XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR-ENAPE

SVNPAR ENAPE
SOCIEDAD VASCO-NAVARRA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA
EUSKADI ETA NAFARROAKO ARNAS PATOLOGIA ELKARTEA

ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL PULMONAR Y RIESGO DE MORTALIDAD POR TEP AGUDO.

Fdz de Roitegui K[1], Sanchez Vieco C[1], Alonso-Gomez A[2,5], Bermudez –Ampudia C[3], Jimenez D[4], Lobo Beristain JL[1,5] y el Grupo PROTECT.
(1) Servicio de Neumologia OSI Araba. (2) Servicio de Cardiologia OSI Araba. (3) Unidad de metodología y estadística. Instituto de investigación sanitaria BIOARABA. (4) Servicio de Neumologia, Hospital Ramon y Cajal. Madrid. (5) Universidad del Pais Vasco

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha ganado crédito la idea de que el verdadero condicionante del fracaso ventricular derecho no es tanto la reducción de la función contráctil, sino el desacoplamiento ventrículo-pulmonar, que se traduciría en un deterioro de los parámetros que relacionan la fuerza contráctil de la pared ventricular (TAPSE) con la presión alcanzada en cada sístole dentro de la art. pulmonar (PAPs).

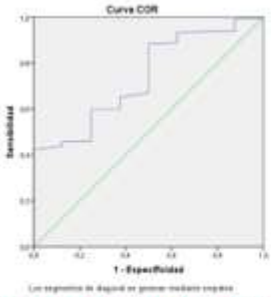
OBJETIVOS

Analizar si entre nuestros pacientes con TEP agudo, el cociente TAPSE/PAPs se asocia con el riesgo de fallecer por TEP, o de complicaciones evolutivas a 30 dias.

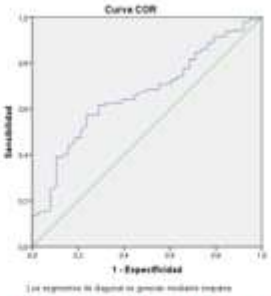
MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes incluidos prospectivamente en un estudio multicéntrico de pacientes con TEP. Se consideró curso clínico complicado la existencia de muerte, necesidad de reanimación cardiopulmonar, intubación orotraqueal o uso de catecolaminas; en los 30 días posteriores al evento agudo. Se utilizaron los test de Student y Mann-Whitney para comparar las variables continuas y el test exacto de Fisher para las categóricas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15, SPSS Inc., Chicago, Illinois) para el manejo estadístico de los datos, y se consideró estadísticamente significativa la presencia de una two-sided p <0.05.

RESULTADOS



MORTALIDAD POR TEP (AUC : 73,8% [58,8%- 88,8%]),



CURSO CLIN COMPLICADO (AUC 66,5% [58,6%-74,4%]).

CONCLUSION

En nuestros pacientes la estimación del acoplamiento ventrículo-arterial, mediante el cociente TAPSE/PAPs muestra una buena capacidad discriminante para estimar el riesgo de fallecimiento a corto plazo por TEP agudo.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

ANALISIS DE CASOS DE GRIPE EN INGRESADOS EN PLANTA DE RESPIRATORIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Pastor Martínez M.A, Sancho Sainz C, Fernández Nebreda A, Galaz Fernández B, Intxausti Urrutibeaskoa M, González Sarriá A.

INTRODUCCIÓN

En la campaña gripal de 2017-2018 en el País Vasco se registró una cobertura de vacunación poblacional de riesgo del 51.83%. En la vacuna administrada durante dicha campaña se incluyeron dos cepas de virus A y una de virus B. Durante dicho periodo de tiempo se registró un predominio de infecciones por virus B con detección de una cepa B no presente en la vacuna.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es ver las características relacionadas con los pacientes ingresados por gripe A y B en el Hospital Universitario de Basurto durante la campaña de 2017-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico retrospectivo descriptivo en una muestra de 299 pacientes ingresados en el Servicio de Respiratorio y Reanimación del Hospital Universitario Basurto durante el periodo del 27/11/2017 al 09/05/2018.

Se analizaron variables epidemiológicas, serotipos gripales y complicaciones secundarias presentes durante el ingreso.

RESULTADOS

1- 287 pacientes ingresados con criterios de vacunación, de los cuales 60.63%vacunados, 32.75% no vacunados y 6.62% no constan. 2-Virus en vacunados: 37% virus A, 61% virus B, 1% virus A+B. Virus en no vacunados: 39% virus A ,60% virus B, 1% virus AB. 3- Complicaciones en vacunados: Respiratorias:51%, Cardiológicas: 21%, Metabólicas:4%, Neurológicas: 1%, Fallo multiorgánico:3%, Coagulopatia:4%, Neumonia:15%.Complicaciones en no vacunados: Respiratorias:53%, Cardiologiacas:10%, Metabolicas:3%, Neurologicas: 1%, Fallo multiorganico:7%, Coagulopatia:4%, Neumonia:24%.

CONCLUSIONES

La cobertura vacunal de nuestra muestra (pacientes ingresados) es mayor que la presentada a nivel poblacional en el país vasco

Al igual que en la población, en nuestra muestra se observa un predominio de virus b tanto en pacientes vacunados como en no vacunados, probablemente por cepa no incluida en la vacuna

Tanto en vacunados como en no vacunados ingresados se observa porcentaje similar de complicaciones (respiratorias, cardiológicas, metabólicas, fallo multiorgánico, coagulopatía) durante el ingreso, salvo en el porcentaje de neumonías, siendo este mayor en pacientes no vacunados.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ASMÁTICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE.

Itziar Campo, Francisco Javier Campano, Milagros Antón, Tamara Gutiérrez, Sonia Herrero, Pilar Cebollero. Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica que puede interferir o deteriorar la capacidad al ejercicio. Sin embargo, la actividad física (AF) regular es importante en la evolución de las enfermedades crónicas (también en el caso del asma), siendo necesarios estudios que analicen el día a día de estos pacientes.

OBJETIVOS

Principal: analizar el nivel de AF regular en pacientes asmáticos y su relación respecto a personas sanas; secundarios: analizar la posible relación entre la AF con la gravedad y control del asma, con el género, edad, grado ponderal y otras variables clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo desde Noviembre 2016 hasta Noviembre de 2017 que incluye a asmáticos atendidos en la consulta de asma grave, (casos) y personas sanas (controles). Se evalúan datos clínicos, cuestionarios y la actividad detectada mediante un acelerómetro triaxial (*Actigraph wGT3X-BT*) en la cintura durante 8-9 días (sin incluir horas de descanso nocturno ni aseo personal), mientras se les recomienda a todos ellos continuar con su actividad física “habitual”. El análisis de los datos se realiza mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se analizaron dos grupos (casos y controles) apareados por sexo y edad. 33 asmáticos, 17 con diagnóstico de asma persistente-moderado y 16 de persistente-grave, con un control parcial en el 48.5% de los casos y malo en el 18.2%. La edad media fue de 52.5 años, el 69.7% eran mujeres, con un IMC medio 28.2kg/m2. El ACT medio fue de 19.4±5 puntos, HAD-A 6.9±3.8, HAD-D 5±3.8 y Nijmegen 18.7±12. La media pasos/día fue 8.941’27 (vs 10.015 de los controles) y al comparar el nivel de AF de los dos grupos, observamos que el grado de sedentarismo fue significativamente mayor en los asmáticos (p 0.02). No se encontró relación significativa entre AF e IMC, ACT, TAI, ansiedad/depresión, Nijmegen, edad, gravedad o control del asma. La relación entre el nivel de AF (medida por IPAQ) con el acelerómetro fue significativa.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra los asmáticos son ligeramente más sedentarios que los controles, aunque con gran variabilidad. Así mismo no hemos encontrado relación entre el nivel de AF (pasos/día) y el resto de variables clínicas analizadas. Por ello concluimos que una intervención en AF en pacientes de la consulta de asma grave, sin discriminación, no debería ser diferente a la recomendada a la población general. Necesitamos estudios más amplios que evalúen otras variables para determinar si hay subgrupos de pacientes en los que poder indicar una intervención más intensa.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN ESTADIAJE PRE Y POST QUIRÚRGICO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER PULMONAR. CONCORDANCIA CON EL ESTADIAJE POSTQUIRÚRGICO

Galaz Fernández, B. (*); Tirapu Puyal, J.M.A (**); Sancho Sainz, C. (*); Fernández Nebreda, A.; Pastor Martínez, M.A. (*). (*) MIR H. U. Basurto. (**) Médico adjunto H. U. Basurto.

INTRODUCCIÓN

La EBUS ha supuesto un avance en la estadificación del cáncer de pulmón. En el H.U.Basurto (HUB) se comenzó a realizar esta técnica en el año 2010, con más de 900 procedimientos hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

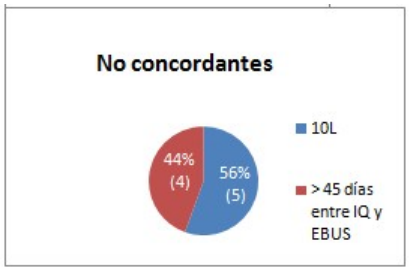
Análisis descriptivo retrospectivo de los 27 pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña, extraídos a partir del listado de pacientes que presentados en Comité de tumores torácicos y posteriormente intervenidos quirúrgicamente entre 10/2014 y 12/2017 y que tenían realizado previamente un EBUS en el H.U.B (>300 procedimientos en este periodo).

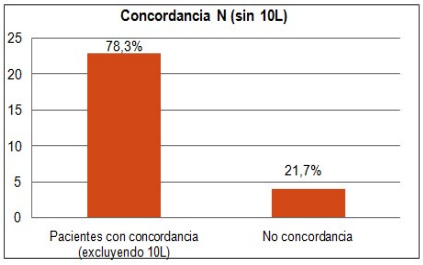
OBJETIVOS

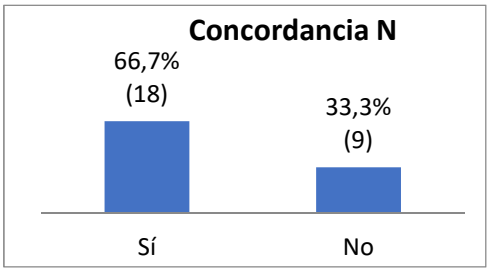
(1) Valorar la concordancia de la N pre-quirúrgica por EBUS con la histología de las adenopatías de la pieza quirúrgica. (2) Analizar las posibles causas de la discordancia entre el estadiaje pre y postquirúrgico. (3) Describir las características estos pacientes

RESULTADOS

Edad (media)	66.62 años
Sexo	**Mujeres** 7,4% (25) **Varones** 92,6% (2);
AP de tabaquismo	**Sí** 88.9% (24); **No** 11,1% (3);
IPA	**<50 p-a** 50% (12); **>50 p-a** 45,8% (11); **Desconocido** 4,2% (1)
Otros antecedentes respiratorios	**Ninguno** 55,5% (15); **EPOC** 29,62% (8); **Asma** 7,41% (2); **SAHS** 11,11% (3); **Otros** 7,41% (2)
Anatomía patológica	**Adenocarcinoma** 48,1%(13); **Epidermoide** 48,1% (13); **Pleomórfico** 3,7% (1)
Localización	**LSD** 33,3% (9); **LM** 7,4% (2); **LID** 7,4% (2); **LSI** 25,9% (7); **LII** 14,8% (4); **Otro** 11,1% (3)
Neoadyuvancia	**No** 88,9% (24); **QT** 3,7% (1); **RT** 3,7% (1); **QT+RT** 3,7% (1); **Otros** (0)
Concordancia N	**Sí**: 18 (66,7%); **No**: 9 (33,3%)







CONCLUSIONES

En el 66% de la muestra (18 pacientes) concuerdan los resultados obtenidos entre la citología por EBUS y la histología de la pieza quirúrgica en el estadiaje de la N. Si excluimos 10L, la concordancia asciende a 81.8%.

En el 33% de los casos (9 pacientes) no existe una concordancia. En 5 de los mismos son debidos a la aparición en el análisis de la muestra quirúrgica de adenopatías 10L, que habitualmente no son puncionadas por cercanía con arteria pulmonar. En 4 de ellos, objetivamos tiempos mayores a 1.5 meses entre EBUS e intervención quirúrgica.

El bajo tamaño muestral limita los estudios de significación estadística.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

¿DEBEMOS MANTENER LA BIOPSIA PLEURAL CERRADA EN EL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL?

Clara Ortega Michel, Koral Fernández de Roitegui Pérez, Cristina Sánchez Vieco, Javier Poyo Molina, Agustina Rivas Guerrero, Laura Tomás López. Sº Neumología OSI ARABA.

INTRODUCCIÓN

La biopsia pleural cerrada (BPC) está indicada como maniobra diagnóstica fundamentalmente en la sospecha de pleuritis tuberculosa o en caso de enfermedad pleural neoplásica, no siendo infrecuente su realización en caso de exudados pleurales de naturaleza incierta.

La mejora de las técnicas de laboratorio con nuevas pruebas diagnósticas estudiadas en líquido pleural y la mayor disponibilidad de la toracoscopia han determinado que este procedimiento sea menos necesario e incluso infrecuente.

El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar el rendimiento diagnóstico de la BPC en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo, en el que se estudiaron todas las biopsias pleurales cerradas realizadas en nuestra Unidad de Neumología Intervencionista en el H. Txagorritxu desde el año 2013 hasta noviembre de 2018.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo un total de 35 biopsias pleurales cerradas entre el año 2013 y 2018 (en 9 casos el procedimiento se llevó a cabo con Trucut y en 24 con aguja de Abrams).

Se realizó toracocentesis diagnóstica previa a la realización de la BPC en todos los pacientes. En 11 de los casos se realizó BPC por sospecha de pleuritis tuberculosa siendo diagnóstica para este proceso en 7 casos. En 13 casos se trató de un exudado de etiología incierta con sospecha clínica de pleuritis inflamatoria, confirmándose la inflamación pleural sin datos histológicos sugestivos de otra etiología en los 13 casos.

En los 11 casos restantes se trataba de un exudado en el que las pruebas de imagen apoyaban fuertemente el diagnóstico de etiología neoplásica. En 5 de estos casos la citología del líquido pleural había resultado positiva, confirmando con la BPC el diagnóstico de neoplasia en 2 casos, siendo en 2 casos no diagnóstica y en 1 se obtuvo una muestra inadecuada. En los 6 casos en los que la citología fue negativa, en 5 se obtuvo BPC positiva para el proceso neoplásico y en 1 no diagnóstica. Además, se realizó el análisis del PDL1 en 4 casos, siendo positivo en 2 y negativo en los otros 2.

Un total de 9 pacientes fueron derivados a cirugía torácica para realización de toracoscopia. En 4 de ellos, se había obtenido un diagnóstico por BPC: en 2 casos en los que la BPC mostró malignidad de estirpe mesotelial, se confirmó mesotelioma y en los otros 2 casos con pleuritis inflamatoria por BPC, tras valoración más exhaustiva de la cavidad pleural, mediante toracoscopia se confirmó igualmente pleuritis inflamatoria.

En 1 caso en el que no se alcanzó diagnóstico por BPC, se confirmó Pleuritis tuberculosa tras toracoscopia. En 4 pacientes no se obtuvo diagnóstico por toracoscopia.

Sólo se registraron complicaciones en dos pacientes: un cuadro vagal y un hemotórax, ambos resueltos al alta.

CONCLUSIÓN

En nuestro medio la biopsia pleural cerrada presenta un alto rendimiento diagnóstico con una tasa de complicaciones despreciable, por lo que debería considerarse siempre previo a la realización de maniobras diagnósticas más invasivas.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

BROTE DE TBC EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES EN 2017

Joseba Andia, Concha Castells, Esperanza Álvarez, Isabel López, Begoña Velasco y Eva Tabernero

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las principales enfermedades infecciosas a nivel mundial (sobre todo en países poco desarrollados). En nuestro medio la tasa ha descendido hasta un 10.6/100000 haciendo que disminuya el nivel de sospecha de TBC. La trasmisión nosocomial es un fenómeno bien conocido con el consiguiente riesgo para el personal sanitario y los pacientes especialmente si están inmunocomprometidos.

OBJETIVOS

Describir las características clínico-epidemiológicas de un brote de TBC en un ámbito sanitario.

MATERIAL y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los casos de TBC en personal sanitario del H. U. Cruces entre abril-octubre de 2017 y organización de estudio de contactos subsiguiente. Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por Salud Pública para organizar la investigación con profesionales de Pediatría, Salud Laboral, Farmacia, Microbiología, UGS, enfermeras gestoras de casos de TB, Preventiva, Hematologia y Neumología. El estudio de contactos de los casos se realizó según los criterios del programa de control de la TBC de la CAPV y se realizó una encuesta epidemiológica laboral y personal para determinar los vínculos entre casos.

RESULTADOS

3 casos de TBC (todas mujeres). Caso 1: diagnóstico casual en un preoperatorio. Caso 2: trabajo en Neonatología, presentaba clínica de 6 meses de evolución y había consultado en varias ocasiones. Caso 3: trabajaba en Oncología-Hematología, a pesar de tener clínica de varios meses no había consultado y fue diagnosticada en un estudio de contacto próximo. Se realizó genotipado mediante PCR-RFLP de la secuencia de inserción IS6110 y los casos 2 y 3 pertenecían a la misma cepa (cepa del caso 1 cultivo contaminado). Se compararon con las cepas de pacientes diagnosticados ingresados entre 2015 y 2017 sin coincidencias. No se encontraron vínculos epidemiológicos entre las pacientes. Se estudiaron un total de 872 contactos: 332 pacientes (212 lactantes estudiados por pediatría y el resto pacientes de Hematología y Oncología), 254 familiares y 286 profesionales. La prevalencia de infección entre familiares de Neonatología, fue de 7.2%. La prevalencia de infección en pacientes de Oncología fue de 23.5%. Son pacientes inmunocomprometidos con más riesgo de progresión de infección tuberculosa latente (ITL) a enfermedad pero también donde el diagnostico de ITL es más difícil y los efectos secundarios del tratamiento de ITL mayores. La prevalencia de infección en el total de profesionales fue del 22.7%. Comparando la prevalencia de infección entre este grupo y los familiares de lactantes, equiparable a población general, encontramos un RR 2.6 (1.5-4.5) ($P<0.05$).

CONCLUSIONES

La tuberculosis en el medio sanitario sigue siendo un problema en nuestro medio y el personal sanitario tiene más riesgo de ITL que la población general. El trabajo en grupo coordinado ha sido fundamental para este estudio. Es importante reducir la demora diagnostica de casos activos en el personal sanitario para evitar transmisión a pacientes de especial riesgo por inmunosupresión. Es importante educar y sensibilizar al personal sanitario sobre los síntomas de tuberculosis para su detección precoz así como realizar controles periódicos de infección tuberculosa en este colectivo

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

CIRCUITO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN

¿Un paso más hacia la creación de una Unidad de Cáncer de pulmón?

Koral Fernández De Roitegui Pérez[1], S. García Fuika[1], F. Gutiérrez Mendiguren[2], J.L Lobo Beristain[1], Cristina Sánchez Vieco[1], Clara Ortega Michel[1]

[1]Servicio de Neumología del Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz
[2]Servicio de Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz

INTRODUCCIÓN
El circuito prioritario diagnóstico de cáncer de pulmón ha demostrado, en experiencias de otros centros, disminuir de forma significativa la demora en el diagnóstico y tratamiento de los casos de cáncer.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se ha realizado un estudio retrospectivo y observacional de 49 pacientes que entraron en el estudio a través de un programa de hallazgos sospechosos desde los informes de radiología, durante todo el año 2017. Se han estudiado variables que tienen que ver con las características de los pacientes, los tumores, así como de forma especial las demoras de derivación, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS
En el año 2017 se comunicaron 111 hallazgos radiológicos en placa de tórax para estudiar derivados en el 90% de los casos de los preoperatorios, Rx tórax médicos AP y placas de urgencias. De ellos solo 49 se diagnosticaron como cánceres. El 71% eran hombres y el 71,7% no tenían antecedentes de neoplasia previa. La edad media fue de 62 años. El 48% era fumador activo o exfumador >15 años, con un índice acumulado de 30 a 60 cigarrillos/día en el 52,4%. El 60,4 % eran asintomáticos y el 18,7% tenían tos o hemoptisis. Respecto a su estirpe tumoral, los escamosos representaron el 32%, mientras que adenocarcinomas fueron el 21% y oat cell el 16%. El 30% estaban en estadio I, 9% en el II, 42% en el III y 18% en el IV. Hasta la mitad de los casos estudiados en esta vía, fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

1. El circuito se establece como ÚNICA puerta de entrada para pacientes con sospecha de cáncer de pulmón y la consulta monográfica EL CENTRO del circuito.
2. Es IMPRESCINDIBLE disponer de un REGISTRO contectado con la historia clínica en eOsabide y la INCORPORACIÓN de enfermería como gestora de casos.
3. Todavía tenemos que MEJORAR en el tiempo de las demoras obtenidas, sobretodo el “cuello de botella” para EBUS.
4. Es importante contemplar el circuito de forma INTEGRAL y MULTIDISCIPLINAR, siendo este el primer paso para poder desarrollar una Unidad de Cáncer pulmón.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR-ENAPE

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR DE LA ESTIMACIÓN GAMMAGRÁFICA CUANTITATIVA DE LA PERFUSIÓN PULMONAR RESIDUAL TRAS UN EPISODIO DE TEP.

Poyo Molina J[1], Montero A[2], Ortega Michel C[1], Bermudez-Ampudia C[3], Otero R[4], Lobo Beristain JL[1,5], y el Grupo OSIRIS.

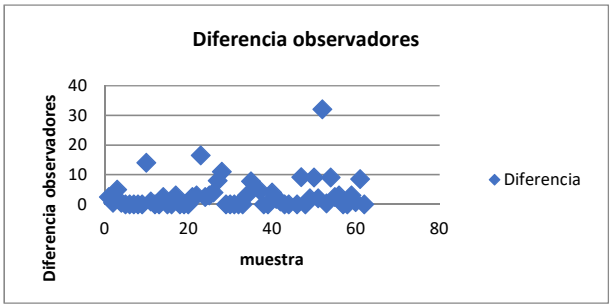
(1) Servicio de Neumologia. OSI Araba. (2) Servicio de Medicina Nuclear. OSI Araba. (3) Unidad de metodología y estadística. Instituto de investigación sanitaria BIOARABA. (4) Servicio de Neumologia, Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. (5) Universidad del Pais Vasco (UPV)

INTRODUCCION
Recientemente se ha descrito que la estimación gammagráfica cuantitativa de la perfusión pulmonar irreversiblemente amputada tras un episodio de TEP, podría tener significado pronóstico tanto en la persistencia de Disnea de esfuerzo, como en el riesgo de desarrollar Hipertensión Pulmonar Crónica. Para ambas “complicaciones” se ha señalado el 10% de parénquima amputado como el límite de la significación clínica. Sin embargo la complejidad del método de medición descrito por Meyer ha provocado entre los investigadores dudas sobre su reproducibilidad, y el valor real del procedimiento.

OBJETIVO
Analizar el grado de concordancia interobservador de la estimación Gammagráfica cuantitativa por el método de Meyer.

MATERIAL Y METODOS
Analisis de concordancia entre dos expertos en Medicina Nuclear de los Hospitales Universitario de Alava y Virgen del Rocio (Sevillla). De entre un total de 272 Gammagrafías, obtenidas en el seguimiento (6º mes) de pacientes con TEP, se realizó una selección aleatoria de una muestra estratificada (%perfus≥90 vs. %perfus <90) del tamaño mínimo necesario un coeficiente Kappa de al menos 0,60. La concordancia se analizó mediante el coeficiente intraclase (ICC) y en un segundo paso tras dicotomizar la variable (≥90 vs. <90) mediante el índice Kappa. Se consideró concordancia mala <0,40, moderada 0,40-0,60, buena 0.61-0.80 y muy buena 0.81-1.00.

RESULTADOS
El análisis de la serie determinó que la muestra debía ser de al menos 62 gammagrafias en los dos estratos. El ICC resultó 0,667 [0,444-0,801] (p≤0,001), con una dispersión de las estimaciones como se refleja en el gráfico. El índice Kappa resultaba 0,63 [0.28-0.98].



CONCLUSIONES:
La concordancia interobservador de la estimación cuantitativa de la perfusión pulmonar conservada es buena, y no varia significativamente al dicotomizar el resultado según los niveles de relevancia clínica.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS MICOBACTERIAS AMBIENTALES AISLADAS EN NUESTRO MEDIO

Carmen Mosquera Gorostidi, Itziar Campo Esnaola, Leire Albarrán de la Cruz, Izaskun Jimenez Setuain, Alberto Gil Setas, Javier Hueto Perez De Heredia,

INTRODUCCIÓN

Las micobacterias ambientales (MA) son microorganismos ubicuos en el ambiente que pueden habitar en superficies corporales y secreciones sin causar enfermedad. Han sido consideradas puros colonizantes pero en determinadas circunstancias pueden producir enfermedad

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los individuos con aislamiento microbiológico de MA en nuestro medio, así como los hallazgos radiológicos y el tratamiento recibido

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con aislamiento microbiológico de MA en nuestro medio durante el periodo enero2015-junio2016

RESULTADOS

Se analizaron 133 historias clínicas de pacientes en los que existía un aislamiento microbiológico de MA. 88% fueron varones. Edad media fue 66±18 años con IMC 25±5. El 39% eran no fumadores, 13% fumadores y 44% exfumadores, con IPA medio 29 (0-150). El 94% eran españoles, viviendo en medio urbano 59%

Entre los factores de riesgo destacaban bronquiectasias 29%, EPOC 29%, tratamiento previo con corticoide 29%, neoplasia extrapulmonar 19%, TBC previa 16%, DM 12%

Al 91% se realizó Rx de tórax y 77% TAC tórax. Los hallazgos encontrados más frecuentes: Cavitación 10.5%, micronódulos-nódulos 24%, árbol en brote 4%, bronquiectasias 27%. La muestra más frecuente recogida fue esputo 80.5% y los microorganismos aislados M. Gordonae 20.3%, M. Fortuitum 15.8%, M. Avium 12.8%. El antibiograma se realizó en un 3% y la baciloscopia en primer aislamiento fue positiva en 9%. 14/133 pacientes cumplían criterios de enfermedad (criterios de la ATS) y todos recibieron tratamiento. Las MA que más frecuentemente recibieron tratamiento fueron 4/14 M.Avium, 3/14 M.Xenopi, 2/14 MAI. Los esquemas utilizados fueron Rifampicina + Isoniacida + Pirazinamida + Etambutol en 4/14,

Rifampicina+ Isoniazida + Pirazinamida 2/14 y Rifampizina + Claritromicina + Etambutol 3/14 pacientes. 4 pacientes tuvieron efectos secundarios (3 toxicidad hepática, 1 gota, 1eritema facial). Se suspendió el tratamiento a 2 pacientes, en 1 se cambió por toxicidad y en 1 cambio por toxicidad + resistencia.

Se realizó seguimiento microbiológico al 47%. En 17% la baciloscopia del segundo aislamiento fue positiva y en 27% se obtuvo un cultivo positivo.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con aislamiento microbiológico de MA es considerado contaminante.

Únicamente el 10.5% de los aislamientos cumplían criterios de enfermedad.

Casi el 50% de las MA que recibieron tratamiento fueron M.Avium y M.Xenopi

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

FACTORES DE RIESGO DE COINFECCION DE NEUMONÍA EN PACIENTES INGRESADOS POR GRIPE

A. Fernández Nebreda (*), M.Intxausti Urrutibeaskoa (**), B. Galaz Fernández(*), M. Pastor Martinez (*), C. Sancho Sainz (*) A,Gonzalez Sarria (***)

*Médico residente Neumología HUB; ** Médico adjunto de Neumología HUB *** Residente de Microbiología HUB

INTRODUCION

En las epidemias de la gripe anuales según los informes de la red vigía de la Comunidad Autónoma del País Vasco en las 5 últimas temporadas la complicación más frecuente de la gripe estacional es la neumonía.

OBJETIVO

Identificar de entre los factores de riesgo cuales influyen más en la coinfección de neumonía en los pacientes ingresados con gripe.

METODOLOGIA

Se trata de un análisis descriptivo retrospectivo de unas muestra (n 299) de paciente ingresados con el diagnostico de gripe en los servicios de neumología y reanimación en el periodo (2017-2018). Se recogieron diferentes datos epidemiológicos de los pacientes entre los que están factores de riesgo de gripe complicada, características de los pacientes y serotipo de virus.

RESULTADOS

En la tabla se muestran resultados del análisis bivariante: Se analizan factores de riesgo de gripe complicada, características del paciente y serotipos. No estar vacunado resulta ser un factor de riesgo estadísticamente significativo con 53,6% de coinfección de neumonía y gripe; en el grupo de edad < de 65 se observa un mayor porcentaje de neumonías 37,7 % estadísticamente significativo; entre serotipos y resto de factores de riesgo de gripe complicada no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

De los factores analizados no estar vacunado es un factor de riesgo de coinfección de neumonía con gripe con un valor estadísticamente significativo y con relevancia clínica ya que es un factor prevenible.

Se observa que dentro del grupo de menores de 65 años encontramos mayor porcentaje de neumonías con un valor estadísticamente significativo coincidiendo que es el grupo de edad con menor vacunación

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

FACTORES RELACIONADOS CON MALA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR GRIPE EN NEUMOLOGÍA

C. Sancho Sainz, A. Fernández Nebreda, M. Pastor Martínez, A. Gonzalez Sarria, B. Galaz Fernández, M. Intxausti Urrutibeaskoa

INTRODUCCIÓN

Las epidemias de gripe se asocian a una importante tasa de hospitalizaciones y mortalidad, así como a una considerable demanda de recursos. Nuestro objetivo ha sido identificar los factores relacionados con mala evolución de los pacientes ingresados por gripe en el servicio de Neumología del Hospital Universitario de Basurto (HUB) durante la temporada de gripe 2017-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo de una muestra (n=299) obtenida mediante el registro de pacientes ingresados con diagnóstico de gripe en el Servicio de Neumología del HUB del 27/11/2017 al 9/5/2018. Se analizaron: edad, sexo, días de estancia hospitalaria, tabaquismo, comorbilidad, infección por virus influenza A, coinfección por VRS, complicaciones intrahospitalarias (neumonía, coinfección bacteriana, fallo multiorgánico, complicaciones cardiológicas), reingreso a los 30 días del diagnóstico, mortalidad a 30 los días del diagnóstico. Se definió como mala evolución la necesidad de reingreso o el fallecimiento a los 30 días del diagnóstico. Análisis estadísticos: chi cuadrado, T student.

RESULTADOS

299 pacientes ingresaron con diagnóstico de gripe en el Servicio de Neumología, de los cuales 31 cumplieron criterios de mala evolución: 17 reingresaron y 14 fallecieron a los 30 días del diagnóstico. Se observaron las siguientes diferencias en las variables estudiadas (pacientes con criterios de mala evolución vs pacientes sin criterios): edad (71,71 vs 80,48), días de estancia hospitalaria (5,78 vs 5,74), sexo masculino (53,4% vs 45,2%), tabaquismo 24,6% vs 20%), no vacunación (39,4% vs 27,6%), virus A (36,9% vs 32,3%), VRS (1,1% vs 0%), enfermedad cardiovascular (41,8% vs 74,2%), enfermedad respiratoria crónica (38,4% vs 32,3%), diabetes mellitus (23,5% vs 42,5%), obesidad mórbida (6,7% vs 9,7%), enfermedad renal crónica (6,3% vs 25,8%), anemia (6% vs 12,9%), enfermedad neuromuscular (3,7% vs 6,5%), inmunosupresión (1,5% vs 19,4%), enfermedad hepática (4,5% vs 3,2%), disfunción cognitiva (12,7% vs 22,6%), institucionalización (4,9% vs 12,9%), neumonía (20,5% vs 19,4%), coinfección bacteriana (40,7% vs 38,7%), complicación cardiológica (14,9% vs 35,5%), fallo multiorgánico (4,5% vs 9,7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, enfermedad cardiovascular, inmunosupresión y enfermedad renal crónica.

CONCLUSIONES

El 10% de los pacientes ingresados cumplió criterios de mala evolución. La mala evolución se relacionó con la edad, enfermedad cardiovascular, inmunosupresión y la enfermedad renal crónica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entra la mala evolución y los días de estancia hospitalaria, sexo, tabaquismo, ausencia de vacunación antigripal, tipo de virus influenza, coinfección por VRS, y resto de comorbilidades estudiadas. Tampoco se pudo demostrar relación entre mala evolución y las complicaciones intrahospitalarias, si bien se observaron mayores porcentajes de fallo multiorgánico y complicaciones cardiológicas entre los pacientes con mala evolución.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

FACTORES RELACIONADOS CON PATOLOGÍA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DM STEINERT

Elena Garay Llorente, Sandra Pedrero Tejada, Borja Ortiz de Urbina Antia, Valentin Cabriada Nuño, Lorea Martinez Indart, Sonia Castro Quintas

INTRODUCCIÓN

La presencia de trastornos respiratorios del sueño en pacientes con DM Steinert es muy común.

OBJETIVO

Determinar la relación entre trastornos respiratorios del sueño y los parámetros clínicos - funcionales como la gasometría arterial, la función pulmonar y el grado de afectación muscular respiratoria

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con DM1 valorados en las Consultas Monográficas en los últimos 5 años con estudio de sueño realizado (PR o PSG). Se recogieron síntomas sugestivos de SAHS y /o hipoventilación nocturna, valores de espirometría, gasometría arterial y presiones musculares y resultados del test de sueño. Se analizaron los factores relacionados con la presencia de un SAHS al menos moderado (IAH>15)

RESULTADOS

47 pacientes (51%varones/49 % mujeres), edad media 47,8 años, IMC ≥30 el 27,7 %. Solo el 36 % refería algún síntoma de SAHS y/o hipoventilación nocturna. El 87 % presentó un IAH > 5, con predominio de apneas centrales en el 44% de los casos. La presencia de una SATO2 media nocturna baja con un CT90 superior al 10%, se relacionó con un IAH >15. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los demás parámetros estudiados como la edad, sexo, obesidad, clínica de SAHS, niveles de pCO2 ni parámetros funcionales (FVC, PIM, PEM)

CONCLUSIONES

- La presencia de SAHS en pacientes con DM-1 es frecuente, con un porcentaje importante de apneas centrales
- La clínica referida por los pacientes no es útil como screening de SAHS
- La alteración de las pruebas funcionales y la presencia de hipercapnia diurna no se correlacionan con la existencia de alteración en el sueño
- Una SATO2 media nocturna baja y un CT 90 > 10% se relacionan con tener un IAH > 15
- La pulsioximetría nocturna puede tener un importante papel para determinar el momento de realizar una prueba de sueño en el curso evolutivo de estos pacientes
- Dadas las características de estos pacientes, incluyendo una alta prevalencia de eventos centrales, preferiblemente esta prueba de sueño debe ser una Polisomnografía

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

¿ES FRECUENTE LA DLCO ALTERADA CUANDO EL FEV_1 ES NORMAL, Y EL PACIENTE NO TIENE ENFERMEDAD PULMONAR CONOCIDA?

Fdz de Roitegui K[1], Sanchez Vieco C[1], Ortega Michel C[1], Poyo Molina J, Bermudez-Ampudia C[2], Garcia Fuertes JA[1]
(1):Servicio de Neumologia OSI Araba. (2): Unidad de metodología y estadística. Instituto de investigación sanitaria BIOARABA. (3) Univ del Pais Vasco (UPV)

INTRODUCCION

Hasta la publicación hace 10 años de los estudios de Brunelli y Ferguson, las Guias Clinicas para la valoracion del riesgo quirúrgico de los pacientes de resección pulmonar recomendaban if there is evidence of either undue dyspnea on exertion or interstitial lung disease, even though the FEV_1 might be adequate, measuring DL_{CO}.A partir de dichos estudios, que describían una prevalencia superior al 40% de DLco reducida entre dichos pacientes, las Guias recomiendan the systematic measurement of Dlco in lung resection candidates regardless of the FEV_1 value. Entre los clínicos, sin embargo, la sensación es que la frecuencia con la que se constata una DLco reducida en pacientes con FEV_1 en el rango de la normalidad y sin enfermedad pulmonar conocida es bastante baja.

OBJETIVOS

Analizar si en nuestro medio la presencia de DLco reducida entre pacientes con FEV_1 >80% del valor de referencia, y sin enfermedad respiratoria conocida, es tan elevada como se ha descrito en la Literatura.

MATERIAL Y METODOS

Análisis retrospectivo de todos los Estudios Funcionales realizados en nuestro Laboratorio de Función Pulmonar entre los meses de Agosto 2017 y enero 2018. Los estudios se realizaron con un equipo Jäeger y siguiendo las recomendaciones SEPAR al respecto.

RESULTADOS

En el periodo analizado se realizaron un total de 501 estudios, de los que 85 (17%) lo fueron para valoración prequirúrgica pulmonar, 161 (32%) por EPID, 113 (22,6%) por EPOC, y 142 por otros motivos. El resultado del análisis se recoge en el gráfico. En un segundo paso se cuantificaron los DLco <60%.

Cuando el análisis se restringió al subgrupo de valoración prequirúrgica el porcentaje de casos con DLco< 80% resultaba de 10,6% [5,3-19,6], y solo el 1,2% [0,01-7,3] la tenían < 60%.7

CONCLUSIONES

La probabilidad de encontrar, en nuestro medio, una DLco significativamente reducida en un paciente con FEV_1 ≥80% y sin enfermedad respiratoria previamente conocida es realmente BAJA (muy inferior al 40% de los estudios de referencia).

.

HIPERTENSIÓN PULMONAR. NUESTROS PACIENTES DE LOS GRUPOS 1, 4 Y 5.

S.F. Carbajal Dios, J.I. Royo-Gutiérrez, E. Uriarte Isocelaya, J.R. Beramendi Calero, M.A. Aranguren Redondo L.J. Gaviria. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Gipuzkoa

INTRODUCCIÓN

La incidencia y prevalencia de la hipertensión pulmonar de los grupos 1, 4 y 5 es muy baja. El abordaje mediante un equipo multidisciplinario y un registro redunda en un mejor manejo de estas enfermedades

OBJETIVO

Presentar las características de los pacientes con hipertensión pulmonar de los grupos 1,4 y 5 atendidos por el equipo multidisciplinar del Hospital Universitario Donostia a 1 de diciembre de 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología: estudio transversal descriptivo. Recogida de datos de pacientes con HTP de grupos 1, 4 y 5 seguidos en consultas en el Hospital Universitario Donostia a 1 de diciembre de 2018

RESULTADOS

Registrados: 43 pacientes. Grupo 1: 32, grupo 4: 6, grupo 5: 5

- Grupo 1: 32 pacientes

  Idiopático 10, heredable 3, asociado a ETC 5, asociado a HIV 3, asociado a hipertensión portal 3, asociado a cardiopatía congénita 8

- Grupo 4: 6 pacientes

  Tratamiento quirúrgico 2 (1 en tratamiento médico por HT residual postCRG), angioplastia de arterias pulmonares 1, pendiente de evaluación para cirugía 2, tratamiento médico exclusivo 1.

- Grupo 5: 5 pacientes

  Sarcoidosis 2 (1 con EVOP), histiociosis X 1, Erdhein Chester 1, mieloma múltiple 1

Tratamiento médico:

Calcioantagonistas 1, ARE 7, IPD5 10, riociguat 1, ARE + IPD5 9, ARE + prostanoide inhalado 1, ARE + IPD5 + prostanoide inhalado 2, ARE + IPD5 + selexipag 3, ARE + IPDE5 + prostanoide ev 2.

Atención conjunta con Centros de referencia

16 pacientes: Doce de octubre 9. Valdecilla 5, Vall d´Hebrom 1, Clinic Barcelona 1

Trasplante pulmonar

Realizados 1 (2014), en lista de espera 1

CONCLUSIONES

El número de pacientes que se atiende en nuestro hospital con este diagnóstico siendo bajo es importante. El manejo multidisciplinar y el registro de estos pacientes por personal implicado en esta patología es muy conveniente. La colaboración con los Centros de referencia es muy buena.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR-ENAPE

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

¿LA ESCALA CLINICA PESIs SUBESTIMA LA SEVERIDAD DEL TEP EN LOS JÓVENES?

Sanchez Vieco C[1], Fdez de Roitegui K[1], Ortega Michel C[1], Bermudez C[2], Alfonso Imizcoz M[3], Lobo Beristain JL[1,4] y el Grupo PROTECT. (1) Servicio de Neumologia OSI Araba (2) Unidad de apoyo metodológico OSI Araba (3) Servicio de Neumologia Complejo Hospitalario de Navarra (4) Universidad del Pais Vasco (UPV)

INTRODUCCIÓN:
En el manejo de los pacientes con TEP, la presencia de una puntuación de cero (0) en la escala clínica PESIs permite clasificarlo como de Bajo Riesgo de complicaciones. Sin embargo en los últimos años repetidas observaciones clínicas vienen reforzando la idea de que la respuesta hemodinámica a la obstrucción aguda de la circulación pulmonar es diferente según la edad, con una tendencia a presentar menos hipotensión en los individuos jóvenes. Si esto fuera cierto, en los pacientes jóvenes con TEP, podría existir una disfunción VD relevante, aún en ausencia de hipotensión, taquicardia o desaturación significativas, poniendo en duda el valor predictivo de la escala clínica.

OBJETIVOS:
Analizar si en pacientes < 50 años, PESIs= 0 la presencia de datos radiológicos, ecocardiográficos o bioquímicos de severidad del TEP, son más frecuentes que en los mayores de esa edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de pacientes incluidos prospectivamente en estudio multicéntrico diseñado para analizar el valor pronostico del angioTC en los pacientes con TEPHE. Se determinó en el momento del diagnóstico el cociente VD/VI en angioTC, ecocardiograma, Troponina, y BNP. Se consideró curso clínico complicado (CCC) la existencia de muerte, necesidad de RCP, IOT o uso de catecolaminas en los 30 días posteriores al evento agudo.

RESULTADOS:
Entre el total de 848 pacientes, había 313 (36,91% [33,65-40,26]) pacientes PESIs:0, (el 54,2% mujeres), y en ellos la mortalidad a 30 días fue de (1/313) 0,3% [0.01-2.05], y la de CCC (5/313) de 1,61% [0.52-3.69]. La frecuencia con la que se constataron las diferentes variables en ambos grupos de edad se recoge en la Tabla:

Variables	*Total n=313*	*<50 n=75*	*≥50 n=238*	
Varones	173 (55,3%)	44 (58,7%)	129 (54,2%)	NS
Sincope	30 (9,6%)	4 (5,3%)	26 (10,9%)	NS
FR>30	5 (2,1%)	1 (1,6%)	4 (2,3%)	NS
BNP >100	90 (29,4%)	13 (17,6%)	77 (33,2%)	p=0,010
HFABP> 6,6	39 (14,4%)	4 (6,2%)	35 (17,0%)	p=0,030
Troponina (+)	28 (9,1%)	5 (6,8%)	23 (9,9%)	NS
$VD/VI_{angioTC}$>1,0	120 (38,3%)	22 (29,3%)	98 (41,2%)	p=0,066
Disfunción VD_{ETT}	40 (12,8%)	6 (8,0%)	34 (14,3%)	NS
TAPSE ≤16	30 (10,2%)	7 (10,0%)	23 (10,3%)	NS
Hipocinesia V $Dcho_{ETT}$	40 (12,9%)	6 (8,1%)	34 (14,4%)	NS
Muerte a los 30 días	1	1	0	NS
Muerte a 30 días por TEP	1	1	0	NS
CCC	5 (1,6%)	2 (2,66%)	3 (1,26%)	NS

CONCLUSIONES:
1. En nuestra serie los pacientes PESIs=0 < 50 años no presentan con mayor frecuencia datos radiológicos, ecocardiograficos ni bioquímicos de severidad.
2. No hemos encontrado razones para pensar que en los individuos jóvenes la expresividad clínica de la severidad del TEP sea menor que en los individuos de más edad y que por tanto la Escala PESIs minusvalore la severidad del episodio.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

LA FRECUENCIA RESPIRATORIA Y LA SAT O2 PARA MEJORAR LA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO.

Ortega Michel C[1], Fdz de Roitegui K[1], Sanchez Vieco C[1], Bermudez-Ampudia[2], Jimenez D[3], Lobo JL[1,4] y el Grupo PROTECT.

(1)Servicio de Neumologia OSI Araba. (2) Unidad de metodología y estadística. Instituto de investigación sanitaria BIOARABA. (3)Servicio de Neumologia Hospital Ramon y Cajal. Madrid. (4) Universidad del Pais Vasco (UPV).

INTRODUCCIÓN

El Algoritmo ESC 2014 recomendaba la utilización escalonada de PESIs, ecocardiograma y troponina, para la subclasificación del estrato de Riesgo Intermedio. Algunos autores de reconocido prestigio, sin embargo, comunicaron poco tiempo después, el escaso valor discriminante que el algoritmo estaba mostrando en su medio, y recientemente han propuesto por su elevada rentabilidad, la utilización adicional de la Frecuencia respiratoria (FR>30) y la Sat O2 (<88%), para reforzarlo.

OBJETIVOS

Analizar si en nuestro medio la adición de la FR>30, o la Sat O2 <88%, reproducen la mejoría del valor pronóstico del algoritmo ESC-14 y en su defecto proponer alguno que funcione en nuestros pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes incluidos prospectivamente en un estudio multicéntrico diseñado para analizar el valor pronostico del angioTC en los pacientes con TEP.Se consideró curso clínico Adverso la existencia de muerte, necesidad de reanimación cardiopulmonar, intubación orotraqueal o uso de catecolaminas; en los 30 días posteriores al evento agudo.

RESULTADOS

El impacto de añadir la variable SatO2<88 y la variable FResp>30 se exponen en los gráficos;

El de añadir la variable TAPSE <=16 suponía un incremento en el porcentaje de eventos de 7,1 a 23,68%

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la adicción de la variable Fr Respir>30 o de la Sat < 88% al criterio ESC-14 de Riesgo Intermedio-Alto (PESIs>0 +DVD$_{ETT}$ + Tropo [+]) no supone un riesgo aumentado de complicaciones evolutivas.
La adición del criterio TAPSE ≤16 mm, sin embargo, aumenta de manera relevante la capacidad discriminante del algoritmo para complicaciones evolutivas a 30 días, con un VPP de 31% [19,1-46

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

SVNPAR ENAPE
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkartea

¿AUMENTA LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA EN LA SARCOIDOSIS LA COMBINACIÓN DE EBUS Y BIOPSIA TRANSBRONQUIAL?

Koral Fernandez de Roitegui Pérez, Clara Ortega Michel, Javier Poyo Molina, Cristina Sánchez Vieco, Agustina Rivas Guerrero, Laura Tomás López.
Servicio de Neumología OSI Araba.

INTRODUCCIÓN
La Sarcoidosis es una enfermedad sistémica, siendo frecuente la afectación torácica. El diagnóstico requiere, en el contexto clínico adecuado, la demostración de granulomas no necrotizantes y la exclusión de otras causas que justifiquen la inflamación granulomatosa. La rentabilidad diagnóstica recogida en la literatura para la Biopsia transbronquial (BTB) es variable, entre el 40-90%, siendo superior la punción ganglionar mediastínica por Ecobroncoscopia (EBUS), que puede superar el 80% según las series.

OBJETIVOS
El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la rentabilidad diagnóstica de la BTB, EBUS y de la combinación de ambas en los pacientes dirigidos a nuestra Unidad de Neumología intervencionista (UNI) con sospecha clínica de sarcoidosis.

MÉTODOS
Estudio observacional descriptivo y retrospectivo en el que hemos incluido a todos los pacientes con sospecha diagnóstica de Sarcoidosis dirigidos a la UNI para la realización de prueba diagnóstica desde enero de 2017 hasta junio de 2018, ambos inclusive.

RESULTADOS
En este periodo, un total de 50 pacientes con sospecha de Sarcoidosis fueron dirigidos a nuestra UNI. Según la afectación por TC, 9 de ellos se encontraban en estadio I, 35 en estadio II, 2 en estadio III y 4 pacientes en estadio IV.
A los pacientes en estadio I se les realizó únicamente EBUS y a los pacientes en estadio III y IV únicamente Broncoscopia. De los 35 pacientes en estadio II, se realizaron ambas técnicas en 16 pacientes y en los restantes 19, sólo una de ellas (BTB en 9 y EBUS en 10). Todas las muestras obtenidas por EBUS se procesaron como citología y citobloques. Las agujas utilizadas para ello fueron ViziShot de Olympus 21 G o EchoTip ProCore de Cook 22 G.
Los resultados con la rentabilidad diagnóstica se recogen en la tabla.
La rentabilidad global para el diagnóstico de Sarcoidosis fue del 66%, resultando similar para el EBUS (54.28%) como para la BTB (54.83%).
La positividad en el EBUS, no se relacionó con el tamaño de la adenopatía ni con la estación ganglionar puncionada.
Al analizar el subgrupo de pacientes en estadio II (n 35), se alcanzó el diagnóstico en el 81% de los pacientes que fueron sometidos a ambas técnicas, frente al 57% que lo fueron sólo a una de ellas.

CONCLUSIÓN
La combinación de EBUS y BTB aumenta la capacidad diagnóstica para Sarcoidosis en estadio II, por lo que debería realizarse de entrada ambas técnicas.

n	EBUS	BTB	Dco SARCOIDOSIS
Estadio I			
6	+		SI
3	-		
Estadio II			
5	+	-	SI
5	-	+	SI
3	+	+	SI
3	-	-	
6		+	SI
3		-	
5	+		SI
5	-		
Estadio III			
1		+	SI
1		-	
Estadio IV			
2		+	SI
2		-	
TOTAL			
50	35	31	33
RENTABILIDAD	19 + / 16 -	17 + / 14 -	
	54.28%	54.83%	66%

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

NEUMOCITOMA: NUESTRA EXPERIENCIA EN NAVARRA

L. Albarrán De la Cruz, I. Campo Esnaola, C. Mosquera Gorostidi, I. Jiménez Setuáin, P. Cebollero Rivas, J. A. Cascante Rodrigo.

INTRODUCCIÓN

El neumocitoma es un tumor de componente benigno. Nuestro objetivo ha sido conocer las características de esta entidad tan poco frecuente a partir de casos diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo a partir de 5 casos identificados desde 2003 hasta 2011.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 48 años, todas mujeres. En el momento del diagnóstico, tres de ellas eran fumadoras activas, y una había tenido exposición al amianto. Ninguna tenía síntomas respiratorios, ni había sido diagnosticada de TBC previa.

El tumor fue un hallazgo casual en la Rx de tórax en todos los casos. Se completó el estudio mediante TAC mostrando lesiones redondeadas, de bordes bien delimitados, homogéneas, sin cavitaciones y con realce tras administración de CIV; en un caso también existían calcificaciones y, en otro, enfermedad intersticial sugestiva de fibrosis. En el 80% el diagnóstico radiológico fue de tumoración benigna.

Todos los casos fueron tumoraciones únicas, con un tamaño medio de 2,6cm, localizándose el 100% en el hemitórax derecho.

Se realizaron 5 broncoscopias, 2 biopsias con trucut y 1 PAAF, sin llegar al diagnóstico. A todas las pacientes se les intervino quirúrgicamente. En cada pieza quirúrgica se describían varios patrones histológicos, con áreas papilares (5/5), esclerótica s (4/5), sólidas (4/5) y hemorrágicas (2/5); en más de las muestras se evidenciaba presencia de linfocitos, mastocitos e histiocitos. Las células presentaban positividad para TTF1, EMA y citoqueratina7.

CONCLUSIONES

En nuestro medio todos los casos se diagnosticaron en mujeres de edad media. La detección de los mismos ocurrió tras hallazgos casuales en estudios radiológicos realizados a pacientes asintomáticas. Las lesiones radiológicas eran sugestivas de procesos benignos.

Siempre fue necesario la resección de la pieza pulmonar resecada para llegar al diagnóstico.

XXXI Congreso-Biltzarra

14 de diciembre de 20018 – 2018ko abenduak 14

PREVALENCIA DE PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE AGUDOS

Borja Ortiz De Urbina Antia, Eva Tabernero Huguet, Elena Garay Llorente, Joseba Andia Iturrate, Beatriz Gonzalez Quero, Milagros Iriberri Pascual.

INTRODUCCIÓN

El instrumento NECPAL es una herramienta para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa. Se trata de una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, que combina la percepción del profesional (pregunta sorpresa), con indicadores objetivos de gravedad y progresión de la enfermedad, comorbilidad y consumo de servicios.

OBJETIVOS

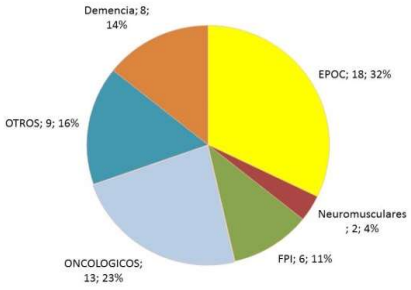
Conocer la prevalencia de pacientes con necesidades paliativas en un servicio de Neumología en un hospital de agudos de tercer nivel. Objetivo secundario se plantea conocer las características de estos pacientes y recursos utilizados.

Material y Métodos: Estudio trasversal dentro de una cohorte prospectiva durante 6 meses consecutivos analizando en un día predeterminado todos los pacientes ingresados >3 días mediante la herramienta Necpal hasta alcanzar el tamaño muestral calculado. En aquellos pacientes con identificación positiva se analizaron datos demográficos, clínicos, funcionales y uso de recursos sanitarios.

RESULTADOS

220 pacientes. De ellos 56, 25% (IC95%:19,5- 30,5) fueron identificados como NECPAL+ con necesidades paliativas. La edad media fue de 75,8+/-11. Índice de Charlson medio 2,8, con 2,2 ingresos en el año previo (19,7+/- 13 días de media). De ellos 13 (23%) fueron oncológicos. En las figuras adjuntas se muestran los diagnósticos y los principales resultados. Solo 2 pacientes aparecen codificados como paliativos en la historia clínica.

	ONCOLOGICOS n=13	NO ONCOLOGICOS n=43
Disnea mMRC 3-4	5 (38%)	17 (39%)
Ansiedad/Depresión	8 (61%)	24 (55%)
VMNI	1 (7%)	7 (16%)
OCD	5 (38%)	17 (39%)
Opiaceos	5 (38%) (p<0,05)	5 (11%) (p<0,05)
HC Asistencia Social	1(7%)	6 (13%)
HC Psicologo/paliativos	2 (15%)	4 (9%)
Alta a hospital media larga estancia/sociosanitario	6 (42%)	8 (18%)



CONCLUSIONES:

La prevalencia de pacientes con necesidad paliativas en una planta de hospitalización de agudos de Neumología es alta (uno de cada 4 pacientes)

Hemos encontrado diferencias en cuanto al uso de opioides entre pacientes oncológicos y no oncológicos

Son necesarios formación y recursos para atender a estos pacientes.