

www.sogapar.info

XLIV REUNIÓN ANUAL

SOGAPAR

XXXI REUNIÓN GALAICO DURIENSE

27 - 28 OCTUBRE 2017

DEPUTACIÓN DE LUGO



PROGRAMA DEFINITIVO

WWW.SOGAPAR.INFO

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Pedro Jorge Marcos Rodríguez

Vicepresidenta: Dra. Mercedes de la Torre Bravos

Secretaria: Dra. Olalla Castro Añón

Tesorero: Dr. Abel Pallarés Sanmartín

Vocal de A Coruña: Dra. Paz Valiño López

Vocal de Ferrol: Dr. Uxío Calvo Álvarez

Vocal de Lugo: Dra. María Pilar Sanjuan López

Vocal de Ourense: Dra. Raquel Dacal Quintas

Vocal de Pontevedra: Dr. Adolfo Baloira Villar

Vocal de Santiago: Dr. Jorge Ricoy Gabaldón

Vocal de Vigo: Dra. Ana Cobas Paz

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Luis A. Pérez de Llano

Vocales:

Dr. Esteban Cano Jiménez

Dra. Olalla Castro Añón

Dr. Rafael Golpe Gómez

Dra. Irene Martín Robles

Dra. Lidia Méndez Marote

Dr. Antón Penas Truque

Dra. María del Pilar Sanjuán López

Dr. Alejandro Veres Racamonde

VIERNES, 27 DE OCTUBRE

09.30 - 10.00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

10.00-11.00 COMUNICACIONES PÓSTER EXPOSICIÓN

Moderador: Dr. Antón Penas Truque. H.U. Lucus Augusti, Lugo

PANEL Nº 01

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO NUMA SUBPOPULAÇÃO COM NEOPLASIA DO PULMÃO: CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE PREDITORES DE MORTALIDADE

China-Pereira Nuno, Lima Filipa, Dias Margarida, Ribeiro Carla, Silva Eloísa, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

PANEL Nº 02

RELAÇÃO NEUTRÓFILO/LINFÓCITO - BIOMARCADOR PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Machado Daniela, Marques Catarina, Lima Filipa, Conde Sara, Campainha Sérgio, Barroso Ana

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

PANEL Nº 03

ACUIDADE DIAGNÓSTICA DOS DIFERENTES MÉTODOS DE BRONCOPROVOCAÇÃO

Afonso Miguel, Terras Alexandre André, Ferreira Ana, Ari Rocha Duarte, Conde Bebiana, Fernandes Ana

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

PANEL Nº 04

PREDICTORS AND OUTCOMES OF DISSEMINATED TUBERCULOSIS IN A LOW BURDEN COUNTRY

Meira Leonor⁽¹⁾, Boaventura Rita⁽¹⁾, Araujo David⁽¹⁾, Almeida Leonor⁽¹⁾, Chaves Catarina⁽²⁾, Ramos Angélica⁽³⁾, Osório Nuno S.⁽²⁾, Guimarães João Tiago⁽⁴⁾, Saraiva Margarida⁽⁵⁾, Novais Basto Helder⁽⁶⁾

(1)Department of Pneumology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal, (2)Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal | ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal, (3)Department of Clinical Pathology, Centro Hospitalar São João | Institute of Public Health, University of Porto, Porto, Portugal, (4)Department of Clinical

Pathology, Centro Hospitalar São João| Institute of Public Health, University of Porto | Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal, (5)I3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, University of Porto | IBMC – Instituto de Biologia Molecular e Celular, University of Porto, Portugal, (6)Department of Pneumology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal | Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal | ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

PANEL N° 05

IMPACT OF BIOLOGICAL, SOCIAL AND ECONOMIC FACTORS ON HOSPITALIZATION DUE TO COPD EXACERBATION

Carriço Filipa, Luís Filomena, Oliveira Marcos, Fernandes Filipa, Samouco Gonçalo, Ferreira Luís

Serviço de Pneumologia, ULS Guarda. Portugal

PANEL N° 06

¿EL LAVADO BRONCOALVEOLAR SIGUE AYUDANDO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES?

Maia Santos Lília, Tavares Marques Maria Alcide

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

PANEL N° 07

ACTUALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE PULMONAR

Antelo del Rio Adela, Elguezabal Bilbao Elena, Consuegra Vanegas Angelica, Souto Alonso Ana, Otero González Isabel

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

PANEL N° 08

COMPARAÇÃO ENTRE A PRESSÃO POSITIVA DA VIA AÉREA TITULADA POR AUTO-CPAP E A OBTIDA POR FÓRMULAS PREDITIVAS

Daniela Machado, Catarina Marques, Filipa Lima, Inês Franco, Carla Nogueira, Regina Monteiro, Inês Sanche, Daniela Ferreira

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

PANEL N° 09

TUBERCULOSIS AND GENDER - FACTORS INFLUENCING THE RISK OF TUBERCULOSIS AMONG MEN AND WOMEN BY AGE GROUP

Marçôa Raquel⁽¹⁾, Ribeiro Ana Isabel⁽²⁾, Zão Inês⁽³⁾, Duarte Raquel⁽¹⁾

(1)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, (2)EPIUnit, Institute of Public Health, University of Porto, (3)Centro Hospitalar do Baixo Vouga

PANEL Nº 10

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: ES IMPORTANTE NON OLVIDAR!

Maia Santos Lília⁽¹⁾, Cordeiro Joana⁽²⁾, Cravo Roxo Paulo⁽³⁾

(1)Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra,

(2)Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, (3)Centro de diagnóstico Pneumológico de Coimbra

PANEL Nº 11

EVOLUTION OF PATIENTS WITH ALPHA1-ANTITRYPSIN DEFICIENCY UNDER AUGMENTATION TREATMENT

Meira Leonor, Sousa Catarina, Boaventura Rita, Sucena Maria

Department of Pulmonology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

PANEL Nº 12

AVALIAÇÃO DA TÉCNICA INALATÓRIA EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA INTERNADOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Alves Adelaide, Sucena Inês, Faustino Paula, Almeida Teresa, Preto Manuel,

Silva Eloisa, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela, Ribeiro Carla

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

PANEL Nº 13

INFECÇÃO NOSOCOMIAL POR ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL

Alves Adelaide, Sucena Inês, Silva Eloisa, Ribeiro Carla, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

PANEL Nº 14

DRENOS TUNELIZADOS DE LONGA DURAÇÃO - A EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sucena Pereira Inês, Alves Adelaide, Coutinho Daniel, Ribeiro Carla, Oliveira Ana

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

PANEL Nº 15

EBUS-TBNA EN PACIENTES CON NEOPLASIA PULMONAR SIN ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS O HILARES EN TC TORÁCICA

Maia Santos Lília⁽¹⁾, Estrela Rodrigues Raquel⁽²⁾, Jacomelli Márcia⁽²⁾,

Rossi Figueiredo Viviane⁽²⁾

(1)Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra,

(2)Setor de Endoscopia Respiratória, Divisão de Pneumologia, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, BR

PANEL N° 16

METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA POR NEOPLASIAS EXTRAPULMONARES: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS

Pedro Paula Inês, Canário Dolores, Soares Jorge, Roldão Vieira Jorge

Hospital Garcia de Orta

PANEL N° 17

AVALIAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM DOENTES SOBREVIVENTES DE ARDS

Raimundo Sara⁽¹⁾, Loureiro Ana Isabel⁽¹⁾, Ferradosa Isabel⁽¹⁾, Gonçalves Lurdes⁽²⁾,
Esteves Francisco⁽²⁾, Conde Bebian⁽¹⁾

(1)Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,

(2)Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

PANEL N° 18

NEUTROPENIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN - UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Dias Cardoso João, Ferro Filipa, Martins Catarina, Bárbara Cristina

Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

PANEL N° 19

MOLECULARLY TARGETED TREATMENT BEYOND DISEASE PROGRESSION IN NON-SMALL-CELL LUNG CANCER (NSCLC) WITH ACTIVATING EGFR MUTATIONS

Marçôa Raquel⁽¹⁾, Dias Margarida⁽¹⁾, Campainha Sérgio⁽¹⁾, Silva Eloísa⁽¹⁾,
Conde Sara⁽¹⁾, Cirnes Luís⁽²⁾, Barroso Ana⁽¹⁾

*(1)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, (2)Institute of Molecular Pathology
and Immunology of the University of Porto (Ipatimup)*

PANEL N° 20

ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA MMRC/CAT E CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA MMRC E CADA SUBDOMÍNIO DO QUESTIONÁRIO CAT NUMA AMOSTRA MULTICÊNTRICA DE DOENTES COM DPOC CLASSIFICADOS DE ACORDO COM O GOLD 2017.

Rodrigues Daniela⁽¹⁾, Marçôa Raquel⁽²⁾, Guimarães Miguel⁽²⁾, Ferreira Jorge⁽¹⁾,
Vaz Ana Paula⁽¹⁾

*(1)Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, (2) Serviço de Pneumologia,
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho*

11.00-11.30 Pausa - Café

11.30-13.30 COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: Dra. Olalla Castro Añón. H.U. Lucus Augusti, Lugo

PACIENTES OCTOGENARIOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS.

Golpe Gómez Rafael, Suárez Valor María, Veres Racamonde Alejandro, Cano Jiménez Esteban, Martín Robles Irene, Sanjuán López Pilar, Pérez de Llano Luis, Veiga Teijeiro Iria

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo)

EOSINOFILIA EN LA AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC: IMPACTO EN RESULTADOS SOBRE SALUD

Domínguez Pazos Santiago de Jorge; Nieto Codesido Irene; Elguezabal Bilbao Elena; Maiso Martínez Alejandro; Otero González Isabel; Blanco Aparicio Marina; Souto Alonso Ana; Marcos Rodríguez Pedro Jorge; Montero Martínez Carmen

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: DESTETE PROLONGADO Y DECANULACIÓN.

Domínguez Pazos Santiago de Jorge⁽¹⁾, Consuegra Vanegas Angélica⁽²⁾, Nieto Codesido Irene⁽¹⁾, Elguezabal Bilbao Elena⁽¹⁾, Vidal García Iria⁽¹⁾, Montero Martínez Carmen⁽¹⁾

(1)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

(2)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC).

EVOLUCIÓN DEL MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL ÁREA SUR DE GALICIA

Tubío Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Botana Rial Maribel⁽¹⁾, González Piñeiro Ana⁽²⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾, García Rodríguez Esmeralda⁽¹⁾, Núñez Delgado Manuel⁽¹⁾, Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Fernández Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

(2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

ESTABILIDAD CLÍNICA TRAS INGRESO POR UNA AGUDIZACIÓN DE EPOC (AEPOC)

Priegue Carrera Ana, Represas Represas Cristina, González Fariña Marcos, Fernández García Sara, Portela Ferreiro Isabel, Cerdeira Domínguez Luz, García Rodríguez Esmeralda, Aballe Santos Luz, Ramos Hernández Cristina, Fernández Villar Alberto

Neumología EOXI Vigo.

GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ESPAÑA: ESTUDIO SINCON

Baloira Adolfo, Blanco Nagore

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL ASMA DOSIFICADO UNA O DOS VECES AL DÍA. ESTUDIO ATAUD

Pérez de Llano Luis⁽¹⁾, Pallares Sanmartín Abel⁽²⁾, González Barcala Francisco Javier⁽³⁾, Mosteiro Añón Mar⁽⁴⁾, Corbacho Abelaira Dolores⁽⁵⁾, Dacal Quintas Raquel⁽⁶⁾

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo (2) Complejo Hospitalario de Pontevedra, (3) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, (4) Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, (5) Hospital POVISA. Vigo, (6) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

MARCADORES INFLAMATORIOS ASOCIADOS AL CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES EPOC

Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾, Ruano Raviña Alberto⁽²⁾, Casado Rey Pedro⁽¹⁾, Priegue Carrera Ana⁽¹⁾, Tubío Pérez Ramón⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Arnalich Montiel Victoria⁽¹⁾, Lojo Rodríguez Irene⁽¹⁾, Fernández Villar Alberto⁽¹⁾

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de Investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur, (2) Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela.

FACTORES PREDICTORES DE ESTANCIA PROLONGADA Y REINGRESO EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Priegue Carrera Ana, González Fariña Marcos, Mouronte Roibás Cecilia, Alfaya Fiaño Isabel, Botana Rial María Isabel, García Rodríguez María Esmeralda, Aballe Santos Luz, Fernández Villar Alberto

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur.

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON: RENTABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PULMONAR TRASNPARIETAL PERCUTANEA GUIADA POR ULTRASONOGRAFIA

Rodríguez-Trigo Gema, Rigual Bobillo Juan Abelardo, Vargas Centanaro Gianna, Sáiz Pardo Melchor, Pérez Alonso Pablo, Fernández Aceñero María Jesús, Sanz Ortega Julián, Subhi Issa Ahmad Issa, Raissouni Ouazzani Nada, Álvarez-Sala Walther José Luís

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

¿TIENEN NUESTROS PACIENTES CON EPOC UN FLUJO INSPIRATORIO SUFICIENTE PARA EL USO ADECUADO DE SUS DISPOSITIVOS INHALATORIOS?

Aballe Santos Maria Luz, Represas Represas Cristina, Priegue Carrera Ana, González Fariña Marcos, García Rodríguez Esmeralda, Fernández Villar J. Alberto
Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo.

FACTORES PREDISPONENTES DEL ABSENTISMO EN LAS CITAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Núñez Fernández Marta⁽¹⁾, Ramos Hernández Cristina⁽¹⁾, Martínez Baladron Andrea⁽²⁾, Marcos Bravo María Carmen⁽³⁾, Salgado-Barreira Ángel⁽⁴⁾, Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Tubío Perez Ramón Antonio⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Lojo Rodriguez Irene⁽¹⁾, Fernandez Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología. EOXI de Vigo, (2)Servicio de Urgencias. EOXI de Vigo, (3)Servicio de Alergología. EOXI de Vigo, (4)Unidad de Metodología y Estadística. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.

ANTIFIBRÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI): UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Cano Jiménez Esteban⁽²⁾, Cobas Paz Ana⁽³⁾, Acuña Fernández Adelaida⁽⁴⁾, González Fernández Coral⁽⁴⁾, Botana Rial Maribel⁽¹⁾, Ramos Hernández Cristina⁽¹⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de Investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur, (2)Hospital Lucus Augusti. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, (3)Hospital POVISA, (4)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

FENOTIPOS RELACIONADOS CON LA MEJORÍA CLÍNICA Y COSTE DIRECTO DEL ASMA GRAVE EN PACIENTES TRATADOS CON OMALIZUMAB. ESTUDIO FENOMA

Blanco-Aparicio Marina⁽¹⁾, Soto Campos José Gregorio⁽²⁾, Campo Mozo Paloma⁽³⁾, Moreira Jorge Ana⁽⁴⁾, Dávila González Ignacio⁽⁵⁾

(1)Hospital Universitario de A Coruña, (2)Hospital de Jerez, (3)Hospital Carlos Haya, (4)Departamento Médico, Novartis Farmacéutica SA, (5)Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

RISK FACTORS FOR HOSPITALIZATION IN TUBERCULOSIS PATIENTS – A NATIONAL 7-YEAR ANALYSIS

Galego Maria⁽¹⁾, Santos João Vasco⁽²⁾, Viana João⁽²⁾, Freitas Alberto⁽²⁾, Duarte Raquel⁽³⁾

(1)Pulmonology Department, Hospital Pedro Hispano, ULSM E.P.E., Matosinhos, Portugal,

(2) Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences

(MEDCIDS),Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal / Center

for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine of the

University of Porto, Porto, Portugal, (3)Pulmonology Department, Centro Hospitalar de

Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., Vila Nova de Gaia, Portugal / ISPUP-EPIUnit, Faculty

of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal / Department of Public Health,

Forensic Sciences and Medical Education, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal.

ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL DISPOSITIVO ALPHAKIT® QUICKSCREEN EN LA DETECCIÓN DE PORTADORES DEL ALELO PI*Z EN PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA

Tubío-Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Torres-Durán María⁽¹⁾, Priegue-Carrera Ana⁽¹⁾,

Fariña-Gonzalez Marcos⁽¹⁾, Barros-Tizón Juan Carlos⁽¹⁾, Ramos-Hernández Cristina⁽¹⁾,

Represas-Represas Cristina⁽¹⁾, Blanco-Pérez Milagros⁽²⁾, Fernández-Villar Alberto.⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Centro galego

Alfa-1-antitripsina., (2)Servicio de Análisis Clínicos. Unidad de Citogenética y Genética

Molecular. EOXI Vigo. Centro galego Alfa-1-antitripsina.

TOLERANCIA, SEGURIDAD Y EFICACIA DEL SUERO SALINO HIPERTÓNICO EN BRONQUIECTASIAS Y/O BRONCORREA

Lojo Rodriguez Irene, Ramos Hernández Cristina, Nuñez Fernández Marta,

Dacal Rivas David, Tubío Perez Ramon, Mouronte Roibas Cecilia,

Arnalich Montiel Victoria, Aguiar Álvarez Noelia, Fernández Villar Alberto

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

CONSUMO DE ALCOHOL Y RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN EN NUNCA FUMADORES.

Torres-Durán María⁽¹⁾, García-Lavandeira José Antonio⁽²⁾, Parente-Lamelas Isaura⁽³⁾,

Leiro-Fernández Virginia⁽¹⁾, Golpe-Gómez Antonio⁽⁴⁾, Castro-Añón Olalla⁽⁵⁾, Montero-

Martínez Carmen⁽²⁾, Mejuto-Martí María José⁽⁶⁾, Barros-Dios Juan Miguel⁽⁴⁾, Ruano-

Raviña Alberto⁽⁷⁾

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro - EOXI VIGO, (2)Complejo Hospitalario Universitario A

Coruña, (3)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, (4)Complejo Hospitalario

Universitario de Santiago de Compostela, (5)Hospital Universitario Lucus Augusti - Lugo,

(6)Hospital Arquitecto Marcide - Ferrol, (7)Universidade de Santiago de Compostela.

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON SILICOSIS

Arnalich-Montiel Victoria⁽¹⁾, Salgado-Barreira Ángel⁽²⁾, Álvarez Moure Maria Ángel⁽³⁾, Caldera de Canepari Adriana⁽³⁾, Cerdeira Domínguez Luz⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Tubío Pérez Ramón⁽¹⁾, Lojo Rodríguez Irene⁽¹⁾, Fernández-Villar Alberto⁽¹⁾, Blanco-Pérez José Jesús⁽¹⁾

(¹)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, España.,

(²)Unidad de Metodología y Estadística. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur.,

(³)Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, España.

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

Leiro Fernández Virginia, Botana Rial Maribel, Mouronte Roibás Cecilia, García Rodríguez Esmeralda, Priegue Carrera Ana, Represas Represas Cristina, Ramos Hernández Cristina, Tubío Pérez Ramón, Dacal Rivas David, Fernández Villar Alberto
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro EOXI Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO.

13.30-16.00 Comida de trabajo

16.00-17.00 SESIÓN “STAND BY ME (CUENTA CONMIGO)”

En esta sesión profesionales de Enfermería hablarán de qué aspectos clínicos respiratorios pueden hacerse cargo sin supervisión médica o con una supervisión mínima.

Moderadora: M^a del Carmen Gómez Neira. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*
- Enfermería en función pulmonar. ¿Es necesario un médico para informar?

M^a del Camino Muñiz Fernández. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*
- Enfermería en la consulta de tabaco. ¿Es necesario un médico para pautar tratamientos?

Paz Vaquero Lozano. *H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid*
- Enfermería en la consulta de sueño.

M^a Nerea Zabala Urionaguena. *H.U. de Cruces, Baracaldo*

17.00-17.15 INAUGURACIÓN OFICIAL

17.15-18.00 CONFERENCIA DR. RODRÍGUEZ SUÁREZ

“El largo adiós”. La eterna lucha contra la tuberculosis.

Moderador: Dr. Antón Penas Truque. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Ponente: Dra. Raquel Duarte. *Universidade do Porto*

18.00-18.30 Pausa - Café

18.30-20.00 SESIÓN “REGRESO AL FUTURO”

En esta sesión, el ponente debe idear un estudio todavía no publicado y que no esté “en marcha”, relevante, plausible, exponiendo sus objetivos, metodología, resultados y discusión.

Moderador: Dr. Joan B. Soriano Ortiz. *H. U. de La Princesa, Madrid*

- [Asma](#).

Dr. Juan Luis García-Rivero. *H. Comarcal de Laredo*

- [Bronquiectasias](#).

Dr. Rafael Golpe Gómez. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

- [EPOC](#).

Dr. Francisco de Borja García-Cosío Piqueras.

H.U. Son Espases, Palma de Mallorca

- [Enfermedad pulmonar intersticial](#).

Dra. Virginia Leiro Fernández. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo*

- [Hipertensión pulmonar](#).

Dr. Adolfo Baloi Villar. *C.H. de Pontevedra*

20.00-21.15 ASAMBLEA SOGAPAR

22.00 Cena

SÁBADO, 28 DE OCTUBRE

09.00-10.00 REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOGAPAR

- Grupo de trabajo ASMA

- Grupo de trabajo ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR

- Grupo de trabajo EPID

- Grupo de trabajo EPOC

10.00-11.00

SESIÓN “DUELO EN OK CORRAL”. LA PLEURA ES MÍA

En esta sesión, un neumólogo y un cirujano torácico deberán exponer los argumentos por los cuales ellos son el personal idóneo para llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos en patología pleural.

Moderador: Dr. José María García Prim. *C.H.U. de Santiago de Compostela*

Neumóloga: Dra. Maribel Botana Rial. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo*

Cirujana torácica: Dra. María Delgado Roel. *C.H.U. de A Coruña*

11.00-11.30

Pausa - Café

11.30-12.45

SESIÓN “LO QUE EL VIENTO SE LLEVÓ”

En esta sesión cada ponente hablará de procedimientos, tratamientos o estrategias terapéuticas que en un pasado reciente estaban plenamente vigentes pero que, por diferentes motivos, han quedado apartados de la práctica clínica habitual.

Moderador: Dr. Pedro J. Marcos Rodríguez. *C.H.U. de A Coruña*

- *Cirugía torácica.*

Dra. Eva María García Fontán. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo*

- *Neumología intervencionista.*

Dr. Alfons Torrego Fernández. *H.U. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

- *Síndrome de apnea durante el sueño.*

Dr. Manuel Tumbeiro Novoa. *C.H.U. de Ourense*

12.45-14.00

SESIÓN “AL OTRO LADO DEL ESPEJO”

En esta sesión, cada ponente discutirá uno o dos artículos recientes, de gran relevancia en la patología concreta a la que se refiere, haciendo hincapié en sus defectos y limitaciones y exponiendo las carencias que deja en su evidencia científica.

Moderadora: Dra. Carmen Diego Roza. *C.H.U. de Ferrol*

- *EPOC.*

Dr. Jose Luis López Campos. *H.U. Virgen del Rocío, Sevilla*

- *Patología vascular.*

Dr. Carlos Vilariño Pombo. *Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo*

- *Asma.*

Dr. Francisco Javier Callejas. *H.U. de Albacete*

- *Insuficiencia respiratoria y ventilación no invasiva.*

Prof. Dr. João Carlos Winck. *Universidade do Porto*

14.00

CLAUSURA

COMUNICACIONES ORALES

PACIENTES OCTOGENARIOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS

Golpe Gómez Rafael, Suárez Valor María, Veres Racamonde Alejandro, Cano Jiménez Esteban, Martín Robles Irene, Sanjuán López Pilar, Pérez de Llano Luis, Veiga Teijeiro Iria
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo)

OBJETIVO

Estudiar las características clínicas de los pacientes octogenarios con EPOC, y la utilidad de los índices pronósticos más empleados en la enfermedad obstructiva crónica en esta franja de edad. Todo ello como base para posibles abordajes terapéuticos futuros.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos atendidos en una consulta monográfica entre 2009 y 2017. Base de datos recogidos de manera prospectiva. Se estudiaron parámetros de función pulmonar, distribución de fenotipos clínicos, historial de ingresos, mortalidad, comorbilidades y la utilidad de los índices de Charlson, BODEX, COTE y CODEX para predecir mortalidad.

RESULTADOS

N = 698 sujetos, 82 (11.7%) = 80 años. Seguimiento medio: 47.9 ± 21.8 meses. En los pacientes octogenarios la gravedad de la EPOC medida por el FEV1% o por el índice BODEX fue similar a los sujetos más jóvenes, pero el grado de disnea fue mayor. En estos pacientes fue más frecuente el fenotipo bronquitis crónica y el exacerbador frecuente, y menos prevalente el enfisema. Los octogenarios tenían más prevalencia de comorbilidad cardiovascular y de insuficiencia renal. Los ingresos hospitalarios y la mortalidad fueron mayores en el grupo de octogenarios. La mayoría de los índices pronósticos tuvieron utilidad para predecir mortalidad en los pacientes ancianos, y en ambos grupos etarios el índice CODEX fue el mejor a este respecto.

CONCLUSIONES

Los pacientes octogenarios con EPOC tienen características diferenciales que podrían implicar un abordaje terapéutico diferente. Los índices pronósticos son útiles para predecir mortalidad en esta población.

XLIV REUNIÓN ANUAL SOGAPAR XXXI REUNIÓN GALAICO DURIENSE

Tabla 1. Principales características de los sujetos clasificados de acuerdo a su edad.

Variable	Total (N = 666)	Grupo 1, < 80 años (N = 616)	Grupo 2, ≥ 80 años (N = 50)	P (grupo 1 vs grupo 2)
Edad, años	66.2 (3.8)	66.3 (3.8)	62.8 (3.2)	< 0.001
Varones, n, %	427 (64.1%)	345 (56.0%)	81 (63.7%)	0.007
Polisomnograma, n, %	277 (41.6%)	275 (44.6%)	2 (2.0%)	> 0.001
Presión arterial	109.3 (10.7)	109.3 (10.3)	109.2 (10.9)	0.10
AFC, n, %	32.2 (4.8)	32.2 (5.2)	27.6 (5.1)	0.42
Frecuencia, n, %				
BC	115 (17.3%)	111 (18.0%)	4 (8.0%)	< 0.001
Trifascia	11.7 (1.7%)	295 (47.9%)	11 (22.0%)	< 0.001
atrio	97 (14.6%)	88 (14.3%)	9 (18.0%)	0.34
Insuficiencia	4 (0.6%)	3 (0.5%)	1 (2.0%)	0.78
Esclerótica	232 (34.8%)	232 (37.5%)	0 (0.0%)	0.008
ICV, n	36.6 (5.5)	36.6 (5.9)	30.0 (6.0)	0.11
ICV, %	48.8 (7.3)	48.8 (7.4)	50.0 (10.0)	0.78
ICV, %	74.8 (11.4)	74.8 (12.3)	80.0 (16.0)	0.001
ICV, %	48.7 (7.3)	48.7 (7.9)	50.0 (10.0)	0.17
ICV, n, %				0.001
0	22 (3.3%)	22 (3.6%)	0	
1	142 (21.5%)	142 (23.1%)	0 (0.0%)	
2	180 (27.2%)	180 (29.2%)	0 (0.0%)	
3	21 (3.2%)	21 (3.4%)	0 (0.0%)	
4	28 (4.2%)	28 (4.5%)	0 (0.0%)	
RODex	2.6 (1.8)	2.6 (1.8)	2.6 (5.2)	0.07
Charlson A	3.9 (1.4)	3.9 (1.5)	2.4 (4.8)	0.007
Charlson B	3.3 (1.6)	3.3 (1.7)	2.2 (4.4)	< 0.001
COF	3.0 (1.7)	3.0 (1.7)	3.1 (6.2)	0.26
RODex	3.3 (1.8)	3.3 (1.9)	4.1 (8.2)	< 0.001
Logistic score	0.7 (0.3)	0.8 (0.3)	1.1 (2.2)	0.01

Tabla 2: Distribución de comorbilidades mayores en ambos grupos de edad.

Comorbilidad	< 80 años (N = 616)	≥ 80 años (N = 50)	P
Cardiopatía isquémica, n, %	73 (11.8%)	10 (12.1%)	0.91
ICC, n, %	56 (9.0%)	14 (17.0%)	0.03
Arteriopatía periférica, n, %	55 (8.9%)	12 (14.6%)	0.14
Enfermedad cerebrovascular, n, %	24 (3.9%)	7 (8.5%)	0.09
Úlcera péptica, n, %	28 (4.5%)	6 (7.3%)	0.40
DM, n, %	82 (13.3%)	14 (17.0%)	0.45
Insuficiencia renal, n, %	17 (2.7%)	3 (3.6%)	< 0.001
Tumor sólido, n, %	50 (8.1%)	8 (9.7%)	0.77
Leucemia o linfoma, n, %	7 (1.1%)	2 (2.4%)	0.64
Síndrome ansioso/depresivo, n, %	34 (5.5%)	3 (3.6%)	0.64
FA	53 (8.6%)	27 (20.7%)	0.001

ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; DM: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular.

Tabla 5: Valores de las áreas bajo las curvas RO para los distintos índices pronósticos

	Total		< 80 años		≥ 80 años	
	Área curva	IC 95%	Área curva	IC 95%	Área curva	IC 95%
BODEX	0.77	0.74 a 0.80	0.78	0.74 a 0.81	0.72	0.61 a 0.82
Charlson A	0.71	0.67 a 0.74	0.69	0.65 a 0.72	0.63	0.52 a 0.74
Charlson NA	0.66	0.63 a 0.70	0.65	0.61 a 0.69	0.64	0.52 a 0.74
CODEX	0.80	0.77 a 0.83	0.81	0.77 a 0.84	0.73	0.62 a 0.82
COTE	0.63	0.60 a 0.67	0.64	0.60 a 0.67	0.58	0.47 a 0.69

RO: receptor-operador; IC: intervalo de confianza; A: ajustado por edad; NA: no ajustado por edad.

EOSINOFILIA EN LA AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC: IMPACTO EN RESULTADOS SOBRE SALUD

Domínguez Pazos Santiago de Jorge; Nieto Codesido Irene; Elguezabal Bilbao Elena; Maiso Martínez Alejandro; Otero González Isabel; Blanco Aparicio Marina; Souto Alonso Ana; Marcos Rodríguez Pedro Jorge; Montero Martínez Carmen

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

OBJETIVO

Investigar la prevalencia de eosinofilia en pacientes que ingresan por una agudización grave de la EPOC y si se relaciona con peores resultados en salud.

Estudiar las características basales, ingresos, estancia hospitalaria, tratamientos habituales y tratamientos que reciben durante la hospitalización de los pacientes que ingresan por agudización de EPOC, en función del grado de inflamación eosinófila medida en sangre periférica.

MÉTODOS

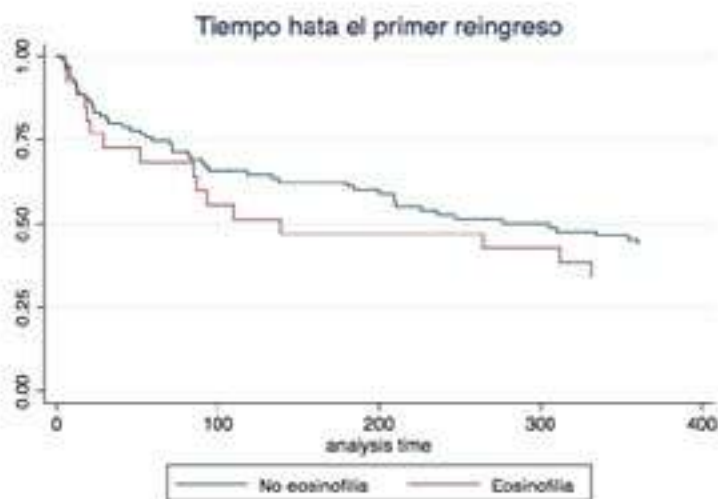
Análisis post-hoc de un estudio observacional y prospectivo de pacientes que ingresaron en el hospital con agudización de EPOC durante el período del 1/7/2013 al 1/9/2016. Se excluyeron pacientes con neumonía y aquellos que tomaban crónicamente corticoides sistémicos. La variable principal del estudio fue la presencia de eosinofilia, definida como valores $\geq 2\%$ y/o $\geq 200/\mu\text{L}$ de eosinófilos en la analítica extraída a su llegada a urgencias. Los resultados clínicos estudiados fueron: tasa reingreso a 12 meses, tiempo hasta el reingreso y estancia hospitalaria. Se realizó análisis univariante y curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Partiendo de una cohorte de 217 pacientes, se analizaron 129 sujetos, 30 (23'3%) tenían eosinofilia. Los pacientes con eosinofilia eran más mayores ($73'7 \pm 8'7$ vs. $67'5 \pm 11'8$ años; $p = 0,009$) y recibían con menos frecuencia antibióticos durante el ingreso ($83'3\%$ vs. 95% ; $p = 0,037$). Aunque se observa una mayor tasa de reingreso a 12 meses, estancia hospitalaria y menor tiempo hasta el primer reingreso estas diferencias no fueron significativas.

CONCLUSIONES

El 23 % de los pacientes con AEPOC grave presentan eosinofilia. Estos pacientes suelen ser más mayores y reciben con menor probabilidad antibióticos. No hemos encontrado que la eosinofilia impacte de manera negativa en los resultados a largo plazo.



UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: DESTETE PROLONGADO Y DECANULACIÓN

Domínguez Pazos Santiago de Jorge⁽¹⁾, Consuegra Vanegas Angélica⁽²⁾, Nieto Codesido Irene⁽¹⁾, Elguezabal Bilbao Elena⁽¹⁾, Vidal García Iria⁽¹⁾, Montero Martínez Carmen⁽¹⁾

(¹)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

(²)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC)

OBJETIVOS

Determinar las características clínicas de los pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI) y destete prolongado ingresados en la unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) y si existe correlación entre la estancia en UCRI y la estancia previa. Analizar cuáles son los resultados del destete y decanulación en nuestra unidad, así como la supervivencia de estos pacientes.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados en la UCRI desde el 01/01/2017 hasta el 31/08/2017. Se definió destete prolongado como aquellos que fracasaron = 3 intentos de respiración espontánea o requirieron >7 días desde el 1º intento. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, servicio de origen, diagnóstico de ingreso, soporte respiratorio en la UCRI con: traqueostomía y VMI, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y oxigenoterapia de alto flujo (OAF), tipo de traqueostomía, estancia hospitalaria, porcentaje de destete y decanulación al momento del alta y supervivencia.

RESULTADOS

En total ingresaron 39 pacientes a la UCRI, de los cuales 18 pacientes (46'2%) recibieron soporte no invasivo con: VMNI continua (11; 30'5%), OAF (2; 5'5%), VMNI alternando con OAF (2; 5'5%) y monitorización (3; 5'5%). Los 21 pacientes restantes (53'8%) recibieron VMI a través de traqueostomía por destete prolongado (20; 51'3%) o por VMI paliativa (1; 2'7%). Las características de los pacientes que recibieron VMI por traqueostomía en UCRI se pueden resumir en la siguiente tabla y gráficos.

CONCLUSIONES

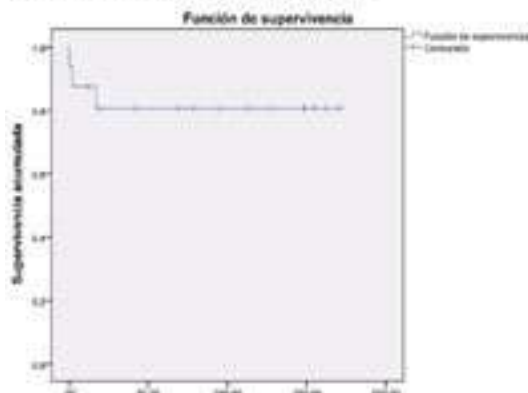
La UCRI asume, en su mayoría, pacientes con destete prolongado. En nuestra muestra no existe una correlación entre la estancia en UCRI y la previa. El porcentaje de destete y decanulación en nuestros pacientes es alto, en comparación con otras series y la mortalidad se concentra en los primeros días tras el alta hospitalaria, con una buena supervivencia a largo plazo.

Tabla 1: Características de los pacientes con VMI y traqueostomía ingresados en la UCRI.

Variable		VMI a través de traqueostomía (n=21)
Sexo femenino		12 (57.1%)
Edad media (años)		62.5 ± 2.9
Procedencia	UCI	13 (61.9%)
	Reanimación	8 (38.1%)
Tipo de traqueostomía	Quirúrgica	12 (57.1%)
	Percutánea	9 (42.9%)
Diagnóstico principal	Postoperatorio cardíaco	5 (23.8%)
	Trasplante pulmonar	3 (14.3%)
	Postoperatorio de otras especialidades (ORL, CTO, General)	3 (14.3%)
	Infecciosas (TB, Aspergillus invasiva, NAC)	3 (14.3%)
	Hematológicos (LNH auto/ta, LAM)	2 (9.5%)
	Otras causas (FolTA, ACV, FMO, ELA, SMO)	5 (23.8%)
Estancia hospitalaria previa ingreso en UCRI (días)		51.1 ± 23.9
Estancia hospitalaria en UCRI (días)		31.2 ± 22.7
Correlación (Rho Spearman) estancia previa ingreso en UCRI-estancia en UCRI		-0.264 (p 0.323)



Gráfico 2: Curva de Kaplan-Meier de supervivencia a días tras alta UCRI de pacientes con VMI y traqueostomía ("Excluido VMI paliativo") (n=14). (Echuz 3 (18.8%)).



EVOLUCIÓN DEL MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EL ÁREA SUR DE GALICIA

Tubío Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Botana Rial Maribel⁽¹⁾, González Piñeiro Ana⁽²⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾, García Rodríguez Esmeralda⁽¹⁾, Núñez Delgado Manuel⁽¹⁾, Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Fernández Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro

(2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro

OBJETIVO

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el mesotelioma pleural maligno (MPM), y ninguno en nuestra área, existiendo importantes diferencias en la frecuencia entre países de Europa. Nuestro objetivo es analizar las características demográficas, clínicas, tipos histológicos, técnicas diagnósticas y tratamiento de los pacientes con MPM.

MÉTODOS

El período de estudio fue desde enero/2003 hasta la actualidad. Se registraron de forma retrospectiva, variables clínico-epidemiológicas y síntomas al diagnóstico. Se analizó tipo histológico, TNM, derrame pleural y su cuantía y los tratamientos oncológicos y para el control del derrame y la supervivencia. Se establecieron 2 grupos por década de diagnóstico para analizar los cambios en la evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes, 32 (74,4%) hombres, 71 (56,7-79,5) años. Tabaquismo en 16 (37,2%) pacientes. La histología más frecuente fue epitelioide, 21 (48,8%). 18 (41,9%) pacientes presentaban disnea y solo 9 (20,9%) tenían dolor torácico. La supervivencia fue de 362 días (106-673), siendo éxito 29 (67,4%). 10 (78%) de los pacientes vivos eran diagnosticados en los últimos 2 años. En la tabla se representan características clínicas y aspectos diagnóstico-terapéuticos diferenciados entre los 2 grupos. Para el control del derrame el procedimiento empleado más frecuente fue la pleurodesis en 17 (39%) pacientes.

CONCLUSIONES

El MPM es un tumor muy letal. Estudios epidemiológicos en zonas de alta prevalencia permitirían ayudar a desarrollar avances en estrategias de diagnóstico-tratamiento. En nuestra serie, más de la mitad de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico aunque existe una tendencia a mayor supervivencia. A pesar de los avances en técnicas pleurales, la cirugía fue el procedimiento de elección para el diagnóstico; con menor indicación en los últimos años, asociada a una menor necesidad de procedimientos para el control del derrame.

Variable	Grupo A (N=18) Años 2003-2009	Grupo B (N= 25) Años 2010-2017	p
Sexo ♂	12/18 (66,7%)	20/25 (80%)	0,4
Edad (años, R(IQ))	72,5 (56,7-74,7)	70 (60,5-79,5)	0,8
Tabaquismo	5/8 (62,5%)	13/23 (56,5%)	0,9
Índice Charlson (>3)	18/18 (100%)	24/25 (100%)	0,9
Metástasis	12/18 (66,7%)	15/25 (60%)	0,7
Diagnóstico quirúrgico	13/18 (72,2%)	14/25 (56%)	0,7
Supervivencia (días)	202,5 (38,5-666,7)	430 (163,5-675)	0,6
Derrame pleural	15/18 (83,3%)	20/25 (80%)	0,2
Cuanta derrame pleural (grande o masivo)	7/17 (41,2%)	7/23(30,4%)	0,5
Tratamiento sobre DP	9/11 (81,8%)	14/25 (56%)	0,2
Tratamiento oncológico	9/18 (50%)	17/25 (68%)	0,6

ESTABILIDAD CLÍNICA TRAS INGRESO POR UNA AGUDIZACIÓN DE EPOC (AEPOC)

Priegue Carrera Ana, Represas Represas Cristina, González Fariña Marcos, Fernández García Sara, Portela Ferreño Isabel, Cerdeira Domínguez Luz, García Rodríguez Esmeralda, Aballe Santos Luz, Ramos Hernández Cristina, Fernández Villar Alberto

Neumología EOXI Vigo

OBJETIVO

Guías y consensos indican que tras una AEPOC se puede considerar el paso a una fase estable a las 8 semanas del inicio de la descompensación sin haber presentado fracasos terapéuticos, recaídas o recurrencias precoces y que es necesario un seguimiento adecuado, especialmente en pacientes de mayor riesgo. El objetivo de es conocer el número de pacientes que tras un ingreso por AEPOC no consiguen una estabilidad clínica de al menos 8 semanas y los factores que se relacionan con ello.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo longitudinal de pacientes que ingresaron por AEPOC. Previo al alta se recogieron variables sociodemográficas, IMC, disnea (mMRC), antecedentes tabáquicos, estancia media, gravedad de las AEPOC previas, comorbilidades (Índice de Charlson), impacto (cuestionario CAT), cifras eosinófilos en sangre y tratamiento al alta, además de datos de espirometría realizada en todos los casos. Seguimiento mediante revisión de HCE y llamada telefónica. Estudio bivalente y multivariante.

RESULTADOS

152 pacientes con ingreso por AEPOC incluidos. Características representadas en la tabla. En las 8 semanas 51 (33,6%) presentaron alguno de los eventos comentados con consultas no programadas o ingresos por AEPOC (19,2% reingresaron, 2 fallecieron). En la tabla se muestran el análisis bivalente de la influencia de las variables analizadas y la estabilidad clínica. En el estudio multivariante los factores que se relacionaron de forma independiente fueron el grado de disnea (OR=2,5; IC95%=1,4-5,2; p=0,001), cifra de eosinófilos (OR=1,8; IC95%=1,2-2,8; p=0,005) y el tratamiento con LABAs (OR=0,2; IC95%=0,04-0,8; p=0,02).

CONCLUSIONES

1) un tercio de los pacientes tras un ingreso por AEPOC no consiguen una estabilidad clínica de 8 semanas tras el alta; 2) algunos factores como el grado de disnea, la cifra de eosinófilos en sangre y la no inclusión de un LABA en el tratamiento al alta pueden aumentar el riesgo de que esto ocurra.

Variable	Total (n = 152)	Estables (n = 101)	Inestables (n = 51)	P
Edad (años)	68,5 (9,2)	67,9 (8,7)	69,8 (10,1)	0,20
Sexo varón (%)	84,9	83,2	86,2	0,28
Residencia a nivel rural (%)	41,4	38,7	58,7	0,01
Nivel de estudios primarios (%)	83	81	86	0,50
Fumadores activos (%)	35,5	35,6	35,6	0,95
Consumo tabaco (paquetes-año)	54,6 (26,4)	52,8 (24,9)	56,8 (26,6)	0,4
AEPOC moderadas/graves último año	3,1 (2,3)	2,7 (1,8)	3,9 (3)	0,02
Índice de Charlson	2,6 (1,6)	2,4 (1,4)	2,7 (1,6)	0,20
Dysnea (mMRC)	2,1 (0,9)	1,8 (0,9)	2,4 (2,2)	0,0001
Dysnea (mMRC) III-IV (%)	30,4	23,8	41,7	0,03
Cuestionario CAT	16,2 (7,4)	15,5 (7,3)	17,8 (7,2)	0,08
Índice de masa corporal (Kg/m ²)	26,6 (5,5)	26,7 (5,5)	26,5 (5,5)	0,8
FEV ₁ al alta (%)	38,1 (14,7)	37,7 (14,8)	32,8 (13,8)	0,04
Eosinófilos sangre (células/ul.)	100 (140)	90 (120)	140 (180)	0,04
Eosinófilos en sangre (%)	0,95 (1,3)	0,75 (0,75)	1,3 (1,8)	0,01
GOLD D (2017)	81	76,6	91,1	0,04
Estancia media (días)	7,8 (4,7)	7,6 (4,4)	8,2 (5,3)	0,4
Tratamiento con SABA AD al alta (%)	36,4	29	61	0,07
Tratamiento con SAMA AD al alta (%)	18,4	13,9	27,5	0,03
Tratamiento con LABA al alta (%)	88,8	93,1	80,4	0,02
Tratamiento con LAMA al alta (%)	82,2	88,2	70,6	0,01
Tratamiento con IC al alta (%)	63,8	61,2	88,2	0,35
OCD (%)	43,4	38,6	52,9	0,11
VNI (%)	11,4	9	21	0,10

GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ESPAÑA: ESTUDIO SINCON

Baloira Adolfo, Blanco Nagore

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene un curso progresivo caracterizado por la presencia de síntomas, sobre todo disnea ante esfuerzos, y en ocasiones exacerbaciones. El objetivo de este estudio ha sido conocer el grado de control de los pacientes con EPOC en nuestro país, tanto en Atención Primaria (AP) como en Neumología.

MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo, multicéntrico realizado en Centros de Salud y consultas externas de Neumología de toda España. El grado de control se midió utilizando un índice que incluyó el cuestionario CAT de calidad de vida, la escala mMRC de disnea y el número de exacerbaciones moderadas/graves en el año previo.

RESULTADOS

Participaron 100 Centros de Salud y 34 Servicios de Neumología. Se reclutaron 584 pacientes incluyéndose en el análisis 481 (edad media 67,7 años, varones 81,5%, IMC 27,9, FEV1% 59%, 39,8 paq/año). Se observó una correlación significativa entre función pulmonar y escala de disnea ($p < 0,0001$), sin embargo con la puntuación en el CAT sólo existió una tendencia (más puntuación con menor FEV1) pero sin alcanzar significación estadística. Buen control en base a la definición utilizada se alcanzó en el 36,8% del pacientes, algo mejor en Neumología (42,5% en Neumología y 32,5% en AP, $p < 0,05$). Un control óptimo (definido como CAT < 10, mMRC 0-1, 0-1 exacerbación moderada el año previo) sólo lo alcanzaron el 16% de los pacientes (19% en Neumología, 10% en AP). Al analizar por fenotipos clínicos, el no agudizador mostró los mejores resultados (58,4%, $p < 0,0001$). Los fenotipos agudizadores tanto enfisema como bronquitis crónica fueron los que puntuaron peor (mal control en ambos casos por encima del 60%)

CONCLUSIONES

En base a nuestro estudio, 3 de cada 5 pacientes con EPOC en España están mal controlados, con unos porcentajes ligeramente mejores en Neumología. El fenotipo no agudizador tiene el mejor porcentaje de buen control

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL ASMA DOSIFICADO UNA O DOS VECES AL DÍA. ESTUDIO ATAUD

Pérez de Llano Luis⁽¹⁾, Pallares Sanmartín Abel⁽²⁾, González Barcala Francisco Javier⁽³⁾, Mosteiro Añón Mar⁽⁴⁾, Corbacho Abelaira Dolores⁽⁵⁾, Dacal Quintas Raquel⁽⁶⁾

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo (2) Complejo Hospitalario de Pontevedra, (3) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, (4) Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, (5) Hospital POVISA, Vigo, (6) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Estudio diseñado para comparar el cumplimiento del tratamiento inhalado del asma administrado una vez al día (UVD) y cada 12 horas (DVD). Los estudios que comparan el cumplimiento con ambas pautas son escasos, de corta duración y limitados a corticoides inhalados.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, multicéntrico, con una visita inicial (V1) y a los 6 meses (V2). Objetivo principal: valorar el cumplimiento mediante el Test de Adherencia a Inhaladores (TAI) y mediante la retirada en farmacia según la receta electrónica (RRE) en V2. Incumplimiento: TAI <50, RRE = 80%.

RESULTADOS

Se incluyeron 197 pacientes (47.3 ± 15.9 años, 65% mujeres) y 180 completaron el estudio. El TAI fue < 50 en 29.8 % de pacientes con UVD y en 46.9 % DVD ($p = 0.01$) y la RRE fue = 80% en 22.6% y 37.5% respectivamente ($p = 0.02$). La correlación entre ambos métodos fue moderada ($\rho = 0.548$; $p < 0.001$). No hubo diferencias significativas en el FEV1, exacerbaciones o ACT entre cumplidores y no cumplidores en V2. Cinco pacientes (6%) con UVD y 17 con DVD (17.7%) sufrieron una exacerbación ($p = 0.013$). En V2, 8 pacientes (9.5%) con UVD y 22 con DVD (22.9%) tenían asma no controlada ($p = 0.013$). Se debe precisar que el 25.8 % de los pacientes con UVD recibían dosis altas de corticoides inhalados frente a sólo el 11.5% de pacientes con DVD.

CONCLUSIÓN

El cumplimiento del tratamiento inhalado en el asma es mejor con pautas de UVD que con DVD, aunque ello no tuvo impacto sobre variables clínicas de interés, posiblemente porque el porcentaje de asmáticos no controlados fue bajo.

MARCADORES INFLAMATORIOS ASOCIADOS AL CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES EPOC

Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾, Ruano Raviña Alberto⁽²⁾, Casado Rey Pedro⁽¹⁾, Priegue Carrera Ana⁽¹⁾, Tubío Pérez Ramón⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Arnalich Montiel Victoria⁽¹⁾, Lojo Rodríguez Irene⁽¹⁾, Fernández Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de Investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur, (2)Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Existe una relación entre la EPOC y el desarrollo de Cáncer de Pulmón. Por ello nos propusimos determinar si los niveles de determinados marcadores inflamatorios asociados comúnmente a la EPOC se encuentran más alterados en aquellos pacientes que además han sido diagnosticados de CP.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo comparativo en el que se incluyeron casos de CP más EPOC y controles EPOC sin evidencia de CP. En ambos grupos se realizó un análisis en sangre periférica de IL-6, IL-8, TNF α , fibrinógeno, PCR, A1AT, leucocitos, plaquetas, IgE y bilirrubina.

RESULTADOS

Inclusión de 91 pacientes, 59 casos de CP más EPOC y 32 controles con el diagnóstico únicamente de EPOC. No se observaron diferencias en la distribución por sexo, edad, IMC, tabaquismo, exposición laboral, FEV1%, DLCO% ni estadio GOLD. Los pacientes EPOC con CP presentaban mayor comorbilidad y valores de IL-6, leucocitos, plaquetas y A1AT que los controles EPOC (tabla). Las áreas bajo la curva (AUC) de los parámetros analíticos significativos fueron: IL-6 0,694; leucocitos 0,637; plaquetas 0,702 y A1AT 0,763.

De los 59 CP más EPOC, en 24 (40%) el estadio era localizado (TNM I-II). En este subgrupo de pacientes solo los niveles de A1AT y de plaquetas fueron mayores que en los controles con un AUC de 0,723 y 0,675 respectivamente.

CONCLUSIONES

Los pacientes EPOC que además padecen CP presentan mayores niveles de IL-6, leucocitos, plaquetas y A1AT. En los pacientes EPOC que padecen CP en estadio localizado (TNM I-II) las plaquetas y A1AT están más elevados. Ambos parámetros podrían ser biomarcadores con potencial utilidad diagnóstica el estudio de nódulos pulmonares u otras lesiones sospechosas de CP dentro de la población de pacientes EPOC.

	CASOS (EPOC+CP) N=59	CONTROLES (EPOC) N=32	p
Sexo (varón)	52/59 (88,1%)	24/32 (75%)	0,096
Edad	67±17	65,5±16	0,140
IMC	26,81±6,38	25,8±6,17	0,958
IPA	45,5±22	40±19,25	0,250
Exposición laboral	26/57 (54,4%)	13/30 (43,3%)	0,510
FEV1%	64±25,3	69±41	0,862
GOLD III-IV	14/48 (24,1%)	9/32 (28,1%)	0,431
DLCO%	61,2±26,1	65,5±35,57	0,669
KCO%	64±21	61,95±38	0,988
Charlson	5±3	2±2	<0,0001
TNFα	6,85±2,85	6,47±2,96	0,482
IL-6	6,73±10,31	3,57±5,15	0,004
IL-8	16±22,53	9,70±11,52	0,172
IgE	70,7±59,65	21,40±81,73	0,113
Bilirubina	0,58±0,35	0,64±0,35	0,677
Fibrinógeno	592±232	487±239	0,229
PCR	11,15±40,84	4,49±4,30	0,060
Leucocitos	8375±4177,5	7160±2892,5	0,032
Plaquetas	293000±162050	225500±72750	0,002
A1AT	154,5±65,25	137±23,5	0,003

FACTORES PREDICTORES DE ESTANCIA PROLONGADA Y REINGRESO EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Priegue Carrera Ana, González Fariña Marcos, Mouronte Roibás Cecilia, Alfaya Fiaño Isabel, Botana Rial María Isabel, García Rodríguez María Esmeralda, Aballe Santos Luz, Fernández Villar Alberto

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) supone uno de los principales motivos de ingreso en los servicios de neumología y produce importantes cargas asistenciales. Conocer los factores que condicionan su estancia y reingreso podría ser importante para diseñar programas de mejora. Con este objetivo llevamos a cabo el presente estudio.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes inmunocompetentes con NAC ingresados en nuestro hospital desde diciembre de 2015 hasta marzo de 2017. Se registraron una amplia batería de variables sociodemográficas y clínicas del paciente y de su manejo. Se realizó un análisis bivariante y multivariante para determinar qué factores se asociaban con el tiempo de hospitalización o el reingreso en el primer mes.

RESULTADOS:

Se incluyeron 242 casos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días y el 5,3% de los pacientes reingresaron antes de 30 días del alta en relación con la NAC. En la tabla se representan los resultados del análisis bivariante de las variables estudiadas para la estancia prolongada. En el análisis multivariante, fueron predictores independientes el antecedente de NAC previa (OR=3,9;p=0,001), la presentación como NAC grave (OR=4,4;p=0,03), el derrame pleural complicado (OR=4,6;p=0,0001), el fracaso terapéutico (OR=6,6;p=0,027) y una duración de antibioterapia inadecuada (OR=1,68;p=0,0001)

En relación con el reingreso en el análisis bivariante se encontraron diferencias significativas en el antecedente de una enfermedad respiratoria crónica (p=0,028), de una NAC previa (p=0,037) o de neoplasia sólida (p=0,025), el diagnóstico de neumonía necrotizante (p=0,0001), la duración inadecuada de la antibioterapia (p=0,027) y la vacunación antigripal (p=0,025). En el análisis multivariante únicamente el antecedente de tumor sólido (OR=4,8; p=0,027) y el diagnóstico de neumonía necrotizante (OR=67; p=0,001) fueron predictores independientes.

CONCLUSIONES

Los factores predictores de estancia prolongada son diferentes y múltiples e incluyen tanto variables relacionadas con el paciente como con el proceso infeccioso pulmonar.

Estancia (biivariante)			
	≤ 8 días (n=133)	8 días (n=109)	p
Edad (años)	64,8 ± 16	66,3 ± 15,2	0,46
Sexo	80 (60,2%) varones	69 (63,3%) varones	0,36
EPOC	18 (13,5%)	25 (22,9%)	0,04
Asma	10 (7,5%)	9 (8,3%)	0,51
Diabetes Mellitus	25 (18,8%)	27 (24,8%)	166
Hepatopatía	3 (2,3%)	2 (1,8%)	0,59
ICC	4 (3%)	5 (4,6%)	0,37
IRC	5 (3,8%)	6 (5,5%)	0,36
ACV	6 (4,5%)	6 (5,5%)	0,47
Tabaquismo activo	28 (21,1%)	22 (20,4%)	0,51
Paciente dependiente	7 (5,3%)	15 (14%)	0,017
Alcoholismo activo	7 (5,3%)	3(2,8%)	0,265
Enf. Respiratoria .crónica	36(27,1%)	43 (39,4%)	0,028
Índice de Charlson	1,06 ± 1,19	1,28 ± 1,3	0,181
N.º neumonías previas	2,13 ± 1,35	2,17 ± 1,76	0,94
Ingresos en año previo	0,41 ± 1,09	0,51 ± 1,26	0,51
Ingreso previo	3 (2,3%)	5(4,6%)	0,25
Visitas a urgencias año previo	1,02 ± 2,38	0,83 ± 1,31	0,46
NAC previa	15 (11,3%)	23(21,1%)	0,028
UCI	1(0,8%)	9 (8,3%)	0,004
NAC grave	3 (2,3%)	10 (9,2%)	0,018
Afectación multilobar	33 (26,6%)	37 (34,6%)	0,121
DP complicado	12 (9%)	36 (33%)	0,0001
Neumonía Necrotizante	0(0%)	4 (3,7%)	0,04
VMI	0(0%)	5(4,6%)	0,018
VMNI	1(0,8%)	13 (11,9%)	0,0001
Fracaso terapéutico	2 (1,5%)	8 (7,3%)	0,025
Duración antibioterapia inadecuada	46 (34,6%)	67 (62,6%)	0,0001

XLIV REUNIÓN ANUAL SOGAPAR XXXI REUNIÓN GALAICO DURIENSE

Estancia (bivariante)			
	≤ 8 días (n=133)	8 días (n=109)	p
Edad (años)	64,8 ± 16	66,3 ± 15,2	0,46
Sexo	80 (60,2%) varones	49 (63,3%) varones	0,36
EPOC	18 (13,5%)	25 (22,9%)	0,04
Asma	10 (7,5%)	9 (8,2%)	0,51
Diabetes Mellitus	25 (18,8%)	27 (24,8%)	0,06
Hepatopatía	3 (2,3%)	2 (1,8%)	0,59
ICG	4 (3%)	5 (4,6%)	0,37
IRC	5 (3,8%)	6 (5,5%)	0,36
ACV	6 (4,5%)	6 (5,5%)	0,47
Tabaquismo activo	28 (21,1%)	22 (20,4%)	0,51
Paciente dependiente	7 (5,3%)	15 (14%)	0,017
Alcoholismo activo	7 (5,3%)	3 (2,8%)	0,265
Euf. Respiratoria crónica	30 (22,1%)	43 (39,4%)	0,028
Índice de Charlson	1,06 ± 1,19	1,28 ± 1,3	0,161
Nº neumonías previas	2,13 ± 1,36	2,17 ± 1,76	0,94
Ingresos en año previo	0,41 ± 1,09	0,51 ± 1,26	0,51
Ingreso previo	3 (2,3%)	5 (4,6%)	0,25
Visitas a urgencias año previo	1,62 ± 2,38	0,83 ± 1,31	0,46
NAC previo	15 (11,3%)	23 (21,1%)	0,028
UCI	1 (0,8%)	9 (8,2%)	0,004
NAC grave	3 (2,3%)	19 (17,4%)	0,018
Afectación multibobur	33 (26,0%)	37 (34,0%)	0,121
DP complicado	12 (9%)	36 (33%)	0,0001
Neumonía Necrotizante	0 (0%)	4 (3,7%)	0,04
VMI	0 (0%)	5 (4,6%)	0,018
VMI+	1 (0,8%)	13 (11,9%)	0,0001
Fracaso terapéutico	2 (1,5%)	8 (7,3%)	0,025
Duración antibioterapia inadecuada	46 (34,6%)	67 (62,6%)	0,0001

DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON: RENTABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PULMONAR TRANSPARIETAL PERCUTANEA GUIADA POR ULTRASONOGRAFIA

Rodríguez-Trigo Gema, Rigual Bobillo Juan Abelardo, Vargas Centanaro Gianna, Sáiz Pardo Melchor, Pérez Alonso Pablo, Fernández Aceñero María Jesús, Sanz Ortega Julián, Subhi Issa Ahmad Issa, Raissouni Ouazzani Nada, Álvarez-Sala Walther José Luís

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

El diagnóstico del cáncer de pulmón requiere muestras histológicas de mayor tamaño dada la necesidad de realizar numerosos estudios moleculares. La biopsia pulmonar transparietal percutánea guiada por ultrasonografía (BPTPGU) puede ser una alternativa útil en estos casos.

OBJETIVO

Estudiar la rentabilidad y seguridad de la BPTPGU en el diagnóstico del cáncer de pulmón

MÉTODOS

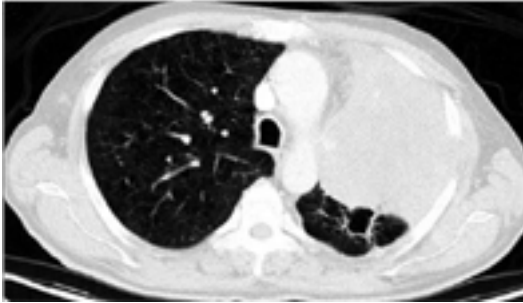
Estudio transversal de todas las BPTPGU realizadas en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico San Carlos desde la implantación de la técnica el 3 de julio de 2017. Tras la localización ecográfica de la lesión con un ecógrafo MyLabFive (EsaoteEurope BV, Maastricht, TheNetherlands) empleando una sonda *convex*, y previa sedación, se realizó punción aspiración con aguja espinal (procesada en Cytolyt) y posteriormente biopsia con una TSK AcecutBiopsyNeedle de 14 G x 150 mm 22 mm Type (TSK Laboratory, Japan distribuido en Europa por EnergoEurope, TheHaye, TheNetherlands). Se analizaron variables demográficas, tiempo de exploración, estirpe tumoral, estudios moleculares, tolerancia y complicaciones. A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 17.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 pacientes, 83 % varones, con un rango de edad de 53-80 años. La PAAF fue diagnóstica en 3 casos. El diagnóstico histológico se obtuvo en 4 casos. En todos los casos, el material obtenido fue suficiente para la realización de los estudios moleculares. El rango de tiempo de la realización de la técnica fue de 15-30 minutos. La tolerancia fue muy buena. Como complicaciones, un paciente presentó una hemoptisis leve que se auto limitó.

CONCLUSIONES

- 1.- En nuestra experiencia, la BPTPGU es una técnica rápida, sencilla, segura y rentable.
- 2.- Consideramos esta técnica como una alternativa útil a otras medidas diagnósticas siempre y cuando se trate de una lesión con una localización anatómicamente favorable.



¿TIENEN NUESTROS PACIENTES CON EPOC UN FLUJO INSPIRATORIO SUFICIENTE PARA EL USO ADECUADO DE SUS DISPOSITIVOS INHALATORIOS?

Aballe Santos Maria Luz, Represas Represas Cristina, Priegue Carrera Ana, González Fariña Marcos, García Rodríguez Esmeralda, Fernández Villar J. Alberto

Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo

OBJETIVO

Actualmente se dispone de una amplia gama de dispositivos inhalatorios (DI) con diferentes diseños y resistencia interna, cada uno de los cuales precisa de un flujo inspiratorio (FI) mínimo. Desconocemos si nuestros pacientes con EPOC son capaces de generar estos flujos y si existen factores que nos permitan predecirlo. Con este objetivo llevamos a cabo el presente estudio.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo incluyendo EPOC valorados en las consultas de enfermería del HAC. Determinamos el FI alcanzado por cada paciente a través del/os DI que tenían prescritos utilizando el sistema In-Check Dial G16 (figura). Es un aparato preciso que mide el FI para 16 dispositivos diferentes simulando su resistencia interna, con un rango posible de 15-120 l/min. Se recogieron además datos sociodemográficos, educativos, clínicos y espirométricos de cada paciente.

RESULTADOS

Se evaluó el FI para 145 DI (más frecuentes: 28 Breezhaler, 26 Turbuhaler, 18 Respimat, 15 Handihaler, 15 Accuhaler) en 75 pacientes, 84% varones, 67 (10) años, 44% fumadores activos, 1 (1,3) exacerbaciones/año, CAT 15,8 (7,6), mMRC 1,6 (1), GOLD B 43% y D 29%, FEV1 1.280 (550) ml/46,5 (16,7)%, satisfacción con su dispositivo por SFI-1 45,3 (5,3), 72% instruidos en uso de DI, 72% con puntuación máxima en el TAI y 76% los utilizaban durante más de 1 año.

Siete (9,3%) presentaban un FI inferior al recomendado para al menos uno de los DI (5 Handihaler, 1 Accuhaler y 1 Turbuhaler). Los factores que se relacionan con ello fueron: uso de Handihaler (33,3% vs 1,2%; $p < 0,0001$), nivel de estudios (15,5% vs 0; $p = 0,02$), grado de disnea (2,4 vs 1,5; $p = 0,01$) y FEV1 (47,4% vs 37,4%; $p = 0,001$; un FEV1 = 43% 100% sensibilidad y 60% especificidad)

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros EPOC son capaces de realizar un FI suficiente para su DI y es posible predecir quien no va a poder hacerlo.



FACTORES PREDISONENTES DEL ABSENTISMO EN LAS CITAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Núñez Fernández Marta⁽¹⁾, Ramos Hernandez Cristina⁽¹⁾, Martínez Baladron Andrea⁽²⁾, Marcos Bravo María Carmen⁽³⁾, Salgado-Barreira Ángel⁽⁴⁾, Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Tubío Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Lojo Rodríguez Irene⁽¹⁾, Fernández Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología. EOXI de Vigo, (2)Servicio de Urgencias. EOXI de Vigo, (3)Servicio de Alergología. EOXI de Vigo, (4)Unidad de Metodología y Estadística. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur

La gestión óptima de los recursos es fundamental a la hora de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y la falta de asistencia a las citas programadas supone una clara infrutilización de los recursos.

OBJETIVOS

Analizar la tasa de absentismo de nuestras consultas [primeras consultas (PC) y revisiones (R)] respecto a las del resto de servicios del hospital y conocer posibles factores influyentes en el incumplimiento de la cita.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó datos de las consultas externas de NML durante el año 2014 recogiendo variables demográficas y relacionadas con la cita.

RESULTADOS

El porcentaje de absentismo global en NML fue del 7%, menor a la media del hospital (9,1%) y a la de otro servicio médico de características similares (10,2%).

Observamos un porcentaje significativamente mayor de ausencias a las PC(8,3%) que a las R(6,4%); $p<0,001$.

Los pacientes fallaron más a sus citas en el primer trimestre del año que en el último (1T: 7,6%; 4T: 6,1; $p<0,002$) hubo también diferencias respecto a los días de la semana, siendo los martes el día con más ausencias (L7,4%; M8%; M6,3%; J6,4%; V6,9%; $p<0,001$).

Entre los absentistas se encontró un claro predominio de jóvenes (18-35 años 11,2%; 35-65 años 7,8%; >65 años 5,4%), pero sin diferencias respecto del sexo (hombres 6,9%, mujeres 7%, $p=0,8$) ni a la distancia al hospital (<20km 8,2%; 20-40km 9,4%; >40km 7%; $p=0,2$).

El tiempo de espera medio hasta la cita de la PC se relacionó con mayor número de ausencias (94 días en los que fallaron y 69 días en los que acudieron; $p<0,001$)

CONCLUSIONES

Los dos factores más relevantes que se relacionaron con no acudir a la consulta programada fueron el mayor tiempo de espera hasta la cita y la edad, siendo superior el absentismo en los pacientes más jóvenes.

ANTIFIBRÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI): UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Mouronte Roibás Cecilia⁽¹⁾, Cano Jiménez Esteban⁽²⁾, Cobas Paz Ana⁽³⁾, Acuña Fernández Adelaida⁽⁴⁾, González Fernández Coral⁽⁴⁾, Botana Rial Maribel⁽¹⁾, Ramos Hernández Cristina⁽¹⁾, Leiro Fernández Virginia⁽¹⁾

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI de Vigo. Grupo de Investigación Neumovigol+i. IIS Galicia Sur, (2)Hospital Lucus Augusti. Complexo Hospitalario Universitario de Lugo., (3) Hospital POVISA, (4)Complexo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN

Pirfenidona y Nintedanib son los dos tratamientos disponibles hasta el momento para tratar la FPI. Según los estudios, los beneficios esperables al emplearlos residen en la estabilización funcional y la limitación del número de exacerbaciones. El objetivo de este estudio es mostrar las características y evolución hasta la fecha de los pacientes a tratamiento antifibrótico en varios hospitales de nuestra comunidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de todos los pacientes tratados con antifibróticos en cuatro hospitales gallegos desde abril de 2015. Analizamos variables clínicas, funcionales y radiológicas al inicio, así como la evolución de las mismas y la tolerancia al tratamiento antifibrótico.

RESULTADOS

63 pacientes (68,3% varones, con una edad media de $71,5 \pm 8,3$ años). El tiempo de tratamiento medio es de $13,5 \pm 8,1$ meses. El 88,9% de los pacientes presentaban disnea y 58,7% tos al inicio del tratamiento. La FVC era del $66,5 \pm 16,6\%$ y la DLCO del $48,1 \pm 15,4\%$. El 66,7% de los pacientes tenían un TACAR consistente para NIU, siendo necesaria en el 25,4% de pacientes la realización de una biopsia pulmonar.

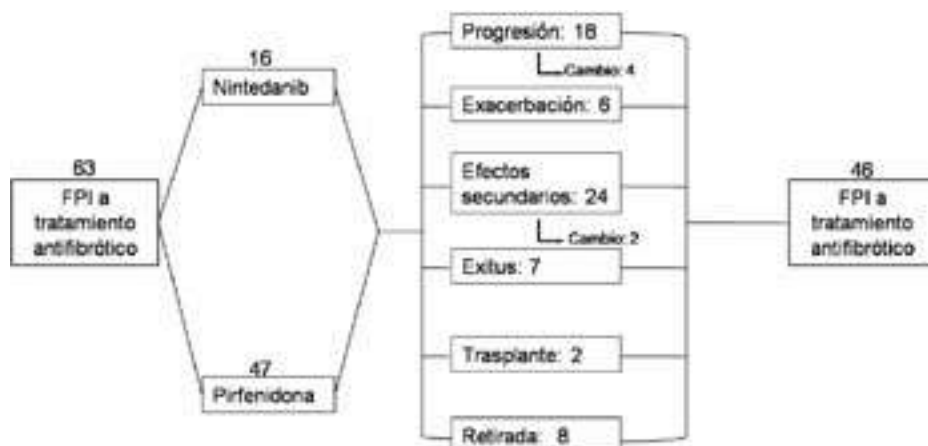
La figura 1 muestra la evolución de los pacientes en tratamiento hasta la fecha.

En cuanto a la eficacia, se mantuvieron estables funcionalmente el 71% de los pacientes y sin exacerbaciones en el 80% de los casos. La mortalidad de toda la serie fue del 11%, y 24 pacientes (38%) presentaron efectos secundarios (gastrointestinales, fotosensibilidad o hepatotoxicidad), que requirieron retirar el medicamento únicamente en 8 ocasiones.

La tabla 1 muestra una descripción de los pacientes que recibieron tratamiento con pirfenidona y con nintedanib respectivamente.

CONCLUSIONES

Más del 70% de los pacientes se mantienen estables con el tratamiento antifibrótico, tanto desde el punto de vista funcional como de las exacerbaciones. La tolerancia es, en general buena, presentando efectos secundarios en su mayoría leves que no implican la retirada del tratamiento.



	Pirfenidona	Nintedanib
Edad al inicio	70,8±8,2	73,6±8,7
Varones	35 (74,5%)	8 (50%)
Disnea al inicio	44 (93,6%)	12 (75%)
Tos al inicio	26 (55,3%)	11 (68,8%)
FVC% al inicio	66,1±15,4	68,1±19,9
DLCO% al inicio	45,7±14,1	53,2±17,4
GAP inicio	4,3±1,5	3,7±1,2
GAP tras tratamiento	5,2±1,4	4,2±2,1
Progresión radiológica	5/19 (26,3%)	2/4 (50%)
Progresión funcional	12/42 (28,6%)	3/11 (27,3%)
Exacerbación	4/22 (18,2%)	2/7 (28,6%)
Número	2,5±1	2
Efectos secundarios	15 (31,9%)	9 (56,3%)
Gastrointestinales	9 (19,1%)	8 (50%)
Fotosensibilidad	6 (12,8%)	0 (0%)
Hepatotoxicidad	2 (4,3%)	2 (12,5%)
Cambio	7 (14,9%)	1 (6,3%)
Retirada	10 (21,3%)	6 (37,5%)
Fallecimiento	6 (13,3%)	1 (6,3%)

FENOTIPOS RELACIONADOS CON LA MEJORÍA CLÍNICA Y COSTE DIRECTO DEL ASMA GRAVE EN PACIENTES TRATADOS CON OMALIZUMAB. ESTUDIO FENOMA

Blanco-Aparicio Marina⁽¹⁾, Soto Campos José Gregorio⁽²⁾, Campo Mozo Paloma⁽³⁾, Moreira Jorge Ana⁽⁴⁾, Dávila González Ignacio⁽⁵⁾

(¹)Hospital Universitario de A Coruña, (²)Hospital de Jerez, (³)Hospital Carlos Haya, (⁴)Departamento Médico, Novartis Farmacéutica SA, (⁵)Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

OBJETIVOS

Describir la distribución fenotípica de pacientes que alcanzaron el control de asma grave (AG) durante el primer año de tratamiento con omalizumab (OMA). Estudiar la mejoría clínica, funcional, reducción de exacerbaciones y costes asociados al empeoramiento del asma (EA).

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, de revisión de historias clínicas de pacientes ≥ 18 años con AG que, al final del primer año de tratamiento con OMA, controlaron la enfermedad. Se clasificaron los fenotipos en 6 categorías según consensos de AG de ERS/ATS 2014 y SEAIC. Variables: fenotipos, síntomas y episodios no graves de asma (ENG), reducción de tratamiento (dosis de corticoides orales (CO) e inhalados (CI) y medicación de rescate (MR)), absentismo laboral (AL), mejoría en función pulmonar (FEV1) y reducción de exacerbaciones. Coste del EA calculado con visitas a urgencias (VU), hospitalizaciones y estancias en cuidados intensivos (UCI).

RESULTADOS Se incluyeron 345 pacientes (edad media 48,6 años; 66,7% mujeres). Principales fenotipos: AG con exacerbaciones frecuentes (AGEF) (29,9%), asma alérgica de inicio temprano (AAIT) (23,7%), AG corticodependiente (18,0%), AG hipereosinofílica (13,6%), asma con obstrucción fija al flujo aéreo (9,3%) y AG en mujeres obesas (5,5%). Tras un año desaparecieron los síntomas en el 55,4%. El 36,4% y 40,9% redujeron la dosis de CO y CI, respectivamente, y el 55,7% dejó la MR. El FEV1 mejoró un 14,7% ($p < 0,0001$). ENG y AL disminuyeron significativamente (media [DE] 9,8 [29,3] vs 1,3 [2,2]; 12,4 [39,2] vs 0,6 [2,3] ($p < 0,0001$), respectivamente).

El coste estimado del EA por visitas no programadas disminuyó de 375 a 59,47€/paciente y el de exacerbaciones con VU o ingreso de 1.776€/paciente a ninguna registrada.

CONCLUSIONES

Fenotipos más comunes: AG con EF y AAIT. Durante el primer año con OMA hubo una reducción del uso de medicación de mantenimiento/rescate, exacerbaciones no graves, AL y FEV1, y costes del EA y exacerbaciones.

RISK FACTORS FOR HOSPITALIZATION IN TUBERCULOSIS PATIENTS – A NATIONAL 7-YEAR ANALYSIS

Galego Maria⁽¹⁾, Santos João Vasco⁽²⁾, Viana João⁽²⁾, Freitas Alberto⁽²⁾, Duarte Raquel⁽³⁾

(¹)Pulmonology Department, Hospital Pedro Hispano, ULSM E.P.E., Matosinhos, Portugal,

(²) Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS),Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal / Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Faculty of Medicine of the University of Porto,

Porto, Portugal, (³)Pulmonology Department, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., Vila Nova de Gaia, Portugal / ISPUP-EPIUnit, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal / Department of Public Health, Forensic Sciences and Medical Education, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal

INTRODUCTION

Although considered an ambulatory disease, hospitalization remains important to Tuberculosis (TB) management through isolation of infectious patients or providing treatment of patients with or at-risk of complications of the disease/therapy. Understanding which patients are hospitalized and at which point of the disease can help to identify earlier these patients as well as manage more efficiently available resources.

AIMS

Identification of possible risk factors associated with hospitalizations in patients with active TB diagnosis between 2008 and 2014.

METHODS

Retrospective analysis of clinical, demographic and social information of patients identified through two record-linkage national databases - the national surveillance system for TB between 2008 and 2013 and from the national registration of hospitalizations between 2008 and 2014. Chi-square tests and logistic regressions were performed using SPSS Software.

RESULTS

A total of 4421 hospitalizations occurred in this period - 70% male, mean of age 47,5±18,8 years. Multivariable analysis showed HIV co-infection as a significant factor in predicting hospital admission [Odds-ratio (OR) 3,439, 95% confidence intervals (CI) 2,284-5,178]. Concomitant neoplastic disease yield an OR of 1,926 (95% CI, 1,012-3,667) and alcohol abuse also emerged as a significant contributor to hospitalization (OR 1,605, 95% CI, 1,109-2,324). When it comes to TB disease itself, extra-pulmonary forms (OR 1,805, 95% CI, 1,014-3,211) and uncompleted previous TB treatment (OR 1,495, 95% CI, 1,108-2,018) were shown to positively increase the risk of patient incare. Analysis of other variables (sex, age, unemployment and number of previous TB treatments) showed no significant risk increase.

CONCLUSIONS

Immune dysfunctions and progression of chronic diseases are associated with more severe forms of TB and more frequent adverse effects which can be critical enough to require hospital admission. This study enlightens risk factors linked with hospitalization during TB disease on a national scale and may help to develop evidence-based strategies for TB management.

ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL DISPOSITIVO ALPHAKIT® QUICKSCREEN EN LA DETECCIÓN DE PORTADORES DEL ALELO PI*Z EN PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC EN UNA PLANTA DE NEUMOLOGÍA

Tubío-Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Torres-Durán María⁽¹⁾, Priegue-Carrera Ana⁽¹⁾, Fariña-Gonzalez Marcos⁽¹⁾, Barros-Tizón Juan Carlos⁽¹⁾, Ramos-Hernández Cristina⁽¹⁾, Represas-Represas Cristina⁽¹⁾, Blanco-Pérez Milagros⁽²⁾, Fernández-Villar Alberto.⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Centro galego Alfa-1-antitripsina, (2)Servicio de Análisis Clínicos. Unidad de Citogenética y Genética Molecular. EOXI Vigo. Centro galego Alfa-1-antitripsina

OBJETIVO

En pacientes con EPOC se recomienda la determinación, al menos en una ocasión, de los niveles alfa-1-antitripsina (AAT). Por tratarse de un reactante de fase aguda no se recomienda su determinación durante las exacerbaciones. El AlphaKit®-Quickscreen representa una herramienta en el screening del déficit de AAT a través de la detección en una gota de sangre capilar de la presencia del alelo Z. El objetivo del estudio fue analizar la utilidad de este dispositivo en pacientes ingresados en Neumología por exacerbación de EPOC.

MÉTODOS

Estudio prospectivo con inclusión de todos los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC entre marzo y junio del 2017 en Neumología. A todos se les realiza una detección del alelo Z con el AlphaKit®-Quickscreen. Analizamos las características clínico-funcionales de los pacientes y, en los casos positivos, se completó el estudio con la determinación de niveles en fase estable y genotipo.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes, con predominio de varones (74.5%,), mediana de edad de 65.7 (± 12) años. Antecedentes de tabaquismo en 39 pacientes (83%) con IPA acumulado de 42,6 años-paquete (± 24). Edad de inicio de síntomas respiratorios a los 58,7 (± 10.5) años. Función pulmonar medida por FEV1 1412 ml (± 854), 49.8% ($\pm 22.5\%$). El test fue positivo en 6 pacientes (12,7%);siendo en 3 casos nunca fumadores con niveles de 23 (ZZ), 67 (SZ) y 109 (MZ); y en los casos restantes niveles de 66 (SZ), 115 (MZ) y pendiente de niveles y genotipo del restante.

CONCLUSIONES

El AlphaKit®-Quickscreen es útil en la detección del alelo Z de AAT en pacientes ingresados por exacerbación de EPOC; su uso permitiría identificar casos no diagnosticados en una población de riesgo como son los pacientes con EPOC. En nuestro estudio el 50% de los resultados positivos eran pacientes sin antecedentes de tabaquismo.

Estudio realizado con la colaboración de Laboratorios Grifols, S.A.

TOLERANCIA, SEGURIDAD Y EFICACIA DEL SUERO SALINO HIPERTÓNICO EN BRONQUIECTASIAS Y/O BRONCORREA

Lojo Rodríguez Irene, Ramos Hernández Cristina, Nuñez Fernández Marta, Dacal Rivas David, Tubío Perez Ramon, Mouronte Roibas Cecilia, Arnalich Montiel Victoria, Aguiar Álvarez Noelia, Fernández Villar Alberto

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

El suero salino hipertónico (SSH) tiene una limitada evidencia en la eficacia y seguridad en pacientes con bronquiectasias no FQ. El objetivo de nuestro estudio es describir los resultados de nuestra experiencia reciente. Su coste es de 0.7 €/día.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes tratados ambulatoriamente con SSH 5,8% en el último año. A todos los pacientes se les realizó una prueba de tolerancia con espirometría pre y post-administración. Se valoró la indicación del fármaco, tolerancia a largo plazo y tiempo de tratamiento. Realizamos una encuesta telefónica para valorar la opinión de los pacientes acerca del tratamiento (tabla 1)

RESULTADOS

40 pacientes (65% mujeres) de edad 63 (+14,7) años recibieron tratamiento con SSH por bronquiectasias 36 (90%) y/o broncorrea 3(7,5%) de los cuales 1 EPOC ,1 asma y 1 bronquitis crónica. El tiempo medio de tratamiento fue 4,3 (+2,7) meses. Se suspendió en 11 (27,5%)pacientes, de los cuales 6 (15%) fue por mejoría clínica tras 3 meses de tratamiento y en 5 (12,5%) por intolerancia, siendo los efectos adversos más frecuentes (tos(4), disnea (1), molestias dentarias (1).

En la prueba inicial de SSH decidimos no pautar el SSH en 1 caso por mala tolerancia. La caída de FEV1 en esta prueba fue de -10,5cc (+106) y -0,8% (+4,3). Evidenciamos caída funcional >12% y/o 200ml en 2 pacientes que toleraron adecuadamente el tratamiento a largo plazo, no se documentó caída de FEV1>15% en ningún paciente.

Resultados de encuesta telefónica en Tabla 1.

CONCLUSIÓN

El SSH es un fármacos seguro, barato y bien tolerando por el 87,5% de los pacientes. El 44,7% de ellos asegura que el tratamiento les ha cambiado la vida

CONSUMO DE ALCOHOL Y RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN EN NUNCA FUMADORES

Torres-Durán María⁽¹⁾, García-Lavandeira José Antonio⁽²⁾, Parente-Lamelas Isaura⁽³⁾, Leiro-Fernández Virginia⁽¹⁾, Golpe-Gómez Antonio⁽⁴⁾, Castro-Añón Olalla⁽⁵⁾, Montero-Martínez Carmen⁽²⁾, Mejuto-Martí María José⁽⁶⁾, Barros-Dios Juan Miguel⁽⁴⁾, Ruano-Raviña Alberto⁽⁷⁾

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro - EOXI VIGO, (2)Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, (3)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, (4)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, (5)Hospital Universitario LucusAugusti - Lugo, (6)Hospital Arquitecto Marcide - Ferrol, (7)Universidade de Santiago de Compostela

OBJETIVO

El etanol está clasificado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) como carcinógeno humano pero no existe evidencia sobre su posible efecto en el cáncer de pulmón. El objetivo de este estudio es analizar la posible influencia del consumo de alcohol en el riesgo de cáncer de pulmón en nunca fumadores.

MÉTODOS

Estudio de casos y controles, multicéntrico, diseñado para analizar los factores de riesgo de cáncer de pulmón en nunca fumadores. Casos: Nunca fumadores diagnosticados consecutivamente de cáncer de pulmón en los 10 hospitales participantes. Controles: Nunca fumadores atendidos en estos centros por patología no oncológica. Todos los participantes son > 30 años y todos los casos tienen diagnóstico histológico de cáncer de pulmón. A todos los participantes se les realizó una entrevista mediante un cuestionario en el que se recogía información sobre factores de riesgo para cáncer de pulmón y hábitos de vida, incluyendo información detallada sobre consumo de alcohol.

RESULTADOS

Se han incluido 438 casos y 842 controles, 80% mujeres. Edad mediana: 71 años (RIQ:61-78) en los casos y 66 (RIQ:58-75) en los controles. El tumor más frecuente: adenocarcinoma (78%). Entre los casos había 189 no bebedores y 249 consumidores de alcohol; entre los controles 313 no consumían alcohol y sí lo hacían 529. En la tabla 1 se muestra el riesgo global de cáncer de pulmón asociado al consumo de alcohol. En la tabla 2 se presentan los resultados sólo para los casos de adenocarcinoma en relación con el tipo de bebida alcohólica consumida.

CONCLUSIONES

El consumo de bebidas alcohólicas parece asociarse con un incremento del riesgo de cáncer de pulmón en nunca fumadores, alcanzando significación estadística en los consumidores de varios tipos de vino, lo que podría estar en relación con la cantidad ingerida. El vino es la bebida más consumida en nuestra muestra.

Tabla 1: Consumo de alcohol y riesgo de cáncer de pulmón

	Casos	Controles	OR Cruda (95% CI)	OR Cruda* (95% CI)	OR Ajustada* (95% CI)	OR Ajustada (95% CI)		
						Casos	Controles	
Alcohol								
No bebedores	189	313	1	1	1	137	225	1
Bebedores	249	528	0.75 (0.59 - 0.95)	1.08 (0.84 - 1.40)	1.25 (0.87 to 1.73)	178	370	1.22 (0.83 - 1.80)

Ajustada por edad y sexo.

Ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, ingesta total de alcohol, nivel de educación y convivencia con fumadores.

Ajustada por edad, sexo, ingesta total de alcohol, nivel de educación, convivencia con fumadores y exposición a radón residencial.

Tabla 2: Consumo de bebidas alcohólicas y riesgo de adenocarcinoma

	Casos	Controles	OR Cruda (95% CI)	OR Cruda* (95% CI)	OR Ajustada* (95% CI)	OR Ajustada (95% CI)		
						Casos	Controles	
Tipo de vino								
No bebedores	134	351	1	1	1	96	244	1
Tinto	97	299	0.85 (0.63 - 1.15)	1.14 (0.83 - 1.58)	1.31 (0.86 - 2.02)	78	199	1.49 (0.93 - 2.39)
Blanco	23	48	1.26 (0.52 - 2.12)	1.47 (0.83 - 2.56)	1.33 (0.44 - 2.78)	16	29	1.52 (0.69 - 3.33)
Rosado	6	26	0.60 (0.22 - 1.41)	0.74 (0.26 - 1.78)	0.77 (0.19 - 2.33)	3	14	0.72 (0.14 - 2.73)
Todos los tipos	28	84	0.87 (0.54 - 1.39)	1.49 (0.89 - 2.46)	1.41 (0.80 - 2.22)	23	56	2.62 (1.24 - 5.62)
Arroza								
No bebedores	238	637	1	1	1	177	444	1
Bebedores	31	151	0.93 (0.65 - 1.32)	1.81 (1.21 to 2.73)	1.19 (0.73 to 1.93)	39	98	1.35 (0.79 - 2.28)
Jerez								
No bebedores	253	677	1	1	1	186	458	1
Bebedores	36	131	0.74 (0.49 - 1.08)	1.45 (0.92 - 2.25)	1.67 (0.96 - 2.91)	64	84	1.59 (0.88 - 2.87)

Ajustada por edad y sexo.

Ajustada por edad, sexo, ingesta total de alcohol, nivel educativo y convivencia con fumadores.

Ajustada por edad, sexo, ingesta total de alcohol, nivel de educación, convivencia con fumadores y exposición a radón.

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON SILICOSIS

Arnalich-Montiel Victoria⁽¹⁾, Salgado-Barreira Ángel⁽²⁾, Álvarez Moure Maria Ángel⁽³⁾, Caldera de Canepari Adriana⁽³⁾, Cerdeira Domínguez Luz⁽¹⁾, Dacal Rivas David⁽¹⁾, Tubío Pérez Ramón⁽¹⁾, Lojo Rodríguez Irene⁽¹⁾, Fernández-Villar Alberto⁽¹⁾, Blanco-Pérez José Jesús⁽¹⁾

(¹)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, España, (²)Unidad de Metodología y Estadística. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, (³)Servicio de Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, España.

INTRODUCCIÓN

La prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M) es una medida útil en patologías pulmonares, aunque pocos estudios han evaluado su utilidad en la silicosis.

OBJETIVOS

Determinar la relación entre los parámetros de la PM6M, la función pulmonar y hallazgos de la TAC, así como identificar otras variables que reducen la distancia caminada.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con silicosis atendidos en nuestra consulta entre 2009 y 2016. Se recogieron datos de la PM6M, función pulmonar y TAC. Se utilizó Chi-Cuadrado para comparar variables cualitativas, t de Student y ANOVA para variables cuantitativas y test de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se incluyeron 220 varones con silicosis (77 simple y 143 complicada) con edad media de $52,3 \pm 10,5$ años. La distancia media caminada en la PM6M (distancia-PM6M) fue similar en silicosis simple (402 ± 90 m) y complicada (387 ± 92 m; $p=0,271$). Se encontraron diferencias significativas ($p=0,022$) en la distancia-PM6M entre las categorías de silicosis complicada A (73 pacientes, 407 ± 97 m), B (47 pacientes; 370 ± 88 m) y C (23 pacientes; 357 ± 68 m). La distancia-PM6M se correlacionó directamente con FVC ($r=0,37$; $p<0,001$) y FEV1/FVC ($r=0,34$; $p<0,001$) e inversamente con el índice de Charlson (ICh) ($r=-0,20$; $p=0,004$) y el tiempo de saturación O2 nocturna $<90\%$ (CT90) ($r=-0,33$; $p<0,001$). Al agrupar a los pacientes según la distancia-PM6M fuese <350 m (Grupo-I: 67 pacientes) o >350 m (Grupo-II: 153 pacientes), se observaron diferencias significativas en el ICh ($1,31 \pm 1,65$ vs $0,76 \pm 1,15$; $p=0,005$), y CT90 ($27,3 \pm 32,2\%$ vs $11,1 \pm 21,5\%$; $p=0,001$). Los pacientes del primer grupo tuvieron mayor número de hospitalizaciones ($3,2 \pm 3,8$ vs $0,8 \pm 2,4$; $p<0,001$), mayor frecuencia de enfisema ($37,9\%$ vs $16,7\%$; $p=0,001$) y mayor mortalidad ($37,7\%$ vs $10,5\%$; $p<0,001$).

CONCLUSIONES

La distancia media caminada en la PM6M está reducida en silicosis complicada, asociándose a una mayor hospitalización y mortalidad.

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

Leiro Fernández Virginia, Botana Rial Maribel, Mouronte Roibás Cecilia, García Rodríguez Esmeralda, Priegue Carrera Ana, Represas Represas Cristina, Ramos Hernández Cristina, Tubío Pérez Ramón, Dacal Rivas David, Fernández Villar Alberto

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro EOXI Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Cada vez existe más evidencia de asociación entre la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) y el Cáncer de Pulmón (CP). La similitud patogénica se refuerza porque el antifibrótico Nintedanib tiene indicación en el tratamiento del CP. El objetivo de nuestro estudio es reportar la frecuencia de FPI, nivel de infradiagnóstico y caracterización clínica en pacientes con CP recientemente diagnosticado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de pacientes con FPI dentro de una cohorte prospectiva de pacientes diagnosticados de CP en la Unidad de Diagnóstico Rápido. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas. Se realizaron análisis de prevalencia, de infradiagnóstico y comparativos de las características clínico-epidemiológicas.

RESULTADOS

Desde enero-2015 hasta agosto-2017 se diagnosticaron 647 pacientes de CP. De los 647 pacientes con CP 7 (1%) presentaban FPI. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. En el grupo de pacientes con FPI el estadio tumoral fue más favorable de forma significativa (tabla 1). El diagnóstico de FPI se realizó al mismo tiempo que el de CP en 6 pacientes (infradiagnóstico del 85,7%) y precisó biopsia pulmonar quirúrgica en 4 (57%); el paciente con diagnóstico previo de FPI estaba a tratamiento con Pirfenidona y otros 2 pacientes con CP y FPI de recién diagnóstico se trataron con Pirfenidona y Nintedanib. En la tabla 2 se describen características de los pacientes con CP y FPI de nuestra serie.

CONCLUSIONES

Solamente hemos encontrado una prevalencia del 1% de FPI en pacientes con CP pero con un elevado nivel de infradiagnóstico (85,7%). Los pacientes con CP y FPI se presentaron de forma más localizada de forma significativa. El grado de tabaquismo en los pacientes con CP más FPI tiende a ser más grave.

La mayoría de las FPI concomitantes al diagnóstico de CP son leves y han permitido el tratamiento quirúrgico del CP en el 100% de los pacientes resecables.

Tabla 1. Características de los pacientes

	CP n=640	CP + FPI n=7	p
Edad (RIQ)	67 (60-75)	72 (61-72)	0,3
Género varones (%)	465 (72,7%)	6 (85,7%)	0,68
Histología CP (%)			
Adenocarcinoma	295 (47,6%)	4 (57,1%)	0,71
Epidermoide	139 (22,4%)	3 (43%)	0,19
N célula pequeña	74 (12%)	0	
Tabaquismo (p/a)	43 (30-59)	80 (24-112)	0,82
Estadio (%)			
Avanzado (III-IV)	394 (73,2%)	2 (28,6%)	0,02
Asintomático (%)	111 (29%)	3 (33%)	0,82

Tabla 2. Pacientes con FPI y CP

	CP+FPI n=7
Diagnóstico previo FPI	1
Tratamiento antifibrótico	3
Pirfenidona	2
Nintedenib	1
FVC ml (RIQ)	2.569 (2470-3270)
FVC % (RIQ)	64 (53-88)
DLCO % (RIQ)	51 (28-60)
Tratamiento CP (%)	
Cirugía	5 (71,4%)
Quimioterapia	2 (28,6%)

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL Nº 01

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO NUMA SUBPOPLAÇÃO COM NEOPLASIA DO PULMÃO: CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE PREDITORES DE MORTALIDADE

China-Pereira Nuno, Lima Filipa, Dias Margarida, Ribeiro Carla, Silva Eloísa, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

OBJETIVO

Comparar a mortalidade a 30 dias de doentes internados por tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, com e sem neoplasia pulmonar, e seus fatores preditores.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo em doentes internados por TEP numa enfermaria de Pneumologia (2012-2016). Os doentes foram divididos em dois subgrupos: com e sem neoplasia pulmonar. Foram comparadas as características clínico-demográficas, a mortalidade entre grupos e analisados os fatores preditores de mortalidade.

RESULTADOS

69 pacientes foram incluídos, maioria homens (61%), com idade média de 64±17 anos. Destes, 27 apresentavam neoplasia pulmonar e 42 não apresentavam neoplasia.

Os dois subgrupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao género, idade, tempo de internamento, score de Wells ou valor sérico de d-dímeros. Os doentes com neoplasia mais frequentemente apresentaram PESI classe V (66,7% vs 23,2%; $p=0,001$) e foram estratificados como doentes de alto risco de mortalidade precoce (8,7% vs 5%; $p=0,027$).

A mortalidade global foi de 8,7%; tendencialmente maior em doentes neoplásicos (14,8% vs 4,8%, $p=0,148$). Apenas doentes com PESI classe V faleceram.

Não foram identificados preditores independentes de mortalidade em doentes com neoplasia. No outro subgrupo, a mortalidade foi maior em doentes com estratificação de risco de mortalidade precoce alta (50% alto risco vs 10% risco intermédio-alto vs 0% risco intermédio-baixo/baixo; $p=0,015$) e com localização central do TEP (40% ramo principal vs 0% ramos lobares/segmentares/subsegmentares; $p=0,003$).

CONCLUSÕES

Na literatura têm sido descritos preditores de mortalidade associados ao TEP, conduzindo à criação de índices prognósticos. Neste estudo, a mortalidade a 30 dias foi três vezes superior nos doentes com neoplasia pulmonar. Apesar do PESI e da localização do TEP mostrarem associação com a mortalidade nos doentes sem neoplasia, não parecem ser suficientes para prever a mortalidade nos doentes com neoplasia. Atendendo à elevada mortalidade neste subgrupo é premente a realização de estudos de maior dimensão para avaliar os preditores de mortalidade.

PANEL Nº 02

RELAÇÃO NEÚTRÓFILO/LINFÓCITO - BIOMARCADOR PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Machado Daniela, Marques Catarina, Lima Filipa, Conde Sara, Campinha Sérgio, Barroso Ana
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

OBJETIVOS

Avaliar a associação entre a relação neutrófilo/linfócito (RNL) na altura do diagnóstico e a sobrevida dos doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC) nos estadios IIIB e IV na nossa instituição.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com CPNPC nos estadios IIIB e IV, de 2011 a 2015. Foram excluídos os casos onde se verificou história de infeção na altura do diagnóstico. O valor de cut-off escolhido para a RNL foi de 3,5. Foi também avaliada a influência de outras variáveis na sobrevida dos doentes. A análise de sobrevivência foi realizada usando o teste de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Identificaram-se 318 doentes com CPNPC em estadio avançado e sem história de infeção na altura do diagnóstico. Na tabela 1 encontra-se a sobrevida dos doentes tendo em conta as variáveis avaliadas.

Tabela 1 - Sobrevida dos doentes

Características		n	Sobrevida (meses)	p	p - análise multivariada
RNL	=3,5	138	18,8	<0,001	0,027
	>3,5	180	11,4		
Género	Feminino	76	19,5	0,03	0,05
	Masculino	242	12,9		
Tabagismo	Não fumador	78	15,9	0,315	0,64
	Fumador ou ex	240	14,3		
Performance status	=1	233	17,2	<0,001	<0,001
	>1	85	8,1		
Emagrecimento	<5%	122	17,4	0,017	0,62
	=5%	196	12,8		
Histologia	Adenocarcinoma	215	15,5	0,131	0,81
	Outras	103	12,5		

O grupo com valores normais da RNL (=3,5) apresentou melhor sobrevida, que se manteve na análise multivariada.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou uma associação entre valores aumentados da RNL (>3,5) e uma menor sobrevida no CPNPC em estadio avançado, apoiando o uso deste biomarcador como indicador prognóstico no CPNPC.

PANEL Nº 03

ACUIDADE DIAGNÓSTICA DOS DIFERENTES MÉTODOS DE BRONCOPROVOCAÇÃO

Afonso Miguel, Terras Alexandre André, Ferreira Ana, Ari Rocha Duarte, Conde Bebian, Fernandes Ana

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

OBJECTIVO

Comparar acuidade diagnóstica (sensibilidade) do manitol com outros agentes broncoconstritores.

MÉTODOS

Randomização de uma coorte de doentes com suspeita clínica de asma e sem tratamento médico, para realização simultânea da prova de provocação com exercício(EXE) e manitol(MAN), ou metacolina(MET) e manitol.

Após confirmação diagnóstica, foram agrupados pelos pares de exames realizados e comparada a sua sensibilidade.

O tratamento dos dados foi realizado através de SPSS versão 22.

RESULTADOS

Manitol vs Exercício (MvE)

Nove indivíduos (66.7% do sexo feminino), com média de idade de 14 anos ($\pm 2,49$), realizaram as provas (MvE) num intervalo de 14 dias.

Sete indivíduos tiveram EXE positiva e 8 tiveram MAN positiva. Seis doentes (66.7%) tiveram ambas as provas positivas, não havendo correspondência entre os resultados negativos.

Manitol vs Metacolina (MvM)

Nove indivíduos (55.6% do sexo feminino), com média de idade de 19 anos ($\pm 7,11$), realizaram as provas num intervalo de 42 dias.

Dos 9 indivíduos, a MAN foi positiva em 6 e a MET em 8. Seis indivíduos (66.7%) tiveram ambos os testes positivos e o resultado negativo na MET corresponde a um resultado negativo na MAN.

Aplicado o teste de McNemar conclui-se que, em ambos ramos do estudo, a diferença de positivos em cada prova não é estatisticamente significativa, sendo que os resultados não são alterados pelo facto de a prova ser diferente.

Sensibilidade

Metacolina:88%; Manitol (ambos os braços):77% Exercício:77%

CONCLUSÃO

Os resultados, nomeadamente da sensibilidade, correlacionam-se com o descrito na bibliografia, tendo a MET, como método directo, maior sensibilidade, e a MAN e a EXE, como métodos indirectos, menor.

Inclusivamente a percentagem de indivíduos com ambas provas positivas está de acordo com a bibliografia, tanto no braço do MvE como no braço MvM (66.7% em ambas).

De realçar a limitação do tamanho amostrar, comprometendo a robustez dos resultados.

PANEL Nº 04

PREDICTORS AND OUTCOMES OF DISSEMINATED TUBERCULOSIS IN A LOW BURDEN COUNTRY

Meira Leonor⁽¹⁾, Boaventura Rita⁽¹⁾, Araujo David⁽¹⁾, Almeida Leonor⁽¹⁾, Chaves Catarina⁽²⁾, Ramos Angélica⁽³⁾, Osório Nuno S.⁽²⁾, Guimarães João Tiago⁽⁴⁾, Saraiva Margarida⁽⁵⁾, Novais Basto Helder⁽⁶⁾

(1)Department of Pneumology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal, (2)Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal | ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal, (3) Department of Clinical Pathology, Centro Hospitalar São João | Institute of Public Health, University of Porto, Porto, Portugal, (4)Department of Clinical Pathology, Centro Hospitalar São João | Institute of Public Health, University of Porto | Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal, (5)I3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, University of Porto | IBMC – Instituto de Biologia Molecular e Celular, University of Porto, Portugal, (6)Department of Pneumology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal | Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal | ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

INTRODUCTION

Disseminated tuberculosis (DTB) is defined as the involvement of at least two non-contiguous organs or evidence of hematogenic spread. High level of clinical suspicion should be present.

AIMS: Characterization of a population diagnosed with DTB and identification of predictors and outcome of disseminated TB (DTB).

METHODS

A cohort of patients diagnosed with TB between 2007 and 2013 in an University-affiliated hospital located in an area with a low to intermediate incidence of tuberculosis (TB) in the north of Portugal was retrospectively analyzed. Patients with DTB criteria were characterized and compared with single organ TB cases. Factors independently associated with DTB were determined by multivariate logistic regression analysis.

RESULTS

A total of 744 patients were analysed, including 145 with DTB. Independent risk factors for DTB were pharmacological immunosuppression (OR 5.6, 95% CI 2.8-11.3), HIV infection (OR 5.1, 95% CI 3.1-8.3), liver failure or cirrhosis (OR 2.3, 95% CI 1.4-4.1) and duration of symptoms (OR 2.3, 95% CI 1.4-3.8). Clinical presentation differed by the absence of haemoptysis (OR 3.2, 95% CI 1.3-8.4) and of dyspnoea (OR 1.9, 95% CI 1.2-3.1), presence of weight loss (OR 1.8, 95% CI 1.1-2.9), night sweats (OR 1.7, 95% CI 1.1-2.7) and bilateral lung involvement (OR 4.4, 95% CI 2.8-7.1).

CONCLUSION

The risk of DTB was higher in immunosuppressed individuals and with liver failure or cirrhosis. The haematogenous spread appears to be dependent on longer symptomatic disease and usually progresses with bilateral lung involvement.

PANEL Nº 05

IMPACT OF BIOLOGICAL, SOCIAL AND ECONOMIC FACTORS ON HOSPITALIZATION DUE TO COPD EXACERBATION

Carriço Filipa, Luís Filomena, Oliveira Marcos, Fernandes Filipa, Samouco Gonçalo, Ferreira Luís

Serviço de Pneumologia, ULS Guarda. Portugal

INTRODUCTION

WHO defines health as physical, psychological and social well-being.

Lower socioeconomic status is associated with an increased risk for developing COPD but the components of poverty that contribute to it are unclear.

AIMS

To assess the socioeconomic status of patients hospitalized due to COPD exacerbation and to investigate its potential influence on the risk of exacerbation or hospitalization.

METHODS

Prospective and comparative study.

Study Duration: January to June 2017

Group I - Patients admitted to our Respiratory Department for at least 24 hours due to a COPD exacerbation.

Group II - Patients with COPD regularly checked at our hospital with no hospitalizations or exacerbations in the previous year.

We analyzed and compared the following variables: Socioeconomic status - Graffar Scale; Comorbidities - Charlson Index; Magnitude of Symptoms - COPD Assessment Test (CAT); Biometric - Body Mass Index (BMI); Airflow limitation severity - GOLD

RESULTS

n=46 patients (Group I - 24; Group II - 22)

There were no statistically significant differences between groups regarding age, smoking status, airflow limitation severity, CAT and Charlson index.

Group I had lower level of education (40% without literacy, 46% farmers) and higher exposure to biomass smoke (85%) ($p < 0.05$)

Regarding Graffar Scale, 77% of patients in group I were Class IV and V vs 27% in Group II ($p = 0.003$)

Group I had lower BMI ($19.5 \text{ kg/m}^2 \pm 5.3$) than group II (26.5 ± 5.5); $p < 0.05$

CONCLUSIONS

In our study, lower socioeconomic status, biomass exposure and malnutrition seem to be predisposing factors to hospitalization due to exacerbation, regardless of airflow limitation and comorbidities.

PANEL Nº 06

¿EL LAVADO BRONCOALVEOLAR SIGUE AYUDANDO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES?

Maia Santos Lília, Tavares Marques Maria Alcide

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

OBJETIVO

Analizar las características del lavado broncoalveolar (LBA) en determinadas enfermedades intersticiales, con enfoque en sus fenotipos celulares y su correlación con el diagnóstico final.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las características del LBA realizado por sospecha de enfermedades intersticiales, en un Servicio de Neumología de un hospital universitario central, de enero a mayo del 2016. Se evaluaron los datos clínicos, radiográficos y de biopsia pulmonar.

RESULTADOS

Se incluyeron 57 pacientes, con una edad media de 57 años, en su mayoría del género femenino (66,7%). La sarcoidosis (15,7%) y la neumonitis por hipersensibilidad (12,3%) fueron las enfermedades más frecuentes en nuestras muestras, y el 36,8% de los pacientes no presentaron enfermedades intersticiales. El 61,4% de las muestras de LBA fueron consistentes con el diagnóstico final. 34,3% de las muestras de LBA no se correlacionaron con el diagnóstico final posiblemente debido a una intercurrentia infecciosa. La celularidad total media de las muestras fue de 140 cel/mm³ (IR=297). Los valores celulares medios en la alveolitis linfocítica fueron: 45,7% (DE=24) linfocitos, 1% (DE=1) neutrófilos y 49,6% (DE=22) macrófagos, con una relación media CD4/CD8 de 5,4 (DE=3). En la alveolitis neutrofílica la distribución fue: 7,7% (DE=5) linfocitos, 24,7% (DE=19) neutrófilos y 62,3% (DE= 22) macrófagos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados estaban de acuerdo con la literatura, demostrando que los hallazgos en el LBA son típicamente inespecíficos. En asociación con datos clínicos y radiológicos, puede ayudar a llegar a un diagnóstico definitivo. También es útil en algunos casos cuando la biopsia pulmonar no es concluyente o posible. Sin embargo, pierde algún valor en los casos de una intercurrentia infecciosa.

PANEL N° 07

ACTUALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE PULMONAR

Antelo del Río Adela, Elguezabal Bilbao Elena, Consuegra Vanegas Angelica, Souto Alonso Ana, Otero González Isabel

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVOS

Describir los pacientes fallecidos en lista de espera y definir los factores asociados al tiempo de estancia en lista.

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes fallecidos en lista de espera desde el 2011 hasta 2017. Se recogieron datos antropométricos, demográficos y funcionales y se compararon con el tiempo de estancia en lista.

RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes. El 61,2% son nacionales. La edad media fue de $49,6 \pm 16$ años, con predominio del sexo masculino (77,8%) y un IMC de $23,8 \pm 5$ kg/m². El diagnóstico más común fue FPI (33,3%). El 55,6 % tenía grupo sanguíneo A, el resto grupo 0. El 70,6% en espera de trasplante unipulmonar. La función pulmonar se muestra en la Tabla 1. El 16,7% presentaba diabetes y un 16,7% tenía HTA. El 50% con coronariografía mostraba cardiopatía isquémica. El 44,4% tenía HAP, de los cuales, el 62,5% era de grado moderado. El 61,1% requirió VMNI con una duración media de $76,9 \pm 161,1$ días frente a los $4,1 \pm 3,3$ días con VMI. El LAS score medio fue $39,1 \pm 7,0$. El principal motivo de fallecimiento fue la progresión (44,4%). El tiempo medio en lista de espera fue de $153,7 \pm 172,4$ días, donde el 66,7% estuvo en lista menos 3 meses y un 16,7% superó un año (Gráfico 1). Presentaron de forma significativa menor tiempo los pacientes mayores ($Rho = -0,494$, $p = 0,037$), con mayor IMC ($Rho = -0,572$, $p = 0,013$), unipulmonares ($105,7 \pm 136,3$ vs $283,4 \pm 214,3$; $p = 0,011$), hipertensos ($p = 0,05$) y aquellos con desigualdad en la perfusión ($62,5 \pm 46,1$ vs $193,8 \pm 184,9$; $p = 0,048$). Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple donde se objetivó que las variables con efecto independiente para predecir el tiempo en lista son el IMC y la desigualdad en la perfusión.

CONCLUSIONES

Es importante incluir a los pacientes en la lista de espera en el momento adecuado con reevaluaciones frecuentes dado que no tenemos ningún parámetro que pueda predecir la mortalidad.

XLIV REUNIÓN ANUAL SOGAPAR XXXI REUNIÓN GALAICO DURIENSE

Gráfico 5: Clasificación de los pacientes en LE en función del tiempo hasta el éxito

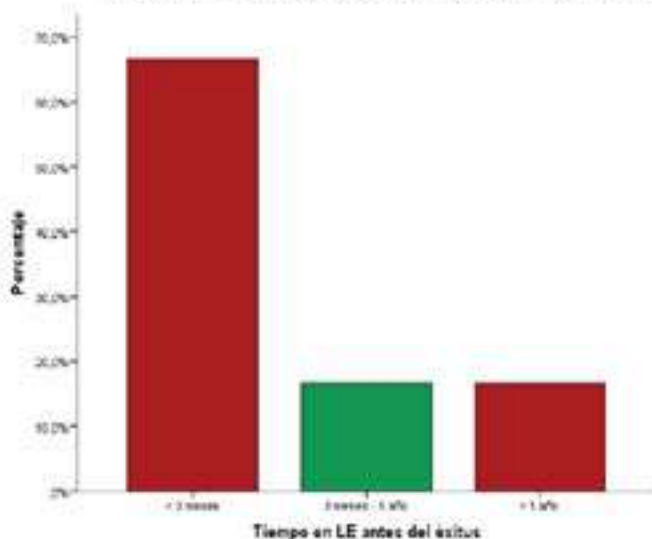


Tabla 1: Descripción de la muestra: variables demográficas, antropométricas y funcionales

	n (%)	Media $\pm$ dE	% válido
Edad		45,61 $\pm$ 16	
IMC		23,83 $\pm$ 5	
Variables Funcionales			
CVF		86,18 $\pm$ 13	
VMT		37 % $\pm$ 19	
DLCO		38,92 $\pm$ 13	
BNWT		220 $\pm$ 128	
PC2		57 $\pm$ 10	
PCO2		47,73 $\pm$ 17	
Diagnóstico			
PH	6		38,3%
PO	3		16,7%
Enfermedades	1		5,5%
DPOC	2		11,1%
AR	2		11,1%
Síndromes	1		5,5%
PH + enfisema	1		5,5%
AXE	1		5,5%
Otras	1		5,5%
Causa de muerte			
Progresión	3		44,4%
Infección	3		44,4%
Hemorrágica	1		14,8%
Proceso multifactorial	1		14,8%
No relacionadas	1		14,8%
Desconocidas	3		44,4%

PANEL Nº 08

COMPARAÇÃO ENTRE A PRESSÃO POSITIVA DA VIA AÉREA TITULADA POR AUTO-CPAP E A OBTIDA POR FÓRMULAS PREDITIVAS

Daniela Machado, Catarina Marques, Filipa Lima, Inês Franco, Carla Nogueira, Regina Monteiro, Inês Sanche, Daniela Ferreira

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

OBJETIVOS

Verificar se existe boa correlação entre a pressão positiva da via aérea (PAP) titulada por auto-CPAP e a calculada pelas fórmulas preditivas propostas por Hoffstein et al. $[(0,16 \times \text{IMC}) + (0,13 \times \text{PC}) + (0,04 \times \text{IAH}) - 5,12]$ e Séries et al. $[(0,193 \times \text{IMC}) + (0,077 \times \text{P-C}) + (0,02 \times \text{IAH}) - 0,611]$.

MÉTODOS

Análise dos doentes diagnosticados com SAOS por polissonografia tipo 1 e 2 em 2016 e que realizam auto-CPAP com IAH residual <5 eventos/hora. Os dados da PAP obtiveram-se pela leitura do cartão do auto-CPAP, correspondendo a períodos de 3 a 6 meses de terapia.

Foram avaliadas as correlações entre as pressões calculadas pelas fórmulas e as obtidas pelo auto-CPAP (percentil 95-P95, percentil 90-P90 e pressão média-Pmédia).

RESULTADOS

identificaram-se 77 doentes (tabela 1).

Tabela 1 - Características dos doentes

GÉNERO MASCULINO			60%	IDADE	60±11 anos
IMC			31,6±5Kg/m ²	Perímetro cervical	42±4cm
Mallampati%	I	14		Escala de sonolência	=10 56
	II	34		Epworth%	11-15 23
					=16 21
	III	26			
	IV	26		Adesão >4h	72±28%
SAOS%	Ligeiro	29		IAH residual	2±1 eventos/h
	Moderado	32			
	Grave	39			

Existe boa correlação entre as duas fórmulas ($r=0,95; p<0,001$), mas não com a P95 nem P90, correlacionando-se apenas com a Pmédia (tabela 2).

Tabela 2 - Probabilidade de significância

	P95	P90	Pmédia
PressãoPrevista (Hoffstein)	0,116	0,209	0,023 (r=0,27)
PressãoPrevista (Séries)	0,112	0,176	0,016 (r=0,31)

Considerando o P95 como a pressão eficaz no tratamento da maioria dos eventos, ambas as fórmulas subestimam os valores obtidos pelo auto-CPAP, sendo a diferença entre o P95 e a fórmula de Hoffstein de 4,2 cmH₂O e entre o P95 e a fórmula de Séries de 2,5 cmH₂O.

CONCLUSÃO

Estas fórmulas preditivas não apresentam boa correlação com a PAP considerada como eficaz e titulada por auto-CPAP, subestimando este valor. Seria interessante comparar estes valores com os obtidos em polissonografias de aferição.

PANEL Nº 09

TUBERCULOSIS AND GENDER - FACTORS INFLUENCING THE RISK OF TUBERCULOSIS AMONG MEN AND WOMEN BY AGE GROUP

Marçôa Raquel⁽¹⁾, Ribeiro Ana Isabel⁽²⁾, Zão Inês⁽³⁾, Duarte Raquel⁽¹⁾

(¹)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, (²)EPIUnit, Institute of Public Health, University of Porto, (³)Centro Hospitalar do Baixo Vouga

INTRODUCTION

Sex disparities in tuberculosis (TB) cases are reported worldwide. Men are more likely to be diagnosed with TB than women, with a male-to-female ratio of 2:1 to 3:1 globally. Men are also more likely to report risk factors that have been associated with TB exposure and progression to active disease.

AIM

To calculate TB incidence by age and sex in Portuguese population and analyse factors influencing the risk of active TB among men and women by age group.

METHODS

This was a retrospective cohort study conducted in Portugal. The resident population data was provided by Statistics Portugal and the tuberculosis cases and their clinical, demographic and social characteristics by the National TB Surveillance System (2010-2014). Notification rates and corresponding 95% confidence intervals (95%CI) were computed and logistic regression was used to estimate odds ratio (OR) and 95%CI.

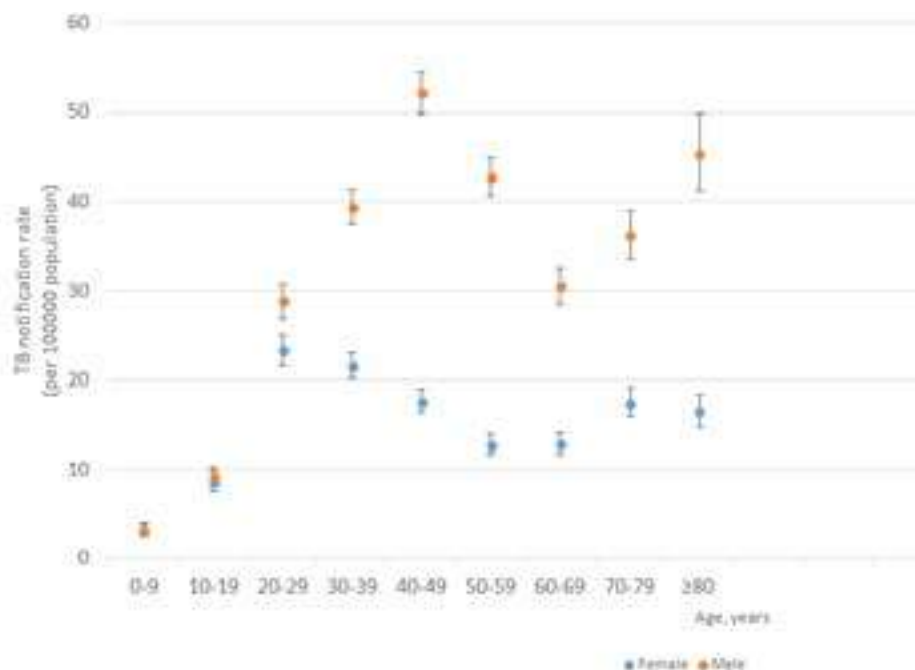
RESULTS

In the studied period, 12314 patients were notified (65.8% male). TB notification rate was significantly higher in males comparing to females after the second decade of life. Men older than 20 had higher odds of silicosis (OR 20.2), imprisonment (OR 14.9), alcohol abuse (OR 6.3), drug use (OR 3.0), lung cancer (OR 2.8), COPD (OR 2.1), injection drug use (OR 1.6), socioeconomic deprivation (OR 1.2), previous TB (OR 1.2) and HIV infection (OR 1.2). In particular, in the 20-49y age group, men were more likely to have drug dependence, alcohol abuse and imprisonment history; in 50-69y age group, men were more likely to have lung cancer, COPD and hepatic disease; men ≥70 years had more COPD and alcohol abuse.

CONCLUSIONS

The factors influencing the risk of TB were more frequent in men older than 20 and that was coincident with the increase difference between notification rates among men and women.

XLIV REUNIÓN ANUAL
SOGAPAR
XXXI REUNIÓN GALAICO DURIENSE



PANEL Nº 10

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: ES IMPORTANTE NON OLVIDAR!

Maia Santos Lília⁽¹⁾, Cordeiro Joana⁽²⁾, Cravo Roxo Paulo⁽³⁾

(¹)Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra,

(²)Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, (³)Centro de diagnóstico Pneumológico de Coimbra

OBJETIVO

Analizar las características de los casos de tuberculosis extrapulmonar (TBEP): incidencia, órganos afectados, prueba diagnóstica utilizada y régimen de fármacos.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos de TBEP tratados en un Centro de Diagnóstico Pulmonar, del 2006 al 2015, en régimen de ambulatorio.

RESULTADOS

La TBEP representó el 28,1% (n=149) de todos los casos de tuberculosis tratados (n=530), con mayor incidencia en 2007 (12,7%) y menor en 2015 (7,4%). La media de edad fue de 54 años, la mayoría eran europeos (87,2%) y 50,3% pertenecían al género masculino. La mayoría de los pacientes eran inactivos (57%, n=85) y cerca de 1/3 de los demás pertenecían al sector terciario (30,9%, n=46). Las comorbilidades como la hipertensión arterial (35,6%, n=53) y la enfermedad psiquiátrica (8,7%, n=13) fueron las más presentes, pero el 24,1% (n=36) no sufría de otras condiciones. Los ganglios linfáticos (40,9%, n=61), pleura (24,8%, n=37) y hueso (9,4%, n=14) fueron los órganos más afectados, y el diagnóstico se realizó mediante biopsia de tejido en el 80,5% (n=120) de los casos. El 67,1% (n=100) de los pacientes inició el tratamiento con un esquema de cuatro fármacos antituberculosos de primera línea y 30,2% (n=45) con un régimen de tres fármacos, durante seis (20,8%, n=31), nueve (34,2%, n=51) o doce (32,2%, n=48) meses. Sólo el 14,8% (n=22) ha tenido reacciones adversas, 81,8% de estos con un discreto aumento de transaminasas.

CONCLUSIONES

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública mundial. Aún que predominantemente asociada con la enfermedad pulmonar, en nuestra muestra, hemos encontrado una incidencia significativa de TBEP, cuyo diagnóstico necesitó procedimientos invasivos en un gran porcentaje. El tratamiento fue eficaz y bien tolerado en la mayoría de los casos. Es importante sensibilizar para esta entidad clínica con el objetivo de hacer un diagnóstico correcto y tratar a estos pacientes.

PANEL Nº 11

EVOLUTION OF PATIENTS WITH ALPHA1-ANTITRYPSIN DEFICIENCY UNDER AUGMENTATION TREATMENT

Meira Leonor, Sousa Catarina, Boaventura Rita, Sucena Maria

Department of Pulmonology, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

INTRODUCTION

Alpha1-antitrypsin deficiency (AATD) confers a higher risk of lung disease, amongst others. Beneficial effect with alpha1-antitrypsin augmentation treatment in slowing progression of pulmonary emphysema has been described.

AIMS

Clinical and functional evolution of patients with AATD, during augmentation treatment.

METHODS

Retrospective analysis of patients with severe AATD who were or currently are under augmentation treatment; clinical records were reviewed for clinical (exacerbations) and functional (FEV1, 6 minute walk test – 6MWT) evaluation, before and during the first two years of treatment.

RESULTS

Since 2008, 11 patients were/are under augmentation treatment, 9 male, median age 52 years and median A1AT serum value 24,8 mg/dl. Two patients died, 1 was successfully transplanted. Median initial FEV1 1,11L (IQ:0,94), DLCO/VA 67,0% (IQ:60,8) and median distance in the 6MWT 475 meters (IQ:218,75).

Comparing the median FEV1 before and at 6, 12 and 24 months of treatment, a decline of 0,04 L, 0,11L and 0,06L was verified, without significance. No significant differences were found between the median FEV1 at 12 and 24 months ($p=0.686$).

Twelve months after the beginning of treatment a small increase in median DLCO/VA was verified (1,7%, $p=0.500$).

A decline of 25,0 and 17,5 meters was verified between the initial 6MWT and 12 months/ 24 months, without significance ($p=0.068$ and $p=0.109$, respectively).

During the first 2 years follow-up, median number exacerbations were 1/ patient, and 45,5% didn't have any clinical exacerbation since then.

No correlation was found between exacerbations and the following variables: initial and 24 months 6MWT ($p=0.115$ and $p=0.147$), initial FEV1 ($p=0.361$), after 6 ($p=0.297$), 12 ($p=0.077$) and 24 months ($p=0.770$) of treatment.

CONCLUSION

These patients with severe AATD presented clinical and functional stability during the first 2 years, after beginning the augmentation treatment. This data and the existing scientific evidence support the maintenance of the abovementioned treatment.

PANEL Nº 12

AValiação da Técnica Inalatória em Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Internados num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central

Alves Adelaide, Sucena Inês, Faustino Paula, Almeida Teresa, Preto Manuel, Silva Eloisa, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela, Ribeiro Carla

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO. A abordagem terapêutica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) contempla, na maioria dos doentes, o recurso a dispositivos inalatórios. Se por um lado se verifica um aumento progressivo do número de dispositivos disponíveis, por outro, a sua utilização tem sido associada a um significativo número de erros que comprometem a eficácia terapêutica.

MÉTODOS. Foi avaliada a técnica inalatória em 22 doentes consecutivos com DPOC internados num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central, através de um questionário e da observação do doente a realizar a técnica inalatória com o(s) seu(s) dispositivo(s).

RESULTADOS. Os resultados obtidos estão apresentados na tabela seguinte, sob a forma de número absoluto ou valor médio.

Número doentes	22
Género masculino	15(68.2%)
Idade(anos)	71.6
FEV1 pós-broncodilatação	52.1%
Média inaladores por doente	1,8
Inalador	
Breezhaler	10(45.5%)
Aerolizer	8(36.4%)
Handihaler	6(27.3%)
Diskus	5(22.7%)
Respimat	4(18.2%)
pMDI	3(13.6%)
Genuair	2(9.1%)
Turbohaler	1(4.5%)
Número doentes que receberam previamente instruções por profissionais de saúde acerca da técnica inalatória	22(100%)

Erros mais frecuentes na execução da técnica inalatória	
Desalinhamento corporal	9(40.9%)
Não realiza inspiração prévia	14(63.6%)
Não realiza expiração prévia	10(45.5%)
Manobra desadequada ao inalador	8(36.4%)
Não realiza pausa pós-inspiratória > 5 segundos	12(54.5%)
Não realiza higienização da boca após a inalação	13(59.1%)
Número doentes com pelo menos um erro na execução da técnica inalatória	16(72.7%)
Satisfação do doente com a terapêutica inalatória	18 (81.8%)

CONCLUSÃO. Todos os doentes receberam instruções prévias por parte de profissionais de saúde acerca da técnica inalatória, no entanto, a maioria cometeu pelo menos um erro aquando da sua execução, enfatizando a importância do reforço do seu ensino em cada contacto com os Cuidados de Saúde. Uma técnica inalatória adequada associa-se a uma melhoria dos outcomes terapêuticos na DPOC e, apesar da diversidade de inaladores, nenhum deles dispensa a necessidade do seu ensino.

PANEL Nº 13

INFECÇÃO NOSOCOMIAL POR ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL

Alves Adelaide, Sucena Inês, Silva Eloisa, Ribeiro Carla, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

As Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (CRE) constituem uma preocupação real e imediata para as políticas de controlo de infeção hospitalar. A infeção por CRE associa-se a um mau prognóstico dada a escassez de agentes antimicrobianos eficazes. A 7 de Agosto de 2015, foi verificado o primeiro isolamento de CRE no nosso Centro Hospitalar. Vários casos foram posteriormente identificados, quer de portadores assintomáticos quer de doentes infetados por estas bactérias.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo descritivo. São apresentadas as características clínicas e epidemiológicas dos doentes com infeção por CRE internados no Serviço de Pneumologia de um Hospital Central de agosto de 2015 a julho de 2017.

RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem ao valor absoluto e/ou médio.

Categorias	
Número doentes	11
Idade(anos)	68.0
Género masculino	7(63.6%)
Admissão a partir do Serviço de Urgência(SU)	11(100%)
Proveniência	
Domicílio	10(91.9%)
Lar de idosos	1(9.1%)
Grau de autonomia à admissão	
Autónomo	8(72.7%)
Parcialmente dependente	2(18.2%)
Totalmente dependente	1(9.1%)

Motivo de internamento	
Pneumonia	4(36.3%)
Traqueobronquite aguda	2(18.2%)
Tuberculose	2(18.2%)
Bronquiectasias infetadas	1(9.1%)
Relacionado com neoplasia maligna do pulmão	1(9.1%)
Abcesso pulmonar	1(9.1%)
Local do isolamento microbiológico	
Expetoração	4
Lavado brônquico ou broncoalveolar	3
Urina	2
Sangue	1
Líquido pleural	1
Ponta do cateter venoso central	1
Colonização concomitante do trato gastrointestinal por CRE	5(45.5%)
CRE implicada	
Klebsiella pneumoniae	11(100%)
Número dias até ao isolamento microbiológico	13.5
Duração do internamento(dias)	37.3
Antibioterapia no internamento	
Nº ciclos	2.3
Duração	19.7
Número vindas ao SU no ano anterior	3.9
Internamentos no ano anterior	
Número	1.1
Duração(dias)	7.8
Mortalidade durante o internamento	2(18.2%)

CONCLUSÃO

As CRE, em particular a *Klebsiella pneumoniae*, constituem um importante patógeno com isolamento crescente em contexto nosocomial. As limitadas opções terapêuticas reforçam a importância da investigação etiológica das infeções hospitalares e da adoção de medidas rigorosas de prevenção e controlo da disseminação destes microrganismos.

PANEL Nº 14

DRENOS TUNELIZADOS DE LONGA DURAÇÃO - A EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Sucena Pereira Inês, Alves Adelaide, Coutinho Daniel, Ribeiro Carla, Oliveira Ana

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

Os drenos tunelizados são uma nova abordagem aos derrames pleurais recidivantes, que são geralmente malignos. A colocação do dreno tunelizado de longa duração está preconizado nos derrames pleurais malignos recorrentes com talcagem ineficaz, nos casos em que o pulmão se encontra encarcerado ou quando a esperança de vida é baixa e queremos minimizar a recorrência aos serviços de urgência (SU) ou ao internamento.

RESULTADOS

Colocámos até à data drenos tunelizados de longa duração (Rocket Medical IPC®) em 6 doentes, 5 mulheres e 1 homem, com uma média de idade de 77 anos. O primeiro dreno foi colocado em 2016 com admissão hospitalar de 24 horas, todos os restantes foram colocados em regime de ambatório. Todos os drenos foram colocados em casos de derrame pleural maligno: adenocarcinoma pulmonar (n=2), mesotelioma pleural (n=1), mesotelioma peritoneal (n=1), adenocarcinoma gástrico (n=1) e carcinoma renal (n=1).

O tempo médio de permanência do dreno de longa duração foi de 3,5 meses (1-10 meses). A razão de remoção do dreno foi a morte do doente (n=2), a ausência de drenagens por pleurodese espontânea (n=3) e a não funcionalidade do dreno por exteriorização parcial (n=1). Foram registadas 2 complicações: 1 empiema e 1 exteriorização parcial do dreno para o trajeto tunelizado.

Constatou-se uma melhoria sintomática com menor necessidade de recurso ao SU ou de realização de técnicas invasivas como toracocenteses de repetição.

CONCLUSÃO

Na nossa experiência com a colocação de drenos tunelizados verificou-se uma melhoria sintomática, menos idas ao SU e menos internamentos. Revelou-se uma técnica segura com poucas complicações e exequível em regime de ambatório. Salienta-se no entanto a necessidade de ter em conta o contexto social do doente e de bom suporte familiar.

PANEL Nº 15

EBUS-TBNA EN PACIENTES CON NEOPLASIA PULMONAR SIN ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS O HILARES EN TC TORÁCICA

Maia Santos Lília⁽¹⁾, Estrela Rodrigues Raquel⁽²⁾, Jacomelli Márcia⁽²⁾, Rossi Figueiredo Viviane⁽²⁾

(¹)Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, (²) Setor de Endoscopia Respiratória, Divisão de Pneumologia, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, BR

OBJETIVO

Evaluar la sensibilidad, especificidad y precisión del EBUS-TBNA en la estadificación ganglionar en pacientes con neoplasia pulmonar sin adenopatías, mediastínicas o hilares, en la TC por los criterios actuales de diámetro ganglionar.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de un grupo de pacientes con neoplasia pulmonar confirmada histológicamente y sin metástasis ganglionares en TC, sometidos a EBUS-TBNA para estadificación patológica ganglionar. Se consideró ausencia de adenopatías en la TC cuando los ganglios presentaron eje menor <10mm. Para el cálculo de la sensibilidad, especificidad y precisión, la estadificación por EBUS-TBNA se comparó con la quirúrgica o con TC de control a 1 año.

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes, con una media de edad de 66±9 años, 53,2% del género masculino y 93,5% con hábitos tabáquicos conocidos. La lesión principal presentó un diámetro medio de 4,2±2,1 cm y su diagnóstico histológico fue establecido por biopsia transtorácica en 83,9%, los demás fueron diagnosticados por técnicas broncoscópicas. El adenocarcinoma (69,4%) y el carcinoma epidermoide (27,4%) fueron los tipos histológicos más frecuentes. Los estadios por EBUS-TBNA resultaron en N0 en 47 (75,8%) casos, en upstage para N1 en 2 (3,2%) y N2 en 9 (14,5%). El 6,5% fueron inconclusos por EBUS-TBNA y, después de la estadificación quirúrgica, en N0. De los casos N0 por EBUS-TBNA, 12 (25,5%) sufrieron upstage para N1 (n=6) o para N2 (n=6) después de la estadificación quirúrgica. El uso del EBUS-TBNA presentó una sensibilidad, especificidad y precisión del 76,9%, 97,1% y 75,9%, respectivamente.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes incluidos se encontraban en el estadio cN0 y, después de la estadificación por EBUS-TBNA, 17,7% sufrió upstage, lo que está de acuerdo con la literatura y plantea la cuestión de la necesidad de estadificación invasiva también de estos pacientes. El EBUS-TBNA, siendo una técnica mínimamente invasiva y que, en nuestra población, presentó una buena sensibilidad, especificidad y precisión en la estadificación de estos pacientes, puede ser el método de elección para este objetivo.

PANEL Nº 16

METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA POR NEOPLASIAS EXTRAPULMONARES: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS

Pedro Paula Inês, Canário Dolores, Soares Jorge, Roldão Vieira Jorge

Hospital Garcia de Orta

A metastização endobrônquica (MEB) de tumores sólidos extrapulmonares é um evento raro. As neoplasias da mama, do cólon e do rim são referidas como sendo as mais frequentemente associadas a este fenómeno.

Os autores avaliaram retrospectivamente os aspetos clínicos, radiológicos e broncoscópicos dos doentes com MEB de tumores sólidos extrapulmonares que foram diagnosticados durante um período de 10 anos, entre 1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2015, no Hospital Garcia de Orta em Almada. Definiu-se MEB como um tumor broncoscopicamente visível, no brônquio principal ou segmentar, com histopatologia idêntica à da neoplasia extrapulmonar primária.

Em 291 doentes com tumores endobrônquicos registados neste período, 17 apresentavam MEB de tumores sólidos extrapulmonares (5.8%).

Nestes 17 casos, detetou-se uma maior prevalência do sexo masculino (64.7%). A idade na altura do diagnóstico da MEB era, em média, de 68.2 anos.

Em relação ao tumor primitivo, 41% eram colo-rectais, 11.8% da laringe e do rim (respetivamente), e 5.9% do esófago, mama, orofaringe, próstata, pele, e sarcoma de partes moles (respetivamente).

O diagnóstico da MEB foi obtido após o diagnóstico do tumor extrapulmonar em 15 doentes (88.2%). Em dois doentes, a MEB foi a primeira manifestação do tumor extrapulmonar. O período de latência entre o diagnóstico do tumor extrapulmonar e da MEB foi, em média, de 33.2 meses. A sobrevida média após diagnóstico de metastização foi de 6.5 meses nos doentes falecidos.

A MEB de tumores sólidos extrapulmonares correspondeu a 5.8% de todos os tumores endobrônquicos registados durante um período de 10 anos. O cancro colo-rectal revelou-se o tumor primário mais frequente. A MEB pode apresentar um longo período de latência e é geralmente uma manifestação de doença neoplásica avançada, o que poderá justificar a reduzida sobrevida após o seu diagnóstico. Mais raramente, é a primeira manifestação de um tumor extrapulmonar.

PANEL Nº 17

AValiação Funcional Respiratória em Doentes Sobreviventes de ARDS

Raimundo Sara⁽¹⁾, Loureiro Ana Isabel⁽¹⁾, Ferradosa Isabel⁽¹⁾, Gonçalves Lurdes⁽²⁾, Esteves Francisco⁽²⁾, Conde Bebiana⁽¹⁾

(1)Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,

(2)Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

OBJETIVOS

Avaliar a função pulmonar em doentes com antecedentes de ARDS.

MÉTODOS

Selecionaram-se todos os doentes com internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) com ventilação mecânica invasiva (VMI) por ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), definido pelos critérios de Berlim, de janeiro de 2010 a junho de 2016. Estes doentes estão integrados num protocolo de seguimento no qual é avaliada a função respiratória 9 a 12 meses após a alta. Foram excluídos doentes com história de doença respiratória crónica e hábitos tabágicos ativos ou pregressos e carga tabágica superior a 15 UMA.

RESULTADOS

Avaliámos 22 doentes, 68,2% do sexo feminino, com idade média de $53 \pm 16,1$ anos. A maioria não fumadores (68,2%).

O internamento durou em média $30 \pm 16,5$ dias, com uma permanência mediana na UCI de 14,5 dias (Amplitude Interquartilica (AIQ): 12) e duração mediana de VMI de 9 dias (AIQ: 8). Em todos os doentes foi usada ventilação controlada por pressão com volume garantido.

A pneumonia da comunidade foi a causa mais frequente (77,3%). Metade dos doentes apresentavam ARDS severo. A prone position foi usada em 54,5%.

A avaliação funcional respiratória foi realizada 11,5 meses (AIQ: 2) após a alta. Verificou-se a presença de alterações da função respiratória (AFR) em 40,9% (9 doentes), maioritariamente com alteração ventilatória restritiva (4 doentes) e/ou diminuição da DLCO (6 doentes), habitualmente ligeiras.

Os doentes com alterações da DLCO apresentaram um score de SAPS II à admissão mais elevado do que aqueles com DLCO normal ($p=0,05$). Os doentes com alteração ventilatória restritiva apresentaram internamentos hospitalar ($p=0,027$) e na UCI ($p=0,024$) significativamente mais longos do que aqueles sem essas alterações.

CONCLUSÕES

Uma proporção significativa dos doentes com ARDS apresenta AFR mesmo um ano após a alta, embora maioritariamente de grau ligeiro. O número de dias de internamento e o score SAPS II à admissão parecem relacionar-se com a presença de AFR.

PANEL Nº 18

NEUTROPENIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN - UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Dias Cardoso João, Ferro Filipa, Martins Catarina, Bárbara Cristina

Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

INTRODUCCIÓN: el uso creciente de quimioterapia ha conducido a un aumento de las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón, pero también ha acarreado el desafío de la gestión de los efectos secundarios de la quimioterapia. La neutropenia inducida por quimioterápicos es un efecto adverso común que conlleva en un aumento de los costes de salud, morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO: identificar los factores predictivos de la hospitalización en los pacientes con cáncer de pulmón inducido por quimioterapia inducida por neutropenia.

MÉTODOS: se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes con cáncer de pulmón ingresados en nuestro servicio con neutropenia inducida por quimioterapia entre enero de 2010 y diciembre de 2014.

RESULTADOS: de los 89 pacientes seleccionados, 20 eran mujeres, la mediana de la edad era de 65 años [36; 86], y la mayoría tenía un buen estado funcional (grado 1 del Eastern Cooperative Oncology Group). Setenta y cuatro fueron cáncer de pulmón de células no pequeñas, 93% fueron estadio III / IV y 68% estaban en la primera línea de tratamiento. La profilaxis con factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) se utilizó únicamente en cinco pacientes. Las asociaciones de complejos de platino fueron las más utilizadas en los tratamientos. Sesenta y dos por ciento tenían neutropenia de grado IV, 49 pacientes presentaron neutropenia febril, aunque sólo 8 tenían cultivos positivos. La (taza de) mortalidad fue del 11%.

CONCLUSIONES: nuestros datos sugieren que en pacientes hospitalizados hubo un uso insuficiente de la profilaxis G-CSF. Parece importante identificar los factores de riesgo de neutropenia en los esquemas de quimioterapia de riesgo intermedio en el cáncer de pulmón. Los autores apuntan como una limitación de la naturaleza retrospectiva del estudio y la necesidad de nuevos estudios utilizando paciente ambulatorio tratado tiene un grupo de control.

PANEL Nº 19

MOLECULARLY TARGETED TREATMENT BEYOND DISEASE PROGRESSION IN NON-SMALL-CELL LUNG CANCER (NSCLC) WITH ACTIVATING EGFR MUTATIONS

Marçôa Raquel⁽¹⁾, Dias Margarida⁽¹⁾, Campainha Sérgio⁽¹⁾, Silva Eloísa⁽¹⁾, Conde Sara⁽¹⁾, Cirnes Luís⁽²⁾, Barroso Ana⁽¹⁾

(1)Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, (2)Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto (Ipatimup)

INTRODUCTION

Continuing molecularly targeted treatment beyond disease progression in non-small-cell lung cancer (NSCLC) with EGFR mutations (EGFR+) in patients with clinical benefit and slow/minimal progression appears promising.

OBJECTIVE

To study the impact of continuing first-line EGFR tyrosine kinase inhibitors (TKIs) therapy after radiologic progression in Portuguese patients with locally advanced and advanced NSCLC EGFR+ with clinical benefit and slow/minimal progression.

METHODS

Retrospective study that included adults with stage IIIB-IV NSCLC EGFR+ treated with first line TKI (January/2011-December/2016). Patients were divided in two groups depending on whether they received or not TKI beyond progression, according to RECIST1.1. Progression free survival (PFS1) and time to TKI progression if TKI therapy was extended beyond progression (PFS2) were analysed.

RESULTS

The study included 58 patients, mean age 65±12 years, 72.4% female. Disease control rate (DCR) was 74.1% (n=42), global PFS was 10 months (95% Confidence Interval-CI 6.78-13.22) and overall survival (OS) 25 months (95%CI 15.88-34.13).

At the analysis cut-off, 45 patients (77.6%) had disease progression: 19 (42.2%) discontinued TKI and 26 (57.8%) continued TKI therapy beyond progression.

Although there were no statistically significant differences between these two groups, the first group had less exon 19 deletions (52.5% versus 73.1%; p=0.431), patients were more frequently in stage IV at diagnosis (84.2% versus 73.1%) and had worst DCR (52.6% versus 76.9%; p= 0.088).

Median PFS1 and PFS2 in patients that continued TKI beyond progression was 11.5 (95%CI, 6.02-13.99) and 18.0 (95%CI 11.57-24.43) months, respectively, giving an additional 6.5 months of PFS. Median OS in these patients was 25 months (95%CI 15.67-34.33) and in those that discontinued TKI at disease progression was 22 months (95%CI 0.00-46.80; p=0.940).

CONCLUSION

Continuing TKI therapy beyond disease progression seems to be of benefit in selected patients. However, a selection bias favouring patients with best tumour response cannot be excluded.

PANEL Nº 20

ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA MMRC/CAT E CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA MMRC E CADA SUBDOMÍNIO DO QUESTIONÁRIO CAT NUMA AMOSTRA MULTICÊNTRICA DE DOENTES COM DPOC CLASSIFICADOS DE ACORDO COM O GOLD 2017

Rodrigues Daniela⁽¹⁾, Marçôa Raquel⁽²⁾, Guimarães Miguel⁽²⁾, Ferreira Jorge⁽¹⁾, Vaz Ana Paula⁽¹⁾

(1)Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, (2)Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

INTRODUÇÃO

O GOLD 2017 continua a recomendar uma abordagem abrangente na avaliação sintomática da DPOC, salvaguardando a não equivalência das ferramentas mMRC e CAT. A concordância mMRC/CAT pode ser influenciada pela correlação entre o mMRC e cada um dos subdomínios do CAT.

OBJETIVOS: Análise da concordância global mMRC/CAT numa amostra de doentes com DPOC classificados segundo o GOLD 2017. Análise dos subdomínios do CAT com determinação da correlação individual de cada subdomínio com o mMRC.

MÉTODOS: Estudo observacional incluindo doentes com DPOC estável seguidos em dois hospitais de referência. Caracterização clínico-demográfica da amostra. Preenchimento do CAT e mMRC na mesma consulta. Determinação da concordância mMRC/CAT através do coeficiente Kappa de Cohen. Investigação de preditores de concordância entre as variáveis clínico-demográficas analisadas utilizando modelos de regressão logística binária. Avaliação da correlação do mMRC com cada subdomínio do CAT através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ).

RESULTADOS

Incluíram-se 200 doentes, 88% ($n=176$) do sexo masculino, com idade média de 69 ± 10 anos, FEV1 médio de $2,08 \pm 0,85$ L.

O grau de concordância global mMRC/CAT foi moderado ($K=0,462$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sexo, idade, índice de massa corporal e FEV1 entre doentes mMRC/CAT concordantes e não-concordantes. A prevalência de insuficiência cardíaca, depressão e SAOS foi também semelhante entre os grupos.

A escala de dispneia mMRC não se correlacionou igualmente com os subdomínios do questionário CAT. A correlação mais forte verificou-se com a “dispneia” ($\rho=0,672$) e a “limitação nas atividades em casa” ($\rho=0,675$) e a mais fraca com a “tosse” ($\rho=0,153$) e “expectoração” ($\rho=0,161$).

CONCLUSÃO

Na amostra analisada, classificada segundo o GOLD 2017, verificou-se uma concordância mMRC/CAT moderada. A modificação do peso relativo de cada subdomínio do CAT na pontuação final poderia aumentar a homogeneidade entre as duas ferramentas, contribuindo para uniformizar os métodos de avaliação sintomática na DPOC.

PANEL Nº 21

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA VISTA EN URGENCIAS

Vilas Iglesias Andrés

HM Rosaleda. Santiago de Compostela

OBJETIVO

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de salud de primer orden a nivel mundial y es la causante de múltiples problemas en el ámbito sanitario. El objetivo principal del estudio es determinar el grado de cumplimiento terapéutico y el secundario analizar los factores que se asocian a una mala adherencia al tratamiento.

MÉTODOS

Estudio transversal. Pacientes elegibles aquellos vistos en Urgencias por una patología respiratoria o torácica y remitidos a la consulta rápida de Neumología a los que se les hubiese prescrito al menos un fármaco que no tomasen previamente de forma habitual. Datos recogidos en la primera cita en Neumología a partir del informe de Urgencias y de la anamnesis.

RESULTADOS

200 casos recogidos de forma consecutiva. 641 fármacos prescritos en total. Han cumplido su tratamiento de forma exacta 124 pacientes (62 % del total). De las 536 prescripciones no condicionadas recomendadas a los 200 pacientes, 431 fueron seguidas con exactitud (80 %). Cumplimiento terapéutico sensiblemente más alto en los pacientes a los que se le habían realizado pruebas complementarias en Urgencias (OR = 2'57; IC95% = 1'16 – 5'67). Varias relaciones significativas entre las características de las prescripciones, analizadas por separado, y el grado de cumplimentación: tipo de fármaco (mayor en corticoides sistémicos y antibióticos, menor en antihistamínicos y analgésicos-antipiréticos), frecuencia diaria de tomas y duración del tratamiento (en ambas, en relación inversa).

CONCLUSIÓN

El grado de adherencia al tratamiento prescrito en Urgencias para procesos neumológicos es aceptable. Influyen en él la realización de pruebas complementarias, el tipo de fármaco, la frecuencia diaria de tomas o la duración temporal de las pautas prescritas.

PANEL N° 22

ENDOBONCHIAL METASTASES FROM EXTRATHORACIC MALIGNANCIES: RETROSPECTIVE STUDY OF THE LAST 3 YEARS

Pereira Raquel, Lages Joana, Vieira Ana Luísa, Aguiar Filipa, Lacerda Catarina, Rolo Rui,
Cruz João Filipe

Hospital de Braga

BACKGROUND

Although the lung is a common site of metastasis, endobronchial metastasis (EBM) from extrathoracic malignancies are rare. We aimed to evaluate the characteristics of patients with EBM who had been diagnosed in recent 3 years in our hospital.

MATERIALS AND METHODS

Retrospective study of the clinical, radiological and bronchoscopic aspects of patients with EBM who were diagnosed between January 2014 and December 2016. An EBM was defined as a bronchoscopically notable lesion, which was histopathological identical to the primary tumour.

RESULTS

A total of 4 male's patients with EBM were identified. The mean age ranged from 69 to 79 years. The most common primary malignancies were colorectal cancer (75%), followed by stomach cancer (25%). Cough was the most common symptom. The most common radiologic finding was hilar mass (2 cases) and multiple nodules (2 cases). EBM were observed at the right bronchus tree in 3 patients (75%) and multiple locations in 1 patient (25%). The interval between the diagnosis of primary malignancy to the diagnosis of EBM varied between 0–276 months. The survival time from the diagnosis of EBM was 5 months in 1 deceased patient.

DISCUSSION

In this study, colorectal cancer was the most common primary malignancy. It is not clear why endobronchial metastasis is more frequent in the right bronchial tree, a fact already highlighted in other studies. EBM are known to manifest late in the course of cancer progression, usually a manifestation of advanced neoplastic disease, which may justify the short survival after diagnosis.

PANEL Nº 23

ESTENOSES TRAQUEAIS BENIGNAS - A ABORDAGEM ATUAL DE UM PROBLEMA ANTIGO

Terras Alexandre André, Gomes Teresa, Noya Rafael, Fernandes Ana

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

INTRODUÇÃO

A estenose traqueal é um achado relativamente frequente na broncoscopia. A abordagem de estenoses traqueais benignas (ETB) depende do tipo e extensão da patologia, assim como do estado geral e comorbilidades do doente.

OBJETIVO

Caracterização dos doentes com ETB e análise da estratégia terapêutica utilizada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo observacional que incluiu os doentes que realizaram broncoscopia flexível num hospital terciário entre setembro de 2012 e setembro de 2016 (4 anos) e em que este exame mostrou estenose traqueal. Foram excluídos doentes com estenose de etiologia maligna, doentes com alterações traqueais que não conferissem estenose da mesma e doentes com estenose de carácter dinâmico (p.e. traqueomalácia). Foram analisadas variáveis demográficas, antecedentes, apresentação clínica, características da estenose, abordagem terapêutica e complicações associadas.

RESULTADOS

Foram incluídos 12 doentes com ETB, dos quais 8 eram do género feminino (66,7%). A média de idade foi $66,8 \pm 11,0$ anos. Dispneia de esforço foi o sintoma preponderante (58,3%), seguido de estridor (33,3%). A maioria das estenoses tinha localização subglótica, era concêntrica, com uma extensão entre 1 e 3 cm e com compromisso da via aérea >50%. Relativamente à etiologia, 41,7% eram secundárias a entubação orotraqueal (EOT) prolongada e 33,3% a traqueostomia. Entre outras etiologias verificaram-se neoplasia tiroideia com tireoidectomia e/ou radioterapia, sarcoidose, tumores benignos traqueais, envolvimento traqueal por amiloidose e idiopática. No que respeita ao tratamento, metade dos doentes realizou broncoscopia rígida (com dilatação mecânica, laser ou árgon-plasma), 4 doentes encontram-se em vigilância, um doente foi submetido a cirurgia e um doente iniciou tratamento da doença de base que condicionava a estenose. As complicações foram desprezíveis e não houve mortalidade associada.

CONCLUSÕES

A etiologia da ETB é variável, mas deve-se mais frequentemente a EOT ou traqueostomia. Nos doentes sem indicação para cirurgia, a intervenção broncoscópica é uma opção eficaz e segura para o tratamento.

PANEL N° 24

IMPACT OF ANXIETY ON ASTHMA CONTROL

Ribeiro Liliana⁽¹⁾, Silva Joelma⁽¹⁾, Pinto Cláudia⁽¹⁾, Silva Rui⁽²⁾, Fernandes Ana⁽¹⁾

(¹)Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro- Vila Real,

(²)Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro- Vila Real

Introduction: There is evidence that anxiety and other psychiatric disorders are common in asthma.

AIM

Determine whether anxiety has impact on asthma control.

METHODS

A cross-sectional study on 75 asthmatic outpatients in a tertiary center, divided into two groups by anxiety status, assessed by GAD-7 questionnaire, and were compared in terms of demographic, clinical and spirometric data. Asthma control was assessed by Asthma Control Test (ACT).

RESULTS

The sample was predominantly female (70.7%) and the average age was 41 years (± 17 years). Of the 75 patients, 52% were classified as having anxiety disorder. The group with anxiety disorder had significantly more women (89.7% vs 50%, $p < 0.001$) and older patients (46 vs 36 years, $p = 0.012$). The prevalence of uncontrolled asthma was significantly higher among patients with anxiety (53.8% vs 30.6%, $p = 0.042$). In this group, the prevalence of patients in Step 4 of treatment, according to GINA guidelines, was higher (48.7% vs 30.6%), as well as the prevalence of intrinsic asthma (41% vs 22.2%), but without statistical significance. There were no differences between the two groups in terms of smoking status, spirometry results, therapeutic compliance and control of associated rhinitis.

CONCLUSIONS

In this sample, the prevalence of anxiety disorder was high, showing the close relationship between asthma and anxiety. Uncontrolled asthma was significantly more frequent in the group with anxiety disorder, so, anxiety control must be considered in asthma control strategies.

PANEL N° 25

RETRASO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA SANITARIA DE OURENSE. REGISTRO DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN EL SITUB (REGISTRO DEL PROGRAMA GALLEGO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS) ENTRE LOS AÑOS 2015 Y 2016

Alvarez Torres José Manuel⁽¹⁾, Rodriguez Canal Abel⁽¹⁾, Castro-Paz Alvarez-Buylla Amparo⁽¹⁾, Alves Pérez María Teresa⁽²⁾, Abal Arca José⁽¹⁾

(¹)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, (²)Fundación Galenis Auriensis

Determinar la demora diagnóstica de la tuberculosis pulmonar en el área sanitaria de Ourense y estudiar las características de los pacientes, la morbi-mortalidad tras el tratamiento y su evolución en el primer año tras su diagnóstico. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados de TB pulmonar desde 01/01/2015 al 31/12/2016. Se estudiaron las características epidemiológicas, sociodemográficas, el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta su diagnóstico, la demora en el comienzo del tratamiento, datos de los cultivos y comorbilidades asociadas. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los datos, con pruebas paramétricas/no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio. Posteriormente se realizaron estudios de la supervivencia global y específica. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0.05$. Los análisis se realizaron utilizando SPSS 22.0. El estudio se ha realizado respetando la normativa nacional y europea. En total fueron diagnosticados de TB pulmonar 88 pacientes, de los cuales la mayoría fueron hombres 56(64,4%), siendo la mediana de edad al diagnóstico de 50 años[2-94], y la mayoría de nacionalidad española 84(95,4%). La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue de 17 días[0-349] y la demora desde la consulta hasta el comienzo del tratamiento de 16 días[0-200]. 47 pacientes presentaban BAAR -, y sólo en 4 de 35 pacientes con BAAR + fue posible la cuantificación. A 73 pacientes se les ofertó la realización de la prueba de VIH, resultando positiva en 3 casos. 16 pacientes fallecieron en el periodo de estudio, 9 por causas relacionadas con TB. Sólo 12 pacientes alcanzaron la curación bacteriológica, y 44 finalizaron el tratamiento sin evidencias de curación bacteriológica. En 10 pacientes no fue posible evaluar su situación tras un año, y sólo en 1 paciente se retiró la medicación por prescripción médica.

PANEL Nº 26

EFICIENCIA DE LA VIDEOCONFERENCIA EN UN COMITÉ DE CÁNCER DE PULMÓN

Díaz Gutierrez María Montserrat, Álvarez Torres Jose Manuel, Dacal Quintas Raquel, González Fernández Coral, Parente Lamelas Isaura, Abal Arca Jose

Complejo Hospitalario Universitario Ourense

OBJETIVO

En el cáncer de pulmón (CP) un tratamiento quirúrgico precoz es fundamental. En el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, en donde no se dispone de Cirugía Torácica, el precisar desplazarse a otra área sanitaria suponía un retraso diagnóstico-terapéutico además de un aumento de costes.

El objetivo fue analizar el tiempo de espera hasta la intervención y los costes tras la implantación de la videoconferencia en el comité multidisciplinar de CP.

MÉTODOS

Se estudiaron los pacientes valorados por videoconferencia en comité de CP candidatos a cirugía diagnóstica/terapéutica desde Enero 2015 hasta Septiembre 2016.

Se analizó el tiempo desde la decisión terapéutica hasta la cirugía y se comparó con el período previo a su implantación, además de los costes asociados a consultas y desplazamientos interhospitalarios.

Se realizó un análisis descriptivo, las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje, y las continuas como media $\pm$ desviación estándar. Para conocer la normalidad de las variables se realizaron los test de Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk y pruebas paramétricas/no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio. Se consideró estadísticamente significativo la $p < 0.05$. Se utilizó SPSS 22.0.

RESULTADOS

Se analizaron 150 pacientes (117 hombres, 33 mujeres) con edad media de 69 años. El tiempo hasta la primera consulta de cirugía fue de 6,44 días, y el tiempo medio hasta la cirugía de 45 días, significativamente menor que en el período previo a la videoconferencia (72 días).

El ahorro asociado a primeras consultas evitadas, desplazamientos y trayectos adicionales fue de 39.929,93 euros.

CONCLUSIONES

- Disminución del tiempo desde el diagnóstico hasta la primera consulta.
- Descenso significativo en el tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía.
- Reducción de los costes asociados.

PANEL N° 27

MICROORGANISMOS AISLADOS EN EL ESPUTO DE PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)

Blanco-Aparicio Marina⁽¹⁾, Arevalo López Ariadna⁽²⁾, Fernández Marrube María⁽³⁾, Vidal García Iria⁽¹⁾, Consuegra Vanegas Angelica⁽¹⁾, Nieto Codesido Irene⁽¹⁾, Domínguez Pazos Santiago⁽¹⁾, Eleguezabal Elena⁽¹⁾, Montero Martínez Carmen⁽¹⁾

(1)Sº Neumología. Hospital Universitario A Coruña, (2)Sº Medicina interna. Hospital Universitario A Coruña, (3)Sº Neumología. Hospital Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con FQ tienen gran diversidad de microorganismos en la vía aérea que varían en función de la edad, gravedad de la enfermedad y la carga antibiótica recibida.

OBJETIVO

Conocer los microorganismos aislados en los cultivos de esputo de pacientes adultos con FQ.

MÉTODO

Revisión de todos los cultivos de esputo realizados a una cohorte de 41 pacientes con FQ seguidos en la consulta neumológica de adultos. Se han registrado todas las bacterias, hongos y micobacterias aisladas.

RESULTADOS

La edad media (DS) fue de 28,77 (7,55) con un rango de 16-45 años. Tenían mutación F508del 30 (73%) siendo homocigotos 32% y heterocigotos 41%.

Tabla 1. Microorganismos aislados en el esputo de 41 pacientes adultos con FQ

Microorganismo	n	%
Cocos Gram (+)		
Staphylococcus	32	78
St. aureus	29	71
St. warneri	1	2,4
St. epidermidis	1	2,4
SAMR	10	24
St. pneumoniae	2	5
Cocos Gram (-)		
Moraxella	2	5
Neisseria	1	2,4
Bacilos Gram (-)		

Pseudomonas	36	88
Ps. aeruginosa	19	46
Ps. mucoide	9	22
Ps. fluorescens	8	19,5
Enterobacterias	20	49
E. coli	5	12
Serratia	5	12
Enterobacter	4	10
Proteus	3	7
Klebsiella	2	5
Providencia	1	2,4
Otros BGN	28	68
S. maltophilia	11	27
Achromobacter	8	19
Burkholderia	5	12
Chryseobacterium	3	7
Spingobacterium spiritivorum	1	2,4
Cocobacilos Gram (-)		
H. Influenzae	14	34
Acinetobacter	4	10
Hongos		
Aspergillus fumigatus	25	61
Otros aspergillus	11	27
Candida albicans	27	66
Otras candidas	20	49
Penicillium	15	36
Otros	12	29
Micobacterias no tuberculosas (MNT)		
M. abscessus	2	5
M. fortuitum	2	5
M. lentiflavum	1	2,4

CONCLUSIONES

1) Las bacterias más frecuentemente aisladas han sido Ps. aeruginosa y St. aureus sensible, pero destacamos el elevado porcentaje de S. maltophilia (27%), SAMR (24%) y Achromobacter (19%). 2) El aislamiento de aspergillus sp. y candida sp. es muy frecuente 3) las MNT estuvieron presentes en el 12% de los pacientes.

PANEL Nº 28

PREDITORES DE MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NO DOENTE CRÍTICO COM CANCRO DO PULMÃO

Vaz Daniel, Nogueira Carla, Vanzeller Manuela, Barroso Ana

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

A mortalidade dos doentes com cancro do pulmão (CP) admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) tem diminuído nos últimos anos. No entanto os preditores de mortalidade intrahospitalar no doente crítico com CP permanecem por definir.

MÉTODOS

Os autores apresentam análise descritiva de internamentos em UCI de doentes com CP ao longo de 5 anos. As variáveis analisadas incluem idade e género; tipo histológico; estadió TNM; Performance status (PS); motivo de internamento, scores APACHE II e SAPS II; score de Charlson, e taxa de mortalidade intrahospitalar. O subgrupo de doentes falecidos no internamento foi analisado com intuito de identificar preditores de mortalidade intrahospitalar.

RESULTADOS

Foram incluídos 29 doentes (idade média 64 ± 12 anos; 86,2% sexo masculino) internados ao longo de 5 anos.

O tipo histológico mais prevalente foi o adenocarcinoma (65,5%). 69% apresentavam estadió IIIb ou IV; 48,2% apresentavam PS =2, e 82,8% não tinham ainda realizado tratamento dirigido ao CP. 58,6% foram internados por intercorrência aguda (mais frequentemente pneumonia adquirida na comunidade - 34,6%). Os internamentos eletivos ocorreram para vigilância após excisão de metástase cerebral.

Na admissão os scores médios de Charlson, APACHE II e SAPS II eram $3 \pm 2,6$; 17 ± 7 e 34 ± 14 respetivamente. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi 20,7%; os doentes falecidos eram mais velhos (70 ± 12 vs 62 ± 11 ; $p=0,01$), foram internados por intercorrência aguda (33,3% vs 0%; OR 1,6; $p=0,02$), e apresentavam scores APACHE (23 ± 9 vs 15 ± 6 ; $p=0,04$) e SAPS (48 ± 12 vs 30 ± 12 ; $p=0,03$) mais elevados. As restantes variáveis não foram significativamente diferentes nos doentes falecidos quando comparados com restantes.

Na análise multivariada o único preditor independente de mortalidade intra-hospitalar foi o score SAPS II ($r^2=0,28$ Exp(B) 1,8 ; $p=0,03$).

CONCLUSÕES

O score SAPS II foi o único preditor independente de mortalidade intrahospitalar. O estadió TNM, o PS e presença de comorbilidades não foram fatores determinantes de mortalidade intrahospitalar.

PANEL Nº 29

APLICACIÓN DE ÍNDICE DE COMORBILIDADE DE CHARLSON NUMA POPULACIÓN DE DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E SUA RELAÇÃO COM FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÕES E MORTALIDADE

Vaz Daniel, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO

O Índice de Charlson constitui um instrumento de quantificação do impacto de comorbilidades no prognóstico de doentes crónicos. Propõe-se estudo de população com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) categorizada de acordo com o índice de Charlson, onde se analisa relação entre este índice, frequência de exacerbações e mortalidade.

MÉTODOS

109 doentes foram caracterizados quanto ao estadió GOLD, frequência de exacerbações no último ano, prevalência de comorbilidades, índice de Charlson e risco de mortalidade a 3 anos (utilizando score ADO - age, dyspnea, obstruction). O subgrupo com maior número de comorbilidades e com score de Charlson =2 foi comparado com restante população, quanto a frequência de exacerbações e risco de mortalidade.

RESULTADOS

109 doentes (75,2% homens), idade média $69,9 \pm 11,8$ anos e 76,2% de prevalência de tabagismo. A estratificação por estadió GOLD classificou 8,3% como GOLD A; 11,9% GOLD B; 7,3% GOLD C e 72,5% GOLD D. O número de exacerbações no último ano foi $2,7 \pm 2,3$; 50,9% apresentou 2 ou mais exacerbações. O número de comorbilidades por doente foi $4,1 \pm 2,8$, o índice de Charlson médio foi $2 \pm 1,6$ e o score ADO médio foi $8,2 \pm 2,6$.

Os doentes com 3 ou mais comorbilidades, são mais idosos (72 ± 10 vs $64,6 \pm 14$ $p=0,008$), têm maior frequência anual de exacerbações ($2,6 \pm 2$ vs $1,6 \pm 1$ $p=0,016$) e score ADO superior ($8,8 \pm 2$ vs $6,9 \pm 3$ $p=0,003$). Os doentes com índice de Charlson =2 são mais idosos ($72,3 \pm 10,7$ vs $67,4 \pm 12,5$ $p=0,031$), mais sintomáticos (mMRC $2,3 \pm 0,6$ vs $2 \pm 0,6$ $p=0,045$), apresentam perfil de exacerbador frequente (63% vs 37% OR=9,8 $p=0,002$) e score ADO superior (9 ± 2 vs 7 ± 3 $p=0,043$). Verificou-se correlação positiva entre índice de Charlson e score ADO ($R=0,45$; $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

Índice de Charlson =2 em doentes com DPOC associou-se a maior severidade de dispneia, a perfil de exacerbador frequente e maior risco de mortalidade a 3 anos.

PANEL Nº 30

ANÁLISE DE PERFIL MICROBIOLÓGICO DE DOENTES INTERNADOS POR EXACERBAÇÃO AGUDA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Vaz Daniel, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO

As exacerbações agudas em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) são frequentemente devidas a agentes infecciosos contribuindo para a morbilidade e mortalidade. Os autores propõem caracterização de isolamentos microbiológicos durante exacerbações agudas em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), e efetuam análise do grupo de pacientes com isolamento de agentes multirresistentes (MR).

MÉTODOS

Estudo retrospectivo de doentes com DPOC internados por exacerbação aguda no período compreendido entre janeiro 2016 e janeiro de 2017; caracterizando a população quanto a idade, sexo, hábitos tabágicos, severidade de obstrução, estadio GOLD, frequência de exacerbações no último ano e ao longo de 5 anos, e isolamentos microbiológicos em amostras de expetoração.

RESULTADOS

Foram incluídos 95 doentes (72,6% homens), com idade média $65,9 \pm 10$ anos e 75,8% de prevalência de tabagismo.

O FEV1 (forced expiratory volume in 1 second) médio foi $52,8 \pm 24\%$ (percentagem de valor previsto). De acordo com a classificação GOLD, 5,2% eram GOLD A, 10,5% GOLD B, 7,4% GOLD C e 76,8% GOLD D.

Em 29,5% dos doentes foi possível isolar agente na expetoração, dos quais 64,3% eram agentes multirresistentes. O agente mais prevalente foi o staphilococos aureus metilino-resistente (21,4%).

Os doentes internados por exacerbação devida a agente MR apresentavam maior severidade prévia de obstrução (FEV1 $41,9 \pm 20,6\%$ vs $57,7 \pm 28\%$ $p=0,04$; razão FEV1/FVC $0,46 \pm 0,14$ vs $0,58 \pm 0,14$ $p=0,02$) e maior número prévio de exacerbações no último ano e nos últimos 5 anos ($4,4 \pm 3$ vs $2,6 \pm 2$ $p=0,02$ e $12,7 \pm 9,8$ vs $10 \pm 6,5$ $p=0,016$, respetivamente).

CONCLUSIONES

Os doentes internados por exacerbação aguda de DPOC com isolamento de agente MR na expetoração apresentavam maior severidade prévia da obstrução e maior número prévio de exacerbações. Os autores concluem que nos doentes internados com EPOC mais severa e maior número prévio de exacerbações, se deve manter elevada suspeita clínica para a presença de agentes multirresistentes como causa de exacerbação aguda.

PANEL Nº 31

OBESIDADE E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: PARADOXO EPIDEMIOLÓGICO?

Vaz Daniel, Shiang Teresa, Vanzeller Manuela

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

OBJETIVO

A presença de obesidade (índice de massa corporal-IMC ≥ 30 kg/m²) altera o prognóstico do doente com doença pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) de forma bifásica determinando pior prognóstico nos doentes com EPOC ligeira a moderada, e melhor prognóstico em doentes com EPOC severa.

Os autores propõem análise da prevalência de obesidade numa população de doentes com EPOC, e procuram determinar relação entre obesidade, severidade de obstrução e frequência de exacerbações.

MÉTODOS

Uma população de 109 doentes com diagnóstico de EPOC foi caracterizada quanto a severidade de EPOC (avaliada pelo FEV1 e estadio GOLD) e quanto à prevalência de obesidade definida como IMC ≥ 30 kg/m². Foi determinada relação entre obesidade, função pulmonar (FEV1 – forced expiratory volume in 1 second, FVC-forced vital capacity e razão FEV1/CVF) e frequência de exacerbações anuais.

RESULTADOS

Foram incluídos 109 doentes (75,2% sexo masculino), com idade média $69,9 \pm 11,8$ anos e elevada prevalência de tabagismo (76,2%). A estratificação por estadio GOLD classificou 8,3% como GOLD A; 11,9% GOLD B; 7,3% GOLD C e 72,5% GOLD D. 55% apresentava FEV1 < 50% do valor previsto. A prevalência de obesidade foi de 36,7%. O número medio de exacerbações no último ano foi $2,7 \pm 2,36$. A prevalência de exacerbadores frequentes (2 ou mais exacerbações anuais) foi 50,9%.

Os doentes com IMC ≥ 30 apresentavam obstrução menos severa (FEV1 $56,2 \pm 20\%$ vs $47,4 \pm 24\%$ $p=0,04$; ratio FEV1/FVC $0,6 \pm 0,12$ vs $0,49 \pm 0,16$ $p<0,001$) e tendência para menor frequência de exacerbações anuais ($2 \pm 1,8$ vs 3 ± 2 $p=0,4$).

CONCLUSIONES

Nesta população de doentes com EPOC, a obesidade associou-se a menor gravidade de síndrome obstrutivo e a tendência para menor frequência de exacerbações anuais; sugerindo uma relação de epidemiologia reversa entre EPOC e obesidade à semelhança do que já foi descrito noutras doenças crónicas.

PANEL Nº 32

RENTABILIDADE DAS PROVAS DE BRONCOPROVOCAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE ASMA

Terras Alexandre André, Afonso Miguel, Matos Elsa, Ferradosa Isabel, Conde Bebian, Fernandes Ana

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

OBJETIVO

Avaliar a sensibilidade, especificidade e valores preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) dos testes de broncoprovocação com metacolina (TBM) e com exercício (TBE) no diagnóstico de asma.

MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo em que foram analisados os processos clínicos dos doentes que realizaram TBM ou TBE num laboratório de fisiopatologia respiratória de referência entre janeiro de 2014 e junho de 2017.

O protocolo do TBM baseou-se no método de dosímetro, segundo a task force ATS/ERS; o protocolo do TBE baseou-se em corrida livre.

Foram incluídos doentes com suspeita de asma e idade entre 8 e 35 anos, em que posteriormente foi confirmado ou excluído esse diagnóstico.

Foram excluídos doentes com diagnóstico de asma já estabelecido ou que realizaram algum dos exames como avaliação da resposta à terapêutica.

Análise estatística realizada com IBM SPSS Statistics® v21.

RESULTADOS

TBM: incluídos 98 doentes, 35,7% do género masculino, com média de idade de $23,2 \pm 7,7$ anos. A sensibilidade do teste foi de 89,8%, a especificidade 79,6%, o VPP 81,5% e o VPN 88,6%. Entre os falsos positivos, 72,7% tinham rinite alérgica e 27,3% eram fumadores.

TBE: incluídos 217 doentes, 52,1% do género masculino, com média de idade de $14,0 \pm 4,3$ anos. A sensibilidade do teste foi de 76,5%, a especificidade 97,5%, o VPP 98,1% e o VPN 71,2%.

CONCLUSÕES

Este estudo realça a sensibilidade e a especificidade como os pontos fortes do TBM e do TBE, respetivamente.

O TBM mostrou não ser específico, tendo nesta série sido positivo em alguns casos de doentes com rinite alérgica ou tabagismo ativo, sem diagnóstico de asma.

O TBE mostrou ser bastante específico, mas pouco sensível, podendo este facto dever-se à incapacidade de alguns doentes atingirem o nível alvo de frequência cardíaca. Como tal, deve ser reservado para doentes com boa capacidade de exercício.

PANEL Nº 33

LUNG CANCER IN OLDER PATIENTS – OUR FINDINGS

Boaventura Rita, Meira Leonor, Jacob Maria, Cardoso Verónica, Santos Vanessa, Araújo David, Fernandes Gabriela, Magalhães Adriana, Queiroga Henrique, Hespanhol Venceslau

Centro Hospitalar São João. Porto, Portugal

Older age has been described as a risk factor and predictor of outcome in lung cancer. Older patients have multiple co-morbidities to take into account.

The aim of the study was to characterize and describe demographics, clinical findings, disease evolution, treatment and outcomes in a population with lung cancer older than 65 years at diagnosis.

Patients older than 65 years with lung cancer diagnosis in a tertiary hospital over 3 years were selected and retrospectively analysed in terms of demographics, tumour characteristics, treatment, response to treatment, overall survival (OS) and progression free survival (PFS) estimates.

Our population consisted of 254 patients, with 76,8% male (n=195) and median age of 74 years (65-93). A higher percentage of patients were former smokers (40,9%, n=104), the median body mass index was within the normal range (24,7 Kg/m²) with the majority having a good performance status (0 and 1 – 37% and 39%). The most prevalent histologic type was adenocarcinoma (53,5%); presenting has a peripheral nodule (31,9%), followed by peripheral mass (31,1%) and central mass (24,4%). Advanced disease at presentation was more prevalent (stage IV – 50%). Two-hundred-four patients went through active treatment (80,3%). The response to first treatment was complete in 13,8%, partial in 14,6%, stabilized in 15% and progression was verified in 53,9%. Median estimate OS was 14,9 (10,6-19,2) months (mo) and PFS was 8,9 mo (7,2-10,6). In patients subjected to active treatment OS and PFS was 19,4 (10,4-28,4) and 10,7 (8,4-12,9) mo, respectively; 133 patients died over the study period (52,4%).

Besides having a good initial performance status, patients presented a high percentage of advanced disease and overall poor outcome.

PANEL N° 34

CONTENIDO PULMONAR DE AMIANTO EN TRABAJADORES DE ASTILLEROS DE FERROL 2011-2016

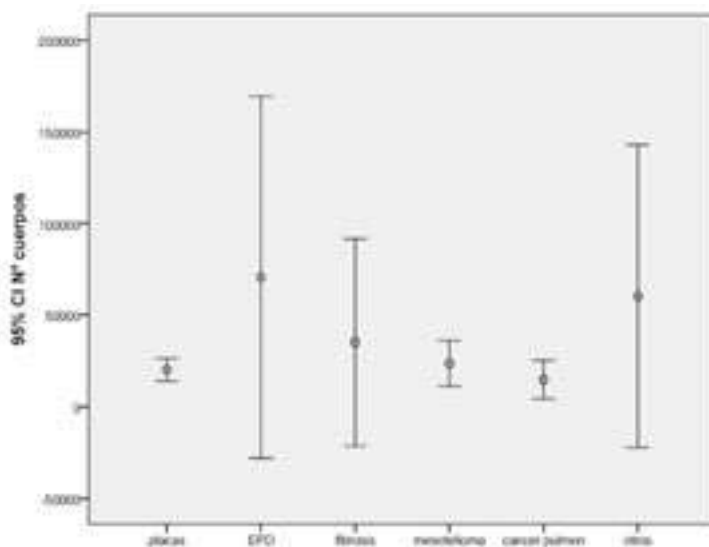
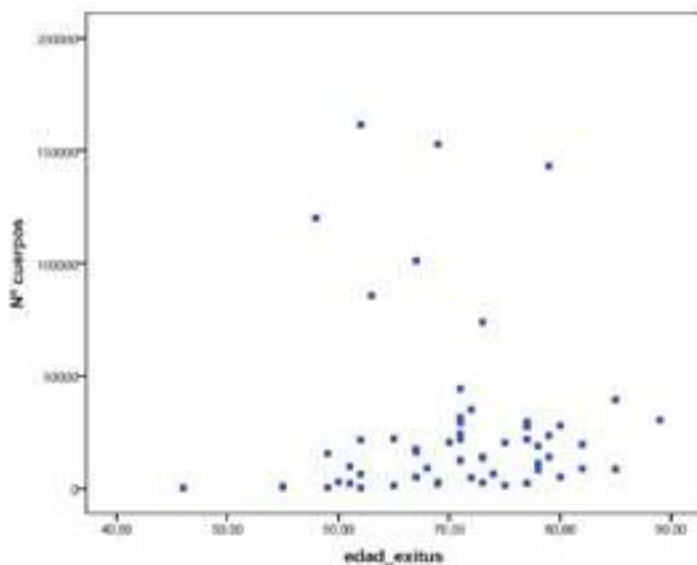
Diego Roza Carmen M, Brun Otero Miguel, Calvo Alvarez Uxío, Mejuto Martí Maria José, Rodríguez-Segade Alonso Santiago

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Desde hace unos años se está llevando a cabo el estudio de los trabajadores expuestos a amianto en los astilleros de Ferrol con la finalidad de llegar al diagnóstico de las enfermedades derivadas de la exposición y su relación con la misma. El objetivo del presente estudio fue conocer el contenido pulmonar de amianto en esta población.

Se obtuvieron muestras pulmonares necrópsicas entre 1/1/2011 y 27/11/2016 correspondientes a individuos que habían trabajado en los astilleros de Ferrol. En la mayoría de los casos se analizaron muestras de los 2 pulmones. Tras eliminar la materia orgánica pulmonar con hipoclorito sódico, el residuo inorgánico fue analizado mediante microscopía óptica. Los resultados se expresaron como cuerpos de amianto (CA) por gramo de tejido seco. Se consideraron niveles causantes de enfermedad aquellos que superaron los 1.000 CA/g.

Se estudiaron 58 pacientes varones, con una edad media de 70 años (extremos 46-89 años). El número medio de años en contacto con amianto fue 24,91. 48 sujetos eran fumadores o ex fumadores (19% y 63,8%, respectivamente), mientras que 10 (17,24%) no habían fumado. Todos excepto 1 tenían una enfermedad pulmonar o pleural relacionada con la exposición a amianto (21 cáncer de pulmón –de los cuales, 15 son adenocarcinomas-, 12 mesoteliomas, 6 casos de asbestosis y 14 casos de enfermedad pleural benigna -5 con engrosamientos pleurales difusos y 9 con placas pleurales-). Hubo 3 casos de carcinoma epidermoide de laringe. En 12 de los 21 casos de cáncer de pulmón existía asbestosis concomitante. La mediana (intervalo) de CA observados fue de 15819 (343-161615) CA/g. Excepto 4 trabajadores, el 93,10% de individuos restante presentaron valores superiores a los 1.000 CA/g (figura 1). La patología que presentó un mayor número de CA/g fue el engrosamiento pleural difuso (figura 2).



PANEL Nº 35

ALPHA-1 ANTITRYPSIN DEFICIENCY: A DECADA EXPERIENCE AT A TERTIARY HOSPITAL IN PORTUGAL

Sousa Catarina⁽¹⁾, Meira Leonor⁽¹⁾, Fernandes Susana⁽²⁾, Seixas Susana⁽³⁾, Sucena Maria⁽¹⁾

(¹)Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal, (²)Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal, (³)Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INTRODUCTION

Alpha-1 antitrypsin deficiency (AATD) is a common inherited disease and is associated with an increased risk of pulmonary and extrapulmonary disease.

AIMS: Evaluate and characterize individuals with AATD at a tertiary hospital in Portugal.

METHODS

Clinical records from patients with AATD diagnosed at Centro Hospitalar São João whose genotype was determined between January 2006-December 2016 were retrospectively analyzed.

RESULTS

Of the 277 evaluated patients (mean age 39 years old, 67% men), 31% were PI*MZ, 20% PI*SZ, 19% PI*MS, 13% PI*ZZ and 8% PI*SS. Rare alleles were detected: PI*Mmalton (n=11), PI*I (n=5), PI*Plowell (n=2), PI*Mwürzburg (n=1), PI*Mheerlen (n=2), PI*T (n=2) and PI*Q0G (n=1). The mean AAT plasma levels was 66.1mg/dL. Respiratory symptoms, liver disease, and family screening led to AATD diagnosis in 51%, 26%, and 13% of the patients, respectively. Respiratory function tests at diagnosis revealed obstructive ventilatory disease in 25% of the patients, 59% of them with a FEV1 less than 50% predicted. The most frequent radiological findings were emphysema (48%) and bronchiectasis (39%). Thirty-three percent were smokers/former smokers. Liver disease was found in 34% of the patients and in 73% of those with PI*ZZ. Eleven patients started augmentation therapy. Four patients underwent lung transplantation and one liver transplantation.

DISCUSSION

The majority of patients were referred due to respiratory symptoms. The MZ genotype predominated. Several rare alleles were identified. At the time of diagnosis, a significant proportion of patients had abnormal lung function, emphysema or bronchiectasis. Liver disease proved to be prevalent, specially within the ZZ genotype.

PANEL Nº 36

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Rodrigues Inês, Pimenta Ana Cláudia, Conde Bebiãna, Fernandes Ana

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Porto, Portugal

OBJETIVOS

Caracterizar os internamentos por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) no Serviço de Pneumologia (SP) de um hospital central, e determinar o perfil e prognóstico dos doentes com necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI).

MÉTODOS

Estudo retrospectivo baseado na análise dos processos dos doentes com internamento no SP com diagnóstico de PAC, entre Janeiro de 2015 e Julho de 2016.

RESULTADOS

Foram incluídos 109 doentes, dos quais 66,1% pertenciam ao sexo masculino (n=72), com idades compreendidas entre os 18 e 87 anos (idade média: 63,1). A duração média do internamento foi de 13,49 dias ($\pm 7,07$). À admissão, 41,3% dos doentes apresentava um CURB-65 de 2 (n=45) e 16,5% um CURB-65=3 (n=18), sendo que 17,3% foram inicialmente admitidos na Unidades de Cuidados Intensivos ou Intermédios (n=19). O pneumococo foi o agente mais isolado, correspondendo a 16,5% dos casos (n=18), e em 71,6% não foi isolado qualquer microrganismo (n=78). A mortalidade ao fim de um ano foi de 11,9% (n=13). Quanto a comorbilidades, 40,4% dos doentes possuíam antecedentes de doença respiratória (n=44), 25,7% de insuficiência cardíaca (n=28), e 22,9% de Diabetes Mellitus (n=25).

Relativamente à ventilação, 7,34% dos doentes já faziam VNI no domicílio antes deste internamento (n=8). Dos doentes que não faziam VNI, 6,4% necessitaram de Ventilação Mecânica Invasiva (n=7) e 16,5% de VNI (n=18), sendo que, dentro destes, 27,8% mantiveram-na após a alta (n=5). A utilização de novo da VNI associou-se a internamentos mais prolongados ($p < 0,002$), mas não houve diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à duração da antibioterapia, presença de comorbilidades ou mortalidade, tanto a curto prazo como a 1 ano.

CONCLUSÕES

A utilização de VNI na PAC permanece controversa, não sendo claro quais os doentes que mais beneficiam desta terapêutica. São necessários mais estudos nesta área para delinear o papel da VNI nesta patologia.

PANEL Nº 37

ESTENOSSES TRAQUEAIS BENIGNAS - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

Machado Daniela, Lima Filipa, Marques Catarina, Campainha Sérgio, Oliveira Ana, Almeida José, Neves Sofia

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

OBJETIVOS E MÉTODOS

Revisão dos casos de estenoses traqueais benignas referenciados à Unidade de Broncologia do CHVNGE entre 01/2016 e 08/2017. Obtiveram-se os dados pela análise retrospectiva dos processos clínicos.

RESULTADOS

Identificaram-se 24 doentes, 13 (54%) com estenoses complexas - tabela 1.

Tabela 1 - Características dos doentes

Tipo de estenose		Simplex	Complexa
Género masculino		55%	54%
Idade (min-máx)		56±22 anos (16-79)	56±15 anos (22-76)
Etiologia estenose (%)	Entubação orotraqueal	80	92
	Traqueostomia	20	0
	Idiopática	0	8
% estenose (média)		55%	77%
<50% lúmen livre pré intervenção		55%	85%
Tempo (meses) desde evento causador da estenose até 1ª intervenção (min-máx)		34 (2-192)	41 (1-264)
Broncoscopias (média±DP)		5,7±4	6,9±4
Dilatação mecânica com broncoscópio rígido		73%	100%
Dilatações mecânicas (média±DP)		2,6±2,7	4,8±2,7
Recidiva após dilatação mecânica		50%	100%
Outras intervenções endoscópicas %	Cortes radiais	36	46
	Mitomicina C	36	62
	Prótese traqueal	18	15
Traqueostomia		9%	0
Ressecção traqueal com anastomose topo a topo		9%	15%
Tratamento conservador/vigilância		27%	0%

Quatro doentes tiveram alta após avaliação, 1 ficou traqueostomizado, 3 realizaram correção cirúrgica e 2 foram encaminhados para eventual correção. Os restantes encontram-se em consulta hospitalar (vigilância por oscilometria e/ou endoscopia respiratória).

CONCLUSÃO

As estenoses traqueais benignas surgem na maioria das vezes como complicação após traqueostomia ou entubação orotraqueal (EOT). A sua abordagem/tratamento são controversos e ainda não estandardizados.

A maioria dos casos surgiu após EOT, com >50% redução do lúmen. Todas as estenoses complexas e a maioria das simples efetuaram procedimentos endoscópicos. Verificou-se recidiva da estenose em todas as complexas, com necessidade de mais intervenções. Considerou-se a abordagem cirúrgica em 5 doentes, tendo os procedimentos endoscópicos sido a opção nos restantes. Será necessário mais tempo de seguimento para avaliar qual o sucesso destas intervenções nestes doentes.

PANEL Nº 38

AValiação DO Declínio DO VOLUME EXPIRATÓRIO FORÇADO NO 1º SEGUNDO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA ESTADIO 4 DA GLOBAL INITIATIVE FOR OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Machado Daniela, Ladeira Inês, Lima Ricardo, Monteiro Regina, Reis Graça, Shiang Teresa, Guimarães Miguel

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

OBJECTIVOS

Avaliar o declínio do FEV1 nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) estadio 4 da GOLD e as suas características de acordo com o declínio funcional.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes com FEV1 pós-BD<30% numa consulta de Pneumologia-DPOC. Calculou-se o declínio a partir das duas espirometrias mais recentes com intervalo de 2 anos.

RESULTADOS

Identificados 454 doentes, 35(7,7%) no estadio 4. Estes foram divididos em 2 grupos de acordo com o declínio do FEV1 (tabela).

	Grupo I - declínio "normal" (=40ml/ano) n=16 (46%)	Grupo II - declínio "rápido" (>40ml/ano) n=19 (54%)	p
Declínio FEV1 anual (média±DP)	15±15 mL	111±74 mL	<0,001
Homem	94%	84%	
Fumador ativo	19%	32%	
Não fumador	19%	21%	
IMC <18,5 kg/m2	19%	21%	
IMC >25 kg/m2	19%	47%	
FEV1 pós-BD % (L)	25,6% (0,66 L)	25,5% (0,61 L)	
Resposta broncodilatadora	0%	11%	ns
mMRC	2,6	2,7	
OTLD	69%	63%	
Internamento por exacerbação (2 anos)	69%	53%	
Exacerbação em ambulatório (2 anos)	81%	68%	
Óbitos	19%	5%	

CONCLUSÃO

O declínio do FEV1 na DPOC é reconhecidamente um fenómeno heterogéneo, sendo que neste estudo verificamos que mesmo os doentes com função muito grave continuam a apresentar este declínio heterogéneo. A comparação entre os grupos, contudo, mostrou que eles são largamente semelhantes entre si, apenas se verificando algumas características tendencialmente diferentes, mas que não atingem significado estatístico. A pequena dimensão dos grupos e natureza retrospectiva deste estudo pode ter contudo limitado a análise.

Seria interessante avaliar em estudos futuros se nos restantes estadios da GOLD os doentes com declínios diferentes continuam a revelar características sobreponíveis.

PANEL Nº 39

TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO COM AZITROMICINA - REVISÃO DE CASOS

Machado Daniela, Lima Filipa, Marques Catarina, Monteiro Regina

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho. Porto, Portugal

OBJETIVOS

Revisão dos doentes que realizaram tratamento de manutenção com azitromicina, seguidos em consultas de Pneumologia entre Janeiro de 2016 e Julho de 2017.

MÉTODOS

A obtenção dos dados foi realizada através da análise retrospectiva dos processos clínicos.

RESULTADOS

Foram identificados 8 doentes. Na tabela apresentam-se as suas principais características.

Género masculino		6 (75%)	Pseudomonas aeruginosa	5
Idade média (min-máx)		65 anos (50-79)	Haemophilus influenza	3
Patologia respiratória	DPOC	3	Serratia marcescens	1
	Bronquiectasias	3	Escherichia coli	1
	DPOC e bronquiectasias	2	Proteus mirabilis	1
			Moraxella catarrhalis	1
Função respiratória			Sem isolamentos	2
	FEV pós-BD	63,6%	Exacerbações infecciosas no ano anterior (média)	3,63
	FVC	82,9%	Exacerbações infecciosas durante o tratamento (média)	0,13
	DLCO	79,6%	Duração média do tratamento (meses)	5
	RV/TLC	59,3%	Antibiótico inalado em simultâneo	2
Hábitos tabágicos	Não fumador	4		
	Ex-fumador	4		
	Fumador	0		

CONCLUSÃO

A maioria dos doentes era do género masculino, com isolamentos microbiológicos, tendo-se verificado uma diminuição das exacerbações infecciosas durante o tratamento de manutenção com azitromicina. Trata-se contudo de uma revisão retrospectiva e onde existem outros fatores que podem ter contribuído para a diminuição das exacerbações (antibioterapia inalada). De realçar que foram identificados poucos doentes a realizar este tratamento. Este trabalho pretende relembrar esta opção terapêutica nos doentes frequentemente exacerbadores, por vezes subutilizada.

PANEL Nº 40

TUMOR CARCINÓIDE DO PULMÃO: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Rodrigues Daniela Marta⁽¹⁾, Lopes Sara⁽²⁾, Maciel João⁽²⁾, Magalhães Adriana⁽³⁾, Fernandes Gabriela⁽³⁾, Bastos Pedro⁽²⁾

(¹)Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, (²)Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar de São João, (³)Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

Os tumores carcinóides do pulmão são neoplasias neuroendócrinas bem diferenciadas, responsáveis por cerca de 2% das neoplasias pulmonares primárias.

OBJETIVOS

Revisão dos tumores carcinóides do pulmão diagnosticados em 6 anos num hospital terciário.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos tumores carcinóides do pulmão diagnosticados entre 2011-2016 no Centro Hospitalar de São João. Caracterização clínico-demográfica da amostra. Análise do diagnóstico, tratamento e evolução.

RESULTADOS

Incluíram-se 67 doentes, 56,7% (n=38) do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico de 61±14 anos. Realizaram-se 58 cirurgias: 45 lobectomias (4 com ressecção broncoplastica), 6 pneumectomias, 5 bilobectomias, 1 ressecção atípica e 1 segmentectomia. Quatro doentes (6,3%) não apresentavam condições funcionais respiratórias compatíveis com cirurgia e um (1,6%) recusou o procedimento. A mortalidade pós-operatória foi de 1,8% (n=1, pneumonia nosocomial). Verificaram-se 3 casos de fuga alvéolo-pleural prolongada, 1 hemotórax e 1 empiema.

Após análise da peça cirúrgica contabilizaram-se 39 (67,2%) carcinóides típicos e 19 (32,8%) atípicos. No estadiamento patológico obtiveram-se 47 (81,0%) estádios I, 6 (10,3%) estádios II e 5 (8,6%) estádios IIIA. Apenas 1 doente (12,5%) realizou Quimiorradioterapia adjuvante (doença N2). Dois doentes (3,0%) apresentavam estágio 4 ao diagnóstico, com metastização hepática; um realizou Quimiorradioterapia e outro terapêutica de suporte.

Em dois casos (3,0%), o diagnóstico ocorreu em internamentos por outras causas, tendo os doentes falecido nesses internamentos.

O tratamento endoscópico com fotocoagulação com laser e desobstrução mecânica foi efetuado previamente à cirurgia em 7 casos (10,4%) e para desobstrução brônquica paliativa num caso (1,5%). Verificaram-se 7 óbitos (12,5%), apenas 2 (28,6%) relacionados com o tumor carcinóide, (estádios 4 ao diagnóstico).

Nos doentes operados (n=58, 86,6%) não se verificaram recidivas num período médio de seguimento de 29 meses.

CONCLUSÃO

Comparativamente a outras neoplasias pulmonares, os carcinóides apresentam um prognóstico favorável.

A cirurgia constitui o tratamento com potencial curativo, associando-se a baixas taxas de recidiva. As técnicas endoscópicas são úteis no diagnóstico, no pré-operatório e na palição da doença inoperável.

PANEL Nº 41

FATORES PREDITIVOS DE UMA MELHOR TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM DOENTES SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

Pereira Raquel, Tizon Sónia

Hospital de Braga. Portugal

OBJETIVO

Analisar parâmetros preditivos de uma melhoria na tolerância ao exercício (através do incremento de metros na Prova Marcha 6 minutos (PM6M) em doentes referenciados e que completaram um programa de reabilitação respiratória (PRR), entre 2009 e 2017.

MÉTODO

Análise de dados demográficos, patologia respiratória principal, comorbilidades, hábitos tabágicos, duração do programa e parâmetros funcionais.

Comparação de índices de qualidade de vida, antes e depois programa, através do questionário de qualidade de vida (EuroQ), escala de atividades de vida diária (LCDAL), escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), Questionário Respiratório de St. George (SGRQ), e do grau de dispneia, através da escala de dispneia modificada (MMRC). Comparação da escala de Borg modificada para dispneia e fadiga na primeira e última sessão do programa, e no final da PM6M, antes e depois do programa.

RESULTADOS

Incluídos 95 doentes, 52,6% do sexo masculino, idade média de 59,26. A maioria dos doentes referenciados para o programa apresentava DPOC (n=38). Valor médio de FEV1 previsto de 54,03%. Distância média da PM6M antes e depois do PRR, foi respetivamente, 369,77m vs. 383,96m. Verificou-se uma melhoria média de 14,18 metros, estatisticamente significativa ($p=0,049$). Melhoria estatisticamente significativa nas escalas de MMRC ($p=0,001$), EuroQ ($p=0,03$), score SGRQ ($p=0,01$) e escala Borg modificada para dispneia, entre a primeira e última sessão ($p=0,001$).

Quando se correlacionou ?PM6M com ? dos diferentes domínios, verificou-se uma correlação ligeira com ? SGRQ ($r=0,41$, $p=0,01$), sem correlação com os outros domínios, nomeadamente entre ?PM6M e a escala de Borg modificada para dispneia e fadiga, na PM6M realizada antes e depois do programa.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

De acordo com os nossos resultados, o PRR reduziu os sintomas de dispneia, aumentou a tolerância ao exercício e melhorou qualidade de vida dos doentes. No entanto, um maior ganho na tolerância ao exercício, apenas se correlacionou com um maior decréscimo no score do SGRQ.

PANEL Nº 42

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR EVENTS AND THEIR IMPACT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA) UNDER NONINVASIVE VENTILATORY SUPPORT FOR 10 YEARS

Alves Moreira Ana Catarina⁽¹⁾, Drummond Marta⁽²⁾

(¹)Hospital Garcia de Orta, (²)Hospital de São João

OSA is increasingly being recognized as a public health hazard. It has emerged as an important risk factor for the development of cardiovascular disease, morbidity (and possibly mortality).

OBJECTIVES

We aim to characterize the overall cardiovascular risk factors, determine the incidence of cardiovascular events and to assess their impact on morbidity and mortality.

METHODS

This was a descriptive study of a cohort of 89 patients with OSA, under noninvasive ventilatory support for 10 years.

RESULTS

All the patients were male, with a mean age of $53,93 \pm 10,85$ years. 83,1% of the patients had Severe OSA and 15,7% moderate OSA (mean Apnea Hypopnea Index of 52,71/ hour). The majority of the patients were obese (Body Mass Index- BMI >30 kg/m²) with a mean BMI of $33,18 \pm 4,97$ kg/m². The most prevalent cardiovascular risk factors were lipid disorders (22,5%), diabetes mellitus (19,1%), tobacco smoking (13,9%) and hyperuricemia (3,4%). Among the studied individuals, arterial hypertension was the most common cardiovascular disease (74,2%), followed by acute myocardial infarction (7,9%), ischemic stroke (8,9%), unstable angina (2,2%) and cardiac arrhythmia (1,3%). Mortality rate was 9%, being ischemic stroke (2,32%), colon cancer (2,32%) and acute myocardial infarction (1,12%) the main causes of death. There was no statistically significant relationship between the adherence to continuous positive airway pressure CPAP and the occurrence of cardiovascular disease and mortality.

CONCLUSIONS

Despite the absence of a statistically significant relationship, taking into account the baseline characteristics of the sample and the low mortality rate and occurrence of cardiovascular events, we consider that OSA treatment should be considered as a primary and secondary cardiovascular prevention.

PANEL Nº 43

QUE FATORES LEVAM O BRONCOSCOPISTA A UTILIZAR SEDAÇÃO PRÉ-BRONCO-FIBROSCOPIA? ESTUDO PROSPETIVO DE UM HOSPITAL DO NORTE DE PORTUGAL

Silva Joelma, Loureiro Ana, Pinto Cláudia, Brandão Maria, Noya Rafael

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

INTRODUÇÃO

A broncofibroscopia é o exame gold-standard para visualização da árvore brônquica.

A sedação tem como papel aumentar a tolerabilidade dos doentes ao exame, no entanto ainda não é prática habitual em todos os centros portugueses.

OBJECTIVOS

Perceber que tipo de doentes tem maior probabilidade de receber sedação e aferir os efeitos deste na tolerância dos doentes.

MÉTODOS

Realização de um questionário sobre o estado de ansiedade do doente e as suas crenças sobre o exame. Após o exame são questionados sobre a sua tolerância e desconforto.

A dose de midazolam utilizada foi 0.03-0.05mg/kg.

O médico que realizou o exame não soube as respostas dos doentes ao questionário.

RESULTADOS

De uma população de 186 doentes, estiveram associados ao uso de midazolam: o género feminino (60.2%, $p=0.003$), a necessidade de realização de técnicas endobrônquicas (55.4%, $p=0.03$), a ansiedade extrema (28%, $p=0.009$), o medo da asfixia (3.2%, $p=0.004$), medo da morte (4.3%, $p=0.03$) ou dos resultados do exame (4.3%; $p=0.02$).

O desconforto foi bem tolerado em 71%, 2.6% tiveram amnesia para o exame, 80% repetiria e 92 % recomendaria a familiares se necessário.

O midazolam (20.4%) não mostrou diminuição significativa do desconforto e não esteve associado a complicações ($p=0.97\%$).

CONCLUSÕES

A broncofibroscopia é um exame bem tolerado, no entanto existe um perfil de doentes que mais frequentemente receberá sedação pré –exame, de onde se destacam as mulheres com perfil ansioso, a necessidade de realização de técnicas endobrônquicas e doentes com múltiplos receios, nomeadamente de asfixia, morte e dos resultados.

O impacto do midazolam não foi o esperado, o que se explica pela dose mais baixa de midazolam utilizada e porque os doentes com maior grau de ansiedade foram os que mais frequentemente receberam sedação.

Este trabalho pretende reforçar a necessidade de utilização da sedação consciente a todos os doentes que sejam submetidos à broncofibroscopia, de modo a melhorar a sua tolerabilidade.

PANEL Nº 44

CONSULTA DE NEUMOLOGÍA GENERAL - EL PORQUÉ DE LA REFERENCIA

Freitas Ramos Bárbara, Chaves Loureiro Cláudia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

OBJETIVO

Analizar los motivos de referencia a la consulta de Neumología.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de muestra que incluyó las referencias realizadas por la Atención Primaria de Salud de la región Centro, de las consultas efectuadas del 01.01 al 31.12.2016. Se consideraron cuatro componentes: cambios en exámenes complementarios de diagnóstico (ECD), signos/síntomas, patología y otros.

RESULTADOS

Se evaluaron 286 solicitudes, referenciadas de 44 instituciones. De estas, 53.50% (n=153) pertenecían al género femenino y el 46.50% (n=133) al masculino, con una media de 65.61 años, con 27.97% (n=80) en la 7ª década.

En 67.48% (n=193) de las solicitudes realizadas se reportó una radiografía/tomografía del tórax, siendo que el 17.09% (n=33) de estas eran normales, y se describió el estudio funcional respiratorio (EFR) en el 33.22% (n=95), sin cambios en 22.10% (n=21) de estos. De los cambios descritos en los ECD, los nódulos fueron referidos en 17.83% (n=51) y hubo referencia al síndrome obstructivo en 15.03% (n=43) del total de las solicitudes.

En cuanto a los signos/síntomas, la tos se mencionó en el 35.66% (n=102), seguida de la disnea con 34.26% (n=98).

La indicación de la patología en cuestión (confirmada o sospecha) constó del 40.21% (n=115) de las solicitudes, siendo del tipo obstructivo en 18.88% (n=54).

En el componente otros, los cuidados respiratorios fueron motivo de referencia en 4.54% (n=13).

CONCLUSIONES

Se concluyó que las alteraciones radiológicas fueron las más frecuentes, con predominio de los nódulos. La tos constituyó el síntoma más común de referencia. Solamente en 40.21% de los pedidos había mención a un diagnóstico, con discreto predominio de la patología obstructiva. El EFR ha sido descrito en sólo 1/3 de los pedidos.

El análisis de los resultados puede servir de soporte para la realización de protocolos de referencia para optimización de los cuidados de salud prestados y de los recursos existentes.

PANEL Nº 45

COMORBILIDADES EN EL PACIENTE CON ASMA

Freitas Ramos Bárbara⁽¹⁾, Maia Santos Lília⁽¹⁾, Chaves Loureiro Cláudia⁽¹⁾

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

OBJETIVO

Evaluar las comorbilidades del paciente con asma asistido en centro terciario.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de muestra que incluyó los pacientes referenciados a la consulta de Asma Grave, del 01.2014 al 07.2017. Las comorbilidades se agruparon en: ORL, obesidad y otras metabólicas, psíquicas, gastroesofágicas y otras gastrointestinales, cardíacas, dermatológicas, tabaquismo, endocrinas, neumológicas, neurológicas, osteoarticulares, vasculares y otras condiciones.

RESULTADOS

Se evaluaron 71 pacientes. De estos, el 69.01% (n=49) pertenecían al género femenino y el 30.99% (n=22) al masculino, con una media de edad de 44.28 años, con 25.35% (n=18) en la 2ª década.

La edad del diagnóstico fue <12 años en el 53.52% (n=38). En el 12.68% (n=9) había una historia de alergia/hipersensibilidad a AINES/AAS, en un 11.28% (n=8) referencia a alergias alimentarias y 69.01% (n=49) presentaron pruebas cutáneas a aeroalergenos positivos. El FENO tuvo una media de 74.77ppb (evaluados en 25 pacientes) y 50.70% (n=36) tenían eosinofilia periférica (>3% e/o >300 células).

En cuanto a las comorbilidades presentes: ORL 83.10% (n=59)[rinitis presente en 91.52% (n=54) de estos]; obesidad 28.17% (n=20)(media 33.11kg/m²), sobrepeso 42.25% (n=30) (media 27.04kg/m²) y otras metabólicas 19.72% (n=14); psíquicas 43.66% (n=31); gastroesofágicas 36.62% (n=26) y otras gastrointestinales 11.28% (n=8); cardíacas 30.98% (n=22); dermatológicas 25.35% (n=18); tabaquismo (activo/pasivo) 21.13% (n=15); endocrinas 12.68% (n=9); neumológicas 12.68% (n=9); neurológicas 11.28% (n=8); osteoarticulares 11.28% (n=8); vasculares 9.86% (n=7); otras 4.25% (n=3).

CONCLUSIONES

Se concluye que hubo un predominio del género femenino.

Las comorbilidades más prevalentes fueron las relativas a la patología ORL, con supremacía de la rinitis, seguida de la obesidad/sobrepeso, con 28.17% de obesos (prevalencia superior a la media de la población portuguesa) y posteriormente la patología psíquica en >40% de esta muestra. Las comorbilidades citadas están entre las más descritas en la literatura.

Es esencial su identificación y control precoces, en un enfoque global y integrado del paciente.

PANEL Nº 46

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS GENOTIPOS DE DAAT ESTUDIADOS EN EL ÁREA SUR DE GALICIA

Tubío-Pérez Ramón Antonio⁽¹⁾, Blanco-Pérez Milagros⁽²⁾, Torres-Durán María⁽¹⁾, Ramos-Hernández Cristina⁽¹⁾, Mouronte-Roibás Cecilia⁽³⁾, Dacal-Rivas David, Montiel-Arnalich Victoria⁽¹⁾, Fernández-Villar Alberto⁽¹⁾

(1)Servicio de Neumología. Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Centro galego Alfa-1-antitripsina, (2)Servicio de Análisis Clínicos. Laboratorio de Citogenética y Genética Molecular. Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo. Centro galego Alfa-1-antitripsina

OBJETIVO

El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es una condición genética que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar y distintas formas de hepatopatía. Es una enfermedad rara, y el infradiagnóstico es un problema a nivel global. Existen diferencias geográficas en la prevalencia y distribución de los alelos deficitarios. El objetivo de este estudio fue conocer las características de los pacientes y la distribución de genotipos analizados en el Laboratorio de Genética del CHUVI.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes a los que se realizó genotipo AAT entre 2012-2015, con análisis de características clínico-funcionales y distribución de genotipos. El estudio genético se realizó en aquellos casos con concentración sérica de Alfa-1 antitripsina < 120mg/dl y PCR < 3mg/dl (según protocolo del laboratorio)

RESULTADO

Se incluyeron 319 pacientes, 163 mujeres (51,1%). El 63,3%(202), nunca fumadores. El motivo de petición de niveles de AAT fue enfermedad respiratoria: 147(46,1%), screening; 81(25,4%), estudio familiar: 58(18,2%) y hepatopatía:28(8,8%). Por servicios peticionarios el más frecuente fue Neumología: 141 (44,2%) seguido de Atención Primaria:94(29,5%). Se objetivó genotipo ZZ en 14(4,3%), 65 SZ (20,4%), 81 MZ (25,4%), 18 SS(5,6%) y No-SNo-Z:138 (43,3%); de ellos 27 probable MM y 4 variantes raras o nulas, que se diagnosticaron mediante secuenciación del gen. Los niveles séricos fueron; ZZ:29mg/dl (20-54), SZ:63mg/dl (46-95) MZ:85mg/dl (56-122), SS:90mg/dl (56-127)y No-ZNO-S:104 (32-390). Se analizó la correlación entre genotipo y función pulmonar medida por FEV1 (tabla 1)

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos analizados proceden de Neumología y Atención Primaria. Los genotipos asociados a déficit grave presentan peor función pulmonar.

Galicia es una zona de relativa alta prevalencia de DAAT, por lo que se debe tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica en el estudio de pacientes con enfermedades relacionadas con esta condición genética y en familiares de individuos afectos.

Sexo	163 mujeres (51,1%)
Tabaquismo	202 nunca fumadores (63,3%) Exfumadores y fumadores (6)
Motivo de petición AAT	147 enfermedad respiratoria (46,1%)
Servicio peticionario	141 Neumología (44,2%), 94 AP (29,5%), 1 Digestivo (0,3%), 31 MI (9,7%), 51 Otro (16%)

Genotipo (%) y niveles AAT(mg/dl)	14 ZZ (4,7)-29 (20-54)	
	65 SZ (20,4)- 63 (46-95)	
	81 MZ (25,4)- 85 (56-122)	
	18 SS (5,6)- 90 (56-127)	
	138 Otro (43,3)- 104 (32-390)	
Genotipo y función pulmonar AAT	FEV1	
	Absoluto medio (ml)	Porcentaje medio
	ZZ	1820 66,4
	SZ	2547 86,4
	MZ	2822 98,38
	SS	2709 88,49

PANEL Nº 47

SÍNDROME ANTI-SINETASE: UMA SÉRIE DE CASOS

Marques Catarina, Cunha Machado Daniela, Castro Lima Filipa, Campinha Sérgio, Nogueira Carla, Neves Sofia

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

OBJETIVO

Revisão dos casos de Síndrome Anti-Sinetase (SAS) em seguimento em consulta de Pneumologia

MÉTODOS

Foram revistos os casos de todos os doentes com diagnóstico de ASA em seguimento em consulta de Pneumologia, num hospital terciário português, em Novembro 2016.

RESULTADOS

Os resultados encontram-se descritos nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Caracterização da população

N doentes	8
Sexo masculino[N; %]	4 (50%)
Idade ao diagnóstico[média±desvio padrão]	65±5
Provas funcionais respiratórias ao diagnóstico[média±desvio padrão]	
FVC I	2,22± 0,26
FVC%	74,4±10,5
FEV I	1,88± 0,31
FEV%	75,8± 10,2
IT	82,6 ±11,2
TLC I	4,33±0,60
TLC%	79,5±9,4
DLCO%	55,6±21,4
DLCO/VA%	76,4±17,9
Prova de marcha dos 6 minutos[média±desvio padrão]	
Metros percorridos	435± 89
Dessaturação absoluta	6±5

Tabela 2. Perfil de anticorpos, clínica e imagiologia

Doente	Anticorpo anti-sintetase positivo	Outros anticorpos positivos	Manifestações	Provas funcionais	Imagiologia
1	Jo-1	SSa ANA	ILD;Mãos mecânico; miosite	AVR ligeira; Defeito DLCO	NSIP
2	Jo-1	SSa Ro-52	ILD;Artrite; diminuição força muscular	AVO moderada	NSIP
3	Jo-1	0	ILD;Mãos mecânico;artrite; diminuição força muscular	Defeito DLCO	NSIP
4	PL-7	Ro-52 SSa ANA	ILD	AVR ligeira	NSIP+OB+OP
5	EJ	0	ILD;Mãos mecânico	AVR ligeira	NSIP
6	Jo-1	SSa Ro-52 ANA	ILD;Artrite; Miosite	AVR ligeira	NSIP
7	Jo-1	Ro-52 ANA	ILD;Miosite; Fenómeno Raynaud	AVR moderada; Defeito DLCO	NSIP+OP
8	PL-7	ANA	ILD;Miosite	AV mista moderada	NSIP

Legenda: ILD-doença pulmonar intersticial; AVO-alteração ventilatória obstrutiva; AVR-alteração ventilatória restritiva; DLCO-Defeito da difusão do CO; NSIP-pneumonia intersticial não específica; OP-pneumonia organizativa; OB-bronquiolite obliterante

CONCLUSÃO

Na avaliação de doentes com doença pulmonar intersticial é importante a pesquisa de anticorpos anti-sintetase bem como a pesquisa de todas as manifestações possíveis do ASA, algumas das quais podem ser desvalorizadas pelos doentes.

PANEL Nº 48

DEJAR DE FUMAR DURANTE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA- UN BREVE ANÁLISIS

João Cravo, Bárbara Ramos, Alexandra Catarino

Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra

INTRODUCCIÓN

La Rehabilitación Pulmonar (RP) es fundamental en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), principalmente en los estadios más avanzados. Antaño, un paciente que mantuviera los hábitos de tabaquismo activo era excluido del programa, sin embargo, actualmente se piensa que puede funcionar como promotor del cese tabáquico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Los autores han evaluado los pacientes que han iniciado RP en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Matosinhos, con el diagnóstico principal de EPOC, entre Abril de 2013 y Abril de 2015 - 41 pacientes. De estos, 85% eran del sexo masculino y la media de edad era de 66.6 años. Apenas tres pacientes no fumaban activamente (todas del sexo femenino). De los restantes 38 pacientes, 27 (71%) eran exfumadores y la evaluación efectuada un año tras el final de la primera sesión del programa, ninguno había vuelto a fumar. Los demás (29%) habían iniciado la primera sesión del programa, con tabaquismo activo, siendo efectuada educación para el cese tabáquico, pero no ha sido prescrita cualquiera medicación específica. Alrededor de 64% de esos pacientes (7) empezaron el cese tabáquico durante el programa (100% del sexo masculino), manteniendo la ausencia del consumo tras un año. De los restantes 36% (4), 2 eran hombres, con mayor incidencia de alcoholismo activo y de problemas psiquiátricos, en relación con los que han cesado el consumo tabáquico. Se verificó que cuanto mayor el número de semanas del programa, mayor la probabilidad de esos pacientes aceptaren el cese tabáquico.

DISCUSIÓN

A pesar del número reducido de pacientes y de las varias limitaciones del estudio, es posible comprobar algún beneficio con la realización de la Rehabilitación Respiratoria para el cese tabáquico en los pacientes con EPOC.

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN

Sede: **DIPUTACIÓN DE LUGO**
C/ San Marcos n.8, 27001 Lugo
Tel. 982 26 00 00

Fechas: 27 y 28 de octubre de 2017

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	100 €

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Cancelaciones:

Hasta el 15/09/17:	Devolución del 100%
Hasta el 06/10/17:	Devolución del 60%
Después del 06/10/17:	Sin devolución

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 20 de octubre de 2017. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

HOTEL OFICIAL

	Habitación Individual	Habitación Doble
HOTEL MÉNDEZ NÚÑEZ	67 €	74€

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

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Hasta el 01/09/17	Devolución del 100%
Hasta el 15/09/17	Devolución del 60%
Después del 15/09/17	Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el 13 de octubre de 2017. A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaría técnica.

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente **ONLINE**, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

RESTAURACIÓN

Almuerzo de trabajo

Se celebrará el viernes, 27 de octubre de 13.30 a 16.00 horas en A Caseta de Barra (Rúa Montero Ríos, 28)

Cena del congreso

Se celebrará el viernes, 27 de octubre, a las 22.00 horas en el Círculo de las Artes de Lugo (Plaza Maior, 23).

DISTINTIVOS DE IDENTIFICACIÓN

En cumplimiento de las instrucciones de Farmaindustria, el acceso a la sede estará restringido solo a **CONGRESISTAS ACREDITADOS**. Es imprescindible presentar el **DISTINTIVO DE IDENTIFICACIÓN** para entrar al recinto y visitar el Área de Exposición Comercial. Debe llevarse siempre de forma visible.

ORGANIZA



ACREDITACIÓN



Solicitada acreditación.
Pendiente resolución

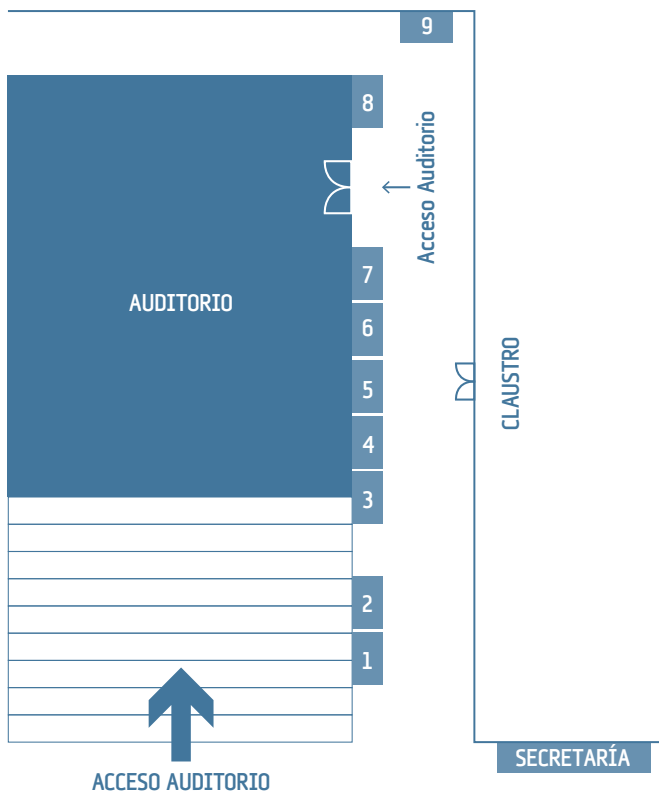
INFORMACIÓN Y SECRETARÍA TÉCNICA



C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com

PLANO STANDS

1. GLAXOSMITHKLINE
2. GEBRO PHARMA
3. GRIFOLS
4. ROCHE FARMA
5. ASTRAZENECA
6. GASMEDI
7. MENARINI
8. BOEHRINGER-INGELHEIM
9. RESMED



COLABORADORES



Investigamos para crecer en salud



Respiratory



INSTITUCIONES



DEPUTACIÓN
DE LUGO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Xolair 75 mg solución inyectable. Xolair 150 mg solución inyectable. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Xolair 75 mg solución inyectable. Cada jeringa precargada de 0,5 ml de solución contiene 75 mg de omalizumab*. Xolair 150 mg solución inyectable. Cada jeringa precargada de 1 ml de solución contiene 150 mg de omalizumab*. * Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado obtenido mediante la tecnología del ADN recombinante, a partir de una línea celular mamífera de ovario de hámster chino (OHC). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACEÚTICA.** Solución inyectable. Solución de transparente a ligeramente opalescente, incolora a color amarillo parduzco claro. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas. Xolair 75 mg solución inyectable.** Xolair 75 mg está indicado en adultos, adolescentes y niños (de 6 a <12 años). El tratamiento con Xolair deberá ser considerado únicamente para pacientes con asma mediada de forma convincente por IgE (inmunoglobulina E) (ver sección "Posología y forma de administración"). **Adultos y adolescentes (a partir de 12 años de edad).** Xolair está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad *in vitro* a aeroalérgenos perennes y con función pulmonar reducida (FEV₁ <80%) así como, síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración. **Niños (6 a <12 años de edad).** Xolair está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad *in vitro* a aeroalérgenos perennes y síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración. **Xolair 150 mg solución inyectable.** Asma alérgica. Xolair 150mg está indicado en adultos, adolescentes y niños (de 6 a <12 años). El tratamiento con Xolair deberá ser considerado únicamente para pacientes con asma mediada de forma convincente por IgE (inmunoglobulina E) (ver sección "Posología y forma de administración"). **Adultos y adolescentes (a partir de 12 años de edad).** Xolair está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad *in vitro* a aeroalérgenos perennes y con función pulmonar reducida (FEV₁ <80%) así como, síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración. **Niños (6 a <12 años de edad).** Xolair está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad *in vitro* a aeroalérgenos perennes y síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración. **Urticaria crónica espontánea (UCE).** Xolair 150 mg está indicado como tratamiento adicional, para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea en pacientes adultos y adolescentes (a partir de 12 años) con respuesta inadecuada al tratamiento con antihistamínicos H1. **Posología y forma de administración.** El tratamiento con Xolair debe iniciarlo un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento del asma grave persistente o urticaria crónica espontánea. **Asma alérgica. Posología.** La dosis apropiada y la frecuencia de administración de Xolair se determina a partir de la concentración basal de IgE (UI/ml), medida antes de iniciar el tratamiento, y del peso corporal (kg). A efectos de la asignación de la dosis, antes de la administración de la dosis inicial se debe determinar la concentración de IgE en los pacientes mediante cualquier método comercial que analice la IgE plasmática total. En base a estas determinaciones, podrán ser necesarios en cada administración de 75 a 600 mg de Xolair en 1 a 4 inyecciones. Era menos probable que experimentaran beneficio los pacientes con un valor de IgE inferior a 76 UI/ml. Los médicos prescriptores deberán asegurar que los pacientes adultos y adolescentes con una IgE por debajo de 76 UI/ml y los niños (6 a < 12 años de edad) con una IgE por debajo de 200 UI/ml presenten una reactividad *in vitro* inequívoca (RAST) al alérgeno perenne antes de iniciar el tratamiento. Ver Tabla 1 de conversión y Tablas 2 y 3 para la determinación de dosis en adultos, adolescentes y niños (de 6 a <12 años). No debe administrarse Xolair a pacientes cuya concentración basal de IgE o peso corporal en kilogramos, excedan los límites indicados en la tabla de dosis. La dosis máxima recomendada es de 600 mg de omalizumab cada dos semanas.

Tabla 1: Conversión de la dosis al número de jeringas, número de inyecciones y volumen de inyección total para cada administración

Dosis (mg)	Número de jeringas		Número de inyecciones		Volumen total de inyección (ml)
	75 mg	150 mg			
75	1	0	1		0,5
150	0	1	1		1,0
225	1	1	2		1,5
300	0	2	2		2,0
375	1	2	3		2,5
450	0	3	3		3,0
525	1	3	4		3,5
600	0	4	4		4,0

Tabla 2: ADMINISTRACIÓN CADA 4 SEMANAS. Dosis de Xolair (miligramos por dosis) administrada por inyección subcutánea cada 4 semanas

IgE basal (UI/ml)	Peso corporal (kg)									
	≥20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150
≥30-100	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300
>100-200	150	150	150	300	300	300	300	300	450	600
>200-300	150	150	225	300	300	450	450	450	600	
>300-400	225	225	300	450	450	450	600	600		
>400-500	225	300	450	450	600	600				
>500-600		300	450	600	600					
>600-700	300		450	600						
>700-800										
>800-900										
>900-1000										
>1000-1100										

ADMINISTRACIÓN CADA 2 SEMANAS VER TABLA 3

Tabla 3: ADMINISTRACIÓN CADA 2 SEMANAS. Dosis de Xolair (miligramos por dosis) administrada por inyección subcutánea cada 2 semanas

IgE basal (UI/ml)	Peso corporal (kg)									
	≥20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150
≥30-100										
>100-200										
>200-300										375
>300-400									450	525
>400-500							375	375	525	600
>500-600						375	450	450	600	
>600-700		225			375	450	450	525		
>700-800	225	225	300	375	450	450	525	600		
>800-900	225	225	300	375	450	525	600			
>900-1000	225	300	375	450	525	600				
>1000-1100	225	300	375	450	600					
>1100-1200	300	300	450	525	600	NO ADMINISTRAR – no se dispone de datos para la recomendación de dosis				
>1200-1300	300	375	450	525						
>1300-1500	300	375	525	600						

Duración del tratamiento, monitorización y ajuste de dosis. Xolair está indicado para tratamiento a largo plazo. Los ensayos clínicos han demostrado que son necesarias un mínimo de 12-16 semanas para que el tratamiento con Xolair demuestre efectividad. A las 16 semanas de iniciar el tratamiento con Xolair, los pacientes deberán ser evaluados por su médico con respecto a la efectividad del tratamiento antes de administrar inyecciones posteriores. La decisión de continuar con Xolair tras las 16 semanas, o en ocasiones posteriores, debe estar basada en si se observa una notable mejoría en el control global del asma. La interrupción del tratamiento con Xolair generalmente da lugar a un retorno de las concentraciones elevadas de IgE libre y de los síntomas asociados. Los valores de IgE total son elevados durante el tratamiento y siguen siéndolo hasta un año después de la interrupción del mismo. Por lo tanto, no puede utilizarse la reevaluación de los valores de IgE durante el tratamiento con Xolair como guía para la determinación de la dosis. La determinación de la dosis tras interrupciones de tratamiento de menos de un año de duración debe basarse en las concentraciones plasmáticas de IgE obtenidas en la determinación de dosis inicial. Si el tratamiento con Xolair se ha interrumpido por más de un año deberán de volver a medirse las concentraciones plasmáticas de IgE total para la determinación de la dosis. Las dosis deberán ajustarse en caso de variaciones significativas del peso corporal (ver Tablas 2 y 3). **Urticaria crónica espontánea (UCE).** **Posología.** La dosis recomendada es de 300 mg por inyección subcutánea cada cuatro semanas. Se recomienda a los prescriptores que reevalúen periódicamente la necesidad de continuar el tratamiento. La experiencia en ensayos clínicos del tratamiento a largo plazo durante más de 6 meses en esta indicación es limitada. **Poblaciones especiales.** **Pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años).** Aunque se dispone de datos limitados sobre el uso de Xolair en pacientes mayores de 65 años, no existe evidencia de que los pacientes de edad avanzada requieran una dosis diferente de la de pacientes adultos más jóvenes. **Insuficiencia renal o hepática.** No se dispone de estudios sobre el efecto de la insuficiencia renal o hepática en la farmacocinética de Xolair. Debido a que el aclaramiento de omalizumab a dosis clínicas se lleva a cabo fundamentalmente por el sistema retículoendotelial (SRE), es improbable que se vea alterado en caso de insuficiencia renal o hepática. Xolair deberá administrarse con precaución en estos pacientes, mientras no se recomiende un ajuste especial de la dosis (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Población pediátrica.** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Xolair en niños menores de 6 años. No se dispone de datos. En UCE, no se ha establecido la seguridad y eficacia de Xolair en pacientes pediátricos menores de 12 años. **Forma de administración.** Para administración subcutánea únicamente. No administrar por vía intravenosa o intramuscular. Las inyecciones se administran vía subcutánea en la región deltoidea del brazo. Si por alguna razón no pueden administrarse en esta zona, podrán administrarse alternativamente en el muslo. Existe experiencia limitada con respecto a la autoadministración de Xolair. Por lo tanto, está previsto que el tratamiento sea administrado únicamente por el profesional sanitario. Para consultar las instrucciones de reconstitución del medicamento antes de la administración, ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones" y también la sección "información para el profesional sanitario" del prospecto. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **General.** Xolair no está indicado para el tratamiento de las exacerbaciones asmáticas, broncoespasmo o estados asmáticos de carácter agudo. No se ha estudiado el efecto de Xolair en pacientes con síndrome de hiperimmunoglobulinemia E o aspergilosis broncopulmonar alérgica, ni en la prevención de reacciones anafilácticas, incluyendo las provocadas por alergias alimentarias, dermatitis atópica, o rinitis alérgica. Xolair no está indicado en el tratamiento de estas patologías. El tratamiento con Xolair tampoco se ha estudiado en pacientes con enfermedades autoinmunes, procesos mediados por inmunocomplejos, o insuficiencia renal o hepática preexistente (ver sección "Posología y forma de administración"). Se deberá tener precaución cuando se administre Xolair en esta población de pacientes. No se recomienda la interrupción brusca de los corticosteroides sistémicos o inhalados tras la iniciación del tratamiento con Xolair. El descenso de los corticosteroides debe realizarse bajo la supervisión directa de un médico y puede ser necesario que se realice gradualmente. **Trastornos del sistema inmunitario.** **Reacciones alérgicas tipo I.** Pueden producirse reacciones alérgicas tipo I locales o sistémicas, incluyendo anafilaxia y shock anafiláctico durante el tratamiento con omalizumab, incluso con inicio tras un tratamiento de larga duración. La mayoría de estas reacciones se produjeron durante las 2 horas posteriores a la primera y siguientes inyecciones de Xolair, pero algunas se iniciaron pasadas las 2 horas e incluso pasadas 24 horas tras la inyección. Por lo tanto, se deberán tener siempre disponibles medicamentos para el tratamiento inmediato de reacciones anafilácticas tras la administración de Xolair. Se deberá informar al paciente de que estas reacciones son posibles y que si se producen deberán solicitar atención médica de inmediato. Un antecedente de anafilaxia no asociado a omalizumab puede suponer un factor de riesgo de sufrir una reacción anafiláctica tras la administración de Xolair. Se han detectado anticuerpos contra omalizumab en un pequeño número de pacientes en ensayos clínicos (ver sección "Reacciones adversas"). No se conoce bien la relevancia clínica de anticuerpos anti-Xolair. **Enfermedad del suero.** Se ha observado enfermedad del suero y reacciones semejantes a la enfermedad del suero, que son reacciones alérgicas tipo II retardadas, en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales humanizados incluido omalizumab. El supuesto mecanismo fisiopatológico incluye formación y deposición de inmunocomplejos debido al desarrollo de anticuerpos contra omalizumab. El inicio del cuadro se produce normalmente a los 1-5 días tras la administración de la primera o siguientes inyecciones e incluso tras un tratamiento de larga duración. Los síntomas que sugieren la enfermedad del suero incluyen artritis/artralgias, rash (urticaria u otras formas), fiebre y linfadenopatía. Los antihistamínicos y corticosteroides pueden ser útiles para prevenir o tratar estas alteraciones y se deberá advertir a los pacientes que notifiquen cualquier síntoma sospechoso. **Síndrome de Churg-Strauss y síndrome hipereosinofílico.** Los pacientes con asma grave pueden presentar raramente síndrome hipereosinofílico sistémico o vasculitis granulomatosa eosinofílica alérgica (Síndrome de Churg-Strauss), los cuales son normalmente tratados con corticosteroides sistémicos. En raras ocasiones, los pacientes en tratamiento con medicamentos antiasmáticos, incluyendo omalizumab, pueden presentar o desarrollar eosinofilia sistémica y vasculitis. Estas reacciones están normalmente asociadas con la reducción del tratamiento con corticosteroides orales. En estos pacientes, los médicos deberán estar alerta ante el desarrollo de eosinofilia importante, rash vasculítico, empeoramiento de los síntomas pulmonares, anomalías en el seno paranasal, complicaciones cardíacas, y/o neuropatía. Deberá considerarse la interrupción del tratamiento con omalizumab en todos aquellos casos graves que cursen con alteraciones del sistema inmune mencionadas anteriormente. **Infecciones parasitarias (helmínticos).** Las IgE pueden estar involucradas en la respuesta inmunológica a algunas infecciones helmínticas. En pacientes con un elevado riesgo crónico de infección helmíntica, un ensayo controlado con placebo demostró un ligero incremento en la proporción de infección con omalizumab, aunque no se modificó el curso, gravedad y respuesta al tratamiento de la infección. La proporción de infección helmíntica en el programa clínico global, el cual no fue diseñado para detectar este tipo de infecciones, fue inferior a 1 en 1.000 pacientes. Sin embargo, deberá garantizarse precaución en pacientes con elevado riesgo de infección helmíntica, en particular cuando viajen a zonas donde las infecciones helmínticas son endémicas. Si los pacientes no responden al tratamiento antihelmíntico recomendado, deberá considerarse la interrupción del tratamiento con Xolair. **Personas sensibles al látex.** La cápsula protectora extraíble de la aguja de esta jeringa precargada contiene un derivado de látex de caucho natural. Hasta la fecha no se ha detectado látex de caucho natural en la cápsula protectora extraíble de la aguja. Sin embargo, no se ha estudiado el uso de Xolair solución inyectable en jeringa precargada en personas sensibles al látex y por lo tanto, existe un riesgo potencial de reacciones de hipersensibilidad, las cuales no se pueden descartar completamente. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Dado que las IgE pueden estar relacionadas con la respuesta inmunológica a algunas infecciones por helmínticos, Xolair puede reducir indirectamente la eficacia de medicamentos utilizados para el tratamiento de infecciones helmínticas o por otros parásitos (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Las enzimas del citocromo P450, las bombas de eflujo y los mecanismos de unión a proteínas no se hallan implicados en el aclaramiento de omalizumab; por ello, existe un bajo potencial de interacciones farmacológicas. No se han realizado estudios de interacción de otros medicamentos o vacunas con Xolair. No existe un motivo farmacológico para esperar que los medicamentos prescritos frecuentemente en el tratamiento del asma o UCE interaccionen con omalizumab. **Asma alérgica.** En los ensayos clínicos Xolair se utilizó frecuentemente asociado a corticosteroides inhalados y orales, beta agonistas inhalados de corta y larga duración, antagonistas de los leucotrienos, teofilinas y antihistamínicos orales. No hubo indicios de que estos medicamentos utilizados habitualmente como antiasmáticos puedan afectar a la seguridad de Xolair. Se dispone de datos limitados sobre el uso de Xolair en combinación con inmunoterapia específica (terapia de hiposensibilización). En un ensayo clínico donde Xolair se administró conjuntamente con inmunoterapia, se observó que la seguridad y eficacia de Xolair en combinación con inmunoterapia específica, no fue diferente a la de Xolair solo. **Urticaria crónica espontánea (UCE).** En ensayos clínicos en UCE, Xolair se utilizó junto con antihistamínicos (anti-H1, anti-H2) y antagonistas del receptor de leucotrieno (ARLTs). No hubo evidencia de que la seguridad de omalizumab se alterase cuando se utilizaba con estos medicamentos en relación a su perfil de seguridad conocido en asma alérgica. Además, un análisis farmacocinético poblacional no mostró un efecto relevante de los antihistamínicos H2 y ARLTs sobre la farmacocinética de omalizumab. **Población pediátrica.** Los ensayos clínicos en UCE incluyeron algunos pacientes de 12 a 17 años de edad que usaron Xolair junto con antihistamínicos (anti-H1, anti-H2) y ARLTs. No se realizaron ensayos en niños menores de 12 años. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** Hay datos limitados relativos al uso de omalizumab en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Omalizumab atraviesa la barrera placentaria y se desconoce el daño potencial sobre el feto. Omalizumab se ha asociado con descensos de las plaquetas sanguíneas, dependientes de la edad en primates no humanos, con una sensibilidad relativamente superior en animales jóvenes. Xolair no debería utilizarse durante el embarazo excepto si fuese claramente necesario. **Lactancia.** Se desconoce si omalizumab se excreta en la leche materna. Los datos disponibles en primates no humanos muestran que omalizumab se excreta en la leche. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Omalizumab no se debe administrar durante la lactancia. **Fertilidad.** No hay datos de fertilidad en humanos para omalizumab. En estudios de fertilidad no clínicos diseñados específicamente en primates no humanos, incluidos los estudios de apareamiento, no se observó empeoramiento de la fertilidad en machos o hembras tras dosis repetidas con omalizumab de hasta 75 mg/kg. Además, no se observaron efectos genotóxicos en estudios separados no clínicos de genotoxicidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Xolair sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas.** **Asma alérgica.** **Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente durante los ensayos clínicos en pacientes adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad fueron cefalea y reacciones en el lugar de la inyección, que incluían dolor, tumefacción, eritema y prurito. Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente en los ensayos clínicos en niños de 6 a <12 años de edad fueron cefalea, parestia y dolor abdominal superior. La mayoría de las reacciones fueron de gravedad leve a moderada. **Tabla de reacciones adversas.** En la Tabla 4 se incluyen las reacciones adversas registradas en la población total de seguridad tratada con Xolair en los ensayos clínicos, por sistema de clasificación de órganos y frecuencia de MedDRA. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $<1/100$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $<1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $<1/1.000$) y muy raras ($<1/10.000$). Las reacciones notificadas en la fase de postcomercialización se enumeran con frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 4: Reacciones adversas en asma alérgica

Poco Frecuentes Raras	Faringitis Infección parasitaria
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	
No conocida	Trombocitopenia idiopática, incluyendo casos graves
Trastornos del sistema inmunológico	
Raras No conocida	Reacción anafiláctica, otros procesos alérgicos graves, desarrollo de anticuerpos frente a omalizumab Enfermedad del suero que puede cursar con fiebre y linfadenopatía
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes Poco frecuentes	Cefalea* Síncope, parestesia, somnolencia, mareo
Trastornos vasculares	
Poco frecuentes	Hipotensión postural, rubor
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos3	
Poco frecuentes Raras No conocida	Broncoespasmo alérgico, tos Laringoedema Vasculitis granulomatosa alérgica (es decir, síndrome de Churg Strauss)
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes Poco frecuentes	Dolor abdominal superior** Signos y síntomas disépticos, diarrea, náuseas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Poco frecuentes Raras No conocida	Fotosensibilidad, urticaria, rash, prurito Angioedema Alopecia
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Raras	Lupus eritematoso sistémico (LES)
No conocidas	Artralgia, mialgia, tumefacción de las articulaciones
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Muy frecuentes Frecuentes Poco frecuentes	Pirexia** Reacciones en el lugar de la inyección tales como tumefacción, eritema, dolor, prurito Enfermedad pseudo-gripal, brazos hinchados, incremento de peso, fatiga

*: Muy frecuentes en niños de 6 a <12 años de edad **: En niños de 6 a <12 años de edad. Urticaria crónica espontánea (UCE). Resumen del perfil de seguridad Se investigó la seguridad y tolerancia de omalizumab con dosis de 75 mg, 150 mg y 300 mg cada cuatro semanas en 975 pacientes con UCE, 242 de los cuales recibieron placebo. En global, 733 pacientes se trataron con omalizumab durante 12 semanas y 490 pacientes durante 24 semanas. De estos, 412 pacientes se trataron durante 12 semanas y 333 pacientes se trataron durante 24 semanas a la dosis de 300 mg. Tabla de reacciones adversas En otra tabla (Tabla 5) se muestran las reacciones adversas para la indicación de UCE como resultado de las diferentes dosis y poblaciones de tratamiento (con factores de riesgo significativamente diferentes, comorbilidades, medicaciones concomitantes y edades [p.ej. ensayos clínicos en asma que incluyeron niños de 6-12 años de edad]). En la Tabla 5 se incluyen las reacciones adversas (acontecimientos ocurridos en ≥1% de los pacientes en cualquiera de los grupos de tratamiento y ≥2% más frecuentemente en cualquiera de los grupos de tratamiento con omalizumab que con placebo (después de la revisión médica)) notificadas con la dosis de 300 mg en los tres ensayos de fase III agrupados. Las reacciones adversas presentadas se dividen en dos grupos: las identificadas en los periodos de tratamiento de 12-semanas y de 24-semanas. Las reacciones adversas se incluyen por sistema de clasificación de órganos de MedDRA. Las reacciones adversas se clasifican por frecuencia dentro de cada sistema de órganos, incluyendo primero las reacciones más frecuentes. Para cada reacción adversa, la correspondiente categoría de frecuencia se basa en la siguiente convención: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥ 1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 5: Reacciones adversas de la base de datos de seguridad de UCE agrupada (día 1 a semana 24) a la dosis de 300 mg de omalizumab

12-Semanas	Ensayos con omalizumab 1, 2 y 3 agrupados		Categoría de frecuencia
	Placebo N=242	300 mg N=412	
Infecciones e infestaciones			
Sinusitis	5 (2,1%)	20 (4,9%)	Frecuente
Trastornos del sistema nervioso			
Cefalea	7 (2,9%)	25 (6,1%)	Frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			
Artralgia	1 (0,4%)	12 (2,9%)	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración			
Reacción en el lugar de la inyección*	2 (0,8%)	11 (2,7%)	Frecuente
24-Semanas	Ensayos con omalizumab 1 y 3 agrupados		Categoría de frecuencia
	Placebo N=163	300 mg N=333	
Infecciones e infestaciones			
Infección de las vías altas del tracto respiratorio	5 (3,1%)	19 (5,7%)	Frecuente

* A pesar de no mostrar una diferencia del 2% con respecto a placebo, se incluyeron las reacciones en el lugar de la inyección ya que todos los casos fueron evaluados como relacionados causalmente al tratamiento en estudio. **Descripción de reacciones adversas seleccionadas en relación a las indicaciones de asma alérgica y UCE.** No se han obtenido datos relevantes en los ensayos clínicos en UCE que requiriesen una modificación de las secciones siguientes. **Trastornos del sistema inmunológico.** Para mayor información, ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". **Anafilaxia.** Rara vez se observaron reacciones anafilácticas en los ensayos clínicos. Sin embargo, después de una búsqueda acumulada en la base de datos de seguridad, se recogieron un total de 898 casos de anafilaxia post comercialización. En base a una exposición estimada de 566.923 paciente tratado años, resultó en una frecuencia aproximada de 0,20%. **Efectos tromboembólicos arteriales (ETA).** En ensayos clínicos controlados y durante los análisis intermedios de un estudio observacional, se observó un desequilibrio numérico de ETA. La definición de la variable compuesta ETA incluye derrame cerebral, ataque isquémico transitorio, infarto de miocardio, angina inestable y muerte cardiovascular (incluyendo muerte por causa desconocida). En el análisis final del estudio observacional, el índice de ETA por 1.000 pacientes años fue de 7,52 (115/15.286 pacientes años) para los pacientes tratados con Xolair y de 5,12 (51/9.963 pacientes años) para los pacientes control. En un análisis multivariado para controlar los factores basales disponibles de riesgo cardiovascular, la proporción de riesgo fue de 1,32 (intervalo de confianza del 95% 0,91-1,91). En un análisis segregado de un conjunto de ensayos clínicos, el cual incluyó todos los ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo de 8 semanas o más de duración, el índice de ETA por 1.000 pacientes años fue de 2,69 (5/1.856 pacientes años) para los pacientes tratados con Xolair y de 2,38 (4/1.680 pacientes años) para los pacientes tratados con placebo (tasa de incidencia 1,13, intervalo de confianza del 95% 0,24-5,71). **Plaquetas.** En los ensayos clínicos, pocos pacientes presentaron recuentos de plaquetas por debajo del límite inferior del intervalo normal de laboratorio. Ninguno de estos cambios se asoció con episodios hemorrágicos o con una disminución de la hemoglobina. En los seres humanos (pacientes a partir de 6 años de edad), a diferencia de los primates no humanos, no se ha observado ningún patrón de disminución persistente en el recuento de plaquetas, aunque se han notificado casos aislados de trombocitopenia idiopática, incluyendo casos graves, en la fase de postcomercialización. **Infecciones parasitarias.** En pacientes con un elevado riesgo crónico de infección helmíntica, un ensayo controlado con placebo demostró un ligero incremento numérico en la proporción de infección con omalizumab que no fue estadísticamente significativo. No se modificaron el curso, gravedad y respuesta al tratamiento de la infección (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Lupus eritematoso sistémico.** En pacientes con asma moderada a grave y urticaria crónica espontánea (UCE) se han notificado casos de lupus eritematoso sistémico (LES) en ensayos clínicos y etapa post comercialización. La patogénesis del lupus eritematoso sistémico no se conoce bien. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis.** No se ha determinado la dosis máxima tolerada de Xolair. Se han administrado dosis únicas intravenosas de hasta 4.000 mg a pacientes sin evidencia de toxicidad dependiente de la dosis. La mayor dosis acumulada que se administró a los pacientes durante un periodo de 20-semanas fue de 44.000 mg y esta dosis no produjo ningún efecto adverso agudo. En caso de sospecha de una sobredosis, se deberá monitorizar al paciente para cualquier signo o síntoma anormal. Se deberá buscar e instaurar tratamiento médico adecuado. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Hidrocloruro de L-arginina. Hidrocloruro de L-histidina. L-histidina. Polisorbato 20. Agua para preparaciones inyectables. **Incompatibilidades.** Este medicamento no debe mezclarse con otros medicamentos. **Periodo de validez.** 15 meses. El periodo de validez incluye posibles desviaciones de temperatura. El medicamento puede conservarse durante un total de 4 horas a 25°C. Si es necesario, el medicamento puede volver a guardarse en la nevera para utilizarlo más tarde, pero esto no debe hacerse más de una vez. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. **Naturaleza y contenido del envase.** Xolair 75 mg solución inyectable. 0,5 ml de solución en un cilindro de jeringa precargada (vidrio tipo I) con aguja fijada (acero inoxidable), tapón del émbolo (tipo I) y capuchón de la aguja. Xolair 150 mg solución inyectable. 1 ml de solución en un cilindro de jeringa precargada (vidrio tipo I) con aguja fijada (acero inoxidable), tapón del émbolo (tipo I) y capuchón de la aguja. Envase conteniendo 1 jeringa precargada, y envases múltiples que contienen 4 (4 envases de 1) o 10 (10 envases de 1) jeringas precargadas. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Antes de completar la inyección, evite el contacto con las pinzas de activación del dispositivo para evitar que la aguja quede prematuramente cubierta por el protector. **Uso de la jeringa.** 1. Manteniendo la jeringa con la aguja mirando hacia arriba, retire con cuidado de la jeringa, la cápsula protectora de la aguja y deséchela. No toque la aguja expuesta. Posteriormente, golpee suavemente la jeringa con su dedo hasta que las burbujas de aire asciendan a la superficie de la jeringa. Presione lentamente el émbolo para forzar la expulsión de las burbujas de aire fuera de la jeringa sin expulsar solución inadvertidamente. 2. Pellizque suavemente la piel en el lugar de la inyección e inserte la aguja. 3. Sosteniendo por la aleta de sujeción, presione lentamente el émbolo hasta donde sea posible. Si gotea solución por el lugar de la inyección, inserte más la aguja. 4. Manteniendo el émbolo completamente presionado, extraiga la aguja cuidadosamente y por completo del lugar de la inyección. 5. Suelte lentamente el émbolo y deje que el protector de la aguja cubra automáticamente la aguja expuesta. **Instrucciones de eliminación.** Deseche inmediatamente la jeringa usada en un contenedor para material cortante. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Novartis Europharm Limited, Frimley Business Park, Camberley GU16 7SR, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Xolair 75 mg solución inyectable. EU/1/05/319/005. EU/1/05/319/006. EU/1/05/319/007. Xolair 150 mg solución inyectable. EU/1/05/319/008. EU/1/05/319/009. EU/1/05/319/010. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 25 Octubre 2005. Fecha de la última renovación: 22 Junio 2015. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Septiembre 2016. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. **PRECIO Y RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Xolair 75 mg: PVP (IVA): 239,77 Euros. Xolair 150 mg: PVP (IVA): 436,99 Euros. Prescripción médica. Especialidad Farmacéutica de Diagnóstico Hospitalario, con Dispensación en Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Think **Allergy**, Think **IgE**, Think **Xolair**
omalizumab



1709052651

Xolair
omalizumab

 **NOVARTIS**