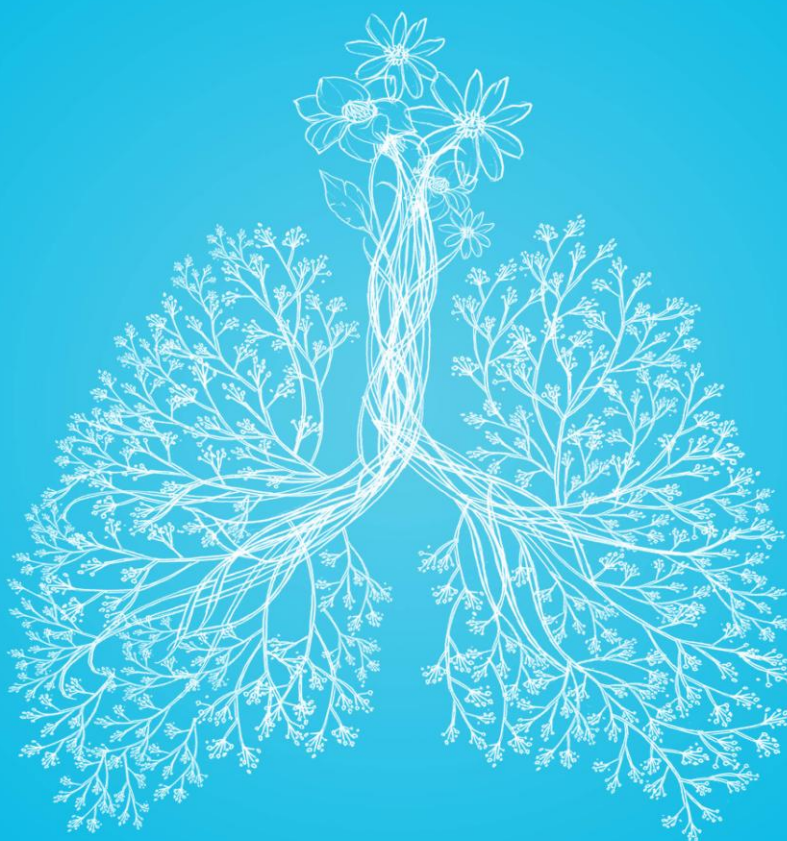


Libro de Ponencias y Comunicaciones



8/9 MARZO / 2018

AUDITORIO **PRINCIPE FELIPE** - OVIEDO
- PRINCIPADO DE ASTURIAS -



XXIII CONGRESO

ASTURPAR

... SOCIEDAD ASTURIANA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA ...

Junta Directiva:

Presidente: Manuel Ángel Martínez Muñiz

Vicepresidenta: M^a Carmen Camblor Méndez

Tesorera: Ana Pando Sandoval

Secretaria: Marta M^a García Clemente

Vocales: M^a José Escobar Fernández

José Antonio Gullón Blanco

Concepción Rodríguez García

Inmaculada Sánchez Fernández

Comité Científico ASTURPAR

Presidente: Jesús Allende González

Vocales: Amelia Alzueta Álvarez

Vocales: Benigno del Busto de Lorenzo

Vocales: Gemma Rubinos Cuadrado

Vocales: Andrés Avelino Sánchez Antuña

***** ENTIDADES COLABORADORAS *****

CHIESI

ASTRA-ZÉNECA

BOEHRINGER

ESTEVE

FERRER

GLAXOSMITHKLINE

MENARINI

NOVARTIS

ORION PHARMA

OXIMESA

ROVI

VITAL AIRE

Programa

Jueves 8 de marzo *****	Sala 11
15.00 h. Inauguración de exposición de la Industria Farmacéutica. <i>Entrega de Documentación</i>	17.45 h. Inauguración oficial del Congreso
Sala 11	18.15 h. Café de bienvenida
15.45 h. PRESENTACIÓN COMUNICACIONES	18.45 h. MESA REDONDA. Novedades diagnósticas y terapéuticas en Patología pleural. Dr. Francisco Julián López González <i>Área de Gestión clínica del pulmón</i> H.U.C.A. Oviedo
MODERAN: Dra. Amelia Alzueta Álvarez <i>Sº de Neumología</i> H. Universitario Cabueñes. Gijón.Asturias	Moderador: Dr. Francisco Javier Aragón Valverde <i>Área de Gestión Clínica del Pulmón</i> <i>Sº de Cirugía torácica</i> H.U.C.A-Oviedo. Asturias
Dr. Juan Rodríguez López <i>Sº de Neumología</i> H.Grande Covián. Arriondas. Asturias	
Sala 10	19.30 h. SYMPOSIUM CHIESI
15.45 h. PRESENTACIÓN COMUNICACIONES	Avanzando en el control del paciente con EPOC Trasladando la evidencia científica a la práctica clínica habitual. Dra. Marta García Clemente <i>Área de Gestión clínica del pulmón</i> H.U.C.A. Oviedo
MODERAN: Dra. Carmen Camblor Méndez <i>Sº de Neumología</i> H. Valle del Nalón. Riaño-Langreo. Asturias	Nuevas evidencias de la triple terapia en el tratamiento de la EPOC. Dr. Jesús Allende González <i>Unidad de Gestión Clínica de Neumología</i> H. San Agustín. Avilés. Asturias
Dra. Ana Expósito Villegas <i>Sº de Neumología</i> H. Universitario de Cabueñes-Gijón. Asturias	Moderador: Dr. Pere Casán Clarà <i>Director del Área de Gestión clínica del Pulmón. H.U.C.A. Oviedo.</i> Catedrático de Medicina de la Universidad de Oviedo.
Sala 9	
16.15 h. CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO para D.U.E.	
Ventilación mecánica no invasiva. Introducción de la enfermería en la Ventilación mecánica no invasiva. Dr. Francisco Rodríguez Jerez <i>Área de Gestión clínica del pulmón</i> H.U.C.A. Oviedo.	
DUE. Encarnación Fernández González DUE. Cristina Sánchez Mérida <i>Área de Gestión clínica del pulmón</i> H.U.C.A. Oviedo	

VIERNES 9 de marzo

14:00 h. Comida de trabajo

Sala 11

16:00 h. Asamblea ASTURPAR

17:00 h. MESA REDONDA.

Abordaje multidisciplinar de la enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Diagnóstico clínico

Dra. Claudia Valenzuela González

S^o de Neumología

H. Universitario La Princesa. Madrid.

Diagnóstico Radiológico

Dra. Inmaculada Herráez Ortega

S^o de Radiología

Complejo asistencial Universitario. León

Diagnóstico broncoscópico

Dr. Jaime Sauleda Roig

S^o de Neumología

H. Universitario Son Espases.

Palma de Mallorca

Diagnóstico anatomopatológico

Dr. Javier Gómez Román

S^o de Anatomía Patológica

H. Universitario Marqués de Valdecilla

Santander.

Moderan:

Dr. Manuel Ángel Villanueva Montes

Unidad de Gestión Clínica de Neumología

H. Universitario San Agustín. Avilés.

Asturias

Dr. Miguel Arias Guillén

Área de Gestión clínica del pulmón

H.U.C.A. Oviedo

19.00 h. Café.

19.30 h. Conferencia de Clausura

Intimidad en el ámbito sanitario con especial referencia a la Historia Clínica Electrónica.

Dr. Sergio Gallego Riestra

Coordinador de responsabilidad patrimonial y Encargado del Registro de Instrucciones previa de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Presidente de la Comisión asesora de Bioética del Principado de Asturias.

Presentación.

Dr. Manuel Ángel Martínez Muñiz

Presidente de ASTURPAR y

FUNDACIÓN AIRE

20.30 h. Vino Español



ENTIDADES COLABORADORAS

CHIESI

ASTRA – ZÉNECA

BOEHRINGER

ESTEVE

FERRER

GLAXOSMITHLINE

MENARINI

NOVARTIS

ORION PHARMAOXIMESA

ROVI

VITAL AIRE

CONVOCATORIA DE PREMIOS ASTURPAR 2018

Premios al XXIII Congreso ASTURPAR

- **Premio Eloy Gaspar Diego - Patrocinado por Oximesa**
Premio de 600 Euros y placa conmemorativa a la mejor comunicación del Congreso.
- **Premio Enfermería – Patrocinado por Oximesa**
Premio de 300 Euros a la mejor comunicación del Congreso que la primera firmante sea Enfermera.
- **Premio EPOC – Patrocinado por Oximesa**
Premio de 300 Euros a la mejor comunicación sobre el tema EPOC del Congreso.

Los premios de comunicaciones al congreso, junto con las becas y ayudas concedidas, se entregarán en la asamblea de socios.



**Fdo.: Dra. Marta M^a García Clemente
Secretaria de ASTURPAR**



**Vº. Bº.
Fdo.: Dr. Manuel Ángel Martínez Muñiz
Presidente de ASTURPAR**

Oviedo, 11 de enero de 2018

PONENCIAS

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. INTRODUCCIÓN DE LA ENFERMERÍA, EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

Dr. Francisco Rodríguez Jerez

Área de Gestión Clínica del pulmón
H.U.C.A Oviedo-Asturias

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) se ha convertido en los últimos años en una técnica terapéutica de gran importancia en el tratamiento hospitalario de pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda Hipercápnica (IRAH) y en el tratamiento domiciliario de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) de diversas etiologías.

En el ámbito hospitalario la VMNI puede aplicarse en el entorno de Urgencias, Unidades de Críticos, Reanimación, Semicríticos, Unidades específicas de VMNI o de monitorización respiratoria e incluso en la planta de hospitalización convencional, en función de las características clínicas de los pacientes, su requerimiento de cuidados y las posibilidades de cada centro.

El papel de la enfermería, su conocimiento de las habilidades básicas necesarias para la correcta aplicación de la técnica y su capacidad de detectar y resolver problemas durante el tratamiento es primordial para obtener los objetivos terapéuticos deseados, una buena tolerancia y lograr una adhesión adecuada del paciente al tratamiento tanto en situaciones agudas como en el caso de los pacientes que requieren tratamiento crónico con VMNI domiciliaria.

En los pacientes con IRAH, las entidades principalmente subsidiarias de tratamiento con VMNI son la agudización de la EPOC con hipercapnia sin/con acidosis, las descompensaciones de pacientes con Síndrome de Hipoventilación por Obesidad /SAHS, y otras entidades patológicas que pueden presentar con frecuencia IRAH en sus descompensaciones, como las enfermedades neuromusculares, las neumopatías restrictivas, etc.

Además de ser de gran utilidad en la IRAH, hay un grupo de pacientes que son tributarios de ser remitidos a su domicilio con tratamiento temporal o definitivo con VMNI, como es el caso de algunos pacientes con EPOC con IRC, enfermos afectados de enfermedades neuromusculares degenerativas (p.Ej. ELA), Síndrome de Hipoventilación Obesidad, cifoscoliosis grave, etc.

El personal de enfermería debe conocer las características básicas del funcionamiento de los dispositivos (ventiladores) con los que se aplica la VMNI, así como el manejo de las mascarillas (o interfases), las tubuladuras y otros accesorios necesarios para la administración de los tratamientos, ya que el éxito del tratamiento depende en gran medida de la experticidad del equipo asistencial.

NOVEDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN PATOLOGÍA PLEURAL.

Dr. Francisco Julián López González

Área de gestión Clínica del Pulmón
H.U.C.A. Oviedo-Asturias

INTRODUCCIÓN:

La patología pleural es cada vez más prevalente. En el momento actual, se diagnostican más de 1.500.000 derrames pleurales al año en USA. Siendo los diagnósticos más frecuentes: insuficiencia cardiaca, derrame paraneumónico secundario a NAC y neoplasias.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:

Para llegar al correcto diagnóstico de un derrame pleural, debe realizarse en primer lugar una toracocentesis diagnóstica. En gran parte de los casos, el enfoque clínico y los parámetros analíticos del líquido pleural, dan lugar al diagnóstico. La clasificación clásica del derrame pleural en función de los parámetros bioquímicos, es la realizada por Light que divide a los mismos en trasudados y exudados. La correcta tipificación del derrame en base a estos criterios, es básico para orientar correctamente la etiología del derrame pleural.

Si la aproximación clínica, radiológica y bioquímica del derrame pleural, no son suficientes para establecer un diagnóstico de certeza en el momento de la valoración del paciente, tendremos que realizar pruebas adicionales. En este sentido, la toracocentesis diagnóstica nos permite también realizar un análisis citológico y microbiológico del líquido pleural.

Clásicamente, el siguiente paso en la escalera diagnóstica del derrame pleural de origen desconocido, era la realización de una biopsia pleural cerrada, no obstante, esta técnica tiene limitaciones importantes, entre las que destaca el ser operador-dependiente y de utilidad limitada en enfermedades con afectación parcheada de la pleural.

En el momento actual, disponemos de otros métodos diagnósticos que nos ayudan a esclarecer la etiología del derrame pleural, entre los que podemos destacar la Tomografía de Emisión de Positrones (PET) y la ecografía pleural. Aisladamente o combinadas con otras técnicas de imagen como el TC, suponen en el momento actual herramientas inestimables para localizar lesiones pleurales y realizar biopsias dirigidas, mejorando considerablemente la rentabilidad de las mismas.

En los últimos años, además cada vez se utiliza más la ecografía para la visualización del parénquima pulmonar y de otras estructuras como el diafragma.

No podemos olvidar tampoco el valor añadido que supone la visualización directa de las lesiones pleurales, bien por toracoscopia médica ó por videotoracoscopia quirúrgica, que además de mejorar la rentabilidad diagnóstica, nos ofrecen opciones terapéuticas, especialmente en el caso de la segunda, tales como la pleurodesis con talco pulverizado, etc...

TRATAMIENTO:

El diagnóstico de la patología pleural es, a menudo, complejo y requiere de una elevada tecnificación para conseguir una sensibilidad y especificidad adecuadas. En cualquier caso, los avances tecnológicos, han tenido también implicaciones terapéuticas. Así, la ecografía se ha convertido en una herramienta útil no solo para visualizar la cavidad pleural, sino también para elegir el lugar correcto de inserción del drenaje, minimizando las complicaciones y las posibilidades de realizar iatrogenia. Otros dispositivos, tales como los drenajes tunelizados, nos permiten manejar ambulatoriamente el derrame pleural, eliminando la necesidad de ingreso del paciente y la realización de toracocentesis repetidas, lo que redundará en una menor frecuentación de los servicios de urgencias y en una mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, en los últimos años se ha incrementado significativamente el arsenal diagnóstico y terapéutico con el que realizar correctamente el diagnóstico y abordar mejor el tratamiento del paciente con patología pleural.

AVANZANDO EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON EPOC. TRASLADANDO LA EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

Dra. Marta García Clemente

Área de gestión Clínica del Pulmón
H.U.C.A. Oviedo-Asturias

Se presentan en este symposium los estudios publicados sobre triple terapia con beclometasona/formoterol/glicopirronio:

- Comparado con tiotropio (estudio TRINITY)¹.
- Comparado con beclometasona/formoterol (estudio TRILOGY)².
- Comparado con doble broncodilatación indacaterol /glicopirronio (estudio TRIBUTE)³.

Una vez revisados los resultados de dichos estudios trataremos de trasladar la evidencia científica a la práctica clínica diaria.

Los objetivos del tratamiento del paciente EPOC son el control de los síntomas (disminución de síntomas y mejor tolerancia al ejercicio), mejoría en la calidad de vida, disminución de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y modificación de la caída de la función pulmonar. Existe una clara evidencia para la utilización de triple terapia en pacientes EPOC GOLD D sintomáticos y con exacerbaciones frecuentes. En estos pacientes la triple terapia se ha asociado con un mayor incremento de la función pulmonar, mejoría de la calidad de vida y reducción de las exacerbaciones. Así mismo el grupo de pacientes con diagnósticos de ACO (solapamiento asma-EPOC) también pueden beneficiarse de la triple terapia⁴. Se discuten otros grupos de pacientes EPOC que podrían beneficiarse de este tratamiento teniendo en cuenta por los resultados de los diferentes estudios que los eosinófilos en sangre podrían ayudar a identificar a los pacientes que se beneficiarán con la adición de corticoides inhalados a la terapia broncodilatadora dual.

En el momento actual la triple terapia se realiza con diferentes productos cada uno de ellos con su dispositivo de inhalación. Un 50% de los pacientes EPOC no son buenos cumplidores, muchos de ellos de forma involuntaria. La utilización de un solo dispositivo proporciona mayor índice de adherencia al tratamiento, menor riesgo de errores en el uso del dispositivo, menor riesgo de exacerbaciones y menor uso de recursos sanitarios. La triple terapia administrada en un único dispositivo permite mejorar la adherencia y facilita al paciente su utilización al disponer de un solo dispositivo⁵.

Se discute en el caso de los corticoides inhalados la reducción en la dosis como alternativa a la retirada de los mismos analizando los riesgos/beneficios en relación con la presencia de neumonía como efecto secundario.

Todas estas evidencias es posible que lleven a la necesidad de revisar las recomendaciones de tratamiento para algunos grupos de pacientes con EPOC. La reducción del riesgo de exacerbaciones y su papel a la hora de contribuir a la mejora de la adhesión terapéutica de los pacientes, junto con un buen perfil de seguridad, son las principales ventajas de este nuevo planteamiento farmacológico.

- 1.- Vestbo J, Papi A, Corradi M, Blazhko V, Montagna I, Francisco C et al. Single inhaler extrafine triple therapy versus long-acting muscarinic antagonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRINITY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 389(10082):1919-1929. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30188-5389(10082):1919-1929. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30188-5.
- 2.- Singh D, Papi A, Corradi M, Pavlisovà I, Montagna I, Francisco C et al. Single inhaler triple therapy versus inhaled corticosteroid plus long-acting B2-agonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet* 2016; Sep 3;388(10048):963-73. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31354-X.
- 3.- Papi A, Vestbo J, Fabbri L, Corradi M, Prunier H, Cohuet G et al. Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. [Lancet](#). 2018 Feb 8. pii: S0140-6736(18)30206-X. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30206-X
- 4.- Bruselle G, Price D, Gruffydd-Jones K, Miravittles M, Keininger D, Stewart R et al. *International journal of COPD*. 2015; 10:2207-17.
- 5.- Singh D, Corradi M, Spinola M, Papi A, Usmani O, Scuri M, Petruzzelli S, Vestbo J. Triple therapy in COPD: new evidence with the extrafine fixed combination of beclomethasone dipropionate, formoterol fumarate, and glycopyrronium bromide. *International Journal of COPD* 2017; 12: 2917-28.

NUEVAS EVIDENCIAS DE LA TRIPLE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC.

Dr. Jesús Allende González

Unidad de Gestión Clínica del Pulmón
Hospital Universitario San Agustín
Avilés-Asturias

En los últimos años hemos sido testigos de la llegada de nuevos tratamientos farmacológicos para la EPOC (solos o en asociación) y de nuevos dispositivos de inhalación. Al mismo tiempo ha aumentado significativamente el número de publicaciones que intentan definir el lugar que pueden ocupar dichos tratamientos en la terapéutica de la EPOC. Las recomendaciones derivadas de estos estudios son recogidas en las sucesivas actualizaciones de los diferentes consensos sobre EPOC.

En ningún caso hay que olvidar que los objetivos del tratamiento de esta enfermedad son el control de síntomas (disnea, intolerancia al ejercicio, deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud) y la disminución del riesgo futuro de complicaciones (agudizaciones, mortalidad y pérdida de función pulmonar). Estos son los resultados que se deben valorar ante la aparición de nuevos esquemas de tratamiento, teniendo en cuenta que no todos tienen el mismo peso y que la percepción de mejoría puede ser distinta para el paciente concreto y para el personal sanitario.

Los fármacos inhalados utilizados en la EPOC se pueden combinar de distintas maneras. Se denomina terapia triple (TT) a la que aúna un agonista β_2 adrenérgico de larga duración (LABA), un anticolinérgico de larga duración (LAMA) y un corticoide inhalado (CI). En nuestro país, hasta el momento, esta combinación no está comercializada en un único dispositivo de inhalación.

En la actualidad se encuentran en desarrollo trabajos con tres TT en un único dispositivo: beclometasona-formoterol-glicopirronio, fluticasona-vilanterol-umeclidinio y budesonida-formoterol-glicopirronio. Se han comenzado a publicar resultados de algunos de ellos y se espera la aparición de otros en fechas próximas.

Entre los publicados, tres estudios (TRILOGY, TRINITY, TRIBUTE) analizan la eficacia de la combinación formada por dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol y bromuro de glicopirronio administrados en un inhalador de partícula extrafina.

Los criterios de inclusión comunes a los tres son:

- Edad mayor o igual de 40 años.
- Diagnóstico de EPOC al menos un año antes de la inclusión en el estudio.
- Fumadores activos o exfumadores de al menos 10 paquetes-año.
- FEV₁ postbroncodilatador < 50% y una relación FEV₁/FVC < 0,7 tras la administración de 400 µg de salbutamol inhalado.
- Antecedente de al menos una agudización en los 12 meses previos a la inclusión en el estudio.
- Tratamiento de mantenimiento al menos 2 meses antes de la entrada en el estudio con CI+LABA, CI+LAMA, LABA+LAMA o LAMA
- CAT ≥ 10

Los resultados más importantes se resumen en la siguiente Tabla

Estudio	TRILOGY	TRINITY	TRIBUTE
Número de pacientes	1.368	2.691	1.532
Comparación	BDP/FF/GB vs BDP/FF	BDP/FF/GB vs Tio vs BDP/FF + Tio	BDP/FF/GB vs Ind/GB
Resultados*	-Mejoría en el FEV ₁ -Mejoría en el SGRQ -Disminución de agudizaciones moderadas-graves, sobre todo en pacientes con ≥ 2 agudizaciones en el año previo -Aumento del intervalo de tiempo hasta la siguiente agudización moderada-grave	-Mejoría en el FEV ₁ -Mejoría en el SGRQ -Disminución de agudizaciones moderadas-graves. Más eficacia de la TT en un solo dispositivo en pacientes con ≥ 2 agudizaciones en el año previo. -Aumento del intervalo de tiempo hasta la siguiente agudización moderada-grave -Disminución de la necesidad de medicación de rescate -Disminución de agudizaciones en pacientes con eosinofilia periférica	-Mejoría en el FEV ₁ -Mejoría en SGRQ -Disminución de agudizaciones moderadas-severas, sobre todo en pacientes con bronquitis crónica o con eosinofilia periférica
Efectos adversos	No diferencias	No diferencias	No diferencias

*Favorables a la terapia triple

Abreviaturas: BDP: dipropionato de beclometasona; FF: fumarato de formoterol; GB: bromuro de glicopirronio; Tio: tiotropio; Ind: indacaterol; SGRQ: *St George's Respiratory Questionnaire*

En conclusión, en determinados grupos de pacientes con EPOC y con relación a los tratamientos descritos en los estudios citados, la terapia triple con dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol y bromuro de glicopirronio administrados en un inhalador de partícula extrafina es significativamente más eficaz en términos de función pulmonar, calidad de vida y disminución de agudizaciones de EPOC. Estos resultados señalan el lugar que dicha terapia debe ocupar en los esquemas de tratamiento de la EPOC.

BIBLIOGRAFÍA.

- .-B Alcázar-Navarrete, F Castellano Miñán, PJ Romero Palacios. Futuro de la triple terapia en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2018; 54(2): 63-64
- .-Singh D, Papi A, Corradi M et al. Single inhaler triple therapy versus inhaled corticosteroid plus long-acting β_2 agonist-therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a double-blind, parallel group, randomised controlled-trial. Lancet 2016; 388: 963-73
- .-Vestbo J, Papi A, Corradi M et al. Single inhaler extrafine triple therapy versus long-acting muscarinic antagonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRINITY): a double-blind, parallel group, randomised controlled-trial. Lancet 2017; 389: 1919-29
- .-Papi A, Vestbo J, Fabbri L et al. Extrafine inhaled triple therapy versus dual bronchodilator therapy in chronic obstructive pulmonary disease (TRIBUTE): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. www.thelancet.com Published online February 8, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30206-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30206-X)
- .-Singh D, Corradi M, Spinola M et al. Triple therapy in COPD: new evidence with the extrafine fixed combination of beclomethasone dipropionate, formoterol fumarate, and glycopyrronium bromide. International Journal of COPD 2017; 12: 2917-2928

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Dra. Inmaculada Herráez Ortega

Sº de Radiología
Complejo Asistencial Universitario
León

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un numeroso grupo de entidades en las que además de afectación del intersticio hay afectación variable de los alveolos, las vías aéreas y los vasos, por lo que el término más correcto sería el de enfermedades pulmonares infiltrativas difusas. Pueden ser agudas o crónicas, de causa conocida o desconocida, inflamatorias o fibróticas.

Se reconocen en los estudios de imagen por la aparición de determinados patrones de afectación pulmonar. La RX de tórax puede detectarlas pero pocas veces es diagnóstica, debido a la superposición de múltiples estructuras. La prueba de imagen indicada en la mayoría de los casos es la TC de tórax de alta

resolución (TCAR). Los equipos actuales de TC multidetector permiten realizar el estudio de todo el pulmón en una sola adquisición (TCAR volumétrica) en escasos segundos, con una resolución similar a la de los cortes histológicos macroscópicos, y realizar diversas reconstrucciones (multiplanares, de máxima y mínima intensidad de proyección, volumétricas) muy útiles para el diagnóstico; el estudio se completa con cortes secuenciales en espiración, para valorar el atrapamiento aéreo. En pacientes disneicos, que no pueden mantener la apnea en decúbito supino el tiempo que dura la adquisición, se puede realizar el estudio en decúbito lateral, con respiración suave; el pulmón declive espira y en pulmón no declive inspira.

La interpretación de la TCAR incluye la identificación del patrón dominante de afectación pulmonar y su distribución en el parénquima, los hallazgos asociados, la comparación con estudios previos y la integración de los datos clínicos. Es de enorme importancia la detección de signos de fibrosis pulmonar (bronquiectasias de tracción, quistes de panal, distorsión arquitectural, engrosamiento irregular de septos interlobulillares, pérdida de volumen) ya que permite diferenciar enfermedades fibróticas de no fibróticas; incluso en la RX de tórax se puede sospechar la existencia de fibrosis, especialmente cuando se visualiza patrón reticular de predominio periférico y basal. Dentro de las EPID fibróticas, la presencia de patrón de neumonía intersticial usual en ausencia de causa conocida de fibrosis pulmonar es diagnóstica de fibrosis pulmonar idiopática sin necesidad de realizar biopsia pulmonar, indicando la relevancia de los hallazgos de TCAR en su diagnóstico.

La TCAR es muy útil en la valoración de la evolución de la enfermedad, a veces con patrones cambiantes, como sucede en las enfermedades autoinmunes sistémicas.

La TCAR sirve como guía para realizar las biopsias (transbronquial o pulmonar), dirigiéndolas a las zonas de posible actividad de la enfermedad y evitando las zonas de fibrosis establecida, en las que las muestras histológicas tienen poca especificidad.

El diagnóstico final de las EPID debe realizarse por consenso multidisciplinar clínico-radiológico o clínico-radiológico-patológico. Es un proceso dinámico que debería realizarse en un entorno formal mediante sesiones multidisciplinarias con neumólogos, reumatólogos, patólogos y radiólogos.

DIAGNÓSTICO BRONCOSCÓPICO

Dr. Jaume Sauleda Roig

Sº de Neumología
H. Universitario Son Espases.
Palma de Mallorca

La broncoscopia se ha mostrado útil en el diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). Las técnicas que han mostrado su eficacia son las siguientes:

1) *Lavado broncoalveolar (BAL)*. Es una técnica clásica poco invasiva con pocas complicaciones que permite recuperar componentes celulares y no celulares del epitelio bronquiolar y de los alveolos. Puede ser diagnóstica en las infecciones, neoplasias, proteinosis (material PAS positivo), histiocitosis X (>5% células CD1+). En otras enfermedades puede ser muy sugestiva valorando el recuento celular diferencial, por ejemplo, presencia de linfocitosis en el BAL (>20-25%) sugiere sarcoidosis (CD4/CD8 > 3.5%) o neumonitis por Hipersensibilidad (CD4/CD8 <1), presencia de cuerpos ferruginosos en la asbestosis pulmonar, macrófagos hiperpigmentados en las EPID asociadas al tabaco o en las eosinofalias pulmonares.

2) *Ecobroncoscopia (EBUS) sectorial*. Incorporada los últimos 10-15 años principalmente para el estadiage del cáncer de pulmón. Permite la exploración del mediastino en aquellas EPID que asocien adenopatías, típicamente la sarcoidosis. La punción transbronquial guiada por EBUS puede ser diagnóstica si muestra presencia de granulomas sarcoideos evitándose así la realización de biopsias transbronquiales.

3) *Biopsia transbronquial (BTB)*. Es más invasiva que las anteriores y consiste en la introducción de una pinza de biopsia a nivel distal para obtener material bronquiolar/alveolar. Las muestras son de pequeño tamaño (2-5 mm) y sus principales complicaciones son el neumotórax (1-6%) y la hemoptisis (1-4%). Tiene un rendimiento diagnóstico entre 25-75% dependiendo de la patología, demostrándose especialmente útil en las infecciones, neoplasias y en la sarcoidosis.

4) *Criobiopsia transbronquial*. En la última década se ha introducido esta técnica que es similar a la BTB pero que utiliza en lugar de una pinza una criosonda. Ésta se introduce en la periferia con control fluoroscópico a 1-2 cm de pleura, posteriormente se congela quedando pegado el parénquima su alrededor y al tirar de ella se obtienen muestras de mayor tamaño, 3-4 veces más que la BTB. Se aconseja realizarla con el paciente intubado y puede realizarse en régimen ambulatorio. A diferencia de la BTB se ha mostrado útil en todas las EPID, incluyendo las neumonías intersticiales idiopáticas. Las complicaciones son las mismas que la BTB aunque algo más frecuentes, neumotórax (6-22%) y sangrado (12%). No obstante este último ha descendido drásticamente al utilizar una sonda con balón (p.e. catéter de Fogarty) para bloquear la zona de la biopsia, llegando al 0% en algunas series. Es conveniente descartar hipertensión pulmonar con un ecocardiograma y si la presión arterial pulmonar sistólica es mayor de 40 mmHg aumenta el riesgo de sangrado. El rendimiento es mucho mayor que la BTB y oscila entre el 69-96% con lo que puede ahorrar la realización de biopsias quirúrgicas.

5) *Endomicroscopia confocal*. Se trata de una técnica en investigación y que permite la visualización del parénquima pulmonar “in situ” con la introducción de una sonda-microscopio que emite una luz láser en que las estructuras con elastina son fluorescentes y permite ver los alveolos. Se han descrito algunos patrones en las EPID pero todavía necesitan validarse. Es una técnica prometedora que podría evitar la realización de biopsias en pacientes de riesgo.

En resumen, las EPID suponen un reto diagnóstico importante en la patología neumológica. La broncoscopia con sus diferentes técnicas BAL, BTB, pero especialmente las de reciente incorporación como el EBUS y la criobiopsia transbronquial han mejorado el rendimiento diagnóstico. Es de esperar en los próximos años que nuevas técnicas como la endomicroscopia confocal puedan ser de utilidad incluso sin la necesidad de realizar una biopsia.

Bibliografía

- 1- Jad Kebbe, Tony Abdo. Interstitial lung disease: the diagnostic role of bronchoscopy. *J Thorac Dis* 2017;9(Suppl 10):S996-S1010
- 2- Wells AU. The clinical utility of bronchoalveolar lavage in diffuse parenchymal lung disease. *Eur Respir Rev* 2010;19:237-41
- 3- Gupta D, Dadhwal DS, Agarwal R, et al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration vs conventional transbronchial needle aspiration in the diagnosis of sarcoidosis. *Chest* 2014;146:547-5
- 4- Ensminger SA, Prakash UB. Is bronchoscopic lung biopsy helpful in the management of patients with diffuse lung disease? *Eur Respir J* 2006;28:1081-4.
- 5- Hetzel J, Maldonado F, Ravaglia C et al. Transbronchial cryobiopsies for the diagnosis of diffuse parenchymal lung disease: expert statement from cryobiopsy working group on safety and utility and a call for standardization of the procedure. *Respiration*. 2018 Jan 9. doi: 10.1159/000484055. En prensa
- 6- Shafiek H, Fiorentino F, Cosio BG, Kersul A, Thiberville L, Gómez C, Riera M, Martín ML, Martínez R, Noguera MA, Agustí A, Sauleda J. Usefulness of Bronchoscopic Probe-Based Confocal Laser Endomicroscopy in the Diagnosis of *Pneumocystis jirovecii* Pneumonia. *Respiration*. 2016;92(1):40-7.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Dr. Javier Gómez Román.

Sº de Anatomía Patológica.
H. Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander.

Las Neumonías Intersticiales son un grupo de enfermedades pulmonares parenquimatosas difusas entre las que se describen formas Idiopáticas y No Idiopáticas. Desde el punto de vista etimológico, la palabra idiopático se corresponde con una enfermedad de causa desconocida (ἴδιος propio y πάθος enfermedad). Por otro lado se han acuñado asimismo como sinónimos los términos criptogénico, es decir de causa compleja o que permanece oculta a la investigación (χρηπτο, oculto, γεν causa) así como Esencial, Primario o Agnogénico.

Por tanto, si nuestro interés es el de las Neumonías idiopáticas, debemos excluir del estudio las siguientes Enfermedades pulmonares difusas, el Enfisema pulmonar, la EPOC, las Bronquiolitis, la Hipertensión pulmonar y otras categorías como las Neumoconiosis, Colagenosis, Lesiones granulomatosas (sarcoidosis), LAM, histiocitosis de células de Langerhans o la neumonía eosinófila.

A lo largo de la historia, desde la clasificación histórica de la sopa de letras de Averill Liebow en 1969, ha existido un gran confusionismo acerca de estas entidades, quizá porque nunca se ha aclarado la diferencia entre el concepto de patrón y de enfermedad. Sólo el consenso de 2011 trató de aclarar de manera meridiana dicho concepto pero los que se han publicado a posteriori sólo han venido a aumentar dicha confusión.

El pulmón es una estructura compleja desde el punto de vista anatómico y funcional que puede enfermar de múltiples formas. Sin embargo, podemos establecer unas pautas morfológicas y radiológicas que nos sirven de base para estratificar la afectación según patrones que nos resultan de utilidad desde el punto de vista terapéutico, diagnóstico y pronóstico.

Cuando un niño ingresa en una unidad de pediatría con una erupción cutánea a nadie se le plantea hacer un diagnóstico de Exantema cutáneo idiopático y tratarlo de manera genérica. Sin embargo esta situación la vivimos diariamente en el campo de las Enfermedades pulmonares intersticiales donde no agotamos el arsenal diagnóstico del que disponemos.

El niño con el exantema es el enfermo con patología intersticial. El pediatra investiga los antecedentes (tiempo de evolución, fiebre, etc...) y DESCRIBE las características (confluente, pruriginoso, sobreelevado, descamativo...). Al final con toda la información alcanza un diagnóstico de Varicela por ejemplo. El enfermo pulmonar debería ser considerado de la misma forma. El patrón es el exantema a partir del cual construiremos el diagnóstico de Alveolitis Alérgica extrínseca, Artritis reumatoide con afectación preferente parenquimatosas pulmonar o toxicidad por ciclofosfamida por ejemplo.

El patrón (Neumonía Intersticial de tipo Usual, Neumonía Intersticial No específica, Neumonía organizada...) deja de ser por tanto una enfermedad en sí mismo. Sólo toma sentido cuando se integra toda la información. Y por supuesto cuantos más datos tengamos mejor. La morfología, la Anatomía Patológica, es decir la biopsia, se revela como elemento fundamental de información, y si no tenemos dicha pieza en el rompecabezas, gran cantidad de enfermos carecerán de un diagnóstico apropiado. La consecuencia es el apellido Idiopático (es decir, desconocido). Los consensos en vigor no incluyen como elemento necesario para llegar a un diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática una biopsia cuando la

radiología es lo suficientemente concluyente en su patrón de NIU. Nos quedamos tranquilos con un diagnóstico de aproximación, genérico de patrón que puede corresponder a multitud de entidades.

El examen del tejido proporciona datos que permiten demostrar la presencia de una patología secundaria la mayor parte de las veces. La distribución predominante en el centro de lobulillo de los nidos fibroblásticos, la presencia de microgranulomas, la detección de sustancias como los cuerpos de asbesto, la inmunohistoquímica frente a subtipos de inmunoglobulinas o la bronquiolitis folicular son ejemplos que nos muestran claves diagnósticas para llegar a un diagnóstico de alveolitis alérgica extrínseca, neumoconiosis, cuadros asociados a IgG4 o una artritis reumatoide. Y esto es solo la punta del iceberg que al fin y al cabo esconde nuestra profunda ignorancia sobre este tipo de patología que únicamente podremos desentrañar con la investigación (para la que paradójicamente también precisamos tejido).

No se trata de una guerra de especialidades y de querer tomar protagonismo. En pleno siglo XXI cuando tenemos terapia de precisión ante factores moleculares no es de recibo que pacientes con una enfermedad rara que precisa la mayor parte de las veces de un procedimiento complejo y costoso como es el trasplante pulmonar, no tengan acceso a una pieza clave para su diagnóstico previo a dicho trasplante.

Esto nos obliga a todos a colaborar estrechamente para formar un equipo de enfermedades intersticiales donde nadie es más que nadie, pero tampoco menos. El esfuerzo de formación y de integración de otros profesionales como los reumatólogos en las unidades de intersticio debería ser la norma. La comunicación fluida con los equipos de trasplante es esencial asimismo y el hecho de que un enfermo no tenga un diagnóstico y esté tratado con fármacos innecesarios pero que pueden condicionar la evolución futura del trasplante es algo que no podemos permitirnos.

Estas reflexiones son consecuencia de la experiencia, y generan preguntas que en este momento deben ser consideradas por todos nosotros, neumólogos, radiólogos, cirujanos, patólogos, gerentes de hospitales y encargados de gestionar los fondos públicos y la industria, que es la primera interesada en que sus tratamientos tengan el mejor rendimiento posible.

INTIMIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO CON ESPECIAL REFERENCIA A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Dr. Sergio Gallego Riestra

Coordinador de responsabilidad patrimonial
y Encargado del Registro de Instrucciones previas
de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
Presidente de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.

La historia clínica en soporte informático se encuentra hoy día implantada de manera generalizada en casi todos los centros sanitarios, siendo frecuente el uso de la expresión “hospital sin papeles” para referirse a ello. La informatización de una historia clínica no debiera suponer modificación alguna respecto a las características y elementos que la configuran en soporte papel. Se trata tan sólo de un cambio de soporte que debe ser visto como un avance inevitable que proporciona un mejor manejo y custodia de los datos sanitarios, tanto a efectos de tratamientos médicos como de otros fines estrechamente relacionados. No altera su valor documental ni modifica ninguno de los conceptos clásicos acuñados por la normativa vigente, tales como la definición y contenido, conservación y archivo, usos, derechos de acceso y límites de los mismos. Sin embargo, permite realizar agregaciones de datos clínicos que facilitan la investigación y la realización de estudios epidemiológicos, de salud pública o de cualquier otra índole. Ahora bien, esta posibilidad de aglutinar datos sanitarios de un mismo individuo procedentes de distintas fuentes plantea el problema de que un uso inadecuado puede suponer invasiones masivas en el ámbito de la intimidad. En este sentido es absolutamente elocuente la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 8 de Febrero de 2012, que condena a la Administración por no garantizar la confidencialidad del historial clínico de una joven en el que se encontraban numerosas fotografías mostrándola desnuda. La sentencia declara probado que accedieron a la historia más de cuatrocientos usuarios de los que tan sólo una pequeña parte tenían relación asistencial con la paciente.

Con carácter universal, hay tres principios generales que informan y determinan la regulación jurídica y su interpretación en todo aquello relacionado con la historia clínica. Se trata de los principios de vinculación asistencial con el paciente, de proporcionalidad y de autonomía.

El principio de vinculación asistencial tiene un doble contenido. Por un lado, justifica la razón de ser de la historia, que no es otra que servir al fin asistencial, es decir, motiva su creación y conservación siendo todos los demás usos meramente accesorios y derivados de él y por otra parte, es la llave que legitima cada uno de los accesos.

El principio de proporcionalidad es aquel que determina en cada momento y situación concreta, el alcance y medida que puede tener el acceso a la historia, siendo las funciones respectivas de los agentes implicados las que dan amparo a su amplitud.

Por último, el principio de autonomía permite al paciente la toma de determinadas decisiones sobre su historial clínico. Es, precisamente, este principio el que está dando lugar en la actualidad a numerosos debates. El Grupo de Trabajo de la Comisión Europea creado al amparo del artículo 29 de la Directiva 95/46/CE, hace especial hincapié en el derecho a la autodeterminación de los pacientes y

recomienda a los Estados miembros que sea tenido en cuenta para la regulación de la historia clínica electrónica.

Realmente es preciso reconocer, al menos inicialmente, que se trata de una autonomía bastante limitada, ya que ni siquiera es precisa la autorización del paciente para la recogida y tratamiento de sus datos de salud tal como establece el artículo 8 de la Ley 15/1999 Orgánica de Protección de Datos, cuando determina que las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos.

Sin embargo, hay dos derechos concretos donde la autonomía del paciente cobra carta de naturaleza. Me refiero a los derechos de acceso, rectificación y cancelación y al derecho de disposición del paciente sobre sus datos de salud frente a los profesionales que le prestan asistencia. Este último está dando lugar a la aparición de posiciones partidarias de que el paciente pueda ocultar información y pedir la creación de módulos de acceso restringido. El ejercicio ilimitado por parte del paciente de estas facultades podría dar lugar a serios conflictos al impedir que otros titulares puedan llevar a cabo su derecho de acceso a la historia para el desempeño de sus funciones. Sería, por ejemplo, el caso de los accesos legalmente previstos por razones de salud pública, inspección, evaluación, control de calidad o cumplimiento de obligaciones de los centros sanitarios.

En cuanto al marco normativo, es evidente, que sea cual sea el soporte en el que se encuentre una historia clínica quedará dentro del ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ambas normas intervienen de manera complementaria determinando así que la historia clínica esté sujeta a una doble regulación.

De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 41/2002 la historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Su fin principal es facilitar la asistencia sanitaria y por ello debe contener aquella información, que bajo criterio médico, se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud. La Ley declara como principio básico que “Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención. Vemos, por tanto, como la competencia para determinar qué datos deben incorporarse y formar parte de la historia clínica, corresponde al médico, y al paciente se le impone el deber de proporcionarlos.

Bajo el epígrafe de usos de la historia, el artículo 16 de la Ley 41/2002 regula quiénes pueden acceder a la misma. Comienza afirmando que la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente y por este motivo, los profesionales sanitarios que realizan su diagnóstico o tratamiento, tienen derecho a acceder a ella. Además del acceso por razones asistenciales también se reconoce el derecho de acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia. En estos casos la Ley obliga a preservar los datos de identificación personal separados de los clínico-sanitarios para asegurar el anonimato, salvo consentimiento del paciente, exceptuándose, lógicamente, los supuestos de investigación judicial o de salud pública en los que se considere imprescindible la unificación. Por último, se determina que el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tendrá acceso a las historias clínicas para el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, del respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los usuarios o la propia Administración sanitaria.

El principio de autonomía cobra auténtica carta de naturaleza con motivo del ejercicio de los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición. Estos derechos, en palabras del Tribunal Constitucional, de acuerdo con su sentencia de 30 de noviembre de 2000, constituyen el haz de facultades que emanan del derecho fundamental a la protección de datos y sirven a la capital función que desempeña, que no es otro, que garantizar a la persona un poder de control sobre sus datos personales, lo que sólo es posible y efectivo imponiendo a terceros los correlativos deberes de hacer.

En la normativa sanitaria específica, el derecho de acceso del paciente a su historia clínica se plasmó por primera vez en Ley 14/1986, General de Sanidad, siendo reconocido posteriormente como una prestación del Sistema Nacional de Salud. Este derecho de acceso ya constituyó desde el principio una fuente de conflicto.

Una de las cuestiones más controvertidas, y que se ha puesto de manifiesto reiteradamente, es la reivindicación de numerosos autores relativa a la necesidad de excluir del derecho de acceso del paciente a las anotaciones subjetivas, entendiendo por tales, aquellas que contienen apreciaciones personales o juicios de valor. Esta tesis, en principio no fructificó pero a partir del año 2000 las nuevas leyes autonómicas y la propia Ley 41/2002, de autonomía del paciente, haciéndose eco de aquéllas reivindicaciones, sí que efectivamente limitaron el derecho de acceso del interesado a tales notas.

Concretamente el artículo 18 de la Ley 41/2002 establece que el paciente tiene el derecho de acceso a su historia clínica y a obtener copia de los datos que figuren en ella, con unas limitaciones que señala a continuación cuando determina que el derecho de acceso no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que puedan constar en la historia recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Esta regulación del acceso a la historia clínica plantea tres grandes cuestiones: Por un lado, la capacidad para su ejercicio, por otro sus límites y el régimen de las anotaciones subjetivas, y, finalmente, si existe un derecho de acceso al registro de accesos.

El artículo 23 del Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos, atribuye el ejercicio del derecho de acceso a la persona física titular de los datos objeto de tratamiento y reconoce expresamente su carácter personalísimo. Por ello el derecho debe ser ejercido exclusivamente por su titular, sin perjuicio de los supuestos de representación legal o voluntaria. El mismo texto legal, exige para la representación voluntaria que quede claramente acreditada la identidad del representado y la representación conferida y que la designación del representante lo sea expresamente para el ejercicio de este derecho. La norma establece que el acceso será denegado cuando la solicitud sea formulada por persona distinta del afectado y no se acredite que la misma actúa en representación de aquél.

Esta previsión normativa de que el representante ha de ser “designado expresamente para el ejercicio de este derecho”, ha llevado a algunos autores a entender que deben ser excluidos como documentos válidos los poderes generales para pleitos que no contemplen de forma expresa que la representación conferida abarca la obtención de datos de carácter personal del representado.

En cuanto a la edad necesaria para ejercer el derecho de acceso, la norma estatal básica no hace referencia alguna a esta cuestión. Se trata de determinar si un menor puede acceder a su historia sin necesidad de ser representado por sus padres o tutor y, en otras palabras, también se trata de

establecer a partir de qué momento los padres no pueden ejercer el derecho de acceso a la historia de sus hijos sino es como representantes autorizados por los menores.

La Agencia Española de Protección de Datos, responde a esta pregunta en su Informe 409/2004 considerando que si el padre o madre de un mayor de catorce años acude a un centro sanitario solicitando un informe o cualquier dato incorporado a la historia clínica de su hijo, no debería procederse a la entrega de la información en tanto no conste la autorización fehaciente del hijo. Se basa para llegar a esta conclusión en que el citado Real Decreto 1720/2007, permite a la persona con catorce años cumplidos consentir por sí mismo el tratamiento de sus datos de carácter personal. Por tanto, parecería razonable que si la norma permite a los menores de edad, mayores de catorce años, manifestar su voluntad y consentir el tratamiento de los datos personales que les conciernen, no debería exigirse una edad más elevada para simplemente solicitar información sobre el tratamiento de los mismos. Sin embargo, en las normas autonómicas sobre historia clínica no se ha seguido este criterio y todas las que han abordado esta cuestión han fijado la edad para ejercer el derecho de acceso en los dieciséis años y simultáneamente han declarado que el acceso por parte de los padres a los historiales de sus hijos a partir de esa edad requiere la autorización expresa del menor.

Acabamos de señalar que la Ley 41/2002 establece como límites del derecho de acceso del paciente a su propio historial clínico, el derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente y el derecho de los profesionales participantes en su elaboración a oponer, al derecho de acceso, la reserva de sus anotaciones subjetivas.

El primero de los límites no plantea ninguna duda. Es relativamente frecuente que en una historia se incluyan anotaciones o datos relativos a terceras personas, diferentes del paciente, por ser una información trascendente que guarda relación con su estado de salud. Un ejemplo típico pueden ser los estudios genéticos practicados a familiares del paciente a fin de establecer un diagnóstico de esa etiología. En estos casos, esta información necesariamente debe quedar fuera del alcance del derecho de acceso del paciente a su documentación clínica.

Por el contrario, el límite relativo a las anotaciones subjetivas suscita dos problemas: Por un lado, qué se entiende por anotaciones subjetivas y, por otro, quién puede ejercer el derecho de reserva en relación con ellas. No se debe perder la perspectiva de que esta figura responde, en su origen, a un supuesto derecho a la intimidad de los profesionales sanitarios respecto a las notas que obligatoriamente tienen que escribir en la historia. Se trata de anotaciones incorporadas en muchas ocasiones de forma precipitada y con escasa información pero que tienen que ser registradas dada la singularidad del trabajo en equipo que caracteriza al ejercicio de la medicina y que impide el uso de registros privados a los que no tengan acceso otros profesionales.

Respecto al concepto de anotación subjetiva la situación no es en absoluto pacífica. La Ley 41/2002 no las define, limitándose simplemente a mencionarlas. Por el contrario, la doctrina sí se ha ocupado profusamente de la cuestión pudiendo encontrarse múltiples definiciones. Merece ser destacada la de SANCHEZ CARO y ABELLAN que incluyen bajo la denominación de anotaciones subjetivas los “comentarios o impresiones personales que puede hacer el médico en un momento determinado, siempre que tengan trascendencia clínica, pues en otro caso no deberían incluirse en el historial”.

Además de la doctrina, algunos legisladores autonómicos han abordado esta cuestión aunque de forma claramente contradictoria. Así, la normativa de la CCAA de Extremadura denomina anotaciones subjetivas a las impresiones de los profesionales sanitarios que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de un diagnóstico. En una postura totalmente contraria, las correspondientes regulaciones jurídicas de las Comunidades Autónomas de Galicia, Castilla-La Mancha y País Vasco

consideran que se trata de valoraciones personales que tienen interés para la atención sanitaria del paciente y que pueden influir en el diagnóstico y futuro tratamiento médico una vez constatadas, coincidiendo además en que los profesionales sanitarios deberán abstenerse de incluir expresiones, comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia o que carezcan de valor sanitario.

Como puede comprobarse, las definiciones normativas y doctrinales discrepan en un punto fundamental: la trascendencia clínica o no de las anotaciones subjetivas. Estoy de acuerdo con la línea doctrinal que se inclina por exigir que la anotación subjetiva tenga trascendencia clínica. La inclusión en la historia de anotaciones subjetivas, como meros juicios de valor, solo tiene justificación si sirven para facilitar la asistencia del paciente. Así lo impone el propio tenor literal de la Ley 41/2002 cuando señala que la historia clínica deberá incorporar toda aquella “información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente”. Por tanto, todo aquello que carezca de trascendencia clínica no debería estar incluido en la historia.

La cuestión relativa a quiénes pueden oponer el derecho de reserva de las anotaciones subjetivas frente al derecho de acceso a la historia por parte del paciente, tampoco es pacífica. Existe una corriente que entiende que su exclusión de la documentación entregada no debe dejarse al criterio de los propios facultativos que las crean. Por ello consideran que el encargado de tal exclusión debe ser el propio centro sanitario. Frente a esta corriente de opinión estamos quienes consideramos que el propio tenor literal de la Ley obliga a entender que el derecho de reserva de las anotaciones subjetivas se configura como un “derecho de los profesionales que las han elaborado, y no de los centros. Este también es el criterio de la Agencia Española de Protección de Datos, cuando en su Resolución de 22 de noviembre de 2004 afirma que la posible denegación del acceso a las anotaciones subjetivas la tiene que realizar el facultativo y no la entidad que la custodia.

En este momento existe un profundo debate en el mundo sanitario sobre si el paciente tiene o no un derecho de acceso al registro de accesos de su propia historia. Hace poco más de un año, en un artículo publicado en la Revista Derecho y Salud, escribía, junto con una compañera, lo siguiente: “Si yo fuera el Gerente de un hospital, cada vez que una persona famosa ingresase en él pediría al Servicio de Documentación Clínica que me diese el listado de todo el personal que hubiese accedido indebidamente a su historia clínica. Después les citaría en mi despacho y les preguntaría los motivos de su conducta, para, a continuación, iniciar las medidas sancionadoras pertinentes contra todos aquellos que no tuviesen una justificación legal que la amparase. Si yo fuese una persona famosa, cada vez que ingresase en un hospital exigiría que me proporcionasen el listado de todos los trabajadores que hubieran accedido a mi historia clínica. Pero probablemente no me lo darían y entonces encomendaría a mis abogados que se encargasen del asunto. Casi con seguridad, lo primero que harían sería poner una querrela contra el Gerente, el Director Médico y todos aquellos que, en un grado u otro de autoría, pudiesen estar inmersos en la presunta comisión de un delito de descubrimiento de secretos. Sólo así, como una prueba pedida a través del juez dentro de una causa criminal, podría obtener el listado de accesos que las organizaciones sanitarias se niegan frecuentemente a dar en base a una restrictiva interpretación de la normativa vigente que viene siendo amparada por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).” Lo que queríamos con estas palabras era simplemente plantear de manera provocativa si dentro del derecho de acceso del paciente a su historia clínica, se incluye el derecho de acceso al registro de los accesos habidos a la misma.

El Real Decreto 1720/2007, establece en el artículo 81.3 que a los ficheros o tratamientos que se refieran a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual les serán de aplicación medidas de seguridad de nivel alto, lo que, a los efectos que ahora nos interesa, implica que el responsable del fichero deberá establecer un mecanismo que permita la identificación de forma inequívoca y personalizada de todo aquel usuario que acceda o intente acceder al sistema de información. Además, de cada acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado. Las

anotaciones de este registro de accesos, de conformidad con lo previsto en el artículo 103, se conservarán al menos durante dos años.

En este momento ya se puede extraer una primera conclusión: Cada acceso o intento de acceso a la historia clínica deberá quedar registrado y dejará constancia de quién, cuándo, desde dónde y a qué se ha accedido. Lo que se plantea a continuación es si dentro del derecho de acceso del paciente a su historia clínica, se incluye el derecho de acceso al registro de los accesos habidos a la misma. Nuevamente nos encontramos ante posiciones claramente contradictorias.

La Ley Orgánica de Protección de Datos, dispone en el artículo 15.1 que “El interesado tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos”. La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) interpreta reiteradamente este precepto entendiendo que el conocimiento de los usuarios que hubieran accedido a los datos de carácter personal de la historia clínica, no puede en ningún caso entenderse comprendido dentro del derecho de acceso atribuido al afectado por la Ley. Llega a afirmar en el informe jurídico 171/2008 “Que la revelación de los datos de los facultativos o personal que atendió al paciente no se encuentra amparada por el ejercicio del derecho de acceso (...)”.

Sorprende este criterio tan restrictivo cuando los tribunales de justicia vienen haciendo una interpretación de las normas sobre protección de datos personales absolutamente amplia y garantista a favor de su titular. Así, el Tribunal Constitucional en la Sentencia de 13 enero 1998 señala que la llamada “libertad informática” es el derecho a controlar el uso de los datos insertos en un programa informático y comprende, entre otros aspectos, la oposición del ciudadano a que determinados datos personales sean utilizados para fines distintos de aquel legítimo que justificó su obtención. La Agencia se limita a analizar tan restrictivamente las normas de protección de datos que llega a caer en errores manifiestos. En el referido Informe de 2008, asimila, con pleno sentido común, a los profesionales que atendieron a un paciente con los que accedieron a su historia y sin embargo, a continuación, considera que el paciente no tiene derecho a conocer sus identidades. Esto carece de sentido, máxime si tenemos en cuenta que el artículo 5,e) de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atiendan. Es difícil poder decirlo más claro. Si el paciente tiene legalmente reconocido el derecho a conocer el nombre de quien le trata y la AEPD entiende que eso es sinónimo de conocer quiénes han accedido a su historia clínica, resulta inexplicable que se le niegue el referido derecho basándose exclusivamente en las normas relativas a la protección de datos.

En lo que respecta a las legislaciones autonómicas nos encontramos una vez más con regulaciones jurídicas absolutamente contradictorias entre sí. Navarra y Extremadura reconocen de manera expresa que el paciente, en todo caso, tiene derecho a conocer quién ha accedido a sus datos sanitarios, el motivo del acceso y el uso que se ha hecho de ellos y, por el contrario, Castilla-La Mancha, establece que el derecho de acceso del paciente a su historia no comprende la información sobre los datos de las personas que han podido tener acceso a la misma.

El propio Ministerio de Sanidad se ha sumado a las tesis restrictivas del derecho de acceso al registro de accesos. Al diseñar la Historia Clínica Digital para el Sistema Nacional de Salud ha incluido la posibilidad de que los ciudadanos puedan acceder digitalmente al registro para actuar como “auditores externos de los accesos habidos a su historial”, para, a reglón seguido, señalar que tan sólo se dará a conocer el Servicio de Salud, centro sanitario y servicio desde el que se produjo el acceso. Es decir, no reconoce a los ciudadanos el derecho a saber realmente quiénes han accedido a sus datos sanitarios. Resultará interesante ver que ocurre cuando a un ciudadano se le informe que consta que a su historia

clínica se ha accedido desde un centro sanitario de una localidad en la que no ha estado en su vida, pero que no se le puede proporcionar la identidad de las personas que han realizado el citado acceso.

Llegados a este punto, se puede afirmar que para garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes, el ordenamiento jurídico obliga a que exista un registro, cuyas anotaciones han de conservarse, al menos, durante dos años, en el que ha de constar, entre otros datos, la identificación de cuantas personas hayan accedido a la historia clínica. Pero cuando el interesado pide acceder a esta información se le dice que carece de legitimación para ello. Del amplio quién, cuándo, desde dónde y a qué, que era de suponer que obedecía a la protección de los intereses de los sujetos cuyos datos se informatizan, hemos pasado al “cuándo, desde dónde y a qué”, haciendo desaparecer el “Quién”. Cómo si ello no fuera precisamente lo más relevante.

El “quién” es lo más relevante porque el Código Penal tipifica en el artículo 197.2 como delito, el acceso, por quien no esté legitimado para ello, a datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Esta es la figura del delito de descubrimiento de secretos ajenos que no exige divulgación de dato alguno y se consuma por el mero acceso cuando no tiene amparo legal. Se trata de un delito que sólo es perseguible mediante denuncia de la persona agraviada, con la excepción de que el autor sea un funcionario público, todo ello conforme a lo previsto en los artículos 198 y 201 del citado texto legal. Esto significa que los accesos indebidos a una historia clínica quedarán impunes si el paciente no puede tener conocimiento de la identidad de los autores para poder denunciarlos. Tan sólo en el caso de que los autores del delito fuesen trabajadores públicos cabría la posibilidad de iniciar acciones contra ellos, pero ello dependería de que los responsables del fichero conociesen los hechos y los pusiesen en conocimiento de la autoridad judicial. Es decir, la defensa de los intereses del paciente quedaría en manos de la administración sanitaria. Considero que se está intentando configurar un inexistente derecho de los profesionales que acceden lícitamente a la historia clínica a que no se lleve a cabo su identificación personal. Sería impensable que lo que se pretende defender es la no identificación de quienes han accedido indebidamente, es decir, delictivamente.

Si el derecho de acceso del paciente, como expresión de su autonomía, tiene un amplio recorrido, ciertamente los derechos de cancelación, rectificación y oposición se encuentran tremendamente limitados, pudiendo afirmarse que este último es inexistente y los otros dos se reducen a la cancelación de aquellos datos erróneos o desproporcionados.

El otro bloque de derechos en los que la autonomía cobra carta de naturaleza es el relativo a la disponibilidad del paciente sobre sus datos de salud frente a los profesionales que también tiene derecho de acceso a la historia para el cumplimiento de sus funciones, asistenciales o de otra índole, y la posible ocultación de información mediante la creación de módulos de acceso restringido. Sin ningún género de dudas, de todas las atribuciones reconocidas al paciente en aras de la autonomía personal, ésta es en este momento la de mayor conflictividad y de más dudosa legalidad. Su aplicación es defendida, aunque con muy diferentes matices, por expertos europeos, la normativa autonómica de la Comunidad Autónoma gallega y el Ministerio de Sanidad español.

En el ámbito europeo, el Grupo de Trabajo creado al amparo del artículo 29 de la Directiva 95/46CE, ha elaborado un Documento sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos, dedicado, básicamente, a realizar una reflexión sobre el marco jurídico más adecuado para esta figura. Hace especial hincapié en el derecho a la autodeterminación de los pacientes y en base a él plantea una serie de novedosas propuestas. Comienza señalando que debería ser posible, en principio, que un paciente impida la comunicación de sus datos médicos, incluidos ya en la historia, a otros profesionales diferentes al que los recabó. Para ello propone la creación de módulos de acceso limitado donde se recojan esos datos y que, una vez creados, se

establezcan procedimientos que dejen prueba de que el acceso a los mismos ha sido autorizado por el paciente.

Un asunto de especial importancia es el relativo a si una vez creado un módulo de acceso restringido, su existencia debe enmascarse para que sea indetectable o, por el contrario, debe dotarse al sistema de un mensaje que advierta que existe información adicional pero que sólo está disponible en condiciones concretas. El Grupo de Trabajo no se pronuncia, limitándose a señalar que deberá ser decidido por el legislador de cada estado miembro. Comparto plenamente el criterio expuesto por SÁNCHEZ CARO inclinándose por la segunda opción habida cuenta de que el alcance e importancia de los antecedentes médicos de un paciente es algo que sólo puede valorar el médico que le atiende en ese momento, quien, a la vista de una alerta sobre la existencia de más información en el sistema, puede también advertir al paciente de la conveniencia de que le autorice a consultarla.

Estos módulos de acceso restringido cuya creación proponen los expertos europeos han sido ya recogidos en nuestro país, en el ámbito normativo, por el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica en Galicia. En el artículo 16 se ocupa de lo que llama "Módulos de especial custodia" y dice que a través de la aplicación informática se establecerán progresivamente mecanismos que permitan al paciente determinar un módulo de información clínica que pueda contener aquellos datos considerados de especial custodia en las áreas de genética, sexualidad y reproducción, psiquiatría, trasplante de órganos, enfermedades infecciosas que puedan perjudicar su vida social o laboral, así como datos relativos a la violencia doméstica. El sistema informático advierte a los profesionales la existencia de estos módulos, con el fin de que si estiman necesario acceder a ellos, indiquen el motivo, extremen la cautela en su manejo e incorporen dentro de dichos módulos los nuevos datos que se puedan generar. En el registro de accesos quedarán singularizados los correspondientes a los datos de especial custodia, lo que permitirá realizar auditorías específicas.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha diseñado el denominado Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), cuya finalidad es establecer una historia clínica compartida que posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, a fin de evitar la repetición innecesaria de exploraciones y procedimientos. La habilitación legal para su creación se encuentra en la Ley 41/2002, cuando en su disposición adicional tercera, establece que el Ministerio de Sanidad promoverá la implantación de un sistema de compatibilidad de las historias clínicas. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, encomienda al Ministerio la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual para permitir el acceso, tanto al usuario como a los profesionales.

La HCDSNS es una aplicación que permite el acceso de profesionales y ciudadanos a la información más relevante, desde el punto de vista clínico, que se encuentra en las historias clínicas electrónicas de las distintas Comunidades Autónomas. En ella se encuentran la Historia Clínica Resumida, los informes asistenciales y los resultados de pruebas de laboratorio e imagen.

La aplicación permite al paciente ejercer electrónicamente el derecho de acceso a sus propios datos de salud y a la vez incorpora otras dos funciones: El acceso al registro de accesos y la posibilidad de ocultar datos clínicos que no quiere que sean conocidos por profesionales distintos de aquellos que habitualmente le atienden. Como ya se ha comentado, el Ministerio señala que el ciudadano puede realizar el seguimiento de los accesos efectuados a su historia, a fin de poder verificar la legitimidad de los mismos, actuando como un auditor externo. El problema surge cuando a la hora de especificar a qué datos puede acceder no se incluye la identidad personal de quienes entraron en la historia imposibilitando todo control de su legalidad.

Respecto a la posibilidad de que el paciente pueda ocultar aquellos datos que no quiere que sean conocidos por profesionales distintos a los que habitualmente le atienden, el Ministerio señala expresamente que es una consecuencia del ejercicio de la autonomía del paciente y que la incorpora siguiendo los criterios del Documento del Grupo de Trabajo del artículo 29 de la Directiva 95/46. Siempre que un profesional de otra Comunidad Autónoma diferente a la del paciente tenga que acceder a la historia, será informado por el sistema de la existencia de datos clínicos ocultos para que, si lo estima conveniente, pueda solicitar al paciente que le autorice a entrar en los contenidos no visibles. Tan solo si el médico considera que el paciente se encuentra en una situación de incapacidad y urgencia que requiera una actuación indemorable, el sistema le permite acceder a la información, debiendo dejar rastro de la concurrencia de ambas circunstancias.

Recapitulando brevemente lo dicho hasta ahora, vemos como en aras del principio de autonomía se permite al paciente la toma de determinadas decisiones sobre su historial clínico. Hay dos bloques de derechos concretos donde la autodeterminación del paciente tiene relevancia real y práctica: el derecho de acceso, rectificación y cancelación y el derecho de disposición sobre sus datos de salud. Mientras el derecho de acceso no tiene prácticamente limitaciones más allá de la controvertida figura de las anotaciones subjetivas, la posibilidad de que el paciente oculte partes de su historia puede dar lugar a un conflicto con el derecho de acceso reconocido a otros sujetos para el cumplimiento de sus funciones, tales como las asistenciales, de salud pública o de inspección, y con los deberes de custodia y conservación atribuidos a los centros sanitarios.

Fruto de la progresiva implantación de la historia clínica electrónica, cada vez es más sencillo utilizar aplicaciones técnicas que permiten que el paciente acceda directamente a su historia y realice cambios sobre su contenido, pudiendo ocultar datos directamente o gestionar su inclusión en módulos de acceso restringido a fin de que no sean conocidos por profesionales distintos a los que habitualmente le atienden. En principio me parece razonable que el paciente tenga la posibilidad de pedir la creación de módulos de acceso limitado en los que se introduzcan aquellos datos sanitarios que puedan afectar especialmente a su intimidad y que, guardando relación con su situación clínica, no tengan una especial trascendencia. No veo inconveniente alguno en que datos especialmente sensibles relativos a determinados comportamientos y prácticas de vida, datos de escasa importancia clínica o datos que por el transcurso del tiempo han perdido parcialmente su interés sean introducidos en este tipo de módulos. Ahora bien, que la ocultación pueda afectar a procesos clínicos completos, en vez de a datos solo, es peligroso, incongruente y contrario a las previsiones legales contenidas en nuestra legislación básica. Baste a estos efectos recordar que la Ley 41/2002 establece de manera inequívoca que la historia tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria dejando constancia de los datos, que bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente y que éste tiene el deber de facilitarlos de manera leal y verdadera.

COMUNICACIONES

SALA 10	
15:45	PERFIL Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA ESCUELA DE CPAP EN NUESTRO HOSPITAL Alonso Martínez Violeta; Fernández González M ^a Jesús; Álvarez Álvarez Alicia; Castañón Baizán Concepción; García Fernández M ^a Luisa; Fernández Díaz Laura. DUEs. U.de Sueño AGC del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo
15:53	TEST DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL Tatiana Margolles García, M ^a Jesús García Durán, Amparo Busto Gutierrez, Ana Isabel Gar Alonso, Pilar Vegas Suárez, Soledad Bueno Alonso, Isabel Lastra Moreno, Rosa Esteban Bombín, Ascensión Ferrer Teruel, Concepción Rodríguez. Servicio de Neumología Hospital Universitario Cabueñes de Gijón y Hospital San Agustín de Avilés.
16:01	DIFERENCIAS DE VACUNACION DE LA GRIPE ENTRE PACIENTES CON EPOC Y ASMA Concepción Rodríguez, Ascensión Ferrer, Rosa Esteban, José Antonio Gullón, Manuel Ángel Villanueva, Juan Rodríguez, Estela García, Juan Diego Álvarez, Manuel Ricardo Rodríguez. Hospital Universitario San Agustín de Avilés
16:09	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGI A DESDE LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA. Moro Villar, M ^a Carmen; Salomón Benavides, M ^a de la Consolación; García Álvarez, Rocío; Fernández Salomón, Irene; Álvarez Álvarez, Alicia; González Pérez, Margarita. Graduadas en enfermería. Servicio de alergología. Unidad de Gestión clínica del pulmón. HUCA. Oviedo. Graduadas en enfermería. Servicio de alergología. Unidad de Gestión clínica del pulmón. HUCA. Oviedo.
16:17	UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA "STOPBANG" EN EL ESTUDIO DEL SAHS. Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Juan Diego Álvarez Mavarez, Estela García Coya, Juan Rodríguez López*, Iris García Fernández, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Lorena González Justo, Andrés Sánchez Antuña, María Rodríguez Pericacho, Jennifer Jiménez Pérez, Manuel Ángel Martínez Muñiz Hospital Universitario San Agustín Aviles. Hospital Francisco Grande Covian*.
16:25	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS DEL SUEÑO EN NUESTRO HOSPITAL. Gema Castaño de las Pozas, Susana Filgueira Martínez, Isabel García Alonso. Sección de Neumología del Hospital de Jarrío. Coaña. Asturias.
16:33	DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA. NUESTRA EXPERIENCIA. Gema Castaño de las Pozas. Susana Filgueira Martínez. Isabel García Alonso. Sección de Neumología. Hospital de Jarrío. Coaña. Asturias.

16:41	<p>COORDINACIÓN ENTRE CENTROS PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (HTEC) Armando Oterino Manzanás¹, Pablo Álvarez Vega¹, Sergio Cadenas Menéndez¹, David González Calle¹, Javier Martín Moreiras¹, María Ángeles Fidalgo Fernández², Felipe Gómez-Caminero López³, Ignacio Hernández González⁴, Pilar Escribano Subías⁴</p> <p>1. Unidad de Hipertensión Pulmonar. Servicios de Neumología y Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca 2. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca 3. Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca 4. Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar. Hospital 12 de Octubre de Madrid</p>
16:49	<p>DISTANCIA RECORRIDA VS. ÍNDICE DESATURACIÓN DISTANCIA EN EL TEST DE LA MARCHA DE SEIS MINUTOS. Andrés Ortiz Reyes, Marta Íscar Urrutia, Cristina Hernández González, Ramón Fernández Álvarez, Francisco López González, Gemma Rubinos Cuadrado, María José Vázquez López, Tamara Hermida Valverde, Inés Ruiz Álvarez, Julia Herrero Huertas, Marta María García Clemente, Pere Casán Clarà</p> <p>Servicio de neumología, Hospital universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España</p>
16:57	<p>VNI EN PACIENTES CON EPOC Y OBSEIDAD, CARACTERÍSTICAS Y RESPUESTA TERAPÉUTICA Inés, Ruiz, Álvarez, Ramón, Fernández, Álvarez, Gemma, Rubinos, Cuadrado, María José, Vázquez, López, Francisco, Rodríguez, Jerez, Margarita, Gufierrez, Rodríguez, Tamara, Hermida, Valverde, Marta, Iscar, Urrutia, Pere, Casan, Clarà</p> <p>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.</p>
17:05	<p>EXPERIENCIA INICIAL CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL COMARCAL David Fole, 2Ana Paramá, 1Irene Fdez., 2Miguel Alonso, 2María José Sánchez, 2 Liliana Pérez, , 2 Lucía Alfonso, , 2 Belén Miranda. 1 Air Liquide Healthcare, 2 Hospital Vital Álvarez-Buylla,</p>
17:13	<p>PERFIL DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA DESCARTAR PATOLOGÍA RELACIONADA CON EL SUEÑO David Fole, 2Ana Paramá, 1Irene Fdez., 2Miguel Alonso, 2María José Sánchez, 2 Liliana Pérez, 2 Lucía Alfonso, , 2 Belén Miranda. 1 Air Liquide Healthcare, 2 Hospital Vital Álvarez-Buylla,</p>
17:21	<p>UTILIDAD DE UN DISPOSITIVO PORTÁTIL MONOCANAL EN EL DIAGNÓSTICO DE SAHS GRAVE Tamara Hermida Valverde, Gemma Rubinos Cuadrado, María José Vázquez López, Ramón Fernández Álvarez, Irene Fernández Suárez, Lorena Colao Patán, Patricia Rodríguez Menéndez, Inés Ruiz Álvarez, Julia Herrero Huertas, Andrés Ortiz Reyes, Pere Casán Clarà.</p>
17:29	<p>¿PODEMOS PREDECIR QUÉ PACIENTES PUEDEN BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO CON AUTO-CPAP? María José Vázquez López 1, Patricia Rodríguez Menéndez 2, Irene Fernández Suárez 2, Gemma Rubinos Cuadrado 1, Ramón Fernández Álvarez 1, Marta Iscar Urrutia, Pere Casan Clarà 1</p> <p>1 Área del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. 2 VITAL-AIRE Air Liquide Healthcare</p>

17:37	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA MEDIANTE PIEZA BUCAL EN PACIENTES CON E.L.A. Francisco Rodríguez Jerez ¹ , Patricia Rodríguez Menéndez ² , Herminia Lisbeth Buchelli Ramírez ¹ , Irene Fernández Suárez ² , Margarita Gutiérrez Rodríguez ¹ , Daniel Martínez González ¹ Ramón Fernández Álvarez ¹ , Pere Casan Clarà ¹ 1. Área de Gestión Clínica del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Asturias, España 2. Vital Aire, Oviedo, Asturias, España
17:45	UTILIDAD CLÍNICA DE LA RESPUESTA DEL CENTRO RESPIRATORIO A LA HIPERCAPNIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SOH Inés Ruiz Álvarez, Ramón Fernández Álvarez, Gemma Rubinos Cuadrado, Marta Iscar Urrutia, María José Vázquez López, Tamara Hermida Valverde, Pere Casan Clarà. Área de Pulmón Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Facultad de Medicina, Oviedo, Asturias, España.

PERFIL Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA ESCUELA DE CPAP EN NUESTRO HOSPITAL.

Alonso Martínez Violeta; Fernández González M^a Jesús; Álvarez Álvarez Alicia; Castañón Baizán Concepción; García Fernández M^a Luisa; Fernández Díaz Laura.
DUEs. U.de Sueño AGC del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo.

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente (4% de la población general). Se caracteriza por somnolencia diurna excesiva, trastornos cardio-respiratorios y cognitivos secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño. El tratamiento de elección altamente efectivo es la aplicación de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). No es curativo y requiere al menos 4 horas de uso diario. El éxito del tratamiento con CPAP depende de la aceptación y cumplimiento por parte del paciente. En la Escuela de CPAP (E.CPAP), el paciente recibe información, adiestramiento y entrenamiento para el correcto manejo del sistema.

OBJETIVOS:

Conocer el perfil de los pacientes que acuden a la E.CPAP
Valorar el nivel de satisfacción de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo prospectivo y transversal realizado a todos los pacientes que acuden a la escuela de CPAP del HUCA durante seis meses.

Las variables a estudio fueron: edad, sexo, IMC, índice de *apnea*-hipopnea (*IAH*), hábito tabáquico, actividad laboral, autonomía para el manejo de CPAP y actitud frente al tratamiento.

Al finalizar la información y el adiestramiento, se les entregó una encuesta auto administrada y anónima de 12 ítems para valorar su grado de satisfacción.

El análisis estadístico se realizó con SPSS 15.

RESULTADOS:

103 pacientes, 3 no se incluyen por falta de datos. Se estudian 100 pacientes y 100 encuestas. 72 hombres y 28 mujeres con una media de edad de 58 años (*Rango 31-81; ds 12*).

El 25% de los pacientes fumadores activos, (22% hombres, 3% mujeres), y el 36% ex-fumadores.

La media de IMC 35 (*22-58; ds 7*) con un índice de *apnea*-hipopnea medio de 51 (*20-109; ds 21*).

El 80% SAHS grave; 20% SAHS moderado

Trabajadores en activo el 48% y autónomos en el manejo de la CPAP el 95%.

El 81% muestra actitud positiva con el tto.

En la encuesta anónima: 87% considera importante asistir a la E.CPAP; 92% considera fácil el manejo de la CPAP; a la pregunta de si le impactó saber que dormiría con mascarilla el 57% responde que sí; a la pregunta de si la

E. CPAP le ha parecido útil, el 99% de los pacientes responde que bastante o mucho; sobre la importancia que tiene para el paciente este tratamiento, 97% responde mucha.

El 15% de los pacientes considera que el tiempo que ha pasado en el hospital ese día ha sido bastante o mucho,

Un 7% preferiría acudir dos días, uno para recoger informe y otro a la E.de CPAP.

95% valora con la máxima puntuación la información de enfermería recibida en la E.CPAP

En la valoración sobre la atención recibida por enfermería; el 87% dijo que muy buena, 12% buena y 1% normal.

Comentarios y quejas; “Mucho tiempo en el hospital”; “la máquina es mejorable “ ; “debería haber pausas”; “sería interesante que un paciente nos contara su experiencia”.

CONCLUSIONES:

- *El perfil de pacientes que acude a la E.de CPAP es el de varón, de mediana edad, con historia de tabaquismo y con un elevado IMC e IAH.*
- *La mayoría de los pacientes muestra una actitud positiva hacia la CPAP y actitud comprometida con el tratamiento.*
- *Ha sido bien valorada la E.de CPAP, tanto por la información como por la formación recibida.*
- *Los profesionales de enfermería fueron muy bien valorados en los aspectos analizados: información, adiestramiento y atención.*

TEST DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL.

Tatiana Margolles García, M^a Jesús García Durán, Amparo Busto Gutiérrez, Ana Isabel García Alonso, Pilar Vegas Suárez, Soledad Bueno Alonso, Isabel Lastra Moreno, Rosa Esteban Bombín, Ascensión Ferrer Teruel, Concepción Rodríguez.

Servicio de Neumología Hospital Universitario Cabueñes de Gijón y Hospital San Agustín de Avilés.

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio fue conocer los datos estadísticos de la provocación bronquial inespecífica para el diagnóstico de la hiperreactividad bronquial en el laboratorio de Función Pulmonar del Hospital de Cabueñes (Gijón) y Hospital de San Agustín (Avilés).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron los pacientes vistos entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2017 de ambos Hospitales.

Recogimos datos de edad, sexo y hábito tabáquico.

En la primera visita se les explica la prueba, contraindicaciones y preparación adecuada para la prueba.

En la segunda visita se le realiza la prueba según recomendaciones de la Sociedad Española de la Alergología e Inmunología Clínica.

RESULTADOS:

Se estudiaron 223 pacientes en Hospital de Cabueñes un 43,2% y 293 pacientes en Hospital de San Agustín un 56,8%. Total de pacientes estudiados 516. Hombres 149 (28,9%) y 367 mujeres (71.1%).

Respecto al hábito tabáquico 75 (14.5%) eran fumadores, 298 (57.8%) no fumadores y 143 (27.7%) exfumadores.

La edad media de 50.9 ± 16.67 .

De las pruebas realizadas en los dos centros, 242(46,9%) son positivas. 252 (48.8%) negativas y 15 (2.9%) no concluyentes por FEV1 inferior al 75% y dudosas por otras causas que imposibilitaron realizar correctamente la prueba (tos, no colaboración) 7 (1.4%).

En el resultado de metacolininas por centro se encuentran diferencias en la positividad de la metacolininas con una $p=0.0001$.

			Resultado				Total
			positivo	negativo	Fev1<75%	dudosa	
Centro	Gijón	Recuento	47	157	12	7	223
		% dentro de Centro	21,1%	70,4%	5,4%	3,1%	100,0%
	Avilés	Recuento	195	95	3	0	293
		% dentro de Centro	66,6%	32,4%	1,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	242	252	15	7	516
		% dentro de Centro	46,9%	48,8%	2,9%	1,4%	100,0%

Resultado positivo de metacolina por sexo: no diferencia significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los centros.

	Hombre	mujer
Gijón	15 22,1%	32 20,6%
Avilés	49 60,5%	146 68,9%
Total	64 (43%)	178 (48.5%)

Resultado positivo de metacolina por tabaquismo: no diferencias significativas fumadores, no fumadores y exfumadores en ninguno de los dos centros.

	Fumadores	No fumadores	Exfumadores
Gijon	3 10,7%	30 21,7%	14 25,0%
Aviles	32 68,1%	100 62,9%	63 72,4%
Total	35 46,7%	130 43,8%	77 53,8%

La media de la PC 20 en Avilés es fue de 2.75 ±2.89, distribuida de la siguiente manera:

< de 1: 70 pacientes (24%)

Entre 1-4: 82 pacientes (28.1%)

Entre 4-16: 42 pacientes (14.4%)

> De 16 : 98 pacientes (33.5%)

La media de la PC 20 en Gijón está distribuida de la siguiente manera:

< de 1: 8 pacientes (17.02%)

Entre 1-4: 7 pacientes (14.89%)

Entre 4-16: 28 pacientes (59.57%)

> De 16 : 4 pacientes (8.51%)

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se utilizó la Chi cuadrado. Programa estadístico SPSS siendo estadísticamente significativa $p \leq 0.05$.

CONCLUSIONES:

Cara a la práctica diaria es una herramienta de gran ayuda para establecer y sobre todo excluir el diagnóstico de Hiperreactividad Bronquial.

DIFERENCIAS DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE ENTRE PACIENTES CON EPOC Y ASMA.

Concepción Rodríguez, Ascensión Ferrer, Rosa Esteban, José Antonio Gullón, Manuel Ángel Villanueva, Juan Rodríguez, Estela García, Juan Diego Álvarez, Manuel Ricardo Rodríguez.
Hospital Universitario San Agustín de Avilés

INTRODUCCIÓN:

El objetivo del estudio fue conocer si existen diferencias entre pacientes que padecen EPOC y asma con respecto a la vacunación de la gripe.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fue un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con EPOC y asma que acudieron a la consulta general de neumología.

Se recogieron datos de: edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades (cardiopatías, bronquiectasias y EPID), gravedad de los EPOC (GOLD 2011), gravedad de asma (GEMA 4.1) y si habían tenido exacerbaciones o ingresos en el último año.

A los que se habían vacunado de la gripe se les preguntó si habían tenido exacerbación de su enfermedad y a los que no se habían vacunado la razón por la que no lo habían hecho: piensa que no lo necesita, no se la ofrecieron, tuvo problemas otros años, o por catarros, fiebre...

Estudio estadístico: distribución chi cuadrado, programa estadístico SPSS 19, con $p \leq 0.05$

RESULTADOS:

Se incluyeron 196 pacientes, de los cuales: 61 pacientes (31.1%) tenían EPOC y 135 pacientes (68.9%) asma. Hubo igual número de hombres que de mujeres. La media de edad fue de 63.61 años \pm 15.6, la de exacerbaciones fue de 0.67 ± 1.4 y la de ingresos 0.27 ± 0.64 . El 25.5 % de los pacientes (50) presentaba alguna comorbilidad.

Se vacunaron 121 pacientes (62%).

No hubo diferencias de vacunación según sexo, ni tabaquismo.

Se vacunaron: con EPOC 69 % de los pacientes y el 58.2% de los asmáticos. Las diferencias entre asma y EPOC no fueron significativas. Tampoco encontramos diferencias entre los grados de gravedad ni del asma ni de EPOC, aunque como vemos en la siguiente tabla los pacientes con nivel de gravedad mayor se vacunan más.

EPOC	GOLD A	GOLD B	GOLD C	GOLD D
Vacunados si	8 (19%)	9 (21.4%)	6 (14.3%)	19 (45.3%)
ASMA	I. LEVE	P. LEVE	P. MODERADA	P. GRAVE
Vacunados si	4 (5.1%)	1 (1.3%)	32 (40.5%)	42 (53.1%)

Los pacientes vacunados tuvieron mayor número de exacerbaciones ($p = 0.01$), ingresos durante el último año ($p = 0.04$) y enfermedades asociadas ($p = 0.001$). Dentro de ellas los pacientes con cardiopatía se vacunaron en una proporción significativamente mayor 88,9% frente a 53,6% ($p = 0.0001$) Con respecto a la agudización postvacunal solo 4 pacientes la presentan: 3 mujeres y 1 hombre. No fue significativo por sexo, ni por tabaquismo. Todas fueron en asma. 3 en pacientes sin comorbilidad.

CONCLUSIONES:

1. Más de la mitad de los pacientes con asma y EPOC se vacunan, sobre todo los que presentan cardiopatía añadida.
2. Los pacientes más graves se vacunan más, sin diferencias entre asma y EPOC.
3. Los pacientes con más exacerbaciones y más ingresos se vacunan más.
4. Solo 3.3% de los pacientes presentaron agudización postvacunal, todos ellos diagnosticados previamente de asma.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGIA DESDE LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA.

Moro Villar, M^a Carmen; Salomón Benavides, M^a de la Consolación; García Álvarez, Rocío; Fernández Salomón, Irene; Álvarez Álvarez, Alicia; González Pérez, Margarita.
Graduadas en enfermería. Servicio de alergología. Unidad de Gestión clínica del pulmón. HUCA. Oviedo.

OBJETIVOS:

Describir el perfil del paciente que es derivado de una consulta de neumología de adultos a una consulta de enfermería de alergia y valorar su correcta solicitud en millenium.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo prospectivo.

Se estudian 140 pacientes atendidos del 14/03 al 11/09 de 2017.

Se realiza una base de datos con la siguiente información:

- Fecha, hora de llegada a la consulta y hora de entrada en la consulta
- Sexo
- Edad
- Diagnóstico
- Prueba realizada
- Resultado
- Eps (Educación para Salud): valoración de sus conocimientos sobre alergia a ácaros y medidas a adoptar y explicación de las medidas recomendadas para evitar la proliferación de ácaros en el domicilio

Se valora la adecuación de la petición respecto al comando de millenium "GAB ALG ALERGENOS ESTANDAR AEROALERGENOS" antes y después de una intervención informativa.

RESULTADOS:

El 65% eran mujeres. El 35% varones.

La edad de estos pacientes estaba comprendida desde los 14 hasta los 80 años.

La edad media fue de 40,48 años, siendo el 58% mayores de 30 años y menores de 55.

El 67 % estaban diagnosticados como asmáticos.

El 56% resultaron ser positivos a ácaros, a los cuales impartimos Eps en medidas de ácaros. El 23% dieron positivo a algún polen. El 8% dieron positivo a algún epitelio de animal.

Un 41% dieron negativo a todo.

Del 14/03 al 14/05/17 se detecta que un 62% de las peticiones solicitadas por millenium no se realizan correctamente por lo que se decide realizar una intervención informando a los facultativos. Desde el 11/07 al 11/09 el 81% de las peticiones solicitadas son realizadas correctamente.

CONCLUSIONES:

El perfil más frecuente de paciente derivado de la consulta de neumología de adultos a la consulta de enfermería de alergia es:

Mujer mayor de 30 años y menor de 55, asmática y alérgica a los ácaros.

Se observa una progresión positiva a la hora de solicitar correctamente las pruebas por millenium.

Se plantea un proyecto para valorar si los pacientes estudiados han seguido las recomendaciones realizadas por el personal de enfermería y si esto ha mejorado su calidad de vida y disminuido la necesidad de administración de fármacos prescritos.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA “STOPBANG” EN EL ESTUDIO DEL SAHS.

Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Juan Diego Álvarez Mavarez, Estela García Coya, Juan Rodríguez López*, Iris García Fernández, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Lorena González Justo, Andrés Sánchez Antuña, María Rodríguez Pericacho, Jennifer Jiménez Pérez, Manuel Ángel Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín Avilés.
Hospital Francisco Grande Covián*.

OBJETIVOS:

Valorar la relación existente entre el IAH y el método STOPBANG así como las características generales de los pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes a los que se les realizó poligrafía respiratoria nocturna en un periodo comprendido entre enero de 2013 y diciembre 2015. Se recogieron las variables incluidas en el análisis STOPBANG, además de edad, sexo e IAH. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 22.0, con los siguientes estudios: correlación de Spearman y Pearson, así como curvas ROC con área bajo la curva (AUC).

RESULTADOS:

Se analizaron un total 484 pacientes de los cuales 353 eran hombres (72,9%) y 131 eran mujeres (27,1%). La edad media fue de 53,88 años DE 12; el 64,3% de los pacientes tenían más de 50 años. El valor de IAH medio fue de 30,56 DE 26. 419 (86,6%) tenían un IAH mayor de 5. 210 (43,4%) tenían un IAH mayor de 30. El valor medio de EPWORTH fue de 10,61 DE 5 obteniéndolo en 384 de los 484. El valor de STOPBANG medio fue de 4,92 DE 1,5. Un 25% (121) de los estudios se realizaron de manera preferente.

Los síntomas más frecuentes:

- Ronquido en un 95,9% (464)
- Apneas presenciadas 76,9% (372)
- Somnolencia 72,3% (350)

197 (40,7%) de los 484 pacientes eran hipertensos. 144 (29,8%) eran obesos (IMC > 35). 198 pacientes (40,9%) presentaban un perímetro cervical aumentado (hombres > 43 cm y mujeres > 41 cm).

Tanto el test de Pearson como la rho de Spearman mostraron una correlación significativa ($p < 0,001$) entre el STOPBANG y el IAH (0,469 y 0,527).

El STOPBANG tiene una AUC: 0,810 para IAH>5 (Figura 2) y de 0,74 respectivamente para IAH >30 (Figura 3).

CONCLUSIONES:

- 1) Existe una correlación estadísticamente significativa reproducible entre el valor de STOPBANG e IAH.
- 2) El STOPBANG tiene un mejor valor predictivo para el diagnóstico de SAHS y peor para establecer gravedad, por lo que probablemente puede ser utilizado como método de cribado. Su valor a la hora de tomar decisiones terapéuticas es más controvertido.

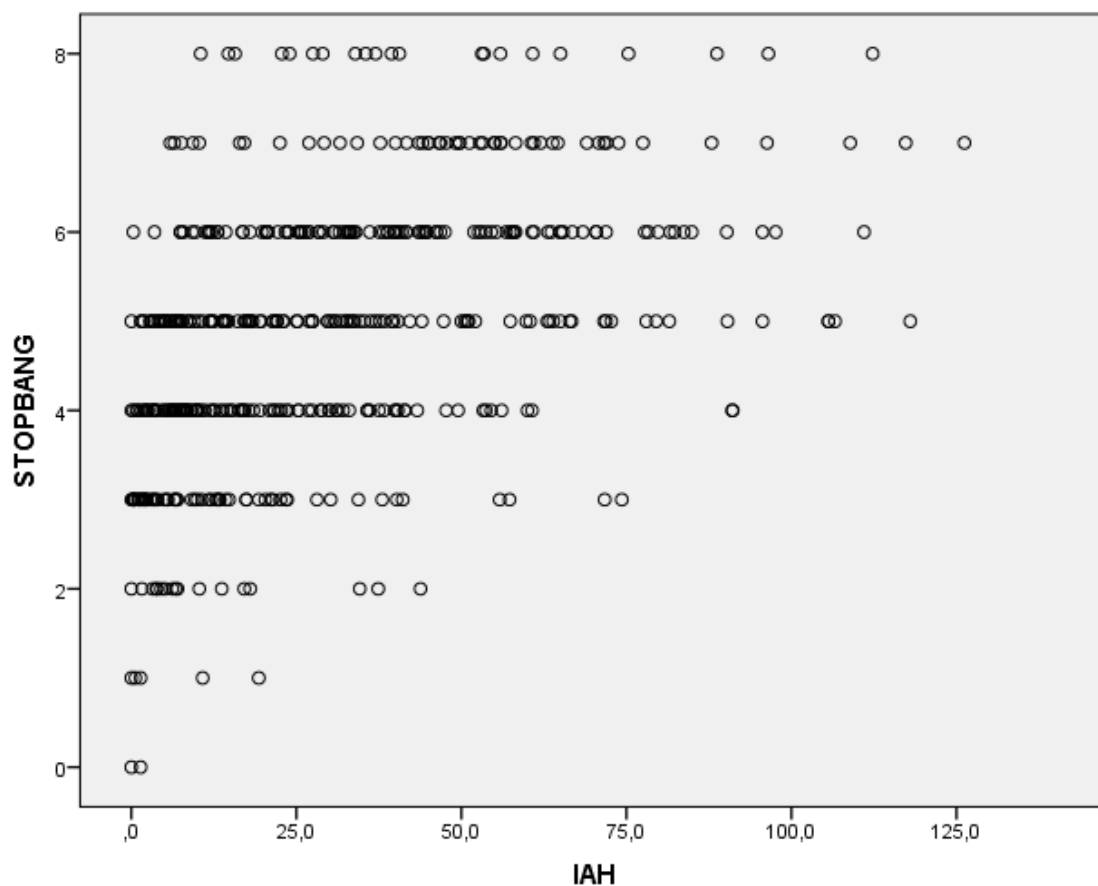


FIGURA 1

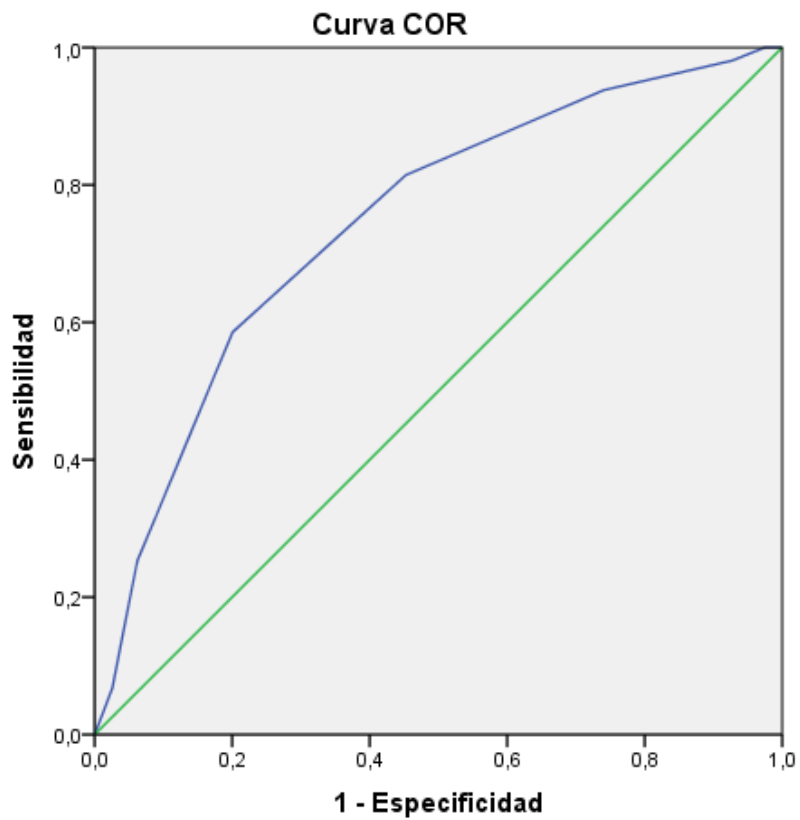


Fig 2: Curva ROC STOPBANG – IAH > 30

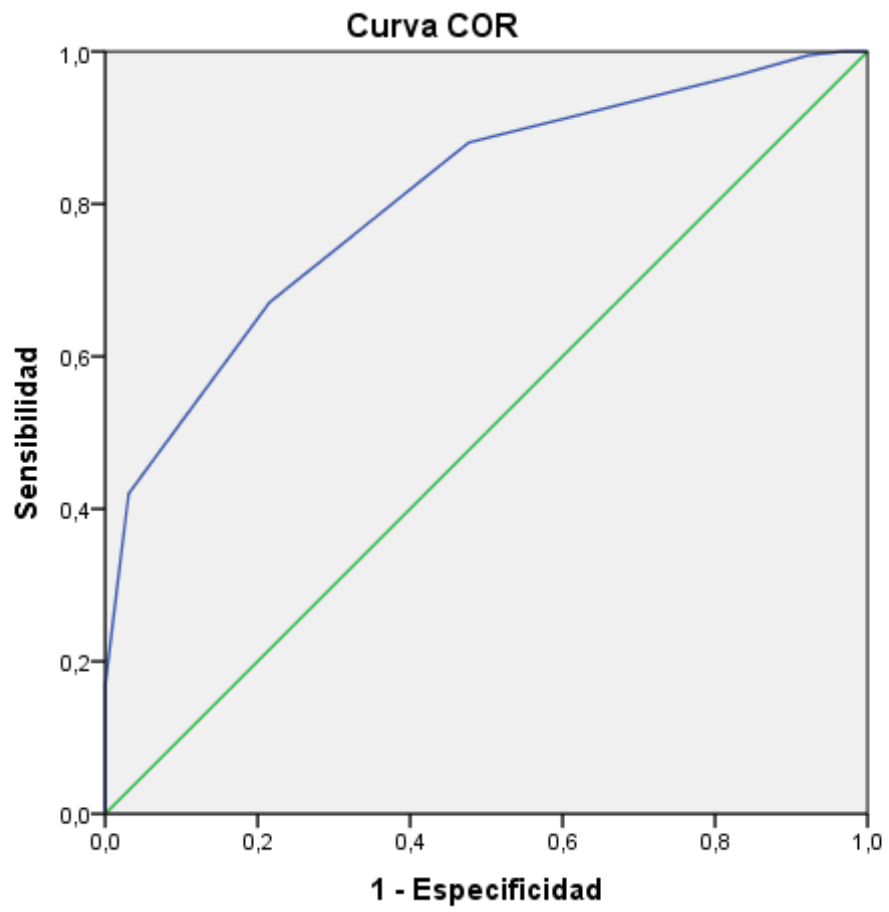


Fig 3: Curva ROC STOPBANG – IAH > 5.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS DEL SUEÑO EN NUESTRO HOSPITAL.

Gema Castaño de las Pozas, Susana Filgueira Martínez, Isabel García Alonso.
Sección de Neumología del Hospital de Jario. Coaña. Asturias.

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes diagnosticados en nuestro centro de síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) durante un periodo de 2 años (2015-2016) tratados con presión continua positiva en la vía aérea (CPAP) así como la relación entre ésta y otras enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Todos los pacientes diagnosticados de SAHS durante un periodo de 2 años (Enero 2015-Diciembre 2016) y tratados con CPAP. Protocolo de recogida de datos demográficos, tabaquismo, comorbilidades, poligrafía respiratoria, cumplimiento, titulación y seguimiento. Estadística: Distribución de frecuencias, medidas de posición así como t de Student o test de Wilcoxon. Relación de variables: Chi cuadrado. Programa estadístico: Programa R, versión 3.3.1.

RESULTADOS:

90 casos (76 hombres, 14 mujeres) con una edad media de 61.1 años. 8 eran conductores profesionales. IMC medio fue de 33,4. Escala de Epworth en 69 casos con un valor medio de 12.7. Con respecto al servicio procedente, la mayoría (73,3% de los casos) venía remitido por Atención Primaria, seguido de Neurología y Neumología. 43% eran exfumadores, 42% no fumadores y 15% fumadores activos. Se realizó espirometría a 70 pacientes, siendo el 67% de las mismas con valores normales. Presentaban comorbilidades 78 casos (87%), entre las que se encontraban: HTA (52%); DM (14%); Dislipemia (62%); Patología cardiológica 22 casos (ACxFA-36%-; Cardiopatía isquémica -32%-; Miocardiopatía -32%-); Patología respiratoria 19 casos (EPOC -47%-; Asma -32%-; Síndrome restrictivo -21%-); Patología neurológica 12 casos (ACV isquémico -42%-; Parkinsonismo -33%-; Cefalea crónica -17%-; Epilepsia -8%-); Patología tumoral 4 casos (4%). 10 casos presentaban síndrome prostático, 7 casos RGE y 14 casos (16%) síndrome depresivo. En cuanto a datos de poligrafía respiratoria, se obtuvo una media de IAH de 39,5; IDH de 39,23; CT90 de 14%; Saturación media de O₂ 92%. Con respecto a la clasificación de SAHS, 56 fueron graves, 23 moderados y 11 leves. Se inició tratamiento con CPAP con un valor medio de 8.05. Se programó la primera revisión dentro de los 4 primeros meses (86% casos) con un porcentaje de cumplimiento del 87,5%. La media de horas de cumplimiento fue de 7.26 horas. En primera revisión, se solicitó titulación a 31 pacientes de los cuales se tituló a una presión media de 10.4. Se realizó consulta de seguimiento en 67 casos, 57 de ellos dentro de los siguientes 6 meses. De todas las altas de CPAP, 8 fueron baja, 4 de ellas por intolerancia de CPAP. En cuanto a la relación del cumplimiento con algunas de las variables, se detectó relación estadísticamente significativa con el IAH ($p < 0,05$). Con respecto a si había relación entre IAH y alguna patología, se apreció asociación estadísticamente significativa entre SAHS y patología cardiológica ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

-El SAHS es una patología frecuente en varones de edad media, con IMC elevado, hipertensos y diabéticos.

-Existe relación entre gravedad del SAHS y cumplimiento del tratamiento.

-Sería conveniente tener esta patología en cuenta en pacientes con patología cardiológica y clínica sugestiva.

DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Gema Castaño de las Pozas. Susana Filgueira Martínez. Isabel García Alonso. Sección de Neumología. Hospital de Jario. Coaña. Asturias.

OBJETIVOS:

Describir las características de los pacientes del Área Sanitaria I diagnosticados de déficit de Alfa-1 antitripsina (DA1AT), portadores de los fenotipos Pi*ZZ y Pi*SZ.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes recogidos en la consulta de Neumología diagnosticados de DA1AT (fenotipos Pi*ZZ y Pi*SZ) en un periodo aproximado de 4 años (2014-2017). Realizamos un protocolo de datos demográficos, clínica, diagnóstico y tratamiento. SPSS versión 20.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 22 pacientes, 12 mujeres (54,5%) y 10 hombres. La edad media al diagnóstico fue de 49,75 (DS 13,16) años con un mínimo de 31 y un máximo de 74 años. 11 de ellos eran homocigotos Pi*ZZ (50%) mientras que los otros 11 casos eran heterocigotos Pi*SZ. El valor medio de niveles de A1AT fue de 42,5 con valor mínimo de 7 y un máximo de 76. Con respecto a la historia de tabaquismo, 17 nunca habían fumado (77%), 3 pacientes exfumadores (14%) y 2 fumadores activos (9%). Como motivo de la determinación de la proteína, la mitad de los casos fue por cribado familiar (48%) y 6 fueron por presentar patología pulmonar (29%). El resto de casos fue por otros motivos. Se realizó TC tórax en 18 pacientes (81,8%) y los hallazgos fueron los siguientes: 3 eran normales (16,7%); 5 presentaban enfisema (27,8%); 5 tenían bronquiectasias (27,8%) mientras que los 5 restantes tenían otros hallazgos. Nivel medio de FEV1 al diagnóstico fue de 2808 (DS 1268) ml con un mínimo de 800 y un máximo de 5310 ml. Porcentaje medio de FEV1 87,6% (DS 28,78). Porcentaje de DLCO medio al diagnóstico fue de 82,6% (DS 29,84). 9 pacientes (43%) presentaban síntomas, en todos ellos, el síntoma principal era la disnea. 4 pacientes tenían una hepatopatía (18%). En cuanto al tratamiento, 8 pacientes (38%) utilizaban tratamiento broncodilatador, 2 pacientes (9%) tenían oxígeno domiciliario y 2 pacientes estaban a tratamiento con terapia sustitutiva. 4 pacientes (18%) fueron exitus.

Tabla 1. Características de los pacientes en función de su fenotipo

	Pi*ZZ	Pi*SZ
Sexo	6H/5M	4H/7M
Edad media de dx	47	61
Hallazgo por cribado familiar	6	3
FEV1 medio (ml)	2655	2962
Hepatopatía	1	3
Enfisema en TC	4	1
Terapia sustitutiva	2	0
Exitus	3	1

CONCLUSIONES:

- El DA1AT es una patología poco frecuente y que, en muchas ocasiones, en nuestra serie, se detectó por cribado familiar.
- En nuestro caso, la presencia de hepatopatía se relaciona más con pacientes heterocigotos Pi*SZ.
- Tanto la existencia de enfisema pulmonar en TC como el uso de terapia sustitutiva predomina en pacientes homocigotos Pi*ZZ.
- La tasa de mortalidad es mayor en fenotipo Pi*ZZ.

COORDINACIÓN ENTRE CENTROS PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (HTEC).

Armando Oterino Manzanás¹, Pablo Álvarez Vega¹, Sergio Cadenas Menéndez¹, David González Calle¹, Javier Martín Moreiras¹, María Ángeles Fidalgo Fernández², Felipe Gómez-Caminero López³, Ignacio Hernández González⁴, Pilar Escribano Subías⁴

1. Unidad de Hipertensión Pulmonar. Servicios de Neumología y Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
2. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
3. Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
4. Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar. Hospital 12 de Octubre de Madrid

OBJETIVOS:

Analizar las características y el manejo terapéutico de los casos de HTEC diagnosticados en nuestro centro y la asistencia coordinada de los pacientes con la Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar (HP) del Hospital 12 de Octubre (centro CSUR).

MATERIAL MÉTODOS:

Estudio descriptivo de los casos diagnosticados de HTEC confirmados mediante cateterismo cardiaco derecho (CCD) y arteriografía pulmonar selectiva. Se recogieron variables clínicas, afectación central (arterias pulmonares principales y/o lobares) o periférica en TC (arterias segmentarias y/o subsegmentarias), comorbilidades u otras causas de HP asociadas y tratamiento propuesto: endarterectomía pulmonar (EP) o tratamiento médico (TM), tratamiento puente e HP persistente tras EP.

RESULTADOS:

Desde 2011 se han confirmado 25 casos de HTEC, 16 de ellos mujeres (64%), con una edad media de $68,08 \pm 17,62$ años (23-85). La trombofilia estaba presente en 2 pacientes: 1 con Síndrome antifosfolípido primario. 11 pacientes presentaban enfermedad central y 14 periférica en TC.

9 pacientes fueron remitidos a la Unidad Multidisciplinar de HP del Hospital 12 de Octubre (Madrid) para valoración de EP, siendo aceptados para cirugía 5. 3 fueron rechazados por enfermedad distal y 1 por enfermedad distal y comorbilidad.

De los 5 pacientes sometidos a cirugía en 2 fue curativa, otro paciente recibe triple tratamiento combinado triple (ambrisentan+tadalafilo+treprostinil) por HP persistente grave, 1 monoterapia con Riociguat por el mismo motivo. La otra paciente ha sido intervenida y está pendiente de realización de CCD de control a los 6 meses tras endarterectomía.

Un paciente fue operado en el CAUSA antes de comenzar el Programa de Hipertensión Pulmonar. Actualmente recibe tratamiento con Riociguat por HP persistente.

Los 15 pacientes no derivados presentaban enfermedad distal y/o criterios de inoperabilidad, siendo sus principales comorbilidades: edad, neoplasia y enfermedad cardíaca y/o pulmonar asociada.

De los 19 pacientes no operados, 13 eran mujeres y 6 varones, tenían una edad media de 76,34 años. Recibieron tratamiento médico: combinado triple: 1, que además fue sometido a angioplastia, pese a lo que actualmente está en lista activa de trasplante, combinado doble: 3, AREs en monoterapia: 3; Riociguat: 1, IPD5: 7 y 4 con tratamiento de soporte.

Actualmente 1 paciente está siendo evaluado como posible candidato a endarterectomía pulmonar por presentar tromboembolismo pulmonar crónico con oclusión vascular significativa, aunque sin HP en estudio hemodinámico en reposo ni en el ecocordio de ejercicio.

17 pacientes con tromboembolismo pulmonar crónico sin datos de HP en este momento llevan seguimiento en el programa de HP para screening de HTEC.

CONCLUSIONES:

La HTEC es una forma de HP con un tratamiento potencialmente curativo: la endarterectomía pulmonar, resultando crucial la coordinación entre centros expertos y Unidades de Referencia con experiencia en EP, en la evaluación de posibles candidatos a cirugía.

El elevado número de casos que no son candidatos a EP es atribuible a la mayor edad y alta frecuencia de comorbilidades en estos pacientes en comparación con la HAP

DISTANCIA RECORRIDA VS. ÍNDICE DESATURACIÓN DISTANCIA EN EL TEST DE LA MARCHA DE SEIS MINUTOS.

Andrés Ortiz Reyes, Marta Íscar Urrutia, Cristina Hernández González, Ramón Fernández Álvarez, Francisco López González, Gemma Rubinos Cuadrado, María José Vázquez López, Tamara Hermida Valverde, Inés Ruiz Álvarez, Julia Herrero Huertas, Marta María García Clemente, Pere Casán Clarà
Servicio de neumología, Hospital universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

El test de la marcha de los 6 minutos (6MWT) es la prueba simple de ejercicio más utilizada para evaluar el pronóstico y estado funcional de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. La distancia recorrida en metros (6MWD) ha demostrado estar relacionada con la mortalidad de estos pacientes. Sin embargo en las fórmulas de estandarización existe hasta un 30% de variabilidad para los valores de normalidad. En recientes estudios se ha implementado el índice desaturación/distancia (mDDR), como valor pronóstico en los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas.

Nuestro objetivo fue comparar el valor pronóstico del mDDR frente a la distancia recorrida en el 6MWT, en pacientes con hipertensión pulmonar (HTP), fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se recogieron los datos del 6MWT ejecutado en el periodo entre enero de 2013 y mayo de 2014, de un total de 165 pacientes (60 con diagnóstico de HTP, 33 de FPI y 72 de EPOC).

Se calculó el mDDR y se comparó con la distancia recorrida en metros, utilizando el índice de correlación de Pearson en relación con las siguientes variables: supervivencia en meses, número de hospitalizaciones, saturación media, diferencia saturación inicial y final, escala de BORG y frecuencia cardiaca.

RESULTADOS:

En el grupo de pacientes con HTP el 67% fueron mujeres, en comparación con 79% de hombres en el grupo de pacientes con FPI, y 78% de hombres en el grupo de pacientes con EPOC. La mortalidad fue de 32% en el grupo de pacientes con HTP, 21% en el grupo de FPI y 18% en el grupo de EPOC.

	N	Edad (años)	IMC (kg/m ²)	6MWD (m)	mDDR (%/m)
HTP	60	63 (DE +/-14)	27 (DE +/-4)	421 (DE +/-128)	0,2 (DE +/-0,08)
FPI	33	66 (DE +/-9)	29 (DE +/-3)	453 (DE +/-78)	0,14 (DE +/-0,21)
EPOC	72	65 (DE +/-10)	27 (DE +/-5)	430 (DE +/-92)	0,12 (DE +/-0,06)

	HTP		FPI		EPOC	
	mDDR	6MWD	mDDR	6MWD	mDDR	6MWD
Supervivencia en meses						
Índice de Pearson (r)	-0,14	-0,27	0,04	-0,1	-0,12	0,16
P	0,27	0,03	0,8	0,54	0,33	0,18
Nº de Hospitalizaciones						
Índice de Pearson (r)	0,02	-0,43	0,29	-0,39	0,05	-0,02
P	0,87	0,74	0,09	0,02	0,66	0,84

CONCLUSIONES:

1. La relación entre ambas determinaciones para la supervivencia y el número de hospitalizaciones fue baja pero estadísticamente significativa para 6MWD.
2. El índice de saturación/distancia no mejoró la significación estadística aportada por la 6MWD.

VNI EN PACIENTES CON EPOC Y OBSEIDAD, CARACTERISICAS Y RESPUESTA TERAPÉUTICA.

Inés, Ruiz, Álvarez, Ramón, Fernández, Álvarez, Gemma, Rubinos, Cuadrado, María José, Vázquez, López, Francisco, Rodríguez, Jerez, Margarita, Gutiérrez, Rodríguez, Tamara, Hermida, Valverde, Marta, Iscar, Urrutia, Pere, Casan, Clarà.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN:

La EPOC se asocia en muchas ocasiones a obesidad y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), en lo que podríamos denominar grupo EPOC-Obesidad-SAHS (EOA), precisando en ocasiones tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VNI). En el paciente con EPOC e hipercapnia se ha propuesto que la utilización de VNI de alta intensidad es efectiva, sin embargo podría no serlo en el subgrupo EOA. Nuestro objetivo fue comparar características y respuesta terapéutica en pacientes con síndrome de obesidad-hipoventilación (SOH) y EOA tratados con VNI.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo en el que se incluyeron 22 pacientes con EOA y 27 con SOH en tratamiento con VNI a largo plazo. Se trató a los pacientes con ventilación en presión de soporte. Se compararon datos antropométricos, de función pulmonar, patrón ventilatorio, índice de apneas-hipopneas (IAH), parametría ventilatoria y PCO₂ diurna, entre ambos grupos. Se utilizó la comparación de medias (t Student) para variables cuantitativas

RESULTADOS:

Los resultados se aportan en la tabla adjunta.

	SOH N (DS)	EOA N (DS)	p
Edad (años)	65 (10)	67 (8)	NS
IMC (kg/m ²)	42 (9)	39 (7)	NS
IAH (eventos/hora)	42 (31)	36 (22)	NS
FEV1 (%)	77 (14)	48 (9)	0,0001
VR (%)	116 (37)	170 (53)	0,004
VR/TLC (%)	46 (8)	57 (8)	0,001
pCO ₂ inicia (mmHg)	53(5)	54 (4)	NS
pCO ₂ final (mmHg)	44 (5)	43 (4)	NS
P0.1 (cm H ₂ O)	1'9 (0.9)	2'9 (1'7)	0,017
Tiempo inspiratorio (s)	1,4 (0,44)	1'18 (0,26)	0,047
IPAP (cm H ₂ O)	18 (3)	18 (2)	NS
EPAP (cm H ₂ O)	10 (2)	9 (1)	NS
PS (cm H ₂ O)	8 (3)	9 (2)	NS

CONCLUSIONES:

- Aunque los pacientes en el grupo EOA presentan mayor obstrucción y atrapamiento, no se aprecian diferencias en cuanto a parametría ventilatoria y efectividad terapéutica.
- El grupo de pacientes con EOA podría beneficiarse de programaciones que utilicen tiempos inspiratorios más cortos que los pacientes con SOH.

EXPERIENCIA INICIAL CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

David Fole,²Ana Paramá,¹Irene Fdez.,²Miguel Alonso,²María José Sánchez,²Liliana Pérez,²Lucía Alfonso,²Belén Miranda
¹Air Liquide Healthcare, ²Hospital Vital Álvarez-Buylla,

INTRODUCCIÓN:

La introducción de la ventilación mecánica no invasiva ha supuesto un gran avance en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y crónica en los últimos años.

OBJETIVOS:

Analizar las características de los pacientes pertenecientes al área sanitaria VII incluidos en un programa de ventilación mecánica no invasiva domiciliaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo en el que incluimos a 20 pacientes pertenecientes al periodo correspondiente entre 2014 y 2017 adaptados inicialmente al tratamiento descrito tanto en planta de hospitalización (19 pacientes) como en consultas externas de Neumología del Hospital Vital Álvarez-Buylla (1 paciente). No se incluyeron pacientes con patologías específicas subsidiarias de seguimiento en la unidad de referencia (patología neuromuscular)

Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, fecha de inicio del tratamiento, patología subyacente, tipo de dispositivo utilizado y parámetros utilizados (IPAP, EPAP, FR)

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporciones. Se utilizó el programa estadístico SPSS 23.

RESULTADOS:

Se incluyeron 20 pacientes (9 mujeres-45% y 11 hombres-55%) con una edad media de 68,30 \pm 10,09 años.

En el año 2014 se incluyó un paciente, 10 pacientes en el año 2015, 5 pacientes en el año 2016 y 4 pacientes en 2017. En cuanto a la patología subyacente, 2 pacientes (10%) presentaban una alteración ventilatoria restrictiva, 2 pacientes (10%) una alteración ventilatoria obstructiva, 2 pacientes (10%) presentaban una alteración ventilatoria mixta, 4 (20%) pacientes un síndrome overlap (SAHS+EPOC), 5 pacientes (25%) un SAHS/SOH, 5 pacientes (25%) una alteración restrictiva y SAHS. El dispositivo utilizado de forma predominante fue un S9 VPAP ST IV de Resmed (18 casos-90%), seguido del Lumis 150 VPAP ST de Resmed (2 casos-10%). En cuanto a los parámetros utilizados: IPAP media de 16 cmH₂O (mínima 13, máxima 20), EPAP media de 9 cmH₂O (mínima 6, máxima 16), FR media de 12 (mínima 0, máxima 17).

La estancia media de los pacientes adaptados en planta de hospitalización fue de 6 días.

CONCLUSIONES:

1. No existen diferencias significativas en cuanto al género de los pacientes incluidos
2. La patologías predominantes fueron las alteraciones ventilatorias restrictivas con patología relacionada con el sueño asociada y los síndromes de apnea-hipopnea del sueño y síndromes de obesidad-hipoventilación
3. La estancia media de los pacientes adaptados en planta de hospitalización fue de 6 días

PERFIL DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA DESCARTAR PATOLOGÍA RELACIONADA CON EL SUEÑO.

David Fole,²Ana Paramá,¹Irene Fdez.,²Miguel Alonso,²María José Sánchez,²Liliana Pérez,²Lucía Alfonso,²Belén Miranda

¹Air Liquide Healthcare, ²Hospital Vital Álvarez-Buylla,

INTRODUCCIÓN:

La elevada prevalencia del SAHS y su demostrada relación con diversas patologías, hace que cada vez se remitan más pacientes desde otras especialidades a los servicios de Neumología para descartar un SAHS.

OBJETIVOS:

Analizar las características de los pacientes remitidos a consultas externas de la sección de Neumología perteneciente al área sanitaria VII de Asturias para descartar la existencia de una patología relacionada con el sueño.

Valorar las diferencias en cuanto a los servicios que remiten pacientes en dos años pertenecientes a diferentes décadas y ver si ha habido un cambio en la tendencia tras la publicación de la normativa 55 de SEPAR (Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño) del año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo en el que incluimos un total de 206 pacientes pertenecientes a los años 2006 (60 pacientes) y 2016 (146 pacientes)

Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, IAH, IMC, tratamiento y servicio de procedencia

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las cualitativas en forma de proporciones. Se utilizó el programa estadístico SPSS 23.

RESULTADOS:

Se incluyeron 206 pacientes de los cuales 152 eran hombres (73,8%) y 54 mujeres (26,2%).

En el año 2006 se incluyeron 43 hombres y 17 mujeres y en el año 2016 se incluyeron 109 hombres y 37 mujeres. La edad media fue $53,04 \pm 11,80$ años. El IAH medio fue $26,93 \pm 22,41$ (mínimo 8, máximo 88,3). El IMC medio fue $31,50 \pm 6,42$ (mínimo 18, máximo 56,8).

Se inició tratamiento con CPAP en 155 pacientes (75,2%) y no se instauró tratamiento en 51 pacientes (24,8%)

Dentro de los servicios de procedencia de los pacientes: 93 pacientes desde Atención Primaria (45,1%), 36 Neumología (17,5%), 36 Cardiología (17,5%), 14 ORL (6,8%), 11 Neurología (5,3%), 6 Endocrinología (2,9%), 5 Medicina Interna (2,4%), 3 Urgencias y 1 paciente Alergología (0,5%) y Nefrología (0,5%) respectivamente.

En el año 2006 la edad media fue de 50,21 años, el IAH 23,75, el IMC 31,29 y se prescribió tratamiento con CPAP en 40 pacientes (66,66%).

Los servicios de procedencia fueron Atención Primaria (40), ORL (8), Neumología (5), Neurología (3), Endocrino (2), Interna (1), Alergia (1). El servicio de Cardiología no remitió ningún paciente

En el año 2016 la edad media fue de 54,20 años, el IAH 28,10, el IMC 31,59 y se prescribió tratamiento con CPAP en 115 pacientes (73,71%).

Los servicios de procedencia fueron Neumología (36), Cardiología (35), AP (34), ORL (14), Neurología (11), Endocrino (6), Interna (5), Urgencias (3), Nefrología (1), Alergología (1)

CONCLUSIONES:

1. Existe un marcado incremento en el número de pacientes remitidos a nuestras consultas para descartar patología relacionada con el sueño.
2. Existe un claro predominio de varones en la muestra.
3. Existe un mayor IAH e IMC en los pacientes analizados en la última década.
4. La opción preferente fue el tratamiento con CPAP.
5. Existe un interés creciente en la realización de los estudios de sueño en pacientes cardiópatas.

UTILIDAD DE UN DISPOSITIVO PORTÁTIL MONOCANAL EN EL DIAGNÓSTICO DE SAHS GRAVE.

Tamara Hermida Valverde, Gemma Rubinos Cuadrado, María José Vázquez López, Ramón Fernández Álvarez, Irene Fernández Suárez, Lorena Colao Patán, Patricia Rodríguez Menéndez, Inés Ruíz Álvarez, Julia Herrero Huertas, Andrés Ortiz Reyes, Pere Casán Clarà.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) supone una entidad de alta prevalencia en nuestro medio. La necesidad de descartar dicha patología en un número elevado de pacientes, incrementa de forma considerable la carga asistencial en los centros especializados. Por ello, parece necesario establecer un mecanismo de cribado desde Atención Primaria antes de decidir derivación hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar el valor de RS para excluir SAHS moderado y SAHS grave.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se realizaron de forma consecutiva 60 estudios de polisomnografía hospitalaria (PSG) y se colocó un dispositivo portátil monocanal (RUSleeping RTS, Respironics (RS)) de forma simultánea en pacientes remitidos a la unidad de sueño con sospecha de SAHS. Se analizó la capacidad del RS para excluir SAHS moderado (IAH de 15 por PSG) y SAHS grave (IAH 30 por PSG). Se utilizó como punto de corte el p50 de los valores obtenidos con el RS (15 AH). Se calculó el VPN tomando como referencia el diagnóstico por polisomnografía.

RESULTADOS:

Se consideraron válidos 57 casos. La edad media fue de 50 años, con 28 hombres (48%) y 31 mujeres (52%). El IAH medio fue 23/h y con RS de 18/h. Con AH<15 se detectaron 27 casos (48%). En el estudio con PSG 35 casos (61%) se clasificaron como SAHS moderado-grave, y 19 (33%) como SAHS grave. Para excluir SAHS grave con AH<15 hubo 3 FN (VPN 89%) y para excluir SAHS moderado-grave 9 FN (VPN 66%).

	PSG IAH> 30	PSG IAH< 30
RS > 15 AH	16	14
RS <15 AH	3	24
	PSG IAH> 15	PSG IAH< 15
RS > 15 AH	26	4
RS <15 AH	9	18

CONCLUSIONES:

- 1.-La utilización del RS sería coste-efectiva para priorizar casos de SAHS grave.
- 2.-En nuestra serie el RS no se ha mostrado efectivo para gestionar los casos de SAHS no grave.
- 3.-Tomando 15 AH como punto de corte, se podrían tomar decisiones sobre el 47% de la serie con un VPN del 89%.

¿PODEMOS PREDECIR QUÉ PACIENTES PUEDEN BENEFICIARSE DEL TRATAMIENTO CON AUTO-CPAP?

María José Vázquez López ¹, Patricia Rodríguez Menéndez ², Irene Fernández Suárez ², Gemma Rubinos Cuadrado ¹, Ramón Fernández Álvarez ¹, Marta Iscar Urrutia, Pere Casan Clarà ¹

¹ Área del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

² VITAL-AIRE Air Liquide Healthcare

INTRODUCCIÓN:

La CPAP es el tratamiento más coste-efectivo para el SAHS; en el momento actual no se contempla el uso rutinario de AUTO-CPAP como tratamiento inicial. Los equipos de AUTO-CPAP son útiles para la titulación de la presión de CPAP en la mayoría de los pacientes con SAHS. Una potencial indicación de las AUTO-CPAP como tratamiento son los pacientes que presentan efectos secundarios con la CPAP a presión fija que no han podido ser corregidos, aquéllos que necesiten presiones elevadas que provoquen intolerancia o necesidad de presiones variables (SAHS postural) como causa de mala tolerancia al tratamiento.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo fue detectar posibles diferencias entre los pacientes que precisaron tratamiento con AUTO-CPAP tras titulación y los que se mantuvieron con CPAP a presión fija en nuestra serie

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo observacional, prospectivo y transversal llevado a cabo en el total de pacientes titulados con la AUTO-CPAP S9 de ResMed en la Unidad de Sueño del HUCA en 2016. Se recogieron los resultados de las variables de presión (p95, mediana y máx.), fugas (p95 y mediana) e índice de apnea-hipopnea residual (IAHr) obtenidos de los algoritmos de la titulación, sexo, edad, tipo de estudio de sueño (Poligrafía-PR ó Polisomnografía-PSG), gravedad del SAHS por IAH, efecto posicional, tiempo con saturación por debajo del 90% (T90%), saturación media de oxígeno (SatO2 media), índice de masa corporal (IMC), perímetro de cuello (PC cm), grado de somnolencia diurna por Escala de Epworth (EE), hábito tabáquico, situación laboral, morbilidad asociada (respiratoria, psiquiátrica y cardiovascular) y tratamiento con fármacos depresores del SNC. Se dividieron a los pacientes en dos grupos: los que permanecieron con CPAP a la presión titulada y los que precisaron una AUTO-CPAP como tratamiento tras al menos 3 meses con presión titulada. Análisis estadístico con programa SPSS (t-Student para comparación de medias, χ^2 para variables cualitativas, significación estadística $p < 0,05$).

RESULTADOS:

Se titularon 122 pacientes. Había 90 (74%) varones y 32 (26%) mujeres, con una edad media de 61 (\pm 12) años. Había 66 (55%) pacientes diagnosticados por PR y 56 (45%) por PSG. Padecían un SAHS grave 90 (74%) de los pacientes, con un IAH medio de 46 (3-105), presentado efecto posicional 48 (49%) pacientes. El T90% medio detectado en nuestra serie fue del 26% y la SatO2 media del 91% (76-97). La mayoría eran obesos, con un IMC de 35 (21-53) y un PC cm de 42 (35-53). La puntuación en la EE fue de

14 (\pm 6) puntos. Había 33 (28%) pacientes fumadores. Un 42% de los pacientes eran laboralmente activos. La mayoría no presentaba morbilidad respiratoria (82%) ni psiquiátrica (67%), pero el 73% tenía factores de riesgo cardiovascular asociados. Encontramos 38 (31%) pacientes consumidores de fármacos depresores del SNC. Con respecto a los valores medios obtenidos con la titulación: presión p95 13 (\pm 3), presión mediana 10 (\pm 2), presión máx. 14 (\pm 3), fuga p95 23 (\pm 16), fuga mediana 6 (\pm 8) e IAHR 2 (\pm 3). Un total de 93 (76%) pacientes quedaron con CPAP a presión fija tras la titulación y 29 (24%) cambiaron a AUTO-CPAP como tratamiento.

	CPAP PRESIÓN FIJA TITULADA	AUTO-CPAP	p
SEXO	♂: 70 (75%) ♀: 23 (25%)	♂: 20 (69%) ♀: 9 (31%)	NS
EDAD	61 (\pm 12)	61 (\pm 9)	NS
TIPO DE ESTUDIO	PSG: 42 (75%) PR: 51 (77%)	PSG: 14 (25%) PR: 15 (23%)	NS
GRAVEDAD SAHS	IAH: 48 (\pm 22)	IAH: 40 (\pm 18)	NS
EFECTO POSICIONAL	36 (75%)	12 (25%)	NS
T90%	28 (\pm 28)	18 (\pm 24)	NS
SatO2 MEDIA	91 (\pm 4)	92 (\pm 2)	NS
IMC	35 (\pm 7)	35 (\pm 8)	NS
PC cm	42 (\pm 4)	43 (\pm 4)	NS
Puntuación EE	13 (\pm 6)	14 (\pm 6)	NS
TABAQUISMO	23 (79%)	10 (21%)	NS
MORBILIDAD ASOCIADA	Respiratoria: 16 (76%) Psiquiátrica: 29 (74%) Cardiovascular: 67 (75%)	Respiratoria: 5 (14%) Psiquiátrica: 10 (16%) Cardiovascular: 22 (25%)	NS
FÁRMACOS SNC	29 (76%)	9 (24%)	NS

VARIABLES TITULACIÓN	P p95: 12 (\pm 3) P mediana: 9 (\pm 2) Fugas p95: 23 (\pm 15) IAHr: 2 (\pm 3)	P p95: 13 (\pm 3) P mediana: 10 (\pm 2) Fugas p95: 24 (\pm 20) IAHr: 2 (\pm 2)	NS
-------------------------	--	---	----

CONCLUSIONES:

En nuestra serie no hemos encontrado ninguna variable clínica, anatómica, funcional ni morbilidad que permita predecir qué pacientes podrían beneficiarse del tratamiento con AUTO-CPAP inicialmente.

Un 24% de los pacientes de nuestra serie precisan tratamiento con AUTO-CPAP.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA MEDIANTE PIEZA BUCAL EN PACIENTES CON E.L.A.

Francisco Rodríguez Jerez¹, Patricia Rodríguez Menéndez², Herminia Lisbeth Buchelli Ramírez¹, Irene Fernández Suárez², Margarita Gutiérrez Rodríguez¹, Daniel Martínez González¹, Ramón Fernández Álvarez¹, Pere Casan Clará¹

1. Área de Gestión Clínica del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Asturias, España

2. Vital Aire, Oviedo, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

La Ventilación No Invasiva (VNI) con Pieza Bucal (VPB) como alternativa al uso continuado de mascarilla nasal u oronasal en pacientes con alta dependencia de VNI, favorece su autonomía, disminuye la aparición de lesiones cutáneas por uso continuado de mascarillas y retrasa o evita la realización de la traqueostomía. En pacientes con E.L.A. su uso en nuestro entorno es muy esporádico posiblemente por falta de experiencia en los diversos equipos asistenciales.

OBJETIVOS:

Describir la experiencia con VPB como trata en un grupo de pacientes con E.L.A. evolucionada (tetraplejia) atendidos en nuestra Unidad Multidisciplinar de Enfermedades Neuromusculares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se propuso adaptación a VPB a pacientes afectos de E.L.A. todos ellos con cierre bucal conservado y con diferentes grados de afectación de capacidad fonatoria y de deglución. En todos se probaron modos de ventilación por presión o volumen y en cuatro de ellos tras ensayo terapéutico se dio a elegir dispositivo según confortabilidad (Vivo 50 Breas vs Trilogy 100 Respironics). Se definió uso correcto si el paciente toleraba tandas de más de una hora con la VPB a lo largo del día y durante al menos un mes.

RESULTADOS:

Se adaptaron 7 pacientes a VPB en un periodo de 22 meses. En la **Tabla I** se resumen los datos de sexo, edad, motivo de adaptación a VPB, tiempo que toleraron el tratamiento y evolución y uso. En la **Tabla II** se recogen los dispositivos preferidos por los pacientes y los parámetros de ventilación. Todos los pacientes prefirieron el modo VACV y a los que se dio a elegir, escogieron el dispositivo Vivo 50 Breas. En todos ellos los valores de Volumen Circulante (Vt) requeridos para obtener confortabilidad fueron muy superiores a los habituales en VMNI con otras interfases o en ventilación por traqueostomía. Los dos pacientes que toleraron peor la VPB fueron los que ya habían perdido la capacidad fonatoria.

CONCLUSIONES:

1. La VPB puede ser bien tolerada en pacientes seleccionados con E.L.A. avanzada.
2. La pérdida de la fonación puede ser un factor asociado al fracaso de la VPB
3. Los pacientes parecen tolerar mejor modos de ventilación por Volumen, a Vt elevados y con dispositivos con flujo basal mínimo

Tabla I: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y DATOS DE USO

Caso	Sexo	Edad (años)	Motivo VPB	Tiempo en VPB (meses)	Uso	Retirada VPB
1	F	60	Rechazo traqueostomía	3 m	Correcto	Exitus
2	M	54	Rechazo traqueostomía	12 m	Esporádico	En activo
3	M	64	Aumento demanda VMNI	17 m	Correcto	En activo
4	F	52	Rechazo traqueostomía	4 m	Correcto	Exitus
5	M	49	Aumento demanda VMNI	2 m	Correcto	Activo
6	F	51	Aumento demanda VMNI	6 m	Esporádico	Prefiere mascarilla 24 h
7	M	69	Aumento demanda VMNI	9 m	Correcto	Traqueostomía

Tabla II: DISPOSITIVOS Y PARÁMETROS DE VPB

Caso	Dispositivo	Volumen corriente (mL)	Frecuencia Respiratoria de rescate (r/min)	Tiempo inspiratorio (s)	Trigger insp	Onda de flujo
1	Vivo 50	1.000	0	1,2	1	Cuadrática
2	Vivo 50	1.300	0	1,2	1	Cuadrática
3	Vivo 50	1.300	8	1,5	2	Cuadrática
4	Trilogy 100	800	12	1	Autotrack	Cuadrática
5	Vivo 50	1.100	0	1,2	2	Decelerada
6	Vivo 50	1.100	0	1,2	1	Cuadrática
7	Trilogy 100	1.100	0	1,5	Autotrack	Cuadrática

UTILIDAD CLÍNICA DE LA RESPUESTA DEL CENTRO RESPIRATORIO A LA HIPERCAPNIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SOH.

Inés Ruiz Álvarez, Ramón Fernández Álvarez, Gemma Rubinos Cuadrado, Marta Iscar Urrutia, María José Vázquez López, Tamara Hernida Valverde, Pere Casan Clarà

Área de Pulmón Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Facultad de Medicina, Oviedo, Asturias, España.

INTRODUCCIÓN:

En el tratamiento de primera línea del Síndrome de Obesidad-Hipoventilación (SOH) puede utilizarse tanto la Ventilación no Invasiva (VNI) como la CPAPn, no habiendo criterios definitivos para asignar un tratamiento u otro. De ellas la CPAPn es la terapia más sencilla y barata que ha demostrado utilidad en un subgrupo de estos pacientes. En la patogenia del SOH se produce una hipoventilación nocturna de origen multifactorial, postulándose una disminución de la respuesta del centro respiratorio (CR) a la hipercapnia.

Nuestras hipótesis es que en aquellos pacientes cuya actividad del CR se haya normalizado tras tratamiento con VNI ésta podría retirarse. Nuestro objetivo es describir la situación clínica y funcional de que los pacientes con SOH en los que se ha retirado VNI tras normalización de la actividad de su CR.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron un total de 29 pacientes con SOH en tratamiento con VNI, se realizó una PRH al inicio y tras 3 meses con VNI. Se tomó un grupo de control de individuos sin patología respiratoria y se clasificó la PRH como "óptima" (PRHO) o "subóptima" (PRHSO) según los valores fuesen superiores o inferiores al P25 del grupo control. En el grupo de paciente con PRHO, tras exclusión de los casos con enfermedades concomitantes no controladas, fallecimiento y cambios sustanciales de peso, se retiró el tratamiento con VNI y se inició tratamiento con CPAPn a una presión igual a la EPAP programada en el ventilado (PRHO-C). Se realizó una pulsioximetría nocturna de control. Se analizaron ropométricos y poligráficos

RESULTADOS:

Tras 3 meses de tratamiento con VNI 13 de los casos pasaron a mostrar una PRHO realizándose cambio a CPAPn en 9. Edad media de 65 (13) años, 66% varones. El valor de PRH basal fue de 0,15 (0,13) cmH₂O/mmHg y tras VNI 0,31 (0,09) cmH₂O/mmHg (p=0,033). Los pacientes con PRHO-C se caracterizan por tener un IMC e IAH muy elevado. Tras el cambio de tratamiento a CPAP el valor de T 90 fue de 7% y la saturación media de oxígeno nocturna fue un 93%.

	PRHO-C
Edad	65 (13)
IMC (kg/m ²)	41 (7)
IAH al diagnóstico	60 (16)
P01/PetCO ₂ inicial	0,15 (0,13)
P01/PetCO ₂ tras tratamiento con VNI	0.34 (0.09)
CPAP (presión programada)	10 (1)
T 90 tras cambio a tratamiento con CPAP (%)	7 (8)
Sat. media de O ₂ tras cambio a tratamiento con CPAP (%)	93 (2)

CONCLUSIONES:

- 1.- El estudio de la respuesta al CR nos proporciona datos valiosos para optar por tratamiento con VNI o CPAP en paciente con SOH.
- 2.- En aquellos pacientes con una buena respuesta adaptativa del CR se puede realizar un cambio de tratamiento a CPAP sin objetivarse datos desaturación nocturna.

SALA 11

15:45	<p>CARCINOMA DE PULMÓN: TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS</p> <p>Estela García Coya, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, José Antonio Gullón Blanco, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Lorena González Justo, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Andrés Sánchez Antuña, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz.</p> <p>Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Arriondas*</p>
15:53	<p>CARCINOMA DE PULMON: DIFERENCIAS DE GÉNERO</p> <p>Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, José Antonio Gullón Blanco, Ricardo Rodríguez Seoane, Lorena González Justo, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Jennifer Jiménez Pérez, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz.</p> <p>Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Arriondas</p>
16:01	<p>ECOBRONCOSCOPIA MAS ALLÁ DE LA ESTADIFICACION GANGLIONAR MEDIASTÍNICA</p> <p>Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, José Antonio Gullón Blanco Manuel Ángel, Villanueva Montes, Andrés Sánchez Antuña, Juan Rodríguez López*, Manuel Ricardo Rodríguez, Seoane, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz</p>
16:09	<p>DIAGNOSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UNA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA</p> <p>Carmen Osoro Suárez, Rosyris Guzmán Taveras, Ana Fernández Tena, Inés Ruiz Álvarez, Ariel Moreda Bernardo, Julia Herrero Huertas, Pere Casan Clará, Cristina Martínez González.</p> <p>Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Instituto Nacional de Silicosis, Área del Pulmón, Oviedo, Asturias, España</p>
16:17	<p>TUBERCULOSIS ACTIVA EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL</p> <p>Carmen Osoro Suárez, Miguel Arias Guillén, Marta García Clemente, Teresa González Budiño, Julia Herrero Huertas, Inés Ruiz Álvarez, Andrés Mauricio Ortiz Reyes, Pere Casan Clará.</p> <p>Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Instituto Nacional de Silicosis, Área del Pulmón, Oviedo, Asturias, España</p>
16:25	<p>FACTORES PREDICTORES DE ESTADIFICACION GANGLIONAR N2/N3 POR ECOBRONCOSCOPIA</p> <p>Estela García Coya, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Andrés Sánchez Antuña, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz.</p> <p>Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín, Avilés. Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Arriondas*</p>
16:33	<p>ANTICUERPOS MONOCLONALES EN ASMA BRONQUIAL</p> <p>Estela García Coya, José Antonio Gullón Blanco, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Manuel Angel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Jennifer Jiménez Pérez, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz.</p> <p>Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Sección de Neumología Hospital del Oriente. Arriondas*</p>

16:41	<p>INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN VÍRICA EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.</p> <p>Tamara Hermida Valverde1 , Julia Herrero Huertas1 ,Marta María García Clemente1 , Miguel Arias Guillén1 , Claudia Madrid Carbajal1 , Santiago Melón García2 , Susana Rojo Alba2 , Marta Iscar Urrutia1 , Lucía García Alfonso3 , Pedro Bedate Díaz4 , María Teresa González Budiño4</p> <p>1. Servicio de Neumología, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España 2. Servicio de Microbiología, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España 3. Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Coruña, La Coruña, España 4. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España</p>
16:49	<p>BACTERIEMIA NEUMOCÓCICA: CARACTERÍSTICAS GENERALES</p> <p>Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, Lorena González Justo, Fernando Álvarez Navascues, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López, José Antonio Gullón Blanco, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Manuel Ángel Martínez Muñiz</p>
16:57	<p>MESOTELIOMAS: CARACTERÍSTICAS GENERALES</p> <p>Juan Diego Álvarez Mavarez, Estela García Coya, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Lorena González Justo, Andrés Sánchez Antuña, Manuel Ángel Martínez Muñiz</p>
17:05	<p>MORTALIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO TRAS NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA</p> <p>Herrero Huertas J, García Clemente M, Hermida Valverde T, Ortiz Reyes A, Ruiz Alvarez I, Moreda A, Osoro Suárez C, Hernández González C, Arias Guillén M, Enríquez Rodríguez AI, Iscar Urrutia M, González Budiño T. Área de Gestión del Pulmón. Universidad de Oviedo.</p>
17:13	<p>FACTORES PREDICTORES DE EXACERBACIÓN GRAVE EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FQ Y COLONIZACIÓN CRÓNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA.</p> <p>Herrero Huertas J, García Clemente Marta, Hermida Valverde T, Ortiz Reyes A, Ruiz Alvarez I, Moreda A, Osoro Suárez C, Hernández Gonzalez C, Arias Guillén M, Enríquez Rodríguez AI, Iscar Urrutia M, Casan Clarà P. Área de Gestión del Pulmón. Universidad de Oviedo.</p>
17:21	<p>RENTABILIDAD DE BIOPSIAS ECOGUIADAS UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA</p> <p>Inés Ruiz Álvarez, Francisco J. López González, Lucía García Alfonso, Julia Herrero Huertas, Andrés M. Ortiz Reyes, Carmen Osoro González, Marta García Clemente, Pere Casan Clarà Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.</p>
17:29	<p>RENDIMIENTO DE QuantiFERON TB Plus® (QTF-Plus) EN LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN RELACIÓN A QTF TB Gold In TUBE (QTF), TSPOT.TB Y PRUEBA DE TUBERCULINA (PT). ESTUDIO PROSPECTIVO A DOS AÑOS.</p> <p>Miguel Arias Guillén1, María Teresa González-Budiño1, Marta María García Clemente1, Sabino Riestra Menéndez2, Rubén Queiro3, Juan José Palacios Gutiérrez4, Susana Martínez González1, Miguel Santibáñez5, Tamara Hermida Valverde1, Carmen Osoro Suárez1, José Andrés Lorenzo Martín5, Ariel Moreda1, Inés Ruiz Álvarez1, Julia Herrero Puertas1, Andrés Ortiz1, María Folgueras Gómez6, Pere Casan Clara1</p> <p>1. Área de Gestión Clínica del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Facultad de Medicina Universidad de Oviedo. 2. Servicio de Gastroenterología .HUCA .3. Servicio de Reumatología HUCA.4. Servicio de Microbiología. HUCA. 5. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería. 6. Servicio de Medicina Interna HUCA.</p>
17:37	<p>SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO</p> <p>Claudia Janeth Madrid Carbajal, Francisco Julián López, Marta García Clemente, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, Tamara Hermida Valverde, Julia Herrero Huertas, Andrés Mauricio Ortiz Reyes, María Angélica Orellana González, Pere Casan Clara. Área de Gestión de Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias.</p>
17:45	<p>CALIDAD PERCIBIDA DE SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA</p> <p>María José Vázquez López, Tamara Hermida Valverde, Gemma Rubinos Cuadrado, Ramón Fernández Álvarez, Inés Ruiz Álvarez, Marta Iscar Urrutia, Pere Casan Clarà. Unidad de Sueño. Área del Pulmón. H. Central de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.</p>

CARCINOMA DE PULMÓN: TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS.

Estela García Coya, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, José Antonio Gullón Blanco, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Lorena González Justo, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Andrés Sánchez Antuña, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz

Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés
Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Ariondas*

OBJETIVOS:

Analizar las tendencias epidemiológicas acontecidas en los últimos años en el carcinoma broncogénico (CB).

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron los pacientes diagnosticados de CB en nuestro centro desde Enero de 2011 hasta Diciembre de 2016. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, tipo histológico, TNM, tratamiento y mediana de supervivencia. Para el estudio estadístico se utilizaron: t student, ANOVA, chi cuadrado, Kaplan Meier y test de los rangos logarítmicos (log rank). Se consideró significativo $p < 0,05$

RESULTADOS:

Se analizaron 353 pacientes: 297 varones (84 %) y 56 mujeres (16 %) con una edad media de 67,35 años DE 10,08.338 referían antecedentes de tabaquismo (96%): 149 activos, con índice paquetes-año de 51,53 DE 24,94. La distribución por tipos histológicos fue la siguiente: 147 adenocarcinoma (42 %), 113 carcinoma epidermoide (32 %), 59 carcinoma microcítico (17 %), 14 carcinoma indiferenciado de célula grande (4%) y 20 otros (5 %). 59 (16,6 %) pacientes se estadificaron como estadios I, 37 (10,4 %) estadios II, 53 estadio III-A (15 %), 44 III-B (12,4 %) y 161 (45,6 %) estadios IV. Tratamiento recibido: Cirugía en 77 casos, quimioterapia en 109, Radioterapia en 41, quimioradioterapia en 77 y sintomático en 49. La supervivencia mediana fue de 45 semanas. Las principales tendencias observadas durante el período se reflejan en la tabla 1.

	2011-2012	2013-2014	2015-2016	p
Edad (años)	66,64	69,95	65,6	0,02
Sexo				
-Varón	92 (88,4 %)	113 (83,7 %)	92 (80,7 %)	0,06
-Mujer	12 (11,5 %)	22 (22,9 %)	22 (19,2 %)	
Estirpes				
Adenoca	38 (36,5 %)	51 (38,9 %)	58 (51,3 %)	0,0001
Epidermoide	41 (39,4 %)	39 (29,7 %)	33 (29,2 %)	
Microcítico	17 (16,3 %)	26 (19,8 %)	16 (14,1 %)	
Célula grande	8 (7,6 %)	4 (3 %)	1 (0,8 %)	
TNM				
I+II+III-A	33 (31,7 %)	60 (43,9 %)	51 (44,5 %)	0,1
IIIB+IV	71 (69,3 %)	75 (56,1 %)	63 (55,5 %)	
Tratamiento				
Cirugía	14 (12,5 %)	33 (24,6 %)	30 (23,8 %)	0,06
Quimioterapia	35 (33,6 %)	41 (30,5 %)	33 (29,2 %)	

Radioterapia	15 (14,4 %)	15 (11,2 %)	11 (10,6 %)	
Quimioradio	22 (21,1 %)	26 (19,4 %)	29 (26,5 %)	
Paliativo	18 (18,4 %)	20 (14,3 %)	11 (9,9 %)	
Supervivencia	41	68	59	0,001

CONCLUSIONES:

1) Se ha apreciado una disminución significativa de la edad de presentación y un aumento de la estirpe adenocarcinoma, así como una tendencia al aumento del número de casos en el sexo femenino.

2) La supervivencia ha aumentado significativamente, lo que creemos podría estar condicionado por el mayor número de casos que recibieron tratamiento quirúrgico durante los últimos años

CARCINOMA DE PULMÓN: DIFERENCIAS DE GÉNERO.

Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, José Antonio Gullón Blanco, Ricardo Rodríguez Seoane, Lorena González Justo, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Jennifer Jiménez Pérez, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz

Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés
Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Arriendas.

OBJETIVOS:

Analizar si existen diferencias de género en la presentación y evolución del carcinoma broncogénico
Pacientes y métodos: Se incluyeron los pacientes diagnosticados de CB en nuestro centro desde enero de 2011 hasta diciembre de 2016. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, tipo histológico, enfermedades asociadas e índice de Charlson, tiempo demora atribuido al paciente (primer síntoma-contacto sistema sanitario), TNM, tratamiento y mediana de supervivencia, en semanas, ajustada por TNM. Para el estudio estadístico se utilizaron: t student, ANOVA, chi cuadrado, Kaplan Meier y test de los rangos logarítmicos (log rank). Se consideró significativo $p < 0,05$
Resultados: Se analizaron 353 pacientes: 297 varones (84 %) y 56 mujeres (16 %) con una edad media de 67,35 años DE 10,08. La distribución de las variables se reflejan en la siguiente tabla:

	Hombre	Mujer	P
Edad (años)	68,39	61,86	0,0001
Tabaquismo	291 (98,4 %)	47 (83,9 %)	0,0001
Paquetes-año	54,20 DE 25,63	37,77 DE 14,97	0,0001
Comorbilidad	232 (78,1 %)	37 (66,1 %)	0,04
Ich	1,41 DE 1,1	0,93 DE 0,92	0,003
Demora (días)	43,31 DE 63,99	34,17 DE 56,	0,3
Estirpes			0,1
Adenocarcinoma	117 (40,1 %)	30 (53,6 %)	
Epidermoide	103 (35,3 %)	10 (17,9 %)	
Microcítico	50 (17,1 %)	9 (16,1 %)	
Célula grande	11 (3,8 %)	3 (5,4 %)	
TNM			0,6
I+II+III-A	118 (39,9 %)	24 (42,6 %)	
IIIB+IV	179 (61,1 %)	32 (57,3%)	
Tratamiento			0,07
Cirugía	54 (18,2 %)	17 (30,3 %)	
Quimioterapia	82 (27,6 %)	17 (30,3 %)	
Radioterapia	49 (16,4 %)	3 (5,3 %)	
Quimioradioterapia	58 (19,5 %)	11 (19,9 %)	
Paliativo	54 (18,3 %)	8 (14,3 %)	
Supervivencia	41	68	0,47

CONCLUSIONES:

- 1) En el momento del diagnóstico de la neoplasia las mujeres son más jóvenes, presentan menos enfermedades asociadas y antecedentes de tabaquismo; en aquellas que son fumadoras la intensidad de consumo es significativamente menor.
- 2) La distribución de estirpes es similar, aunque en las mujeres la frecuencia de adenocarcinoma es mayor.
- 3) Se aprecia una tendencia a una mayor supervivencia en mujeres, independientemente del estadio tumoral, sin alcanzar la significación estadística

ECOBRONCOSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR MEDIASTÍNICA.

Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, José Antonio Gullón Blanco Manuel Ángel, Villanueva Montes, Andrés Sánchez Antuña, Juan Rodríguez López*, Manuel Ricardo Rodríguez, Seoane, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz.

Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín, Avilés.

INTRODUCCIÓN:

Describir las patologías, distintas a la estadificación ganglionar mediastinica, en las que la Ecobroncoscopia (EBUS) aportó el diagnóstico, así como su rentabilidad y los factores relacionados con la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron todos los pacientes, incluidos prospectivamente en una base de datos, a los que se realizó una EBUS. Se recogieron datos antropométricos, estaciones ganglionares estudiadas, tamaño lesional, indicación y diagnóstico por EBUS o técnicas quirúrgicas. Para el estudio estadístico se emplearon: Chi cuadrado, t student.

RESULTADOS:

Se incluyeron 226 pacientes: 170 varones (75,2 %) y 22 mujeres (24,8 %), con una edad media de 63,19 DE 12,30 años. Se obtuvo muestra representativa 214 casos (94,7 %), con los siguientes diagnósticos definitivos: carcinoma broncogénico en 90 (42,1 %), sarcoidosis en 7 (3,3 %), linfoma en 7 (3,3 %), metástasis de neoplasia extratorácica en 5 (2,2 %), tuberculosis en 1 (0,5 %) y linfadenitis en 104 (48,6 %).

Se tomaron muestras en 25 masas peribronquiales. Se obtuvo un diagnóstico de malignidad en 22 (88 %), sin que el tamaño tumoral mostrará influencia significativa ($26,38 \pm 3,52$ vs $26,6 \pm 3,72$ mm).

Se realizó EBUS por sospecha de sarcoidosis en 14 casos y se tomaron muestras de 20 adenopatías, proporcionando el diagnóstico en el 50 %. La rentabilidad se asociaba con el tamaño ($18,55 \pm 4,16$ vs $13,14 \pm 3,05$ mm – $p=0,03$) y localización ganglionar: E7 66,7 %; 4R 100 %; 10 R 100 %; 11 R 50 %; 11L 67 % ($p=0,02$). En los 7 casos restantes se logró la filiación diagnóstica por medio de una mediastinoscopia o videotoracoscopia

En el linfoma se tomaron muestras de 12 adenopatías, 10 de las cuales resultaron positivas: 5 E7 (100 %), 1 4R (33,3 %) y 4 10 R (100 %), sin que existiesen diferencias llamativas en el tamaño ganglionar.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia la Ecobroncoscopia: 1) ha aportado el diagnóstico en otras entidades distintas a la estadificación ganglionar mediastínica en el 20 % de los casos, siendo las más habituales masas peribronquiales, sarcoidosis y linfoma. 2) En la sarcoidosis la rentabilidad diagnóstica fue del 50 % y se relacionó directamente con el tamaño ganglionar y las localizaciones paratraqueal e hilar derechas. 3) En las masas peribronquiales la rentabilidad se aproximó al 90 % y no dependía del tamaño tumoral.

DIAGNOSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN UNA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA.

Carmen Osoro Suárez, Rosyris Guzmán Taveras, Ana Fernández Tena, Inés Ruiz Álvarez, Ariel Moreda Bernardo, Julia Herrero Huertas, Pere Casan Clará, Cristina Martínez González

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Instituto Nacional de Silicosis, Área del Pulmón, Oviedo, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en los países industrializados. En España, en el año 2015 se diagnosticaron 28.347 nuevos casos con una supervivencia a 5 años < 15% siendo su una de sus causas el retraso en el diagnóstico. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes y los tiempos diagnósticos y de tratamiento en una consulta de neumología para mejorar un diagnóstico precoz del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron aquellos pacientes derivados a consulta, en el período de Enero/2016-Agosto/2017, con una sospecha inicial de cáncer de pulmón. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo factores demográficos, comorbilidades, estudios solicitados, diagnóstico final y posibilidades terapéuticas.

RESULTADOS:

Se incluyeron 53 pacientes (72% varones y 28% mujeres) con una edad media de 63 años. 39 no estaban expuestos a sustancias cancerígenas, entre los expuestos 8 estaban a sílice y 3 a asbesto. Eran fumadores o lo habían sido en el pasado 46, con un consumo acumulado medio de 32 paq/año. 12 eran EPOC. La solicitud de consulta más frecuente fue por hallazgo radiográfico (57%), siendo derivados en un 30% desde otros servicios del hospital y 28% desde AP o Urgencias. Se solicitó PET-TC en un 83% de los casos con una espera media para el mismo de 81 días. Para el diagnóstico histológico se solicitaron EBUS, BAG y/o PAAF con una espera media de 16, 6 y 7 días respectivamente. El tiempo transcurrido entre la primera sospecha y el inicio de tratamiento fue de 67 +/- 15 días. Hubo 39 diagnósticos de cáncer de pulmón siendo el subtipo histológico más frecuente el adenocarcinoma (45%), seguido de epidermoide (21%) y CPCP (8%). La mitad de los casos se diagnosticaron en estadios avanzados (III y IV) presentando metástasis a distancia un 42%. Un 11% tenía una sospecha inicial de cáncer de pulmón con un diagnóstico final de metástasis hematógena. En cuanto al tratamiento 17 fueron a cirugía precisando 9 de ellos tratamiento sistémico posterior; por lo que en total recibieron QT-RT 39 casos. Al final del período del estudio murieron 6 pacientes.

CONCLUSIONES:

1. El cáncer de pulmón se puede estudiar adecuadamente de forma ambulatoria.
2. La principal sospecha diagnóstica sigue siendo la alteración radiológica.
3. En aquellos casos con tumores sólidos a otros niveles hay que descartar la presencia de metástasis pulmonares.

TUBERCULOSIS ACTIVA EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Carmen Osoro Suárez, Miguel Arias Guillén, Marta García Clemente, Teresa González Budiño, Julia Herrero Huertas, Inés Ruiz Álvarez, Andrés Mauricio Ortiz Reyes, Pere Casan Clará

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Instituto Nacional de Silicosis, Área del Pulmón, Oviedo, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis es una de las patologías que empeoran el pronóstico en pacientes trasplantados, presentando además complicaciones debidas al tratamiento. Nuestro objetivo fue describir las características de una serie de pacientes trasplantados con tuberculosis a fin de mejorar el diagnóstico de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio retrospectivo en el cual se seleccionaron aquellos pacientes con trasplante de órgano sólido diagnosticados de tuberculosis activa, analizándose la presencia de aquellos factores pre o post-trasplante que pudieron favorecer su diagnóstico.

RESULTADOS:

Desde el año 2007 en nuestro centro se han realizado 711 trasplantes (380 renales, 230 hepáticos y 101 cardíacos) en 221 mujeres y 490 hombres. Se detectaron 10 casos de tuberculosis (<1%), apareciendo en 8 trasplantes renales y 2 hepáticos. De los pacientes 7 eran diabéticos, 4 consumían alcohol y también eran fumadores. El tratamiento inmunosupresor inicial más frecuente fue la combinación de Esteroides + Inhibidores Calcineurina + MMF (40% casos). El 50% presentaron síntomas de rechazo precisando aumentar la dosis de inmunosupresión. Cuatro de los pacientes habían tenido tuberculosis previa y 7 de ellos no sabían precisar si habían estado expuestos. Se hizo cribado de TBC pre-trasplante en 3 casos. Ningún paciente hizo Quimioprofilaxis antes del trasplante. El diagnóstico más frecuente se hizo mediante PCR de M.tuberculosis, siendo la presentación más frecuente la pulmonar (70%). Siete pacientes completaron el tratamiento correctamente consiguiéndose una curación completa en un 40% casos.

CONCLUSIONES:

1. La incidencia de tuberculosis activa es mayor en trasplantados renales.
2. Dado que la prevalencia de Infección Tuberculosa Latente (ITL) está aumentada en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, es necesario realizar cribado de ITL previo a la realización del trasplante.

FACTORES PREDICTORES DE ESTADIFICACION GANGLIONAR N2/N3 POR ECOBRONCOSCOPIA.

Estela García Coya, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Andrés Sánchez Antuña, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Jennifer Jiménez Pérez, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz

Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín, Avilés.
Sección de Neumología. Hospital del Oriente. Arriendas*

INTRODUCCIÓN:

La Ecobroncoscopia (EBUS) representa el principal método no invasivo para la estadificación ganglionar mediastínica, que nos permite precisar la afectación N2/N3 y por tanto limitar la resecabilidad. Nuestro objetivo es analizar que factores podrían predecir la infiltración ganglionar mediastínica N2/N3 determinada por punción transbronquial guiada por EBUS (EBUS-PTB).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron de manera retrospectiva todos los pacientes diagnosticados de carcinoma broncogénico a los que se realizó EBUS-PTB para la estadificación ganglionar mediastínica, recogidos prospectivamente. Criterios de exclusión: pacientes en estadio IV o con EBUS-PTB negativa y estadificación quirúrgica N2. Variables analizadas: tamaño ganglionar por TC, localización del tumor primario (central/periférico), tamaño del tumor primario por TC, captación por PET (Suv máx): adenopatías y tumor primario y estadificación por PET (N0/N2-N3); todas ellas se relacionaron con la existencia de N2 o N3 por EBUS-PTB (EBUS N2). Estudio estadístico: Chi cuadrado, t Student y regresión logística, considerándose como variable dependiente EBUS N2. Significación: $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 79 pacientes: 61 hombres y 18 mujeres, edad media de $63,17 \pm 12,7$ años. El tamaño medio de las adenopatías estudiadas por EBUS-PTB fue $14,4 \pm 5,9$ mm y en 49 casos (62 %) se demostró afectación N2-N3. El 18,1 % de los casos N0 por PET eran EBUS N2 y el 30 % de los N2 por PET eran N0 por EBUS, siendo sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo de PET para EBUS N2: 77,7 %, 75 %, 81,8 % y 70 % respectivamente. El 15,4 % de los casos PET N0 y localización periférica eran EBUS N2. En el análisis univariado se relacionaban significativamente con EBUS N2: tamaño tumoral, localización central, tamaño ganglionar y N2/N3 por PET. En el análisis multivariante mantenía relación independiente únicamente PET N2/N3 [OR=9,75 (2,28-41,66) $p=0,02$]

CONCLUSIONES:

1) La infiltración ganglionar N2/N3 por EBUS-PTB se relaciona fundamentalmente con los hallazgos de la tomografía por emisión de positrones y no con la localización del tumor primario. 2) No obstante la tomografía por emisión de positrones no muestra una sensibilidad y valor predictivo negativo adecuados para excluir N2/N3, por lo que creemos que, en tumores resecables, se debe realizar una estadificación ganglionar por EBUS-PTB en cualquier adenopatía de tamaño mayor de 5 mm independientemente de cuál sea su captación en la PET.

ANTICUERPOS MONOCLONALES EN ASMA BRONQUIAL.

Estela García Coya, José Antonio Gullón Blanco, Juan Diego Álvarez Mavarez, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Manuel Angel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López*, Jennifer Jiménez Pérez, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Lorena González Justo, María Rodríguez Pericacho, Manuel Ángel Martínez Muñiz
Unidad Gestión Clínica Neumología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés
Sección de Neumología Hospital del Oriente. Ariondas*

OBJETIVOS:

Describir nuestra experiencia en el empleo de anticuerpos monoclonales en el tratamiento del Asma bronquial grave no controlada.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Asma bronquial y que recibieron tratamiento con anticuerpos monoclonales desde Enero de 2011 hasta la actualidad. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, atopia, enfermedades asociadas (obesidad, rinitis, bronquiectasias, síndrome ansioso, reflujo gastroesofágico), puntuación ACT, agudizaciones (moderadas: aquellas que precisaron corticoides orales; graves: requirieron hospitalización), tratamiento de mantenimiento y respuesta según GETE. Estudio estadístico: chi cuadrado, t student y comparación de medias pareadas. Significación: $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 34 pacientes: 23 mujeres y 11 varones, edad media de 46 DE 12,36 años, 29 presentaban otras enfermedades asociadas (15 obesidad, 11 síndrome ansioso, 25 rinitis, 3 bronquiectasias y 4 reflujo gastroesofágico). La puntuación media del ACT era 11,96 DE 2,2, habían presentado un media de 4,48 DE 2,06 agudizaciones durante el año previo, 34 % de las cuales fueron consideradas graves, el FEV1 % medio era de 66,7 DE 15,48. El 100 % recibían tratamiento con corticoides inhalados +LABA, el 86,2 % antileucotrienos (ARLT), 69 % LAMA y 17,2 % corticoides orales.

Veintinueve iniciaron tratamiento con omalizumab, 82 % presentaban atopia, aumentado significativamente la puntuación ACT (11,9 vs 21,35 $-p=0,0001$) y el FEV1 (2237,39 ml vs 2550,50 ml $-p=0,002$), y reduciéndose el número de agudizaciones (4,71 vs 0,71- $p=0,0001$) y la dosis de corticoide inhalado (2000 vs 1100,16 mcg equivalente en beclometasona- $p=0,0001$). Se retiró el LABA en el 24 % de los casos, ARLT en el 44 %, los corticoides orales en el 100 % y LAMA en el 80 %. La respuesta se consideró excelente en 8 pacientes (27, 5 %), buena en 14 (48,2 %) y menor 2 (6,8 %); en 8 ocasiones se retiró el fármaco: 3 por falta de respuesta, 2 por efectos secundarios, y en 3 enfermos se descaló tras un media de 68 DE 10,39 meses de tratamiento, 2 de los cuales mantienen buen control al año de la retirada y en otro fue preciso reintroducirlo nuevamente por deterioro clínico.

Cinco enfermos recibieron mepoluzimab, 3 de los cuales no habían respondido al omalizumab y 2 tomaban corticoides orales de mantenimiento. El tiempo medio de tratamiento fue de 5,20 meses DE 3,11 y se consiguió una reducción significativa del número de agudizaciones (5,0 vs 1,5 $-p=0,04$), un aumento del FEV1 (1473 vs 1880 ml- $p=0,37$) y ACT (11 vs 18,5 $-p=0,23$), y retirar corticoides orales en ambos enfermos. No se ha suspendido el tratamiento en ningún caso.

CONCLUSIONES:

- 1) Tanto mepolizumab como omalizumab son fármacos eficaces y bien tolerados en el tratamiento del asma grave no controlado.
- 2) Pese a que nuestra experiencia con mepoluzimab es corta, los efectos beneficiosos del omalizumab parecen ser más consistentes, lo que sugiere que éste debería ser la primera opción en aquellos pacientes con eosinofilia e IgE elevada.
- 3) En caso de no respuesta al omalizumab, mepoluzimab es una alternativa válida si se cumplen los criterios para su indicación.
- 4) El omalizumab podría intentar retirarse tras más de 5 años de tratamiento, sin que necesariamente repercuta negativamente en el control de la enfermedad. No obstante en este aspecto, nuestra experiencia es limitada para poder extraer conclusiones definitivas.

INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN VÍRICA EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.

Tamara Hermida Valverde¹, Julia Herrero Huertas¹, Marta María García Clemente¹, Miguel Arias Guillén¹, Claudia Madrid Carbajal¹, Santiago Melón García², Susana Rojo Alba², Marta Iscar Urrutia¹, Lucía García Alfonso³, Pedro Bedate Díaz⁴, María Teresa González Budiño⁴

1. Servicio de Neumología, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España

2. Servicio de Microbiología, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España

3. Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Coruña, La Coruña, España

4. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

OBJETIVOS:

Analizar la influencia que puede tener la infección vírica en las agudizaciones respiratorias de EPOC que requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo en el que se analiza la influencia de la infección vírica en las agudizaciones respiratorias de los pacientes EPOC. A todos los pacientes ingresados por agudización de EPOC entre Noviembre-17 y Enero-18 se les realizó una determinación de PCR para virus respiratorios en exudado faríngeo y un cultivo de esputo. Se analizaron datos demográficos, datos clínicos, analíticos y evolutivos. En el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS:

Se incluyeron 80 pacientes EPOC con edad media 70.4 ± 11.1 (46-88), 63 hombres (79%). El FEV1% medio fue 46 ± 17 (18-84%). La gravedad de EPOC fue GOLD I: 10 (12.5%); II: 24 (30%); III: 23 (29%) y IV: 23 (29%). Recibían OCD 19 (24%). Presentaban insuficiencia respiratoria al ingreso 58 (73%) e hipoxemia 9 (11%). La PCR para virus respiratorios fue positiva en 37 pacientes (46%), siendo los virus más frecuentes *Influenza B*: 24 (30%), *Rhinovirus*: 4 (5%), *Enterovirus*: 3 (4%), *Adenovirus*: 2 (2.5%), *Coronavirus*: 2 (2.5%) y *VRS*: 2 (2.5%). Los cultivos de esputo fueron positivos en 27 pacientes (34%), siendo los microorganismos más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*: 7 (9%), *Pseudomonas aeruginosa*: 7 (9%), *E. coli*: 6 (7.5%), *Hemophilus influenzae*: 3 (4%), *Enterobacter cloacae*: 1 (1.2%), *Stenotrophomona maltophilia*: 1 (1.2%), *Staphylococcus aureus*: 1 (1.2%) y *Chryseobacterium*: 1 (1.2%). En 13 pacientes (16%) coexistieron virus y bacterias. Recibieron tratamiento antibiótico 71 pacientes (89%) de los cuales 66 (93%) los iniciaron en el momento del ingreso. El tiempo de tratamiento antibiótico fue de 9.7 ± 4.5 días (2-24). 41 (58%) recibieron quinolonas. No observamos diferencias en los valores de PCR y PCT en relación con la indicación de tratamiento antibiótico. La estancia media fue de 7.7 ± 3.9 (1-20) siendo más prolongada en aquellos pacientes que recibieron tratamiento antibiótico (5.3 ± 1.4 vs 8 ± 4.1)($p=0.000$).

Diagnóstico	Exudado respiratorio positivo: 37 (46%)	Cultivo de esputo positivo: 27 (34%)	Virus + bacterias	Antibióticos
EPOC (80)	<i>Influenza B</i> : 24 (30%) <i>Rhinovirus</i> : 4 (5%) <i>Enterovirus</i> : 3 (4%) <i>Adenovirus</i> : 2 (2.5%) <i>Coronavirus</i> : 2 (2.5%) <i>VRS</i> : 2 (2.5%)	<i>Str. Pneumoniae</i> : 7 (9%) <i>Ps. Aeruginosa</i> : 7 (9%) <i>E. coli</i> : 6 (7.5%) <i>H. influenzae</i> : 3 (4%) <i>E. cloacae</i> : 1 (1.2%) <i>St. Maltophilia</i> : 1 (1.2%) <i>St. Aureus</i> : 1 (1.2%) <i>Chryseobacterium</i> : 1 (1.2%)	13 (16%)	71 (89%)

1.- En los pacientes ingresados por agudización de EPOC observamos en el 46% de los casos una infección vírica como causa de la descompensación. En 13 pacientes (16%) coexistieron aislamientos de virus y bacterias simultáneamente.

2.- En nuestra serie 89% de los pacientes EPOC ingresados por agudización recibieron tratamiento antibiótico probablemente innecesario en muchos de los casos dada la infección vírica como causa de la descompensación. La utilización de antibióticos repercutió en la estancia media que fue más prolongada.

3.- Es importante plantear en los pacientes EPOC al ingreso la necesidad de tratamiento antibiótico según criterios claramente establecidos. Realizar determinación de PCR para virus respiratorios puede determinar el entorno epidemiológico, evitar el uso innecesario de antibióticos y optimizar recursos.

BACTERIEMIA NEUMOCÓCICA: CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Estela García Coya, Juan Diego Álvarez Mavarez, Lorena González Justo, Fernando Álvarez Navascues, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López, José Antonio Gullón Blanco, Jesús Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Manuel Ángel Martínez Muñiz

OBJETIVOS:

Analizar las características generales de las bacteriemias neumocócicas en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo donde se analizaron todos los pacientes con hemocultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae* entre enero de 2014 y noviembre de 2016. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo, microbiología, tratamiento y evolución. Se utilizó el programa SPSS v 22.0.

RESULTADOS:

34 casos: 22 varones (64,7%). Edad media de 60 años. 11 pertenecían a Medicina interna, 10 a Neumología, y 6 a la UVI. El diagnóstico más frecuente fue de neumonía en 19 casos (55,9%), seguido de fiebre sin foco en 6 (17,6%) y 2 casos de meningitis (5,9%). Las enfermedades asociadas más frecuentes se describen en la tabla 1. Los signos y datos analíticos más frecuentes se describen en la tabla 2. Se obtuvo un valor medio de PCR de 18,48. En 7 pacientes se realizó procalcitonina (media 9,11). La antigenuria para neumococo fue positiva en 8 casos de los 18 donde fue realizada (44,4%). El neumococo fue multisensible en 21 casos (61,8%). En aquellos resistentes, la sensibilidad fue intermedia en 6 casos, alta en 4 y baja en 1. Los antimicrobianos más utilizados se muestran en la gráfica 1. Se administró tratamiento iv durante una media de 6,71 días y oral de 4,67. Se administró la primera dosis en Urgencias en 13 casos (38%). En 10 se utilizó tratamiento concomitante con esteroides (29%). La estancia media de ingreso fue 8,79 días. Complicaciones: 5 pacientes (14,7%) precisaron de ingreso en UVI, en 7 se realizó VNI o VMI (20,6%), hubo 8 casos de shock séptico (23,5%) y 2 presentaron derrame pleural. 10 casos fallecieron (29,41%)

CONCLUSIONES:

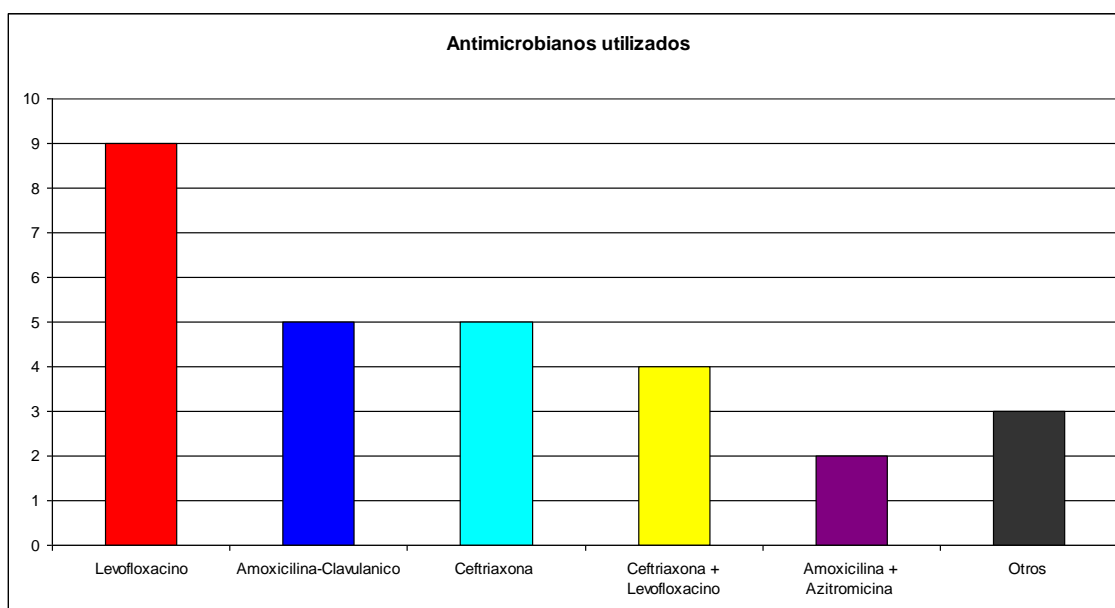
- En nuestra serie las bacteriemias neumocócicas se asociaron con elevada mortalidad (29%).
- Solo el 38% de los pacientes recibieron la primera dosis de antibiótico en urgencias.
- La mayoría de los casos correspondió al sexo masculino con una relación 2:1.
- El diagnóstico más frecuente fue neumonía en 19 casos y constaba antecedente tabáquico en un 41%.
- La comorbilidad más frecuente fue diabetes mellitus.

Tabaquismo	14 - 41%
Diabetes Mellitus	7 - 21%
Alcoholismo	7 - 21%
Corticoides inhalados	5 - 15%
EPOC	4 - 12%
Insuficiencia cardiaca	4 - 12%
Asma	4 - 12%
Neoplasia activa	4 - 12%
Insuficiencia renal crónica	3 - 9%
NAC previa	3 - 9%
ADVP	2 - 6%
Corticoides sistémicos	1 - 3%
Hepatopatía	1 - 3%
VIH	1 - 3%
Tratamiento inmunosupresor	1 - 3%
Bacteriemia previa	1 - 3%

Tabla 1: Enfermedades asociadas.

Fiebre	25 - 74%
Leucocitosis	22 - 65%
Taquicardia	18 - 53%
Insuficiencia respiratoria	18 - 53%
Insuficiencia renal	16 - 47%
Alteración de la coagulación	14 - 41%

Tabla 2: Signos y datos analíticos.



Gráfica 1: Antimicrobianos utilizados.

MESOTELIOMAS: CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Juan Diego Álvarez Mavarez, Estela García Coya, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Juan Rodríguez López, Fernando Álvarez Navascues, Jesús Allende González, Lorena González Justo, Andrés Sánchez Antuña, Manuel Ángel Martínez Muñiz.

OBJETIVOS:

Describir las características generales de los pacientes diagnosticados de mesotelioma en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los diagnósticos de mesotelioma en un periodo comprendido entre octubre de 2009 a octubre de 2017. Se recogieron las variables edad, sexo, exposición laboral, comorbilidad, historia de tabaquismo, síntomas, hallazgos radiológicos, métodos diagnósticos, estirpe histológica, tratamientos y supervivencia. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 22.0.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 16 pacientes diagnosticados de mesotelioma de los cuales 14 eran pleurales y 2 extratorácicos. Todos eran de sexo masculino con una media de 74 años. En 13 pacientes se describe antecedente laboral constando exposición a asbesto en 6. La mayoría de los pacientes no presentaban enfermedades asociadas. En 10 pacientes constaba historia de tabaquismo 2 de ellos activo con un índice acumulado de paquetes año de 39 paquetes/año (DE 16). Los síntomas y los hallazgos radiológicos más frecuente al diagnóstico se describen la tabla 1. En el 62% de los casos se precisó de PAAF/BAG guiada por TC para el diagnóstico y solo se obtuvo diagnóstico a través de citología de líquido pleural en 1 caso. La estirpe más frecuente encontrada fue de tipo epitelial en un 69%. El marcador de inmunohistoquímica más frecuente fue la calretinina positiva (62%), seguido de Ber-EP4 negativo (50%) y citoqueratina 5,7 positivo (50%). En la mayoría de los casos no se objetivó afectación extrapulmonar. El TNM fue reflejado en la historia en 7 de los 16 casos. El tratamiento indicado en la mayoría de los casos fue la quimioterapia solo siendo realizado en 6 casos dado la mala evolución / rápida progresión por lo que se decidió tratamiento sintomático. La mediana de supervivencia fue de 6 meses.

Síntomas		Hallazgos Rx	
Disnea	8 - 50%	Derrame	10 - 62%
Astenia	7 - 44%	Masas pleurales	7 - 44%
Dolor torácico	6 - 37%	Perdida de volumen	6 - 38%
Perdida de peso	5 - 31%	Adenopatías	5 - 31%
Tos	4 - 25%		
Dolor abdominal	3 - 19%		

Tabla 1: Síntomas al diagnóstico / hallazgos Rx.

CONCLUSIONES:

- El 100% de los casos fueron varones probablemente debido a que existe una importante relación con la exposición laboral a asbesto que en nuestra serie solo fue reflejada en la historia en 37% de los casos.
- La estirpe más frecuente es el de tipo epitelial con porcentajes similares a los datos epidemiológicos disponibles.
- En nuestra serie fue necesario realizar PAAF/BAAG guiada por TC en la mayoría de los casos por baja rentabilidad en otras técnicas.
- Los marcadores inmunohistoquímicos se utilizan como apoyo al diagnóstico siendo los más habituales Calretinina, Citoqueratina 5,7 y Ber-EP4.
- La clasificación de TNM fue utilizada en un bajo porcentaje (44%).

MORTALIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO TRAS NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA.

Herrero Huertas J, García Clemente M, Hermida Valverde T, Ortiz Reyes A, Ruiz Alvarez I, Moreda A, Osoro Suárez C, Hernández González C, Arias Guillén M, Enríquez Rodríguez Al, Iscar Urrutia M, González Budiño T. Área de Gestión del Pulmón. Universidad de Oviedo.

OBJETIVOS:

Analizar la mortalidad y los eventos cardiovasculares a largo plazo tras una neumonía neumocócica bacteriémica (NNB).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes diagnosticados de NNB entre los años 2010 y 2016, analizando la mortalidad y las complicaciones cardiovasculares en el año posterior al episodio. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad, gravedad de la neumonía, datos de ingreso, analíticos y evolutivos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22.0 y se consideró significativa un $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 133 pacientes con NNB, con edad media de 68 ± 17 años (IC95% 65-71), 79 hombres (59%). Según el PSI, 121 pacientes (91%) se encontraban en clases IV-V. Fallecieron durante el ingreso 25 pacientes (19%) y en el año posterior 16 (mortalidad acumulada 31%).

Presentaron complicaciones cardiovasculares 26 (24%). En el estudio univariante la mortalidad en el año posterior a la NNB se relacionó con el número de ingresos en el año previo ($p=0.008$), edad ($p=0.026$), índice de Charlson ($p=0.021$), neoplasia sólida ($p=0.003$), frecuencia cardiaca (FC) al ingreso ($p=0.011$), deterioro de nivel de conciencia ($p=0.042$), disnea al ingreso ($p=0.034$) y puntuación de Fine ($p=0.044$)(Tabla I). En el análisis multivariante fueron factores independientes la presencia de neoplasia sólida

OR: 14.2 (IC95% 2.6-77.3)($p=0.002$), FC al ingreso OR: 1.04 (IC95% 1.01-1.08)($p=0.006$), la edad OR: 1.06 (IC95% 1.02-1.11)($p=0.014$) y el deterioro de nivel de conciencia OR: 6.4 (IC95% 1.2-33.6)($p=0.002$). Las complicaciones cardiovasculares se relacionaron en el análisis univariante con la edad ($p=0.001$), el sexo femenino ($p=0.030$), el índice de Charlson ($p=0.0001$), la presencia de neoplasia hematológica ($p=0.003$), la toma de esteroides orales ($p=0.024$), la toma de inhibidores de la bomba de protones ($p=0.004$), el número de plaquetas al ingreso ($p=0.020$) y la resistencia a los macrólidos ($p=0.001$)(Tabla 2). En el análisis multivariante fueron factores independientes el índice de Charlson $p=0.026$ (OR: 1.32 IC95% 1.04-1.68), el número de plaquetas ($p=0.005$)(OR: 1.07 IC95% 1.02-1.37), la presencia de neoplasia hematológica ($p=0.039$)(OR: 5.12 IC95% 1.09-24.1), y la resistencia a macrólidos ($p=0.006$) (OR: 5.78 IC95% 1.64-20.4).

CONCLUSIONES:

- 1.- La NNB es un proceso grave que ocasiona mortalidad no sólo en el episodio agudo sino también a largo plazo, siendo en nuestro estudio la mortalidad acumulada del 31%.
- 2.- La mortalidad a largo plazo se asoció a la presencia de neoplasia sólida, taquicardia al ingreso, la edad y el deterioro del nivel de conciencia.
- 3.- En nuestro estudio observamos complicaciones cardiovasculares en el año posterior al ingreso en un 24% de los pacientes, relacionando las mismas con la comorbilidad (índice de Charlson), la presencia de neoplasia hematológica, el número de plaquetas al ingreso y la resistencia a los macrólidos.

Factor	No fallecidos	Fallecidos	P
Nº ingresos previos	0.39 ± 0.78	1.06 ± 1.44	0.008
Índice Charlson	2.84 ± 2.55	4.50 ± 2.89	0.021
FINE	128.66 ± 36.5	148.70 ± 33.33	0.044
Frecuencia Cardiaca	97.75 ± 17.34	110.25 ± 20.01	0.011
Edad	65.8 ± 16.4	74.5 ± 15.8	0.026
Neoplasia sólida	6/87	6/16	0.003
Deterioro nivel conciencia	21/87	7/16	0.042
Disnea	52/87	14/16	0.034

Tabla 1. Análisis univariante de la mortalidad a los 12 meses tras el ingreso por NNB

Factor	No eventos cardiovasculares	Si eventos cardiovasculares	P
Índice Charlson	2.52 ± 2.27	4.62 ± 3.06	0.000
Edad	64.7 ± 15.6	76.7 ± 15.6	0.001
Plaquetas al ingreso	193194.4 ± 71284.3	233880.0 ± 97468.5	0.020
Sexo	27/73	16/26	0.030
Neoplasia hematológica	7/73	9/26	0.003
Esteroides orales	5/73	6/26	0.024
IBP	19/73	15/26	0.004
Resistencia a macrólidos	12/73	13/26	0.001

Tabla 2. Análisis univariante de los eventos cardiovasculares al año tras el ingreso por NNB.

FACTORES PREDICTORES DE EXACERBACIÓN GRAVE EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FQ Y COLONIZACIÓN CRÓNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA.

Herrero Huertas J, García Clemente Marta, Hermida Valverde T, Ortiz Reyes A, Ruiz Alvarez I, Moreda A, Osoro Suárez C, Hernández Gonzalez C, Arias Guillén M, Enríquez Rodríguez Al, Iscar Urrutia M, Casan Clarà P. Área de Gestión del Pulmón. Universidad de Oviedo.

OBJETIVOS:

Determinar los factores relacionados con exacerbación grave que requiere ingreso hospitalario en pacientes con colonización crónica por *Pseudomonas Aeruginosa* (PA).

MATERIAL MÉTODOS:

Se realiza un estudio prospectivo con seguimiento durante un año de pacientes con colonización crónica por PA. Se analizaron datos demográficos, comorbilidad, función pulmonar, datos microbiológicos, datos de tratamiento y datos de exacerbaciones en el año previo. En el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 18.0. Se realizó un análisis descriptivo. En la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student y la U de Mann-Whitney. En la comparación de variables cualitativas la chi cuadrado y el test de exacto de Fisher cuando fue necesario. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 108 pacientes, 41 hombres (38%) y 67 mujeres (62%) con edad media de 69.6 ± 12.7 (21-94). La etiología de las bronquiectasias fue EPOC: 26 (24%), Post-tuberculosis: 22 (20.4%), Post-infecciosa: 16 (14.8%), discinesia ciliar 6: (5.5%), asma: 4 (3.7%), no filiada: 25 (23%), otras: 9 (8.3%). Seguían tratamiento con antibióticos nebulizados 50 (46%) y con azitromicina de forma continuada 47 (44%). A lo largo del año de seguimiento fallecieron 13 pacientes (12%). Precisarón ingreso hospitalario 41 pacientes (38%) con una media de ingresos de 2.7 ± 0.9 (1-5). Los factores relacionados con exacerbación grave que requirió ingreso hospitalario fueron la edad ($p=0.000$), el índice de charlson ($p=0.000$), el FEV1 ($p=0.000$), el valor de la escala FACED ($p=0.000$), EFACED ($p=0.000$) y BSI ($p=0.000$) (Tabla I). Se relacionó también el ingreso con el sexo masculino ($p=0.000$), tabaquismo ($p=0.001$), presencia de diabetes ($p=0.029$), enfermedad renal crónica ($p=0.005$), anemia ($p=0.024$), antecedente de IAM ($p=0.029$), EPOC ($p=0.000$), insuficiencia cardiaca ($p=0.004$), utilización de oxigenoterapia domiciliaria ($p=0.000$), ingreso en el año anterior ($p=0.000$) y resistencia a las quinolonas ($p=0.000$). El tratamiento con antibiótico por vía inhalatoria fue un factor protector ($p=0.048$) (Tabla II).

TABLA I: Análisis univariante (variables cuantitativas).

Factor	Ingreso (n=41)	No Ingreso (n=67)	p
Edad	74.8 ± 8.4	$66,4 \pm 13.9$	0.000
Índice Charlson	7.1 ± 1.9	4.4 ± 2.2	0.000
FEV1	48.2 ± 17.9	65.6 ± 23.9	0.000
FACED	4.8 ± 1.6	3.5 ± 1.7	0.000
EFACED	6.8 ± 1.6	4.1 ± 2.1	0.000
BSI	18.3 ± 2.9	11.9 ± 4.2	0.000

TABLA II: Análisis univariante (variables cualitativas).

Factor	Ingreso (n=41)	No ingreso (n=67)	p	OR	IC95%
Sexo	25V/16M	16V/51M	0.000	2.6	1.6-4.2
Tabaco	15NF/26F	49NF/18F	0.001	4.7	2.1-10.9
Diabetes	31No/10Si	61No/6Si	0.028	3.3	1.1-9.6
E. renal crónica	34No/7Si	66No/1Si	0.005	13.6	1.6-115.1
Anemia	29No/12Si	59No/8Si	0.024	3.1	1.1-8.3
IAM	32No/9Si	63No/4Si	0.029	4.4	1.3-15.5
EPOC	18No/23Si	52No/15Si	0.000	4.4	1.9-10.3
Ins. cardiaca	18No/23Si	48No/19Si	0.004	3.2	1.4-7.3
OCD	22No/19Si	63No/4Si	0.000	13.6	4.2-44.4
Ingreso año ant.	1No/40Si	54No/13Si	0.000	18.9	12.7-219
Resistencia	14No/27Si	54No/13Si	0.000	8.1	3.3-19.4
Antib. inhalados	27No/14Si	31No/36Si	0.048	0.5	0.2-0.9

En el análisis multivariante los factores predictores de ingreso de forma independiente fueron el índice de Charlson OR: 1.6 (IC95% 1.1-2.2)(p=0.006), la presencia de EPOC OR: 4.8 (IC95% 1.1-19.8)(p=0.031) y el ingreso hospitalario en el año previo OR: 10.9 (5.4-30.2)(p=0.000).

CONCLUSIONES:

- 1.- La mortalidad en un año de seguimiento de pacientes con bronquiectasias y colonización crónica por *Pseudomonas Aeruginosa* fue del 12%.
- 2.- El 38% de los pacientes colonizados crónicamente por PA tuvieron una exacerbación grave que requirió ingreso.
- 3.- Los pacientes EPOC con colonización crónica por PA tienen un riesgo 5 veces superior al resto de pacientes colonizados por PA de sufrir exacerbación grave que requiera ingreso hospitalario.
- 4.- Otros factores que se relacionaron con exacerbación grave fueron la comorbilidad medida mediante el índice de Charlson y el ingreso en el año previo.

RENTABILIDAD DE BIOPSIAS ECOGUIADAS UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA.

Inés Ruiz Álvarez, Francisco J. López González, Lucía García Alfonso, Julia Herrero Huertas, Andrés M. Ortiz Reyes, Carmen Osoro González, Marta García Clemente, Pere Casan Clarà
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN:

La integración de las técnicas de imagen en los Servicios de Neumología, ha permitido incrementar la rentabilidad diagnóstica de los distintos procedimientos diagnósticos, disminuyendo significativamente la tasa de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo con todos los pacientes a los que se realizó biopsia pleural o de lesiones torácicas periféricas entre el 01/02/2015 y el 31/08/2017. Dividimos los resultados en muestra adecuada (MA) ó muestra no adecuada (MNA), en función de la existencia de representación adecuada del tejido biopsiado. Las MA se dividieron a su vez en muestras diagnosticas (MAD) o no diagnosticas (MAND). Para validar el diagnóstico, se realizó un periodo de seguimiento mínimo de cuatro meses (hasta el 31/12/2,017).

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 93 pacientes (68% varones). Se realizaron 81 biopsias mediante aguja automática de 14G (Acecut TSK (14 x 75 mm y 22 mm de canal) y 12 mediante aguja de Abrams. En total se realizaron 65 biopsias pleurales, 3 biopsias adenopáticas y 13 biopsias de lesiones torácicas periféricas.

En las biopsias realizadas con aguja de Abrams, se localizó con la ecografía la zona de inserción. En el resto de las biopsias se realizó la técnica de forma completamente ecoguiada, desde la inserción de la aguja en la piel hasta su visualización en la zona de obtención de la muestra.

Del total de las biopsias realizadas se obtuvieron 78 MA (84%) de las cuales 76 (97%) fueron MAD. El diagnóstico más frecuente fue el de lesión maligna 40 (52%), seguido por benigna 20 (27%), tuberculosis pleural 7 (9%), infección respiratoria (4%) y otros diagnósticos 6 (8%). En el 33% de los casos el procedimiento se realizó de forma ambulatoria.

Los diagnósticos realizados se exponen en la tabla 1.

La Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valores predictivos positivo (VPP) y Valor predictivo negativo (VPN) para malignidad en función de la existencia de muestra adecuada o no, se refleja en la tabla 2.

CONCLUSIONES:

La biopsia pleural guiada por ecografía es una técnica de alta rentabilidad para la realización de biopsias pleurales y de lesiones torácicas periféricas.

Tabla 1: diagnósticos anatomopatológicos realizados

DIAGNÓSTICO		Total	%	Total	%
No maligno		20	21,5	20	26,7
Maligno	Adenocarcinoma	17	22,3	40	52
	Carcinoma célula no pequeña	2	2,6		
	Endometrio	1	1,3		
	Escamoso	1	1,3		
	Mama	4	5,3		
	Renal	3	3,9		
	Mesotelioma	6	8		
	Microcitico	4	5,3		
	Carcinoma no específico	2	2,6		
Otros	Hematoma	1	1,3	6	8
	Linfoma	4	5,3		
	Schwannoma	1	1,3		
Infección	TBC pleural	7	9,2	10	13,3
	Infecioso	3	3,9		
TOTAL		76	100,00	76	100,0

Tabla 2: parámetros de S, E, VPP y VPN

	TOTAL	MA
S (%)	79	96
E (%)	100	100
VPP (%)	100	100
VPN (%)	76,5	94

RENDIMIENTO DE QUANTIFERON TB PLUS® (QTF-PLUS) EN LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN RELACIÓN A QTF TB GOLD IN TUBE (QTF), TSPOT.TB Y PRUEBA DE TUBERCULINA(PT). ESTUDIO PROSPECTIVO A DOS AÑOS.

Miguel Arias Guillén¹, María Teresa González-Budiño¹, Marta María García Clemente¹, Sabino Riestra Menéndez², Rubén Queiro³, Juan José Palacios Gutiérrez⁴, Susana Martínez González¹, Miguel Santibáñez⁵, Tamara Hermida Valverde¹, Carmen Osoro Suárez¹, José Andrés Lorenzo Martín⁵, Ariel Moreda¹, Inés Ruiz Álvarez¹, Julia Herrero Puertas¹, Andrés Ortiz¹, María Folgueras Gómez⁶, Pere Casà Clara¹

1. Área de Gestión Clínica del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Facultad de Medicina Universidad de Oviedo.
2. Servicio de Gastroenterología .HUCA.
3. Servicio de Reumatología HUCA.
4. Servicio de Microbiología. HUCA.
5. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería.
6. Servicio de Medicina Interna HUCA.

INTRODUCCIÓN:

El uso de métodos diagnósticos de Infección Tuberculosa Latente (ITL) basados en la detección de interferón gamma (IGRA) ha supuesto un avance en términos de sensibilidad y especificidad en relación con la Prueba de la Tuberculina. QTF-Plus es la nueva generación de QTF, que continúa utilizando antígenos específicos de Tuberculosis y mide la respuesta a estos antígenos a través de linfocitos T CD4 y por primera vez linfocitos T CD8.

OBJETIVOS:

Estudiar el rendimiento QTF TB Plus comparándolo con test diagnósticos de ITL previos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde enero de 2016 hasta enero de 2018 se incluyeron de forma prospectiva pacientes que se remitieron a la consulta de neumología para screening de ITL previo al inicio de tratamiento con fármacos biológicos. Se realizó una historia clínica incluyendo tipo de enfermedad para el que va a realizar tratamiento biológico y tratamiento, vacunación con BCG, screening ITL previo, Tuberculosis activa previa y tratamiento tuberculostático y exploración física. Como pruebas diagnósticas se realizaron: Prueba de tuberculina +Booster. QTF/QTF-Plus. T.SPOT-TB. Rx tórax.

RESULTADOS:

Se incluyeron 205 pacientes. Artritis Reumatoide (61), Artropatía Psoriásica (48), Espondilitis Anquilosante (43), Otros (53). El número de resultados positivos para la Prueba de Tuberculina: 36/193(18.7%), T.SPOT.TB: 26/189 (13.8%), QTF:9/96 (9.4%), QTF-PLUS:12/107(11.4%). De los pacientes incluidos, 74 recibían tratamiento corticoideo (prednisona 5-15mg) y 74 Fármacos Modificadores de la Enfermedad-FAMEs (Metotrexato, Leflunomida). Concordancia QTF/T.SPOT.TB: 0,709. Concordancia QTF-Plus/T.SPOT.TB: 0.862
Concordancia QTF/PT: 0,534. Concordancia QTF-Plus/PT: 0.371.

CONCLUSIONES:

Las mejores concordancias se dan entre QTF-PLUS y T.SPOT.TB. Las concordancias determinadas por el índice Kappa, son mejores cuando se restringe a los pacientes que no toman corticoides. En términos relativos la PT es la que más resultados positivos obtiene.

SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO.

Claudia Janeth Madrid Carbajal, Francisco Julián López, Marta García Clemente, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, Tamara Hermida Valverde, Julia Herrero Huertas, Andrés Mauricio Ortiz Reyes, María Angélica Orellana González, Pere Casan Clara.

Área de Gestión de Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias.

OBJETIVOS:

Describir las características epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y evolución de pacientes con derrame pleural tuberculoso, en los últimos 10 años en el Hospital Universitario Central de Asturias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio trasversal, descriptivo de pacientes diagnosticados y seguidos en consulta de Neumología con el diagnóstico de derrame pleural por Mycobacterium tuberculosis desde el año 2007 al 2017 en Hospital Universitario Central de Asturias. Se analizaron datos demográficos, comorbilidad asociada, datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento recibido y evolución. Se consideró diagnóstico de certeza el cultivo positivo de M. tuberculosis en una muestra o bien la existencia de hallazgos compatibles en la anatomía patológica. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0. Se realizó un estudio estadístico descriptivo. En la comparación de variables cualitativas se utilizó la chi cuadrado y en la de variables cuantitativas la comparación de medias. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 48 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pleural, el 75 % sexo masculino, la edad media era 52 años, las principales comorbilidades asociadas fueron HTA (20,8%), cardiopatía (12,5%), EPOC (8,3%) y VIH (6,3%). Tenía hábito tabáquico el 30,2%, eran exfumadores el 20,9% y no fumadores el 49%. El IPA medio era 22 paquetes año. El tiempo medio de inicio de síntomas fue de 32,5 días. Los principales síntomas al ingreso fueron: Tos, fiebre y dolor torácico en el 77% de los casos, seguidos de síndrome general (70%) y pérdida de peso (52,5%). Los casos se presentaron radiológicamente como derrame pleural grado II/IV en el 48,8% y es menos frecuente como derrame pleural grado IV/IV (2,3%). El 52% fue sobre todo DP de lado derecho.

Las características bioquímicas y celulares en el líquido pleural se describen en la Tabla 1.

	características celulares y bioquímicas en líquido pleural	
	Media	Desviación típica
Porcentaje de PMN	11,30%	10
Porcentaje de Linfocitos	86,30%	13
Nivel medio de Glucosa	78 mg/dl	36
Proteínas	53 mg/dl	17
LDH	661 mg/dl	353
ADA	68 U/l	21,9
pH en líquido pleural	7,35	0.09

La rentabilidad de las distintas técnicas diagnósticas se observa en la Tabla 2.

	BIOPSIA PLEURAL	CULTIVO LP	CULTIVO BIOPSIA	ADA > 50	LINFOS EN LÍQUIDO > 75%	PCR BIOPSIA	PCR LÍQUIDO
SENSIBILIDAD	85%	84%	70%	74,1%	78,3%	22,2%	21,7%

El 74% de los pacientes del estudio recibió tres drogas antituberculosas y el 26% recibió cuatro, sin existir diferencias en cuanto al tiempo de resolución de los síntomas ni en el tiempo de resolución radiológica. Precisarón drenaje pleural solamente el 18,8%. La media de días hasta resolución del derrame pleural fue de 119 días tras el tratamiento. Presentaron paquipleuritis el 67% de los pacientes analizados independientemente del tipo de tratamiento recibido y ningún paciente presentó recidiva tras el tratamiento.

CONCLUSIONES:

1. En nuestra serie de casos como en otros estudios el derrame pleural por tuberculosis predomina en sexo masculino. La edad de presentación es superior a otras series
2. Los principales síntomas son fiebre, tos y dolor torácico, con un tiempo medio de duración de síntomas de un mes.
3. La presentación radiológica de derrame pleural tuberculoso es de forma submasiva y sobre todo de lado derecho.
4. La biopsia pleural, aunque en desuso, presenta una alta rentabilidad para el diagnóstico del derrame pleural tuberculoso.
5. Las técnicas de detección de DNA del M. tuberculosis presentan una baja sensibilidad en las muestras de líquido pleural
6. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de resolución de síntomas ni radiológica, en relación con el tratamiento recibido.

CALIDAD PERCIBIDA DE SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA.

María José Vázquez López, Tamara Hermida Valverde, Gemma Rubinos Cuadrado, Ramón Fernández Álvarez, Inés Ruiz Álvarez, Marta Íscar Urrutia, Pere Casan Clarà.
Unidad de Sueño. Área del Pulmón. Hospital Universitario Central de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

INTRODUCCIÓN:

El sueño y el descanso son necesidades básicas del ser humano, que aún se hacen más importantes y necesarias en fases de enfermedad u hospitalización. Durante la hospitalización los pacientes sufren alteraciones del sueño y descanso con bastante frecuencia. Es de gran importancia conocer en qué medida el sueño y el descanso de los pacientes se ve afectado, las principales causas que lo alteran y las posibles medidas para solucionarlo.

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad subjetiva del sueño (CSS) de pacientes hospitalizados y los factores asociados a ella

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, prospectivo y transversal (Abril-Mayo 2017) en pacientes ingresados en Neumología por cualquier patología respiratoria con estancia ≥ 72 horas. Se realizó una entrevista recogiendo: sexo, edad, motivo de ingreso, comorbilidades, uso de depresores del SNC en domicilio/hospital, horas de sueño nocturnas en ingreso, despertares nocturnos y su causa (síntomas/ambiental), CSS en hospital (buena/mala) y sugerencias de cambio. Análisis estadístico SPSS v23 (t-Student para comparación de medias, χ^2 para variables cualitativas, significación estadística $p < 0,05$).

RESULTADOS:

Se encuestaron 110 pacientes y se incluyeron 96. 58 (60%) varones de 70 (12) años. Referían mala CSS 37 casos (39%), 44 pacientes (46%) se despertaban > 2 veces/noche y 12 (13%) no se despertaban. Las causas de los despertares fueron ambientales en 5 casos (6%) y el resto (94%) relacionado con los síntomas; 49(51%) recibían hipnóticos en domicilio que se mantuvieron, y a 11 (11%) se les prescribieron. Un 78% estaban ingresados por patología aguda y un 39% tenían diagnóstico de patología psiquiátrica. Un 42% de pacientes no sugerían mejoras, 23 (24%) modificaría la temperatura y 12 (12%) preferiría dormir en habitación individual.

CONCLUSIONES:

- 1.-En nuestra serie las principales causas de mala CSS se relacionaron con el control de los síntomas de la patología de base
- 2.-La mayor parte de los pacientes encuestados refiere dormir bien en el hospital
- 3.- El 62% de los ingresados consumió fármacos depresores del SNC.