12 con asma grave). 58% fueron hombres. La edad media fue 63 años (SD 2) con un IMC de 27 (SD 1,2). El 58% eran exfumadores y el 13% fumadores. El 71% tenían comorbilidades (el 50% HTA, 33% DM, 25% trastornos psicológicos, 25% dislipemia y el 21% SAHS). El 62% de los pacientes tenían disnea mMRC 1-2. FEV1 post fue de 56 % (SD 4,7%) y la distancia recorrida fue del 80% (SD 2). Los resultados del actímetro fueron: mediana 9965 pasos, METS 1348, y 3036 calorías consumidas. En conjunto el 52% del tiempo los pacientes hacían vida sedentaria, 11% actividad moderada y 37% ligera. La capacidad de ejercicio medido con test 6 MM (%) se correlacionó con la puntuación total en la escala HAD (S -0,447 con $p = 0,03$), con LCADL (S -0,525 con $p = 0,010$), con la actividad física (S 0,461 con $p = 0,027$) y con la puntuación en la escala de depresión HAD-D (S -0,526 con $p = 0,010$). La actividad física sólo se correlacionó significativamente con la capacidad de ejercicio. **CONCLUSIÓN:** No encontramos diferencias entre la actividad física y la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo ni el número de comorbilidades. En cambio, las personas con menor capacidad de ejercicio eran las que más puntuaban en síntomas de depresión. Las personas con mayor capacidad de ejercicio mostraron una mayor actividad física.

PÓSTER 06

CONSULTA COVID-19: UNA OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPOC.

Pozo L, Pulido A, Maestre L, Boira I, Chiner E, Esteban V, Celis C, Vañes S, Castelló C, Sancho-Chust JN, Dorgham A. H.U. S. Joan d'Alacant.

Introducción

La intervención de enfermería es fundamental para realizar pruebas de función respiratoria. El objetivo fue analizar el número de estudios funcionales realizados para la consulta de seguimiento COVID-19 y describir los nuevos casos de EPOC detectados al realizar los mismos de acuerdo a la guía GesEPOC.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo que incluye adultos que estuvieron hospitalizados por neumonía por SARS-CoV-2 entre el 01/03/2020 y el 30/11/2020 y acuden a la consulta para seguimiento inicial a los 3 meses. Se han analizado variables demográficas, clínicas, radiológicas, funcionales y relacionadas con el proceso asistencial: número y tipo de pruebas de función respiratoria. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las pruebas realizadas, así como de las características de los nuevos EPOC diagnosticados en la consulta.

Resultados

Se incluyeron 150 pacientes de una media de edad de 59 ± 12 años, de los cuales 147 se realizaron espirometría (98,7%), 147 difusión (98,7%), 142 volúmenes pulmonares (94,7%), 75 test de 6 minutos marcha (50%) y 8 presiones musculares (5,3%). Estaban diagnosticados de EPOC previamente 5 pacientes (3,3%). Se detectaron 5 casos nuevos de EPOC (3,3%) al presentar obstrucción espirométrica no conocida. El 100% de estos eran ex-fumadores, con exposición acumulada de 20 ± 8 años-paquete, siendo el FEV1 de $93 \pm 20\%$, DLCO de $84 \pm 13\%$, RV de $107 \pm 52\%$.

Se detectaron además 8 pacientes (5,3%) con exposición acumulada >10 años-paquete que presentaban enfisema en la TAC realizada pero no cumplían criterios de obstrucción bronquial.

Conclusiones

El personal de enfermería es esencial en el seguimiento de los pacientes con COVID-19. La realización de pruebas de función pulmonar en la consulta COVID-19 puede ser una oportunidad para detectar secuelas intersticiales, vasculares y nuevos casos de EPOC en etapas poco avanzadas.

PÓSTER 07

ADHERENCIA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE EN ÉPOCA DE PANDEMIA POR COVID-19

Maestre L, Pulido A, Chiner E, Boira I, Castelló C, Vañes S, Pastor E, Sancho-Chust JN, Esteban V, Bernabeu MA, Campillo J, Aznar T. S. Neumología. S. Farmacia. HU. Sant Joan d'Alacant.

Introducción: Los fármacos biológicos (FB) se emplean en el tratamiento del asma grave (AG). Aunque su dispensación es hospitalaria, en la actualidad pueden administrarse en los centros sanitarios (CS) o autoadministrarse en domicilio (AUD).

Objetivos: Valorar el impacto de la primera ola de pandemia por COVID-19 sobre la administración de FB y evaluar su adherencia en el Departamento de Salud 17 de la Comunidad Valenciana.

Método: Se elaboró un programa de teleconsulta coordinado con el S. Farmacia durante el periodo, para remitir el FB por mensajería a domicilio o recogida presencial, según preferencia o disponibilidad. Se obtuvieron datos de los pacientes activos con AG y FB de marzo a mayo de 2020: edad, recogida, lugar de administración (CS/AUD), cambios a AUD, falta de recogida, o rechazo de administración.

Resultados: Al inicio del periodo se encontraban activos 155 pacientes, 41 hombres (33%) y 104 mujeres (67%), con una edad media de 52±18 años (32-81 años). Estaban en tratamiento con omalizumab 97 (62%), 46 con mepolizumab (30%) y 12 con benralizumab (8%). De los pacientes con omalizumab, 14 se dispensaron en S. Farmacia, 33 fueron enviados por mensajería, 48 tenían medicación suficiente y sólo 2 del total no recogieron o se perdieron en el seguimiento. Respecto a mepolizumab, 7 se dispensaron en Farmacia hospitalaria, 10 se enviaron por mensajería y 29 tenían medicación suficiente. Con benralizumab, 10 tenían medicación suficiente, 1 no acudió a recoger su última dosis a finales de febrero y 1 se dispensó en Farmacia hospitalaria. Sólo 4.6% del total de pacientes perdieron su dosis o la rechazaron. El lugar de administración para cada fármaco fue: 56% AUD y 44% CS para omalizumab; 83% AUD y 17% para mepolizumab; 81% AUD y 19% para benralizumab. De los pacientes con omalizumab y administración previa en CS, 25% cambiaron a AUD.

Conclusiones: La adherencia a FB en pacientes con AG es muy elevada. Los programas coordinados entre Neumología y Farmacia, elaborados para el envío a domicilio favorecen el cumplimiento y facilitan la AUD. Estos programas, diseñados en tiempo de pandemia, pueden ser extendidos para reducir costes y mejorar las preferencias del paciente, sin comprometer la seguridad.

PÓSTER 08

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN AUTOADMINISTRACIÓN DEL PACIENTE ASMÁTICO GRAVE EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES

Giraldós Pla, S., Fayos García M., Lluch Tortajada I., Naval Sendra E.
Hospital Universitario de la Ribera.

OBJETIVOS: Valorar el nivel de satisfacción de los pacientes con asma grave en tratamiento con anticuerpos monoclonales en el cambio a autoadministración domiciliaria y detectar posibles carencias.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio retrospectivo de un año, para evaluar el grado de satisfacción en los pacientes que cambiaron de la administración hospitalaria a la autoadministración domiciliaria mediante un cuestionario. Recibieron formación sobre técnicas de autoinyección y documentación por escrito que incluía fechas de administración del fármaco, zonas de punción, consejos sobre la gestión de los punzantes y dirección de correo electrónico de contacto.

RESULTADOS: Incluimos 47 pacientes: 21 en tratamiento con omalizumab (45%), 14 con mepolizumab (30%) y 12 con benralizumab (25%) a los que tras 12 meses se les realizó un cuestionario de satisfacción de elaboración propia de 9 ítems. El 96% de los pacientes no percibieron complicado el cambio a autoadministración, el 13% refirió necesitar mayor destreza en la punción, un 7% encontró dificultades para autoinyectarse el fármaco. Un 92% no presentó problemas a la hora de recordar las fechas de administración del tratamiento y ninguno refirió falta de información de las mismas. El 55% participaría en un PSP (Programa de Soporte a Paciente). La totalidad de los pacientes no encontró problemas en el transporte ni almacenamiento de los fármacos en su domicilio. Y sólo 2 pacientes encontraron dispositivos defectuosos en el momento de la autoinyección.

CONCLUSIONES: El nivel de satisfacción general de la autoadministración de los fármacos biológicos es muy elevado y el nivel de información percibida ha sido satisfactorio.

PÓSTER 09

UTILIZACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS Y GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGIA EN PACIENTE CON ASMA / EPOC MAYORES DE 65 AÑOS.

Josefina Trinidad Debón, María Soledad Dolado Momblona.
Centro de Especialidades Ricardo Trenor (Hospital La Fe)

OBJETIVOS: Determinar cuáles son la gravedad de la sintomatología y las terapias respiratorias utilizadas en los pacientes que acuden a nuestra consulta de enfermería, con la finalidad de ofrecerles una atención más personalizada.

METODOLOGIA: Se trata de un estudio descriptivo. Se incluyeron aquellos pacientes que los neumólogos sospecharon, que no estaban realizando correctamente el tratamiento y/o tenían hábitos de vida poco saludables mayores de 65 años. Por tanto se trata de una muestra no probabilística consecutiva. Se llevó a cabo mediante consulta de enfermería una entrevista presencial para la recogida de datos mediante el test de disnea mMRC, el COPD Assessment test™ (CAT) y/o el test de control de asma (ACT). Además de realizaren caso de fumadores el índice tabaco año y el test de Richmond.

RESULTADOS: El estudio tiene una muestra de 67 pacientes (58% hombres y 42% mujeres) de los cuales un 63% padecen EPOC, un 33% Asma y un 4% ambas patologías. La media de edad es de 71 años. Utilizan CPAP un 22% (4 pacientes con asma y 11 con EPOC) y O₂ domiciliario un 21%. Respecto a la gravedad de la sintomatología la media de la puntuación del CAT es de 15.98 (impacto medio de la enfermedad) del ACT es de 17.46 (asma no controlada) y sobre la disnea estaría en grado cero un 6%, I el 30%, II el 28%, III el 19% y IV el 16% de los pacientes. En cuanto al tabaco, nunca han fumado un 29%, son exfumadores un 43% y fumadores un 27% (de los cuales el 83% tiene una motivación baja para dejar de fumar). Presentando un índice tabaco año de un 53.46

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta estos resultados, se debería incluir en los pacientes de mayor gravedad ejercicios de fisioterapia respiratoria para disminuir el grado de disnea. Además es necesario añadir nociones básicas sobre la oxigenoterapia domiciliaria y la CPAP, en aquellos pacientes que las utilicen. Por último respecto al tabaquismo sería necesario crear consultas de enfermería, para todos los fumadores, con más motivo en aquellos mayores de 65 años y con patología pulmonar.

PÓSTER 10

PACIENTES COVID-19 CON SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO (SRNI) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA TRASFORMADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y SOBRECARGA DE ENFERMERÍA

O. Martino, I. Bautista, A. Sala, C. de Juana, M. Acosta, L. Dahmazi, MJ. Ramírez, T. Osca, E. Martínez. Servicio Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Objetivos: Los pacientes con neumonía por COVID-19 que necesitan SRNI requieren enfermería entrenada en ventilación y monitorización, con una menor ratio enfermera/paciente que una sala convencional. Nuestra sala de neumología se transformó en una UCRI y quisimos analizar sus resultados, destacando las características de los pacientes, sus comorbilidades, las terapias administradas y la mortalidad.

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo desde septiembre hasta diciembre de 2020. Se estableció la significación estadística en $p < 0.05$, analizado estadísticamente mediante JASP.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 70 pacientes, con una edad media de 67 años (± 16.8), siendo el 67% hombres y el 31% fumadores. El 50% tenían HTA, el 37% dislipemia, el 34% obesidad, el 33% eran diabéticos, el 17% tenían EPOC y el 16% cáncer. El 66% tenían ≥ 2 comorbilidades. El 35% requirió OAF, el 42% CPAP y el 22,5% BIPAP. 39 pacientes (55%) requirieron más de 1 SRNI simultáneo y por lo tanto un mayor soporte de enfermería. La estancia media hospitalaria fue de 17 días (± 9.6). Fallecieron un total de 23 pacientes (33%), con un rango de edad predominante de 70 a 99 años (83%), de los cuales 15 (21%) no eran intensivos. El 83% de los exitus tenía ≥ 2 comorbilidades ($p=0.03$), principalmente cardiovasculares como la HTA ($p < 0.01$) y la dislipemia ($p=0.02$). También se evidenció que la edad y la necesidad de más de 1 SRNI fueron factores estadísticamente significativos en relación con la mortalidad ($p < 0.01$ y $p=0.02$ respectivamente).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes y la carga de enfermería fue mayor que en una sala convencional. El 67% de los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria. Hubo más fallecimientos entre los que tenían más comorbilidades, sobre todo cardiovasculares, los de mayor edad y los que precisaron más de un tipo de SRNI.

PÓSTER 11

NEUMONÍA POR COVID-19 DE RIESGO BAJO-INTERMEDIO: ¿MEJOR EN CASA?

Solé M¹, Monforte V¹, Chinchilla J², Villalonga J³, Campos JC², Soler-Cataluña JJ¹. ¹Servicio de Neumología, ²Atención Primaria y ³Urgencias. Hospital Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia).

Objetivos: Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 presentan una evolución clínica variable. Sin embargo, el desarrollo de escalas predictivas de riesgo, como la 4C Mortality Score (4CMs) (*Knight SR, et al. BMJ 2020; m3339*) nos permite identificar a pacientes de menor riesgo, cuyo manejo puede realizarse de forma ambulatoria. El objetivo de este estudio ha sido valorar la eficacia y seguridad de un programa de atención domiciliario estrecho (PDE) para pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 de riesgo bajo e intermedio.

Metodología: Estudio observacional con diseño caso-control sobre una cohorte consecutiva de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2, con diagnóstico confirmado por reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en exudado nasofaríngeo. Se incluyen pacientes con una puntuación 0–8 en la escala 4CMs. Se excluyen los casos con PaO₂<60mmHg, taquipnea≥30 rpm y aquellos con escaso soporte familiar. El PDE consistió en visitas domiciliarias cada 48 horas por enfermería, con monitorización de constantes, control clínico y analítico seriado junto con visitas telefónicas médicas intercaladas. Como medida de eficacia se evalúa la tasa de ingresos en el PDE, la necesidad de ingreso en UCI, la mortalidad y la tasa de reingresos hospitalarios. Como grupo control se seleccionó pacientes, anteriores a la puesta en marcha del PDE, con los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se incluyen 148 pacientes, 43,9% mujeres y 56,1% hombres con una edad media±DE:54±10 años. 55 casos (37,2%) siguieron el PDE y 93 (62,8%) ingresaron. La edad, puntuación media del 4CMs (C:4,4±2,6 vs PDE:4,1±2,1, p=NS), el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas (C:8,1±5,8 vs PDE:8,0±3,9 días, p=NS) y tratamiento fue similar en ambos grupos. Dos (3,6%) pacientes PDE precisaron ingreso en UCI. Ningún caso reingresó ni falleció. En el grupo control fallecieron 4 (4,3%) (p=NS), 5 (6,2%) reingresaron (p=0,069) y 13 (14,0%) precisaron UCI (p=0,004).

Conclusiones: El PDE demuestra ser una buena alternativa para pacientes con neumonía por COVID-19 de riesgo bajo e intermedio, presentando incluso una menor tasa de complicaciones.

PÓSTER 12

EFFECTIVIDAD DE LA TRASFORMACIÓN DE UNA SALA DE NEUMOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

I. López, S. Calvache, L. Dahmazi, M. Acosta, S. Ponce, B. Orosa, S. Herrera, A. Herrejón, E. Martínez Moragón. Servicio Neumología Hospital Dr Peset. Valencia. OBJETIVOS: La UCRI es un área de monitorización y asistencia a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que necesitan soporte respiratorio no invasivo (SRNI): los no subsidiarios o que no precisan intubación en UCI y por su gravedad no recibirían cuidados adecuados en sala convencional. Por la pandemia, transformamos nuestra sala en una UCRI. Analizamos las características de los pacientes respiratorios críticos por Neumonía por SARS-Cov-2 y los resultados. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y analítico de un año (marzo 2020-2021). Valoramos características clínicas, comorbilidades, tipo y días de SRNI, estancia media y exitus. Distinguimos pacientes con el SRNI como techo terapéutico (TT). RESULTADOS: Ingresaron 1050 pacientes, 302 requirieron SRNI en UCRI. 205 hombres(68%), 97 mujeres(32%), edad media 66,3(26) años. Comorbilidades: 50% HTA, 46% dislipemia, 28% diabetes, 15% neoplasias, 12% EPOC, 4% asma, 1,7% EPID, 14% AOS. El 33,4% procedían de urgencias, 63% de salas hospitalización y 3,5% de UCI para destete. En cuanto a terapias de SRNI: 54% GNAF, 71% CPAP, 18,7% VNI, 25% alternaron GNAF y VNI (mediana PAFI al ingreso en UCRI 129(70). El 79(28%) tenían TT con VMNI. El 20% tras ingreso en UCRI requirió IOT y VMI. Fallecieron 106 (60 en TT). La estancia media hospitalaria fue de 19,96(11) días, en UCRI 7,45 (8), estancia UCRI con inicio TRNI previo ingreso en UCI 2,4 (4,9 días). Días inicio síntomas hasta ingreso 6,32(3,9), y desde inicio de síntomas hasta ingreso en UCRI 8,34(4,5). Tiempo desde ingreso en sala hasta requerir SRNI en UCRI 2,9(2) días. En cuanto a seguridad, solo se objetivó contagio en 3 sanitarios (1 médico, 1 auxiliar, 1 enfermera) y fue en la primera quincena de marzo de 2020. CONCLUSIONES: La TRNI en nuestra UCRI ha permitido tratar satisfactoriamente a muchos pacientes con IRA por SARS-COV-2 sin pasar por UCI, con seguridad para los sanitarios. Han sobrevivido el 25% con TT y el 80% de los restantes. Es importante la vigilancia estrecha en las 48-72h del ingreso en sala convencional ya que es cuando la mayoría sufrió un deterioro respiratorio que precisó TRNI.

PÓSTER 13

EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN PACIENTES CON COVID-19.

Lahosa C, Miralles C, Aguar MC, Monforte V, Solé M, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Introducción: La pandemia actual por el SARS-CoV-2 ha puesto en jaque la capacidad de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de nuestro país. Como alternativa asistencial se han desplegado diversas UCRI, donde se ofrece soporte respiratorio no invasivo a pacientes con distrés respiratorio (SDRA). El objetivo principal del estudio ha sido valorar el impacto sobre la mortalidad y la necesidad de ingreso en UCI tras la puesta en marcha de una UCRI. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre 2 grupos de pacientes con SDRA por COVID-19. Se incluyen ingresados por infección SARS-CoV2 con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$. Se excluyen los casos con demencia. El grupo U incluye a todos los atendidos en la UCRI del hospital, desde su creación durante la 3ª ola pandémica. Como grupo control (C) se incluyen pacientes consecutivos con SDRA atendidos en sala de hospitalización convencional (1ª ola pandémica). Como variable principal, se evaluó la mortalidad a los 30 días. También se valoró la tasa de éxito (alta hospitalaria sin necesidad de UCI), tasa de ingreso en UCI, el tiempo hasta ingreso en UCI y la duración total de la hospitalización y el tiempo en UCI. Se realiza un análisis de supervivencia de Cox. **Resultados:** Se incluyen 95 pacientes, 26,3% mujeres y 73,7% hombres con una edad media \pm DE:65 \pm 14 años. La tasa de éxito fue del 31,7% en el grupo U frente al 21,9% del grupo C (p =NS). La mortalidad fue menor en los tratados en la UCRI (figura 1), con una probabilidad acumulada de supervivencia a los 30 días del 53% (C) vs 67% (U), $p=0.008$. Este efecto fue especialmente apreciable en el grupo de pacientes con techo terapéutico (TT), donde la mortalidad fue del 90,3% (C) vs 60,0% (U) ($p=0,017$). La mitad de los pacientes precisaron ingreso en UCI (similar en ambos grupos), aunque con mayor retardo hasta ingreso en UCI para U (2,4 \pm 1,8 vs 4,3 \pm 4,1 días, $p=0.09$). La duración total de la hospitalización fue superior en el grupo U (27,1 \pm 18,7 vs 20,0 \pm 13,7, $p=0.065$), sin diferencias en la estancia de la UCI. **Conclusiones:** Los pacientes con SDRA por COVID-19 atendidos en la UCRI presentaron menor mortalidad que el grupo control con un mayor retardo para su ingreso en UCI.

PÓSTER 14

ESCALAS PREDICTIVAS DE RIESGO EN LA NEUMONÍA POR COVID-19

Monforte V, Solé M, González L, Lahosa C, J, Sánchez-Toril F, Belda J, Soler-Cataluña JJ. Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia).

Introducción: La estratificación de riesgo es un elemento clave para la toma de decisiones clínicas. Inicialmente, nuestro centro utilizó una clasificación de gravedad propia basada en el uso de biomarcadores (Bm), frecuencia respiratoria (FR) e insuficiencia respiratoria (Ir), adoptando con posterioridad la 4C Mortality Score (4CMS) (*Knight SR, et al. BMJ 2020; m3339*). El objetivo de este estudio ha sido comparar la capacidad predictiva de riesgo (mortalidad y reingreso) de ambas escalas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2, con diagnóstico confirmado por RT-PCR en exudado nasofaríngeo. En todos se calculó la puntuación de la 4CMS, clasificando a los casos en bajo riesgo (0-3 puntos), intermedio (4-8), alto (9-14) o muy alto (≥ 15). También se aplicó la escala propia, clasificando la gravedad en leve (no IR, Fr <20 y 0 -1 Bm); moderada (no IR, Fr: 20-24 o ≥ 2 Bm); grave (PaO₂/FiO₂ <300 o Fr: 24-30) o muy grave (PaO₂/FiO₂ <200 o Fr >30). Los pacientes fueron seguidos hasta el 31/03/2021, evaluando la supervivencia y reingresos. Se calculó el estadístico C para comparar la capacidad predictiva de riesgo.

Resultados: Se incluyen 182 pacientes, 45,6% mujeres y 54,4% hombres con una edad media \pm DE:59 \pm 5 años. Empleando la 4CMS, 57 (31,3%) pacientes se clasificaron como riesgo bajo, 85 (46,7%), intermedio, 38 (20,9%) alto y 2 (1,1%) muy alto. Con la escala propia 89 (48,9%) casos fueron leves, 68 (37,4%) moderados; 20 (11,0%) graves y 5 (2,7%) muy graves. La 4CMS demostró ser superior a la clasificación propia, tanto para el riesgo de muerte como para el riesgo de hospitalización. Estadístico C para mortalidad de 0,85 con 4MCS y 0,75 con la escala propia. Para reingresos el estadístico C fue 0,79 y 0,56, respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con neumonía por SARS-COV-2, 4C Mortality score presenta mejor capacidad predictiva de riesgo que nuestra clasificación de gravedad inicial basada en biomarcadores, frecuencia respiratoria e intercambio de gases.

PÓSTER 15

MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE: EFECTOS SOBRE EL CONTROL Y RESULTADOS CLÍNICOS.

Boira I, Chiner E, Vañes S, Esteban V, Castelló C, Pastor E, Sancho-Chust JN, Bernabeu MA, Celis C, Senent C. H.U. S. Joan d'Alacant.

Objetivos: Analizar los pacientes con asma eosinofílico (AE) grave mal controlado tratados con mepolizumab y evaluar los cambios en el control del asma y la función pulmonar.

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

Resultados: De los 51 pacientes, se analizaron 46 (se retiraron 5 por ineffectividad o efectos adversos), 72% mujeres, 57±13 años, FEV1% 76±22%, IMC 26.2±4 kg/m², seguimiento 800±248 días, IgE 288±382 UI/mL (6-2120), 773±904 eosinófilos, 10±6 % (2-43). Habían seguido previamente omalizumab 33 (64%). Presentaron comorbilidad 63%, con una o más: rinitis 86%, poliposis nasal 61 %, ARES 48%, dermatitis atópica 35%, alergia alimentaria 25%, obesidad 18%, bronquiectasias 9%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 10%, SAHS 3%, cardiopatía isquémica 3%. Recibían habitualmente uno o más: dosis altas de esteroides inhalados y LABA en 100%, montelukast 45%, anticolinérgicos 39%, antihistamínicos 18%, xantinas 4%, esteroides orales en 37% y ≥2 ciclos de esteroides orales en 69%. Habían ingresado en el último año el 22% y 58% había acudido a urgencias (suma:3.3±5 atenciones). Comparando la situación basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (7.5±1vs3±1,p<0.001), ACT (13±1vs22±1,p<0.001) y ACQ (4±0.4vs1.2±0.3, p<0.001), FEV1% (76±22vs82±23,p<0.001). Se redujeron las atenciones (3.3±5vs0.3±1,p<0.001), visitas a urgencias (2.6±4vs0.2±0.6,p<0.001) e ingresos (p<0.05). De los 19 pacientes con esteroides orales se retiraron en 14 y redujeron 5. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente.La impresión subjetiva fue: mucha mejoría en 89% y gran mejoría en 11%.

Conclusiones: Mepolizumab en pacientes con AE grave mal controlado mejoró el control del asma y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, dosis de medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

PÓSTER 16

ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Thais Beauperthuy Levy, Amina Bekki, M^a Nieves Balaguer Cartagena, Alfredo De Diego Damiá. Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Objetivo: Describir la adherencia al tratamiento y evolución de los pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos durante un año de pandemia COVID-19.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de 37 pacientes con asma grave ya tratados con biológicos en seguimiento en nuestro centro durante 1 año, desde el 15 de marzo de 2020 al 15 de marzo 2021. Se registraron las características demográficas de los pacientes, el cumplimiento del tratamiento con biológicos, ACT, FEV1 (%), ingresos, agudizaciones, cambio de medicación e infección por SARS-CoV-2. Se observó si había diferencias entre los grupos que abandonaron o no el tratamiento. Se realizó análisis estadístico con el programa spss.

Resultados: Se incluyó un total de 32 pacientes (19 mujeres y 13 hombres) La edad media fue 62 años (± 10 DS). Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (40%) y la enfermedad nasosinusal (75%). Los biológicos utilizados fueron mepolizumab en 11 pacientes (34,4%), omalizumab en 10 pacientes (31,3%) y benralizumab en 9 (28,1%), reslizumab 2 (6,3%). 5 pacientes abandonaron el tratamiento (15,6%), de éstos, 3 (60%) tenían administración hospitalaria del biológico. 2 pacientes (6,3%) tuvieron COVID-19, de los cuales 1 ingresó por neumonía. 9 pacientes (28,1%) estuvieron en aislamiento por caso probable. No hubo diferencias en cuanto a las exacerbaciones anuales ni en el control del asma en ninguno de los grupos. El 84,6% de los pacientes que tenían administración hospitalaria del biológico cambiaron a administración domiciliaria.

Conclusiones: Los pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos han tenido buena adherencia al tratamiento durante la época de pandemia. La administración de tratamiento biológico en domicilio constituye una alternativa para incentivar el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes que se probó con éxito en nuestro centro.

PÓSTER 17

Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes asmáticos graves tratados con benralizumab

Marta Acosta, Alejandro Álvarez, Loubna Dahmazi, Eva Martínez
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Doctor Peset

En los ensayos clínicos de desarrollo de benralizumab se produjeron cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes tratados pero no siempre clínicamente relevantes.

Hemos querido analizar los cambios en la calidad de vida en nuestra población de pacientes con asma grave eosinofílica tras un año de la adición de benralizumab. Se recogieron, además de variables clínicas y funcionales, las puntuaciones del cuestionario de control ACT y de calidad de vida de miniAQLQ de Juniper. En este último una modificación >0,5 puntos se considera un cambio mínimamente relevante, >1 punto cambio moderado y >1,5 puntos cambio grande.

De una total de 20 pacientes, 8 pacientes (40%) habían sido tratados previamente con otros biológicos: omalizumab (3), mepolizumab (2) o ambos (3). Respondieron al año de tratamiento 19 pacientes (95%), con mejoría en la puntuación en el ACT (media de incremento 8.8 ± 3), reducción de exacerbaciones (reducción media 3.6 ± 2) e incremento en FEV1 (aumento medio 110 ± 5 ml). En 19 pacientes la puntuación del miniAQLQ mejoró (diferencia media de 1.58 ± 1 puntos). El incremento en la calidad de vida no se correlacionó significativamente (Pearson) con ninguna de las características previas del asma (poliposis, función pulmonar, nº exacerbaciones, eosinofilia) ni del paciente (sexo, edad, IMC), ni con las mejorías conseguidas al año en función pulmonar ni en reducción de exacerbaciones; sin embargo se correlacionó con la mejoría en la puntuación en ACT ($r: 0.658, p=0,002$).

En nuestra práctica clínica habitual estamos viendo grandes mejorías de la calidad de vida de los pacientes tratados con benralizumab, muy superiores a las que se apreciaron en los ensayos clínicos. La mejoría en calidad de vida guarda relación con la mejoría en el control clínico.

PÓSTER 18

Uso de la escala FEOS en la evaluación de la respuesta al tratamiento con benralizumab

Marta Acosta Dávila, Loubna Dahmazi, Alejandro Álvarez Brito, Eva Martínez Moragón. Hospital Universitario Doctor Peset

Recientemente se ha publicado la escala FEOS (FEV1, exacerbaciones, corticoides orales y síntomas) para evaluar de forma objetiva la respuesta al tratamiento con biológicos en pacientes con asma grave. La mejoría esperable en esta escala depende de la situación basal del paciente: Grupo A (100 puntos): obstrucción, ≥ 2 exacerbaciones graves el año previo y corticodependencia; Grupo B (73 pts): corticodependientes sin exacerbaciones graves; Grupo C (76 pts): ≥ 2 exacerbaciones graves sin corticodependencia; y Grupo D (49 pts): obstrucción y ACT < 20 sin exacerbaciones graves ni corticodependencia.

Hemos aplicado la escala FEOS al año de añadir benralizumab al tratamiento en una serie de pacientes adultos con asma grave eosinofílica. Se han incluido 20 pacientes: 12 mujeres, edad media de 58 años (35-78). Había 6 pacientes en el grupo A, 2 pacientes en el B, 9 pacientes en el C y 3 pacientes en el D. El porcentaje de mejoría obtenida respecto a la esperable osciló entre 69-100%, con media de 92 ± 10 . El 100% de la mejoría esperable al año se obtuvo en 11 casos que fueron el 50% de los del grupo A y B, el 66% de los del grupo C y el 33% del grupo D.

Aunque requiere validación y establecer el punto de corte para definir fracaso terapéutico, la escala FEOS resulta útil y sencilla para cuantificar de forma objetiva la respuesta al tratamiento. En nuestra muestra hemos apreciado que la mayoría de pacientes en los cuales indicamos el fármaco se encuentran en el grupo C, y además son los que muestran mayor porcentaje de mejoría completa.

PÓSTER 19

EFFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE REFRACTARIO A ANTI IL-5 EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE USO EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISPENSACIÓN EN ESPAÑA (ESTUDIO ORBE)

Eva Martínez Moragón¹, Alejandro Alvarez¹, Ismael García Moguel², Marta Palop³, Cristina Navarro⁴, Javier Nuevo⁵, Gustavo Resler⁵, en nombre de los investigadores del estudio ORBE

¹Hospital Universitario Doctor Peset, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, ³Hospital de Sagunto, ⁴Hospital de Requena, ⁵AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A.

Objetivos: Benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinófilos contra el receptor de la interleuquina-5. Fue usado en España previamente a su autorización de comercialización, según indicaciones aprobadas en el marco de un programa de uso en condiciones especiales de dispensación (EAP), de marzo a diciembre de 2018. El objetivo del estudio es describir el perfil clínico y efectividad del benralizumab en los pacientes participantes.

Metodología: Estudio multicéntrico, retrospectivo en pacientes con asma grave eosinofílica (AGE) que habían presentado respuesta insuficiente o intolerancia a tratamientos previos con biológicos anti IL-5 (mepolizumab, reslizumab). Se describen características clínicas al inicio del tratamiento con benralizumab, así como la efectividad (control, calidad de vida, función pulmonar, exacerbaciones) y recursos sanitarios en los pacientes que recibieron al menos 3 dosis de benralizumab.

Resultados: Fueron incluidos 27 pacientes (51,9% mujeres) con asma grave no controlada, mayoritariamente eosinofílicos (88,9%), 24 (88,9%) de ellos usaban corticoides orales (CSO) de forma crónica. Al inicio del tratamiento, el recuento de eosinófilos [media (DE)] fue 371,9/ μ L (315,5) y 15 pacientes (55,6%) tenían \geq 300/ μ L. La puntuación media (DE) en el cuestionario ACT fue 14 (6,1).

PÓSTER 20

ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALERGICA EN UNA CONSULTA DE ASMA

Andrea Ballester Ferriz¹, Erick Monclou Garzón¹, Heidi Mora Bastida¹, Jaime Signes-Costa Miñana¹. ¹ Servicio de Neumología Hospital Clínico Universitario de Valencia.

La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una reacción de hipersensibilidad frente a *Aspergillus* que se manifiesta en pacientes con asma. Se trata con en corticoides sistémicos y antifúngicos. Existe evidencia a favor de asociar terapias biológicas.

OBJETIVO: Describir las características clínicas de los pacientes con criterios de ABPA en nuestra consulta de asma y evaluar la respuesta a los tratamientos utilizados.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo descriptivo de los casos identificados de ABPA (criterios de ISHAM working group) desde enero de 2016.

RESULTADOS: Identificamos seis pacientes con ABPA, cuatro mujeres, edad media 49 años e IMC medio 25. Tiempo medio de enfermedad asmática 29 años. Tres pacientes con asma grave persistente, dos con asma moderado persistente y uno leve. Comorbilidades: rinosinusitis, poliposis, dermatitis atópica y eosfagitis eosinofílica. Todos los pacientes presentaron hallazgos radiológicos en TAC compatibles con ABPA siendo el signo más frecuente bronquiectasias centrales. Todos cumplieron criterios esenciales de ABPA; todos presentaban eosinofilia periférica y cuatro precipitinas positivas. Fueron tratados con 0,5 mg/kg/día de prednisona durante dos semanas con dosis decreciente según respuesta durante tiempo medio de 10 meses asociando itraconazol. Todos los pacientes presentaron buena respuesta al diagnóstico y en la recaída. Se indicó biológico en función de gravedad del asma o para prevenir recaída de ABPA. Cinco pacientes llevaron omalizumab y uno dupilumab por dermatitis atópica. En cuanto a mepolizumab, uno fue tratado por asma tras fracaso terapéutico con omalizumab y otro se trató por recaída de ABPA a pesar de omalizumab.

CONCLUSIONES: Es recomendable contemplar el diagnóstico de ABPA en pacientes con asma no controlada. El tratamiento con corticoides e itraconazol es eficaz incluso en las recaídas en nuestros pacientes. Se precisan más estudios que aclaren el papel de los tratamientos biológicos en ABPA.

PÓSTER 21

EXPERIENCIA TRAS CAMBIO A AUTOADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE.

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

OBJETIVO: Evaluar los resultados tras 1 año del cambio a autoadministración domiciliaria de tratamientos biológicos en pacientes con asma grave en la unidad de asma del nuestro hospital.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes con asma grave con tratamiento biológico que pasaron a autoadministración domiciliaria en Abril de 2020 y que en ese momento llevaban ya 1 año con dicho tratamiento. Se registraron el número de consultas totales en la unidad, las visitas médicas y las consultas de enfermería, así como el número de exacerbaciones y ACT el año previo y posterior al inicio de autoadministración.

RESULTADOS: Se han incluido un total de 34 pacientes (19 con Omalizumab, 10 con Mepolizumab y 5 con Benralizumab). En el año previo el ACT medio fue 18,59 ($\pm 5,23$), el número de agudizaciones fue de 0,88 ($\pm 1,15$) y el número total de visitas a la unidad de asma fue de 17 (± 4), siendo 12 (± 3) consultas de enfermería y 5 (± 2) visitas médicas. Tras un año de autoadministración el ACT medio fue de 18,38 ($\pm 5,38$), el número de exacerbaciones fue 0,44 ($\pm 0,70$) y el número total de visitas fue de 9 (± 2), de las cuales 5 (± 1) fueron consultas de enfermería y 5 (± 1) fueron visitas médicas. Estos resultados suponen una reducción del 47% de las visitas totales realizadas en la unidad, sobre todo a expensas de la reducción de las consultas de enfermería, siendo estadísticamente significativo.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia el cambio a autoadministración domiciliaria de tratamiento biológico en asma grave supone una reducción de las visitas realizadas en la unidad de asma, fundamentalmente de las consultas de enfermería, sin que se produzca un peor control de la enfermedad.

PÓSTER 22

RESPUESTA A MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA DE CONTROL DIFÍCIL TRAS AL MENOS UN AÑO DE TRATAMIENTO

María Gil Pradas, María José Sepulveda Gisbert, Noemí Beltrán Sampayo, Sandra Reino Gelardo, Marta Palop Cervera, Alberto Saura Vinuesa, Amparo Lloris Bayo. Hospital de Sagunto (Valencia)

Objetivo: El Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-5 de la superficie de los eosinófilos, que causa la inhibición del crecimiento, diferenciación y supervivencia de los eosinófilos. El objetivo es analizar la respuesta al Mepolizumab, en pacientes con asma de control difícil, durante al menos un año.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, en el que se estudia la respuesta antes y después de la introducción del Mepolizumab. Se incluyeron 12 pacientes tratados durante al menos doce meses. Se analizaron las diferencias tras el tratamiento en FEV1, número de eosinófilos séricos, test ACT, exacerbaciones graves (hospitalizaciones y visitas a urgencias sin ingreso), y dosis de corticoide inhalado. Se ha empleado el software IBM SPSS Statistics. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para analizar los datos.

Resultados: De la muestra obtenida, el 42% eran hombres y la edad media fue de 65 ± 11 años. El 42% de los pacientes estaban sensibilizados previamente. Tras el tratamiento con Mepolizumab, la media de los eosinófilos era 67 ± 132 ($p=0,008$), con una media de puntuación en el test ACT 22 ± 3 ($p=0.005$). Se observó una tendencia a la mejoría en el FEV1 basal, con una media tras el tratamiento de 100 ± 28 ($p=0.128$). Respecto a el FEV1 post broncodilatación, se presentó una marcada mejoría con una media de 100 ± 21 ($p=0.043$). La media de corticoide inhalado fue de 666 ± 480 mcg ($p=0.416$), y las exacerbaciones tras el tratamiento fueron de 0.33 ± 0.65 ($p=0.008$).

Conclusiones: Los pacientes con asma de control difícil tratados con Mepolizumab presentan una disminución del número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, una mejoría de la función pulmonar, así como de la percepción del control de su enfermedad. Sin embargo, no se encuentran diferencias en cuanto a la necesidad de una menor dosis de corticoide inhalado.

PÓSTER 23

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES DERIVADOS A UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE

A. Martínez¹, D. Barandica¹, E. Fernandez¹, A. Salcedo¹, P. Valle¹.

1. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España.

INTRODUCCION: el 5-10% de asmáticos son graves, requiriendo corticoides inhalados a altas dosis más un segundo controlador y/o corticoides sistémicos (escalones terapéuticos 5 y 6 de GEMA5.0). **PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo incluyendo pacientes de consulta monográfica de asma grave no controlada (CAGNC) durante 9 años (2011-2020). Describimos: edad, género, tabaquismo, FEV1 al diagnóstico (DA) y en la primera CAGNC, test de control del asma (ACT) inicial, FeNO, valores de IgE y eosinofilia en sangre, presencia de poliposis nasal, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA) y atopia. Se realiza análisis descriptivo y posibles diferencias clínico-funcionales entre pacientes en función del escalón terapéutico a su llegada a la consulta y de prescripción o no de tratamiento biológico para el control de la enfermedad. **RESULTADOS:** Se incluyeron 145 pacientes. 70,3% mujeres, 29,7% hombres, edad $36,84 \pm 17,5$ a DA y de $52,67 \pm 13,24$ años en CAGNC, 52% no fumadores, 33,6% poliposis nasal, 18,8% EREA, FEV1 a DA de $60,11 \pm 19,59$ y $65,15 \pm 21,76$ en CAGNC, ACT inicial de $9,33 \pm 5,19$, FeNO $36,46 \pm 20,14$, IgE $458,81 \pm 824,56$ y eosinofilia $444,73 \pm 563,24$, exacerbaciones en 12 meses previos a CAGNC $3,02 \pm 2,03$ y número de ciclos de corticoides sistémicos $2,85 \pm 2,12$. Encontramos 81,6% de asma confirmada, con un escalón terapéutico 4 o menos en CAGNC, siendo estadísticamente significativo su relación con FEV1 al diagnóstico ($p < 0,01$) y el inicial de CAGNC ($p < 0,001$), así como con el FeNO ($p = 0,05$), rozando la significación estadística con el número de ciclos de corticoides ($p = 0,093$). Se prescribe tratamiento con biológicos un 49,7% de pacientes ($n = 72$), siendo omalizumab en 39,3% ($n = 57$) y mepolizumab 10,3% ($n = 15$). Encontramos diferencias significativas en la prescripción de biológicos en función de ser asma grave o no (61,8% vs 39%, $p = 0,008$). **CONCLUSIONES:** En nuestra cohorte, encontramos que si bien una alta proporción de pacientes (81,6%) derivados tenían asma confirmada, la mayoría (55,7%) no correspondían a asma grave, aunque sí a asma no controlada. En 39% de los pacientes la prescripción de fármacos biológicos no está justificada por la gravedad de la enfermedad.

PÓSTER 24

VALORACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA TRAS UN AÑO CON BENRALIZUMAB.

María José Sepúlveda Gisbert, María Gil Pradas, Noemí Beltrán Sampayo, Sandra Reino Geraldo, Marta Palop Cervera, Amparo Lloris Bayo, Alberto Saura Vinuesa. Hospital de Sagunto, Valencia, España.

Objetivo: Conocer el beneficio clínico del Benralizumab en pacientes con asma grave durante al menos un año.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal que mide la respuesta al Benralizumab tras un año de tratamiento. Se incluyeron 19 pacientes y se analizaron las diferencias en: test ACT, número de eosinófilos, pruebas de función respiratoria, exacerbaciones (hospitalizaciones y visitas urgencias sin ingreso) y dosis de corticoide inhalado, antes y después del tratamiento con Benralizumab al menos durante 12 meses. Se empleó la T de Student para muestras apareadas, usando IBM® SPSS® Statistic versión 25.

Resultados: De los resultados obtenidos, el 58% eran mujeres con una media de edad de 56 ± 9 años. El 32% de los pacientes tenían sensibilización alérgica. Después del tratamiento con benralizumab, la media de eosinófilos en sangre periférica fue de 0 ± 0 ($p=0.00$). La media de percepción de enfermedad evaluada mediante el test ACT fue de 23 ± 1.8 ($p=0.012$). En cuanto a la función pulmonar, se obtuvo una FEV1 pre-broncodilatación de 2.7 ± 0.9 litros ($p= 0.117$) y tras la administración del agente broncodilatador 2.3 ± 0.6 litros ($p= 0.11$). La dosis de corticoide inhalado fue de 875 ± 417 mcg ($p= 0.723$), y el número de exacerbaciones mejoró considerablemente, con una media de 0.47 ± 0.96 ($p=0.01$) tras el tratamiento.

Conclusiones: Aquellos pacientes que son tratados con benralizumab presentan menor número de agudizaciones graves, así como una mejora subjetiva del control del asma. En cambio, la dosis de corticoides inhalados no se ha reducido, a pesar del agente biológico. Respecto a la función pulmonar, no se encontraron diferencias valorables.

PÓSTER 25

COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA AL BENRALIZUMAB EN PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO Y AQUELLOS CON FRACASO A OTRO BIOLÓGICO.

María Gil Pradas, María José Sepulveda Gisbert, Noemí Beltrán Sampayo, Marta Palop Cervera, Jorge Pinel Rosario, Alberto Saura Vinuesa. Hospital de Sagunto (Valencia).

Objetivo: Comprobar si la respuesta a benralizumab es la misma en pacientes que no han recibido previamente terapia con otro biológico que en los que sí que la han recibido.

Metodología: Estudio retrospectivo donde se incluyeron 19 pacientes tratados con benralizumab, al menos 12 meses. Se recogieron como variables el número de exacerbaciones graves (hospitalización y visitas a urgencias sin ingreso), test ACT, FEV1 post-broncodilatador y dosis de corticoide inhalado tras el tratamiento. Se compararon estas variables entre los pacientes que no habían recibido previamente tratamiento con otro biológico (grupo naïve) y pacientes que habían sido tratados con omalizumab y/o mepolizumab con switch a benralizumab (grupo switch). Se analizaron los resultados en el SPSS versión 25. Se compararon las medias de los dos grupos mediante la prueba T de student para muestras independientes.

Resultados: Previamente a benralizumab, 4 pacientes no recibieron tratamiento con otro biológico, 9 fueron tratados antes con omalizumab, 5 con mepolizumab y 1 con ambos. Al inicio del benralizumab, el 42,1% eran varones y la edad media de $56,6 \pm 9,1$ años. Tras el tratamiento, la media en el ACT fue de $23,0 \pm 2,0$ para el grupo naïve y de $22,5 \pm 1,7$ para el grupo switch ($p=0,705$) con un FEV1 post-broncodilatador de $2,8 \pm 0,6$ litros en naïve y de $1,9 \pm 0,3$ en switch ($p=0,243$). Se observó que los pacientes naïve recibían tras el tratamiento 684 ± 328 mcg de corticoide inhalado diario y los pacientes switch 943 ± 434 mcg ($p=0,055$). El grupo naïve tuvo $0,0 \pm 0,0$ exacerbaciones y el grupo switch $0,6 \pm 1,1$ ($p=0,045$).

Conclusiones: Entre los pacientes tratados con benralizumab que previamente se trataron con otros biológicos y los que no, no se han encontrado diferencias en la percepción de control de su enfermedad, función pulmonar y dosis de corticoide inhalado. En cambio, se observó un menor número de exacerbaciones en los pacientes que no recibieron terapia previa.

PÓSTER 26

INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 Y AGUDIZACIÓN DEL ASMA

L. Zamora-Molina, J. Grau-Delgado, S. Ruiz-Alcaraz, C. Baeza-Martínez, M.J. Soler-Sempere, I. Padilla-Navas, E. García-Pachón
Sección de Neumología. Hospital General Universitari d'Elx, Elche, Alicante

Objetivos: Los virus son una causa muy frecuente de agudización del asma. El SARS-CoV-2 tiene organotropismo por el tracto respiratorio por lo que, potencialmente, podría actuar como agravante del asma. Se desconoce la susceptibilidad de los pacientes con asma para desarrollar una exacerbación al infectarse por SARS-CoV-2. Nuestro objetivo fue investigar los síntomas que podrían corresponder a agudización del asma en pacientes infectados por SARS-CoV-2.

Métodos: Se revisó la historia clínica de los pacientes mayores de 14 años con resultados positivo para infección por SARS-CoV-2 (mediante RT-PCR) en nuestro Departamento de Salud desde el inicio de la pandemia hasta el 11 de diciembre de 2020 (n=2995). De ellos, 77 pacientes tenían asma (2,6%; 44 mujeres). Se registró el tratamiento del asma y su fenotipo y los síntomas referidos durante la infección vírica.

Resultados: De los 77 asmáticos, 17 (22%) tenían asma leve, 55 (71%) moderada y 5 (6%) asma grave. Durante la infección resultaron asintomáticos 26 (34%) pacientes, 34 (44%) presentaron síntomas sin precisar ingreso y 17 (22%) fueron hospitalizados.

Un paciente ingresó por agudización del asma sin neumonía ni otros síntomas virales. Diez pacientes (13%) tenían sibilancias (seis de ellos con neumonía); fueron 6 de los 22 con fenotipo no-T2 (27%) y 4 de los 55 con fenotipo T2 (7%) ($p < 0.001$). Según la gravedad del asma, las sibilancias estaban presentes en 2 (12%) pacientes con asma leve, 7 (13%) moderada, 1 grave (20%) (diferencias no significativas).

Conclusiones: La infección por SARS-CoV-2 es una causa muy infrecuente de agudización del asma, aunque algunos pacientes pueden presentar sibilancias, sobre todo en casos con neumonía. Las sibilancias fueron más frecuentes en los asmáticos con fenotipo no-T2 y no se asociaron a la gravedad del asma.

PÓSTER 27

TUBERCULOSIS PLEURAL: DIFERENCIAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y AUTÓCTONA (1995-2020).

Nomdedeu M, Chiner E, Sancho-Chust JN, Pastor E, Vañes S, Castelló C, Esteban V, Molina V, Boira I, Celis C, Gómez-Merino E, Senent C, Arriero JM. H. U. Sant Joan d'Alacant.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de derrame pleural tuberculoso (DPTB) a lo largo de 25 años, así como la rentabilidad diagnóstica de las distintas técnicas empleadas en el diagnóstico. Valorar su expresión clínica, radiológica y evolutiva y compararla entre población extranjera (PE) y población autóctona (PA).

Métodos: Se evaluaron las características clínicas, epidemiológicas y demográficas, y las técnicas diagnósticas empleadas en el DPTB.

Resultados: El DPTB fue diagnosticado en 71 casos, 48 hombres (68%) y 23 mujeres (32%), edad 35 ± 14 años (15-94 años). Correspondieron a PA 46 (65%) y 25 a PE (35%). La clínica fue aguda en 25 (36%), subaguda en 18 (25%) y prolongada en 28 (39%). Se apreció DPTB libre típico en 41 pacientes (58%) y atípico en 30 (42%). Existió retraso diagnóstico en 49 casos (69%). El predominio fue linfocitario en 60 casos (84.5%), aunque en 11 pacientes (15.5%) fue inicialmente polimorfonuclear. Considerando el punto de corte para ADA en 40 U/l, el diagnóstico se estableció en 53 pacientes (75%), siendo inferior en 18 (25%). La tinción de Ziehl-Nielsen fue positiva en 4 casos (6%), con cultivo positivo en 18 (25%). El cultivo de micobacterias, fue positivo en el 25% y negativo 75% en los 48 casos en que se realizó. Se practicó biopsia pleural (BP) en 58 casos (82%), considerándola diagnóstica en el 78%. La tinción de Ziehl-Neelsen de la biopsia fue positiva en 14% y el cultivo en 39%. La radiografía a los 12 meses, mostró sinequias en el 12%, con curación en el 100%. Al comparar PE y PA, hubo mayor porcentaje de contacto previo con TB (54% vs. 17%, $p<0.001$), TB previa (21% vs. 4%, $p<0.05$) y mayor porcentaje de radiología atípica (58% vs. 34%, $p<0.05$). La prevalencia fue seis veces superior (6.7/100.000 habitantes y año vs 1.14/100.000, $p<0.001$) con incremento progresivo anual a expensas de PE.

Conclusiones: La PE presenta mayor proporción de reactivación y contacto previo con TB, manifestaciones atípicas radiológicas y complicaciones, y mayor proporción de aislamiento microbiológico. PE y PA presentaron expresión clínica similar y curaron sin secuelas. El DPTB afecta a población joven, predomina el curso agudo, con escasos factores predisponentes. Para el diagnóstico se requieren pruebas combinadas, siendo la BP la más rentable.

PÓSTER 28

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL AÑO DE LA PANDEMIA COVID-19

Aracelly Saravia Cazón, Selene Cuenca Peris, Joan Llopis Pitarch, Mario Andújar Llamazares, Margarita Marín Royo (HGUCS)

El año 2020, la COVID ha obligado a cambiar la organización de los Servicios de Neumología. Nos planteamos como ha afectado la pandemia al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis (TBC).

Objetivo: Describir los casos de Tuberculosis diagnosticados en el HGUCS durante el año 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de TBC en el HGUCS de enero a diciembre de 2020. Se estudiaron las características clínico-demográficas, procedencia de los pacientes, factores de riesgo, diagnóstico microbiológico, retraso diagnóstico e infección COVID-19 concomitante

RESULTADOS: Se han diagnosticado un total de 34 pacientes, sólo 1 paciente fue COVID-19 positivo. El 65% eran hombres. La edad media fue 49 años. Eran de nacionalidad extranjera un 53% (18 de los cuales 11 de Rumanía, 5 Marruecos, 1 Polonia y 1 Mali) y autóctonos un 44%. La procedencia de los pacientes fue: urgencias un 38%, Consulta Urgente de Neumología 29%, y desde otros hospitales 18%. Precisarón ingreso hospitalario 63%. El promedio de días desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 76 días. Respecto a los factores de riesgo, el 18% eran personas sintecho, 32% fumadores, y 32% presentaban comorbilidad crónica. La clínica fue pleuropulmonar en el 88%, linfática en 6%, diseminada en 3% y osteoarticular 3%. Se aisló *M. tuberculosis* en el 94% de los casos. Las muestras diagnósticas fueron; Esputo en un 68%, BAL 12%, líquido pleural 6%, biopsia de adenopatía 6%, BAS 3%, muestra genital 3%, y muestra de absceso 3%. La PCR de *M. tuberculosis* fue positiva en el 65%. Se encontró resistencia a fármacos antituberculosos en 2 casos (6%)

Se inició tratamiento con RHZE en el 94%. Se cambió el esquema habitual en los 2 pacientes que presentaron resistencias. En 1 paciente sensible a todos los fármacos, se añadió Moxifloxacino por persistencias de BK + a los 4 meses de inicio de tratamiento.

CONCLUSIONES: La pandemia COVID-19 ha dificultado el diagnóstico de la Tuberculosis. Encontramos cifras elevadas de retraso diagnóstico (>60 días). La Consulta Urgente de Neumología mantenida durante la pandemia, ha permitido hacer el diagnóstico en un tercio de los casos.

PÓSTER 29

**FACTORES DE RECAÍDA EN LA NEUMONÍA ORGANIZADA
CRIPTOGENÉTICA**

A. Mulet, B. Safont, J. Signes-Costa

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

OBJETIVOS: Analizar las diferencias entre pacientes con neumonía organizada criptogenética (NOC) con recaída y sin ella y determinar si existen variables asociadas.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de NOC entre 2005 y 2019. Se utiliza para la comparación de medias la prueba t de Student-Fisher o W de Wilcoxon y la de chi-cuadrado para comparar las proporciones entre los grupos recaída y no recaída. Se realizan análisis de regresión logística. Se construye un modelo predictivo con el método de exclusión por pasos (Backward Stepwise). Se establece p valor < 0.05. Los análisis se realizan con Stata/IC 12.1.

RESULTADOS: Se recogen los datos de 57 pacientes con una edad media de 66 años, siendo el 56% mujeres. El 88% consultaban por síntomas siendo el resto estudiados por el hallazgo radiológico. El patrón radiológico por TC más frecuente fue la presencia de consolidación múltiple (80%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides al diagnóstico (56mg de media). Un 51% de pacientes presentan recaída, encontrando valores inferiores de pCO₂ (p=0.001) y HCO₃ (p=0.039), valores superiores de hemoglobina (Hb) (p=0.030) y proteínas en sangre (p=0.023) al diagnóstico y una mayor frecuencia de HTA (p=0.023) y clínica de tos (p=0.044) frente a los que no presentan recaída, con diferencias estadísticamente significativas. Estas variables junto con el porcentaje de eosinófilos en el LBA y la TLC alcanzan significación estadística en el análisis univariable, aunque no en el multivariable. En el modelo predictivo se incluyen las variables: tiempo de tratamiento, tos, Hb, proteínas y los neutrófilos en el LBA > 10%, que obtiene una AUC de 0.87 para predecir recaída.

CONCLUSIONES: Valores gasométricos, analíticos y clínicos de los pacientes con NOC al diagnóstico se asocian con recaída en el análisis univariable, describiendo un modelo capaz de predecir de forma satisfactoria la recaída en nuestra cohorte.

PÓSTER 30

COEXISTENCIA DE SARCOIDOSIS Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE EN UNA SERIE DE CASOS.

MA Martínez García¹, MC López González², R García Sevilla¹, P Vela Casasempere², I Gayá García-Manso¹, S Ruiz Alcaraz³, E Nofuentes Pérez¹, V Jovani², S Asensio Sánchez¹, JF Pascual Lledó¹.
¹Neumología y ²Reumatología HGU Alicante (HGUA). ³Neumología HGU Elche. ISABIAL. Alicante, España.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo de una serie de casos de pacientes con coexistencia de sarcoidosis y enfermedad autoinmune (EA). **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de sarcoidosis entre 2010-2020 en el HGUA. Tras la selección de pacientes con al menos una EA asociada, se han analizado características demográficas, analíticas y radiológicas, tratamiento recibido y supervivencia. Estudio estadístico realizado mediante IBM Spss v22. **Resultados:** De 79 pacientes con sarcoidosis, 14 presentaban al menos una EA, una prevalencia 17.7%, con un error estándar del 4.3% (10.4 – 28.3%, IC 95%). La mayoría (92.9%) debutaron con la EA y el 78.6% eran mujeres. El 50% eran exfumadores y el otro 50% nunca había fumado. La edad media al debut de EA fue de 50 ± 17 y de sarcoidosis de 58 ± 14 años. Nueve pacientes (64.3%) presentaban diagnóstico de una sola EA y 5 pacientes (35.7%) 3 EAs. La enfermedad tiroidea autoinmune (ETAI) fue la EA más frecuente (42.9%), seguido de psoriasis (35.7%) y síndrome de Sjögren (21.4%). El 71.4% presentaban ANA positivos. Al diagnóstico de sarcoidosis, 50% presentaban elevación de VSG y 71.4% de ECA (valor medio 63.3 ± 42.7 U/L); todos presentaban radiografía patológica y, según el TCAR torácico, el 28.6% compatible con estadio I de sarcoidosis, 50.0% estadio II, 14.3% estadio III y 7.1% estadio IV. La FVC media fue de 103.2 ± 17.9% (76.0 – 140.8%) y la DLCO del 72.2 ± 18.1% (39.6 – 102.1%). El 64.0% recibieron corticoides sistémicos, el 42.9% FAMES y el 35.7% precisó terapia biológica. No hubo exitus. **Conclusiones:** La coexistencia de sarcoidosis y EAs es frecuente en nuestra serie, con una prevalencia similar a la observada en la bibliografía. La EA es la patología debutante habitualmente. Al igual que en otras series, la ETAI es una de las EAs que más frecuentemente coexisten con sarcoidosis.

PÓSTER 31

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ENTRE NEUMONÍA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA IDIOPÁTICA Y CON RASGOS AUTOINMUNES

Nofuentes Pérez, Ester¹; Giménez Suau, Mario¹; Gayá García-Manso, Ignacio¹; García Sevilla, Raquel¹; Martínez García, María Ángeles¹; Ruiz Alcaraz, Sandra²; Asensio Sánchez, Santos¹; Arenas Jiménez, Juan³. ¹Servicio de Neumología, HGU Alicante. ²Servicio de Neumología, HGU Elche. ³Servicio de Radiología, HGU Alicante.

OBJETIVO: La Neumonía Intersticial No Específica (NINE) es una entidad dentro de las EPID que se puede clasificar en NINE idiopática o en NINE secundaria. En nuestra base de datos, todos los pacientes con NINE secundaria tenían rasgos de autoinmunidad, ya fueran enfermedad del tejido conectivo (ETC) o neumonía intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF). El objetivo de este estudio fue analizar los pacientes con NINE idiopática y NINE ETC-IPAF.

METODOLOGÍA: Se realizó un análisis descriptivo de los pacientes con diagnóstico radiológico de NINE en el Hospital General Universitario de Alicante entre 2008 y 2020. Se compararon en función de su clasificación en NINE idiopática y NINE ETC-IPAF. Se ha empleado el programa SPSS v.24 para el análisis estadístico.

RESULTADOS: De un total de 52 pacientes con NINE radiológica, 19 fueron idiopáticas y 33 ETC-IPAF. En las idiopáticas había 10 hombres (52'6%) frente a 9 (27'3%, $p=0'067$). Los pacientes con NINE idiopática eran mayores ($69'1\pm 10'3$ vs $59'0\pm 14'6$; $p=0'011$). Los grados de disnea de la mMRC más frecuentes observados fueron el 1 y 2 en ambos grupos; sin apreciar diferencias en la frecuencia de presentación al diagnóstico en la tos, crepitanes o acropaquias. Los idiopáticos tenían menos bronquiectasias por tracción (10, 52'6% vs 28, 84'8%; $p=0'012$). Tampoco hubo diferencias en el porcentaje de FVC al diagnóstico ($85'6\%\pm 30'4$ vs $72'4\%\pm 25'9$; $p=0'103$). Los pacientes idiopáticos se mueren más (8, 42'1% vs 5, 15'2%; $p=0'031$) con una menor supervivencia a los 5 años.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, los pacientes con NINE idiopáticas son significativamente mayores al diagnóstico, presentan menor frecuencia bronquiectasias por tracción y peor pronóstico con mayor mortalidad.

PÓSTER 32

DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y COMBINACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE)

S. Calvache, C. De Juana, O. Salamea, A. Esteve, S. Herrera, J. Alegre, E. Lillo, E. Martinez-Moragon. H. U. Peset.

Introducción: Se han ampliado las indicaciones del tratamiento antifibrótico en las patologías intersticiales fibrosantes.

Material y métodos: Estudio de casos y controles de un año de duración en pacientes con patrón fibrosante asociado a enfermedades autoinmunes y CFPE con tratamiento antifibrótico. Se utilizó χ^2 , t de Student para muestras relacionadas e independientes.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, 45% EA, 55% CFPE. EA la edad media fue de 57,9 años, 90% mujeres, en CFPE fue de 72,3 años, 84% varones. Presentaron Hipertensión Pulmonar la mitad de los pacientes con EA frente al 84% de paciente con CFPE. Recibieron tratamiento con Nintedanib en EA 80% y en CFPE 67%, Pirfenidona EA: 20% y en CFPE 67%. Efectos secundarios: EA: 40% y en CFPE 60%, los más frecuentes fueron los gastrointestinales. Se retiró tratamiento en el 30% de EA y en el 10% de CFPE ($p=0.190$). El 33% de los pacientes con CFPE precisó reducción de dosis y ninguno en EA ($p=0.044$). A nivel basal la media en EA: FVC 2085ml (79%), DLCO 45%, test de 6mm 322 metros y en CFPE: FVC 3185ml (94%), DLCO 50%, test de 6mm 383 metros. A los 6 meses, en EA hubo una pérdida de FVC de 230 ml (9%) frente a 190 ml (1%) en CFPE ($p=0,032$), una pérdida de 5% de DLCO en EA frente al aumento de 3% en CFPE ($p=0,370$) y un aumento de 18 metros en EA y 58 metros en CFPE ($p=0.509$). A los 12 meses, hubo una pérdida de FVC de 65 ml (2%) en EA frente a 208 ml (3%) en CFPE ($p=0,240$) y aumento de 54 metros en EA en comparación a los 29 metros en CFPE ($p=0.545$).

Conclusiones: 1. Los pacientes con enfermedades autoinmunes y con Combinación fibrosis enfisema mantienen la función pulmonar con el tratamiento antifibrótico al año de seguimiento. 2. Los pacientes con EA presentaron mayor afectación respiratoria basal, respecto a los pacientes con CFPE. 3. El tratamiento antifibrótico más empleado fue el Nintedanib, y los pacientes con CFPE presentaron más efectos adversos, precisando mayor reducción de dosis de antifibrótico.

PÓSTER 33

EFICACIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPID.

S. Calvache, O. Salamea, C. De Juana, S. Herrera, Andrea. Esteve, Juan. Alegre, E. Lillo, E. Martínez-Moragón. H. U. Peset

Introducción: El tratamiento antifibrotico en las Enfermedades autoinmunes con patrón fibrosante es un tema de creciente interés.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo de 1 año de duración de pacientes con EA con patrón fibrosante que inician tratamiento antifibrotico. Se utilizó χ^2 , t-Student para muestras relacionadas e independientes.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, 9 mujeres, edad media 58 años. Comorbilidades: RGE (40%), HTA (20%) y cardiopatía (20%). Síntomas: Disnea (100%), tos (60%) y debilidad (40%). El 40% con esclerosis sistémica. 30% IPAF, 20% AR y 10% espondilosis anquilosante. Patrón NIU (50%). HTP en el 50%. Tratamiento con corticoides 90%, y en el 40%, se añadió inmunosupresor/anticuerpo monoclonal. El 80% fue tratado con Nintedanib y el 20% con Pirfenidona. Efectos secundarios (40%): Gastrointestinales (40%) e hipertransaminasemia (10%). Ninguno precisó reducción de dosis, fracaso terapéutico en un caso. A nivel basal la Media de: FVC: 2308ml (78%), DLCO: 43%, test 6mm: 361 metros. A los 6 meses, hay una pérdida de FVC de 210 ml (4%) (p0,19), DLCO 1% (p 0,46) y aumento de 31 metros en 6mm (p0.032). A los 12 meses, hay pérdida de FVC 125 ml (2%) (p 0,092) y aumento de DLCO 5% (p 0,122) y de 34 metros (p0,22). Hubo mayor afectación funcional en la esclerosis sistémica, con una caída de FVC de 195ml (4%) (p 0,20) a los 12 meses. En aquellos con HTP hay una pérdida de 170 ml (5%) de FVC (p0,33) y un aumento de 5% de DLCO (p0,12) y los que tiene patrón NIU pérdida de 126 ml (3%) de FVC (p0,02) y un aumento de 5% de DLCO (p0,09) y 15m recorridos (p0,45) al año de seguimiento.

Conclusiones: 1. Las enfermedades autoinmunes con patrón fibrosante tratada con antifibróticos mantienen la función pulmonar a largo plazo, pero lo que presenta un patrón NIU tienen peor evolución. 2. La esclerosis sistémica es la patología autoinmune más prevalente y con peor evolución a nivel funcional. 3. El tratamiento antifibrótico más empleado fue el Nintedanib, con buena tolerancia y sin apenas fracaso terapéutico. Los efectos secundarios más frecuente fueron los gastrointestinales.

PÓSTER 34

Utilidad y rendimiento de la punción transtorácica ecoguiada en el diagnóstico de las masas mediastínicas

Amina Bekki, Raquel Martínez-Tomás, Andrés Briones-Gómez, Enrique Cases-Viedma. *Servicio de Neumología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.* Objetivos: Determinar el rendimiento de las punciones transtorácicas guiadas por ecografía en el diagnóstico de las masas mediastínicas. Metodología: Estudio observacional retrospectivo de las punciones transtorácicas guiadas por ecografía realizadas en la unidad de Técnicas Respiratorias entre el 03/01/2008 y el 19/02/2021. Se seleccionaron los pacientes que presentaban masas mediastínicas o mediastínico-pulmonares con abordaje del componente mediastínico. Resultados: Se seleccionaron 31 pacientes que cumplieron los criterios mencionados. Se llegó a un diagnóstico histológico en el 80,7% de los casos. La punción fue no diagnóstica en el 19,4%. La mayoría de los pacientes presentaba patología neoplásica (71%) del cual 50% fueron linfomas y 36,4% neoplasias pulmonares. Las lesiones benignas representaban 9,7% de los casos, siendo todas timomas. El 67,7% no requirió prueba diagnóstica alternativa, siendo la punción transtorácica ecoguiada la única prueba realizada al paciente. Dos pacientes precisaron de una nueva punción transtorácica en nuestra unidad, en un paciente se completó el estudio con una biopsia pleural, en tres otros se realizó una biopsia por parte de un radiólogo, en los dos restantes se realizó procedimiento quirúrgico: una biopsia quirúrgica y una resección completa respectivamente. El tiempo medio transcurrido desde la solicitud de la punción hasta su realización es de 3,18 días ($\pm 2,27$). Conclusiones: La punción transtorácica guiada por ecografía es una prueba diagnóstica eficiente, sencilla, no irradiante y con pocas complicaciones en el caso de las masas mediastínicas con contacto con la pared torácica, a pesar de la presencia de necrosis. El tiempo de espera para la realización de dicha prueba en la unidad es corto, lo cual permite un diagnóstico etiológico rápido.

PÓSTER 35

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LAS MUJERES DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN 2004-2017

L Miravet¹, J Montoliu², A Iradi³, S Cepeda¹, G Rissi¹, R Moreno¹, P García¹. 1 HU La Plana, Vila-real, 2 CH Provincial de Castellón, 3 Departamento Fisiología, Universidad de Valencia.

Introducción: El cáncer de pulmón en las mujeres es una epidemia moderna y una gran crisis de salud. El tabaquismo sigue siendo el factor de riesgo más importante para el cáncer de pulmón y las tasas de tabaquismo se estabilizan o continúan aumentando entre las mujeres. Es posible que las mujeres no sean más susceptibles a los efectos cancerígenos del tabaco, pero la biología del cáncer de pulmón difiere entre sexos. Es el segundo tumor más frecuente en las mismas y el primero en mortalidad. Presentamos en este estudio las características epidemiológicas del cáncer de pulmón en mujeres en la provincia de Castellón.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional y descriptivo de todas las mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón y recogidas en el registro de cáncer de pulmón de la provincia de Castellón, desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2017.

Resultados: En este periodo se diagnosticaron 643 casos con una edad media de $64,5 \pm 13,05$ años. El tipo histológico más frecuente con mucha diferencia es el adenocarcinoma con el 43,5%, el carcinoma no de células pequeñas 23,5%, el carcinoma microcítico 12,1%, epidermoide 7,9% y carcinoide 3,7%. Al diagnóstico el 63,2% presentan estadios III-B o IV. La incidencia no estandarizada es de 10,2/100.000 en 2004 y de 22,1/100.000 mujeres en 2017.

Conclusiones: El cáncer de pulmón en la provincia de Castellón en las mujeres se diagnostica a los 64,5 años de edad media, el tipo histológico predominante es el adenocarcinoma, el 63,2% al diagnóstico ya no es quirúrgico y la incidencia sigue teniendo una tendencia de crecimiento progresivo.

PÓSTER 36

CARCINOMA BRONCOGÉNICO Y METÁSTASIS CUTÁNEAS

Soriano T, Chiner E, Sancho-Chust JN, Boira I, Castelló C, Esteban V, Pastor E, Palazón JC, Betlloch I. S. Neumología HU. Sant Joan d'Alacant. S. Dermatología H. General U. de Alicante.

Objetivos: Valorar la incidencia de metástasis cutáneas (MC) del carcinoma broncogénico y su expresión clínica en relación con las MC de otros tumores.

Método: Revisión del archivo de MC de un Servicio de Dermatología de referencia a lo largo de 20 años. Se analizó edad, sexo, localización de la neoplasia primaria, tiempo entre el diagnóstico de la neoplasia y la aparición de MC, tiempo desde el diagnóstico de la MC hasta el fallecimiento, histología, localización, apariencia, patocronia, patrón de la MC, número de lesiones, plan terapéutico y existencia de MC en otras regiones.

Resultados: Se identificaron 119 MC. Tras excluir las MC por melanoma, y las de origen hematológico, se seleccionaron 37 casos. Las MC de pulmón fueron las predominantes (n=9/25%), seguidas de mama (21%), genitourinarias (22%) y en menor porcentaje otros orígenes. La edad media de las MC pulmonares fue de 62±13, su tiempo de aparición 3±5 meses y tiempo de seguimiento hasta *exitus* 24±47 meses. La histopatología de las MC pulmonares fue: adenocarcinoma (40,7%), escamoso (40,7%) y microcítico (18,6%). Al compararlas frente al resto de tumores, no existió diferencia en la edad, pero el tiempo desde el diagnóstico del tumor primario a la aparición de la MC fue menor ($p<0.01$), así como el tiempo de seguimiento en pacientes no fallecidos ($p<0.01$), sin diferencias en el seguimiento hasta *exitus laetalis*. Asimismo, existieron diferencias significativas en la patocronia entre pulmón y otros tumores ($p<0.05$), siendo más sincrónica en el pulmón (67%) y más metacrónica en otros tumores. Las MC pulmonares afectaron más a varias áreas anatómicas y en el resto de tumores predominó la de una sola área ($p<0.01$). No se apreciaron diferencias significativas respecto al patrón de la lesión de las MC entre pulmón y el resto de tumores. En la mayoría de MC con origen pulmonar, como en las de mama, coexistían otras metástasis sistémicas, pero fue más frecuente en las MC de pulmón. La incidencia calculada de MC en el periodo respecto a los nuevos casos de carcinoma broncogénico fue de 0.71%.

Conclusiones: Las MC pulmonares suelen ser sincrónicas, con predominio en varias áreas anatómicas, mostrando enfermedad diseminada desde el inicio. En general suponen un pronóstico infausto.

PÓSTER 37

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID

Lucía Fernández-Presa, José Franco, Paola Ordóñez, Alejandro Ochoa, Jaime Signes-Costa. Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA.

Objetivo: Analizar los cambios en las características de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestro servicio, así como en los tiempos de diagnóstico y tratamiento durante la pandemia Covid.

Material y métodos: Se estudiaron pacientes con diagnóstico histológico de cáncer pulmonar durante dos periodos de 1 año: del 1 de marzo de 2019 al 28 febrero de 2020 (periodo no Covid) y del 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021 (periodo Covid). Se analizaron variables clínico-demográficas y se definieron dos intervalos de tiempo: desde la remisión al diagnóstico histológico (T1) y desde el diagnóstico histológico al inicio de tratamiento (T2). Los resultados se expresaron como media \pm DS o mediana \pm rango intercuartil para las variables continuas y como porcentaje para las variables categóricas.

Resultados: Se analizaron 261 pacientes (146 en el periodo no Covid y 115 en el Covid). La disnea fue el síntoma inicial en el 44% de los pacientes durante el año Covid y en el 34% el año previo ($p=0,049$). En el año Covid el 8,8% de los tumores eran estadios I y II y el 91,2% estadios III y IV, frente al 16,4% y 83,6% respectivamente. En el periodo Covid hubo un 73,5% de tumores centrales frente al 53,8% el año anterior y se realizaron un 4,3% de biopsias transtorácicas frente al 13,7%. Además, durante el año de pandemia aumentó el porcentaje de pacientes diagnosticados durante el ingreso (44,7%) ($p=0,034$) frente al 32,9% en el año no Covid y el tiempo desde la remisión hasta el diagnóstico histológico (T1) fue menor (12 días [7-17]) ($p=0,003$) frente a 15 días [10-23] el año previo. No hubo diferencias significativas en T2 ($p=0,109$).

Conclusiones: Durante la pandemia Covid disminuyó el número de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón mientras que aumentaron los diagnósticos durante el ingreso. Hubo un aumento de estadios avanzados, de tumores centrales y de pacientes con disnea como síntoma inicial. Además, durante el año de pandemia el tiempo de diagnóstico del cáncer de pulmón en nuestro centro fue menor.

PÓSTER 38

SEGUIMIENTO DEL NÓDULO PULMONAR EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Selene Cuenca Peris, Joan Llopis Pitarch, Mario Andújar Llamazares, Aracelly Saravia Cazón, José Joaquín Torres Relucio, Margarita Marín Royo (Hospital General Universitario de Castellón)

El nódulo pulmonar es la manifestación más precoz del cáncer de pulmón por lo que su diagnóstico y seguimiento tiene una alta relevancia clínica. Durante la pandemia ocasionada por el COVID-19 creamos una consulta telefónica para no retrasar el diagnóstico de aquellos con características malignas que requieren una actuación rápida. **OBJETIVO:** describir los pacientes derivados o en seguimiento por la consulta monográfica de nódulo pulmonar durante la pandemia por COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional retrospectivo de los pacientes derivados o en seguimiento por la consulta de nódulo pulmonar entre los meses de marzo 2020 y marzo 2021.

Las características clínico- demográficas estudiadas fueron edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades, origen de derivación a la consulta, tamaño del nódulo, realización de PET-TC y destino del paciente.

RESULTADOS: Se han atendido 204 pacientes con edad media de 62, 115 hombres y 89 mujeres. La mayor parte son fumadores y exfumadores (62,3%) con un índice medio de 28,28p/a. De todos los pacientes atendidos en la consulta monográfica, un 17,7% fueron derivados desde atención primaria, un 3,4% tras hallazgo incidental en urgencias, un 58,3% desde otras consultas de neumología y un 20,6% de interconsultas hospitalarias por otros servicios. Un 32% presentaron más de un nódulo pulmonar. El tamaño medio fue de 7,8mm. De los pacientes que se solicitó un PET-TC (20%), 24% se diagnosticaron de cáncer de pulmón y 17% fueron dados de alta. Tras valorar los pacientes, se diagnosticó un caso de malformación arteriovenosa, un 4,9% se diagnosticaron de nódulos malignos, 1,47% fallecieron durante el seguimiento y un 24,5% fueron dados de alta por estabilidad radiológica tras una media de 3 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN. Esta consulta se considera resolutive ya que:

Se ha realizado el diagnóstico precoz de cáncer de pulmón en 10 pacientes.

Se han dado de alta 50 pacientes tras estabilidad radiológica durante una media de 3 años.

PÓSTER 39

Distinta expresión del síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños con hipertrofia amigdalар y enfermedad concomitante
Hurtado A, Chiner E, Sancho-Chust JN, Pastor E, Castelló C, Esteban V, Boira I, Vañes S, Celis C, Gómez-Merino E, Senent C. H. U. Sant Joan d'Alacant.

OBJETIVO: Comparar la expresión clínica y polisomnográfica del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (AOS) en niños con hipertrofia amigdalар (grupo A) y enfermedad concomitante (grupo B).

MÉTODO: Estudio prospectivo de 5 años, mediante polisomnografía (PSG) nocturna antes y después de intervención terapéutica.

RESULTADOS: Se estudiaron 168 pacientes, 121 en A y 47 en B, 110 niños y 58 niñas, edad media 7 ± 4 años, IMC $18,7\pm 5,1$, percentil IMC 67 ± 37 , perímetro del cuello 29 ± 4 , percentil de peso 72 ± 43 . Tenían un percentil $IMC\geq 95\%$ 42 (25 %), considerados obesos.

Al comparar A y B se observaron diferencias en la edad ($6,5\pm 3$ vs $8,6\pm 4$ años; $p<0,001$), IMC (18 ± 4 vs 20 ± 7 kg/m²; $p<0,05$), perímetro del cuello (28 ± 4 vs 30 ± 5 cm; $p<0,05$), percentil $IMC\geq 95\%$ (24% vs 28%; $p<0,05$), sin diferencias en el percentil de IMC (66 ± 35 vs 68 ± 42 ; $p=ns$). En A fue más frecuente la hipertrofia amigdalар ($p<0,001$), y en B, alteraciones del macizo facial ($p<0,001$), macroglosia ($p<0,01$), dolicocefalia ($p<0,01$), micrognatia ($p<0,001$), prognatismo ($p<0,05$) y obesidad ($p<0,05$). No se observaron diferencias en las variables neurofisiológicas excepto en el índice de microdespertares, con diferencias en las respiratorias, de mayor gravedad en B. Fueron tratados con adenoamigdalectomía (AA) 103 pacientes de A (85%) vs 28 (60%) de B ($p<0,001$). En B, 13 pacientes recibieron tratamiento con CPAP (28%) y 2 con BiPAP (4%) vs 7 en A (6%) ($p<0,001$). En B se realizó más cirugía maxilofacial ($p<0,01$). Tanto A y B mejoraron significativamente los parámetros clínicos y poligráficos tras intervención terapéutica, siendo más favorable en A.

CONCLUSIONES: el AOS infantil cursa con alto porcentaje de infecciones de repetición, retraso ponderal, hiperactividad y manifestaciones neuropsíquicas. La somnolencia y la obesidad son poco frecuentes, asociándose más a enfermedad concomitante. La mayoría precisará AA, pero un tercio presenta enfermedad residual. Los niños con AOS y enfermedad concomitante son más obesos con mayores alteraciones del macizo facial e hipoventilación nocturna. Con frecuencia precisan tratamientos combinados, como soporte ventilatorio, además de cirugía. Las variables principales de la PSG en AOS infantil son las respiratorias, contribuyendo escasamente las neurológicas.

PÓSTER 40

“APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) ENTRE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS (BQ) GRAVES”

Lera Rubén.; Sánchez Andrés. Ballesteros Eva.; Martínez Ángela.; Calvache Sergio; Ponce S.; Martínez Eva. H.U.Dr. Peset Valencia.

Introducción: Es conocido el efecto proinflamatorio de la AOS y su relación con diferentes enfermedades cardiovasculares y pulmonares. Las BQ por su etiopatogenia y prevalencia también se relacionan cada vez más con diversas enfermedades empeorando su sintomatología y pronóstico.

Objetivos: Analizar la prevalencia de AOS entre los pacientes con BQ graves.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con BQ en una consulta monográfica. Realización de poligrafía respiratoria a los pacientes con clínica compatible con AOS y analizar su relación con las características de las BQ.

Resultados: 184 pacientes de $68,46 \pm 14,61$ años, predominantemente mujeres 107 (58,2%) con IMC de $25,48 \pm 4,77$ Kg/m² (44% normopeso; 20% sobrepeso1; 16% sobrepeso2; 12% obesidad1; 2% obesidad mórbida y 6% peso insuficiente). 20 pacientes (10.86%) con un Epworth autoadministrado ≥ 11 puntos y 15 de ellos (8.2%) fueron diagnosticados de AOS: 5 leves (33.3%), 8 moderados (53.33%) y 2 graves (13.34%). 10 (66.70%) toleran bien la CPAP; 3 (20%) no toleran y en 2 (13.3%) no se prescribió. Observamos una relación entre el diagnóstico de AOS con el mayor grado de obesidad ($p < 0.009$); mayor disnea según escala BORG ($p = 0.044$); mayor obstrucción en el FEV₁ ($p = 0.03$) y mayor puntuación en la escala E-FACED ($p = 0.044$). No hubo relación ($p = NS$) entre el diagnóstico de AOS y el sexo, tabaquismo; características de las BQ (únicas vs difusas), colonización por microorganismos potencialmente patógenos (MPP) y tener otras patologías asociadas (EPOC, asma).

Conclusiones:

1. La prevalencia de AOS entre los pacientes con BQ de nuestra consulta es de un 8%.
2. La adherencia al tratamiento con CPAP en nuestros pacientes con AOS fue de casi el 70%.
3. Observamos una relación entre la AOS y el grado de obesidad, la disnea, la obstrucción espirométrica y la gravedad de las BQ.
4. No encontramos relación entre la AOS y el sexo, tabaquismo, localización de las BQ, colonización por MPP y otras patologías asociadas.

PÓSTER 41

ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE LA PANDEMIA RESPECTO A PREPANDEMIA

Antonio Quezada Reynoso^{1,2}, Manuela Marín González^{1,2}, Jaime Signes-Costa Miñana^{1,2}

1.Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, España. 2. INCLIVA, Valencia, España.

Objetivo: Análisis de los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) atendidos en una consulta monográfica durante el primer año de la pandemia por coronavirus respecto al año previo.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con TEP separados en dos grupos: 1. Pre-pandemia (1 de marzo de 2019 al 29 de febrero de 2020); 2. Pandemia (1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021). Análisis estadístico: Pruebas de Chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (22 del grupo 1 y 31 del grupo 2). Edad media 68,2 años (22-98, DE 14.87), 69,8% varones, fumadores el 13,2% y exfumadores el 39,6%. Comorbilidades: hipertensión arterial (58,5%), dislipemia (49,1%), obesidad (39,6%), cardiopatía (22,6%), diabetes (20,8%), enfermedad renal crónica (20,8%), neoplasia (15,1%), inmovilización (9,4%). Se consideró TEP provocado el 24,5% de los casos (9,1% en el grupo 1 y 35,5% en el grupo 2). En el grupo 2, el 25,8% de los pacientes tenían TEP asociado a COVID. Los síntomas al diagnóstico fueron: disnea 43,3%, fatiga 30,2%, hemoptisis 11,3%, tos 9,4%. El valor medio del dímero D fue de 5819,66 (DE 8038). El método diagnóstico fue por angio-TAC en el 86,5% de los casos y por gammagrafía en el 13,4%. En el 32,1% se asoció a trombosis venosa profunda. El TEP fue bilateral en el 44,2% de los casos, y la afectación encontrada: 28,3% en arterias principales, 64,2% arterias lobares, 56,5% arterias segmentarias. Tratamiento recibido: fibrinólisis (1), trombectomía por aspiración (1), heparina de bajo peso molecular (resto). Evolución de la disnea: 3 meses (32,1% de los pacientes); 6 meses (18,9%) No hay diferencias entre TEP asociado a COVID respecto al resto, a excepción de la presencia de factores provocadores ($p < 0,05$), que desaparecen al excluir los casos asociados a COVID-19.

Conclusiones: Los pacientes con TEP asociado a COVID tienen unas características clínicas y evolutivas similar a los no COVID. El incremento de casos de TEP durante el año de la pandemia podría estar asociado a la infección por virus SARS-CoV-2

PÓSTER 42

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN PACIENTES TEP CON Y SIN INFECCIÓN COVID

F. León, F. Sanz, A. Cervera, N. Carrión, S. Ramírez, P. Aguilar, A. Martínez, E. Fernández-Fabrellas, Neumología, Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN: Desde el inicio de la pandemia por SARS COV 2 se ha relacionado dicha infección con eventos trombóticos siendo uno de los más importantes la embolia pulmonar. Nuestro objetivo fue evidenciar si existen características diferentes cuando la embolia se presenta en contexto de la infección COVID o no.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo (marzo 2020-marzo 2021) de los pacientes ingresados por TEP en Neumología y en Unidad COVID; Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes. Consideramos 2 grupos según si tenían o no infección COVID y Se realizó análisis descriptivo y comparativo entre los dos grupos mediante de X^2 y t de Student.

RESULTADOS: Incluimos a 140 pacientes con TEP, 70 varones, media de edad de 70 años, 62% hipertensos. El 70% de los TEP fueron bilaterales, 72% en arterias principales y lobares, el 7% con datos de sobrecarga de VD. La mortalidad por cualquier causa fue del 4%. De los pacientes con TEP, 37 tuvieron además diagnóstico de COVID, 81% de ellos con neumonía y las dos patologías concomitantes en 68% de pacientes. 7 pacientes ingresaron en UCI, todos con TEP bilateral 3 de ellos por inestabilidad hemodinámica, los restantes, (todos COVID) por SDRA con PAFI <200. En el análisis comparativo entre los grupos encontramos que el TEP en el grupo con COVID fue más frecuentemente segmentario o subsegmentario (42%) $p=0.033$; El valor de Dímero D tuvo valores más elevados en el grupo con COVID $p=0.049$; y hubo mayor porcentaje de ingresos en UCI en el grupo COVID con una $p=0.016$.

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie, los pacientes con TEP e infección COVID concomitante, eran menos fumadores, tienen valores de Dímero D más elevados, la distribución del TEP es menos extenso. 2. El ingreso en UCI en nuestros pacientes parece estar más condicionado por la infección COVID más que por complicaciones del TEP.

PÓSTER 43

CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) TRAS INFECCIÓN POR COVID EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)

H. López Brull, A. Torres Sánchez, M. M. García Mullor, J. L. Pérez Pérez, L. Hernandez Blasco, J. Gil Carbonell. 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

Objetivos: Se ha visto que la infección por COVID19 se asocia a un estado protrombótico que aumenta el riesgo de TEP con respecto a la población general. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre TEP e infección por COVID19 en el HGUA y describir las características de estos pacientes.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes con diagnóstico radiológico de TEP y COVID confirmado con pruebas microbiológicas y serológicas desde marzo 2020 a febrero 2021. Para el análisis estadístico se utilizó el IBM SPSS versión 25.

Resultados: De los 257 pacientes incluidos en el estudio con diagnóstico de TEP en el periodo de pandemia por COVID19, 49 pacientes (19%) había tenido infección por COVID19 previa. De entre estos pacientes, el 55% eran hombres, edad media 65 ± 15 años y 18% padecían enfermedad pulmonar crónica. El 61% de los pacientes había precisado ingreso por COVID19, 10% eran fumadores, 24% obesidad, 8% habían tenido episodios trombóticos previos, 4% trombofilia, 6% cirugía en el último mes y 8% cáncer activo. Se objetivó TVP asociada en el 22% de los pacientes. En cuanto a la gravedad del TEP, el 38,6% pertenecía a la clase V (riesgo muy alto) en la escala PESI, el 16% clase IV (alto riesgo), el 13,6% clase III (riesgo moderado), el 18% clase II (bajo riesgo) y el 13,6% clase I (muy bajo riesgo). En cuanto a la extensión TEP en AngioTC: En el 39,6% de los casos, fue segmentario bilateral; el 27% fue central bilateral, el 31% segmentario unilateral y 2% central unilateral.

Conclusiones: Entre los pacientes con TEP que habían padecido infección por COVID, el factor de riesgo más frecuente fue el haber precisado ingreso por COVID19, cobrando menos importancia los considerados factores de riesgo clásicos. Además, en estos pacientes se ha visto una mayor gravedad del TEP.

PÓSTER 44

EFFECTOS DE LA PANDEMIA COVID19 EN LOS CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA)

A. Torres Sánchez, H. López Brull, M.M. García Mullor, J. L. Pérez Pérez, L. Hernández Blasco, J. Gil Carbonell. 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

Introducción: En el último año, se ha observado un aumento en la tendencia de los casos de TEP, coincidiendo con la crisis sanitaria debido al SARS-COV2. Nuestro objetivo es comparar los casos diagnosticados de TEP durante la pandemia con respecto al año previo a esta, y analizar si existe una relación directa con la infección por COVID19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados en el HGUA con diagnóstico de TEP desde el 15-febrero-2019 hasta 15-febrero-2021, independientemente de si tuvieran infección por COVID o no. Para el análisis se empleó el programa estadístico IBM SPSS versión 25 y MedCalc.

Resultados: Desde 15-Febrero-2020 hasta 14-Febrero-2021(segundo periodo) ingresaron en el HGUA 257 pacientes con TEP, con una media de edad de 67 ± 15 años, siendo el 46% mujeres. El año anterior (15-Febrero-2019 a 14-Febrero-2020, primer periodo), habían ingresado en nuestro hospital 170 pacientes, con una media de edad de 68 ± 16 años, siendo 52% mujeres. No hay diferencias significativas en la edad y el sexo entre los 2 periodos. Detectamos un aumento significativo (20,4% mayor porcentaje, 95%IC 13,7% a 26,8%, $p < 0,0001$) de los casos en el segundo periodo de tiempo, que se mantiene tras eliminar los 49 pacientes TEP con infección por COVID (10% mayor porcentaje, 95%IC 2.9% a 17%, $p < 0,01$). El incremento neto de pacientes con TEP entre los 2 periodos fue del 51%.

Conclusión: El aumento de casos de TEP durante la pandemia en nuestro hospital es estadísticamente significativo y no se puede atribuir exclusivamente a la infección por COVID19. Por ello, convendría estudiar otros factores que podrían ser responsables de este aumento en la frecuencia.

PÓSTER 45

INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y CARGA TROMBÓTICA DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Amina Bekki, Alberto García-Ortega, Grace Oscullo, Pilar Calvillo, Carles Fonfría, Carmen Morata, Raquel López-Reyes, José Daniel Gómez-Olivas, Laura Feced, Paula González-Jiménez, Ana Ferrando, Gabriel Anguera, Laura Trilles, Andrés Briones-Gómez, Miguel Ángel Martínez-García. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Objetivos: Determinar la incidencia, las características y los factores de riesgo de la tromboembolia pulmonar (TEP) en los pacientes hospitalizados por COVID-19. **Metodología:** Estudio prospectivo de una cohorte aleatoriamente seleccionada de pacientes consecutivos ingresados en planta de hospitalización por COVID-19. Se realizó angiotomografía computerizada a todos los pacientes elegibles con cifras elevadas de dímero D (DD), independientemente del grado de sospecha clínica de TEP. **Resultados:** Entre el 8 de marzo y el 25 de abril de 2020, de los 372 pacientes hospitalizados por COVID-19, 119 pacientes fueron aleatoriamente seleccionados, sin detectarse diferencias con el grupo no-seleccionado. Finalmente, 73 pacientes fueron elegibles (71% varones), con una edad media de 65 (± 16) años, IMC de 29,3 kg/m² ($\pm 5,8$) y la mayoría con neumonía multilobar (77%). A pesar del elevado uso de tromboprolifaxis farmacológica (89%), la incidencia de TEP fue del 35,6% (IC95% 29,6-41,6%), con afectación predominantemente periférica y baja carga trombótica (Qanadli del 18,5%). Al ingreso, la frecuencia cardiaca, la saturación periférica de oxígeno (spO₂), el DD y la proteína C reactiva (PCR) fueron predictores de riesgo de TEP en el análisis multivariado. Con estas 4 variables se construyó una escala de riesgo que mostró un alto valor predictivo de TEP incidental (área bajo la curva ROC 0,86; IC95% 0,80-0,93). **Conclusiones:** Nuestros hallazgos confirmaron una alta incidencia de TEP en pacientes hospitalizados por COVID-19. La frecuencia cardiaca, la SpO₂, la PCR y el valor de DD al ingreso se asociaron con un mayor riesgo de TEP durante la hospitalización.

PÓSTER 46

NEUMONIA POR SARS-COV-2 Y DAÑO MIOCÁRDICO AGUDO: PRONÓSTICO A LARGO PLAZO.

Minerva Ramírez, Francisco Sanz, Estrella Fernández, Noelia Carrión, Francesc Puchades, Fernanda León, Paloma Aguilar, Alberto Martínez Aracil.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, Valencia, España

OBJETIVO: Evaluar el pronóstico a largo de plazo de aquellos pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que presentaron DMA.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo y longitudinal durante un año de los sobrevivientes tras un evento agudo de neumonía por SARS-CoV-2. Se definió como DMA (daño miocárdico agudo) a la elevación de troponinas I hs-TNT por encima del p99 del límite de referencia. Se midieron variables clínicas y analíticas para comparar aquellos que fallecieron frente a los supervivientes. Se utilizó el test de X² y la U-Mann Whitney para el análisis estadístico. Se realizó una regresión de Cox para valorar la presencia de DMA como factor de riesgo de mortalidad a largo plazo y curvas de kaplan- Meier analizado con Log-rank.

RESULTADOS: De una población inicial de 337 pacientes diagnosticados de neumonía por SARS-CoV-2, analizamos 256 supervivientes (75,9%) de los cuales el 21,9% presentó DMA al ingreso. Durante el período de seguimiento [mediana 370 días (IQR 359-376)] la mortalidad fue del 9,4% (24 casos). Dos tercios de los casos de mortalidad ocurrieron durante los primeros seis meses y el 54,1% en los primeros 90 días de seguimiento. La mortalidad a largo plazo se asoció significativamente con la presencia de DMA en el episodio inicial (19,7% DMA en supervivientes frente a 45,8% en pacientes fallecidos) con un aHR de 3,21 (IC 95% 1,31-7,88); p = .011.

CONCLUSIONES: 1- El daño miocárdico agudo durante un episodio de neumonía por SARS-CoV-2 es un factor de peor supervivencia a largo plazo. 2- Los datos de nuestra serie apoyaría la vigilancia más estrecha y control de factores de riesgo cardiovascular en aquellos pacientes con DMA en el contexto de neumonía por SARS-CoV-2.

PÓSTER 47

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD TRAS NEUMONÍA POR COVID-19

S. Calvache, S. Herrera, L. Dahmazi, M. Acosta, I. López, A. Martínez, C. De Juana, A. Esteve, S. Ponce, E. Martínez-Moragón
H. U. Peset.

INTRODUCCION: No disponemos de índices predictivos que nos permitan estimar el deterioro de la CVRS y los dominios afectados para destinar los recursos necesarios para la neumonía COVID.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional prospectivo en una consulta creada para atender a los pacientes que precisaron hospitalización por neumonía COVID-19. Todos los pacientes han rellenado la encuesta multidimensional EQ-5D, escala EVA.

RESULTADOS: Un total de 60 pacientes fueron evaluados en un periodo de tiempo medio tras el ingreso hospitalario por neumonía COVID-19 de $101,83 \pm 26,73$ días. Edad media 65 ± 13 , 61% fueron hombres. Como comorbilidades, HTA 50%, DL 41%, DM 21%, cardiopatía 18%, obesidad 13%, antecedentes neurológicos 8% y patología respiratoria 28% (SAHS, Asma y EPOC). 37 pacientes (60%) fueron ingresados en UCRI, 16 (26%) en UCI. La media de estancia hospitalaria fue de 18 ± 17 días. La necesidad de soporte ventilatorio se asoció a ansiedad/depresión de la escala EQ-5D ($p 0.02$), así como los pacientes que ingresaron en UCI ($p0.01$) y UCRI ($p0.01$). Los pacientes con más días de ingreso tuvieron más dificultad para la movilidad ($p0.004$), cuidado personal ($p0.001$) y mayor dolor ($p0.0001$). La puntuación en la escala EVA fue menor en los que recibieron soporte ventilatorio ($p0.009$) y los que ingresaron en UCI ($p0.008$) y UCRI ($p0.004$). Con respecto a la edad, los mayores de 70 años tiene más dificultad en el cuidado personal ($p 0.029$) y los menores de 70 años expresan mayor afectación en ansiedad/depresión ($p 0.04$).

CONCLUSIONES: La hospitalización por neumonía COVID-19 afecta a la CVRS de los pacientes observándose mayor ansiedad/depresión en los que estuvieron más graves y tienen menor edad. Los mayores de 70 años y con estancia hospitalaria larga muestran más afectación en los dominios de movilidad y cuidado personal.

PÓSTER 48

PACIENTES CON NEUMONIA SARS-CoV-2 GRAVE: 3 MESES DESPUÉS DEL ALTA. P.Aguilar. E.Meneses. G.Palomino. F.Sanz. C.Sabater. N.Carrión. P.Valle. S.Ramirez. F.León. A.Martínez. E.Fernández-Fabrellas. S. Neumología. CHGUV. **INTRODUCCIÓN:**

La infección SARS-CoV-2 puede desarrollar secuelas respiratorias, sobre todo en pacientes con neumonía grave. Para detectar e identificar lo antes posible estas secuelas, se recomienda seguimiento ambulatorio protocolizado. **METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo longitudinal de pacientes controlados en consulta postCOVID tras hospitalización por neumonía grave. Excluimos de consulta neumonías leves, pacientes institucionalizados y/o con deterioro cognitivo. Presentamos datos a los 3 meses del alta, analizando variables sociodemográficas, clínicas y complicaciones. Análisis descriptivo y comparativo entre pacientes con y sin empeoramiento hospitalario. Chi2; p<0.05. **RESULTADOS:** Muestra de 183 pacientes, 55,7% hombres, edad media 61 años, no fumadores 59%. I.Charlson 0-1 puntos (83,4%), comorbilidades más frecuentes sobrepeso(63,8%) e HTA(41,4%). El 18,9% con patología respiratoria previa (asma 9,4%). Media hospitalización 13,94±12,56 días. Precisaron oxigenoterapia FiO2<35% (68,9%), FiO2≥35%-reservorio(9,4%); IOT(7,8%) y OAF o VMNI (6,7%). Empeoran durante el ingreso 31,8%(SAHS 14% patología respiratoria más frecuente), puntuación RALE 6 32,7% y RALE 8 23,6%. De los que empeoraron, 15,6% requirieron ingreso UCI. Las diferencias diferenciales entre los que empeoraron durante el ingreso vs. los que no, se muestran en la tabla.

| | | EMPEORAN | NO EMPEORAN | p |
|--------------------------|----------------------------|----------|-------------|---------|
| RALE INGRESO | RALE 6 (%) | 28,6 | 11,5 | 0,001 |
| RALE | RALE 6 (%) | 32,7 | 19,8 | < 0,001 |
| EVOLUCIÓN | RALE 8 (%) | 23,6 | 2,5 | < 0,001 |
| TERAPIA RESPIRATORIA | O2 FiO2 ≥35-reservorio (%) | 21,1 | 4,1 | < 0,001 |
| | Ventilación mecánica (%) | 22,8 | 0,8 | < 0,001 |
| ANTECEDENTE RESPIRATORIO | SAHS (%) | 14 | 3,3 | 0,016 |
| | Ingreso UCI (%) | 47,4 | 0,8 | < 0,001 |

A los 3 meses la mayoría de pacientes no tenían disnea basal (51,4%) y el 24% MRC 2. En el 39,9% se resolvieron las lesiones radiológicas detectadas, pero en 48,9% la TCAR detectó persistencia vidrio deslustrado(26,4%) o lesiones de características fibróticas(22,5%). TEP en 2,8%. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes con empeoramiento hospitalario tenían afectación radiológica moderada-grave, mayor requerimiento de FiO2 y SAHS como antecedente respiratorio más prevalente. A los 3 meses se detectan secuelas tipo EPI(48,9%), apareciendo características fibróticas en casi una cuarta parte.

PÓSTER 49

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID19 QUE HAN REQUERIDO INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI).

Á. Martínez Soriano, S. Herrera Lara, S. Ponce Pérez, S. Calvache Castillo, I. Lopez Moreno, O. Salamea Avila, C. Navarro Soriano, L. Dahmazi, A. Alvarez Brito, E. Martínez Moragón

INTRODUCCION: Las posibles secuelas pulmonares de los pacientes que han padecido una neumonía grave por COVID -19 siguen siendo un aspecto desconocido. **OBJETIVO:** Hemos realizado el presente trabajo de investigación para ahondar en su conocimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo de pacientes con neumonía grave por COVID-19 que ingresaron en la UCRI de nuestro hospital entre marzo de 2020 y febrero 2021. Fueron citados en una consulta específica de neumología con un control radiológico.

RESULTADOS: Un total de 148 pacientes fueron evaluados en un periodo de tiempo medio de $71,33 \pm 61,96$ días tras el ingreso hospitalario. Edad media de $60,92 \pm 13,5$ años, 70,9% eran hombres. En cuanto a comorbilidades: HTA en un 39,9%, DM en un 31,1% y enfermedad cardiovascular en un 12,8%. Presentaron secuelas radiológicas pulmonares un 45,9% de los pacientes, sin presentar diferencias significativas entre las olas de la pandemia (58,62% en la primera ola, 40% en la segunda y 48,68% en la tercera). La media de estancia hospitalaria fue 22,53 días. Se observaron más pacientes con secuelas pulmonares si el ingreso era más prolongado (22,76 frente a 18,05 días, $p=0.058$), así como en los pacientes de mayor edad (media 65,32 frente a 55,45 años en pacientes sin secuelas, $p=0.001$). No se observaron diferencias en cuanto a su estancia en UCI o entre los diferentes soportes ventilatorios empleados.

CONCLUSIONES: Aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 en una unidad de cuidados intermedios presentaron secuelas pulmonares por lo que es imprescindible un seguimiento por parte de Neumología de los mismos. Además, se observó una menor resolución de la afectación pulmonar en los pacientes de mayor edad y con una mayor estancia hospitalaria.

PÓSTER 50

FACTORES PRONÓSTICOS DE ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN NEUMONÍA POR SARS-COV-2. M. Giménez Suau, E. Nofuentes Pérez, R. García Sevilla, I. Gayá García-Manso, P. Ruiz Torregrosa, I. Rodríguez Galán, J. Arenas Jiménez, Ó. Moreno Pérez, J. Gil Carbonell, E. Merino de Lucas. *H. General Universitario de Alicante (HGUA), Alicante, España.*

Objetivo: Comparar las características de los pacientes que llegaron a la consulta de Neumología tras un cribado clínico, radiológico y funcional, frente a aquellos sin secuelas por infección por SARS-CoV-2. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados en la consulta de Neumología a los 8 meses tras la infección por SARS-CoV-2. Se realizó un cribado clínico, radiológico y funcional a los pacientes atendidos en el HGUA entre las fechas 20/01 al 20/05/2020, remitiéndose aquellos con disnea igual o mayor a 2 de la mMRC, afectación radiológica de nueva aparición y/o alteración de las pruebas funcionales respiratorias. Se comparó este grupo con los pacientes atendidos y que no presentasen alteraciones respiratorias. Se valoraron los factores pronósticos al ingreso entre ambos grupos. Se excluyeron del análisis los pacientes fallecidos. **Resultados:** De los 470 pacientes dados de alta, 57 pacientes fueron remitidos a la consulta, 20 (34,5%) de ellos presentaban disnea persistente, 22 (37,9%) alteraciones funcionales, y 18 (31%) alteraciones radiológicas. Presentaban una edad (62,56 frente a 54,08) y un índice de Charlson mayor (2 frente a 1) en comparación con los pacientes sin secuelas. No hubo diferencias significativas en el número de personas con obesidad ni con Diabetes. El 27% de los pacientes de la consulta presentaban afectación radiológica mayor al 50%, frente al 9% sin secuelas posteriores. Precisarón con mayor frecuencia manejo a nivel hospitalario los pacientes de la consulta y recibieron con mayor frecuencia tratamiento con Tocilizumab y/o corticoides. La necesidad de ventilación no invasiva o ingreso en unidad de cuidados intensivos fue mayor en el grupo de consulta. Analíticamente al ingreso presentaron una saturación de oxígeno y Pa/FiO₂ menores, con marcadores inflamatorios más elevados de forma significativa. **Conclusión:** Los pacientes con secuelas respiratorias a medio-largo plazo por infección por SARS-CoV-2 presentaban mayor edad y morbilidad, mayor respuesta inflamatoria, una mayor extensión radiológica al ingreso y precisaban con mayor frecuencia de tratamiento corticoideo y/o Tocilizumab.

PÓSTER 51

SECUELAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES TRAS NEUMONÍA POR SARS-COV-2 Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS RESPIRATORIO

Celis C., Esteban V, Boira I, Vañes S, Sancho-Chust JN, Senent C, Castelló C, Pastor E, Dorgham A, Cánovas C, Chiner E. S. Neumología. H. U. San Juan de Alicante.

Introducción: Se desconocen las secuelas a medio-largo plazo de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) secundario a neumonía por SARS-CoV-2. Nuestro objetivo fue describir las secuelas clínicas y funcionales más frecuentes, así como evaluar si los pacientes que presentaron SDRA durante el ingreso presentaron mayor afectación.

Método: Estudio observacional, prospectivo, que incluye pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 que precisaron ingreso entre el 01/03 y el 30/11 de 2020 y con seguimiento posterior a los 3 meses tras el alta, con realización de pruebas de función pulmonar completas (espirometría, difusión y volúmenes pulmonares), así como test de 6 minutos marcha cuando se consideró indicado. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, radiológicas, así como de exploración funcional respiratoria. Tras el análisis descriptivo, para las comparaciones se emplearon la prueba T de student, U de Mann-Whitney, χ^2 y test exacto de Fisher.

Resultados: Se estudiaron 145 pacientes, con una edad media de 59 ± 12 años, de los que el 61% eran hombres y cumplieron criterios de SDRA el 25%. Se realizó test de 6 minutos marcha a 75 pacientes (52%). A los 3 meses del ingreso, 63% de los pacientes presentaban alteraciones clínicas, 36% alteraciones radiológicas y 34% alteraciones funcionales. Las clínicas más frecuentes fueron: disnea (49,7%), astenia (30,2%), tos (14,5%), dolor torácico (9,7%) y mialgias (8,3%). Las funcionales más frecuentes fueron: disminución de la difusión (33,1%), atrapamiento aéreo (23,4%), restricción (13,8%) y obstrucción (11,7%). Los pacientes con SDRA durante el ingreso tuvieron más secuelas clínicas en forma de disnea (44%, $p=0,014$) y de astenia (24%, $p=0,007$). Estos pacientes tuvieron peor FVC% ($p=0,001$), FEV1% ($p=0,001$), DLCO% ($p<0,001$), RV% ($p=0,024$), TLC% ($p=0,004$) y también recorrieron menos distancia en el test de 6 minutos marcha ($p=0,036$).

Conclusiones: A los 3 meses del ingreso las alteraciones clínicas más frecuentes fueron la disnea y la astenia. Funcionalmente lo más frecuente fue la disminución de la difusión. Los pacientes que han presentado neumonía grave con SDRA tienen más secuelas desde el punto de vista clínico y funcional a los 3 meses de seguimiento.

PÓSTER 52

ALTERACIONES RADIOLÓGICAS POR TAC TORÁCICA EN LA CONSULTA COVID-19 Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS RESPIRATORIO

Vañes S, Esteban V, Celis C, Boira I, Sancho-Chust JN, Senent C, Castelló C, Dorgham A, Gómez-Merino E, Chiner E. S. Neumología. H. U. San Juan de Alicante,

Introducción

Los pacientes ingresados con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 con afectación grave en forma de síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) podrían tener mayor probabilidad de desarrollar secuelas parenquimatosas. Nuestro objetivo fue describir las secuelas parenquimatosas observadas en la TAC torácica realizada desde consultas de Neumología, así como comprobar si los pacientes que presentaron SDRA durante el ingreso tuvieron más secuelas radiológicas.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes seguida en consultas de Neumología tras ingreso por neumonía por SARS-CoV-2 entre el 01/03 y el 30/11 de 2020. Se incluyeron aquellos a los que se realizó TACAR torácica y/o angio-TAC tras 3 meses del alta y se detectaron secuelas parenquimatosas y/o tromboembolismo pulmonar. Se analizaron datos demográficos, clínicos y radiológicos. Se realizó análisis descriptivo y comparación de variables cualitativas, empleando el test de χ^2 o el de Fisher.

Resultados

Se incluyeron 52 pacientes, con edad media de 63 ± 12 años, 67,3% hombres. Cumplieron criterios de SDRA durante el ingreso 44% de los pacientes. Se realizaron 51 TACAR torácica y 1 angio-TAC.

Los hallazgos más frecuentes fueron: vidrio deslustrado (53,8%), reticulación (38,5%), engrosamiento septal (36,5%), bandas fibróticas (21,2%), pérdida de volumen (17,3%), bronquiectasias por tracción (17,3%), panalización (3,8%) y tromboembolismo pulmonar (1,9%). El grupo de pacientes con SDRA tuvieron mayor probabilidad de presentar secuelas parenquimatosas en forma de vidrio deslustrado ($p=0,013$), engrosamiento septal ($p=0,010$), así como bandas fibróticas ($p=0,044$).

Conclusiones

La presencia de vidrio deslustrado fue el hallazgo radiológico más frecuente en aquellos pacientes con secuelas en la TAC torácica de control en la consulta COVID-19. La presencia de SDRA se asocia a una mayor probabilidad de tener secuelas parenquimatosas en la TAC realizada a los 3 meses del ingreso en forma de vidrio deslustrado, engrosamiento septal, así como bandas fibróticas. Será fundamental el seguimiento especializado a largo plazo para valorar en estos pacientes cuántas de estas lesiones son crónicas, así como su repercusión funcional.

PÓSTER 53

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) NO ASOCIADO A COVID-19 Y PERIODO DE CONFINAMIENTO

Castelló C, Boira I, Chiner E, Esteban V, Sancho-Chust JN, Pastor E, Gómez-Merino E, Senent C, Vañes S, Celis C. H. Universitari Sant Joan d'Alacant.

Introducción: los datos sobre la incidencia de TEP no asociado a COVID-19 durante el periodo de confinamiento son contradictorios. Nuestro objetivo fue evaluar si existió mayor incidencia de TEP durante el mismo y valorar sus características.

Método: se compararon los ingresos confirmados por TEP, con PCR a COVID-19 negativa, entre el 15 de marzo y 21 de junio de 2020 (Grupo A), frente a los observados en el mismo periodo de 2019 (Grupo B) valorando el porcentaje relativo frente al total de ingresos, edad, género, tabaquismo, factores de riesgo, grupo de riesgo, PESI, procedencia, expresión clínica, analítica, radiológica y gasométrica, ingreso en UCI y mortalidad. Se empleó la t-student (datos no pareados), el test de χ^2 y el test de proporciones entre grupos.

Resultados: en el mismo periodo, en 2019 hubo 365 ingresos (44 TEP, 12.05%) y en 2020, 295 ingresos no COVID (36 TEP, 12.20%) ($p=ns$). El grupo A estuvo constituido por 36 pacientes, 16 hombres y 20 mujeres y el B por 44, 21 hombres y 23 mujeres ($p=ns$). Se observaron diferencias en la edad (62 ± 20 vs 72 ± 15 , $p<0.05$), sin diferencias en tabaquismo, HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, enfermedad cardiovascular, TEP previo, EPOC, insuficiencia renal, neoplasia previa, institucionalización o grupo de riesgo. Al ingreso la PaO_2/FiO_2 fue inferior en A (326 ± 70 vs 377 ± 47 , $p<0.01$), y la escala PESI (83 ± 26 vs 101 ± 37 , $p<0.05$), sin diferencias en D-dímero, otros datos clínicos y analíticos, extensión por angio-TC, TVP acompañante o presencia de disfunción ventricular derecha. Ingresaron en UCI 4 pacientes de A y 7 de B ($p=ns$). Fallecieron 10 pacientes en A y 7 en B ($p=ns$). Los días de estancia fueron 9 ± 14 en A vs 7 ± 6 ($p=ns$).

Conclusiones: aunque no se pudo constatar una mayor incidencia de ingresos por TEP durante el confinamiento, los pacientes fueron más jóvenes y con menos factores de riesgo clásicos para TEP, lo que podría atribuirse a sedentarismo o inmovilidad asociada al confinamiento.

PÓSTER 54

ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Castelló C, Pastor E, Esteban V, Celis C, Boira I, Sancho-Chust JN, Senent C, Vañes S, Chiner E. S. Neumología. H. U. San Juan de Alicante,

Introducción: Aunque la relación entre tabaquismo y SARS-CoV-2 es controvertida, parece ser un factor de riesgo de mayor gravedad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados desde el 15/03/2020 al 01/05/2020, por neumonía SARS-CoV-2. Se recogieron los antecedentes de hábito tabáquico, así como si aparecía o no reflejado en la historia, variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes respiratorios, gravedad de la enfermedad, necesidad de ingreso en UCI y mortalidad. Se empleó el test de proporciones y la t-student para la comparación entre grupos.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes, (57 % varones), con una edad media de 65 ± 15 años. Entre las comorbilidades destaca HTA en 44% y obesidad (IMC >35 Kg/m²) en 26%. Del total, 28% refería antecedentes respiratorios, con diagnóstico previo de EPOC en 43%, de asma en 27% y de AOS 15%. Respecto al hábito tabáquico, destaca que en 31% no aparecía recogido, por lo que se obtuvo mediante contacto telefónico a los pacientes o a sus familiares. Un 54 % de los ingresados se declaraban no fumadores, 5% fumadores activos y 38% ex fumadores. La gravedad de la enfermedad fue clasificada en leve/moderada (47%) o grave/muy grave (53%) según el grado de afectación radiológica, la necesidad de soporte ventilatorio, ingreso en UCI y la mortalidad. Al agrupar los fumadores con los exfumadores (44%) y comparar con los no fumadores (56%), en el grupo de fumadores y exfumadores existía mayor proporción de varones (65% vs 51%, $p < 0.05$), tenían mayor edad (68 vs 63 años, $p < 0.05$) y mayor porcentaje de antecedentes respiratorios (37% vs 19%, $p < 0.05$), además de mayor afectación grave/muy grave (68 % vs 41 %, $p < 0.001$). No obtuvimos diferencias significativas en ingreso en UCI (20% vs 11%, p :ns) ni en mortalidad (17% vs 16%, p :ns).

Conclusiones: En pacientes ingresados por COVID-19, el ser fumador o ex-fumador se asocia a mayor gravedad. El hábito tabáquico debería quedar reflejado siempre en la historia clínica del paciente, al igual que otros factores de riesgo. La pandemia por coronavirus debe ser una oportunidad para mejorar la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

PÓSTER 55

BRONCOSCOPIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.

Sancho-Chust JN, Castelló C, Celis C, Vañes S, Boira I, Esteban V, Pastor E, Pulido AM, Maestre L, Chiner E. S. Neumología. H. U. Sant Joan d'Alacant.

Objetivos:

Analizar las características y la rentabilidad de la Broncoscopia (FB) en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Metodología:

Análisis retrospectivo de las FB realizadas a pacientes hospitalizados por COVID-19 en 12 meses, analizando datos del procedimiento y resultados. Análisis de subgrupos según mortalidad hospitalaria.

Resultados:

Se incluyeron 70 FB realizadas a 48 pacientes (mediana 1 [1-4]), 64% varones, edad 64±11 años, 87% en unidades de críticos. La indicación fue: descartar sobreinfección 63%, atelectasia 10%, mal manejo secreciones 7%, diagnóstico COVID-19 4%, sangrado 4%, dificultad ventilación 4% y otras 8%.

Hallazgos en la exploración: secreciones mucosas 47%, coágulos 17%, tapón mucoso 11%, secreciones purulentas 4% y otros 7%.

Procedimientos diagnósticos: BAS 57% (positividad 52%), miniBAL 27% (positividad 74%) y otros 10%. Procedimientos terapéuticos: extracción coágulo 14%, extracción tapón mucoso 11%, mucolisis 7% y otros 4%. Complicaciones: 23% insuficiencia respiratoria, 1% disminución nivel conciencia. No contagios del personal sanitario.

Diagnóstico de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en un 24% (K. pneumoniae 18%, S. maltophilia 18%, P aeruginosa 18%, Entrobacter spp 12%, otros 24%), Traqueobronquitis 7% (P. aeruginosa 60%, Aspergillus spp 40%) y Colonización 23% (Candida spp 63%, P. aeruginosa 12%, Aspergillus spp 12%).

Los fallecidos, en comparación con los supervivientes, precisaron mayor FiO₂ durante el procedimiento (100±0% vs 81±30%, p=0.001), mayor tiempo de exploración (11±13min vs 6±2min, p=0.029), mayor positividad de miniBAL (90% vs 43%, p=0.036) y mayor hallazgo de restos hemáticos (35% vs 8%, p=0.006).

Conclusiones:

La Broncoscopia en COVID-19 se realiza principalmente a pacientes críticos, siendo útil para confirmar sobreinfecciones y manejo de coágulos/secreciones. Los pacientes que fallecen parecen necesitar pruebas más complejas y con mayor hallazgo de restos hemáticos.

PÓSTER 56

“COVID-19 ENTRE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS”

Ballesteros Eva.; Lera Rubén.; Sánchez Andrés.; Martínez Ángela.; Calvache Sergio; Martínez Eva. H.U.Dr. Peset Valencia.

Objetivos: Analizar cómo ha afectado la infección por COVID a los pacientes diagnosticados de bronquiectasias (BQ)

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes seguidos en consulta de neumología especializada por BQ; Hemos analizado si han sufrido infección por COVID-19 entre 14/03/2020 y 09/04/2021 y cuál ha sido su evolución.

Resultados: Analizamos 184 pacientes de $68,46 \pm 14,61$ años, 107 mujeres (58,2%) con IMC de $25,48 \pm 4,77$ Kg/m². Excluimos 22 pacientes (11,9%) por exitus por otras causas. De 162 pacientes, 18 (11,11%) fueron COVID+, 5 (3,01%) precisaron ingreso y 2 (1,23%) fueron exitus. No encontramos diferencias respecto a la prevalencia COVID en grupo de edad similar en la Comunidad Valenciana (CV). De los positivos, 15 (83,33%) tenían BQ difusas frente a 3 (16,66%) con BQ únicas ($p < 0,05$). La positividad según la gravedad en cuestionario BSI fue de: 9 graves, 7 moderados y 2 leves ($p = 0,003$). Todos los ingresos fueron en pacientes con BQ graves 5 (3,01%) ($p = 0,009$) falleciendo 2 de ellos (1,23%) ($p = \text{NS}$). Los pacientes con BQ e infección bronquial crónica (IBC) tuvieron menos COVID (5 vs 13 casos) ($p < 0,05$), así como también ocurrió con el EPOC asociado (4 vs 14 casos, $p = 0,003$) y los portadores de VMNI domiciliaria (0 vs 18 casos, $p < 0,004$). El uso de corticoides inhalados no se relacionó con la probabilidad de contagio o ingreso por COVID ($p = 0,086$). La infección y gravedad de COVID no se relaciona con el sexo, la presencia de inmunodeficiencias, grado de obstrucción en espirometría ni otras comorbilidades o tratamientos ($p = \text{NS}$)

Conclusiones:

1. La prevalencia de infección COVID en los pacientes con BQ parece ser similar a la su mismo grupo de edad en la CV.
2. La mayor puntuación en el cuestionario BSI parece aumentar la gravedad de la infección por COVID.
3. Los pacientes con IBC, EPOC asociado y con uso de VMNI tuvieron menos COVID.

PÓSTER 57

SEROPREVALENCIA POR SARSCoV2 EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASPLANTE DE PULMÓN DEL HOSPITAL LA FE TRAS LA PRIMERA OLA.

Thais Beauperthuy Levy, Juan Pablo Reig Mezquida, Beatriz Montull Veiga, María José Selma Ferrer, Desamparados Pastor Colom, Gabriel Anguera de Francisco, Amparo Solé Jover.

Hospital la Fe, Valencia, España.

a.OBJETIVOS:

Analizar la seroprevalencia por SARSCoV2 en la población receptora de trasplante pulmonar del Hospital Universitario y Politécnico La Fe tras la primera ola.

b.MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional transversal de una cohorte, retrospectivo. Se analizó la exposición previa al virus Sars-CoV2 con desarrollo de inmunidad. La cohorte objeto fue la población trasplantada pulmonar que tuvieron seguimiento en consultas durante junio a octubre 2020. Se obtuvo serología IgG e IgM en la práctica clínica habitual (real-life study). Se realizó análisis estadístico con el programa spss versión 20 usando test de Chi cuadrado de Pearson en variables cualitativas y test exacto de Fisher en cuantitativas.

c.RESULTADOS:

Un total de 144 receptores de trasplante pulmonar aceptaron entrar en el estudio (bipulmonar 117, unipulmonar 21, cardiopulmonar 6). Tiempo medio 63,14 meses de trasplante. 103 hombres, 41 mujeres. La seroprevalencia de Covid-19 fue de 2 pacientes con IgG positiva (1,5% de la muestra). No detectamos IgM positivas. Un caso tuvo infección grave y PCR positiva, falleció por la infección. El 39,5% de la muestra presentó sobrepeso. El 61,8% HTA, el 45,8% DM y el 27% ambas. 81 pacientes de la muestra (56,25%) presentaban enfermedad renal y el 24,7% disfunción crónica del injerto.

d.CONCLUSIÓN:

Se recoge la escasa tasa de enfermedad asintomática Covid-19 que presentaron los pacientes trasplantados de pulmón durante la primera ola de pandemia. Las medidas de autoprotección de rutina empleadas por los pacientes sirvieron para reducir la incidencia de casos totales. La muestra presenta factores de riesgo para desarrollar infección grave por Covid-19. Se necesita seguir analizando la seroprevalencia de los pacientes inmunodeprimidos tras las segunda y tercera oleada.

