

XXXVI REUNIÓN ANUAL SOGAPAR
y
XXVII REUNIÓN GALAICO DURIENSE

COMUNICACIONES

20 y 21 de Noviembre de 2009
Santiago de Compostela



> INDICE

> PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- Papel de la tomografía por emisión de positrones/tomografía computerizada en el estudio diagnóstico del derrame pleuralpág. 124
- Evaluación de un sistema de telemedicina para el cuidado de enfermos con enfermedad neuromuscular e insuficiencia respiratoria crónica.....pág. 124

> COMUNICACIONES

- | | |
|---|--|
| <p>001: CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN MUJERESpág.125</p> <p>002: UTILIDAD DEL GEL CON LIDOCAINA EN LA ANESTESIA LOCA DE LAS FOSAS NAALES EN LA BRONCSCOPIA FLEXIBLE Y SU CONTRIBUCION A LA TOLERANCIA GLOBALpág.125</p> <p>003: EFECTIVIDAD DE UN SISTEMA DE ALERTA RADIOLÓGICA ANTE LA SOSPECHA DE NEOPLASIA TORÁCICA.....pág.125</p> <p>004: VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL SIGNO DE SCHAMROTH PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ACROPAQUIASpág.125</p> <p>005: IMPACTO DEL SÍNDROME DE VENA CAVA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓNpág.126</p> <p>006: TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO CANCRO DO PULMÃO: INCIDÊNCIA E ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO EM DOENTES DA CONSULTA EXTERNA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIApág.126</p> <p>007: COMPARACIÓN DE TINZAPARINA Y ACENOCUMAROL PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA TROMBOEMBOLISMO VENOSO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO.....pág.126</p> <p>008: VALOR DIAGNÓSTICO DE LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EPIGENÉTICAS EN EL ESTUDIO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO. ESTUDIO PRELIMINARpág.126</p> <p>009: ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL MANEJO DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA PLEURAL AMBULATORIApág.127</p> <p>010: DERRAME PLEURAL NA CRIANÇA - REVISÃO DE 5 ANOS..pág.127</p> <p>011: PREVALENCIA DE EPOC EN EL ÁREA SUR DE GALICIApág.127</p> | <p>012: VALIDACIÓN DEL MEDIDOR PORTÁTIL VITLOGRAPH COPD-6 PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA.....pág.127</p> <p>013: LOS VALORES DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO PREDICEN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROLpág.128</p> <p>014: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEAHIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS) EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DEL ÁREA DE VIGOpág.128</p> <p>015: PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE ESTOS PACIENTESpág.128</p> <p>016: SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN ARTERIALpág.128</p> <p>017: DPOC-ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇApág.129</p> <p>018: DPOC - RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO PULMONAR E A PROVA DA MARCHA DOS 6 MINUTOS.....pág.129</p> <p>019: FRACÇÃO EXALADA DO ÓXIDO NÍTRICO E BRONCOPROVOCAÇÃO - O QUE PODEMOS ESPERAR?pág.129</p> <p>020: CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES JÓVENES ...pág.129</p> <p>021: PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICOpág.130</p> <p>022: PNEUMOPERICÁRDIO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICOpág.130</p> <p>023: TOXICIDADE PULMONAR DA AMIODARONA.....pág.130</p> |
|---|--|

> PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Papel de la tomografía por emisión de positrones/tomografía computerizada en el estudio diagnóstico del derrame pleural.

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Alberto Fernández Villar

TIPO DE PROYECTO: Individual

DURACIÓN: 2 años

COLABORADORES:

M. Rotana Rial¹, V. Leiro Fernández¹, M. Núñez Delgado¹, J.M. Nogueiras Alonso², Andrés Serena Puig³, J.L. García Tejedor³
¹Servicio de Neumología, ²Esp. Medicina Nuclear, ³Esp. Radiología; Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)

RESUMEN

El derrame pleural (DP) es una complicación frecuente cuyo estudio diagnóstico requiere habitualmente la realización de procedimientos técnicos dirigidos al análisis bioquímico, cito-histológico y microbiológico del líquido pleural o de las superficies pleurales, así como técnicas radiológicas. A pesar de la exploración de la cavidad pleural mediante una toracoscopia entre un 10 y un 40% de los casos de DP el diagnóstico resultante es de pleuritis no específica. Las técnicas de imagen utilizadas habitualmente en el estudio de estos pacientes (radiografía, ecografía, TC, RNM), al basarse en datos morfológicos, tienen un valor limitado en la precisión de la definición de la invasión pleural por células neoplásicas. La PET, en cambio, aporta la ventaja de una mejor información funcional, permitiendo detectar alteraciones en las superficies pleurales no detectables por otras técnicas. Su papel en el estudio diagnóstico del DP, sobre todo con los nuevos aparatos que integran PET y TC, ha sido escasamente estudiado y no existe clara evidencia de su potencial utilidad. Con la hipótesis de que la PET/TC puede presentar un alto valor predictivo negativo en el estudio diagnóstico del DP y evitar un número considerable de procedimiento invasivos en pacientes con patologías inflamatorias inespecíficas, diseñamos el presente estudio. Pretendemos, en una cohorte de 80 pacientes de edad superior a 40 años con DP, estudiar la validez (sensibilidad, especificidad y exactitud) y seguridad (valores predictivos) diagnóstica del PET/TC en el estudio diagnóstico del DP y analizar de forma semicuantitativa el grado de captación con mejor poder discriminativo entre DP benignos y malignos.

Evaluación de un sistema de telemedicina para el cuidado de enfermos con enfermedad neuromuscular e insuficiencia respiratoria crónica.

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Carlos Zamarron Sanz

TIPO DE PROYECTO: Individual

DURACIÓN: 2 años

COLABORADORES:

Jorge Ricoy Gabaldon¹, Julio Pardo Fernández², Carlos Rabade Castedo¹, Marco Francisco Pereyra Barriónuevo¹
¹Servicio de Neumología, ²Servicio de Neurología; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es evaluar un sistema de telemedicina compuesto por videoconferencia y telemonitorización de variables cardiorespiratorias, para el telecuidado de pacientes con enfermedad neuromuscular e insuficiencia respiratoria crónica.

Las enfermedades neuromusculares asociadas a insuficiencia respiratoria crónica conforman un grupo de enfermedades con características propias, que comparten aspectos evolutivos que permiten considerarlas en conjunto. El aspecto en común es la debilidad de los músculos respiratorios, la evolución progresiva hacia la insuficiencia respiratoria crónica y la aparición en algún momento de la evolución de episodios de insuficiencia respiratoria aguda.

Los pacientes con enfermedades neuromusculares suelen ser sujetos jóvenes, habituados al uso cotidiano de tecnología. Además esta patología causa diversas limitaciones que pueden ser susceptibles de mejora utilizando un sistema de telemedicina como son la limitación funcional y dependencia asociada a su debilidad muscular, el desarrollo insidioso de la insuficiencia respiratoria y los frecuentes episodios de reagudización.

El presente proyecto plantea un estudio prospectivo, randomizado, en que pretendemos monitorizar ocho pacientes en tres escenarios: 1) situación estable, 2) situación de reagudización, y 3) durante el sueño, utilizando una plataforma de telemedicina que permite realizar videoconferencia y telemonitorizar la saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, presión arterial y electrocardiograma en cada uno de estos escenarios y ocho enfermos seguirán su protocolo de cuidados habitual.

Se pretende estudiar las siguientes variables:

- 1) Uso del sistema; 2) Usabilidad del sistema; 3) Aceptación; 4) Evaluación técnica; 3) Impacto económico; 4) Impacto clínico; 5) Impacto sobre la calidad de vida percibida por el paciente y 6) Comparación con la práctica habitual.

150 IMPACTO DEL SÍNDROME DE VENA CAVA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Autores: C. Montero; M. Fernández; I. Vidal; S. Pérez Bogerd; H. Vereia;
Centro de trabajo: Servicio de Neumología. Hospital Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: Es ampliamente aceptado que los pacientes con cáncer de pulmón (CP) y síndrome de vena cava superior (SVCS) tienen un pronóstico más grave que otros pacientes con CP y ello podría conducir a un infratratamiento en este grupo de pacientes. Sin embargo esta convicción no está documentada en la literatura y un único trabajo que aborda este tema en pacientes con carcinoma de células pequeñas muestra que el SVCS no empeora el pronóstico (Int J Radiation Oncology Biol Phys. 1995; 33:77-82).

OBJETIVOS: Conocer el impacto que tiene el SVCS en el pronóstico de pacientes con cáncer de pulmón

MATERIAL Y MÉTODOS: Incluimos dos grupos de pacientes: a) Un grupo de 74 pacientes con SVCS diagnosticados a lo largo de 10 años en nuestro hospital, que presentaban el Síndrome clínico de obstrucción de VCS; b) una cohorte de pacientes con CP diagnosticados en el año 2003 y que disponemos de seguimiento y datos recogidos de forma prospectiva. Se excluyeron de este grupo los pacientes con SVCS y los estadios I y II. Las variables incluidas fueron edad, sexo, estadio (TNM), histología, tratamiento (activo, paliativo) supervivencia y tener o no tener SVCS. Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio con medidas de tendencia central y su dispersión así como las frecuencias absolutas y porcentajes de variables cualitativas. El criterio para valorar las diferencias en el pronóstico de ambos grupos fue la supervivencia, estimada con las curvas de Kaplan-Meier y para establecer las diferencias entre los grupos el test de Log Rank. El efecto de posibles variables de confusión en la supervivencia se estudió mediante la regresión de Cox. Realizamos un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio con medidas de tendencia central y su dispersión así como las frecuencias absolutas y porcentajes de variables cualitativas.

RESULTADOS: Las características generales de los dos grupos las mostramos en la tabla.

	No SVCS(120 casos)	SVCS (74 casos)	P
Edad	66±10,8(37-88)	61±10,56(30-81)	NS
Sexo (hombre)	111(92%)	63(85%)	NS
Histología			
CCP	30(25%)	37 (50%)	P 0,001
CCNP	90(75%)	37 (50%)	
Estadio			
III	58(30%)	50(25%)	P 0,007
IV	62(32%)	23(11%)	
Tratamiento			
Activo	94(78%)	66(89%)	NS
Paliativo	26(21%)	8(10%)	
Supervivencia (meses)	7,73 (IC 95% 6-9,4)	8 (IC 95% 0-19)	NS
CCP	8,8 (IC 95% 1,5-16)	9,5 IC 95% 0-19)	0,045

CONCLUSIONES: El SVCS no es un factor de mal pronóstico en pacientes con estadio III y IV de cáncer de pulmón. En pacientes con carcinoma de células pequeñas la presencia de SVCS se asocia a mejor supervivencia y a un diagnóstico en estadios más localizados de la enfermedad. En nuestra serie la presencia de SVCS no es una causa de infratratamiento del carcinoma de pulmón.

106 TROMBOEMBOLISMO VENOSO NO CANCRO DO PULMÃO: INCIDÊNCIA E ANÁLISE DE FACTORES DE RISCO EM DOENTES DA CONSULTA EXTERNA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Autores: D. Alves; J.F. Cruz; R. Rolo; B. Fernandes; J. Cunha;
Centro de trabajo: Hospital de Braga, Portugal

OBJETIVO: O risco trombótico em doentes com cancro do pulmão é cerca de 20 vezes superior ao da população geral, provavelmente consequência da activação do sistema de coagulação pelas células neoplásicas ou pelas terapêuticas utilizadas (quimioterapia, radioterapia e cirurgia). Com este trabalho pretende-se estudar a incidência e os factores de risco de tromboembolismo venoso (TEV) numa população de doentes com cancro do pulmão.

MÉTODOS: Análise retrospectiva de doentes seguidos numa Consulta Externa de Pneumologia Oncológica entre 2006 e 2008. Foram avaliados os seguintes parâmetros: sexo, idade, diagnóstico anatomopatológico, estadio, performance status (escala de Zubrod), hábitos tabágicos, tratamento, contagem de plaquetas pré-tratamento e tipo de TEV ocorrido.

RESULTADOS: Foram estudados 252 doentes, 77,8% (n=196) do sexo masculino, com idade média de 66 anos. Relativamente à anatomopatologia, 71,4% (n=180) eram carcinomas pulmonares não de células pequenas (CPNPC) (86 adenocarcinomas, 60 carcinomas epidermóides e 34 CPNPC não caracterizados) e 13,9% (n=35) carcinomas pulmonares de células pequenas (CPCP). Foram apurados 19 (7,5%) casos de TEV: 10 (52,6%) tromboembolismos venosos profundos, 8 (42,1%) casos de tromboembolismo pulmonar e 1 (5,3%) caso de tromboflebite. A idade média foi de 63 anos, sendo 14 (73,7%) do sexo masculino. A incidência foi superior nos adenocarcinomas, 11 casos (57,9%). Foram identificados apenas 2 (10,5%) casos em doentes com carcinoma epidermóide e outros 2 (10,5%) em doentes com CPCP. A ocorrência de TEV esteve associada a doença disseminada/localmente avançada, assim como ao tratamento com quimioterapia (QT): 16 (84,2%) dos doentes encontravam-se nos estadios IIIB (n=6) e IV (n=10) e 15 (78,9%) em QT combinada ou não com radioterapia ou cirurgia. Relativamente ao performance status: 14 (73,7%) apresentava Zubrod 1-2. A incidência de TEV foi igual nos doentes com hábitos tabágicos (ativos ou passados) e nos não fumadores (7,5%). Na maioria dos casos, 73,7% (n=14), o TEV ocorreu após o diagnóstico da neoplasia, precedendo-o apenas em 15,8% (n=3). Em 2 casos o diagnóstico de cancro foi concomitante com o TEV. Apenas 3 doentes (15,8%) apresentavam trombocitose pré-tratamento.

CONCLUSÃO: O risco de TEV foi superior nos doentes com adenocarcinomas, com uma incidência 3 vezes superior aos casos de carcinoma epidermóide e CPCP. Uma maior incidência também esteve associada ao tratamento com quimioterápicos e a estadios avançados da doença. Os factores tabagismo, performance status e contagem elevada de plaquetas não estiveram associados a maior risco.

100 COMPARACIÓN DE TINZAPARINA Y ACENOCUMAROL PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA TROMBOEMBOLISMO VENOSO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO

Autores: V. Leiro Fernandez¹; M. Núñez Delgado²; A. Palacios Bartolomé³; F. Molina Nieto⁴; L.A. Pérez de Llano⁵;
Centro de trabajo: ¹Hospital Xeral CHUVI; ²Hospital Meixoeiro CHUVI; ³CHUS; ⁴S. Modelo; ⁵ CH Xeral-Calde.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento con heparina de bajo peso molecular es de elección en la profilaxis secundaria de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) de pacientes con cáncer y ha demostrado la misma eficacia y seguridad que los antagonistas de la vitamina K en la profilaxis secundaria de la trombosis venosa profunda (TVP), pero faltan estudios que permitan extender su empleo a pacientes con embolismo pulmonar (EP).

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo con tinzaparina en pacientes con EP.

METODOLOGÍA: Ensayo clínico multicéntrico randomizado y abierto en el que se incluyeron pacientes con EP objetivamente confirmada. Tras el tratamiento inicial con tinzaparina, los pacientes recibieron de forma aleatoria tratamiento durante 6 meses con tinzaparina 175 UI/Kg/día o acenocumarol (INR 2-3). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, tiempo de hospitalización, grado de recurrencia, satisfacción del paciente y eventos adversos (trombopenia, episodios de sangrado mayor y menor). En un subgrupo de pacientes se realizó una ecocardiografía para identificar signos de sobrecarga del ventrículo derecho.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes (53 varones, con una mediana de edad de 72,3) que fueron randomizados a recibir tratamiento con tinzaparina en monoterapia (52 pacientes) o tinzaparina en la fase aguda más acenocumarol en la fase crónica (50 pacientes). Ambos grupos fueron comparables en los datos epidemiológicos y clínicos. No se encontraron diferencias significativas en la presencia de factores de riesgo de ETV (80% en el grupo de acenocumarol y 71% en el de tinzaparina), en el aclaramiento de creatinina (64,5 vs 66,7) o en la coexistencia de TVP (36% vs 32%). Los síntomas más frecuentes fueron dolor torácico (75%) y disnea (71%). Se realizó estudio ecocardiográfico en 33 y 30 pacientes de los grupos de la tinzaparina y acenocumarol, observándose signos de sobrecarga del ventrículo derecho en 17 (51,5%) y 19 (63,3%) respectivamente (OR 0,81; IC 95% 0,36-1,85). En el análisis por intención de tratamiento, tuvieron recurrencia tromboembólica 1 de los 52 pacientes (1,9%) del grupo de tinzaparina y 1 de los 50 pacientes (2%) del grupo tratado con acenocumarol. Un paciente en cada grupo tuvo una complicación hemorrágica mayor. Seis pacientes en el grupo de acenocumarol presentaron un sangrado menor comparado con ninguno en el grupo de tinzaparina. No se registraron casos de trombocitopenia. La mediana de hospitalización fue más corta en el grupo de tinzaparina (7 vs 9 días; p=0,014). A pesar de los hematomas en el punto de inyección, los pacientes valoraron el tratamiento con tinzaparina con un grado de satisfacción alto en el 80% de los casos.

CONCLUSIONES: El tratamiento para el EP agudo sintomático durante 6 meses con dosis plenas de tinzaparina puede considerarse como una alternativa efectiva y segura al tratamiento convencional con acenocumarol.

80 VALOR DIAGNÓSTICO DE LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EPIGENÉTICAS EN EL ESTUDIO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO. ESTUDIO PRELIMINAR

Autores: M. Botana¹; D. Valverde²; L. de Chiara²; V. Leiro¹; C. Represas¹; L. Piñeiro Amigo¹; A. Fernández-Villar¹;
Centro de trabajo: ¹Hospital Xeral de Vigo (CHUVI); ²Facultad de Ciencias (Universidad de Vigo);

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Un número elevado de pacientes con derrame pleural maligno (DPM) permanecen sin diagnóstico después de un estudio citológico de líquido pleural (LP). Las alteraciones epigenéticas como la hipermetilación del ADN constituyen uno de los mecanismos más importantes en la carcinogénesis, por lo que su detección podría tener un potencial valor diagnóstico. El objetivo de este estudio ha sido determinar si la determinación de la metilación de la región promotora de los genes p16/INK4a, BRCA1 (breast-cancer susceptibility gene 1) y RARβ (retinoic acid receptor β) en el LP podría mejorar la capacidad diagnóstica de las técnicas citológicas.

MÉTODOS: Se incluyeron 47 pacientes consecutivos con derrame pleural (DP) y diagnóstico de confirmación, valorados en la Unidad de Patología Pleural del Servicio de Neumología del Hospital Xeral de Vigo. Se registraron las características clínico-epidemiológicas, radiológicas y la etiología del DP. Veintitres (48,9%) pacientes presentaban un DP benigno (DPB) [15 (31,9%) DP tuberculoso y 8 (17%) DP paraneumónico] y 24 (51,1%) pacientes DPM. El grupo de DPM estaba constituido por 15 (31,9%) pacientes con adenocarcinoma de pulmón, 3 (6,4%) con carcinoma de mama, y 6 (12,8%) con otras neoplasias epiteliales de diferente origen. En todos los casos se realizó una toracocentesis para estudio citológico del LP y simultáneamente se extrajeron 10 ml de líquido pleural que se centrifugó y conservó hasta el posterior análisis del ADN. Mediante técnicas de PCR metilación-específicas se determinó la metilación de la región promotora de los 3 genes descritos.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 57 ± 20,6 años, siendo 29 (61,7%) varones. Veintisiete (57,4%) tenían antecedentes de tabaquismo y 9 (19,1%) de neoplasias (7 en DPM y 2 en DPB). La cuantía del derrame entre DPM y DPB fue mayor de 2 tercios en 8 (33,3%) vs 7 (30,4%) casos, y menor de un tercio en 6 (25%) vs. 7 (30,4%) casos. La rentabilidad diagnóstica del estudio citológico del LP fue de 66,7%. No hemos encontrado diferencias en la determinación de la hipermetilación de la región promotora de los genes estudiados entre los casos con DPM y DPB. Dos (10%) pacientes con DPB presentaban hipermetilación de p16/INK4a frente a 3 (15%) con DPM (p = 0,5). En seis (37,5%) pacientes con DPB encontramos hipermetilación de BRCA1 frente a 3 (20%) con DPM (p = 0,2). En el gen RARβ tampoco encontramos diferencias, ningún paciente con DPB presentaba este gen hipermetilado frente a 1 (6%) con DPM (p = 0,5). El hallazgo de al menos un gen metilado tampoco fue superior en los pacientes con DPB y DPM (50% vs 60%; p=0,5).

CONCLUSIÓN: Parece que la hipermetilación de los genes p16/INK4a, BRCA1 y RARβ no tiene valor diagnóstico en el DPM, lo que puede deberse a que el grupo de pacientes con DPM está constituido por neoplasias epiteliales de diferente origen o a que puede existir hipermetilación de estos genes en procesos con alto grado de inflamación. Será necesario la búsqueda de un panel de marcadores epigenéticos que ayuden a mejorar la rentabilidad diagnóstica del DPM. Beca SOGAPAR 2007, Beca FIS PI081100, Consellería de Sanidade PS08/18, Actividad Investigadora del FIS y Ayuda Olympus 2009.

09 ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL MANEJO DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA PLEURAL AMBULATORIA

Autores: M. Botana; A. Fernández-Villar; V. Leiro; V. del Campo; J. Otero Varela; L. Piñeiro; **Centro de trabajo:** Servicios de Neumología, Medicina Preventiva, Admisión del CHUVI

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El derrame pleural (DP) es una patología muy prevalente manejada de forma dispar por diversas especialidades. Debido a la necesidad de realizar algunos procedimientos técnicos semiinvasivos para su estudio, es habitual que estos pacientes sean hospitalizados. Sin embargo, existe alguna evidencia de que muchos casos pueden ser manejados de forma ambulatoria, lo cual podría mejorar la relación coste-efectividad del estudio del DP. El objetivo del presente estudio fue tratar de verificar la eficacia diagnóstica de los distintos procedimientos necesarios, su seguridad, su demora temporal y sus costes asociados, analizando todos estos parámetros en función de su manejo ambulatorio u hospitalizado, siempre y cuando la única razón de la hospitalización sea el propio estudio diagnóstico.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo de cohortes, no aleatorizado, en el que se incluyeron todos los pacientes con DP sin criterios de ingreso durante un periodo de 18 meses, comparando las variables mencionadas en función del ámbito en el que se realizó el estudio diagnóstico (hospitalizado vs. ambulatorio). Las variables cuantitativas se describen como su mediana y su rango intercuartílico (RIQ) y se comparan por test no paramétricos. Para el análisis de costes se utilizaron las tarifas oficiales del SERGAS de 2008. El tiempo hasta el diagnóstico considerado fue el necesario hasta la obtención de un diagnóstico específico por técnicas no quirúrgicas, la decisión de seguimiento clínico-radiológico o la indicación de una toracoscopía.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 75 pacientes (45 ambulatorios y 30 hospitalizados). Los grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables registradas, salvo para la comorbilidad que fue ligeramente mayor en los ingresados. El nº de visitas de los manejados de forma ambulatoria fue de 2 (RIQ=2-3). La estancia de los ingresados fue de 14,5 (RIQ=8-25,2; media 16,5) días. El número de estudios analíticos fue mayor en el grupo de pacientes hospitalizados frente al grupo de pacientes ambulatorios [5 (3,75-7,25) vs 3 (1-4); p=0,0001], al igual que los estudios radiológicos [radiografías 3 (2-5) vs 2 (2-3); p=0,01 y TC 1 (1-2) vs 1 (0-1); p=0,0001]. No observamos diferencias en el nº de estudios citológicos ni de biopsias pleurales, ni en cuanto a las complicaciones de los procedimientos entre el grupo hospitalizado y el ambulatorio [3 (10%) vs 3 (6,7%); p=0,4]. Los tiempos empleados en los ingresados y ambulatorios fueron: días hasta la realización de TC: 5 (2-8,5) vs 5,5 (1,5-10,5); p=0,9; días hasta la realización de la biopsia pleural cerrada: 6 (4-8) vs 3 (0,2-5,7); p=0,002; días hasta el diagnóstico: 14,5 (8-25,2) vs 8 (4-16) p=0,01. El número de consultas en los pacientes ambulatorios fue de 114 y el número total de días de estancia hospitalaria fue de 497 días. El coste medio total por paciente ambulatorio fue de 1.336,63 € y en el ingresado de 9.622,43 €.

CONCLUSIONES:

1. La efectividad y seguridad de ambas formas de manejo es similar, aunque de forma ambulatoria se llega a un diagnóstico en menos tiempo y realizando menos pruebas complementarias.
2. Basándonos en los criterios de inadecuación de ingreso utilizados y validados en el presente estudio, un 40% de los pacientes cuyo diagnóstico principal es un DP a estudio son ingresados de forma inadecuada en nuestro centro, lo que supone casi 500 estancias inadecuadas en un periodo de 18 meses.
3. El coste medio por paciente estudiado por DP en régimen hospitalizado es 7,2 veces superior al manejo ambulatorio.
4. El manejo diagnóstico del DP de forma ambulatoria supondría un ahorro por paciente de 8.286,1 euros, lo que en nuestro centro conllevaría a un ahorro de 414.305 € al año Beca SOGAPAR 2008, Actividad Investigadora del FIS y Ayuda Olympus 2009.

10 DERRAME PLEURAL NA CRIANÇA - REVISÃO DE 5 ANOS

Autores: R. Rolo; J. Dias; D. Alves; J. Cruz; L. Ferreira; A. Gonçalves; J. Cunha; A. Pereira; **Centro de trabajo:** Hospital de Braga - Escala Braga; Portugal

OBJETIVO: Avaliação das principais causas e métodos terapêuticos do derrame pleural em crianças.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de processos clínicos de crianças internadas com derrame pleural no Serviço de Pediatria entre 1 de Janeiro de 2005 e 31 de Agosto de 2009. Foram analisados parâmetros clínicos, radiológicos e laboratoriais, tratamento instituído e evolução.

RESULTADOS: Trinta e sete crianças com derrame pleural foram incluídas, com idade média de $6,5 \pm 4,4$ anos, 54% do sexo masculino. Antecedentes de doenças respiratórias foram observados num quarto dos doentes (Asma n=4, Pneumonias de repetição n=2, Bronquiectasias n=2, Deficiência de alfa-1-antitripsina n=1). Febre (91,9%), tosse (75,7%), dispneia (40,5%) e toracalgia (37,8%) foram os sintomas mais comuns na admissão. Mais de metade (56,8%) dos casos apresentava derrame pleural unilateral de pequeno volume; em apenas 5 crianças se observou derrame pleural volumoso. Atribuiu-se etiologia para-pneumônica à maioria dos casos (n=33; 89,2%). Doze (32,4%) crianças foram submetidas a toracocentese; observou-se complicação relacionada com a técnica (pneumotórax sem necessidade de drenagem) em apenas 1 caso. O derrame pleural foi considerado complicado (pH < 7,21, aspecto macroscópico turvo/purulento, crescimento de agente microbiológico ou presença de septação/loculação) em 13 (35,1%) crianças. Destes, 11 necessitaram de transferência para Cirurgia Pediátrica (6 após colocação de dreno torácico); os restantes 2 doentes tiveram com boa evolução com drenagem torácica sub-aquática. Isolamento de agente etiológico do processo infeccioso subjacente foi possível em 12 (32,4%) doentes: Strpt. pneumoniae n=7; Mycoplasma pneumoniae=3; Strpt. pyogenes n=2. Culturas de líquido pleural foram positivas apenas em 3 casos: Strpt. pneumoniae n=2 e Strpt. pyogenes n=1. Antibioterapia empírica em monoterapia foi instituída em 27 (84,4%) e em associação em 8 (21,6%) crianças. Em 11 dos casos foi necessária alteração da antibioterapia inicial (8 por falência terapêutica e 3 para cobertura microbiológica adequada). Cinesioterapia respiratória (15 doentes) e instilação de agente fibrinolítico no espaço pleural (1 doente) foram outros tratamentos complementares observados.

CONCLUSÃO: Nesta série, tal como descrito na literatura, a etiologia infecciosa é a mais frequente de derrame pleural em idade pediátrica, sendo o Streptococcus pneumoniae o agente etiológico mais frequentemente isolado. Embora a abordagem terapêutica seja heterogênea, nos casos de derrame complicado a abordagem invasiva (dreno/ cirurgia) foi universal. A patologia respiratória de base poderá ser um factor de risco para o desenvolvimento de derrame pleural, mais estudos serão necessários para avaliar esta hipótese.

10 PREVALENCIA DE EPOC EN EL ÁREA SUR DE GALICIA

Autores: V. Leiro Fernández; C. Represas Represas; M. Botana Rial; A. Fernández- Villar; L. Piñeiro Amigo; **Centro de trabajo:** Hospital Xeral CHUVI Vigo

OBJETIVOS: Se desconoce la repercusión de la EPOC en nuestro medio debido a la ausencia de estudios de prevalencia. El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de EPOC y de forma secundaria su nivel de infradiagnóstico, la prevalencia de factores de riesgo como tabaquismo y exposición profesional de riesgo, el tratamiento, las manifestaciones clínicas y su influencia en la calidad de vida.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico de base poblacional descriptivo llevado a cabo en población adulta del área de Vigo entre mayo de 2006 y julio de 2007. Se contactó con los participantes de forma telefónica previo muestreo aleatorio estratificado de acuerdo con los códigos postales más próximos al Hospital Xeral de Vigo. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas, hábito tabáquico, grado de disnea, otros síntomas respiratorios, tratamiento y exposición profesional. A todos los participantes se les realizó una espirometría con test de broncodilatación y se definió EPOC como FEV1/FVC < 0,7 tras broncodilatación siguiendo la clasificación de la GOLD. La población se clasificó en 3 cohortes: EPOC, Bronquitis crónica (BC) y sin EPOC. Todos los EPOC más un número igual de participantes sin EPOC y con BC elegidos de forma consecutiva completaron una visita larga en la que se recogieron otras variables.

RESULTADOS: De 490 contactos se consiguieron 382 (80%) participantes de los cuales 353 (92,4%) realizaron una espirometría válida para el análisis. La prevalencia global de EPOC fue del 8,2% (IC95% 5,6-11,7). Los factores asociados de forma significativa con la presencia de EPOC en el análisis univariante fueron: sexo varón (11,9% vs 4,5%; p= 0,01), la edad (63,2 vs 55 años; p= 0,0001) y el consumo de tabaco (media 42,5 vs 25,6 paquetes-años; p= 0,037) siendo sólo éstos dos últimos factores de riesgo independientes tras un análisis multivariante. No se encontró relación con la exposición laboral de riesgo ni el nivel educacional. Los pacientes EPOC presentaron mayor disnea (31% vs 7,7%, p=0,001), tos crónica (38% vs 14,6%, p=0,003), sibilancias (58,6% vs 37%, p=0,02) y crisis de disnea (55,2% vs 34%, p=0,02). Según la clasificación de gravedad de la GOLD el 72,4% se correspondieron con GOLD I, el 24,1% con GOLD II y el 3,4% con GOLD III. De los 29 pacientes EPOC, 20 (68,7%) desconocían previamente el diagnóstico. Un 37,9% tomaba broncodilatadores (GOLD I 23,8%, II 71,4%, III 100%) y el 31% corticoides inhalados (GOLD I 23,8% y II 57,1%). El porcentaje de EPOC no diagnosticados tratados con broncodilatadores fue significativamente inferior al de los EPOC con diagnóstico previo (66,7% vs 25% p=0,04) y presentaban menor expectoración crónica (10% vs 66,7% p= 0,004). Se completó la visita larga en 66 participantes. No hubo diferencias en la calidad de vida evaluada a través del SGRQ y el EQ-5D. Tampoco se observaron diferencias entre el grupo de EPOC con diagnóstico previo y el grupo sin diagnóstico previo excepto en la dimensión que explora los síntomas cuya puntuación fue mayor en los EPOC con diagnóstico previo (media 48,6 vs 23,5 puntos, p=0,02).

CONCLUSIONES: La prevalencia de EPOC en el área sanitaria de Vigo es del 8,2%, con un elevado porcentaje de infradiagnóstico (68,7%). La mayoría son casos leves (GOLD I). El tabaquismo y la edad son factores de riesgo independientes de EPOC. Aunque los EPOC presentan más síntomas respiratorios éstos no repercuten de forma significativa en la calidad de vida. Más de la mitad de los EPOC GOLD II reciben corticoides inhalados. El grado de infradiagnóstico de la EPOC es elevado pero no hemos observado un deterioro en la calidad de vida de estos pacientes. Los EPOC con diagnóstico previo presentan más expectoración crónica y una mayor alteración de su calidad de vida secundaria a síntomas respiratorios. Este trabajo forma parte del estudio EPI-SCAN (The Epidemiologic Study of COPD in Spain).

10 VALIDACIÓN DEL MEDIDOR PORTÁTIL VITALOGRAPH COPD-6 PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA

Autores: C. Represas Represas; A. Fernández Villar; M. Botana Rial; V. Leiro Fernández; M.J. Fernández Penedo; B. Alfonso Otero; Al. González Silva; L. Piñeiro Amigo; **Centro de trabajo:** Hospital Xeral. CHUVI

INTRODUCCIÓN: La EPOC y otras enfermedades obstructivas de la vía aérea, precisan para su diagnóstico realizar una espirometría. Para un buen cribado de estas patologías, sería importante poder llevar a cabo esta técnica en Atención Primaria, pero por diversos motivos está infrutilizada a este nivel. El FEV6 ha demostrado ser un parámetro fiable y reproducible, y más fácil de determinar que la FVC. En los últimos años se han diseñado dispositivos portátiles para obtener de forma rápida y sencilla el FEV1, FEV6 y FEV1/FEV6, por lo que son útiles en ámbitos de atención no especializada. Uno de ellos es el Vitalograph COPD-6, pero no existe ningún estudio que compare la concordancia entre los valores y ratios obtenidos por el COPD-6 y la espirometría forzada realizada con espirometros convencionales..

OBJETIVOS:

- Evaluar la concordancia entre el FEV1/FVC (medido por espirometro convencional) y el FEV1/FEV6 (medido con el Vitalograph COPD6), así como el FEV1 determinado por ambos dispositivos.
- Establecer el punto de corte del FEV1/FEV6 obtenido con el Vitalograph COPD6 con mejor sensibilidad, especificidad y valores predictivos para la detección de obstrucción de la vía aérea.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron pacientes que acuden al Laboratorio de Función Pulmonar de nuestro servicio, que colaboraban adecuadamente para las maniobras espirométricas. A todos ellos se les realizó espirometría convencional [ESPIR] (neumotacógrafo modelo Masterlab, Jaeger AG, Würzburg, Alemania) y determinación de FEV1, FEV6 y FEV1/FEV6 mediante el medidor portátil Vitalograph COPD6 [COPD6] (modelo nº 4000, Vitalograph Ltd, Ireland). De forma aleatoria, en un grupo se llevó a cabo la medición con el dispositivo portátil previa a la espirometría convencional y en otros se realizó a continuación. Se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas y la comparación se hizo mediante técnicas estadísticas específicas para muestras apareadas. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson y mediante el uso de curvas ROC el área bajo la curva del FEV1/FEV6 para el diagnóstico de obstrucción y se determinaron la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, proporción de falsos negativos (FN) y exactitud para distintos puntos de corte del ratio FEV1/FEV6.

RESULTADO: Se incluyeron 162 pacientes, 96 hombres (59%). Edad media $56 (\pm 16)$ años. En 76 casos (47%) se detectó obstrucción por ESPIR. Los valores de los diferentes parámetros fueron: FEV1-ESPIR 2460 (± 996) mL vs. FEV1-COPD6 2292 (± 957) mL (p<0,001, r=0,99); FVC-ESPIR 3516 (± 1150) mL vs. FEV6-COPD6 3031 (± 1062) mL (p<0,001, r=0,97); FEV1/FVC-ESPIR 0,69 ($\pm 0,13$) vs. FEV1/FEV6-COPD6 0,74 ($\pm 0,12$), (p<0,001, r=0,94). El índice de concordancia Kappa para una ratio < de 0,70 con ambos dispositivos fue del 0,59. Mediante curvas ROC se obtuvo un área bajo la curva de 0,97 (IC95% 0,95-0,99). Manteniendo el punto de corte de FEV1/FEV6 por COPD6 < 0,70 como diagnóstico de obstrucción, se obtendría una sensibilidad del 58%, una especificidad del 100%, un VPP del 100%, un VPN del 73%, una proporción de FN del 42,1 y una exactitud del 80,2%. Para un punto de corte del FEV1/FEV6 < 0,78 la sensibilidad fue del 92,1%, la especificidad del 89%, el VPP del 88,6%, el VPN del 93%, la proporción de FN del 8% y la exactitud del 90,7%.



CONCLUSIÓN: El medidor portátil Vitalograph COPD6 es un aparato sencillo y muy preciso para el cribado y detección de patologías obstructivas de la vía aérea. Su fácil utilización podría hacerlo especialmente útil en algunos ámbitos como podría ser la atención no especializada. La mejor relación sensibilidad/especificidad del ratio FEV1/FEV6 se obtendría con puntos de corte superiores a los recomendados por el fabricante (< 0,70).

Figura 1: Dispositivo portátil Vitalograph COPD-6.

013 LOS VALORES DE ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO PREDICEN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL.

Autores: L.A. Pérez de Llano; F. Carballada González; O. Castro Anón; R. Golpe Gómez; A. Baloira Villar; M. Vázquez Caruncho; M. Boquete París;

Centro de trabajo: Hospital Xeral Calde Lugo

OBJETIVOS: Evaluar la capacidad de los niveles de óxido nítrico exhalado (FeNO) basal para predecir qué individuos con asma de difícil control responderán a una estrategia terapéutica escalonada, basada en las guías clínicas. Se estudió, además, si otras características clínicas (atopia, comorbilidad...) o funcionales (broncodilatación positiva, variabilidad en PEF...) se asocian con la consecución de control del asma.

MÉTODO: Estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos con asma de difícil control, definido por Test de Control del Asma (ACT) < 20 a pesar de tratamiento de mantenimiento con agonistas β2 de larga duración y altas dosis de corticoides inhalados. En todos los casos se realizó una historia clínica detallada para descartar comorbilidad que pudiera influir en el control del asma, espirometría, test broncodilatador, test de metacolina, FeNO, y medición ambulatoria del flujo espiratorio pico. Los pacientes con control subóptimo y técnica inhalatoria correcta, recibieron dosis máximas de la combinación salmeterol-fluticasona (a menos que estuviesen con dicho tratamiento) durante un mes. Si no lograban el control entonces, se añadían 30 mg de deflazacort a su medicación inhalada y eran citados de nuevo al cabo de otro mes. En la tercera visita se evaluaba de nuevo el grado de control y se realizaban espirometría y determinación de FeNO. Para valorar conjuntamente la sensibilidad y especificidad del punto de corte más adecuado de FeNO capaz de predecir el control del asma, se construyeron curvas ROC calculando el área bajo la curva (AUC). Además, se llevó a cabo un análisis multivariante para saber si algún parámetro clínico o funcional se asociaba con el logro del control.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes (edad media de 56±15 años; 71.6% mujeres). La puntuación media del ACT fue 14±1. La media del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en la primera visita fue 72% y el 50% de los pacientes mostraron una alteración ventilatoria obstructiva. Los valores basales de FeNO fueron 43.1±45.6 ppb (rango 4-222). 53 pacientes (52%) obtuvieron el control. Aquellos pacientes que alcanzaron el control eran más proclives a presentar pruebas cutáneas positivas a alérgenos (60.4 % vs 34 %; p = 0.01), prueba broncodilatadora positiva (57.1 % vs 35.8 %; p = 0.02) y una variabilidad en el flujo espiratorio pico = 20% (71.1 % vs 49.1 %; p = 0.04). En cambio, la depresión fue más frecuente en los pacientes que permanecían no controlados (18.4 % vs 43.4 %; p = 0.01). El FeNO fue un excelente marcador para predecir respuesta clínica, con un AUC de 0.925. Un valor de FeNO = 35 ppb demostró una sensibilidad del 87.5% (intervalo de confianza [IC] del 95% 73.2-95.8%) y una especificidad del 90.6% (IC del 95%, 79.3-96.8%) para la identificación de pacientes asmáticos que pueden alcanzar el control. El análisis multivariante mostró que sólo el FeNO (OR 47.7) se asociaba de forma independiente y significativa con la consecución de control clínico.

CONCLUSIONES: Los resultados del presente estudio sugieren que el FeNO puede identificar pacientes con asma de difícil manejo y la posibilidad de responder a altas dosis de corticoides inhalados o sistémicos. Estos hallazgos permitirán optimizar el tratamiento en estos pacientes y avanzar en el conocimiento de los diferentes fenotipos que integran el asma grave.

014 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEAHIPOPONEA DEL SUEÑO (SAHS) EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DEL ÁREA DE VIGO

Autores: Mar Mosteiro; M^a José Muñoz; Abel Pallarés; Carmen Gil; Virginia Leiro; María Torres; Maribel Botana;

Centro de trabajo: Hospital Xeral. CHUVI

INTRODUCCIÓN: La prevalencia conocida de SAHS es del 2% en mujeres y 4% en varones, estimada de trabajos que consideraron hiponeas con desaturación del 4%. Con la actual normativa SEPAR 2003, se incluyen hiponeas con desaturación del 3% y esto puede cambiar la prevalencia de SAHS.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de SAHS según la normativa actual aplicada.

MÉTODO: Estudio transversal realizado en 2 fase. 1^a: mediante encuesta específica sobre síntomas de SAH; 2^a en la que se realiza poligrafía respiratoria (Apnoescreen pro, Viasys-Jaeger). Se utilizó la cohorte de sujetos del área de Vigo incluidos en el estudio EPISCAN. De 382 sujetos completan el cuestionario 351 y se le realiza PLG a 71 (válidas 68).

RESULTADOS: 348 sujetos entre 40 y 80 años, edad 57+/-10, 53% mujeres, roncan intensamente 35%, y muestran excesiva somnolencia diurna (Epworth > 12) el 18.7%. EL subgrupo al que se realiza PLG no muestra diferencias respecto al otro (tabla 1). Tienen IAH = />5 : 68% , IAH = />30 : 11.9%, y SAHS (Epworth = /> 12 + IAH = />5) el 13.5%. (tabla 2)

CONCLUSIONES: Con la normativa actual la prevalencia estimada de trastornos respiratorios del sueño y de SAHS en la población es muy superior a la comunicada hasta ahora.

TABLA 1	TOTAL	PLG no	PLG si	P
N	351	281	70	
Edad	57+10	56'9+10'7	56+9'8	0'334
HRs cama	7'8+1'4	7'9+1'4	7'6+1'2	0'54
Hrs slesta	0'39+0'54	0'3+0'5	0'26+0'55	0'755
Epworth	7+4	6'89+4'5	8+5'1	0'177
Epworth > 12	18'7%	18'5%	19'4%	0'555
Roncadorees I	35%	33'5%	42%	0'461
Asfixias	1'7%	0'7%	4%	0'005
Despertares f	17'5%	16'7%	21%	0'24
Fatiga I	11'9%	11'4%	15'5%	0'328

TABLA 2				
	IAH= /> 5	IAH= /> 10	IAH= /> 15	IAH= /> 30
40-80 AÑOS	68%	46'3%	29'8%	11'9%
+ ESD (Epw >12)	13'5%	7'5%	6%	4'5%

015 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE ESTOS PACIENTES

Autores: R.Dacal Quintas ;M.G.Cortez Montero; M. Tumbeiro Novoa; A. Acuña Fernández; J.M. García Pazos; P. Marcos Velázquez;

Centro de trabajo: Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con síndrome apnea-hipoapnea del sueño y las características que presentan estos pacientes.

MÉTODOS: Durante seis meses (desde enero de 2009 a julio de 2009), a todos los pacientes a los que se le realizó un estudio del sueño en el CHOU por sospecha de síndrome de apnea-hipoapnea del sueño también se valoró si cumplían criterios de síndrome metabólico. Los pacientes fueron registrados en la base de datos G-stat 2.0.

RESULTADOS: Se realizaron 290 estudios, de los cuales el 89,7% fueron diagnósticos de síndrome de apnea-hipoapnea. Un 61% presentaban síndrome metabólico. De los que fueron diagnosticados de síndrome de apnea-hipoapnea del sueño, el 63,3% tenían también síndrome metabólico, que según la gradación del síndrome de apnea-hipoapnea del sueño se distribuía de la siguiente manera: 58,5% de pacientes con síndrome metabólico en síndrome de apnea-hipoapnea del sueño severo, 26,7% en moderado y 14,6% en leve. La media de edad de los pacientes fue 60 años (DE 11,67), el 80,5% eran hombres, presentaban antecedentes de EPOC 10,2%, cardiopatía isquémica 23,2%. El IMC de media fue 34,5 (DE 7,67) y perímetro abdominal 116 (DE 14,5); en cuanto al resto de parámetros que usamos para diagnosticar el síndrome metabólico los resultados son los siguientes: tenían hipertensión arterial un 66,3%, criterios de dislipemia un 52% , glucemia superior o igual a 100 el 77,4 % y triglicéridos mayor de 150 un 39,7%.

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con síndrome de apnea-hipoapnea de sueño es 63,3%
- La mayoría de los pacientes eran hombres y obesos.

Los criterios de síndrome metabólico que se cumplían con más frecuencia fueron: hipertensión arterial (66%) y un 77% tenían cifras de glucemia basal superiores o iguales a 100.

016 SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores: C. Rábade Castedo ; C. Zamarrón Sanz ; J. Jicoy Gabaldón; R. Arias Castells; A. Palacios Bartolomé; P. Álvarez-Calderón Prat; M. Salgueiro Rodríguez;

Centro de trabajo: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: El síndrome de apnea del sueño (SAS) se define como un conjunto de síntomas y signos resultado de apneas recurrentes como consecuencia de la obstrucción parcial o total de la vía aérea superior. Numerosos estudios demuestran una asociación entre SAS e HTA.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es el comprobar si los pacientes SAS con HTA tienen un patrón clínico, analítico, polisomnográfico y funcional distinto a los pacientes SAS normotensos.

MÉTODO: Para ello hemos estudiado 133 pacientes con SAS (37 mujeres y 96 varones; 63 hipertensos y 70 normotensos).

RESULTADOS: Hemos observado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) entre ambos grupos en relación a la edad (SAS-HTA 58,2± 9,4 años vs. 52,9±10,9 del grupo normotenso); IAH (51,9±23,6 vs.39,9±22,6); fibrinógeno (35,7± 79,9 vs.317± 67,8) y VSG (18,15±13,2 vs. 10,3±7,8). No se encontraron diferencias significativas en nivel de somnolencia medido por la escala de Epworth, IMC, colesterol, glucosa, triglicéridos , aclaramiento de creatinina, creatinina basal, TSH, ácido úrico y microalbuminuria.

CONCLUSIONES: Concluimos que los pacientes SAS-HTA tienen mayor edad, SAS más severo y con valores medios mayores de reactivantes de fase aguda.

17 DPOC - ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA

Autores: A. Antunes; J. Gomes; P. Brinca; M. Guimarães; I. Pascoal; N. Taveira;
Centro de trabalho: Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE

ADPOC é uma condicionante da actividade física e social. Os pacientes, para além das limitações nas actividades da vida diária, experimentam privação na participação de actividades colectivas. Esta situação exerce forte pressão sobre a sua estrutura psíquica resultando em depressão e ansiedade que se podem manifestar por sintomas somáticos e aumentar o mal-estar basal.

OBJETIVOS: Avaliar o impacto da DPOC no equilíbrio psíquico dos doentes.

MATERIAL E MÉTODOS: A doentes com DPOC foi aplicada a Hospital Anxiety and Depression Scale, escala com dois questionários independentes, desenhada e validada para quantificar a depressão e ansiedade em doentes crónicos, sendo um resultado =8 indicativo de depressão ou ansiedade. Na mesma consulta aplicou-se a escala MMRC (modified medical research council), averiguando o grau de dispneia e registou-se o FEV1 pós-broncodilatação. Foi feita regressão logística para analisar se o grau de dispneia e o FEV1 se correlacionavam com a existência de depressão e ansiedade.

RESULTADOS: 63 doentes, 5 mulheres e 58 homens. Média de idades de 65,6 ($\pm 11,4$), máxima de 83 e mínima de 51. FEV1 médio de 46,76%. O valor médio na MMRC foi de 2,6. 14 doentes apresentaram valores compatíveis com depressão, sendo 30 os doentes com ansiedade. Através de regressão logística constatou-se que a diminuição do FEV1 aumenta a probabilidade de ansiedade, assim como o aumento dum unidade na escala de MMRC aumenta em 76% a probabilidade da mesma ser diagnosticada. A depressão é independente do valor de FEV1 e do grau de dispneia quantificado pela MMRC. Foi demonstrada correlação positiva entre o sexo feminino e a presença de depressão ($p=0.001$).

CONCLUSÃO: Na amostra registou-se elevada incidência de depressão (22,2%) e de ansiedade (47,6%), indicativa da pesada carga psiquiátrica que a DPOC acarreta. O desenvolvimento de ansiedade correlaciona-se com a percepção da doença e com o seu condicionante fisiopatológico (FEV1). Embora em relação à depressão, a única correlação encontrada seja com o sexo feminino, daqui se arremata a importância dum avaliação do estado psicológico dos doentes e posterior acompanhamento especializado.

18 FRACÇÃO EXALADA DO ÓXIDO NÍTRICO E BRONCOPROVOCAÇÃO - O QUE PODEMOS ESPERAR?

Autores: A. Antunes; J. Gomes; F. Viveiros; Al. Loureiro; P. Brinca; R. Lima; C. Centeno; M. Guimarães;
Centro de trabalho: Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE.

Perante a suspeita clínica de asma, os testes de broncoprovocação servem para confirmar e avaliar a hiperreactividade brônquica. Estando a inflamação na base da doença e existindo métodos fáceis e não-invasivos, como a medição da fracção exalada do Óxido Nítrico (FeNO), que nos permite quantificá-la, é curioso averiguar até que ponto os resultados obtidos por estes três testes se correlacionam.

OBJETIVOS: Averiguar a relação entre os resultados da broncoprovocação por metacolina e por corrida e a FeNO.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo prospectivo onde foram incluídos doentes com suspeita de asma sujeitos a testes de provocação por metacolina e prova de corrida de 6 minutos. Feita medição da FeNO de acordo com as normas da ATS/ERS. Broncoprovocação positiva com queda de 20% no FEV1 após inalação de dose de metacolina <8mg e queda de 15% no FEV1 nos 20 minutos seguintes à prova de corrida. Em ambos os grupos foram divididos naqueles com broncoprovocação positiva e negativa e foi feita comparação dos valores de FeNO usando análise de regressão linear.

RESULTADOS: 206 doentes foram sujeitos a broncoprovocação por metacolina, 61% mulheres e 39% homens, idade média 35,7 ($\pm 16,3$) anos. Destes, 31% apresentaram metacolina positiva. Comparando os doentes com teste positivo e negativo observou-se que a positividade no teste de metacolina está associada a um aumento dos valores de FeNO de 22,56 ppb, apresentando estes dados $p < 0.001$. Na prova de corrida foram avaliados 32 doentes, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com idade média de 12,8 ($\pm 4,6$) anos. Apresentaram teste positivo 19% dos doentes. Através de análise de regressão linear verificou-se que a positividade no teste de corrida está associada a um aumento dos valores de FeNO de 42,69 ppb, com $p = 0.012$.

CONCLUSÃO: Nesta amostra, doentes cujo diagnóstico de asma é confirmado pela broncoprovocação apresentam valores de FeNO mais elevados, com a diferença em relação aos doentes não-asmáticos a ser estatisticamente significativa. Sendo a FeNO já usada para monitorização da asma, estes resultados vêm atestar o seu uso no diagnóstico complementando a informação dada pela broncoprovocação ou até mesmo prevendo o seu resultado, através dum valor de cut-off para o FeNO, a partir do qual se verifique a positividade nos testes de provocação.

19 DPOC - RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO PULMONAR E A PROVA DA MARCHA DOS 6 MINUTOS

Autores: A.J. Loureiro^{1,2}; F. Viveiros¹; A. Antunes¹; P. Brinca²; M. Guimarães¹; I. Pascoal¹; N. Taveira¹;
Centro de trabalho: ¹Unidade de Reabilitação Respiratória do Serviço de Pneumologia do CHGE, EPE

INTRODUÇÃO: A DPOC é uma importante causa de morbilidade com repercussões sobre a qualidade de vida dos doentes. Tem um impacto clínico considerável na deficiência mais ou menos grave comprovada pelos testes de função pulmonar, e ainda na funcionalidade e capacidade ao exercício, avaliada pela prova de marcha dos 6 minutos.

OBJETIVO: Estabelecer a melhor relação entre os resultados da prova da marcha dos 6 minutos-PM 6' (metros percorridos e percentagem de dessaturação na oximetria de pulso) e parâmetros funcionais respiratórios (FEV1, FVC, PaO2, PaCO2, difusão alveolo-capilar do monóxido de carbono - DLCO e capacidade inspiratória - CI).

MÉTODO: Análise transversal de 41 provas de marcha dos 6 minutos relativas a doentes com DPOC em programa de Reabilitação Respiratória. Todos (41) os doentes tinham registos contemporâneos de espirometria e gasimetria arterial e num sub grupo de 26, de DLCO e CI. Foi feita análise de regressão linear tendo como variável dependente o número de metros percorridos e a percentagem de dessaturação na PM6' e como variáveis independentes - FEV1 % VT e em L, FVC% VT e em L, PaO2, PaCO2, DLCO e CI.

RESULTADOS: 41 doentes, todos do sexo masculino; idade média de 68 $\pm$ 7,9 anos. Estádio GOLD I-1, II-17, III-8 e IV-15 doentes. FEV1 médio pós-broncodilatação de 1,19 $\pm$ 0,55 L - 43,6% $\pm$ 20,1. FVC médio de 2,38 $\pm$ 0,7 L e 67,3% $\pm$ 18. PaO2 média de 70,9 $\pm$ 8,3 mmHg e PaCO2 média de 41,8 $\pm$ 5,1 mmHg. O valor médio metros percorridos na PM 6' foi de 429 $\pm$ 88 e a dessaturação média de 3 $\pm$ 4,6 %. A média DLCO foi de 77,8% $\pm$ 31,6 e da CI de 81,4 $\pm$ 24,3%.

A análise de regressão linear encontrou correlação positiva entre o FEV1% e a distância percorrida na PM 6' ($p=0.0125$) e correlação negativa do FEV1 % com a dessaturação na PM6' ($p=0.001$). A DLCO tem correlação negativa com a percentagem de dessaturação na PM6' ($p=0.006$). Não se encontrou correlação da CI com metros percorridos ou dessaturação na prova de marcha.

CONCLUSÃO: Perante os resultados, admitimos que o efeito da reabilitação respiratória poderá explicar a distância percorrida na prova da marcha e que o tamanho da amostra pode justificar ao contrário do esperado, a ausência da sua correlação com a capacidade inspiratória. A correlação do FEV1 % com a distância e dessaturação na PM 6' são resultados esperados, assim como da DLCO com a dessaturação, a traduzir a fundamentação fisiológica desta relação. A não correlação com o número de metros percorridos, resultará porventura das características antropométricas dos doentes, parâmetros não considerados neste estudo.

20 CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES JÓVENES

Autores: M. Santalla Martínez; J. Abal Arca; I. Parente Lamelas; MG. Cortez Montero;
 R. Dacal Quintas; MJ. García García; P. Marcos Velázquez;
Centro de trabalho: Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU)

OBJETIVO: Analizar las características clínicopatológicas, el tratamiento y la supervivencia de los pacientes de edad igual o menor de 50 años con cáncer de pulmón, comparándolas con los pacientes de mayor edad.

MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de una cohorte de pacientes diagnosticados desde Enero de 1999 hasta Diciembre de 2006 en el CHOU. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar, y las cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes, y su asociación mediante el Chi cuadrado. Estimamos la supervivencia por el método de Kaplan-Meier y las curvas obtenidas se compararon mediante la prueba de Mantel-Haenszel (Log-rank). El nivel de significación estadística se estableció en 0,05. El programa estadístico utilizado fue el SPSS 15.

RESULTADOS: Se diagnosticaron un total de 1290 pacientes, siendo = 50 años 102 (7,9%). Eran hombres 76 (74,5%) y mujeres 26 (25,5%). La edad media fue de 45 años $\pm$ 4. Tenían antecedente de tabaquismo el 89,2%. Presentaban alguna comorbilidad el 55%, siendo la más frecuente la EPOC. La clínica de presentación más frecuente fue tos (51%) y dolor torácico (39,2%), estando asintomáticos el 28,4%. Los hallazgos radiológicos más comunes fueron masa pulmonar (30,4%) y neumonitis obstructiva (28,4%). Se diagnosticaron en estadio precoz el 20%, regional 44% y avanzado 36%. La estirpe histológica fue adenocarcinoma 34,3%, epidermoide 27,5%, célula pequeña 24,5% y otros 13,7%. Se administró tratamiento quimioterápico en 78,2%, radioterapia 51,5%, sintomático el 10,5% y cirugía en 24,5%. Se realizó un análisis comparativo con el grupo de mayor edad, observándose diferencias significativas en el porcentaje de mujeres, comorbilidad, consumo acumulado de tabaco, histología y tratamiento activo. La supervivencia al final del estudio fue del 19% (mediana de 317 días), siendo mejor que en el grupo de mayor edad (Log rank, 4,27; $p = 0,039$) y se vio influenciada de forma significativa por el estadio y por el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN:

- 1.- Más alta proporción de mujeres y de pacientes asintomáticos a la presentación.
- 2.- La estirpe histológica adenocarcinoma ya ha sobrepasado al carcinoma epidermoide.
- 3.- Se administra tratamiento activo en mayor proporción.
- 4.- Mejor supervivencia.

021 PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: R.C. Reis; B. Conde; A. Afonso;

Centro de trabalho: Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

OBJECTIVOS: Apresentar um caso clínico de uma patologia rara e ainda pouco conhecida, a pneumonia intersticial linfocítica, enquadrando o caso com a bibliografia actual, relativamente à epidemiologia, etiopatogenia, patologias associadas, formas de apresentação, terapêutica e prognóstico.

MÉTODOS: Revisão da bibliografia disponível na base de dados da Medline, através da pesquisa no motor de busca da PubMed, analisando artigos de revisão, artigos de investigação e casos clínicos relativamente à pneumonia intersticial linfocítica. Com base na revisão é apresentado um caso clínico com follow-up de um ano.

RESULTADOS: A pneumonia intersticial linfocítica é caracterizada pela infiltração linfocítica dos septos alveolares e é actualmente considerada uma variante histológica distinta, dentro do espectro da hiperplasia linfóide pulmonar difusa. Embora diferente do linfoma, parece, em raros casos, poder sofrer transformação maligna. Tem sido associada a uma variedade de condições clínicas como distúrbios do tecido conjuntivo, especialmente a síndrome de Sjögren, e a distúrbios do sistema imunitário como a disproteinemia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e infecção pelo vírus Epstein-Barr. A maioria dos doentes são mulheres com idades entre os 40 e os 70 anos, embora também ocorra em crianças, principalmente quando infectadas com o vírus da imunodeficiência humana. A apresentação clínica é habitualmente de dispneia progressiva ao longo de vários meses associada a tosse seca e por vezes, a astenia, mal estar geral, perda ponderal e temperatura sub-febril. Ao exame físico podem ser audíveis crepitações a nível das bases pulmonares e clubbing dos dedos pode estar presente com doença fibrótica avançada. A nível do lavado broncoalveolar apresenta linfocitose e padrão fisiológico restritivo com diminuição da capacidade de difusão alveolo-capilar. Imagiologicamente o padrão em vidro despolido com quistos perivculares, nódulos centrilobulares e espessamento dos septos são as alterações mais comuns visíveis na tomografia computadorizada. Uma vez que o número de casos é pequeno, não existem ensaios controlados relativos à terapêutica. A corticoterapia isolada ou, por vezes, associada a outros agentes imunossuppressores é o tratamento mais utilizado embora se desconheça a dosagem ou duração ideal. Com a terapêutica baseada na corticoterapia, aproximadamente mais de metade dos doentes apresenta melhoria ou estabilidade clínica.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher com 33 anos, sem factores de risco ou antecedentes relevantes, que referia dispneia para médios esforços desde há um ano, associada a tosse seca. O exame físico era irrelevante excepto pela presença de crepitações bibasais. Por apresentar padrão imagiológico e ventilatório compatível com patologia do interstício foi submetida a lavado broncoalveolar que indicou linfocitose, tendo, posteriormente, sido submetida a cirurgia para realização de biópsia pulmonar que revelou padrão histológico de pneumonia intersticial linfocítica. Após diagnóstico iniciou terapêutica com prednisona associada a azatioprina, que mantém aproximadamente desde há um ano com estabilização clínica, imagiológica e ventilatória.

CONCLUSÕES: A pneumonia intersticial linfocítica é uma doença intersticial incomum, semelhante a outras patologias do interstício é caracterizada por um padrão restritivo com diminuição da difusão alveolo-capilar e no lavado broncoalveolar apresenta linfocitose. Estabilidade ou melhoria clínica em resposta à corticoterapia pode ser esperada, no entanto a sobrevida mantém-se comprometida.

022 PNEUMOPERICÁRDIO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: S. Pinto¹; H. Ribeiro²; T. Calvo¹; A. Ferreira²

Centro de trabalho: ¹Serviço de Pneumologia do CHTMAD; ²Serviço de Cardiologia do CHTMAD

O Pneumopericárdio, que consiste na presença de ar no espaço pericárdico, é uma entidade clínica pouco frequente. Surge na maioria dos casos associado a traumatismos torácicos ou a ventilação mecânica. Pode também ocorrer associado a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, nomeadamente pericardiocentese, colocação de pacemaker, biópsia endomiocárdica, esofagectomia e transplante pulmonar. Casos de pneumopericárdio espontâneo foram descritos em recém-nascidos e durante crises de asma.

O seu diagnóstico é facilmente feito pelos exames de imagem (radiografia e tomografia computadorizada de tórax).

Embora na maioria dos casos seja relativamente benigno, não necessitando de tratamento específico, em algumas situações pode ter repercussão hemodinâmica grave. A mortalidade por pneumopericárdio de tensão pode atingir os 50%.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 54 anos, seguido em Consulta de Pneumologia por doença pulmonar obstrutiva crónica a quem foi diagnosticado pneumopericárdio em avaliação imagiológica da sua patologia pulmonar.

Os autores pretendem chamar a atenção para esta entidade clínica rara mas com sintomas comuns à patologia respiratória e apresentam uma revisão da literatura.

023 TOXICIDADE PULMONAR DA AMIODARONA

Autores: T. Gomes; Al. Loureiro; A. Fernandes; A. Afonso

Centro de trabalho: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

A amiodarona é um antiarrítmico muito usado na prática clínica pela grande eficácia no controlo das taquidissritmias supraventriculares e ventriculares. Os seus efeitos adversos são frequentes, sendo a toxicidade pulmonar a complicação mais grave. A sua incidência é aproximadamente 5%. Os autores apresentam um caso clínico ilustrativo da toxicidade do fármaco, sob a forma de nódulo pulmonar.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 84 anos, ex-fumador, antecedentes de hipertensão arterial essencial, cardiopatia isquémica e valvular, fibrilação auricular, e hipercolesterolemia, medicado habitualmente com varfarina, bisoprolol, furosemida, mononitrato de isossorbido, pravastatina e amiodarona desde há 2 anos.

Referenciado à consulta de Pneumologia-Oncológica em Julho de 2008 para estudo de nódulo pulmonar esquerdo. O doente referia tosse, expectoração escassa por vezes hemoptóica, temperatura sub febril, dispneia de esforço e sintomas constitucionais com cerca de 4 meses de evolução. Ao exame físico a salientar razoável estado geral, palidez das mucosas e crepitações tele-inspiratórias bilaterais na auscultação pulmonar.

Analiticamente apresentava anemia normocrômica e microcítica e elevação da proteína C reactiva. A tomografia computadorizada (TC) do tórax de Maio de 2008 mostrava consolidação com broncograma aéreo de segmentos no lobo superior direito e médio, espessamento dos septos interlobulares e imagem nodular no lobo inferior esquerdo (LIE). Repetiu TC torácica constatando-se variabilidade na localização dos infiltrados. Na Broncofibroscopia flexível observou-se congestão da mucosa na pirâmide basal direita, estenose em fenda do B6 direito, cujo estudo anatomopatológico e microbiológico foi negativo. Lavado broncoalveolar (LBA) compatível com linfocitose, predominantemente linfócitos CD8+.

Perante o elevado risco de exames e meios complementares de diagnóstico decidiu-se suspender o antiarrítmico e iniciar corticoterapia sistémica. Após 2 meses o doente apresentava-se assintomático visualizando-se na TC torácica de alta resolução redução dos nódulos descritos e dos infiltrados. Ao fim de 6 meses mantinha-se assintomático e apenas enfisema centri-lobular na TC torácica.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: São várias as formas de apresentação do "pulmão de amiodarona", como a pneumonite intersticial, a pneumonia organizativa, a síndrome de dificuldade respiratória aguda e a massa pulmonar solitária. A presença de 3 ou mais dos seguintes critérios podem sugerir o "diagnóstico clínico": clínica compatível, um padrão radiológico sugestivo, a diminuição da capacidade pulmonar total (superior a 15 %) ou da difusão de monóxido de carbono (superior a 20%), a presença de linfocitose CD8+ no LBA, o resultado anatomopatológico característico ou a resolução do quadro com a suspensão do fármaco/início de corticoterapia.

Este caso demonstra que o diagnóstico desta entidade é um desafio clínico, e que nem sempre está dependente de métodos auxiliares de diagnóstico invasivos, quando estes são de elevado risco para o doente. A terapêutica empírica baseia-se na suspensão do fármaco, podendo incluir corticoterapia. Geralmente o prognóstico favorável.