

XLII REUNIÓN ANUAL SOGAPAR



XXX REUNIÓN GALAICO DURIENSE

A TOXA · 23/24 OCTUBRE 2015

SEDE: HOTEL ISLA DE LA TOJA



PROGRAMA DEFINITIVO

www.sogapar.info

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:	Dr. Antonio Golpe Gómez
Secretaria:	Dra. Marina Blanco Aparicio
Tesorera:	Dra. Dolores Corbacho Abelaira
Vicepresidenta:	Dra. Mercedes de la Torre Bravos
Vocal Coruña:	Dr. Pedro Jorge Marcos Rodríguez
Vocal Pontevedra:	Dra. M ^a Guadalupe González Valladares
Vocal Vigo:	Dra. Virginia Leiro Fernández
Vocal Ferrol:	Dra. Iria Vidal García
Vocal Lugo:	Dr. Rafael Golpe Gómez
Vocal Ourense:	Dra. M ^a Begoña Presedo Garazo
Vocal Santiago:	Dr. José Manuel García Pazos

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:	Dr. Enrique Temes Montes
Vocales:	Dr. Adolfo Baloiira Villar
	Dr. Luis Herrero Hermida
	Dra. M ^a José Sánchez Pérez
	Dra. Marta Núñez Fernández
	Dr. Abel Pallarés Sanmartín
	Dra. Guadalupe González Valladares

VIERNES 23 DE OCTUBRE DE 2015

09:30 h

Entrega de documentación

10:00-11:00 h

Comunicaciones póster

Moderadores:

Dra. Marina Blanco Aparicio

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Dra. Guadalupe González Valladares

Complejo Hospitalario de Pontevedra

11:00-12:00 h

Comunicaciones orales

Moderadores:

Dra. M^a José Sánchez Pérez

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Dr. Hugo Gómez Márquez

Complejo Hospitalario de Ourense

ANÁLISIS MOLECULAR Y FUNCIONAL DEL GEN BMPR2 EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Pousada G.¹; Lupo V.²; Cástro-Sánchez S.¹; Espinós C.²; Baloira A.³; Valverde D.¹

Universidad de Vigo¹; Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)²; Complejo Hospitalario de Pontevedra³

ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES DE LOS SÍNTOMAS NASALES CRÓNICOS SOBRE EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

Vilas Iglesias A.¹; Osorio Noya A. I.²

Hospital Policlínico La Rosaleda¹; Hospital Nuestra Señora de La Esperanza²

TIPO DE MUTACIÓN Y COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA EGFR POSITIVO: IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

González Fernández C.¹; Díaz Gutiérrez M.M.¹; Parente Lamelas I.¹; Fírvida Pérez J.L.²; Abal Arca J.¹

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO)¹; Servicio de Oncología Médica (CHUO)²

GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES CON ANTECEDENTE DE EXPOSICIÓN AL AMIANTO

Diego Roza C; Mariñas Castro M; Balóira Nogueira T; Mouriño Sebío B

Hospital Arquitecto Marcide

COMBINACIÓN PET Y MESOTELINA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LESIONES PLEURALES BENIGNAS Y MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Diego Roza C; Brun Otero M; Calvo Álvarez U; Jorge García D; Mejuto Martí M; Moreno Barragán J

Hospital Arquitecto Marcide

CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULA PEQUEÑA EN NUNCA FUMADORES

Torres - Durán M.¹; Ruano - Raviña A.²; Parente - Lamelas I.³; Leiro - Fernández V.¹; Abal - Arca J.³; Montero - Martínez C.⁴; Castro - Añón O.⁵; Golpe - Gómez A.⁶; Mejuto - Martí M. J.⁷; Fernández - Villar A.¹

EOXI Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro¹; Universidade Santiago de Compostela²; Complexo Hospitalario Universitario de Ourense³; Complexo Hospitalario Universitario A Coruña⁴; Hospital Lucus Augusti⁵; Complexo Hospitalario Universitario de Santiago⁶; Hospital Arquitecto Marcide⁷

ESTUDIO DE VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN GALLEGO DEL CUESTIONARIO COPD ASSESSMENT TEST (CAT) Y DE SU EQUIVALENCIA LINGÜÍSTICA CON EL CAT EN CASTELLANO

Fernández - Villar J. A.¹; Agustí A.²; Capelastegui A.³; García-Losa M.⁴; Sánchez G.⁵; Velasco B.⁵

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. IBIV¹; Institut del Tòrax, Hospital Clínic. Idibaps, Univ. Barcelona²; Hospital de Galdakao-Usansolo³; IMS Health⁴; Glaxosmithkline⁵

ANÁLISIS DE LA TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFÉRICA EN EL ÁREA DE PONTEVEDRA

Pallarés Sanmartín A; Brea Aparicio R; Velo García A; Anibarro García L; Balóira Villar A; Pena Graña A

Hospital Montecelo

CALPROTECTINA: UN POTENCIAL BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL

Botana-Rial M.¹; Fernández-Villar A.¹; Casado Rey P.¹; Vázquez Iglesias L.²; Andrade Olivie M. A.¹; Abal Arca J.³; García Nimo L.³; Ferreiro Fernández L.⁴; San Jose Capilla E.⁴; Páez de La Cadena Tortosa M.²

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; Universidad de Vigo²; Complexo Hospitalario Universitario de Ourense³; Complexo Hospitalario Universitario de Santiago⁴

IMC Y MORTALIDAD EN PACIENTES EPOC: UNA ASOCIACIÓN PARADÓJICA

González Fernández C; Dacal Quintas R; Díaz Gutierrez M; Fernández Domínguez N; Carro Ferreiro A; Parente Lamelas I; Abal Arca J

Complexo Hospitalario Universitario de Ourense

BRONCOSCOPIA PEDIATRICA REALIZADA POR BRONCOSCOPISTAS DE ADULTOS

Vidal Garcia I; Maiso A; Fernandez Marrube M; Prieto Monteagudo P; Consuegra Vanegas A; Souto Alonso A; Montero Martinez C

CHUAC

VARIACIONES EN LA TASA DE COLONIZACIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR PSEUDOMONAS SPP. EN FUNCIÓN DE LOS DIFERENTES CRITERIOS UTILIZADOS

Blanco-Aparicio M; Consuegra A; Uribe N; Rodríguez-Segade S; Nieto I; Maiso A; Montero-Martínez C

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA VENTILACIÓN MECÁNICA DE FORMA CRÓNICA TRAS LA VENTILACIÓN AGUDA DEL PACIENTE EPOC.

Mouronte Roibás C; Mosteiro Añón M; Dacal Rivas D; Torres Durán M; Muñoz Martínez M; Botana Rial M; Ramos Hernández C; Tubío Pérez R; Fernández Villar A

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo

SOBREDIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES TRATADOS CON INHALADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mengual Macenlle N; Golpe Gómez R; Díaz Fernández M; Pérez de Llano L

Hospital Universitario Lucus Augusti

12:00-13:00 h

Comunicaciones orales

Moderadores:

Dr. Luis Herrero Hermida
Complejo Hospitalario de Pontevedra

Dra. María Sucena
Hospital Sao Joao, Porto

OXIGENOTERAPIA PORTÁTIL EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

Aballe Santos L.¹; Represas Represas C.¹; Priegue Carrera A.¹; García Rodríguez E.¹; Souto Sayar L.²; Fernández Villar A.¹

Hospital Ávaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; DUE Oximesa²

PREVALENCIA DEL AISLAMIENTO DE HONGOS EN EL ESPUTO DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUISTICA (BQ NO FQ)

Blanco-Aparicio M; Rodríguez-Segade S; Uribe N; Consuegra A; Nieto I; Maiso A; Montero Martínez C
Hospital Universitario A Coruña

ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES DE SÍNFISIS PLEURAL EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) TRATADOS MEDIANTE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT)

Mouronte Roibás C; Botana Rial M; Tubío Pérez R; Ramos Hernández C; Leiro Fernández V; Núñez Delgado M; Fernández Villar A
Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo

UTILIDAD DE LA PCR EN BRONCOASPIRADO PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE TUBERCULOSIS

Mengual Macenlle N; Sanjuán López M; Penas Truque A; López Reboiro M; Méndez Marote L; Alonso García P; Pérez De Llano L
Hospital Universitario Lucus Augusti

EPOC Y CÁNCER DE PULMÓN: PREVALENCIA, INFRADIAGNÓSTICO CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA Y MULTIDIMENSIONAL

Leiro-Fernández V.¹, Parente Lamelas I.², Represas Represas C.¹, Abal Arca J.², García Rodríguez E.¹, Priegue Carrera A.¹, Ramos Hernández C.¹, Botana Rial M.¹, Fernández Villar A.¹
Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo¹, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense²

EFICACIA DE LAS RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO DE NÓDULOS PULMONARES SUBCENTIMÉTRICOS DETECTADOS DE FORMA INCIDENTAL

García Vázquez-Noguerol M.¹; Leiro-Fernández V.²; Rodríguez Fernández P.¹; Tilve Gómez A.¹; Botana Rial M.²; Fernández Villar A.²
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹; Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo²

INFLUENCIA EN SÍNTOMAS Y FUNCIÓN PULMONAR DE LA TIROIDECTOMÍA EN PACIENTES CON BOCIO

Priegue Carrera A.¹; Represas Represas C.¹; Penín Álvarez M. A.²; Barragans Pérez M. G.²; Rivo Vázquez A.²; García Lorenzo F.²; Fernández Villar A.¹
Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; EOXI Vigo²

EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADOS EN LUGO EN EL PERÍODO 1996-2013

Mengual Macenlle N.¹; Penas Truque A.¹; Cruz Ferro E.²; Ursua Díaz M. I.²; Santos López M. J.¹; Piñeiro Carballeira P.¹
Hospital Universitario Lucus Augusti¹; Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela²

IMPACTO EN EL NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS Y EN LA MORTALIDAD AL RETIRAR LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA CUANDO LA INDICACIÓN NO ES CORRECTA

Consuegra Vanegas A; Vidal Garcia I; Valiño López P; Uribe Giraldo N; Rodríguez Segade-alonso S; Maiso Martínez A; Nieto Codesido I; Seoane Pillado M; Montero Martínez C
[Complejo Hospitalario Universitario A Coruña](#)

PERFIL Y REPERCUSIÓN ORGÁNICA DE LA HTA EN SUJETOS EPOC COMPARADOS CON FUMADORES SIN EPOC

Golpe Gómez R.; Mateos Colino A.¹; Testa Fernández A.¹; González Juanatey C.¹; Pose Reino A.²; Rodríguez Enríquez M.¹; Pena Seijo M.²
[Hospital Universitario Lucus Augusti](#)¹; [Complejo Hospitalario Universitario de Santiago](#)²

TRATAMIENTO CON ESTEROIDES SISTÉMICOS CON PAUTAS RECORTADAS Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO EN PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC

Nieto Codesido I.¹, Marcos P.J.¹, Maiso A.¹, Verdeal R.², Otero-González I.¹, Blanco-Aparicio M.¹, Souto-Alonso A.¹, Montero-Martínez C.¹
[Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña \(INIBIC\).](#)¹; [Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.](#)²

SUPERVIVENCIA GLOBAL Y FRECUENCIA DE REINGRESO TRAS EPISODIO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TRATADA CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PLANTA DE NEUMOLOGÍA

Dacal Rivas D.; Mosteiro Añón M.; Mouronte Roibás C.; Torres Durán M.; Muñoz Martínez M. J.; Botana Rial M.; Tubío Pérez R.; Ramos Hernández C.; Arnalich Montiel V.; Fernández Villar A.
[Complejo Hospitalario Universitario de Vigo](#)

CARGA ASISTENCIAL Y CALIDAD DEL MANEJO DE LAS EPID EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Toro Bobarin C.; Leiro Fernández V.; Botana Rial M.; Ramos Hernández C.; García Rodríguez E.; Fernández Villar A.
[Hospital Álvaro Cunqueiro](#)

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO Y FIBRINÓLISIS SISTÉMICA: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (UCI MÉDICA) DURANTE UN PERÍODO DE 15 AÑOS (JUNIO 2000 - JUNIO 2015)

Martínez Melgar J. L.; Sanmartín Mantiñán E.; Ortega Montes A.; Cenoz Osinaga J. I.; Bravo Doviso J.; Sánchez de Dios T.; Pais Almozara A.; Galbán Rodríguez C.
[Complejo Hospitalario de Pontevedra](#)

13:00–13:30 h

Tratamiento de la FPI: el día a día de los pacientes

Moderador:

Dr. Adolfo Balóira Villar
Complexo Hospitalario de Pontevedra

Ponente:

Dr. Diego Castillo Villegas
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

13:30–15:30 h

Almuerzo de trabajo

15:30–15:45 h

15:45–16:30 h

Inauguración oficial

Lo que viene en el tratamiento del asma

Moderador:

Dr. Jorge Ricoy Gabaldón
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Anti-IL5

Dr. Abel Pallarés Sanmartín
Complexo Hospitalario de Pontevedra

Otros anticuerpos monoclonales

Dr. Luis Pérez de Llano
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

16:30–17:45 h

El tratamiento de la EPOC en 59 segundos

Moderador:

Dr. Adolfo Balóira Villar
Complexo Hospitalario de Pontevedra

Participantes:

Dr. Rafael Golpe Gómez
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Dr. Luis Domínguez Juncal
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

17:45-18:15 h

Dr. Juan Luis García Rivero
Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria

Dra. Marta Núñez Fernández
Complejo Hospitalario de Pontevedra

Una vuelta de tuerca a los fenotipos en EPOC

Ponente:

Dr. Ciro Casanova Macario
*Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife*

18:15-18:45 h

Pausa - Café

18:45-19:45 h

Tertulia sobre: La investigación médica en España

Moderadores:

Dr. José Manuel Álvarez Dobaño
*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
de Compostela*

Prof. Agostinho Marques Lopes
Faculdade de Medicina. Porto

Participantes:

Dr. Javier Cobas Gamallo
Subdirector Gerente del Hospital La Paz, Madrid

Dr. Borja García-Cosío Piqueras
Director de PII de EPOC

Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Presidenta de SEPAR

Dra. Diana Valverde Pérez
Universidad de Vigo

Dr. Ricard Casamor
Departamento Médico de Novartis

19:45-20:30 h

Nuevos ensayos clínicos en hipertensión pulmonar arterial

Moderador:

Dr. Carlos Vilariño Pombo
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Ponente:

José Cifrián Martínez
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander*

20:30 h

Asamblea General

21:45 h

Cena del congreso

SABADO 24 DE OCTUBRE DE 2015

09:30-10:00 h

Novedades en antibioterapia inhalada en pacientes con bronquiectasias no FQ

Moderador:

Dr. José Abal Arca
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Ponente:

Dr. Luis Maiz Carro
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

10:00-11:35 h

Mesa redonda: Tratamiento no médico del enfisema pulmonar grave

Moderador:

Dr. José María García Prim
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

10:00-10:25 h

Técnicas de reducción de volumen pulmonar por broncoscopia

Dra. María Rosa Cordovilla Pérez
Complejo Asistencial de Salamanca

10:25-10:50 h

Cirugía de reducción de volumen pulmonar

Dr. Pablo Moreno de la Santa Barajas
Hospital POVISA de Vigo

10:50-11:15 h

Trasplante de pulmón

Dra. Mercedes de la Torre Bravos
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

11:15-11:35 h

Discusión

11:35-12:00 h

Pausa-Café

12:00-13:20 h

Mesa redonda: Trastornos del sueño SHAS y no SHAS

Moderador:

Dr. Carlos Zamarrón Sanz
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

12:00-12:20 h

Trastornos del sueño SHAS: Manejo de efectos secundarios de CPAP y utilidad de los dispositivos APAP

Ponente:

Dr. Manuel Tumbeiro Novoa
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

12:20-13:05 h

Trastornos de sueño no SHAS

12:20-12:40 h

Apnea central

Dra. M^a Fernanda Troncoso Acevedo
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

12:40-13:00 h

Narcolepsia y síndrome de piernas inquietas

Dra. Ainhoa Álvarez Ruiz-Larrinaga
Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz

13:00-13:20 h

Discusión

13:20-14:00 h

Conferencia Dr. Rodríguez Suárez: Responsabilidad civil en el personal sanitario

Moderador:

Dr. Enrique Temes Montes.
Complejo Hospitalario de Pontevedra

Conferenciante:

Ilmo. Sr. Dr. Julio Picatoste Bobillo
*Magistrado de la Audiencia Provincial de
Pontevedra con sede en Vigo*

SESIÓN PARALELA

VIERNES 23 DE OCTUBRE DE 2015

17:15-18:15 h

Manejo de una consulta de Patología Respiratoria del Sueño

Moderadora:

Mercedes Garat Caramé

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Ponentes:

Pilar González Sáez

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Raquel Merayo Faba

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

18:30-19:30 h

Consulta de manejo de dispositivos de inhalación

Moderadora:

Mercedes Garat Caramé

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Ponentes:

María del Carmen Gómez Neira

Hospital Universitario Lucus Augusti

María José González Bernárdez

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

COMUNICACIONES ORALES

ANÁLISIS MOLECULAR Y FUNCIONAL DEL GEN BMPR2 EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Pousada G.¹; Lupo V.²; Cástro-Sánchez S.¹; Espinós C.²; Baloira A.³; Valverde D.¹
Universidad de Vigo¹; Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)²; Complejo Hospitalario de Pontevedra³

La Hipertensión Arterial Pulmonar es una enfermedad rara caracterizada por la remodelación vascular pulmonar. Esta patología se ha descrito como hereditaria con patrón autosómico dominante con penetrancia incompleta, idiopática o asociada. La búsqueda de mutaciones responsables ha permitido identificar, en algunos casos, la causa genética de la enfermedad. El objetivo fue analizar el carácter patogénico de mutaciones identificadas en el gen BMPR2 mediante estudios funcionales y su correlación genotipo/fenotipo.

Con el vector pSPL3 se realizaron estudios de expresión del ARNm de las mutaciones missense, nonsense y sinónimas para confirmar alteraciones del splicing. Con el vector pEGFP-N1 se realizaron estudios de localización subcelular de las mutaciones missense y nonsense. Finalmente, con el vector pGL3-Basic se analizó la actividad transcripcional de los cambios localizados en la región 5'UTR.

Se identificaron 49 variaciones en 54 de los 55 pacientes. Con los estudios funcionales se pudo comprobar que 9 de los 23 cambios analizados afectaban al mecanismo del splicing (p.S52Sfs*2, p.C84F, p.P138A, p.R211R, p.Y218*, p.V278V, p.W298*, p.P327P, p.K467R), generando proteínas aberrantes. Se observó que 4 mutantes (p.S52Sfs*2, p.C84F, p.Y218*, W298*) presentan alteraciones en la localización subcelular, mostrando un patrón citoplasmático difuso. Las evidencias mostraron que 4 de los cambios analizados en la región 5'UTR (c.1-347C>T, c.1-301G>A, c.1-279C>A, c.1-92C>A) causan una disminución de la actividad transcripcional. Estos pacientes presentan una edad de diagnóstico 8 años menor ($p=0.047$), una sPaP menor (0.042), un TM6M mayor ($p=0.040$), una mala respuesta al tratamiento recibido ($p=0.003$) y estos cambios son más prevalentes en pacientes con HAP idiopática vs HAP asociada ($p=0.040$).

Estos estudios son una buena aproximación para conocer el carácter patogénico de las mutaciones estudiadas, apoyando su papel como causa subyacente de la enfermedad. Estas mutaciones se asocian a un fenotipo más severo y una edad de diagnóstico menor.

ESTUDIO DE LAS REPERCUSIONES DE LOS SÍNTOMAS NASALES CRÓNICOS SOBRE EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

Vilas Iglesias A.¹; Osorio Noya A. I.²

Hospital Policlínico La Rosaleda¹; Hospital Nuestra Señora de La Esperanza².
Santiago de Compostela

OBJETIVO: En la práctica clínica es frecuente la coexistencia de síndrome de apnea de sueño (SAOS) y de síntomas nasales crónicos (obstrucción, rinorrea...) o de rinitis crónica. El objetivo de este estudio es determinar si esta patología influye sobre las características de la primera.

MÉTODOS: Se tomaron pacientes con síndrome de apnea de sueño diagnosticada a través de polisomnografía (PSG) no tratados previamente mediante ventilación mecánica con presión continua (CPAP) de los que se dispusiese de historia clínica completa. Se comparó a los que presentasen síntomas nasales crónicos (casos) con los que no los refiriesen (controles), en cuanto a sexo, edad, índice apnea-hipopnea (IAH), perímetro cervical e índice de masa corporal (IMC).

Se comprobó el ajuste a distribución normal mediante el rango intercuartílico, y luego se compararon las muestras paramétricas mediante la t de Student y las no paramétricas a través de la U de Mann-Whitney. Para las muestras con distribución binomial se empleó la prueba exacta de Fisher. Se tomó como significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS: En total se incluyeron 47 individuos con SAOS demostrada. De ellos, 22 presentaban síntomas nasales crónicos (46.8 %).

Al comparar ambos grupos, se pudo comprobar que, en el grupo de casos, el IAH era significativamente menor ($p < 0.01$) que en el grupo sin patología nasal. Por el contrario, no se hallaron diferencias significativas al comparar sexo, edad, perímetro cervical ni IMC.

CONCLUSIONES: Los pacientes con SAOS y síntomas nasales crónicos tienen menor IAH a pesar de que sus valores de edad, IMC y perímetro cervical no muestran diferencias con el grupo control.

Explicamos estas diferencias en la gravedad de SAOS por la mala calidad de sueño que comportan los síntomas nasales, lo que probablemente provoque que estos pacientes acudan a consulta en fases más tempranas.

TIPO DE MUTACIÓN Y COMORBILIDAD EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA EGFR POSITIVO: IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

González Fernández C.¹; Díaz Gutiérrez M.M.¹; Parente Lamelas I.¹; Fírvida Pérez J.L.²; Abal Arca J.¹

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO) ¹; Servicio de Oncología Médica (CHUO) ²

OBJETIVOS: Evaluar el impacto de la comorbilidad y del tipo de delección en la supervivencia de los pacientes con Adenocarcinoma Pulmonar (ADC) estadio III y IV con mutación del receptor de crecimiento epidérmico (EGFR).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de ADC por citohistología, en estadios III y IV, entre el 2011 y 2014 en el CHUO.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 217 pacientes con ADC. Se solicitó la mutación EGFR a 131 (60.4%) de los cuales 34 (26%) fueron positivos, el 15.7% del total. La mayoría, mujeres (55.9%) y sin antecedentes de tabaquismo ($p < 0.01$). Presentaron delección del exón 19, 16 pacientes (47.1%); delección del exón 21, 15 (44.1%). Todos recibieron tratamiento con Inhibidores de la Tirosin Kinasa (ITK). La mediana de supervivencia de los pacientes con mutación negativa fue de 7 meses; con mutación positiva fue de 20 meses y con delección en el exón 19 fue de 24 meses.

La presencia de la mutación se asocia a menor riesgo de eventos cardiológicos ($p < 0.01$) y a valores de ICC menores. No existen diferencias en la prevalencia de otras comorbilidades en función de la mutación. Por cada unidad que aumenta el ICC, se incrementa 1.14 la velocidad a la que fallecen los sujetos. Establecemos el mejor punto de corte como factor predictor 5.5.

CONCLUSIONES:

1. El 15,7% de los pacientes con ADC estadio III- IV, tuvieron mutación positiva para EGFR.
2. La supervivencia de los pacientes con mutación EGFR positiva fue mejor que con mutación negativa, en especial con delección en el exón 19.
3. La mutación EGFR se asocia a menor riesgo de eventos cardiológicos.
4. El ICC, a diferencia de la comorbilidad, es un predictor fiable de mortalidad, en especial a partir de 5.5 y en pacientes portadores de la mutación.

GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES CON ANTECEDENTE DE EXPOSICIÓN AL AMIANTO

Diego Roza C; Mariñas Castro M; Baloira Nogueira T; Mouriño Sebío B
Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

INTRODUCCION: Existen pocas publicaciones en la literatura médica sobre el impacto psicológico del antecedente de exposición al amianto en sujetos sometidos a programas de screening por antecedente ocupacional. En este sentido existen herramientas que nos pueden ayudar a conocer el estado de ansiedad y depresión de los pacientes sustituyendo los síntomas provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno. Una de ellas es la escala de depresión y ansiedad HAD diseñada en 1983 por Zigmond y Snaith y traducida y validada al castellano en 1986.

OBJETIVO: Conocer el estado de ansiedad y depresión de pacientes atendidos en una consulta de vigilancia post-ocupacional a asbesto.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional y descriptivo. Se proporcionó cuestionario HAD a todos los pacientes atendidos durante el mes de noviembre/2014 en una consulta monográfica de vigilancia post-ocupacional a asbesto. Se considera caso si la puntuación >11 y caso dudoso para puntuaciones 8-10.

Variables estudiadas: edad, patología en relación con exposición al asbesto y presencia o no de al menos una comorbilidad según índice de comorbilidad de Charlson.

RESULTADOS: Se pasó cuestionario a 53 trabajadores. Edad media: 71 años. 44 trabajadores (83,01% de los trabajadores) alguna enfermedad relacionada con exposición al amianto. 14 trabajadores no tienen ninguna comorbilidad. Subescala ansiedad: puntuación media 7,09 (1-18) y hubo 13 casos (24,52%) y 10 casos dudosos (18,86%). Subescala depresión: puntuación media 5,96 (0-21), hubo 7 casos (13,2%) y 8 casos dudosos (15,09%).

CONCLUSIONES: La prevalencia de casos de ansiedad en nuestra serie es 24,5% que es superior a la descrita en la población general y ligeramente superior a la descrita en series similares.

La prevalencias de casos de depresión es 13,20%, similar a la descrita en la población general (9,6-20,2%).

COMBINACIÓN PET Y MESOTELINA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LESIONES PLEURALES BENIGNAS Y MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Diego Roza C; Brun Otero M; Calvo Álvarez U; Jorge García D; Mejuto Martí M; Moreno Barragán J

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

La aparición de un derrame pleural o el aumento de un engrosamiento pleural en un paciente con antecedente de exposición al amianto obliga a descartar mesotelioma pleural maligno (MPM). En SOGAPAR de hace 2 años presentamos 5 casos de pacientes con antecedente de exposición al amianto y hallazgo radiológico en TC torácico de derrame pleural de pequeña cuantía no susceptible de toracocentesis ni biopsia pleural ciega. Les hicimos PET y determinación de mesotelina en suero como paso previo a biopsia quirúrgica y proponíamos un algoritmo de decisión diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: A los 5 pacientes previos hemos añadido 10 pacientes más que siguieron dicho algoritmo diagnóstico (periodo: septiembre/10-agosto/14). Todos ellos tenían derrame pleural y/o aumento de engrosamiento pleural. Se les pidió determinación de mesotelina sérica por técnica ELISA (MESOMARK®) y el valor se expresa en nMol/L (nanomoles/litro). Se consideró mesotelina positiva determinaciones superiores a 2 nMol/L (especificidad: 86-100%). La PET se realizó mediante imagen de transmisión corporal total. Si una de las 2 pruebas o las 2 son positivas, se remitía a biopsia pleural quirúrgica. Se define MPM como la confirmación histológica del mismo. Se define no MPM, la evolución radiológica favorable del hallazgo o la ausencia de confirmación histológica.



RESULTADOS:

15 pacientes:

- 3 tenían PET positivo y mesotelina positiva: de ellos 2 se confirmó que tenían MPM y en 1 se descartó.
- 1 PET negativo y mesotelina positiva: se confirmó MPM.
- 2 PET positivo y mesotelina negativa: se descartó MPM en los 2.
- 9 PET negativo y mesotelina negativa: todos evolucionaron favorablemente.

La sensibilidad de algoritmo diagnóstico es del 100%, la especificidad del 75%, el valor predictivo positivo 50% pero el valor predictivo negativo es del 100%.

CONCLUSIONES: La combinación de un PET negativo y mesotelina < 2 nMol/L excluye razonablemente la posibilidad de mesotelioma

CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULA PEQUEÑA EN NUNCA FUMADORES

Torres - Durán M.¹; Ruano - Raviña A.²; Parente - Lamelas I.³; Leiro - Fernández V.¹; Abal - Arca J.³; Montero - Martínez C.⁴; Castro - Añón O.⁵; Golpe - Gómez A.⁶; Mejuto - Martí M. J.⁷; Fernández - Villar A.¹

EOXI Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro¹; Universidade Santiago de Compostela²; Complexo Hospitalario Universitario de Ourense³; Complexo Hospitalario Universitario A Coruña⁴; Hospital Lucus Augusti⁵; Lugo; Complexo Hospitalario Universitario de Santiago⁶; Hospital Arquitecto Marcide⁷. Ferrol

OBJETIVO: El carcinoma pulmonar de célula pequeña (CPCP) constituye en torno al 15% de todos los casos de cáncer de pulmón y está íntimamente relacionado con el consumo de tabaco por lo que es muy raro en nunca fumadores. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de una serie de casos de CPCP en nunca fumadores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos seleccionado los casos de CPCP incluidos en el estudio LCRINS (Lung Cancer Risks in Never Smokers), un estudio prospectivo, multicéntrico de base hospitalaria realizado en el Noroeste de España. Todos los casos eran nunca fumadores, >30 años, con diagnóstico anatomopatológico de cáncer primario pulmonar y sin historia oncológica previa. Los participantes fueron interrogados sobre hábitos de vida y exposición a tabaquismo pasivo. Se realizó una medición de radón residencial en cada domicilio durante un mínimo de 3 meses. Se analizó estadio de la enfermedad al diagnóstico, sintomatología, Performance Status (PS) escala ECOG y supervivencia.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 casos de CPCP (5.9% del total), 18 mujeres (94.7%), edad mediana: 75 años (P25-75: 70-80). Concentración mediana de radón: 195 Bq/m³. Solo 4 habían convivido con fumadores en los últimos 20 años. Enfermedad limitada: 10 pacientes, extensa: 9. Síntoma más frecuente al diagnóstico: tos (58%). Performance status al diagnóstico: enfermedad limitada: PS 0-1: 70%, PS 3-4: 20%; enfermedad extensa: PS 0-1: 56%, PS 3-4: 44%. Supervivencia mediana: 242 días (P25-75: 94-496) con diferencias significativas entre casos con enfermedad limitada (336 días, P25-75: 94-...) y extensa (235 días, P25-75: 210-283) y en función del PS al diagnóstico: PS < 2: 336 días (P25-75: 229-...) versus PS > 3: 58 días (P25-75: 32-235).

CONCLUSIONES: El carcinoma pulmonar de célula pequeña es una enfermedad infrecuente en nunca fumadores. La supervivencia es baja, incluso en estadios limitados. La edad mediana al diagnóstico es superior a la descrita para adenocarcinoma en nunca fumadores. La exposición a radón residencial supera los niveles de acción recomendados por la OMS.

ESTUDIO DE VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN GALLEGO DEL CUESTIONARIO COPD ASSESSMENT TEST (CAT) Y DE SU EQUIVALENCIA LINGÜÍSTICA CON EL CAT EN CASTELLANO

Fernández - Villar J. A.¹; Agustí A.²; Capelastegui A.³; García-Losa M.⁴; Sánchez G.⁵; Velasco B.⁵

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. IBIV.¹; Institut del Tòrax, Hospital Clínic. Idibaps, Univ. Barcelona²; Hospital de Galdakao-Usansolo³; IMS Health⁴; Glaxosmithkline⁵

OBJETIVOS: Evaluar la validez de la versión gallega (CAT-G) y la equivalencia lingüística con la versión en español del cuestionario CAT (CAT) en pacientes capaces de utilizar español y gallego. Evaluar fiabilidad, validez discriminante y validez convergente del CAT-G.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal en dos centros de atención primaria gallegos. La mitad de pacientes completó el CAT seguido del CAT-G. La otra mitad lo hizo en orden inverso.

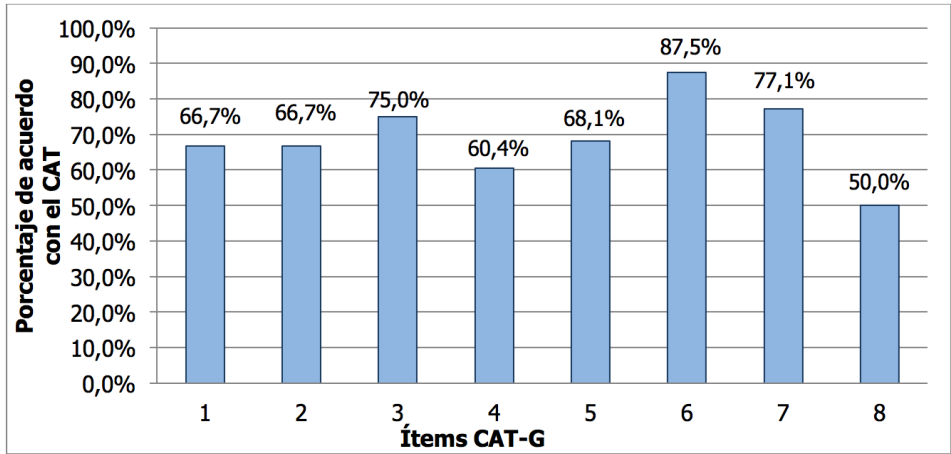
RESULTADOS: Incluidos 48 pacientes, edad media (DE) 65,9 (9,3) años, 89,6% hombres, 16,7% con estudios secundarios/universitarios, 70,8% exfumadores y 4,8 (5,5) años desde diagnóstico de EPOC. Puntuaciones medias (DE) del CAT y CAT-G entre 11,3 (6,9) y 11,7 (7,2). Concordancia entre ambas versiones alta (ICC=0,942), sin diferencias estadísticamente significativas entre puntuaciones (0,4 puntos; $p=0,252$) y buena concordancia entre ítems (Figura 1). La fiabilidad (consistencia interna-alfa de Cronbach) fue 0,721 para CAT-G y 0,799 para CAT. Validez discriminante fue significativa según el grado de disnea (MRC). No hubo correlación significativa con número de exacerbaciones ni gravedad (GOLD). Validez convergente alta al correlacionar la puntuación del SGRQ ($p<0,001$) y las dimensiones de actividades físicas y de ocio ($p<0,001$; $p=0,001$) de la escala London Chest Activity of Daily Living .

CONCLUSIONES: Las puntuaciones obtenidas con el CAT-G fueron similares a las de CAT, observándose una elevada correlación, concordancia y equivalencia entre ellas. Por tanto, ambas versiones lingüísticas pueden ser utilizadas en pacientes que utilicen el español y el gallego; CAT-G puede ser utilizado en pacientes cuya lengua principal sea el gallego.

TABLA 1: Características de los pacientes.

	Media (DE)	% (N)
Tiempo evolución epoc (años)	4,8 (5,5)	
FEV1 pre-broncodilatador	63,7 (17,5)	
Gold i-ii		89,3 (42)
Gold iii-iv		10,6 (5)
MRC Grado 1		20,8 (10)
Grado 2		56,3 (27)
Grado 3		20,8 (10)
Grado 4		2,1 (1)

FIGURA 1



ANÁLISIS DE LA TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFÉRICA EN EL ÁREA DE PONTEVEDRA

Pallarés Sanmartín A; Brea Aparicio R; Velo García A; Anibarro García L; Baloira Villar A; Pena Graña A

Hospital Montecelo. Pontevedra

La tuberculosis (TB) de ganglios periféricos (TBG) es una de las localizaciones extrapulmonares más frecuentes de la TB (25-60%)

OBJETIVO: Evaluar los métodos diagnósticos, características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas y evolutivas de los casos de TBG en el área de Pontevedra entre los años 2003 y 2013

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo con datos obtenidos del registro gallego de TB.

RESULTADOS: Se registraron 116 casos (10% del total casos TB), se excluyeron para el estudio 12 casos por no disponer de información suficiente. 47% eran varones, la edad media fue de 48 años y 11 presentaban coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La localización cervical (74%) fue la más frecuente, seguida de supraclavicular (30%) y axilar (18%), 36% presentaban ≥ 2 localizaciones.

En 19 pacientes (18%) había localización extraganglionar, confirmada microbiológicamente en 12 casos. 42 pacientes (44%) presentaban síntomas generales, relacionándose inversamente con el tiempo de evolución de las adenopatías y con la coinfección por VIH.

La ecografía demostró granulomas con hipodensidad central en 47% de los pacientes en los que se realizó, frente al 63% de los que se realizaron TAC.

Se realizó punción-aspiración en 51 casos y biopsia en 84 con los siguientes resultados:

	Punción-aspiración	Biopsia	P
BAAR+	6/16 (37%)	19/68 (28%)	0.65
Cultivos +	12/16 (75%)	34/49 (69%)	0.91
Amplificación <i>M. tuberculosis</i>	6/9 (67%)	11/25 (44%)	0.43
Presencia granulomas	17/50 (34%)	77/83 (93%)	<0.001

20 pacientes presentaron fistulización sin relacionarse con la realización de PAAF. La respuesta paradójica se presentó en 19 pacientes en forma de fistulización (9), aumento de tamaño (11), nuevos ganglios (5), eritema doloroso (5) y sintomatología (9). La respuesta paradójica se relacionó únicamente con el sexo femenino.

CONCLUSIÓN: La rentabilidad microbiológica de la biopsia y la aspiración es similar, siendo la biopsia el método diagnóstico de elección en caso de dudas diagnósticas. La aparición de respuesta paradójica no es infrecuente, sin encontrarse variables sobre las que actuar para prevenir su aparición

CALPROTECTINA: UN POTENCIAL BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL

Botana-Rial M.¹; Fernández-Villar A.¹; Casado Rey P.¹; Vázquez Iglesias L.²; Andrade Olivie M. A.¹; Abal Arca J.³; García Nimo L.³; Ferreiro Fernández L.⁴; San Jose Capilla E.⁴; Páez de La Cadena Tortosa M.²

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; Universidad de Vigo²; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense³; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago⁴

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: En un estudio experimental realizado en un único centro por nuestro grupo, la determinación de calprotectina en líquido pleural (LP) demostró tener una elevada eficiencia diagnóstica para establecer la causa de un derrame pleural (DP), mayor a la de cualquier biomarcador que se usa en la práctica clínica habitual. El objetivo de este trabajo ha sido la validación externa de la determinación de este nuevo biomarcador como herramienta diagnóstica, con la finalidad de incorporar esta técnica en el algoritmo diagnóstico del DP

METODOS: Estudio de pruebas diagnósticas en una cohorte multicéntrica en el que se incluyeron pacientes de forma prospectiva con DP exudados o trasudados y diagnóstico específico. Para la determinación de calprotectina en LP en cada uno de los laboratorios clínicos de los hospitales participantes se utilizó el kit de ELISA tipo sándwich de la casa comercial Bühlmann Laboratories AG (previa automatización y puesta a punto de la técnica), diseñado para la determinación cuantitativa de calprotectina.

RESULTADOS: Se incluyeron 173 pacientes con DP: 82 DP benigno, 52 DP maligno y 39 trasudados, siendo 115 (66,5%) hombres con una mediana de edad de 75,5 (58-80,2) años. Los niveles más bajos de calprotectina fueron en pacientes con trasudado (293 ng/ml; RIQ: 139,5-503,9) y DP maligno (1901,1 ng/ml; RIQ: 1226-3325,4) frente a DP benigno (12.723,2 ng/ml; RIQ 3439,1-46817,5). El ABC ROC fue de 0,837. Para un punto de corte $\leq 6,621$ ng/ml la sensibilidad fue de 96% con una especificidad de 64% para diagnóstico de DP maligno. No encontramos asociación significativa entre otras variables bioquímicas del LP y la causa del DP.

CONCLUSIONES: La determinación de calprotectina en LP es un método válido y seguro que podría ser útil en la práctica clínica como biomarcador diagnóstico de DP y ayudar a seleccionar que pacientes con DP deben ser sometidos a procedimientos más invasivos.

IMC Y MORTALIDAD EN PACIENTES EPOC: UNA ASOCIACIÓN PARADÓJICA

González Fernández C; Dacal Quintas R; Díaz Gutierrez M; Fernández Domínguez N; Carro Ferreiro A; Parente Lamelas I; Abal Arca J

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

OBJETIVO: Describir el índice de de masa corporal (IMC) en pacientes con EPOC y conocer su relación con la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo de una cohorte de pacientes con EPOC hospitalizados en el Servicio de Neumología del CHUO entre los años 2011 y 2014.

RESULTADOS: Se seleccionaron 511 pacientes con EPOC. El 89.2% hombres, con edad media de 73.2 (DE $\pm$ 6.6), un consumo acumulado medio de 56 (DE $\pm$ 24) paquetes/año y un Bodex medio de 3 (DE $\pm$ 2). El 88.45% presentaban comorbilidades asociadas: HTA (47.95%), enfermedades cardiovasculares (37,38%), diabetes mellitus (24.07%) y cáncer (15.85%). El 11.15% presentaban bronquiectasias. El IMC medio fue de 27.1(DE $\pm$ 4.0). No encontramos asociación entre el IMC y la edad, el sexo o el FEV1. Por cada unidad que desciende el IMC aumenta un 6% la probabilidad de fallecer (p < 0.05).

CONCLUSIONES:

5. El 88.45% de los pacientes con EPOC presentaron comorbilidad asociada, siendo la más frecuente la HTA (47,95%).
6. Los pacientes con sobrepeso o con obesidad tienen una menor mortalidad.
7. Un bajo IMC es un importante predictor de mortalidad, independiente del grado de obstrucción.

BRONCOSCOPIA PEDIÁTRICA REALIZADA POR BRONCOSCOPISTAS DE ADULTOS

Vidal García I; Maiso A; Fernandez Marrube M; Prieto Monteagudo P; Consuegra Vanegas A; Souto Alonso A; Montero Martínez C

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: En pacientes pediátricos la broncoscopia rígida ha sido el procedimiento de elección si había sospecha de cuerpo extraño. Actualmente disponemos de broncofibroscopios que permiten explorar la vía aérea de niños. La broncoscopia (BC) pediátrica es una exploración poco frecuente y que requiere experiencia. Hay pocas aportaciones sobre BC pediátrica realizada por broncoscopistas de adultos.

OBJETIVO: Aportar nuestra experiencia en BC pediátrica realizada por broncoscopistas de adultos y conocer las indicaciones, comorbilidades, complicaciones y los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de las BC pediátricas solicitadas a la unidad de bronoscopias de adultos desde enero 2005 hasta agosto 2015. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, indicación, comorbilidad, vía acceso, material utilizado, procedimiento anestésico, hallazgos, resultados y complicaciones.

RESULTADOS: Total de 48 BC. Mediana de edad fue 2 años (10 días–14 años) y 58% eran varones. El 95,8% estaban ingresados. En el 58% la BC se solicitó de forma urgente. Las indicaciones se detallan en tabla. Todos los pacientes se realizó bajo sedación profunda o anestesia general. No hubo complicaciones durante/después de la BC. Se realizó BC flexible en 41 (85,4%) y en 7 (14,6%) BC rígida. El diagnóstico endoscópico final fue: 33% normal, 7 (14,6%) cuerpo extraño, 19% tapones/secreciones purulentas/restos hemáticos, 3 atresia bronquial/bronquio traqueal, 1 bronquitis plástica y 2 tuberculosis. Los procedimientos más frecuentes fueron BAS (62,6%) y BAL (31,3%).

Indicaciones Broncoscopia	Frecuencia
C.extraño	12
Atelectasia	8
Intubación	5
Infiltrados	5
Hemoptisis	4
EPID	3
Otras	9

CONCLUSIONES:

1. La BC es una técnica segura y útil en pacientes en edad pediátrica.
2. La BC rígida sigue siendo de elección para la extracción segura de cuerpos extraños.
3. La BC pediátrica puede realizarse por broncoscopistas de adultos con experiencia con la colaboración estrecha del servicio de pediatría y anestesiólogos con experiencia en pediatría.
4. Las indicaciones de BC en niños son diferentes a las del adulto.

VARIACIONES EN LA TASA DE COLONIZACIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR PSEUDOMONAS SPP. EN FUNCIÓN DE LOS DIFERENTES CRITERIOS UTILIZADOS

Blanco-Aparicio M; Consuegra A; Uribe N; Rodriguez-Segade S; Nieto I; Maiso A; Montero-Martínez C

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: La colonización bronquial crónica (CBC) consiste en el aislamiento de un mismo germen en el cultivo de muestras respiratorias sin datos clínico-radiológicos de enfermedad, pero no existe un consenso universal sobre el nº de cultivos necesarios ni el periodo de tiempo.

OBJETIVO: Analizar la tasa de CBC por *Pseudomonas* spp. en función de 3 definiciones: a) aislamiento del germen en >2 cultivos de esputo separados como mínimo 1 mes durante un periodo de 3 meses b) aislamiento del germen en > 3 esputos separados como mínimo 1 mes durante un periodo de 6 meses c) aislamiento > 2 esputos separados como mínimo 3 meses en un periodo de 1 año.

MÉTODO: Se seleccionaron los pacientes derivados a consulta de Neumología por 1º aislamiento de *Pseudomonas* spp. en cultivo de esputo. Todos recibieron una pauta con antibióticos sistémicos con intento erradicador y se realizó seguimiento con cultivos de esputo mensual los 3 primeros meses y cada 2 meses durante 1 año. Recibieron antibioterapia inhalada si persistía el germen en >3 muestras separadas como mínimo 1 mes.

RESULTADOS: Se analizaron 67 pacientes (edad media+ DE 68,7+14,5 años; 52% mujeres). Se logró erradicación de *Pseudomonas* spp. en 21/67 (31%). De los restantes 46 pacientes reunían criterios de colonización siguiendo la definición a) 28 (61%), definición b) 16 (34,7%) de los cuales 7 reunían el criterio a). Los 25 pacientes sin tratamiento antibiótico inhalado durante 1 año reunían criterio a) 11 (44%) y criterio c) 16 (64%).

CONCLUSIONES:

1. Se obtuvo una alta tasa de erradicación de *Pseudomonas* spp (31%) con antibióticos sistémicos.
2. La tasa de colonización varía considerablemente en función del criterio utilizado siendo más elevada si se considera > 2 cultivos en 3 meses separados por 1 mes con respecto a >3 cultivos en 6 meses.

ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES DE LA NECESIDAD DE MANTENER LA VENTILACIÓN MECÁNICA DE FORMA CRÓNICA TRAS LA VENTILACIÓN AGUDA DEL PACIENTE EPOC

Mouronte Roibás C; Mosteiro Añón M; Dacal Rivas D; Torres Durán M; Muñoz Martínez M; Botana Rial M; Ramos Hernández C; Tubío Pérez R; Fernández Villar A
Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo

OBJETIVOS: Existe amplia literatura disponible que respalda el éxito de la VMNI del EPOC en el momento agudo. Sin embargo, las evidencias sobre qué pacientes con EPOC ventilar de forma crónica están menos definidas. El objetivo de nuestro trabajo es identificar las características predictoras de mantenimiento crónico de la VMNI tras un episodio agudo en el paciente EPOC en nuestro centro.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de una serie de pacientes EPOC con VMNI del agudo entre enero-2012 y diciembre-2014. Se analizaron variables clínicas, espirométricas, gasométricas, y las características de la VMNI en el momento agudo y en el seguimiento, y los factores asociados con la necesidad de mantener de forma crónica la VMNI.

RESULTADOS: Se incluyeron 58 pacientes, 79,3% varones, con 71 años de edad (RIQ:62,5-79) y un IMC de 29 (RIQ:25-35). El FEV1 fue del 37,5% (RIQ:24-49,25). Las presiones medias empleadas fueron IPAP 17 (RIQ:16-18) y EPAP 7 (RIQ:6-9), resolviéndose la acidosis y mejorando la hipercapnia. El 55,2% (28 pacientes) requirió continuar con VMNI domiciliaria, con buena tolerancia a los 6 meses en el 70,8%, con una PCO2 mediana de 49 mmHg (RIQ:42-57,5) y con IPAP de 17 (RIQ:15,75-20) y una EPAP de 8 (RIQ:6-10,25). Reingresaron un 53,4% del total de pacientes, requiriendo nuevamente VMNI en el reingreso el 74,2% de ellos. La única variable predictora de mantener la VMNI de forma crónica fue la hipercapnia previa al ingreso.

CONCLUSIONES: Las características gasométricas previas al ingreso del paciente nos pueden ayudar a definir mejor qué pacientes EPOC requieren continuar con VMNI domiciliaria. El empleo de presiones medias en estos pacientes mantiene la hipercapnia en rangos permisivos, consiguiéndose una tolerancia adecuada por parte del paciente.

SOBREDIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES TRATADOS CON INHALADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mengual Macenlle N; Golpe Gómez R; Díaz Fernández M; Pérez de Llano L
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

OBJETIVO: Investigar el grado de sobrediagnóstico de EPOC en pacientes tratados en el ámbito de atención primaria.

MÉTODO: estudio observacional descriptivo transversal realizado en 34 centros de salud. Población: pacientes con diagnóstico clínico de EPOC y tratados con inhaladores, sin espirometría previa. Un técnico se desplazó a los centros para realizar espirometrías. Se registraron las características de la población y su tratamiento.

RESULTADOS: Seleccionados 233 sujetos; exclusiones: incapacidad (24) o contraindicación (3) para realizar espirometría. N=206 pacientes; 118 (57,3%) tenían espirometría obstructiva. De los 88 restantes, 36,3% tenían espirometría normal y 63,6% limitación ventilatoria sugestiva de restricción.

TABLA 1: Características de los sujetos

	Espirometría obstructiva	Espirometría no obstructiva	P
Edad (años)	76,6 (67,6-81,6)	69,4 (59,7-76,7)	0,0001
Varones (%)	77,2%	45,4%	< 0,0001
IMC (Kg/m ²)	29,2 (25,4-31,6)	31,8 (27,5-35,1)	< 0,0001
Tabaquismo (%)	72,9%	38,6%	< 0,0001
Fumadores activos (%)	17,8%	11,3%	0,27
Paquetes/año	51 (38,0-76,0)	36 (25,0-60,0)	0,009
Criterios clínicos BC	107 (90,6%)	72 (81,8%)	0,09
Índice de Charlson modificado (sin que puntúe la EPOC)			
0	55,9%	62,5%	0,98
1	31,3%	21,6%	
2	8,5%	10,2%	
≥3	4,2%	5,6%	
FEV ₁ %	48,0 (39,0-64,0)	78,0 (63,5-92,0)	< 0,0001
FVC%	65,0 (55,0-82,0)	72,5 (61,5-88,0)	0,03
FEV ₁ /FVC%	56,0 (46,0-62,0)	76,5 (72,0-81,0)	< 0,0001

TABLA 2: Tratamientos al entrar en el estudio

	Espirometría obstructiva	Espirometría no obstructiva	p
SABA	27,9%	25,0%	0,76
SAMA	8,5%	1,1%	0,04
CI	7,6%	4,5%	0,53
LABA	13,5%	11,3%	0,79
LAMA	50,0%	30,7%	0,008
LABA/CI	60,1%	69,3%	0,22
LABA/LAMA	0,8%	0	0,84
LABA + LAMA	5,1%	4,5%	0,89
LABA + LAMA + CI	27,9%	18,2%	0,14

CONCLUSIONES: Existe un considerable sobrediagnóstico de EPOC entre los pacientes con diagnóstico clínico y tratados con inhaladores, sin espirometría previa. Este fenómeno es más habitual en las mujeres. El seguimiento de las guías clínicas es esencial para reducir tanto el infradiagnóstico como el sobrediagnóstico de EPOC.

OXIGENOTERAPIA PORTÁTIL EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

Aballe Santos L.¹; Represas Represas C.¹; Priegue Carrera A.¹; García Rodríguez E.¹; Souto Sayar L.²; Fernández Villar A.¹

Hospital Ávaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; DUE Oximesa²

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La aparición de los sistemas portátiles (oxígeno líquido – OL, y concentradores portátiles-CPO) en el escenario de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) plantea nuevos problemas técnicos, de selección de pacientes y económicos. El objetivo de este estudio fue conocer las características de los pacientes y perfil de prescripción de OD portátil en el área sanitaria de Vigo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas y llamadas telefónicas a todos los pacientes con prescripción de algún sistema de OD portátil hasta mayo 2015. Se recogieron datos epidemiológicos, características de la prescripción, movilidad del paciente, realización previa de PM6M, y datos facilitados por la empresa prestataria Oximesa sobre el tipo de dispositivo prescrito y horas de cumplimiento.

RESULTADOS: Se incluyeron 118 pacientes (12,5% del total de pacientes con OD), 61% varones, edad media 70 (13) años. Los tipos de dispositivos prescritos con mayor frecuencia son CPO (88,2%)- Easypulse 29,6%, Symplygo 19,5%, Eclipse 11,9%- y en 14 casos (11,8%) la prescripción era OL. En 50 pacientes (42,4%) la indicación fue para mantener la OD durante las 24h, y en 46 (39%) para deambulación. La PM6M se realizó en 67 pacientes (56,8%), demostrando desaturación en 60 (50,8%). Las horas de uso medio al día era de 2,4 (3,9)h, pero con un 46% de los casos con consumo inferior a 1h. 35 (30%) de los pacientes con sistema portátil de OD no realizan actividades habituales fuera del domicilio.

CONCLUSIONES:

1. Un número significativo de pacientes con OD tiene algún sistema portátil, la mayoría CPO, y se prevee un incremento progresivo.
2. La prescripción no es adecuada en muchos casos por no realizar actividades habituales fuera del domicilio, y el cumplimiento es insuficiente en un gran número de ellos.
3. Es necesario el control de estas terapias para contener el gasto asociado.

PREVALENCIA DEL AISLAMIENTO DE HONGOS EN EL ESPUTO DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUISTICA (BQ NO FQ)

Blanco-Aparicio M; Rodríguez-Segade S; Uribe N; Consuegra A; Nieto I; Maiso A; Montero Martínez C

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de colonización por hongos es frecuente en pacientes con Fibrosis Quística (FQ), pero existen pocos datos en BQ no FQ.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y persistencia del aislamiento de hongos en el esputo de pacientes con BQ no FQ.

MÉTODO: Estudio descriptivo. Revisión de pacientes consecutivos seguidos en consulta monográfica de BQ que disponían como mínimo de una muestra de esputo para cultivo de hongos en el último año. Definimos la persistencia de hongos como el cultivo positivo en > 2 esputos separados por 3 meses. Los datos se expresaron como media + DE para variables cuantitativas y como valores absolutos y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS: De los 106 pacientes reunían criterios radiológicos de BQ 97 pacientes (edad media +DE 67,2 + 14,4, rango 24-88 años (52,8% mujeres) y disponían de > 1 muestra de esputo para cultivo de hongos en el último año 67 (69%) siendo el nº de muestras: 1 en 21 (31,3%), 2 en 18 (26,9%), 3 en 14 (20,9%), >4 en 14 (20,9%). La media de muestras por paciente/año fue de 1,8+ 2,1. Se aisló *Aspergillus* spp. en 21(31%), *Candida* spp. 31(43,3%), *Penicillium* spp. 27 (40,3%), otros 8(11,9%) (*Cladosporium* 1; *Geotrichum silvícola* 1; *Paecilomyces lilacinus* 1; *Trichosporon* 1; *Scopulariopsis brevicaulis* 1; *Trichoderma* 1; *Chaetomium* 1; *Phoma* 1) y coinfección *Aspergillus* spp.+ *Candida* (8,5%). De los 46 pacientes con > 2 muestras tenían cultivo positivo para *Aspergillus* spp. 16(34,7%), *Candida* sp 20 (43,5%) y *Penicillium* 13 (28,3%) con persistencia en 7/16 (43,7%), 9/20 (45%) y 3/13 (23%), respectivamente.

CONCLUSIONES:

1. El aislamiento y persistencia de hongos es muy frecuente en BQ no FQ.
2. Los hongos más frecuentemente aislados fueron *Aspergillus* spp, *Candida* spp. y *Penicillium*
3. Son necesarios estudios para profundizar en la implicación clínica de la persistencia de hongos en BQ.

ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES DE SÍNFISIS PLEURAL EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) TRATADOS MEDIANTE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT)

Mouronte Roibás C; Botana Rial M; Tubío Pérez R; Ramos Hernández C; Leiro Fernández V; Núñez Delgado M; Fernández Villar A

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo

OBJETIVO: La pleurodesis espontánea puede alcanzarse en un porcentaje de pacientes tratados con CPT cuando existe re-expansión pulmonar. Pocos estudios han analizado si existen otras variables clínicas que pueden influir en alcanzar la sínfisis pleural. Nuestro objetivo es analizar una amplia batería de parámetros para determinar cuales se asocian de forma independiente a la retirada del CPT al alcanzar sínfisis pleural en pacientes con DPM.

MÉTODOS: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con DPM tratados mediante la inserción de un CPT desde diciembre/2010 a junio/2015. Se analizaron variables clínicas, radiológicas, bioquímicas y tratamientos oncológicos recibidos, realizándose un análisis multivariante para evaluar la existencia de factores predictores de sínfisis pleural en estos pacientes.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 casos, 60% varones, con una mediana de 75 (RIQ:66-80) años. El tumor más frecuente fue el adenocarcinoma pulmonar (42%). El CPT fue el tratamiento de primera elección en el 52% de los casos. La mediana de tiempo del CPT fue de 46 (RIQ:25-89,75) días.

En el 30,6% se retiró el CPT por sínfisis pleural y cese de producción de líquido y en 16,3% al presentar complicaciones. 53,1% pacientes fallecieron con el CPT. La mediana de supervivencia fue de 73 (riq30-160,7) días. En el análisis multivariante, los factores predictores de forma independiente de sínfisis pleural fueron la concentración de proteínas $>4,33$ en el líquido pleural (OR 19,42;IC95%=1,2-309,1), la existencia de engrosamiento pleural en la TC (OR 65,4;IC95%=3,4-1236,5) y la presencia de re-expansión pulmonar (OR 60,5;IC95%=2,5-1412,7).

CONCLUSIONES: La identificación de factores como los niveles elevados de proteínas en el líquido pleural, las características radiológicas y la existencia de re-expansión pulmonar pueden ayudar a predecir la probabilidad de éxito de control del DPM, al asociarse de forma independiente con la sínfisis pleural espontánea y la retirada del CPT.

UTILIDAD DE LA PCR EN BRONCOASPIRADO PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE TUBERCULOSIS

Mengual Macenlle N; Sanjuán López M; Penas Truque A; López Reboiro M; Méndez Marote L; Alonso García P; Pérez De Llano L

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

OBJETIVO: El uso de técnicas de microbiología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permite, en un corto espacio de tiempo, la determinación directa de ADN específico de *Mycobacterium tuberculosis* complex en muestras biológicas. Nuestro objetivo es estudiar la utilidad de la PCR en muestras de broncoaspirado (BAS) para el diagnóstico rápido de tuberculosis pulmonar (TBP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes a los que se realizó PCR en muestras de BAS entre el 1 Febrero 2012 y el 1 Octubre 2013. Se consideró diagnóstico de TBP el cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en muestras respiratorias (cultivo de esputo, BAS, lavado broncoalveolar) y/o biopsia pulmonar con presencia de granulomas necrotizantes y respuesta al tratamiento tuberculostático.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se realizó determinación de PCR en muestras de BAS a 168 pacientes, 119 varones (70,2%). La edad media fue de $63,2 \pm 14,9$ años. 18 pacientes (10,7%) fueron diagnosticados de tuberculosis.

En la tabla se muestran los resultados de la baciloscopia y la PCR en los grupos de pacientes con y sintuberculosis.

	PCR		BACILOSCOPIA	
	POSITIVA	NEGATIVA	POSITIVA	NEGATIVA
TUBERCULOSIS N=8	16 (8%)	2 (11%)	10 (55.6%)	8 (44.4%)
NO TUBERCULOSIS N=150	1 (0.7%)*	149 (99.3%)	1 (0.7%)*	149 (99.3%)

(*) La PCR y la baciloscopia fueron positivas en un caso, en el que finalmente se aisló en cultivo *Mycobacterium bovis*.

PCR		BACILOSCOPIA	
SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
88.8%	99.3%	55.5%	99.3%

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la sensibilidad de la PCR para el diagnóstico rápido de tuberculosis en muestras de broncoaspirado fue superior a la de la baciloscopia.

EPOC Y CÁNCER DE PULMÓN: PREVALENCIA, INFRADIAGNÓSTICO CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA Y MULTIDIMENSIONAL

Leiro-Fernández V.¹, Parente Lamelas I.², Represas Represas C.¹, Abal Arca J.²,
García Rodríguez E.¹, Priegue Carrera A.¹, Ramos Hernández C.¹, Botana Rial M.¹,
Fernández Villar A.¹

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo¹, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense²

OBJETIVO: Estudio de la frecuencia, nivel de infradiagnóstico, caracterización fenotípica y multidimensional de los pacientes con EPOC y Cáncer de Pulmón (CP).

METODOLOGÍA: Estudio multicéntrico observacional prospectivo que consta de un primer subestudio descriptivo de pacientes con EPOC y CP y un segundo subestudio comparativo de casos con EPOC y CP frente a EPOC controles sin CP.

RESULTADOS: Desde enero 2014-julio 2015 en el primer subestudio se incluyeron 498 CP, 78,7% varones, edad 68 (10), tabaquismo 85,4% (activo 41,6%). Se diagnosticó EPOC en 214 (43%) siendo el infradiagnóstico del 67,8%. En el análisis multivariante los EPOC eran de mayor edad [OR: 1,06 IC 95% (1,03-1,1), $p < 0,001$], fumadores activos [OR: 2,43 IC 95% (1,34-4,4), $p = 0,003$], mayor índice años/paquete [OR: 1,01 IC 95% (1-1,02), $p = 0,03$] y de tipo Escamoso [OR: 2,08 IC 95% (1,16-3,89), $p = 0,02$]. En el segundo subestudio los casos de EPOC más CP se compararon con 138 controles EPOC sin CP. No se observaron diferencias en los fenotipos (GESEPOC), la gravedad de obstrucción (FEV1) ni en la valoración multidimensional (BODE-BODEX). Tras un análisis multivariante los pacientes con EPOC y CP presentaron menos exacerbaciones en el último año [OR: 0,6 IC 95% (0,43-0,9), $p = 0,01$], menores cifras de %DLCO [OR: 0,96 IC95% (0,95-0,98), $p = 0,001$] y mayor comorbilidad (Índice de Charlson) [OR: 1,47 IC95% (1,21-1,7, $p < 0,001$)] en comparación con los EPOC sin CP.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de EPOC en pacientes con CP es del 43% y su nivel de infradiagnóstico alto (67,8%). Los pacientes con CP y EPOC concomitante son más frecuentemente Escamosos y se encuentran más relacionados con el tabaquismo y la edad. Los pacientes EPOC con mayor morbilidad, no exacerbadores y con cifras de DLCO baja constituyen un grupo de riesgo de CP en el que se podría centrar el cribado específico. Estudio financiado por Grupo Menarini.

EFICACIA DE LAS RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO DE NÓDULOS PULMONARES SUBCENTIMÉTRICOS DETECTADOS DE FORMA INCIDENTAL

García Vázquez-Noguerol M.¹; Leiro-Fernández V.²; Rodríguez Fernández P.¹; Tilve Gómez A.¹; Botana Rial M.²; Fernández Villar A.²

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹; Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo²

OBJETIVO: Evaluar el beneficio de las recomendaciones de seguimiento de nódulo pulmonar subcentimétrico (NPS).

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyeron pacientes con NPS indeterminados detectados de forma incidental durante 4 años (2008-2012). Se recogieron variables epidemiológicas, historia tabáquica, antecedentes neoplásicos y de enfermedades respiratorias así como las características, tamaño y localización de los nódulos. En función del tamaño y riesgo de malignidad se realizaron TC periódicos siguiendo las recomendaciones de la Fleischner Society.

RESULTADOS: Se siguieron 128 nódulos en 78 pacientes. 56 pacientes (71,7%) eran exfumadores o fumadores y 17 (21,8%) referían historia de neoplasia previa. Un 77% de los pacientes fueron clasificados de probabilidad elevada de malignidad. De los 128 nódulos 99 (85%) presentaban borde liso y el diámetro 6 mm (RIQ 4,4-7). El tiempo de seguimiento fue de 2 años (RIQ 2) y el número de TC por paciente de 3 (2-3). En 4 pacientes con probabilidad alta de malignidad se objetivó crecimiento de los nódulos (2 adenocarcinomas, 2 tuberculosis). Dentro del grupo de pacientes con nódulos sin crecimiento en 4 se obtuvo un diagnóstico definitivo mediante cirugía (2 hamartomas, 2 carcinoides). La incidencia de nódulos malignos fue del 5% (95%IC 1,3-0,3) y en población de alto riesgo se incrementa al 6,7% (95%IC 1,7-13,3).

CONCLUSIONES: El protocolo propuesto demuestra su utilidad en la detección de malignidad en pacientes con elevada probabilidad a priori de neoplasia pulmonar. El 50% de los NPS que crecen son malignos.

TABLA 1: Recomendaciones Fleischner Society

Tamaño (mm)	Pacientes de bajo riesgo	Pacientes de alto riesgo
< 4	No precisan seguimiento	TC en 1 año
> 4-6	TC en 1 año	TC en 6-12 y 18-24 meses
>6-8	TC en 3, 9 y 24 meses	TC en 3, 9 y 24 meses

INFLUENCIA EN SÍNTOMAS Y FUNCIÓN PULMONAR DE LA TIROIDECTOMÍA EN PACIENTES CON BOCIO

Priegue Carrera A.¹; Represas Represas C.¹; Penín Álvarez M. A.²; Barragans Pérez M. G.²; Rivo Vázquez A.²; García Lorenzo F.²; Fernández Villar A.¹

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.¹; EOXI Vigo²

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Asociación Americana del Tiroides, aconseja evaluar la clínica respiratoria en el preoperatorio de pacientes con bocio, pero ningún estudio demostró su relación con síntomas y función pulmonar.

Objetivos del estudio: analizar diferencias en parámetros espirométricos y síntomas de pacientes sometidos a tiroidectomía antes de la cirugía (AC) y post-cirugía (PC), y correlación con el tamaño de la glándula.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo, de casos consecutivos, incluyendo pacientes con bocio sometidos a tiroidectomía total en el CHUVI durante los ocho meses del estudio, sin patología respiratoria conocida. En días previos a la intervención, se citó al paciente recogiendo datos clínicos y epidemiológicos, y realizándole una espirometría con asa flujo volumen. Tres meses PC se evaluó de nuevo al paciente, recogiendo los mismos datos que AC, y repitiendo la espirometría. El volumen del tiroides se calculó por las medidas de la glándula extirpada.

RESULTADOS: 49 pacientes, 81.6% mujeres, edad media 54 (13) años. El 49% negaban disnea AC, y el 44% PC. Comparando grado de disnea (MRC) AC y PC, en 83,7% no hubo variación. El 89,8% no tenían síntomas respiratorios nocturnos AC y el mismo número PC. 11 pacientes (22,4%) tenían alteración en el asa inspiratoria AC, y 4 (8,2%) PC ($p < 0,01$). En 11 pacientes AC el parámetro FEV1/PEF era > 8 , normalizándose en 5 PC. Los valores medios de FEV1 y FVC, AC y PC, fueron respectivamente: 2690(102,5%), 3401(97,2%), 2617(100,2%), 3339(96%), ($p < 0,05$).

El volumen medio de las glándulas tiroides extirpadas fue de 78,7 cm³, sin observarse correlación entre este y parámetros respiratorios.

CONCLUSIONES:

1. En los pacientes con bocio existe poca repercusión en síntomas respiratorios.
2. La tiroidectomía se asocia con una disminución leve en los parámetros espirométricos y cambios en la morfología del asa inspiratoria.
3. No existe correlación entre volumen de la glándula extirpada y función pulmonar.

EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADOS EN LUGO EN EL PERÍODO 1996-2013

Mengual Macenlle N.¹; Penas Truque A.¹; Cruz Ferro E.²; Ursua Díaz M. I.²; Santos López M. J.¹; Piñeiro Carballeira P.¹

Hospital Universitario Lucus Augusti¹; Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela²

OBJETIVO: describir la evolución y las principales características de los casos de tuberculosis (TB) de la Unidad de Tuberculosis (UTB) de Lugo en el período 1996-2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: realizamos un estudio observacional descriptivo de una cohorte de 2.267 pacientes diagnosticados de TB recogidos en la base de datos del Sistema de Información de Tuberculosis de la provincia de Lugo de 1996 a 2013. Los datos fueron analizados mediante el chi-cuadrado.

RESULTADOS: Número de casos (incidencia por 100.000 habitantes): 188 (51,1) en el año 1996; 59 (17,1) en 2013. Disminución por término medio anual: -6,6%

Incidencia de TB respiratoria y TB respiratoria bacilífera: 29,6 y 16,6 en 1996; 10,1 y 5,2 en 2013, respectivamente

Sexo: 58,6% hombres

Grupo de edad más afectado: 15-34 años (73,5/105) en 1996; ≥85 (38,0/105) en 2013

Localización: 52,9% respiratoria; 34,5% extrarrespiratoria y 8,3% ambas localizaciones (1996-2013)

Radiografía de tórax de la TB respiratoria con imagen cavitada: 42,2% en 1996; 25,7% en 2013

Baciloscopia de esputo(+): 52,3% (1996-2013)

Confirmación de TB respiratoria: 79,6% (1996-2013). Confirmación de TB extrarrespiratoria: 48,1% (1996-2013)

Identificación de 22 casos de *Mycobacterium bovis* (2007-2013)

Antibiogramas (2013): 80,6% sensibles a los 5 fármacos de 1ª línea; 9,1% resistencia primaria a isoniácida; 2,8% (1 caso) TB multirresistente

Coinfección TB/VIH: 14 (7,4%) en 1996; 4 (6,8%) en 2013

TB/inmigración: 0 en 1996; 6 (10,2%) en 2013

Retraso diagnóstico de TB respiratoria: 55 días de mediana (año 2013)

Tratamientos supervisados: 0 en 1996; 23 (39,0%) en 2013

Resultados satisfactorios: 66,5% en 1996; 81,4% en 2013

CONCLUSIONES: La evolución de la TB en Lugo es satisfactoria, pero con un importante retraso diagnóstico.

Se diagnosticaron un número considerable de casos causados por *Mycobacterium bovis*. Hay un alto porcentaje de resistencias primarias a isoniácida.

Cada vez se instauran más tratamientos supervisados, esto conlleva a un incremento de resultados satisfactorios.

IMPACTO EN EL NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS Y EN LA MORTALIDAD AL RETIRAR LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA CUANDO LA INDICACIÓN NO ES CORRECTA

Consuegra Vanegas A; Vidal García I; Valiño López P; Uribe Giraldo N; Rodríguez Segade-alonso S; Maiso Martínez A; Nieto Codesido I; Seoane Pillado M; Montero Martínez C

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO: Analizar si retirar la prescripción de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) cuando no reúne los criterios establecidos en las guías supone un aumento del número de ingresos hospitalarios y de mortalidad al año.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes que durante el año 2014 se retira la OCD porque no reunían los criterios para este tratamiento. Se comparó el número de ingresos y la mortalidad en los pacientes que permanecieron sin OCD con el grupo de pacientes que se reinició la prescripción. En ambos grupos se estudiaron la edad, sexo, tabaquismo, FEV1, y el número de ingresos por causa respiratoria y la mortalidad durante el año siguiente a retirar la OCD.

RESULTADOS: Se suspendió la OCD en 170 pacientes y en 32 pacientes (18%) se prescribió nuevamente OCD. La media de edad fue de $82 \pm 11,5$ (18-102 años). Un 51% eran hombres. El número de ingresos al año en los 138 pacientes sin OCD fue 78 ingresos, en comparación a 35 ingresos por año en el grupo de 32 pacientes con reinicio de OCD. En 113 (66%) que no se reinició la OCD no se registró ningún ingreso y en 14 pacientes (43%) que se prescribió de nuevo oxígeno tampoco se registró ningún ingreso. No encontramos diferencias en la mortalidad.

	Sin OCD n=138	Con OCD n=32	p
Edad	80.6±12,1	82.5±8,4	0,411
Hombres (%)	68 (49%)	19 (59%)	0,303
Tabaquismo*	56 (45%)	17 (41%)	0,191
FEV1 ml (%)	1283 (56,9)	1022 (53,3)	0,129
Media de ingreso/paciente anual	1,32	2,40	0,015
Ingresos por causa respiratoria	27	16	0,556
Mortalidad (%)	36 (26,1%)	5 (15,6%)	0,213

*Fumadores y ex fumadores

CONCLUSIÓN: La retirada de la OCD en pacientes que no lo necesitan no aumenta el número de ingresos por causa respiratoria ni la mortalidad.

PERFIL Y REPERCUSIÓN ORGÁNICA DE LA HTA EN SUJETOS EPOC COMPARADOS CON FUMADORES SIN EPOC

Golpe Gómez R.¹; Mateos Colino A.¹; Testa Fernández A.¹; González Juanatey C.¹; Pose Reino A.²; Rodríguez Enríquez M.¹; Pena Seijo M.²

Hospital Universitario Lucus Augusti¹; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago²

INTRODUCCIÓN: La EPOC podría ser un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares (ECV), a través de una aterogénesis mediada por inflamación sistémica, pero numerosos factores de confusión (tabaco, edad, sexo, baja actividad física, infrautilización de betabloqueantes) dificultan asegurarlo. Estudios preliminares sugieren la existencia de un aumento del tono simpático mediado por hipoxia en enfermedades respiratorias, que podría contribuir al vínculo EPOC-ECV mediante la producción de hipertensión arterial (HTA).

OBJETIVOS: determinar si la tensión arterial (TA), el tono simpático, y las repercusiones orgánicas de la HTA tienen un perfil diferente en pacientes con EPOC, comparados con controles con historia de tabaquismo.

MÉTODOS: estudio prospectivo observacional que compara sujetos con EPOC con fumadores o exfumadores con espirometría normal, emparejados 1:1 por edad y sexo. Se realizaron espirometría, ecocardiograma, monitorización de TA de 24 h. (MAPA), analítica con medición de catecolaminas en orina, ecografía carotídea y retinografía.

RESULTADOS: N= 134 (67 casos y controles). La distribución de factores de riesgo CV clásicos, condiciones socioeconómicas, comorbilidades y nivel de ejercicio fueron similares en ambos grupos. El tamaño de la aurícula izquierda fue mayor en controles, y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor en los casos (en el límite de la significación), sin otras diferencias ecocardiográficas. Todas las variables de TA fueron similares en ambos grupos. La frecuencia cardiaca diurna fue mayor en los casos. El espesor íntima-media carotídeo fue mayor en los casos, aunque sin significación estadística. Los niveles de catecolaminas urinarias y la relación arteriovenosa retiniana no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: Los resultados no apoyan la hipótesis de que la EPOC constituya un factor de riesgo independiente para ECV, mediado por activación simpática, y sugieren que otros factores de riesgo CV reconocidos, frecuentemente presentes en estos pacientes, constituyen la causa de la asociación entre ambos procesos.

TRATAMIENTO CON ESTEROIDES SISTÉMICOS CON PAUTAS RECORTADAS Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO EN PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC

Nieto Codesido I.¹, Marcos P.J.¹, Maiso A.¹, Verdeal R.², Otero-González I.¹, Blanco-Aparicio M.¹, Souto-Alonso A.¹, Montero-Martínez C.¹

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC).¹; Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.²

INTRODUCCIÓN: Se desconoce el impacto en práctica clínica de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) de emplear ciclos de corticoides sistémicos (CS) de menor dosis y duración en la agudización de la EPOC(AEPOC). Hipótesis: los pacientes tratados con CS según las recomendaciones de GPC presentan una tasa de complicaciones semejantes a los pacientes que reciben tratamientos más prolongados o a mayores dosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes, prospectivo en hospital terciario. Periodo: 1/7/2013- 1/8/2015. Inclusión:1)edad mayor de 40 años, 2)fumador/ex,3) espirometría con FEV1/FVC <70, y 4) diagnóstico al ingreso de AEPOC. Exclusión:1) toma crónica de esteroides sistémicos;2) Haber recibido < 100mg de CS en la AEPOC y <1 día. Grupos de estudio: 1) Grupo tratamiento recortado (GR): pacientes con esteroides y dosis $\leq$ percentil 25 y duración $\leq$ percentil 25 2) Grupo tratamiento no recortado (GNR) : pacientes con dosis o duración mayor. Objetivo: Variable principal: tiempo hasta reingreso en seguimiento a 90 días. Variables secundarias: tiempo hasta muerte, nº ingresos año posterior, % de hiperglucemia en el ingreso. Chi cuadrado para comparar variables categóricas entre grupos. Curvas de Kaplan-Meier y log-rank para comparar tiempo hasta el reingreso y muerte y Proporción de Cox para el análisis multivariante. Se consideró una $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se analizan 164 pacientes de los que del GR son 28 (17.68); 7(4.3%) recibieron dosis exactamente concordes con las GPC. El GR presentó un mayor tiempo de reingreso a 90 días comparado con GNR (HR no ajustado: 0.43 [IC 95%: 0.21-0.88]; $p = 0.023$). Esta diferencia se mantuvo tras ajustar por gravedad basal (BODEX), comorbilidad (Charlson) y gravedad agudización (DECAF) (HR ajustado: 0.32 [IC95: 0.11-0.9]; $p = 0.031$). No hubo diferencias en tiempo hasta la muerte. El GR tuvo significativamente menos riesgo de presentar hiperglucemia en cualquier momento del ingreso (OR 0.37 [IC95% 0.14-0.99]).

CONCLUSIONES: El tratamiento con esteroides sistémicos a dosis altas incrementa el riesgo de reingreso y asocia un mayor riesgo de hiperglucemia en comparación con pacientes tratados con pautas más conservadoras.

SUPERVIVENCIA GLOBAL Y FRECUENCIA DE REINGRESO TRAS EPISODIO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TRATADA CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PLANTA DE NEUMOLOGÍA

Dacal Rivas D.; Mosteiro Añón M.; Mouronte Roibás C.; Torres Durán M.; Muñoz Martínez M. J.; Botana Rial M.; Tubío Pérez R.; Ramos Hernández C.; Arnalich Montiel V.; Fernández Villar A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO: Analizar la supervivencia global y la frecuencia de reingreso de los pacientes tratados con VMNI (ventilación mecánica no invasiva) por episodios de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en una planta de hospitalización, así como los factores asociados a éstas.

MÉTODO: Análisis retrospectivo de múltiples variables clínico-epidemiológicas y analíticas de los pacientes en que se ha registrado VMNI por IRA en el Hospital Xeral entre enero 2012 y diciembre 2014.

RESULTADOS: Durante este periodo se han registrado 220 VMNI por IRA en 150 pacientes, 58% varones, edad $69 \pm 13,6$ años; IMC $32,2 \pm 7,8$, IMC >30 43%, IMC >35 : 25%. Consta antecedente diagnóstico de EPOC sólo en 47 (32%), uso crónico de sedantes en el 51,3% y la causa subyacente al episodio IRA fue EAP en el 17,3%. Fue documentada hipercapnia previa ($pCO_2 > 45$) en 82 (54,7%), con acidosis en 22 (14,7%). Al alta se indicó VMD a 72 pacientes (48%).

En el seguimiento reingresaron 70 pacientes (47%). El riesgo de reingreso se vio incrementado en pacientes con IMC <30 , diagnóstico previo de EPOC, uso de sedantes y pCO_2 crónicamente elevada, pero en el análisis multivariante sólo IMC <30 se mantiene como factor predictor independiente de reingreso (OR=2,7; IC95% 1,04-7,44; $p=0,03$).

Fallecieron 61 pacientes (41%), con una mediana de supervivencia de 35 meses. Los parámetros asociados a menor supervivencia (Kaplan-Meier) fueron edad >70 años, IMC <30 , no recibir VMNI domiciliaria tras el ingreso, antecedente de ICC y PCO_2 no elevada de forma crónica.

En el análisis multivariante sólo alcanzaron significación estadística el IMC <30 (OR 3,5; IC95% 1,482-8,293; $p=0,002$) y el uso de VMNI domiciliaria tras el ingreso (OR 0,34; IC 95% 0,154-0,755; $p=0,006$).

CONCLUSIONES:

1. Tras el primer episodio de VMNI por IRA, la VMNI domiciliaria supone una ventaja de supervivencia.
2. Un IMC <30 aumenta tanto el riesgo de reingreso como la mortalidad en este mismo escenario.

CARGA ASISTENCIAL Y CALIDAD DEL MANEJO DE LAS EPID EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Toro Bobarin C.; Leiro Fernández V.; Botana Rial M.; Ramos Hernández C.; García Rodríguez E.; Fernández Villar A.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Las EPID constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de las que se desconoce la carga asistencial y la calidad de su manejo en la práctica clínica. El objetivo de este trabajo fue analizar ambos aspectos en un hospital terciario.

METODO: Estudio observacional de revisión de historias de pacientes con EPID por un neumólogo atendidos en consultas externas durante un periodo de 2 meses o ingresados en 5 años. Cálculo de la carga asistencial sobre otros procesos y análisis de las características clínicas y diagnósticas.

RESULTADOS: En consulta se estudiaron 219 episodios (202 pacientes) siendo un 7,2% del total de consultas; 55% mujeres, 68 ± 14 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: EPID indeterminada (19,4%), AAE (14,4%), Sarcoidosis (13,4%) y FPI (11,9%). El diagnóstico se estableció por criterios clínico-radiológicos (68,3%), BTB convencional (18,8%), criobiopsia (1,5%) y VATS (1%). Todos los pacientes disponían de TC, se realizó broncoscopia en 69,8% con BTB convencional en el 62,4%, criobiopsia en 5,4% y VATS en 5,4%. Se efectuó espirometría en el 81,1%, volúmenes en 40,5%, DLCO en 73,7% y PM6M el 28,7%. Se revisaron 231 ingresos por EPID en 192 pacientes, que supuso un 3% del total; 53% mujeres, 70 ± 14 años con estancia media de 9,2 días. El motivo de ingreso más frecuente fue para completar estudio (18,2%) y agudización de EPID (15,6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: EPID indeterminada (31,7%), NOC (15,6%), Sarcoidosis (20,3%) y FPI (11,5%). Los procedimientos realizados durante la hospitalización fueron: BTB convencional (67,7%), criobiopsia (11,3%), LBA (22%), VATS (7,8%), espirometría (77,9%), volúmenes (7,4%), DLCO (16,7%) y PM6M (1,3%).

CONCLUSIONES: La EPID supone una destacable carga asistencial en hospitales terciarios, siendo 4 entidades las más prevalentes. Se detectan campos de posible mejora en el proceso diagnóstico, lo que implica la necesidad de implementar un protocolo de manejo multidisciplinar.

Ayuda Boehringer Ingelheim.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO MASIVO Y FIBRINÓLISIS SISTÉMICA: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (UCI MÉDICA) DURANTE UN PERÍODO DE 15 AÑOS (JUNIO 2000 - JUNIO 2015)

Martínez Melgar J. L.; Sanmartín Mantiñán E.; Ortega Montes A.; Cenoz Osinaga J. I.; Bravo Doviso J.; Sánchez de Dios T.; País Almozara A.; Galbán Rodríguez C.

Complejo Hospitalario de Pontevedra

OBJETIVO: describir nuestra experiencia durante 15 años en el uso de fibrinólisis sistémica (F-S) de pacientes ingresados en nuestra unidad (UCI médica de un hospital universitario de nivel II) con tromboembolismo pulmonar agudo masivo (TEP-M).

MÉTODOS: estudio descriptivo y retrospectivo: Junio 2000 - Junio 2015, de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de TEP-M en los que se realizó tratamiento con F-S. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de TEP agudo ingresados en UCI. De los pacientes con TEP-M tratados con F-S se analizaron: edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso: IRA ($pO_2/FIO_2 < 300$), shock obstructivo ($PAS < 90$ mmHg), necesidad de soporte respiratorio o hemodinámico, alteraciones ECG/arritmias, biomarcadores séricos, método diagnóstico (angio-TAC, ecocardiograma), nivel de monitorización, tipo (pauta) de fibrinolítico, días de estancia en UCI y complicaciones post-fibrinólisis.

RESULTADOS: pacientes con TEP agudo ingresados en UCI: 124, siendo excluidos de la F-S 2 pacientes: 1 por miocard. dilatada y otro por neoplasia metastásica. Se trataron con F-S: 21 pacientes, sexo: 7 mujeres (14 varones), edad media $67,6 \pm 12,4$ años, procedencia: 14 urgencias, 5 planta y 2 otro centro, motivo ingreso UCI: 6 IRA, 10 shock y 5 mixto. Soporte respiratorio: 7 (VMNI/Bipap 4 y VM invasiva 3), soporte inotrópico 8 (3 dobuta, 4 noradrenalina, 1 ambos), arritmias (alterac. ECG): 14, biomarcadores séricos: 15, métodos diagnósticos: angio-TAC 14 y ecocardiograma 7, monitorización 14: vía central 6 y arteria radial 8. Pauta de F-S: 4 tenecteplase y 17 alteplase (4 pauta rápida y 13 pauta lenta). Estancia en UCI: $5 \pm 3,6$ días y complicaciones: menores 5 y mayores 2 (exitus 1).

CONCLUSIONES: en nuestra serie (124 pacientes diagnosticados de TEP agudo) son tratados con F-S el 16,7%. Precisan soporte ventilatorio el 33% y hemodinámico el 38% de los pacientes. El trombolítico más utilizado fue alteplase (rt-PA): 80% y en forma pauta lenta: 76%. La incidencia de complicaciones mayores fue del 9,5%.

COMUNICACIONES PÓSTER

AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE DAS ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA EM CONTEXTO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: RELAÇÃO DO TESTE GLITTRE-ADL COM O QUESTIONÁRIO LCADL

Coutinho D; Oliveira M; Vaz D; Monteiro R; Pascoal I

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: Estado funcional é uma dimensão do estado de saúde do doente respiratório que pode demonstrar o impacto das doenças respiratórias na capacidade destes doentes realizarem as suas atividades diárias. O teste Glittre-ADL foi desenvolvido para avaliar estes parâmetros.

OBJETIVO: Avaliar a aplicação do teste Glittre-ADL numa população de doentes em reabilitação respiratória (RR) e a sua relação com o questionário London Chest Activity of Daily Living (LCADL).

MÉTODOS: Estudo observacional onde foram consecutivamente incluídos doentes que iniciaram programa de RR entre novembro de 2014 e maio de 2015. Todos estes doentes preencheram o questionário LCADL e realizaram o teste Glittre-ADL antes de iniciarem o programa de RR. Resultados: Foram incluídos 40 doentes (28 homens) com idade média de 62,9 anos e FEV_1 médio de 60,7%. A DPOC era a patologia respiratória presente na maioria dos doentes (60%). Verificamos a existência de uma relação estatisticamente significativa entre diferentes parâmetros avaliados no teste Glittre-ADL e a idade (Glittre-ADL_{tempo}: $r=0,549/p<0,001$; Glittre-ADL_{ΔFC}: $r=-0,418/p=0,007$; Glittre-ADL_{Borg}: $r=0,338/p=0,033$), bem como com a função respiratória (Glittre-ADL_{ΔSO2}/ FEV_1 (%): $r=-0,641/p<0,001$; Glittre-ADL_{ΔSO2}/IT: $r=-0,478/p=0,002$; Glittre-ADL_{tempo}/FVC: $r=0,323/p=0,042$). Da análise da relação entre o questionário LCADL e o teste Glittre-ADL há que destacar a existência de uma correlação no sentido direto entre todas as dimensões do LCADL e os parâmetros Glittre-ADL_{tempo} e Glittre-ADL_{Borg}. Verificou-se ainda uma correlação no sentido indireto entre as dimensões LCADL pessoal e lazer e o parâmetro Glittre-ADL_{ΔFC}.

CONCLUSÃO: O teste Glittre-ADL apresenta uma forte correlação com o questionário LCADL. Tal como previamente descrito, o Glittre-ADL constitui uma ferramenta válida na avaliação objetiva do estado funcional de doentes em RR. Adicionalmente, este teste demonstrou ser de fácil execução e estar relacionado com a função respiratória destes doentes.

TABAGISMO EM DOENTES COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA: QUAL A VALIDADE DO AUTORRELATO?

Coutinho D; Marques C; Ladeira I; Guimarães M; Pascoal I

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: O tabaco é a principal causa de mortalidade prevenível a nível global. Alguns estudos epidemiológicos revelam que entre os doentes psiquiátricos o número de fumadores é duas vezes maior que na população em geral. Apesar da enorme carga de morbimortalidade associada ao tabagismo, a sua avaliação neste grupo de doentes continua a ser muito negligenciada e dados sobre a validade do uso do autorrelato nesta avaliação é muito limitada.

OBJETIVO: Analisar a validade do autorrelato na avaliação do tabagismo em doentes psiquiátricos observados numa consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

MÉTODOS: Estudo observacional onde foram consecutivamente incluídos doentes com patologia psiquiátrica conhecida observados em primeiras consultas entre janeiro de 2013 e março de 2015. Os dados colhidos incluíram variáveis sociodemográficas, tipo de patologia psiquiátrica, perfil de tabagismo atual e CO medido no ar expirado. O Coeficiente Kappa de Cohen foi usado para avaliar o grau de concordância entre o autorrelato e os valores de CO.

RESULTADOS: Foram incluídos 53 doentes (28 mulheres e 25 homens) com idade média 51,5 anos. A patologia psiquiátrica mais prevalente foi a depressão (79,2%), sendo que a maioria dos doentes (66%) apresentava estabilidade psicopatológica. Apenas cinco doentes (9,4%) relataram não fumar à data da primeira consulta. O cálculo do Coeficiente Kappa de Cohen revelou apenas uma concordância ligeira ($\kappa=0,293$) entre o autorrelato e o CO medido (cut-off de 8 ppm). A mesma análise usando um cut-off inferior (5 ppm) revelou uma concordância moderada ($\kappa=0,569$).

CONCLUSÃO: Apesar do autorrelato revelar alguma utilidade na avaliação desta população de doentes, o uso de métodos objetivos deverá integrar a avaliação do tabagismo em doentes com patologia psiquiátrica.

CRIOBÍPSIAS TRANSBRÔNQUICAS NAS DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR – A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

Franco I; Coutinho D; Costa F; Sanches A; Oliveira A; Almeida J; Campainha S; Neves S
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A histologia é fundamental no diagnóstico das doenças do interstício pulmonar (DIP). Com o aparecimento das criobiópsias transbrônquicas (CBT) tornou-se possível obter espécimes de parênquima pulmonar de tamanho e qualidade superiores aos obtidos por biópsia transbrônquica clássica. Em Portugal a experiência com CBT no diagnóstico das DIP é limitada.

OBJETIVO: Descrever a nossa experiência clínica com o uso das CBT no diagnóstico das DIP.

MÉTODOS: Estudo prospetivo das CBT realizadas de Maio 2014 a Junho 2015 em doentes com suspeita clínica e radiológica de DIP e com achados imagiológicos não diagnósticos em TC de alta resolução. Os critérios de seleção dos doentes para o procedimento foram: CVF > 50%, DLCO > 40%, $paO_2 > 55$ mmHg ($FIO_2 = 21\%$); exclusão de doentes com suspeita de sarcoidose, hipertensão pulmonar ou discrasias sanguíneas. A técnica foi realizada por broncoscopia rígida e as biópsias foram colhidas com videofibroscópio e criosonda (2,2mm) guiada por intensificador de imagem. O diagnóstico final foi estabelecido em reunião multidisciplinar (RMD).

RESULTADOS: Incluídos 26 indivíduos no estudo (58+12 anos). Foram colhidos 2 - 5 fragmentos / doentes (mediana=4) e o tamanho das amostras variou entre 2 - 6 mm de maior diâmetro (mediana=4mm). Em 24 casos (92,3%) as amostras apresentaram boa representatividade das estruturas pulmonares. Vinte doentes (76,9%) tiveram diagnóstico após RMD. Os mais frequentes foram pneumonia de hipersensibilidade (n=7), seguido de pneumonia organizativa criptogénica (n=2), pneumonia descamativa (n=2) e DIP associada a conectivite (n=2). A complicação mais frequente foi o pneumotórax em 3 doentes.

CONCLUSÕES: A CBT parece ser uma técnica segura e acessível. Na nossa unidade a taxa de diagnóstico após RMD foi elevada (76,9%) e poderá eventualmente aumentar com a aquisição de maior experiência. O procedimento da CBT está associado a baixa morbidade e poderá representar um importante impacto económico ao poupar os doentes de BPC.

ADECUACIÓN Y USO DE LA OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Tubío Pérez R; Represas Represas C; Dacal Rivas D; Mouronte Roibás C; Aballe Santos M; Fernández Villar A

Hospital Xeral de Vigo

OBJETIVO: La oxigenoterapia constituye un pilar fundamental en la terapéutica de múltiples patologías en pacientes hospitalizados. Existen estudios que reflejan múltiples déficits en cuanto a su correcta indicación, aplicación y monitorización.

Nuestro objetivo fue evaluar la situación actual de la prescripción, administración y uso adecuado de la oxigenoterapia en nuestro hospital, así como la satisfacción de los pacientes.

MÉTODO: Estudio prospectivo. Prescripción de oxigenoterapia al ingreso en los Servicios de Neumología, Medicina Interna y Cirugía Torácica. Recogida de datos de la historia clínica, GSA, POX, órdenes médicas y satisfacción del paciente.

RESULTADOS: N=193 pacientes. De julio a septiembre del 2014.

El 57% de los pacientes eran fumadores activos o antiguos.

Los criterios de correcta indicación y monitorización se siguieron a partir del Manual SEPAR de Sistemas de Oxigenoterapia.

CONCLUSIONES: La prescripción de O₂ es incorrecta en un importante número de pacientes, sobre todo en aquellos con ingreso en MI. La monitorización se realiza de manera adecuada; aunque existiendo discordancia entre las órdenes médicas y la OT que recibe el paciente, en menor medida en NML. Más de la mitad de los pacientes no habían recibido ningún tipo de información sobre la OT.

Paciente	193	Motivo prescripción de O ₂	46% no constaba	Dispositivo de OT	37% no especificado
Edad	74(14)	GSA ingreso	75%	Concordancia OT	47% discordancia
Sexo	53% varones	POX ingreso	80%	Concordancia por Servicios	57% discordancia MI
Servicio ingreso	59% MI	Correcta indicación	62%	Explicación OT	55% ninguna explicación
Motivo ingreso	22% IC	Correcta indicación por servicio	79% Neumología	Satisfacción OT	18% poca o nula satisfacción

PERFORMANCE DA BRONCOSCOPIA NO ESTUDO DE HEMOPTISES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA VS ELECTIVA

Cordeiro da Costa J; Almeida J

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJECTIVO: Uma das indicações mais frequentes para a broncoscopia (BC) são as hemoptises, tanto para a identificação da localização e etiologia da hemorragia, bem como para intervenção. O objectivo deste trabalho foi avaliar a rentabilidade da BC na avaliação de hemoptises em contexto de urgência versus electiva.

MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo. Tamanho amostral: 113 (32 episódios de urgência; 81 episódios electivos). Critérios de Inclusão: todos os doentes que realizaram broncoscopia entre 01/06/2011 e 31/05/2013 no Centro Hospitalar de Gaia por hemoptises provenientes do Serviço de Urgência (GU) ou da Consulta Externa (GE). Foram analisadas variáveis demográficas, o tipo de broncoscopia realizado e intervenções, diagnósticos e complicações associadas. Estatisticamente foram utilizadas apropriadamente medidas de tendência central, o teste Qui-quadrado e o Teste Exacto de Fisher ($\alpha < 0.05$); software: IBM® SPSS versão 21.

RESULTADOS: o GE teve 81 episódios (23 mulheres) e o GU 32 episódios (11 mulheres); as médias de idade foram 60.8 (± 13.3) e 58.0 (± 19.5) anos respectivamente. Em 16.5% (13/79) dos doentes do GE foi objectivado conteúdo hemático na árvore brônquica vs 56.3% (18/32) do GU ($p < 0.001$); a visualização directa de neoformações ocorreu em 17.7% no GE (14/79) vs 9.4% (3/32) do GU ($p = 0.386$); quantos aos diagnósticos, no grupo GE verificaram-se 19% de infecções (15/79) e 11.7% (9/77) de neoplasias enquanto no grupo GU verificaram-se 34.5% de infecções (10/29) e 0% de neoplasias (0/24), ($p = 0.09$ e $p = 0.11$, respectivamente). Houve necessidade de intervenção em 7.4% no grupo GE (6/81) vs 15.6% (5/32) no GU ($p = 0.288$). A complicação mais frequente nos dois grupos foi a hemorragia (9.4% e 3.7% nos GE e GU respectivamente; $p = 0.22$).

CONCLUSÃO: A BC em contexto de urgência esteve associada a visualização directa de conteúdo hemático na árvore brônquica, embora sem diferenças a nível de rentabilidade de diagnóstico, necessidade de intervenção ou número de complicações.

ESTUDO COMPARATIVO DE 2 OXÍMETROS NA PROVA DA MARCHA DE 6 MINUTOS

Cordeiro da Costa J; Ladeira I; Lima R; Guimarães M

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJECTIVO: A Prova da Marcha de 6 minutos (PM6M) é uma ferramenta útil na prática clínica, sendo a monitorização por oximetria durante o exame recomendada. A variabilidade dos oxímetros deve ser um factor a ter em conta. O objectivo deste trabalho foi comparar a concordância de dois oxímetros em monitorização contínua na PM6M.

MÉTODOS: Estudo transversal. Critérios de inclusão: doentes que realizaram teste da caminhada dos seis minutos (TC6M) no Laboratório de Fisiopatologia Respiratória do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho entre 01/05 e 01/07/2013 (n=105). Critérios de exclusão: oxigenoterapia domiciliária. O TC6M foi realizado com monitorização simultânea com dois oxímetros. A dessaturação clinicamente significativa foi definida para valores $<90\%$ ou $\geq 4\%$ do valor de base. Estatística descritiva, Teste T de amostras emparelhadas, Qui-quadrado e Teste Fisher Exact foram usados apropriadamente. O nível de significância foi definido para $p < 0.05$. O software estatístico usado foi o IBM SPSS Statistics®, versão 21.

RESULTADOS: Dos 105 doentes incluídos, 52.4% eram homens. A média de idades foi de 62.2 anos (± 13.1). As doenças pulmonares difusas (DPD) como grupo foram as que mais frequentemente motivaram o exame (46.7%). O oxímetro 3100 obteve valores mais elevados do que o oxímetro 3150 em todos os minutos ($p < 0.001$), à excepção do minuto 4. Os oxímetros foram discordantes em classificar 17% dos doentes ($p < 0.001$) como dessaturação clinicamente significativa. Uma análise de subgrupos revelou que os doentes com DPD apresentaram uma discordância estatisticamente significativa, bem como maior variabilidade das saturações.

CONCLUSÕES: Dois oxímetros durante o TC6M obtiveram diferentes medições de saturação em cada minuto de exame e foram discordantes em 17% dos doentes, levando a conclusões díspares acerca de dessaturação clinicamente significativa. Doentes com DPD estiveram mais associados a discordância nas medições.

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA

Marques C; Cunha Machado D; Castro Lima F; Ribeiro C; Ferreira D; Conde S
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: Caracterização da população, modos ventilatórios e complicações secundárias a ventilação em doentes seguidos em consulta de ventilação não invasiva domiciliar (VNID).

MÉTODOS: Foram recolhidos retrospectivamente os dados referentes aos doentes seguidos em consulta de VNID durante o ano de 2014.

RESULTADOS: Os resultados estão descrito na seguinte tabela:

	Doentes não ventilados ¹	Doentes ventilados
Doentes seguidos em consulta	• 42 doentes • 29 nunca iniciaram VNID • 13 iniciaram mas suspenderam	169 doentes
Motivo de não ventilação	• 57,1% sem critério • 19,0% recusa	
Sexo masculino	38,1%	56,8%
Idade média±desvio padrão	63±18	68±12
Principais patologias a motivar consulta de VNID	• 40,5% doença neuromuscular • 28,6% DPOC • 19,0% SAOS • 9,5% SHO	• 36,1% DPOC • 29,0% SAOS • 23,7% SHO • 17,8% patologia caixa torácica
Local de início de ventilação		• 47,9% consulta • 35,5% internamento
Modo ventilatório		• 43,8% pressão de suporte espontânea-temporizada • 24,9% pressão de suporte espontânea • 19,5% pressão de suporte com volume médio garantido
Oxigenioterapia de longa duração (OLD)	35,7% sob OLD	43,2% sob OLD
O2 com ventilador		49,7%
Atingida $paCO_2 < 45\text{mmHg}$ com a ventilação		52,1% doentes

	Doentes não ventilados ¹	Doentes ventilados
Complicações		81,1% sem complicações
Boa adesão (≥4h/noite)		81,7%
Internamentos em 2014	21,4%	21,3%
Óbito em 2014	7,1%	15,4%

Legenda: DPOC: doença pulmonar obstrutiva crónica; SHO: Síndrome hipoventilação obesidade; SAOS: Síndrome apneia obstrutiva do sono

¹Denominam-se doentes não ventilados os doentes que, à data da última consulta de 2014, haviam descontinuado a VNID, ainda não teriam iniciado terapêutica ou tiveram alta da consulta (para consulta de patologia do sono) por melhoria gasimétrica.

CONCLUSÃO: São seguidos em consulta de VNID maioritariamente doentes ventilados. De realçar que a maioria dos doentes não ventilados padecem de patologia neuromuscular, mantendo-se em vigilância nesta consulta.

Dos doentes ventilados a maioria são doentes com DPOC. Realça-se uma baixa taxa de complicações e uma boa adesão a terapêutica, com mais de 50% dos doentes a atingirem a normocapnia.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO AGUDIZADA

Marques C; Cunha Machado D; Castro Lima F; Ribeiro C; Ferreira D; Conde S

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVOS: Caracterizar a população com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) não agudizada submetida a ventilação não invasiva domiciliária (VNID), bem como parâmetros ventilatórios usados e relação entre a normocapnia atingida com VNID e a mortalidade.

MÉTODOS: Foram recolhidos, retrospectivamente, características e parâmetros ventilatórios de doentes com DPOC não agudizada sob VNID, seguidos em consulta da especialidade durante o ano de 2014.

RESULTADOS: Os resultados estão descritos na tabela abaixo:

Doentes com DPOC sob VNID	61 doentes • 52,5% unicamente com DPOC • 47,5% com outras patologias associadas: - Síndrome de apneia obstrutiva do sono (24,6%) - Bronquiectasias (11,4 %) - Patologia da caixa torácica (9,8%)
Sexo Masculino	47,5%
Idade média±desvio padrão(DP)	71±10
Mediana FEV1 pós-broncodilatação	37,7%
Classe FEV1 pós-broncodilatação	36,1% FEV1»30% e <50% 29,5% FEV1< 30%
Início de VNI	49,2% fase de estabilidade 44,3% fase de agudização
Modo ventilatório	52,5% pressão de suporte espontânea-temporizada
Parâmetros ventilatórios médios em doentes ventilados em pressão de suporte espontâneo-temporizado	IPAP médio 18±3 EPAP médio 6±2 FR média 14±2
Complicações	82% sem complicações
Boa adesão terapêutica (»4h/noite)	85,2%
Atingida $\text{paCO}_2 < 45\text{mmHg}$	49,2%
Internamentos em 2014	27,9%

Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa entre o atingir da normocapnia e a mortalidade ($p=0,4$), verificou-se uma menor mortalidade em doentes que atingiram a normocapnia (6,7%) quando comparada com a mortalidade dos doentes que não atingiram a normocapnia (16,7%).

CONCLUSÃO: Dos doentes com DPOC sob VNID seguidos em consulta, quase metade tem associadamente outras patologias que podem cursar com a necessidade de ventilação. A maioria dos doentes apresentava valores de FEV1 baixos, encontrando-se ventilados em pressão de suporte espontânea-temporizada, com baixa percentagem de complicações, boa adesão terapêutica e em quase 50% dos casos conseguindo-se atingir a normocapnia com a ventilação.

Como já vem sendo demonstrado em alguns estudos, a mortalidade foi menor nos doentes que atingiram a normocapnia, apesar deste valor não ser estatisticamente significativo nesta amostra.

TUBERCULOSE PLEURAL— ANÁLISE COMPARATIVA DAS FORMAS PLEURAL E PLEUROPULMONAR

Teixeira de Sousa Apolinário D.¹; Reis R.²; Ribeiro L.¹; Loureiro A. I.¹; Conde B.¹; Afonso A.¹
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Serviço de Pneumologia¹;
Ars Norte e Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto²

INTRODUÇÃO: A tuberculose pleural é a forma extrapulmonar mais frequente. Tradicionalmente, pensa-se que a tuberculose pleural isolada (TBPI) se desenvolva após uma infeção primária e a tuberculose pleuropulmonar (TBPP) na sequência de uma reativação, o que poderá ter implicações na apresentação clínica.

OBJETIVO: Descrição das características demográficas e clínicas da tuberculose pleural e análise comparativa entre as formas pleural isolada e pleuropulmonar.

MÉTODOS: Revisão dos doentes com diagnóstico hospitalar de tuberculose pleural em 14 anos. Os casos confirmados tinham uma cultura positiva ou microscopia e teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) positivos. Casos prováveis apresentavam microscopia positiva, TAAN positivo, granuloma pleural ou características citoquímicas do líquido pleural compatíveis com tuberculose. Foram registados dados demográficos, clínicos e diagnósticos e comparados entre a TBPI e TBPP.

RESULTADOS: Foram avaliados 67 casos de tuberculose pleural dos quais 55.2% eram TBPI e 44.8% TBPP. O género masculino foi predominante (77.6%), mas o género feminino foi associado a um maior risco de TBPI ($p=0.005$). A média de idade foi de 47.4 ± 18.6 anos e houve uma tendência para idades mais jovens na TBPI ($p=0.248$). As principais comorbilidades foram o alcoolismo (26.9%) e tabagismo ativo (20.9%). A TBPI foi associada a um menor tempo sintomático (média 31.3 ± 18.4 dias, $p=0.01$). O tempo mediano para o diagnóstico intra-hospitalar foi 7 dias. Houve confirmação cultural em 62.4% dos doentes. O líquido pleural apresentava um predomínio de leucócitos mononucleares em 92.9% dos casos e um título de adenosina-desaminase > 40 U/L em 98.1%. Em 79.1% dos casos o tratamento foi com isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol.

CONCLUSÕES: O presente estudo corrobora as características descritas na literatura referentes à tuberculose pleural e demonstra a frequência do envolvimento pulmonar concomitante. Comparativamente à TBPP, a TBPI foi associada estatisticamente ao género feminino e a uma apresentação subaguda, havendo uma tendência para idade mais jovem.

ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA E BRONQUIECTASIAS—EFEITO NO CONTROLO DA ASMA E FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Teixeira de Sousa Apolinário D.¹; Oliveira M. J.²; Marçôa R.²; Gonçalves A.²; Ladeira I.²; Pascoal I.²; Carvalho A.²; Lima R.²

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Serviço de Pneumologia¹;
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Serviço de Pneumologia²

INTRODUÇÃO: A associação entre asma e bronquiectasias tem sido descrita na literatura como um novo fenótipo de asma, com prevalências entre os 2% em asmáticos em geral e 20% nos corticodependentes, tendo implicações no controlo da doença e na função respiratória.

OBJETIVO: Avaliação da presença de bronquiectasias em doentes asmáticos e seu efeito a nível clínico e funcional.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos doentes asmáticos seguidos em consulta de "Pneumologia-Asma" em 2014 que realizaram tomografia computadorizada (TC) torácica. Foram recolhidos dados demográficos, características da asma (tempo de evolução, atopia, volume expiratório forçado no 1º segundo-FEV1, exacerbações, nível de controlo sintomático e "degrau" terapêutico segundo o GINA) e tipo de bronquiectasias. A amostra foi subdividida em dois grupos, doentes com e sem bronquiectasias na TC, e foi realizada uma análise comparativa.

RESULTADOS: Analisaram-se 171 doentes, 69% mulheres, média de idade de 52.4±14.2 anos, 12.3% fumadores e 19.3% ex-fumadores. A duração mediana da asma foi de 22 anos, havendo atopia documentada em 48% dos casos. Relativamente ao "degrau" terapêutico, 12.3% encontravam-se no "degrau 1", 5.3% no "degrau 2", 43.3% no "degrau 3", 34.5% no "degrau 4" e 4.6% no "degrau 5". Foram identificadas bronquiectasias em 31% dos doentes, sendo um diagnóstico de novo em 49.1% dos casos. O tipo "cilíndricas" correspondeu a 75.5% dos casos. O grupo com asma e bronquiectasias apresentou um maior tempo de evolução da asma (média 33.2±18.7, p=0.003), menor FEV1 (média 76.1±24.2, p=0.01), menor nível de controlo sintomático (p=0.008) e mais exacerbações (média 1.58±1.7, p=0.026). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, idade, atopia ou terapêutica.

CONCLUSÕES: Nesta amostra a associação entre asma e bronquiectasias foi superior ao descrito em outros grupos de doentes asmáticos. A presença de bronquiectasias associou-se a um pior controlo da asma, mais exacerbações e menor FEV1, corroborando as implicações deste novo fenótipo.

IMPACTO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR DAS BRONQUIECTASIAS NÃO DEVIDAS A FIBROSE QUÍSTICA - REVISÃO DE 3 ANOS

Cordeiro da Costa J; Monteiro R

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: As Bronquiectasias estão associadas a internamentos hospitalares prolongados e à necessidade de antibioterapia de largo espectro. O principal objectivo deste estudo é analisar o impacto das bronquiectasias não devidas a fibrose quística no internamento do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

MÉTODOS: Todos os doentes internados entre 2012 e 2014 foram incluídos. Doentes com códigos diagnósticos de alta ICD9 4940 e 4941 foram agrupados como Non-CF BQ; todos os outros foram agrupados como Outros. Dados demográficos, tempo e número médio de internamentos foram comparados. Medidas de tendência central, teste T e Qui-quadrado foram utilizados apropriadamente; o nível de significância foi definido para $p < 0.05$. O software usado foi o IBM® SPSS® versão 21.

RESULTADOS: Ocorreram 2314 episódios de internamento no período estudado. O grupo Non-CF BQ contou com 227 episódios (120 doentes) e o grupo Outros com 2087 episódios (1523 doentes). Houve uma predominância significativa para doentes do sexo masculino no grupo Outros (66.9% vs 56.7% no Non-CF BQ, $p = 0.02$). A idade média no grupo Non-CF BQ foi ligeiramente superior: 66 anos (± 15.0) vs 64 anos (± 15.9) no grupo Outros, $p = 0.07$. O tempo médio de internamento no grupo Non-CF BQ foi 14.1 dias (± 10.9) vs 12.7 dias (± 10.5) no grupo Outros, $p = 0.05$. O número médio de internamentos por doente neste período foi de 1.89 (± 1.69) no grupo Non-CF BQ e 1.37 (± 0.99) no grupo Outros, $p = 0.001$. O número global de "reinternamentos" durante este período de 3 anos foi de 39.2% no grupo Non-CF BQ vs 21.5% no grupo Outros, $p < 0.001$.

CONCLUSIONES: Na nossa amostra, os doentes com Bronquiectasias foram maioritariamente homens, mais idosos do que os outros doentes, com tempos de internamento superiores e maior taxa de reinternamento. É tempo de implementar estratégias sólidas e uma abordagem sistemática por profissionais dedicados para estes doentes.

BRONCOCONSTRIÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO, FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO, NÍVEIS DE IMUNOGLOBULINA E, ATOPIA, TEMPERATURA E HUMIDADE - QUE RELAÇÃO?

Caldas Marçôa A. R.¹; Oliveira M. J.¹; Apolinário D.²; Ladeira I.¹; Pascoal I.¹; Guimarães M.¹; Carvalho A.¹; Lima R.¹

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho¹; Centro Hospitalar de Tras-os-Montes e Alto Douro²

INTRODUÇÃO: A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) consiste na obstrução transitória das vias aéreas após exercício.

OBJETIVO: Determinar a relação entre os níveis de FeNO, IgE total, atopia, temperatura e humidade e BIE.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu 129 doentes com suspeita clínica de BIE que realizaram prova de broncoprovocação pela corrida (PC) entre Janeiro/2012 e Junho/2015. Características sociodemográficas, volume expiratório forçado 1º segundo (FEV1%), relação entre FEV1 e capacidade vital forçada (FEV1/FVC), níveis de Óxido Nítrico exalado (FeNO), resultado da PC, temperatura e humidade no dia da sua realização, IgE total e presença de atopia, foram registados.

RESULTADOS: Incluíram-se 129 doentes, com idade mediana de 15 anos (mín-máx 6-54 anos); 55,8% género feminino (n=72); 89,1% não fumadores (n=115). O diagnóstico confirmado de asma estava presente em 46,5% dos doentes (n=60); 66,7% (n=86) apresentavam atopia, as medianas de IgE e FeNO foram 135 IU/ml (mín-máx 2-1986) e 29 ppb (mín-máx 4-124), respetivamente. O FEV1 basal médio foi 101±15% e FEV1/FVC média 85±7%. Obteve-se PC+ em 30,2% dos doentes. A temperatura e humidade médias durante PC foram 19°C (±5,4) e 44% (±12), respetivamente.

Globalmente não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes com PC+ e PC- no que respeita a características sociodemográficas, alterações da função pulmonar, FeNO, IgE, atopia, presença de diagnóstico confirmado de asma, temperatura e humidade.

Nos doentes com diagnóstico confirmado de asma 36,7% apresentaram PC+. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes asmáticos com PC+ versus PC- quanto às variáveis analisadas.

Nos doentes sem diagnóstico confirmado de asma 24,6% tiveram PC+. A FeNO mediana foi 35±28ppb naqueles com PC+ e 17±21ppb nos com PC- (p=0,014)

CONCLUSÕES: Os níveis de FeNO, IgE e presença de atopia não permitiram prever BIE, pelo que a PC permanece um exame essencial para a identificação desta patologia.

THE IMPACT OF NECK AND ABDOMINAL FAT ACCUMULATION ON THE SEVERITY OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Franco I.¹; Reis R.²; Xará S.¹; Bettencourt N.¹; Ferreira W.¹; Ferreira D.¹; Antunes A.¹
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho¹; Hospital CUF Porto²

BACKGROUND: The impact of regional fat accumulation on the onset and progression of obstructive sleep apnea (OSA) is unclear. The aim of this study was to analyze and compare the impact of cervical and abdominal fat accumulation on the presence and severity of OSA in a Portuguese group of individuals with suspected diagnosis.

METHODS: Cross-sectional analysis with overnight polygraphy and CT scan of the neck and abdomen for the measurement of fat areas - neck fat area (NFA), subcutaneous abdominal fat area (SFA) and visceral fat area (VFA) - were performed on a cohort of subjects attending our sleep laboratory with a suspected diagnosis of OSA. Body mass index (BMI), neck circumference (NC) and waist circumference (WC) were recorded.

RESULTS: 52 subjects participated. The subjects with OSA ($n = 38$, apnea/ hypopnea index (AHI) $\geq 5/h$) had greater BMI, proportion of obese subjects, WC, NFA and VFA than those without OSA ($n = 14$, AHI $< 5/h$). There was a positive correlation of AHI with VFA ($r=0.417$, $P=0.002$), NFA ($r=0.377$, $P=0.007$), BMI ($r=0.490$, $P<0.001$), WC ($r=0.417$, $P=0.002$), SFA ($r=0.308$, $P=0.026$) and NC ($r=0.282$, $P=0.04$). The VFA, NFA, BMI and WC increased significantly from snorers to severe OSA. On multivariate stepwise linear regression analysis only BMI and VFA were independent risk factors for AHI (model $R^2=0.303$).

CONCLUSIONS: BMI and VFA were associated with increased risk of OSA, independent of other abdominal fat thickness, BMI, neck circumference and fat area, suggesting a complex association between visceral fat and OSA that requires further exploration with large-scale and in-depth studies.

POLISSONOGRAFIAS EM CRIANÇAS – A EXPERIÊNCIA DE UM LABORATÓRIO DE SONO

Cunha Machado D; Franco I; Castro Melo R; Monteiro R; Nogueira C; Fontes G; Esteves I; Ferreira D

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: O síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) pediátrico tem uma prevalência estimada de 1 a 5%, muitas das crianças com idade entre os 2 e 6 anos. Se a criança tiver menos de 5 anos a roncopatia é o sintoma mais comum. Outros são a diaforese, hiperextensão cervical e enurese. Anomalias no crescimento e cor pulmonale são complicações que podem ocorrer. A polissonografia (PSG) é o exame gold standard para o diagnóstico. Contudo, poucos laboratórios têm experiência nesta população.

OBJETIVO: Descrever a nossa experiência em PSG pediátricas.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo das crianças (<18 anos) que realizaram PSG entre 2007 e 2014. Foi considerado diagnóstico de SAOS um índice de apneia/hipopneia (IAH) ≥ 1 .

RESULTADOS: Identificaram-se 122 crianças: 65,6% eram rapazes, idade média de 7,5 anos.

As PSG foram realizadas por suspeita de SAOS (82%), exclusão de SAOS em crianças com suspeita de perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) e com epilepsia (9% e 1,6%, respetivamente), estudo de insónia (0,8%), suspeita de parassónias (5,7%) e de síndrome das pernas inquietas (0,8%).

Documentou-se roncopatia em 85,2% dos casos.

Trinta e nove crianças (32%) apresentaram um IAH ≥ 1 , confirmando o diagnóstico de SAOS. A SpO₂ mínima foi <90% em 56% das crianças com SAOS e o tempo médio <90% foi 8,5 minutos.

Todos os casos de SAOS apresentaram roncopatia, 28% demonstraram hiperextensão cervical e 18% diaforese. Havia diagnóstico prévio de PHDA em 13% das crianças.

Registou-se um IAH de 1-4,9 em 67% (SAOS ligeiro), 5-9,9 em 20% (moderado) e ≥ 10 em 13% (grave).

CONCLUSÃO: A identificação e tratamento precoce são fundamentais. Questionar se existe roncopatia é uma forma sensível de rastreio.

A adenoamigdalectomia é o tratamento de primeira linha. Se não houver hipertrofia adenoamigdalina, a cirurgia for contraindicada ou falhar, então o CPAP (continuous positive airway pressure) é o tratamento de escolha.

OUTCOMES A LONGO PRAZO DE DOENTES COM DPOC INTERNADOS COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Cunha Machado D; Castro Lima F; Ribeiro C; Vanzeller M; Shiang T
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: A ventilação não invasiva (VNI) melhora os outcomes na DPOC exacerbada com insuficiência respiratória hipercápnica aguda. Contudo, existem poucas publicações referentes aos outcomes a longo prazo após VNI neste contexto.

MÉTODOS: Revisão dos outcomes a longo prazo (exacerbações, normocapnia, sobrevida) dos doentes com DPOC internados de 01/01/2008 a 31/12/2009 que realizaram VNI. O seguimento foi retrospectivo desde o internamento até 31/12/2014. Dividiram-se os doentes em grupos: I- doente com VNI domiciliária (VDNI) prévia; II- início de VNI no internamento e alta com VDNI; III- VNI temporariamente no internamento.

RESULTADOS:

Recolheram-se dados de 69 doentes. Os resultados estão sumarizados na tabela.

Grupo	I	II	III
Número de doentes	28	11	30
Género masculino (%)	89.3	100	86.7
Idade média aquando do internamento (mínimo-máximo)	68 (43-82)	66 (51-75)	72 (50-88)
Exacerbações com internamento 2008-2014 (média±DP)	6.9±5.5	5.4±4.8	4.1±3.8
Oxigenoterapia de longa duração (%)	100	100	90
PaCO ₂ <6.5kPa/48mmHg (%)	24	44.4	38.5
Hipertensão pulmonar (%)	64	66.7	61.9
Sobrevida desde o internamento até final do seguimento/óbito em meses (média±DP)	35.4±23.7	47.3±25	36.1±29.8
Taxa de sobrevida (%)	10.7	27.3	23.3
Idade no óbito (média±DP)	71±10	70±11	75±8
Idade dos sobreviventes (média±DP)	68±6	73±5	70±11

Suspendeu-se a VDNI em 2 doentes do grupo I e 2 do grupo II. Três doentes do grupo III iniciaram VDNI durante o seguimento (em internamento).



CONCLUSÃO: A VDNI é usada na DPOC em fases avançadas e como tal com pior prognóstico. A sobrevida do grupo II foi sobreponível à de outras publicações. A menor sobrevida no grupo I pode ser explicada por serem doentes potencialmente mais graves (realização de VDNI há mais tempo, maior número de exacerbações, menor % de normocâpnicos). A maioria dos doentes do grupo III não apresentava normocapnia. Contudo tiveram menos exacerbações, o que poderá explicar o início de VDNI em apenas 3 casos.

INFECÇÃO ADQUIRIDA NO HOSPITAL - RESULTADOS DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Cunha Machado D., Marques C., Marçôa R., Linhas R., Carneiro J., Gonçalves A., Ribeiro C., Vieira N., Mota M., Vanzeller M.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Gaia, Portugal

INTRODUÇÃO: A infeção adquirida no hospital (IAH) pode-se definir como aquela que ocorre após 48h da admissão hospitalar, dentro de 3 dias após a alta ou 30 dias após uma cirurgia.

OBJETIVO: Caracterizar as IAH no nosso serviço.

MÉTODOS: Realizou-se um estudo prospetivo observacional incluindo todos os doentes internados na enfermaria de um serviço de Pneumologia de um hospital central português de Outubro/2014 a Março/2015. Recolheram-se dados socio-demográficos, comorbilidades, caracterização da infeção (IAH ou infeção adquirida na comunidade-IAC), etiologia infecciosa e antibióticos realizados na IAH.

RESULTADOS: Incluíram-se 345 doentes: idade média 64 ± 16 anos, 60.6% homens. Registou-se infeção em 85.2% dos doentes. Destas 14.1% eram IAH e 85.9% IAC. Entre o grupo que apenas apresentou IAC e o grupo em que se registou IAH não se observou diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, género e comorbilidades como diabetes, DPOC, desnutrição e obesidade. Os preditores de IAH foram a doença neoplásica, limitação na mobilidade e tratamento imunossupressor. Verificou-se maior tempo de internamento e mortalidade na IAH.

Dos 44 casos de IAH observados, identificou-se o agente responsável em 45.5%. Os principais agentes isolados e antibióticos realizados encontram-se na tabela 1 e 2.

Tabela 1: Agentes microbiológicos isolados

Agente microbiológico	Frequência(%)
Acinetobacter baumannii multirresistente	33.3
MRSA	25
Pseudomonas aeruginosa	12.5
Klebsiella pneumoniae	12.5
Escherichia coli	8.3
Outros	8.4

Tabela 2: Classes de antibióticos realizados

Classe		Frequência(%)
Penicilinas	Piperacilina/tazobactam	15.7
	Amoxicilina/ácido clavulânico	6
Glicopeptídeos (vancomicina)		15.7
Carbapenemos		14.5
Quinolonas		13.3
Aminoglicosídeos		12
Polimixinas (colistina)		9.6
Cefalosporinas		4.8
Oxazolidinonas (linezolido)		3.6
Outros		4.8

A mortalidade foi de 25%.

CONCLUSÕES: Estes resultados enfatizam a necessidade de instituição de medidas de controlo de infeção, de modo a reduzirmos a elevada prevalência de bactérias multirresistentes na IAH.

A identificação de fatores preditores de IAH, tais como neoplasias, mobilidade reduzida e imunossupressão, poderá permitir reduzir o impacto destas infeções.

VALORES DE REFERÊNCIA DA FUNÇÃO PULMONAR E ESTATURA ESTIMADA POR MEDIÇÕES ANTROPOMÉTRICAS ALTERNATIVAS

Vaz D; Gomes J; Guimarães M

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: A estatura é um determinante dos valores de referência da função pulmonar; no entanto, a sua correta avaliação nem sempre é possível.

Os autores avaliaram a fiabilidade de 4 alternativas antropométricas para estimar estatura e de que forma as diferenças alteravam os valores de referência da capacidade vital forçada (FVC) e do volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1)

MÉTODOS: Em 39 indivíduos foram avaliadas estatura e 4 medidas antropométricas para estimar estatura (envergadura, semi-envergadura, distância calcanhar-jelho e comprimento ulnar).

Para cada grupo obtiveram-se valores de referência para FVC e FEV1 utilizando as equações do GLI 2012.

O teste T de student foi utilizado para determinar diferenças entre estatura real (ER) e estatura estimada (EE), e entre valores de referência de FVC e FEV1 respetivos.

A reprodutibilidade e precisão foram avaliadas pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e análise de Bland-Altman.

RESULTADOS: A EE foi significativamente diferente da ER, com exceção da estimativa pela envergadura e pela semi-envergadura ($161,6 \pm 8,8$ vs $160,6 \pm 9,7$ $p=0,34$; $161,6 \pm 8,8$ vs $160,7 \pm 9,6$ $p=0,33$ respetivamente).

A média das diferenças entre valores de referência de FVC e FEV1 para ER e EE foi significativamente diferente em todas as alternativas antropométricas com exceção do FVC e FEV1 previsto para EE pela semi-envergadura ($0,051 \pm 0,29$ $p=0,293$; $0,04 \pm 0,2$ $p=0,263$) e do FEV1 previsto para EE pela envergadura ($0,046 \pm 0,25$ $p=0,277$).

Os valores de referência obtidos para EE foram reprodutíveis ($ICC > 0,75$).

Na análise de Bland Altman, apenas os valores previstos de FVC e FEV1 obtidos para EE pela semi-envergadura mostraram boa precisão ($B=0,02$ $p=0,55$, e $B=0,02$ $p=0,78$; respetivamente).

CONCLUSÕES: A EE obtida por medidas antropométricas alternativas está associada a margem de erro que se reflete nos valores de referência para FEV1 e FVC.

A medida antropométrica com maior precisão na estimativa da estatura e valores de referência para FVC e FEV1 foi a semi-envergadura.

TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO APÓS 3 LINHAS DE QUIMIOTERAPIA: RETRATO DE UMA REALIDADE NOS LIMITES DA EVIDÊNCIA

Vaz D; Campainha S; Conde S; Barroso A

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: A validade do tratamento sistémico do cancro pulmonar que progride após 3 linhas de quimioterapia não está completamente definida.

Os autores apresentam análise descritiva de população com cancro do pulmão em estadió avançado que progrediu após 3ª linha.

MÉTODOS: Numa população com cancro do pulmão em estadió avançado submetida a mais do que 3 linhas de quimioterapia; foram analisadas variáveis clínicas e demográficas, individualizando fármacos utilizados, tipo de resposta, sobrevida livre de progressão e sobrevida global.

RESULTADOS: Incluíram-se 20 doentes (55% homens) com cancro pulmonar estadió IIb (5%) ou IV (95%), idade média 63 ± 9 anos e prevalência de tabagismo ativo de 43%. Todos apresentavam Zubrod performance status ≤ 2 .

Os tipos histológicos mais prevalentes foram adenocarcinoma (80%) e carcinoma epidermoide (15%); 30% apresentavam mutação no gene do epidermal growth factor.

Os fármacos mais utilizados foram erlotinib na 4ª linha (35%), vinorelbina na 5ª linha (45,5%), pemetrexed na 6ª linha (66,7%) e erlotinib na 7ª linha (100%).

Remissão parcial ou doença estacionária foram atingidas em 50% após 4ª linha, 63,6% após 5ª linha, 66,7% após 6ª linha e 50% após 7ª linha.

A mediana da sobrevida livre de progressão foi 3,7 meses na 4ª linha, 4,6 meses na 5ª linha, 4,2 meses na 6ª linha e 0,87 meses na 7ª linha.

A mediana da sobrevida após 3ª linha e sobrevida global foi 23,7 e 50 meses; respetivamente.

CONCLUSÕES: Na presença de doença progressiva após 3 linhas de quimioterapia, a utilização de linhas subsequentes em doentes com razoável estado geral e vontade em prosseguir com tratamento, parece acrescentar benefício não desprezível em termos de sobrevida global.

A sobrevida livre de progressão mantém-se estável até à 7ª linha de quimioterapia, a partir da qual decresce de forma significativa, pelo que poderá não haver benefício em tratar para além da 6ª linha de quimioterapia.

¿ES RELEVANTE EL GRUPO C DE GOLD EN SU ACTUAL DEFINICIÓN?

Baloira Villar A; Pallarés Sanmartín A

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

El grupo C de GOLD se define como de alto riesgo pero baja sintomatología. Es un grupo que suscita controversia por las variables y herramientas usadas en su definición

OBJETIVOS: Conocer qué porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC de alto riesgo pueden clasificarse como grupo C en base al cuestionario CAT. Ver la correlación entre el cuestionario CAT y la escala de disnea del MRC.

MÉTODOS: Estudio prospectivo, transversal. Los pacientes se seleccionaron de forma consecutiva en la consulta de EPOC. Se incluyeron inicialmente todos los que tenían un FEV1 < 50% del valor teórico con una relación FEV1/FVC < 70%. Se excluyeron posteriormente los que habían tenido > 2 agudizaciones/año, hospitalizaciones por EPOC en el último año, o cualquier agudización en los últimos 3 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron inicialmente 206 pacientes pero se excluyeron posteriormente 107 (34 agudización reciente, 41 > 2 agudizaciones anuales, 32 ingreso en el último año). Al analizar los resultados se excluyeron otros 7 (4 mala calidad espirométrica, 3 probable asma). 92 pacientes (11 mujeres/81 varones, edad media 66 ± 10 años)) fueron analizados. El FEV1 medio fue $36\% \pm 8\%$ del teórico y la relación FEV1/FVC $0,36 \pm 0,082$. El valor medio del CAT fue $18 \pm 6,8$ (extremos 3-36) y de la escala del MRC $2,72 \pm 1,11$. Sólo 9 pacientes tuvieron una puntuación ≤ 10 (4,4% del total con FEV1 < 50%). Existió una buena correlación entre CAT y escala del MRC ($r = 0,706$, $p < 0,0001$) aunque 2 puntos de MRC se correspondieron con 18 en CAT. Se detectó correlación negativa entre CAT y edad ($r = -0,339$, $p = 0,001$). Conclusiones. El porcentaje de pacientes que se pueden clasificar como grupo C de GOLD es muy bajo. CAT y escala del MRC se correlacionan, pero 10 puntos de CAT no equivalen a 2 en la escala de MRC.

OSTEOPOROSE E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ANÁLISE PRELIMINAR DE ESTUDO DE COORTE

Vaz D; Ladeira I; Monteiro R; Lima R; Shiang T; Guimarães M

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVOS: Na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), uma das manifestações extra-pulmonares que condiciona morbilidade e mortalidade, é a osteoporose. Apresenta-se análise da prevalência de osteoporose numa população com DPOC, procurando identificar preditores de doença óssea.

MÉTODOS: Incluíram-se 55 doentes com DPOC analisando variáveis demográficas e clínicas que incluíram idade; género; status tabágico; índice de massa corporal; estadió GOLD; terapêutica crónica com corticoides inalados; score de Charlson; parâmetros da função pulmonar (volume expiratório forçado no 1º segundo-FEV1, capacidade vital forçada-FVC, volume residual-VR, capacidade pulmonar total-TLC); taxa anual de exacerbações; dose cumulativa anual de corticoide sistémico (em mg de hidrocortisona); densidade mineral óssea avaliada por osteodensitometria óssea; cálcio, fósforo plasmático, vitamina D; e história prévia de fraturas.

Os doentes com osteoporose foram comparados com os restantes quanto às variáveis supracitadas.

RESULTADOS: Na população estudada (idade média $67,4 \pm 7,2$ anos; 94,5% homens, 43,6% GOLD C ou D), a prevalência de osteoporose foi 32,7%; não se identificou história prévia de fraturas.

Os doentes com osteoporose vertebral apresentavam idade (69 ± 6 vs 63 ± 5 ; $p=0,006$) e score de Charlson (5 ± 2 vs 3 ± 2 ; $P=0,007$) significativamente superior; a TLC (98 ± 5 vs 114 ± 18 ; $p=0,04$) era significativamente inferior.

Os doentes com osteoporose femoral apresentavam dose cumulativa anual de corticoide sistémico (7194 ± 4815 vs 1519 ± 687 ; $p=0,005$) e taxa anual de exacerbações (4 ± 3 vs $1 \pm 0,7$; $p=0,03$) significativamente superior; a TLC (100 ± 4 vs 115 ± 13 ; $p=0,005$) era significativamente inferior.

Em análise multivariada apenas se identificaram preditores independentes de osteoporose femoral: dose cumulativa de corticoide sistémico ($r^2=0,11$; Exp(B) 2,1; $p=0,04$) e taxa de exacerbações ($r^2=0,13$; Exp(B) 1,6; $p=0,003$).

CONCLUSÕES: A presença de osteoporose associou-se a exposição prévia a dose cumulativa mais elevada de corticoide sistémico e maior taxa anual de exacerbações.

Estes achados reforçam a relevância do rastreio desta comorbilidade no doente com DPOC, principalmente em doentes exacerbadores frequentes e expostos a doses de corticoide sistémico elevadas.

ANÁLISE DE INTERNAMENTOS POR PNEUMONIA GRAVE NO DOENTE MUITO IDOSO

Vaz D; Nogueira C; Achando M; Basto M; Marques A; Paixão A; Gonçalves M; Fernandes P; Castelões P

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: O envelhecimento populacional e o aumento da incidência de pneumonia com aumento da idade, contribuiu para aumentar o número de internamentos por pneumonia em doentes idosos.

Os autores apresentam análise retrospectiva de internamentos por pneumonia grave na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia em doentes com idade ≥ 75 anos. Este grupo foi comparado com a restante população no que respeita a presença de comorbilidades, gravidade na admissão e evolução clínica ao longo do internamento.

MÉTODOS: A análise dos internamentos foi efetuada através da consulta de processo clínico dos doentes; identificando variáveis clínicas e epidemiológicas definidoras de prognóstico.

RESULTADOS: Em 74 doentes internados por pneumonia grave, a prevalência de doentes muito idosos foi 35% (26 doentes).

Estes doentes, comparados com a restante população, apresentavam score APACHE mais elevado (28 ± 6 vs 21 ± 6 ; $p=0,006$), score SAPS II mais elevado (64 ± 18 vs 39 ± 13 ; $p=0,0001$), maior prevalência de lesão renal aguda (77% vs 25%; OR=3; $p=0,013$), e maior probabilidade de apresentarem na admissão score de Glasgow ≤ 12 (57,7% vs 43,7%; OR=3,5; $p=0,02$). Verificámos também tendência para score de Charlson mais elevado ($4,1 \pm 2$ vs $2,3 \pm 2$; $p=0,08$).

Em análise multivariada, as variáveis caracterizadoras de internamentos por pneumonia grave no doente muito idoso foram score SAPS II (Exp(B)=2,2 [1,8-4]; $p=0,02$), score APACHE II (Exp(B)=2,1 [1,6-3]; $p=0,005$) e ocorrência de lesão renal aguda (Exp(B)=2,6 [1,5-6]; $p=0,01$).

Não se encontraram diferenças entre doente muito idoso e restante população no que respeita duração de internamento e ventilação mecânica, mortalidade intra-hospitalar e mortalidade 30 dias após alta hospitalar.

CONCLUSÕES: Os doentes muito idosos internados por pneumonia grave, apresentavam maior gravidade clínica na admissão. No entanto, idade superior ou igual a 75 não foi fator determinante de duração de internamento, duração de ventilação mecânica ou de mortalidade.

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR EN ENFERMOS CON EPOC, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN GOLD

Cravo J.¹; Afonso M.¹; Almeida P.²

Hospitais da Universidade de Coimbra¹; Hospital Pedro Hispano²

INTRODUCCIÓN: Hoy en día, la rehabilitación pulmonar es fundamental en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). En la literatura se encuentran datos que evalúan la evolución de la clasificación de estos enfermos tras la rehabilitación, en Portugal todavía hay poca información.

ESTUDIO: Los autores han realizado un análisis retrospectivo comparativo y observacional sobre el impacto de la rehabilitación pulmonar en enfermos en cada grupo de la clasificación de la EPOC, según el GOLD, y su evaluación en un año tras el entrenamiento. Seleccionamos 91 enfermos que han iniciado por primera vez el programa de rehabilitación en el Hospital Pedro Hispano, entre 2012 y 2014.

Se ha verificado una disminución global del número de agudizaciones (1.27 para 1.07), excluyendo-se los enfermos del grupo C.

En relación a las pruebas funcionales respiratorias, han sido los enfermos, inicialmente en el grupo B y C que presentaron mayor subida del FEV1 y mayor descenso del volumen residual medio.

Evaluando la disnea, a través del mMRC, se ha detectado en todos los grupos una evolución favorable, con un descenso en media de casi 1 valor.

Relativamente a la clasificación GOLD de la EPOC, teníamos, 15 enfermos en el grupo B, 16 en el C y 60 en el D. Tras un año, teníamos 12 enfermos grupo A, 21 B, 16 C y 43 D, siendo que los 27 enfermos que han mejorado pertenecían al grupo B y D. No se halló ningún agravamiento.

DISCUSIÓN: Este trabajo coloca en evidencia que en todos los grupos de enfermos la rehabilitación es fundamental. Los datos en este estudio son compatibles con los resultados de trabajos internacionales semejantes, sin embargo observamos algunas diferencias, por lo que los outcomes de la rehabilitación pueden variar entre cada grupo, pero también de acuerdo con la población, siendo así necesarios estudios más completos.

CAUSAS DE ADMISSÃO HOSPITALAR DE DOENTES RESPIRATÓRIOS NO SÉCULO XXI

Cordeiro da Costa J; Ribeiro C; Vanzeller M

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: Avaliar os principais motivos de internamento num Serviço de Pneumologia de um hospital central entre 2012-2014.

MÉTODOS: Estudo descritivo. Todas as codificações de alta de diagnóstico principal de admissão hospitalar no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (baseadas no ICD9) entre 2012-2014 foram analisadas. Foram agrupados os diagnósticos de acordo com os principais grupos de patologia respiratória. Foi efectuada uma análise demográfica e de tempos de internamento. Foram utilizadas medidas de tendência central. O nível de significância foi definido para $\alpha < 0.05$. O software utilizado foi o IBM® SPSS® versão 21.

RESULTADOS: Entre 2012-2014 verificaram-se 2314 episódios de internamento, correspondendo a 1643 doentes: 1087 homens (66.2%). As causas de admissão, caracterização demográfica e tempos de internamento estão apresentados na tabela 1.

TABELA 1: Causas de admissão entre 2012-2014

Causas de Admissão	n (%)	Sexo masculino (%)	Idade média (DP)	TI médio (DP)
Pneumonia	613 (26.5%)	69.0	64.1 (± 15.0)	12.5 (9.0)
Bronquite aguda	465 (20.1%)	66.0	67.4 (± 14.1)	12.1 (8.3)
Neoplasia do Pulmão	291 (12.6%)	77.0	64.9 (± 10.6)	14.2 (11.1)
Bronquite crónica	222 (9.6%)	77.0	72.3 (± 11.2)	12.7 (± 10.3)
Bronquiectasias	155 (6.7%)	62.6	66.4 (± 14.9)	14.2 (± 10.7)
Asma	115 (5.0%)	20.0	51.3 (± 15.6)	9.4 (± 5.0)
Pneumotórax	95 (4.1%)	83.2	40.7 (± 19.5)	5.5 (3.7)
Patologia Pleural	66 (2.9%)	77.3	68.7 (± 13.0)	19.6 (± 14.3)
Patologia do Interstício	41 (1.8%)	70.7	65.0 (± 16.5)	9.2 (± 9.1)
Tromboembolismo pulmonar	16 (0.7%)	56.3	58.2 (± 20.8)	12.8 (± 5.3)
Outros	235 (10.2%)	64.7	63.3 (± 14.8)	16.1 (± 16.6)

DP – desvio padrão; TI – tempo de internamento em dias

CONCLUSIONES: As causas infecciosas (pneumonia, bronquite aguda e bronquiectasias) continuam a ser os principais motivos de admissão no século XXI, tal como o eram no século XX. A neoplasia do pulmão e as patologias obstrutivas assumem um papel cada vez mais relevante.

SÍNDROME VENTILATÓRIO OBSTRUTIVO REVERSÍVEL – DE QUE PATOLOGIA FALAMOS?

Lacerda C.¹; Coutinho D.²; Silva J.²; Ladeira I.²; Lima R.²; Guimarães M.²

Hospital de Braga¹; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho²

INTRODUÇÃO: Resultados espirométricos alterados nem sempre preenchem os critérios de diagnósticos do GOLD ou GINA, pertencendo a campos indefinidos como o caso do síndrome ventilatório obstrutivo (SVO) totalmente reversível após broncodilatação parcial (BDp).

OBJECTIVOS: Analisar as características demográficas e clínicas de doentes com SVO que reverte para valores normais após BDp.

MÉTODOS: Seleccionados doentes (idade ≥ 40 anos) com estudo funcional a revelar um SVO ($FEV_1/FVC < 70\%$; $FEV_1/FVC < LLN$; $FEV_1/FVC < 70\%$ e $FEV_1/FVC < LLN$) que reverte para valores normais ($FEV_1/FVC > 70\%$ e $FEV_1/FVC > LLN$) após BDp (ΔFEV_1 ou $\Delta FVC < 200$ mL ou $< 12\%$) e analisados os respectivos processos clínicos.

RESULTADOS: Incluídos 28 doentes: 57% homens, idade média de 64 anos e índice de massa corporal 28,2Kg/m². Três doentes preencheram os critérios $FEV_1/FVC < 70\%$ e $FEV_1/FVC < LLN$ e 25 doentes apenas $FEV_1/FVC < 70\%$. Vinte doentes foram considerados doentes respiratórios e oito doentes não-respiratórios (outras comorbilidades não-respiratórias). No primeiro grupo de doentes (n=20) verificou-se que 50% eram nunca-fumadores e 85% apresentavam sintomas respiratórios das vias aéreas inferiores. Doze doentes (60%) tinham história clínica compatível com Asma (clínica, antecedentes pessoais e outros meios de diagnóstico), sendo que 6 doentes tinham asma funcionalmente confirmada no passado. Entre os 6 doentes com Asma não confirmada, 4 estavam tratados com broncodilatadores e corticoterapia inalada.

Oito doentes foram inseridos num grupo com história de bronquite crónica, com alterações imagiológicas enfisematosas entre outras, e com tabagismo activo ou passado, sugerindo uma provável DPOC.

Entre os doentes não-respiratórios (n=8), 5 apresentavam patologia cardiovascular, 1 estaria em avaliação pré-operatória e 2 doentes estariam a despistar doença pulmonar pela presença de factores risco.

CONCLUSÃO: A presença de SVO que reverte totalmente após BDp não deverá ser assumido como ausência de patologia, mas sim motivar a sua investigação com outros meios de diagnóstico. A BDp carece de significado nestes casos, sendo por isso necessário mais estudos para melhor compreensão destes doentes.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DESPISTAJE POR IMAGEN DE METÁSTASIS CEREBRALES DURANTE EL PROCESO DE ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN (CP)

Tubío Pérez R; Leiro Fernández V; Mouronte Roibás C; Ramos Hernández C; Botana Rial M; García Rodríguez E; González Piñeiro A; Fernández Villar A

Hospital Xeral de Vigo

OBJETIVO: Análisis descriptivo de la frecuencia de MC y características clínicas de los pacientes durante el proceso de diagnóstico y estadificación del CP.

MÉTODOS: Estudio descriptivo clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados de CP desde enero de 2011 a julio 2015 en cuyo proceso de diagnóstico-estadificación se había incluido una prueba de imagen cerebral.

RESULTADOS: Se incluyeron 196 pacientes con CP y estudio de imagen cerebral (78,6% RM, 17,8% TC y 4,1% ambas). Un 79% eran varones, edad 66 años (RIQ 58-72). El 86,2 % tenía antecedentes de tabaquismo [40 años/paquete (RIQ 25-60)]. 66 (33,7%) casos eran carcinoma de célula pequeña (CPCP). De los 130 casos de CPNCP la histología predominante fue el Adenocarcinoma (60%) seguida del Epidermoide (29,2%). El estadio más frecuente era el avanzado (IV 45%), seguido de los regionales (IIIA 22,5% y IIIB 15,5%) y localizados (IA 3,9%, IB 3,9%, IIA 3,1%, IIB 6,2%). La frecuencia global de MC fue del 21% de los cuales el 80% no presentaban clínica neurológica. Dentro de los 108 pacientes con CPNCP estadios III-IV 21 (19,4%) tenían MC silentes siendo 18 (85,7%) estirpe Adenocarcinoma por lo que la presencia de MC silentes fue significativamente mayor en los Adenocarcinomas estadio III y IV en comparación con CPNCP estadios III y IV de otra estirpe (29% vs 6,7%, $p=0,006$).

CONCLUSIONES: Hasta un 29% de los pacientes con diagnóstico de Adenocarcinoma de pulmón estadio III o IV podrían presentar MC clínicamente silentes.

En pacientes con CPNCP estadios III y IV estaría justificada la búsqueda por imagen de forma protocolaria de MC en pacientes subsidiarios de tratamiento especialmente en las estirpes Adenocarcinoma.

RELEVÂNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NA PROTEINOSE ALVEOLAR

Cardoso A. V.¹; Coutinho D.²; Mota P. C.¹; Melo N.¹; Fiuza A.¹; Morais A.¹

Centro Hospitalar São João¹; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho²

INTRODUÇÃO: A proteinose alveolar (PA) é uma entidade clínica rara, caracterizada pela acumulação intra-alveolar de material lipoproteico. Apresenta 2 formas, ambas associadas a disfunção dos macrófagos: na forma auto-imune estão presentes auto-anticorpos anti-GM-CSF; a forma secundária está associada a infeções, a doenças hematológicas e a exposições inalatórias. Uma particularidade importante é a suscetibilidade destes doentes a infeções pulmonares, nomeadamente por agentes oportunistas.

CASO CLÍNICO: Homem, 42 anos, padeiro, com diagnóstico de PA de etiologia auto-imune (anticorpos anti-GM-CSF positivos), apresentando como fator de agravamento a exposição a farinha de pão. O diagnóstico foi efetuado com base em características clínicas (dispneia de esforço e tosse seca), radiológicas (TC tórax com padrão crazy-paving) e lavado broncoalveolar (aspeto leitoso, com coloração PAS positiva). À data do diagnóstico, o doente apresentava insuficiência respiratória tipo 1 e síndrome ventilatória restritiva moderada com défice de difusão pelo monóxido de carbono. Foi submetido a lavagem pulmonar total (LPT) bilateral em outubro de 2012. Por deterioração do quadro descrito teve necessidade de efetuar mais duas LPT (janeiro de 2013 e janeiro de 2014). Após as lavagens pulmonares apresentava discreta melhoria radiológica e gasométrica, mantendo hipoxemia (paO₂ ~65mmHg). No líquido drenado durante a última LPT, assim como no aspirado brônquico efetuado no dia seguinte, foi isolado uma espécie de *Mycobacterium scrofulaceum*, pelo que iniciou tratamento antibacilar empírico (etambutol, isoniazida, rifampicina e estreptomicina). Cerca de 2 meses após o início do tratamento, apresentou resolução da hipoxemia e franca melhoria radiológica que mantém. Até à data sem necessidade de efetuar nova lavagem pulmonar.

CONCLUSÃO: O caso apresentado salienta a importância das infeções oportunistas nos doentes com PA e o impacto que o seu tratamento pode ter na evolução clínica destes doentes. De referir ainda a rentabilidade diagnóstica do líquido drenado durante a LPT, devendo ser prática comum o seu envio para exame microbiológico.

EMPIEMA - TRATAMENTO MÉDICO VS. TRATAMENTO CIRÚRGICO

de Castro Lima F.; Marques C.; Cunha Machado D.; Ribeiro C.; Oliveira A.; Vanzeller M.; Shiang T.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

MÉTODOS E OBJECTIVOS: Análise retrospectiva dos doentes internados com diagnóstico de Empiema entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2014, num Serviço de Pneumologia. Foram avaliadas características demográficas, métodos diagnósticos, tipo de abordagem terapêutica (médica VS. Cirúrgica) e outcomes.

RESULTADOS: Verificaram-se 34 internamentos por empiema, com duração média de 27,5 dias, correspondendo a 32 indivíduos, a maioria do sexo masculino (81,25%), com idade média de 62,5 anos.

Iniciou-se antibioterapia empírica em todos os doentes e foi possível isolar agente etiológico em aproximadamente 30% dos casos, sendo que mais de 50% dos isolamentos corresponderam a microorganismos Gram positivos.

A pneumonia adquirida na comunidade foi responsável por 55% dos casos, estando a iatrogenia estimada em menos de 5%.

O tratamento somente médico foi realizado em 30 doentes, em 24 dos quais se colocou dreno torácico. O tratamento cirúrgico foi realizado em 4 doentes.

Observou-se 1 óbito durante o internamento e 2 doentes, em contexto de neoplasia do pulmão, tiveram alta com sistema de drenagem portátil.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: O empiema é uma patologia grave com necessidade de intervenção precoce para reduzir a morbimortalidade associada. No nosso estudo, o empiema atingiu preferencialmente indivíduos do sexo masculino e, comparativamente a estudo prévio realizado no serviço em 5 anos numa amostra de 44 indivíduos, observou-se um maior número de isolamentos microbiológicos, o que vai de encontro com a literatura actual. A maioria dos doentes respondeu favoravelmente ao tratamento médico com colocação de dreno torácico, sendo que apenas 11.8% necessitaram de abordagem cirúrgica (percentagem bastante inferior àquela obtida no estudo anterior - 31.8%).

NEUTROPENIA FEBRIL - MOTIVO DE INTERNAMENTO EM DOENTES COM NEOPLASIA PULMONAR

de Castro Lima F.; Cunha Machado D.; Marques C.; Ribeiro C.; Vanzeller M.; Shiang T.
Centro Hospitalar De Vila Nova de Gaia/Espinho

MÉTODOS E OBJECTIVOS: Revisão retrospectiva dos doentes com Neoplasia Pulmonar internados com Neutropenia Febril entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2014, num Serviço de Pneumologia.

Foram avaliadas características demográficas, antibioterapia usada, consequências no tratamento de neoplasia já iniciado e outcomes.

RESULTADOS: Em 258 doentes internados com neoplasia pulmonar, a neutropenia febril ocorreu em 19 episódios, com duração média de 8,6 dias e 7,5 meses após o diagnóstico. A maioria dos indivíduos pertencia ao sexo masculino (84.2%), com aproximadamente 68 anos e 78.9% eram fumadores ou ex-fumadores.

A neoplasia mais prevalente foi o adenocarcinoma pulmonar (42%), seguida do carcinoma pulmonar de pequenas células (36.8%); observou-se apenas um caso com carcinoma neuroendócrino.

A Neutropenia ocorreu quase 10 dias após ciclo de quimioterapia e, à admissão, os doentes apresentavam em média os seguintes valores: hemoglobina -10.8g/dL, leucócitos - 1161 cels/uL, neutrófilos 313 cels/uL, 76579 plaquetas e proteína C reactiva 15.3 mg/dL. 12 doentes fizeram profilaxia com factores de crescimento, 1 dos quais tinha já realizado profilaxia prévia. A contagem de neutrófilos superior a 500 células ocorreu 2.5 dias após internamento. Agente etiológico foi isolado em 21.1% dos episódios; apenas um doente usou múltiplos esquemas de antibioterapia e em 4 doentes foi usada associação de dois antibióticos. Observaram-se 4 óbitos e adiamento de ciclo de quimioterapia em 7 doentes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: A Neutropenia febril é uma causa major de morbimortalidade em doentes com neoplasia pulmonar. Comparativamente a estudo prévio realizado neste mesmo serviço, em igual período de tempo, observou-se menor número de doentes com neoplasia pulmonar e um menor número de internamentos por neutropenia febril. Ainda que sem isolamento microbiológico, a maioria dos indivíduos respondeu favoravelmente a antibioterapia empírica. Apesar de não impedir o adiamento do ciclo de quimioterapia, a profilaxia com factores de crescimento não esteve associada a óbitos.

GRÁVIDA ASMÁTICA COM EXACERBAÇÃO AGUDA GRAVE: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES PERINATAIS

Oliveira M. J.; Gonçalves A.; Ladeira I.; Pascoal I.; Carvalho A.; Lima R.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: As exacerbações de asma na gravidez associam-se habitualmente a intercorrências infecciosas e incumprimento terapêutico. Têm um impacto significativo, não só na evolução da gravidez, como também no risco aumentado de complicações para o feto.

OBJETIVO: Análise das grávidas asmáticas internadas por exacerbação de asma e análise das complicações perinatais decorrentes da mesma.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo das grávidas asmáticas, internadas por exacerbação de asma, entre 20/02/2010 e 20/02/2015. Analisaram-se: idade materna, hábitos tabágicos, acompanhamento pré-natal, duração internamento, intercorrências na gravidez e perinatais, idade gestacional na data de parto, tipo de parto e peso ao nascer.

RESULTADOS: Analisaram-se 12 grávidas asmáticas, idade média 30 ± 7 anos, 6 (50.0%) com história tabágica. 4 (33.3%) não tinham iniciado seguimento pré-natal antes do internamento. A duração média do internamento foi 8 ± 6 dias. Complicações da gravidez: 3 (25.0%) eclâmpsia (um caso associado a rotura prematura de membranas e outro a descolamento prematuro de placenta); 1 (8.3%) insuficiência placentária associada a trabalho de parto prematuro; 3 (25.0%) pneumonia (1 com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos); 1 (8.3%) insuficiência respiratória associado a infeção por H1N1. Registaram-se 2 (16.7%) abortos espontâneos durante o primeiro trimestre de gravidez. Dos restantes 10 partos: idade gestacional média à data de parto 36.9 ± 3.6 semanas; distócicos 6(60.0%); peso médio à nascença 2805 ± 717 Kg. 3 recém-nascidos necessitaram de internamento em unidade de neonatologia, 1 por muito baixo peso e 2 por síndrome de dificuldade respiratória (um pneumotórax à nascença).

CONCLUSÃO: Neste estudo verificamos um elevado número de eventos complicados, quer na gravidez, quer peri-parto. De acordo com a literatura, estes eventos têm uma associação estreita com o mau controlo da asma. Assim, a prevenção das complicações da asma na gravidez deve ser instituída antes mesmo da conceção. O tratamento iniciar-se precocemente e a grávida deve ser acompanhada em conjunto pelo obstetra e pneumologista.

FUNÇÃO PULMONAR APÓS CIRURGIA TORÁCICA: INFLUÊNCIA DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E DO LOBO RESSECADO

Linhas R.; Fernandes P.; Ladeira I.; Lima R.; Miranda J.; Guimarães M.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: Avaliar a influência da DPOC e do tipo de lobo ressecado na função pulmonar após cirurgia torácica.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de todos os doentes com cancro do pulmão e nódulos solitários submetidos a lobectomia no período de 3 anos. Os doentes foram divididos num grupo com DPOC e sem DPOC e analisada a função pulmonar de acordo com o lobo ressecado.

RESULTADOS: Foram incluídos 31 doentes. Os dados relativos a estes doentes foram:

	DPOC = sim (n=11)	DPOC = não (n=20)
Idade média(anos)	63.45 ± 10.31	63.20 ± 7.94
Género		
• Masculino	9 (81.8%)	14 (70.0%)
• Feminino	2 (18.2%)	6(30.0%)
Tabagismo		
• Não fumador	2 (18.2%)	7 (35.0%)
• Fumador	8 (72.7%)	5 (25.0%)
• Ex-fumador	1 (9.1%)	8 (40.0%)
Tipo de cancro		
• Adenocarcinoma	7 (63.6%)	9 (45.0%)
• Carcinoma epidermóide	3 (27.3%)	1 (5.0%)
• Tumor carcinóide	-	4 (20.0%)
Nódulo isolado	-	5 (25.0%)
Doença cardiovascular	1 (9.1%)	1 (5.0%)

No grupo de doentes com DPOC verificou -se uma diminuição marginalmente significativa dos valores de FVC total e FVC % após a cirurgia ($p=0.081$ e $p=0.077$ respetivamente). Neste grupo verificou-se uma redução mais acentuada do valor de DLCO após ressecção do LID ($p=0.033$). No grupo de doentes sem DPOC verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos valores de FVC% ($p=0.021$), FEV1 total ($p=0.016$) e FEV1/FVC ($p=0.025$) após cirurgia. Neste grupo não se verificou impacto significativo do tipo de lobo ressecado na função pulmonar.

CONCLUSÕES: Os resultados obtidos na nossa amostra não nos permitem concluir que a DPOC influencie a função pulmonar após lobectomia. O tipo de lobo ressecado não influenciou de forma significativa a função pulmonar após cirurgia nos doentes sem DPOC.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR - 3 CASOS DISTINTOS DE UMA DOENÇA RARA

Ribeiro L.; Raimundo S.; Apolinário D.; Loureiro A.; Calvo T.; Afonso A.

CHTMAD- Vila Real

INTRODUÇÃO: Linfangioleiomiomatose(LAM) é uma doença multissistémica rara com envolvimento pulmonar, atingindo maioritariamente mulheres. Pode surgir esporádica ou associada à esclerose tuberosa, com diferentes apresentações clínicas. O diagnóstico pode dispensar a biópsia cirúrgica(BC), se outros achados estiverem presentes.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Mulher, fumadora. Internamento noutra hospital aos 44 anos por quilotórax direito de repetição. TC torácico apresentaria derrame e espessamento pleural e adenopatias pré-aórticas com compressão da veia cava superior(VCS). A BC pulmonar e ganglionar mostrou resultado duvidoso, tendo repetido em Londres, mantendo dúvidas, embora LAM fosse a hipótese mais provável. Por agravamento da dispneia e síndrome da VCS iniciou radioterapia mediastino-pulmonar direita com resposta clínica e radiológica favorável. Posteriormente realizou terapêutica progestativa. Referenciada ao nosso hospital para continuação de cuidados, sob oxigenioterapia e BIPAP (por síndrome hipoventilação-obesidade). Últimas provas funcionais respiratórias(PFR) com síndrome restritivo grave e diminuição moderada da difusão de CO(DLCO). Faleceu nos Cuidados Intensivos por choque séptico respiratório, 28 anos após diagnóstico de possível LAM.

Caso 2: Mulher, não fumadora, referenciada aos 33 anos, grávida de 22 semanas. Apresentava hemoptises esporádicas com 18 meses de evolução. TC torácico após o parto sugestivo de LAM, confirmado por BC pulmonar. Iniciou progestativo com melhoria das hemoptises. Declínio das PFR, com síndrome obstrutivo e diminuição grave da DLCO, mantem vigilância sob terapêutica broncodilatadora, permanecendo ativa. Diagnóstico há 17 anos.

Caso 3: Mulher, não fumadora, antecedentes de esclerose tuberosa, angiomiolipomas renais e défice cognitivo, referenciada aos 31 anos por dispneia com 1 ano de evolução, já com insuficiência respiratória global sob oxigenioterapia com TC torácico sugestivo de LAM. Últimas PFR com síndrome obstrutivo grave. Diagnóstico há 2 anos.

CONCLUSÃO: Descrevem-se os casos de LAM acompanhados no nosso hospital, que traduzem a diversidade clínico-radiológica desta patologia e diferente evolução clínica possível. O prognóstico é variável, com sobrevida média habitualmente > 10 anos.

APLICABILIDADE DE DOIS ÍNDICES PROGNÓSTICOS NUMA COORTE DE DOENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Linhas R.; Coutinho D.; Campainha S.; Nogueira C.; Costa F.; Sanches A.; Neves S.
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO: Avaliar a sobrevida de uma coorte de doentes com fibrose pulmonar idiopática (FPI) utilizando os índices prognósticos do Bois e GAP.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de todos os doentes com diagnóstico de FPI seguidos em consulta no Serviço de Pneumologia do CHVNG/E, desde janeiro de 2011 até 31 de julho de 2015 ou até à data de morte. Os índices prognósticos foram avaliados à data de diagnóstico. O índice du Bois incluiu idade, hospitalizações por intercorrência respiratória, capacidade vital forçada (FVC) à data de admissão e após 6 meses e foi dividido em 6 intervalos. O índice GAP incluiu género, idade, FVC e DLCO e foi dividido em 3 categorias.

RESULTADOS: Foram incluídos 31 doentes, obtendo-se os seguintes resultados:

Média etária no diagnóstico	67 ± 10anos
Género	68% masculino (n=21) 32% feminino (n=10)
Hábitos tabágicos: • Fumador • Ex-fumador • Não-fumador	• 23% (n=7) • 32% (n=10) • 45% (n=14)
Principais comorbilidades: • Refluxo gastroesofágico • Diabetes mellitus • Doença cardiovascular	• 16% (n=5) • 13% (n=4) • 6% (n=2)
Estudo funcional: • Dessaturação na prova da marcha • Valor médio de FVC • Valor médio de TLC • Valor médio de DLCO	• 58% (n=18) • 84 ± 19,4% • 81,6 ± 14,1% • 49,1 ± 17,2%
Oxigenoterapia	52% (n=16)
Hipertensão pulmonar	26% (n=8)

Média etária no diagnóstico	67 ± 10anos
Tratamento no curso da doença: • Corticoterapia • Azatioprina • Acetilcisteína • Pirfenidona • Nintedanib	• 48% (n=15) • 19% (n=6) • 29% (n=9) • 26% (n=8) • 10% (n=3)
Mortalidade	35% (n=11)

	GAP			du Bois		
	1	2		8-15	≥ 34	
Sobrevida cumulativa	91,7%	28.0%	p=0.002	83,3%	22,5%	p=0.081

CONCLUSÕES: A utilização dos índices prognósticos na nossa amostra permitiu avaliar o risco de mortalidade e progressão rápida da doença. O índice GAP revelou tratar-se de um preditor de mortalidade fidedigno na medida que os doentes incluídos numa classificação inferior apresentaram melhor prognóstico relativamente a uma classificação superior. Apesar dos achados semelhantes no que se refere ao índice du Bois, estes não são conclusivos.

NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS MÚLTIPLAS EM DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO

Linhas R.; Dias M.; Campainha S.; Conde S.; Barroso A.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJECTIVO: Analisar as características clinicodemográficas de doentes com cancro do pulmão (CP) com neoplasias malignas primárias múltiplas (NPM) (síncronas/metácronas).

MÉTODOS: Incluíram-se todos os doentes com CP e NPM da consulta de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, e analisaram-se as suas características. O diagnóstico de cada tumor foi confirmado histologicamente, tendo sido excluída a hipótese de se tratarem de metástases.

RESULTADOS: Foram identificados 29 casos de NPM. A média etária foi de 71 ± 12 anos com um predomínio do sexo masculino (68,9%; n=20). Catorze doentes eram ex-fumadores, 6 fumadores e 9 não-fumadores. A localização das NPM nos doentes com CP foram as seguintes:

Localização	n	Metácronas			Síncronas
		1º cancro	2º cancro	3º cancro	
Tiróide	3	2			1
Mama	4	2	1		1
Recto	4	1	2		1
Cólon	6	1	3		2
Esófago	1		1		
Rim	1		1		
Bexiga	5	4		1	
Próstata	3	1	2		
Laringe	3	1			2
Língua	1		1		
Palato duro	1		1		
Sistema hematológico	1	1			
Cólo do útero	1	1			

Quatro doentes apresentaram neoplasias triplas, um deles com neoplasias síncronas e metácronas.

CONCLUSÃO: A sobrevivência dos doentes com cancro tem aumentado devido aos avanços terapêuticos. Durante o follow up destes doentes, é expectável que sejam identificadas novas neoplasias primárias, seja pelos efeitos adversos a longo prazo da quimioterapia/radioterapia, pela existência de fatores de risco genéticos ou pela exposição a fatores de risco ambientais comuns. No caso específico do CP, o tabaco é o principal fator de risco conhecido e está associado a vários tipos de cancro em outros órgãos. Na nossa revisão, a maioria dos doentes com NPM apresentaram exposição tabágica. Deste modo, os autores pretendem alertar para a necessidade de insistir na evicção tabágica e de manter vigilância apertada dos doentes com CP, após tratamento do mesmo.

CORRELACION ENTRE IGRAS Y LA PRUEBA DE TUBERCULINA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION TUBERCULOSA LATENTE EN UN ESTUDIO DE CONTACTOS

Uribe Giraldo N.; Marrube Fernández M. D. M.; Valiño Lopez P.; Montero Martínez C.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVOS: Estudiar la correlación de la prueba de tuberculina (PT) y el IGRAs para el diagnóstico de infección tuberculosa latente (ITL) en dos subgrupos de pacientes: niños y adultos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 61 pacientes valorados en la Unidad de Tuberculosis para despistaje de tuberculosis en el contexto de un contacto reciente. Las variables recogidas fueron: Vacunación BCG, lectura de la PT en mm a las 48 horas, radiografía de tórax y determinación de IGRAs según el método de Quantiferon-TB. Como método de concordancia se utilizó el índice Kappa.

RESULTADOS: De los 61 pacientes estudiados, se excluyeron 9 pacientes: 2 que tenían una PT previa positiva y 7 por desconocer su estado de vacunación. Los pacientes estudiados fueron 37 adultos (71%) y 15 niños (29%). La mediana de edad fue de 26,5 años (rango de 4-54). Los hallazgos radiológicos fueron: Infiltrados pulmonares: 5%, Ensanchamiento mediastínico: 9,5%, Granulomas: 1,9% y sin alteraciones: 84%. Los resultados de IGRAs, PT y su correlación se expresan en la tabla.

	Nº casos	BCG +	BCG -	PT +	PT -	IGRAs +	IGRAs -
Niños	15	0	15	13	2	13	2
Adultos	37	36	1	36	1	14	23
Total	52	36	16	49	3	27	25

Existe una escasa concordancia en la muestra global de pacientes estudiados, índice Kappa: 0.12, mientras que hay una concordancia perfecta en el grupo de niños, Kappa: 1 y mínima entre los adultos, Kappa: 0.033

CONCLUSIÓN: El interferón gamma muestra una concordancia perfecta en niños no vacunados y podría evitar realizar la PT.

En población vacunada la concordancia de IGRAs-PT es baja, pero la determinación de IGRAs podría evitar realizar profilaxis innecesarios en un porcentaje considerable de pacientes.

ESTENOSE TRAQUEAL PÓS-ENTUBAÇÃO – UMA REALIDADE FREQUENTE

Vale Lages J.; Iglésias L.; Cunha J.

Hospital de Braga

INTRODUÇÃO: As estenoses traqueais podem ter várias etiopatogenias, no entanto, as estenoses pós-intubação são as mais frequentes.

MÉTODOS: Descrição de um caso clínico.

CASO CLÍNICO: Sexo masculino, 46 anos. Antecedentes de epilepsia e alcoolismo. Internamento em 2011 por sepsis com ponto de partida respiratório e síndrome de Lyell de provável etiologia medicamentosa (Fenitína). Necessidade de internamento na UCIP com ventilação invasiva durante 20 dias, tendo desenvolvido estenose traqueal pós intubação. Manteve-se assintomático e sob vigilância. Em 2015 referia estridor com a fala que agravava com o tempo. Sem limitações para atividades da vida diária. Objetivamente apresentava respiração rude mais marcada na inspiração. À auscultação, estridor de predomínio inspiratório. Espirometricamente, curva débito-volume com redução característica do PEF e plateau na curva inspiratória e expiratória. TC do pescoço mostrava estenose de cerca de 70% da área concêntrica da traqueia, cerca de 38 mm abaixo do ventrículo laríngeo. Regionalmente, identifica-se uma área irregular de componente de tecidos moles, traduzindo provável fibrose. Broncoscopia rígida confirmou estenose traqueal complexa, condicionando redução do lúmen em cerca de 90%. Foram efetuados cortes radiais com bisturi e posterior dilatação. Constatou-se que a estenose envolveu 2 anéis traqueais, principalmente na vertente antero-lateral esquerda. No final, o lúmen traqueal ficou patente em cerca de 80%. O doente referia alívio sintomático significativo. Agendou-se exame para reavaliação e nova dilatação da estenose provável. Atualmente sem queixas respiratórias.

CONCLUSÃO: As indicações para intubação orotraqueal são agora mais frequentes, tanto em situação de urgência como eletivas, aumentando o número dos doentes intubados e em ventilação mecânica. Estudos referem que não há relação com o tempo de intubação, mas com a intensidade da isquemia gerada na parede traqueal. O presente caso pretende alertar para esta realidade frequente, pelo que os clínicos devem estar alertados para a sua ocorrência e possibilidades de tratamento.

FUMADORES LEVES/ PESADOS – A MESMA DOENÇA /DISTINTOS FENÓTIPOS?

Carriço F.; Fernandes F.; Parreira J.; Gomes R.; Reis M.; Luís M. F.

Hospital Sousa Martins - Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior

INTRODUÇÃO: A consolidação do número de cigarros que um indivíduo necessita por dia ocorre em função de vários fatores, como custo, proibições, tolerância e características individuais, isto é, o seu fenótipo em relação ao tabagismo.

Os polimorfismos envolvidos no metabolismo da nicotina (CYP2A6) determinam o ritmo de cada fumador.

OBJECTIVOS: Avaliar o perfil tabágico dos fumadores que recorrem a consulta de desabitação tabágica – abordagem intensiva.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo e comparativo com base na análise dos protocolos de consulta de Desabitação Tabágica do Hospital Sousa Martins.

Grupo I - Fumadores Leves, consumo ≤ 5 cigarros/dia

Grupo II - Fumadores Pesados, consumo ≥ 20 cigarros/dia

RESULTADOS: Incluídos 200 doentes: 14,5 % fumadores leves /64% pesados.

Não se verificaram diferenças entre grupos em termos de média de idades, grau de motivação para cessação, dependência psicológica, consumo social, nível de cotinina urinária e ocorrência de patologia relacionada com o tabaco. A ansiedade é referida como o principal receio.

Fumadores pesados são na maioria homens 73% ($p < 0,05$) com baixo nível de escolaridade ($p < 0,05$) , com início de hábitos precoce ($p < 0,05$) , consomem em média 26 cigarros/dia ($p < 0,05$), Teste Fagerström pelo menos moderado ($p < 0,05$), elevados níveis de CO ($p < 0,05$). Referem mais sintomas relacionados com o tabaco ($p < 0,05$), evocam como principal motivo para cessação tabágica a saúde, mas fizeram menos tentativas de abandono ($p < 0,05$).

Os fumadores leves são maioritariamente mulheres, com alto nível de escolaridade ($p < 0,05$) , início de hábitos mais tardio ($p < 0,05$), consumo médio de cigarros 4,5 cigarros/dia ($p < 0,05$), menor doseamento de CO ($p < 0,05$) e menor dependência nicotínica (FTND) ($p < 0,05$).

CONCLUSÕES: A doença tabágica pode ser graduada por vários métodos com implicações clínicas diretas no sucesso terapêutico.

A classificação simplista dos indivíduos em fumadores leves, moderados ou pesados pelo número de cigarros consumidos não é satisfatória para descrever os múltiplos fenótipos ligados ao consumo de tabaco.

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA NA CIRURGIA DE RESSEÇÃO PULMONAR

Ribeiro L.; Apolinário D.; Nascimento L.; Pinto C.; Conde B.; Afonso A.

CHTMAD- Vila Real

OBJETIVOS: Avaliação do risco de complicações pulmonares após cirurgia programada de ressecção pulmonar aplicando a escala de Torrington e Henderson, correlacionando com as complicações observadas.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes sujeitos a avaliação pré operatória para cirurgia de ressecção pulmonar entre maio de 2012 e maio de 2015.

RESULTADOS: Realizou-se avaliação funcional pré-operatória em 51 doentes, dos quais 63% (32) não realizaram cirurgia, 12,5% (4) dos quais por contra-indicação pelo estudo funcional, segundo o algoritmo modificado de Bolliger. Dos 19 que realizaram cirurgia, 73.7% eram homens, média de idade 67 ± 7 anos e 52.6% com hábitos tabágicos. Dezasseis (84.2%) apresentavam patologia maligna e três benigna. Segundo a escala de Torrington e Henderson, 21.1% (4) apresentavam risco baixo, 63.2% (12) moderado e 15.8% (3) alto de complicações pulmonares pós-cirúrgicas. Realizaram-se 12 lobectomias, 5 segmentectomias, 1 pneumectomia e 1 ressecção atípica. Observaram-se complicações cirúrgicas em 7 doentes (36.8%), dos quais 5 (26.3% da totalidade) apresentavam complicações pulmonares: traqueobronquite aguda (3) e broncospasmo (2). Nos doentes de risco estimado baixo, moderado e alto, verificou-se complicações pulmonares em 25% (1), 8.3% (1) e 100% (3), respetivamente. Verificou-se uma distribuição das complicações pulmonares observadas semelhante pelos diferentes grupos de risco. Não se registou mortalidade.

CONCLUSÕES: A percentagem de complicações pulmonares observadas foi semelhante à descrita noutras séries, no entanto com valores pelas classes de risco ligeiramente diferente, o que pode ser justificado pelo pequeno tamanho da amostra e a escala aplicada no cálculo desse risco não ser provavelmente a adequada neste tipo de cirurgia. São necessários estudos a longo prazo com maior amostra para construção/validação de escalas de risco neste tipo de cirurgias.

EFEITO DO ESTUDO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM FUMADORES SEM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CONHECIDA

Oliveira M. J.; Gonçalves A.; Ladeira I.; Guimarães M.; Pascoal I.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: O estudo funcional respiratório (EFR) deve integrar a avaliação inicial dos fumadores. É escassa a informação publicada relativa à cessação tabágica em fumadores sem patologia respiratória conhecida (FSPRC). Não são consensuais os resultados da utilização da espirometria como estratégia motivacional para a cessação tabágica.

OBJETIVO: Avaliação dos resultados da cessação tabágica e o efeito das alterações do EFR em FSPRC, seguidos num programa intensivo de cessação tabágica (PICT).

Metodologia: Análise retrospectiva de 247 FSPRC, seguidos num PICT. Analisou-se: demografia, história tabágica, características dos fumadores, comorbilidades, sintomas respiratórios, EFR, farmacoterapia, abstinência e abandono da consulta aos 6 e 12 meses.

RESULTADOS: Analisaram-se 185 (74,9%) homens. Idade média 53 ± 12 anos. Carga tabágica média $50,4 \pm 32,1$ unidades maço ano. 113 (45,7%) fumadores tinham dependência moderada (Teste de Fagerström médio: $5,25 \pm 2,3$). Motivação média $8,11 \pm 1,5$. Comorbilidades: 121 (49,0%) fatores de risco cardiovascular, 37 (15%) cardiopatia isquémica 47 (19%) patologia psiquiátrica. Tinham sintomas respiratórios 170 (68,8%) doentes. EFR: 157 (63,6%) normal, 57 (23,1%) obstrução, 22 (8,9%) obstrução das pequenas vias 11 (4,5%) restrição. Proposta terapêutica farmacológica em 151 (61,1%): 57 (23,1%) vareniclina, 53 (21,5%) terapêutica de substituição nicotínica oral, 41 (17,1%) outros. Abstinência 25% (62) aos 6 meses, 27,5% (68) aos 12 meses. Abandonaram a consulta 64 (25,9%) aos 6 meses e 102 (41,3%) aos 12 meses. A cessação aos 12 meses foi significativamente superior nos homens (59 vs. 125; $p=0,009$). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a cessação e presença de sintomas respiratórios, comorbilidades, alterações no EFR, motivação, dependência ou fármaco utilizado.

CONCLUSÃO: O estudo funcional respiratório (EFR) integrado num programa de cessação tabágica pode ser uma excelente oportunidade para diagnóstico de doenças respiratórias. As alterações do EFR não influenciaram os resultados da cessação tabágica. A informação sobre o EFR, independentemente dos resultados, pode ser utilizada como estratégia motivacional promovendo a cessação mesmo em fumadores com função respiratória normal.

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA – REVISÃO CASUISTICA

Melo V.; Sousa M.; Silva J.; Campos A.; Torres S.

CHTV

OBJETIVOS: Caracterizar os doentes seguidos em consulta de patologia do interstício de um serviço de Pneumologia com o diagnóstico de pneumonia organizativa criptogénica (COP).

MATERIAIS E MÉTODOS: análise retrospectiva dos processos clínicos

RESULTADOS: 7 doentes com o diagnóstico de COP. A maioria do género feminino (57%) e não fumadores (85%) com uma média de idades de 64 anos (44-72 anos). A sintomatologia maioritariamente referida no início do quadro clínico foi tosse seca (43%) e dispneia (43%). A radiografia do tórax apresentava infiltrados reticulares bilaterais em 85% dos doentes. De referir a presença de infiltrados migratórios em 1 doente. TCtorax: a maioria dos doentes (57%) apresentava infiltrados em “vidro despolido” de predomínio basal, 28% difusos e 15% migratórios. A pletismografia destes doentes estava normal em 28% dos casos, 44% apresentavam uma síndrome restritiva e 28% uma síndrome obstrutiva. O lavado bronco-alveolar (LBA) apresentava relação $CD4/CD8 > 1$ em 57% dos casos. O diagnóstico histológico de pneumonia organizativa foi obtido em 71,5% através de biópsia transtorácica e em 28,5% por biópsia cirúrgica. Todos os doentes iniciaram corticoterapia sistémica registando-se 2 casos de remissão, 4 de melhoria clínica e imagiológica e 1 caso de manutenção dos sintomas e lesões.

CONCLUSÃO: A COP apresenta-se com um quadro clínico com evolução caracteristicamente subaguda de tosse seca associada a dispneia e em alguns casos febre. A apresentação imagiológica mais frequente é a de múltiplos infiltrados alveolares. O LBA apresenta normalmente predomínio de linfócitos CD8 o que não se verifica neste caso. Para se estabelecer o diagnóstico definitivo é importante a exclusão de causas de pneumonia organizativa, a clínica, a imagiologia e a histologia. O início de corticoterapia normalmente leva a rápida melhoria clínica e imagiológica.

LA INFECCIÓN COMO COMORBILIDAD DE LA EPOC - DOS AÑOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Silva Santos P. R.; Cruz C.; Fradinho F.; Duarte J.; Afonso M.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUCCIÓN: Las exacerbaciones infecciosas son comunes en la EPOC y son responsables por los frecuentes ingresos hospitalarios y agravamiento de la historia natural de la enfermedad de estos pacientes. La neumonía adquirida en la comunidad es una de las causas más frecuentes de esas exacerbaciones.

OBJETIVOS: Comparar a los pacientes con EPOC ingresados por exacerbación infecciosa de su enfermedad, con los pacientes con EPOC ingresados por neumonía adquirida en la comunidad.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de historias clínicas de 179 pacientes ingresados en el servicio de neumología en 2013 y 2014; 94 por neumonía y 85 por exacerbación infecciosa de la EPOC.

RESULTADOS: Se evaluaron 179 admisiones, 140 hombres, con edad promedio de 76 años. Los principales motivos de consulta fueron agravamiento de la tos y esputo (90%), disnea (77%) y fiebre (56%). Todos los pacientes tenían elevación de los parámetros analíticos de infección. Se aislaron microorganismos en el esputo en 7,8% de los casos, siendo la *Pseudomonas aeruginosa* (35,7%) el más frecuente. Los pacientes cumplieron antibioterapia empírica y dirigida en promedio durante 10 días. No se encontraron diferencias en los tiempos de hospitalización entre los grupos y se registraron ocho muertes, seis de las cuales en los pacientes con neumonía. La tasa de mortalidad global a los 30 días y 90 días, fue de 7,8% y 15,1% respectivamente, en ambos casos superior en los pacientes con neumonía. A señalar que 58,1% de los pacientes eran exfumadores y 24% fumadores.

CONCLUSIONES: Los autores señalan que, aunque no haya diferencia en los tiempos de hospitalización de los grupos estudiados, la tasa de mortalidad global a los 30 y 90 días, fue superior en los pacientes con neumonía. En este estudio se asocia la neumonía a peor pronóstico, aunque sigue siendo controvertido que la EPOC preexistente cambie su curso.

OMALIZUMAB — TRATAMENTO OFF-LABEL DA ASMA GRAVE NÃO ATÓPICA

Oliveira M. J.¹; Vieira M.¹; Apolinário D.²; Marçosa R.¹; Monteiro R.¹; Ladeira I.¹; Ferreira J.¹; Moreira Da Silva J.¹; Carvalho A.¹; Lima R.¹

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho¹; Centro Hospitalar de Trás Os Montes e Alto Douro²

INTRODUÇÃO: O omalizumab atua na cascata inflamatória mediada por IgE. Está indicado no tratamento da asma alérgica grave. O seu uso off-label tem sido alvo de interesse em outras patologias mediadas por IgE.

OBJETIVO: Avaliação do uso off-label de omalizumab, em doentes com asma grave não atópica, em termos de controlo da doença, FEV1 e dose de corticoide inalado.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo dos doentes asmáticos graves sob omalizumab. Avaliou-se: demografia, história tabágica, comorbilidades e IgE total. No subgrupo de doentes não atópicos analisou-se: dose de corticoide inalado diário, volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) e asthma control test (ACT), antes do omalizumab (T0), aos 4 (T4) e 12 meses (T12), de tratamento. Análise estatística: teste T-student para amostras emparelhadas.

RESULTADOS: 34 doentes, 25(73.5%) mulheres, idade média 52±10 anos. História tabágica: 8(23.5%) doentes. Comorbilidades: 26(76.5%) rinite, 7(20.6%) polipose nasal, 7(20.6%) sinusite e outras. IgE total média: 497.4±635.3kU/L. 6(17.6%) tinham asma não atópica [100% mulheres, idade média 53±5 anos, IgE média 173.8±135.8kU/L, comorbilidades – 5(83.3%) rinite, 4(66.7%) sinusite e 2(33.3%) polipose nasal]. O ACT médio, FEV1 médio e dose equivalente de budesonido diária, neste subgrupo de doentes (T0, T4 e T12) estão na tabela 1. O FEV1 antes e após 12 meses de omalizumab foi significativamente superior no subgrupo de doentes off-label (antes 64.7vs.54.5%,p=0.005 e após 12 meses 98.0vs.69.8%,p=0.012). Nenhum destes doentes apresentou reações adversas medicamentosas.

	T0	T4	T12
ACT (médio±desvio padrão)	10.0±0	18.3±5.7(p=0.043)	25.0±0(p=0.000)
FEV1 (médio±desvio padrão)	59.4±17.0	62.3±14.8(p=0.540)	98.2±35.4(p=0.480)
Dose média equivalente Budesonido(µg)	1753.3±845.3	1206.7±633.2(p=0.043)	900.0±174.4(p=0.001)

CONCLUSÃO: Deste estudo conclui-se que com o uso off-label de omalizumab, em doentes com asma grave não atópica, há uma melhoria significativa no controlo da doença, no FEV1 e redução significativa na dose de corticoide inalado, aos 12 meses de tratamento.

HEMOPTISES - CASUISTICA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Raimundo S.; Apolinário D.; Alexandre A.; Loureiro A.; Afonso A.

Centro Hospitalar De Trás-os-montes E Alto Douro

OBJETIVO: Caracterizar a população admitida a internamento por hemoptises, nomeadamente a etiologia, tratamento e mortalidade.

MÉTODOS: Estudo descritivo dos internamentos por hemoptises num serviço de pneumologia no período de 01 de Janeiro de 2011 a 31 de Julho de 2015.

RESULTADOS: Foram estudados 168 doentes, com média de idade de 64 ± 17.4 anos. O sexo masculino representou 71% da amostra. Mais de metade dos indivíduos (52%) era fumador ou ex-fumador.

A radiografia torácica foi realizada em 97% dos casos e foi normal em 3%.

Em 81% dos casos foi realizada TC torácica, mostrando-se anormal em 99%.

A broncofibroscopia, realizada em 54% dos doentes, identificou a fonte da hemorragia em 46% dos casos. Permitiu o diagnóstico em 79% dos indivíduos com patologia tumoral e isolamento de agentes microbiológicos em 51% dos indivíduos com patologia infecciosa. Etiologicamente, a patologia infecciosa foi a mais frequente, representando 61% dos diagnósticos, englobando a PAC (52%), bronquite aguda (15%), bronquiectasias infetadas (10%) e tuberculose pulmonar (10%), seguida pela patologia tumoral (18%), constituída principalmente pelos tumores primários do pulmão (93%). Outras causas foram a DPOC agudizada (5%) e o TEP (4%). Em 9% dos casos não se chegou a um diagnóstico etiológico. Em 96% dos casos o tratamento médico exclusivo foi a abordagem escolhida, tendo-se recorrido a métodos invasivos em 4% dos casos, sempre em concomitância com a terapêutica médica.

Em 43% o tratamento da causa foi suficiente e usado em exclusividade. Um quinto dos doentes fez somente tratamento sintomático.

A taxa de mortalidade foi de 2%.

CONCLUSÕES: As hemoptises são um sintoma frequente na prática clínica, observado mais vezes no sexo masculino e em indivíduos fumadores. A etiologia infecciosa e tumoral encabeçam as causas deste sintoma, sendo que por vezes não é possível atingir um diagnóstico etiológico. Usualmente o tratamento médico é suficiente para controlar a hemorragia.

REINTERNAMENTOS: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Marques C.; Castro Lima F.; Cunha Machado D.; Ribeiro C.; Oliveira A.; Vanzeller M.
Centro Hospitalar De Vila Nova De Gaia/Espinho

OBJETIVO: Avaliar os motivos de reinternamento (internamento menos de 30 dias após alta hospitalar) e características de doentes reinternados num serviço de Pneumologia.

MÉTODOS: Foram recolhidos, retrospectivamente, os dados referentes ao motivo de reinternamento e características dos doentes reinternados (idade, sexo, tabagismo, patologias respiratórias prévias) no primeiro semestre de 2015, num serviço de pneumologia.

RESULTADOS:

Número de reinternamentos	63
Número de doentes reinternados	47 doentes • 35 doentes com 1 reinternamento • 10 doentes com 2 reinternamentos • 2 doente com 4 reinternamentos
Mediana idade	73 anos
Mediana dias de internamento	13 dias
Mediana de dias entre a alta e o reinternamento	11 dias
Sexo masculino	76,6%
Oxigenioterapia de longa duração	63,5%
Tabagismo	• 17% fumadores • 46,8% ex-fumadores • 34% não fumadores
Internamentos em 2014	• 57,4% sem internamentos em 2014 • 27,7% com 1 internamento em 2014
ANTECEDENTES	
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	66% 64,5% dos doentes com DPOC com FEV1<50%
Bronquiectasias	29,8%
Asma	10,6%
Neoplasia pulmonar	25,5% • 50% adenocarcinoma • 33,3% carcinoma epidermóide • 8,3% tumor carcinóide • 8,3% carcinoma pequenas células
REINTERNAMENTO	

Motivos de reinternamento	69,8% intercorrência infecciosa • 23,8% traqueobronquite • 23,8% pneumonia • 22,2% bronquiectasias infetadas 7,9% agudização da patologia obstrutiva de base (sem intercorrência infecciosa)
Mortalidade durante internamento	23,8%

CONCLUSÕES: A maioria dos reinternamentos são motivados por intercorrências infecciosas e associam-se a uma mortalidade importante: cerca de um quarto dos doentes morrem durante um reinternamento.

Os doentes reinternados são doentes com patologia respiratória conhecida, nomeadamente uma elevada percentagem de DPOC.

CARACTERÍSTICAS DO CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS COM MUTAÇÕES EGFR E IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS

Marçôa R.; Dias M.; Linhas R.; Gonçalves A.; Campainha S.; Conde S.; Barroso A.
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO: O carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) evoluiu de uma entidade única para uma doença com diversos subtipos clínicos, histológicos e genéticos.

OBJETIVO: Caracterizar os doentes com CPNPC com mutações do EGFR (epidermal growth factor receptor).

MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo onde foram incluídos doentes com CPNPC com mutações EGFR seguidos na consulta hospitalar de Pneumologia Oncológica de Janeiro/2010-Dezembro/2014. Foram registadas as características sociodemográficas, histologia e estadio da neoplasia, tipo de mutação EGFR, terapêutica efetuada e sobrevida.

RESULTADOS: Foram incluídos 58 doentes com idade média de 66 anos (± 11); 65,5% (n=38) sexo feminino; 60,3% (n=35) não fumadores.

O diagnóstico histológico foi adenocarcinoma do pulmão em 96,6% (n=56) dos casos e CPNPC não especificado em 4,4% (n=2). As mutações EGFR encontradas foram deleções no exão 19 (55,2%; n=32); substituições no exão 21 (25,7%; n=19), nomeadamente a mutação L858R (n=16); substituições no exão 18 (n=3); mutações no exão 20 (n=4). A taxa de mutação de EGFR na população total foi de 14,7%.

Ao diagnóstico 69% (n=40) dos doentes encontravam-se nos estadios IIIB-IV tendo sido iniciados inibidores da tirosina-cinase (TKI) em 1ª linha em 75% destes (n=30). Dos doentes com deleções no exão 19 e estadio IIIB-IV, 87% iniciaram TKI versus 72,7% dos doentes com substituições no exão 21 (p=0,084).

Nos doentes em estadio IIIB-IV ao diagnóstico a sobrevida mediana global foi de 15 meses, sendo de 24 meses nos EGFR+ com deleções no exão 19 e de 11 meses nos EGFR+ com substituições no exão 21 (p=0,003).

CONCLUSÕES: A pesquisa das mutações do EGFR deve ser realizada sistematicamente nos doentes com CPNPC não escamoso em estadio avançado. A nossa revisão revela uma taxa de mutação do EGFR de 14,7%.

A melhor sobrevida encontrada no grupo dos doentes com deleção no exão 19 vem corroborar o que tem sido descrito na literatura.

QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DOMICÍLIO

Silva J.; Simões S.; Abrantes T.; Correia J.; Duarte L.; Figueirido I.; Almeida G.; Direito M.; Portugal C.; Reis A.; Torres S.

IFE Pneumologia No CHTV

INTRODUÇÃO: A ventilação não invasiva (VNI) tem vindo a assumir um protagonismo crescente nas últimas décadas tanto em ambiente hospitalar como no domicílio, para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória crónica hipercápnica. Com a utilização da VNI pretende-se aumentar a taxa de sobrevivência, reduzindo o número de dias de internamento e melhorando a qualidade de vida.

OBJETIVOS: Avaliação da qualidade de vida (QDV) relacionada com a saúde, entre outros parâmetros clínicos e analíticos, de doentes submetidos a VNI no domicílio seguidos no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo que incidiu numa amostra de 60 doentes ventilados no domicílio, seguidos no CHTV. Foi utilizado o Questionário de Estado de Saúde (SF-36) entre outros instrumentos de recolha de dados.

RESULTADOS/CONCLUSÕES: O índice de Graffar médio aponta para famílias de classe inferior alta, com nível sócio-económico reduzido. 63,35% dos doentes vive com companheiro. Verificámos existir índices mais elevados do estado de saúde nas escalas da saúde mental, função social e dor corporal. 51,7% dos doentes apresentou complicações relacionadas com a interface (uso de máscara facial em 70% dos doentes). A maioria dos doentes (55%) não recorreu às urgências no último ano e não necessitou de internamento (71.2%). A percentagem média de dias de uso de VNI superior a 4h/dia foi de 92,86%. Houve melhoria dos parâmetros gasimétricos ao fim de um ano de uso de VNI no domicílio, nomeadamente do pH, PaCO₂ e PaO₂. A avaliação da QDV torna-se uma tarefa complicada, tanto pela subjectividade inerente a cada indivíduo, mas também pela dificuldade na análise e interpretação dos resultados. Neste sentido e apesar das dificuldades inerentes, este estudo permitiu-nos desenvolver uma base de apoio para posteriores investigações.

PALAVRAS-CHAVE: Ventilação não Invasiva, Qualidade de Vida, Domicílio

FATORES ASSOCIADOS A DESMAME VENTILATÓRIO PROLONGADO

Vaz D; Nogueira C; Achando M; Basto M; Marques A; Paixão A; Gonçalves M; Fernandes P; Castelões P

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

OBJETIVO: Desmame ventilatório prolongado define-se como insucesso de 3 tentativas de ventilação espontânea ou necessidade de mais de 7 dias de ventilação invasiva desde a 1ª tentativa de desmame; apresentando prevalência que oscila entre os 26 a 42%. Os autores propõem análise de internamentos em unidade de cuidados intensivos polivalente com desmame ventilatório prolongado, de modo a identificar os fatores associados a este desfecho.

MÉTODOS: Os autores efetuaram análise retrospectiva de internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Nesta população identificou-se o grupo de doentes com desmame prolongado (duração de ventilação mecânica superior a 7 dias desde 1ª tentativa de desmame ventilatório). Este subgrupo foi comparado com a restante população de modo a identificar as variáveis clínicas e epidemiológicas que se relacionaram significativamente com desmame prolongado.

RESULTADOS: Em 139 doentes internados na UCIP, a prevalência de desmame prolongado foi 18,7% (26 doentes).

Os doentes com desmame prolongado, quando comparados com a restante população apresentavam score APACHE mais elevado (24 ± 6 vs 18 ± 8 ; $p=0,006$), score SAPS II mais elevado (54 ± 16 vs 39 ± 20 ; $p=0,002$), e escala de Glasgow na admissão mais baixa (10 ± 4 vs 13 ± 3 ; $p=0,04$).

Este grupo de doentes apresentava também maior percentagem de início de suporte aminérgico após 48 horas de internamento (30,7% vs 13,3%; OR=2,2, $p=0,03$).

Em análise multivariada os preditores independentes para desmame prolongado foram score APACHE ($p=0,01$; Exp(B)=2,1 [1,8-2,2]), score SAPS II ($p=0,003$; Exp(B)=2,2 [1,9-2,4]), escala de Glasgow ($p=0,002$; Exp(B)=1,9 [1,2-2]) e necessidade de suporte aminérgico após 48h de internamento ($p=0,02$; Exp(B)=1,8 [1,3-2,4]).

CONCLUSÕES: Na nossa população, a gravidade clínica na admissão e a instalação de disfunção cardiovascular grave no decurso do internamento foram os fatores determinantes de desmame prolongado.

A idade, comorbilidades (nomeadamente doença respiratória prévia) e motivo de internamento não determinaram desmame ventilatório prolongado.

FATORES PREDITORES DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILADOR

Vaz D; Nogueira C; Achando M; Basto M; Marques A; Paixão A; Fernandes P; Castelões P

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

OBJETIVO: A pneumonia associada a ventilador tem uma prevalência que oscila entre 9 e 27% dos doentes submetidos a ventilação invasiva.

Os autores propõem análise de internamentos em unidade de cuidados intensivos polivalente, de modo a identificar os fatores associados a risco para desenvolver pneumonia associada a ventilador.

MÉTODOS: Os autores efetuaram análise retrospectiva de internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Nesta população identificou-se o grupo de doentes que desenvolveu pneumonia associada a ventilador (pneumonia que ocorreu 48 horas após entubação orotraqueal). Este subgrupo foi comparado com a restante população de modo a identificar variáveis clínicas e epidemiológicas que se relacionam significativamente com risco para pneumonia associada a ventilador (PAV).

RESULTADOS: Numa população de 100 doentes internados na UCIP, a prevalência de pneumonia associada a ventilador foi 23% (23 doentes).

Os doentes com PAV, comparados com a restante população, apresentavam score SAPS II mais elevado (53 ± 16 vs 41 ± 23 ; $p=0,03$), escala de Glasgow na admissão mais baixa (7 ± 4 vs 12 ± 4 ; $p=0,001$), foram mais frequentemente submetidos a traqueostomia (34,8% vs 14,3%; OR=2,3; $p=0,03$) e apresentaram duração de internamento superior (17 ± 8 vs 9 ± 6 ; $p=0,0001$).

Em análise multivariada os preditores independentes para PAV foram escala de Glasgow ≤ 12 na admissão (Exp(B)=1,4 [1-2]; $p=0,01$) e score SAPS II (Exp(B)=2,1 [1,6-2,9]; $p=0,0001$).

CONCLUSÕES: Na população estudada, a gravidade clínica na admissão traduzida por score SAPS II e escala de Glasgow, foi o único fator de risco para pneumonia associada a ventilador.

A gravidade clínica avaliada pelo score APACHE não foi preditor de risco para pneumonia associada a ventilador.

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

FECHAS: 23 y 24 de octubre

SEDE: **Hotel Isla de A Toxa**
Isla de la Toja, s/n, 36991 Illa da Toxa, Pontevedra
Tel: 986 73 00 50

INSCRIPCIÓN

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	100 €
Cuota para Enfermería	60 €

HOTEL OFICIAL: Hotel Isla de La Toja

Habitación Individual	Habitación Doble
70 €	86€

Precio por habitación y noche. Desayuno e I.V.A. incluidos

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica **hasta el 15 de octubre de 2015**. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el 09 de octubre de 2015. A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaría técnica.

Cancelaciones:

Hasta el 06/09/15:

Devolución del 100%

Hasta el 20/09/15:

Devolución del 90%

Después del 20/09/15:

Sin devolución

COMUNICACIONES

La fecha límite para el envío de comunicaciones es el 15 de septiembre de 2015. Podrá consultar las normas y hacer el envío a través de:

www.sogapar.info

RESTAURACIÓN:

Almuerzo de trabajo. El viernes, 23 de octubre, de 13.30 a 15.30 horas, en el Hotel Isla de La Toja, sede de la reunión.

Cena del congreso. Se celebrará el viernes, 23 de octubre en el Hotel Louxo a las 21.45 horas. Ubicado en frente de la sede.

ORGANIZA



Sogapar

ACREDITACIÓN

Solicitada a:



INFORMACIÓN SECRETARÍA TÉCNICA



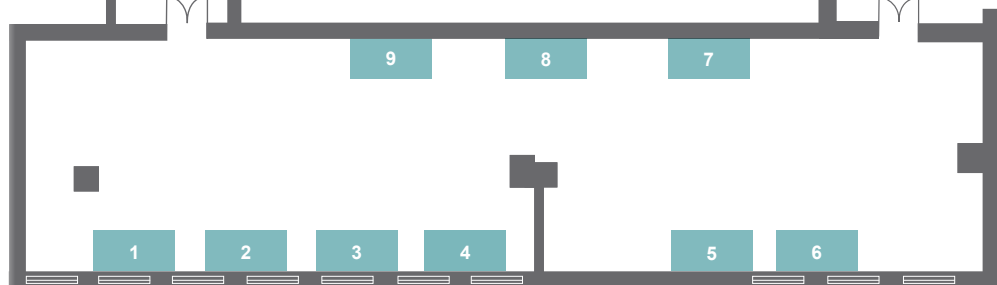
TRAMA Solutions S.L.

Tlf: 981 902 113 · Web: www.tramasolutions.com · info@tramasolutions.com

PLANO STANDS

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. GRIFOLS | 6. GASMEDI |
| 2. TEVA PHARMA | 7. ASTRAZENECA |
| 3. GEBRO PHARMA | 8. OXIMESA |
| 4. ROVI | 9. GLAXOSMITHKLINE |
| 5. ROCHE FARMA | |

SESIONES CIENTÍFICAS SALÓN Agua Magna I



EXPOSICIÓN COMERCIAL SALONES Agua Magna II y III

COLABORADORES

AstraZeneca 

 **Boehringer
Ingelheim**

 **Chiesi**
People and Ideas for Innovation in healthcare

 **ESTEVE**

 **GASVEDI**
Group AIR LIQUIDE
SPECIALIZED

 **Gebro Pharma**

 **gsk**

GRIFOLS

 **ferrer**

 **GRUPO
MENARINI**
www.menarini.es

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

 **ORION
PHARMA**

 **OXIMESA**
GRUPO PRAXAIR

 **Praxis**
Pharmaceutical

 **Zambon**

 **Pfizer**

 **Roche**

 **ROVI**
Investigamos para crecer en salud

SANOFI 

TEVA

Respiratory

[illegible]

Fecha de validación: 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior de 30 °C. Mantener el envase perfectamente cerrado, para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Klist Tubuliner es un inhalador multis dosis de polvo seco que libera la dosis por simple inspiración del paciente. El inhalador es blanco con una rosca roja. El inhalador está formado por distintos materiales de plástico (PP, PE, HDPE, LLDPE, PBT). En cada envase se incluyen 1, 2, 3 o 18 inhaladores que contienen 60 o 120 dosis. Puede que existan entre comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguno especial. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorio Icoro, S.A. / Serrano Gálvez 1. 28033 Madrid. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Klist Tubuliner 80 microgramos / 4.5 microgramos / inhalador polvo para inhalación. N.º Registro: 64.354 Klist forte tubuliner 160 microgramos / 4.5 microgramos / inhalador polvo para inhalación. N.º Registro: 64.353 Klist forte tubuliner 320 microgramos / 9 microgramos / inhalador polvo para inhalación. N.º Registro: 65.045. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Klist Tubuliner 80 microgramos / 4.5 microgramos / inhalador polvo para inhalación. Klist Tubuliner 160 microgramos / 4.5 microgramos / inhalador polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 20. Noviembre 2007. Fecha de la última renovación: 14. Junio 2012. Klist forte tubuliner 320 microgramos / 9 microgramos / inhalador polvo para inhalación. Fecha de la primera autorización: 23. Octubre 2007. Fecha de la última renovación: 14. Junio 2012. **REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero de 2013. **REGÍMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Apto. **PRESELECCIÓN DE DATOS:** Klist Tubuliner 80 microgramos / 4.5 microgramos polvo para inhalación. Envase con 120 dosis. PVP: 61,74 €. Klist Tubuliner 160 microgramos / 4.5 microgramos polvo para inhalación. Envase con 120 dosis. PVP: 62,23 €. PVP IVA: 64,72 €. Klist forte tubuliner 320 microgramos / 9 microgramos polvo para inhalación. Envase con 60 dosis. PVP: 62,23 €. PVP IVA: 64,72 €. Para mayor información, dirigirse a AstraZeneca Farmacéutica Sano, S.A. Tfno: 900 220 443 / 74 07 02 2013 Vers 18 (30 MS) Rev. 18 (30 MS) (Smc).

Clasificación de órganos del sistema	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones e Infecciones	Frecuentes	Candidiasis orofaríngea
Trastornos del sistema inmunológico	Raras	Reacciones de hipersensibilidad inmediata y retardada, como exantema, urticaria, prurito, dermatitis, angioedema y reacción anafiláctica
Trastornos Endocrinos	Muy raras	Síndrome de Cushing, supresión adrenal, retraso del crecimiento, disminución de la densidad mineral ósea
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Raras	Hipocalemia
	Muy raras	Hiperglucemia
Trastornos psiquiátricos	Poco frecuentes	Agresividad, hiperactividad psicomotora, ansiedad, alteraciones del sueño
	Muy raras	Comportamiento (principalmente en niños)
Trastornos del sistema nervioso	Frecuentes	Cefalea, temblor
	Poco frecuentes	Mareo
	Muy raras	Alteraciones del gusto
Trastornos oculares	Muy raras	Cataratas y glaucoma
Trastornos cardíacos	Frecuentes	Palpitaciones
	Poco frecuentes	Taquicardia
	Raras	Arritmias cardíacas, como fibrilación auricular, taquicardia supraventricular, extrasístoles
	Muy raras	Angina de pecho, prolongación del intervalo QTc
Trastornos vasculares	Muy raras	Variaciones en la presión arterial
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Frecuentes	Irritación leve de garganta, tos, ronquera
	Raras	Broncoespasmo
Trastornos gastrointestinales	Poco frecuentes	Náuseas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Hematomas
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Poco frecuentes	Calambres musculares

BIBLIOGRAFÍA:
1. Denomy P, et al. Budesonide/Formoterol maintenance and reliever therapy versus conventional best practice. *Respiratory Medicine* 2009; 103 (11): 1623-32. 2. Welte T, et al. Budesonide/Formoterol added to tiotropium in patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. Vol. 180, pp 741-750, 2009. 3. Partridge MR, et al. Effect on lung function and morning activities of budesonide/Formoterol versus salmeterol/Fluticasone in patients with COPD. *The Adv Respir Dis*. 2009;3(4):1-11. Epub 2009 Sep.



En **ASMA:**

- Mayor control global del asma ⁽¹⁾
- Mejor control de síntomas ⁽¹⁾
- Mayor reducción de exacerbaciones ⁽¹⁾

En **EPOC:**

- Disminuye un 62% las exacerbaciones ⁽²⁾
- Mejora la función pulmonar de manera rápida y significativa ⁽³⁾

Titular de la autorización
de comercialización:

AstraZeneca 

