

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP) ESTADIO IV EN FUNCIÓN DE LOS MARCADORES MOLECULARES

Joseba Andia Iturrate¹, Beatriz Gonzalez Quero¹, Borja Ortiz de Urbina Antia¹, Elena Garay Llorente¹, Alejandro Rezola Carasusan¹, Jone Solorzano Santobeña¹, Imanol Gonzalez Muñoz¹, Monica Saiz Camin¹.

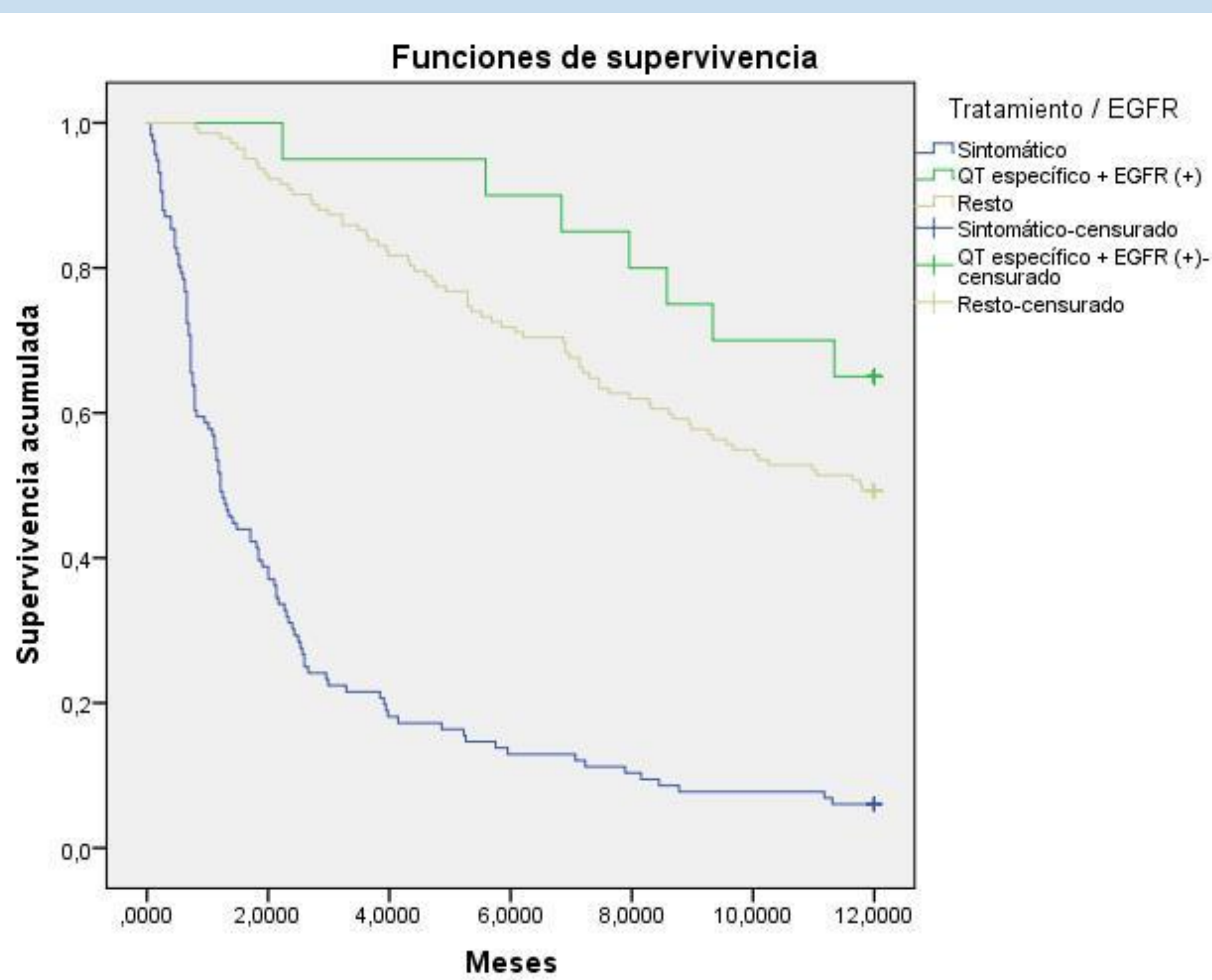
1.H.U. Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

Introducción: El carcinoma de pulmón no células pequeñas en estadio avanzado tiene mal pronóstico, sin embargo, se sabe que en algunos casos expresan una serie de marcadores moleculares que influyen en su evolución. El objetivo de este estudio ha sido analizar las diferentes características y supervivencia en función de diferentes marcadores moleculares.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo revisándose todos los casos diagnosticados de CPNCP estadio IV (TNM 8ª edición) y presentados en el comité de cáncer de pulmón en el H.U. Cruces desde el 1 de Enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2017. Se han estudiado diferentes variables: edad, género, tabaco, EPOC, antecedentes de neoplasia, ECOG, marcadores moleculares (EGFR, pdl-1, ALK, BRAF y ROS), tratamiento recibido y mortalidad al año, usando la regresión de COX y curvas Kaplan-Meier para representar la supervivencia.

Resultados: Se han estudiado 278 pacientes, con edad media de 65.3 años, 74.8% de ellos varones. El 11.5% nunca fumadores. Un total de 196 (70.5%) fueron adenocarcinomas, 44 (15.8%) epidermoides y 38 (13.7%) células grandes y otros tipos. Se realizó estudio de mutaciones moleculares a 242 (87.1%), de los cuales 196 (81%) no tenían mutaciones, 24 (9.9%) EGFR mutado, 25 (10.3%) con expresión de pdl-1 $\geq 50\%$, 3 ALK mutado, 3 BRAF mutado y 0 ROS. De 24 EGFR mutado, 15 tenían delección exón 19. En la expresión de pdl-1, no encontramos diferencias por sexo, tabaco ni histología. El 41.7% se trataron de forma sintomática, 49.3% QT convencional y 9% una terapia dirigida según marcadores. La media de supervivencia fueron 6.34 meses. Los pacientes con otras estirpes anatomopatológicas tenían menor supervivencia (3.51 meses) que los epidermoides (6.33) ($p=0.029$) y adenocarcinomas (6.81) ($p=0.001$), sin haber diferencias entre epidermoides y adenocarcinomas ($p=0.542$). Los pacientes con mutaciones moleculares vivían más (8.07 meses) que los no mutados (6.5) ($p=0.029$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia entre pdl-1 con expresión $\geq 50\%$ y $<50\%$.

| | EGFR mutado (n=24) | EGFR no mutado (n=214) | P |
|-------------------------------|--------------------|------------------------|--------|
| Edad (años) | 66.08 | 64.48 | 0.578 |
| Género | | | |
| Hombres | 5 (3%) | 164 (97%) | <0.001 |
| Mujeres | 19 (27.5%) | 50 (72.5%) | |
| Tabaquismo | | | |
| Si | 8 (3.8%) | 201 (96.2%) | <0.001 |
| No | 16 (55.2%) | 13 (44.8%) | |
| Años-paquete | 25 | 41.69 | <0.001 |
| Neoplasia previa | | | |
| Si | 1 (4.2%) | 29 (13.6%) | 0.328 |
| No | 23 (95.8%) | 185 (86.4%) | |
| Estadio TNM 8ª | | | |
| IVA | 10 (41.7%) | 65 (30.4%) | 0.354 |
| IVB | 14 (58.3%) | 149 (69.6%) | |
| ECOG | | | |
| 0-1 | 18 (75%) | 129 (60.3%) | 0.534 |
| 2 | 3 (12.5%) | 60 (28%) | |
| 3-4 | 3 (12.5%) | 25 (11.6%) | |
| Anatomía patológica | | | |
| Epidermoide | 0 (0%) | 35 (100%) | 0.026 |
| Adenocarcinoma | 24 (13.5%) | 154 (86.5%) | |
| Células grandes y Otros | 0 (0%) | 25 (100%) | |
| Tratamiento | | | |
| Sintomático | 2 (8.3%) | 80 (37.4%) | <0.001 |
| QT convencional | 2 (8.3%) | 129 (60.3%) | |
| Específico | 20 (83.3%) | 5 (2.3%) | |
| RT paliativa | 9 (37.5%) | 101 (47.2%) | 0.396 |
| Supervivencia en meses | 10.21 | 6.47 | 0.001 |



Supervivencia a un año según tratamiento quimioterápico

Conclusiones:

- EGFR mutado en el 10% de los pacientes, con predominio en mujeres y no fumadores, todos ellos adenocarcinomas.
- Baja prevalencia de mutaciones ALK, BRAF y ROS.
- No diferencias en sexo, tabaco, histología ni supervivencia según expresión pdl-1.
- Mutación de EGFR implica mejor pronóstico.
- En el análisis multivariante de supervivencia el estadio IVA vs IVB, ECOG, RT y el tratamiento con ITK en EGFR mutados conlleva mejor pronóstico.

Tabla 1: Características de los pacientes con EGFR mutado y no mutado

*** RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BRONCOSCOPIA EN ALOTRASPLANTADOS MEDULARES**

* **Autores:** Itziar Campo Esnaola, Sergio Curi Chércoles, José Antonio Cascante Rodrigo, Javier Villuela Bayón, Pilar Cebollero Rivas, Javier Hueto Pérez de Heredia.

INTRODUCCIÓN: La presencia de infiltrados pulmonares en pacientes inmunodeprimidos es una indicación de broncoscopia diagnóstica. Los pacientes con enfermedades hematológicas pueden presentar inmunosupresión debido a la patología subyacente o secundaria al tratamiento.

OBJETIVOS: Conocer la eficacia de la realización de broncoscopia diagnóstica en nuestro medio y si contribuyó a modificar la conducta terapéutica en pacientes alotrasplantados medulares.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza los datos de receptores de alotrasplante de MO, por patología hematológica, en el Complejo Hospitalario de Navarra entre 2010-2018, en los que se practicó algún procedimiento broncoscópico. Análisis realizado mediante software SPSS.

RESULTADOS: Se realizaron 71 broncoscopias a 48 pacientes alotrasplantados, con edad media de 47 años, el 54% varones. La indicación de alotrasplante más habitual fue LAM (43.8%). El 28.2% presentaba neutropenia $< 500/\mu\text{L}$ llegando a ser profunda ($< 100/\mu\text{L}$) en el 19.7%. El síntoma más frecuente fue la fiebre (69%) seguida de insuficiencia respiratoria (42.3%).

Se identificaron 70 casos con infiltrados radiológicos en TC tórax, de distribución difusa/multifocal (76.1%), que en el 67.6% sugerían patología inflamatorio-infecciosa subyacente; en el 21.1% se asociaba derrame pleural. Las técnicas diagnósticas utilizadas para filiar la etiología infecciosa de los infiltrados mediante endoscopia incluyen principalmente la realización de BAS y BAL, en los que se aisló algún microorganismo en el 9.8% y 47.9% de los casos respectivamente. Los microorganismos identificados con mayor frecuencia mediante estos procedimientos fueron los virus respiratorios.

67 broncoscopias se realizaron en la sala de broncoscopias habitual; en el 85.9% no hubo complicaciones durante la exploración; 8 pacientes presentaron desaturación y 2 taquicardia. El 21.1% sufrió empeoramiento clínico tras la prueba precisando aumentar aporte de oxigenoterapia de forma inmediata en el 18.3% y a las 48h en 2.8%, y 2 pacientes requirieron soporte con VM. En un 29,6% de los casos los resultados de la broncoscopia aportaron información adicional para modificar el tratamiento.

CONCLUSIONES:

1. En la mayoría de los casos se efectuó la intervención de forma segura, con obtención de muestra de BAS/BAL adecuada para el análisis, y donde se pudo identificar algún microorganismo.
2. Los microorganismos más frecuentes encontrados fueron los virus.
3. En casi un 30% de los casos los hallazgos encontrados conllevaron modificaciones en el tratamiento previo.
4. La broncoscopia con BAS/BAL es una herramienta diagnóstica que debe considerarse en los pacientes alotrasplantados que presentan infiltrados pulmonares.

Clara Ortega Michel. Irantzu Elorza Sagasta. Koral Fernández de Roitegui Pérez. Javier Poyo Molina. Miguel Angel Sánchez De Toro. Agustina Rivas Guerrero. Francisco Javier Ribas Solis. David Bravo Blanco. Laura Tomás López. (S^o Neumología, Hospital Universitario Araba).

INTRODUCCIÓN

- La Broncofibroscopia (BF) es una maniobra diagnóstica habitual en pacientes críticos, ingresados en Unidades de Medicina Intensiva (UMI).
- Estos pacientes suelen presentar insuficiencia respiratoria severa, por lo que esta maniobra diagnóstica supone un riesgo de empeoramiento.

OBJETIVO

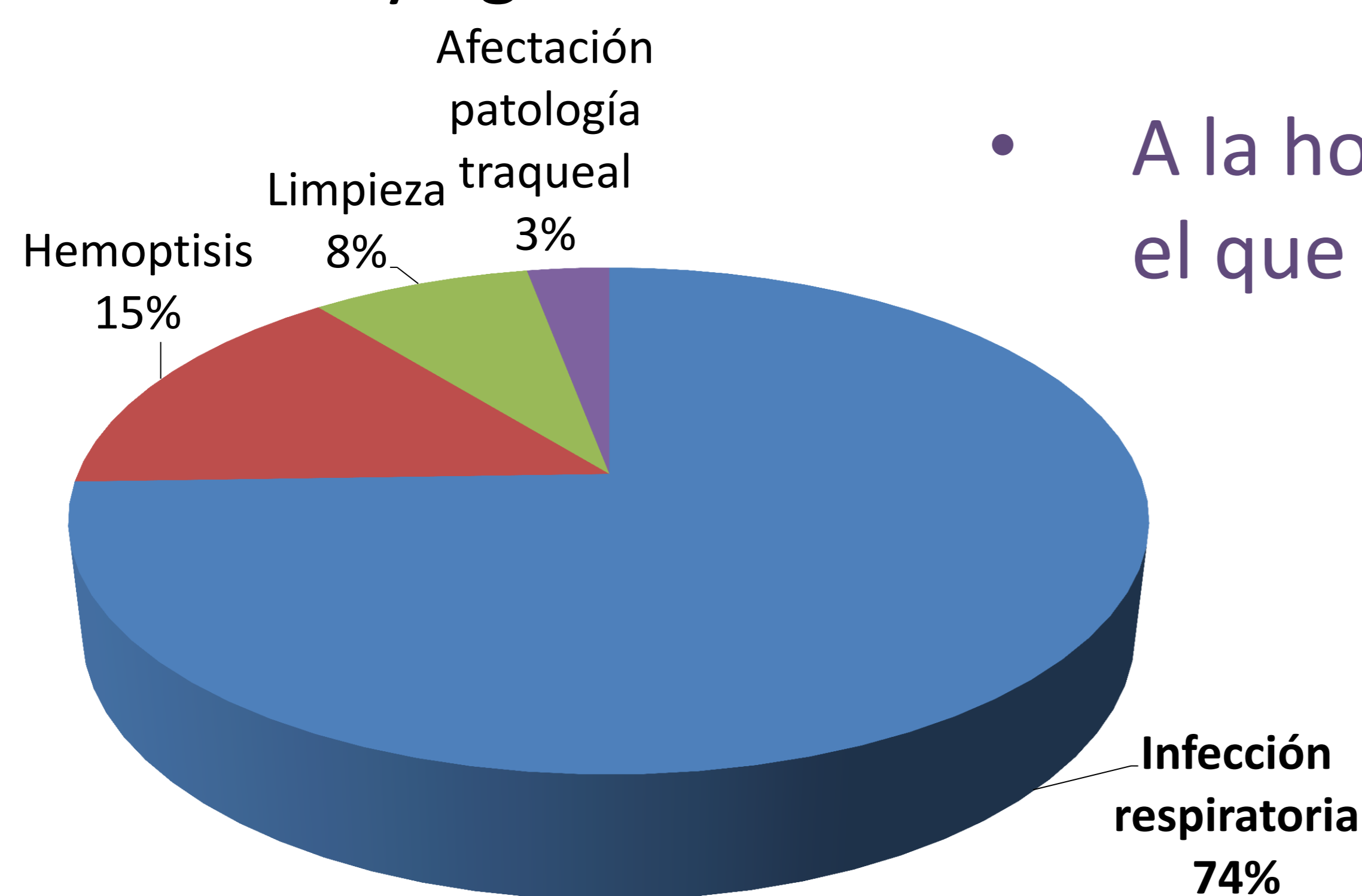
- Analizar el rendimiento diagnóstico de la BF.
- Posteriores aplicaciones en el manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

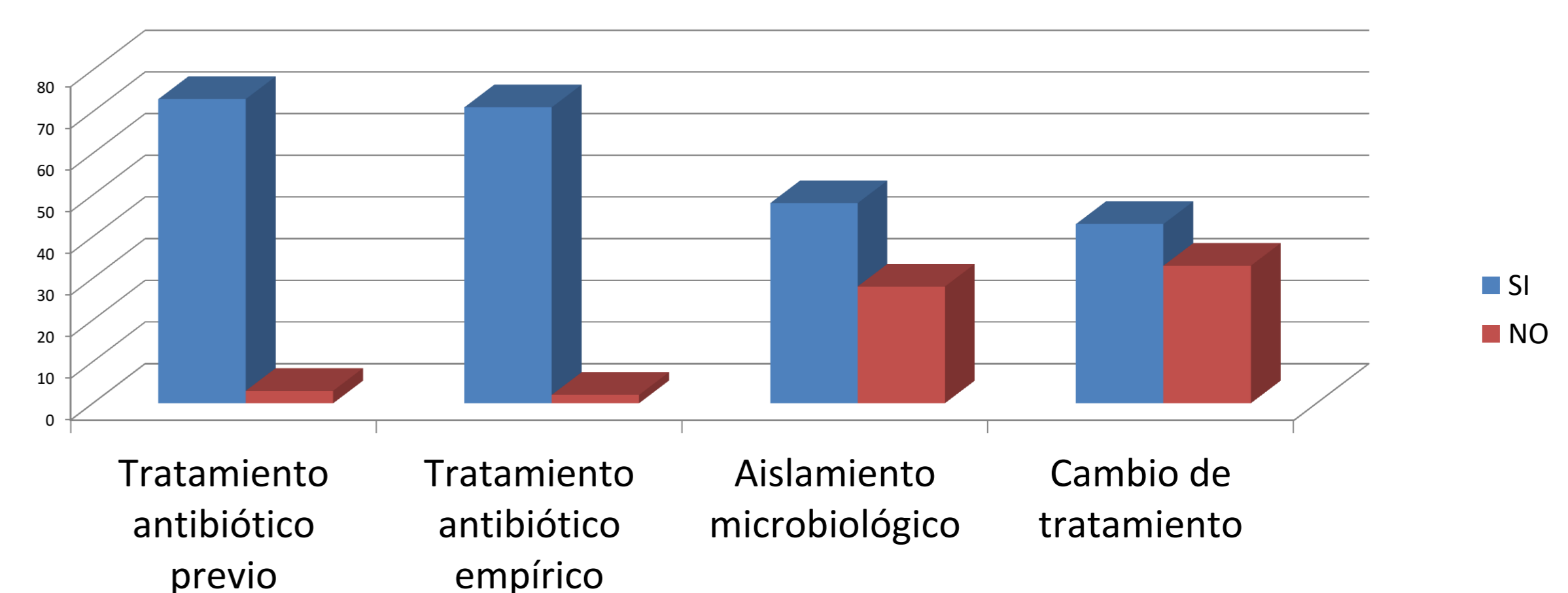
- Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.
- Se estudiaron todas las broncoscopias realizadas en la Unidad de Medicina Intensiva en el H. Txagorritxu desde enero de 2017 hasta agosto de 2019.

RESULTADOS

- Se llevaron a cabo un total de 102 Broncoscopias en UCI (33 mujeres y 69 varones) entre enero de 2017 y agosto de 2019. Las indicaciones que motivaron el procedimiento fueron:



- A la hora de analizar los resultados, nos centramos en el grupo en el que la BF se dirigió al estudio de infección respiratoria (n=76).



- 41 de estos pacientes eran inmunocomprometidos (53.9%) y 35 (46%) inmunocompetentes.
 - Complicaciones inmediatas al procedimiento 1,9% (2/102): episodios de desaturación.
 - No se registró ningún fallecimiento atribuible al procedimiento.

CONCLUSIÓN

- En nuestro medio, la BF realizada en pacientes críticos ingresados en UMI muestra una alta rentabilidad diagnóstica con una tasa de complicaciones baja atribuible al procedimiento.
- Los resultados obtenidos suponen un cambio de actitud terapéutica, por lo que debería extenderse esta técnica en este grupo de pacientes.

Complicaciones de Gripe vs VRS

A. Fernández Nebreda (*), M. Intxausti Urrutibeaskoa (**), C. Sancho Sainz (*), E. Brenilla Carballo M. Pastor Matinez (*), *Médico residente Neumología HUB; ** Médico adjunto de Neumología HUB

Introducción

Las complicaciones que producen las epidemias anuales de la gripe y VRS producen un incremento de hospitalizaciones y son una importante causa de morbilidad e incluso de mortalidad; se ha estimado que desde el año 2001 las hospitalizaciones y muertes debidas a infecciones por VRS fueron mayores que las causadas por influenza para la población de mayores de 65 años .

Objetivo: Analizar y comparar las complicaciones de las epidemias de gripe y VRS.

Material y Métodos

Se trata de un análisis descriptivo retrospectivo de una muestra (n 326) pacientes ingresados con el diagnostico de gripe o VRS en el servicio de neumología (2018-2019). Se recogieron diferentes datos epidemiológicos , entre los que están las características de los pacientes y complicaciones derivadas de la infección.

Resultados

Complicaciones gripe vs VRS

| | Gripe | VRS | P valor |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------|
| I. Respiratoria aguda | 83 (35%) | 19 (21,3%) | 0,022 |
| SDRA | 2(0,8%) | 0 | 1 |
| Neumonía vírica | 5 (2,1 %) | 0 | 0,328 |
| Neumonía bacteriana | 40 (16,9 %) | 21 (23,6 %) | 0,202 |
| Mio/pericarditis | 1 (0,4%) | 0 | 1 |
| Rabdomiolisis | 2 (0,8%) | 0 | 1 |
| Sepsis | 13 (5,5%) | 5 (5,6 %) | 1 |
| Eventos CV agudos | 22(9,3%) | 15 (16,9 %) | 0,76 |
| I. Renal aguda | 20(8,4%) | 3 (3,4%) | 0,146 |
| Exacerbación de Enf.cronica | 70 (29,5 %) | 35 (39,3 %) | 0,110 |
| UCI | 6 (2,5 %) | 4(4,5 %) | 0,470 |
| VMNI | 20 (8,4 %) | 3 (3,4 %) | 0,146 |
| VMI | 4 (1,7%) | 3 (3,4%) | 0,396 |
| Muerte al ingreso | 4 (1,7%) | 1 (1,1%) | 1 |
| Muerte a los 30 días | 1(0,4%) | 1 (1,1 %) | 0,472 |
| Reingreso | 7 (2,2%) | 2 (3%) | 0,72 |
| Días de ingreso | Media 4,95 | Media 4,73 | 0,616 |

Características de los pacientes

| | Gripe 237 | VRS 89 |
|------------------|-------------|-------------|
| Mujer | 124 (52,3%) | 53 (59,55%) |
| Hombre | 113 (47,6%) | 36 (40,44%) |
| >65 | 153 (64,4%) | 69 (77,5%) |
| EPOC | 58 (24,4%) | 26 (29,9%) |
| ASMA | 38 (16,6%) | 18 (20,2%) |
| BQ | 9 (3,7%) | 7 (7,8%) |
| EPID | 5 (2,1%) | 2 (2,2%) |
| CV | 95 (40,7%) | 45 (50,7%) |
| NEO | 18 (7,5%) | 6 (6,7%) |
| IRC | 26 (10,9%) | 6 (6,7%) |
| HEPATOPATIA | 9 (3,7%) | 6 (6,7%) |
| DM | 48 (20,2%) | 17 (19,1%) |
| INMUNODEPRIMIDOS | 23 (9,7%) | 10 (11,2%) |
| NEUROLOGICO | 19 (8,01%) | 9 (10,11%) |

Conclusiones

Se produce un numero elevado de complicaciones en VRS que se equiparan a las del virus de la gripe salvo la insuficiencia respiratoria aguda que se presenta en más ocasiones en la gripe con un valor estadísticamente significativo

¿DEBERÍA SER DIFERENTE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ETV (ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA) SECUNDARIA A FACTOR DE RIESGO QUIRÚRGICO MAYOR, SI HABÍAN PRESENTADO EL EVENTO “A PESAR DE PROFILAXIS”?



Fernandez de Roitegui Pérez K¹, Poyo Molina J¹, Ortega Michel C¹, Elorza Sagasta I¹, Sanchez de Toro MA¹,
 1.-Servicio de Neumología OSI Araba
 2.-Servicio de Medicina Interna del Hospital Germá Trias i Pujol, Barcelona



Sociedad vasco-navarra de patología respiratoria
 Euskadi eta nafarroako arnas patologia elkartea

INTRODUCCIÓN

Las Guías clínicas más prestigiosas siguen aconsejando con una recomendación de Clase I: “Retirar la anticoagulación terapéutica después de 3 meses, en los pacientes con un primer evento, secundario a un Factor de Riesgo transitorio/reversible mayor”, sin tener en cuenta que el evento se hubiera producido “a pesar de que el paciente estuviera recibiendo una correcta profilaxis heparínica” o no.

Sin embargo, el hecho de que el evento se desarrollara “a pesar de profilaxis” obliga a aceptar que el paciente padecía una hipercoagulabilidad mayor de la habitual, y que ésta pudiera, también, prolongarse más allá de los tres meses durante los que suele mantenerse la anticoagulación en este tipo de pacientes. Si ésto fuera cierto, la incidencia de recurrencias tras la retirada del tratamiento sería mayor que en los pacientes con evento secundario sin profilaxis, y podría considerarse la prolongación del tratamiento.

OBJETIVO

Analizar en una amplia cohorte de pacientes, si la incidencia de recurrencias tras la retirada de la anticoagulación, es mayor en los pacientes con ETV secundaria, si ésta se había presentado “a pesar de profilaxis”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes del registro RIETE que hubieran presentado un evento secundario entre los años 2001 y 2018, y se dividieron en dos grupos. El primero incluyó los pacientes que presentaron el evento tras un Factor de Riesgo Quirúrgico Mayor (según la definición de la ESC-2019) a pesar de profilaxis correcta, y el segundo los pacientes con ETV provocada por factor de riesgo transitorio (mayor o menor) que NO hubieran recibido profilaxis. 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

| | CON PROFILAXIS | SIN PROFILAXIS | Odds ratio 95% CI |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------|-------------------------|
| Pacientes, N | 2,171 | 1,218 | |
| Características clínicas | | | |
| Edad (edad media ± SD) | 64.3±16.2 | 59.8±17.5 [‡] | p < 0.001 |
| Género masculino | 999 (46%) | 584 (48%) | 0.93 (0.80-1.07) |
| Peso (media kg±SD) | 76.9±16.6 | 76.3±16.5 | p = 0.351 |
| Presentación inicial de ETV | | | |
| Embolia de Pulmón | 1,301 (60%) | 700 (57%) | 1.11 (0.96-1.28) |
| TVP proximal de EEII | 589 (68%) | 331 (64%) | 1.18 (0.94-1.49) |
| TVP distal de EEII | 180 (21%) | 93 (18%) | 1.19 (0.90-1.57) |
| Factores de Riesgo Adicionales | | | |
| Cáncer Activo | 533 (25%) | 292 (24%) | 1.03 (0.88-1.22) |
| ETV previa | 205 (9.4%) | 76 (6.2%) [†] | 1.57 (1.19-2.06) |
| Comorbilidades | | | |
| Enfermedad Cardíaca Crónica | 124 (5.7%) | 64 (5.3%) | 1.09 (0.80-1.49) |
| Enfermedad Pulmonar Crónica | 198 (9.1%) | 116 (9.5%) | 0.95 (0.75-1.21) |
| Sangrado Mayor Reciente | 106 (4.9%) | 107 (8.8%) [‡] | 0.53 (0.40-0.70) |
| Anemia | 1,329 (61%) | 642 (53%) [‡] | 1.42 (1.23-1.63) |
| CrCl <60 mL/min | 509 (23%) | 254 (21%) | 1.16 (0.98-1.38) |
| 90-day outcomes, | | | |
| Recurrencia de ETV | 32 (1.5%) | 13 (1.1%) | 1.39 (0.73-2.65) |
| Sangrado Mayor | 51 (2.3%) | 36 (3.0%) | 0.79 (0.51-1.22) |
| Muerte | 107 (4.9%) | 39 (3.2%) [*] | 1.57 (1.08-2.28) |

CONCLUSIONES

1- La incidencia de recurrencias tras la retirada del tratamiento, entre los pacientes que padecieron un evento secundario a pesar de profilaxis, no parece ser mayor que la de los pacientes que presentaron el evento sin profilaxis.

2- Aunque nuestros resultados no permiten sugerir la prolongación del tratamiento en este subgrupo de pacientes, las cifras de incidencia están por encima del límite (3% anual) que las recientes Guías ESC utilizan para sugerir la prolongación indefinida de la anticoagulación.

| | PROFILAXIS | | NO PROFILAXIS | | P-valor |
|---------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|---------|
| | N | Eventos por 100 Pacientes-años | N | Eventos por 100 Pacientes-años | |
| Pacientes, N | 950 | | 593 | | |
| Duración del tratamiento | | | | | |
| Media de días ± SD | 480±616 | | 461±515 | | 0.533 |
| Media de días (IQR) | 269 (77-697) | | 268 (81-737) | | 0.945 |
| Eventos | | | | | |
| Recurrencia de TVP | 22 | 1.78 (1.14-2.65) | 23 | 3.08 (2.00-4.54) | 0.069 |
| Recurrencia de EP | 29 | 2.33 (1.59-3.30) | 15 | 2.02 (1.17-3.25) | 0.662 |
| Recurrencia de ETV | 51 | 4.13 (3.10-5.38) | 38 | 5.11 (3.67-6.94) | 0.321 |
| Sangrado Mayor | 6 | 0.48 (0.20-1.00) | 2 | 0.27 (0.04-0.88) | 0.504 |
| Muerta | 87 | 6.97 (5.62-8.56) | 34 | 4.54 (3.20-6.28) [*] | 0.031 |
| EP Fatal | 1 | 0.08 (0.00-0.40) | 0 | 0 | - |

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA PERSISTENCIA DE DEFECTOS GAMMAGRÁFICOS DE PERFUSIÓN RELEVANTES TRAS UN EPISODIO DE TEP

Sánchez de Toro MA¹, Ortega Michel C¹, Fernández de Roitegui K¹, Poyo Molina J¹, Elorza Sagasta I¹, Montero De la Peña A², Bermúdez Ampudia C³, Lobo Beristain JL¹.
1 Servicio de Neumología, 2 Servicio de Med. Nuclear, 3 Unidad de Investigación de la OSI Araba.

- INTRODUCCIÓN:**
 - La prevalencia real de las obstrucciones arteriales persistentes tras episodio de TEP no está del todo aclarada, obteniendo resultados dispares en los diferentes trabajos publicados.
 - Desconocemos con exactitud los factores patogénicos que lo condicionan aunque se ha descrito asociación significativa con edad, concurrencia de enfermedad cardiorrespiratoria y antecedente de episodios de TEP previos.
 - La estimación de las obstrucciones residuales suele realizarse mediante gammagrafía de perfusión, con la que se han descrito prevalencias de 18-57%.
- OBJETIVOS:**
 - Analizar la prevalencia y las variables a las que se asocia, en nuestro medio, la persistencia de Defectos Gammagráficos de Perfusión seis meses después de un episodio agudo de TEP.
- MATERIAL Y MÉTODOS:**
 - Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico, de pacientes diagnosticados de TEP en nuestra OSI, entre 2014-2018.
 - Se utilizó el método de Meyer para la estimación cuantitativa del tamaño de los Defectos Gammagráficos, y se consideró Relevante (DGR) una extensión de al menos el 10%.
 - Se consideró estadísticamente significativa la presencia de una $p < 0.05$.
- RESULTADOS:**
 - Seguimos a 402 pacientes durante al menos meses tras diagnóstico de TEP con la realización de gammagrafía, pero sólo en 380 se obtuvo la estimación cuantitativa del porcentaje de la obstrucción.
 - El 48% fueron varones y la edad media fue de 72 +/- 9 años.
 - 67/380 (17.6%) presentaban una amputación gammagráfica relevante.

CONCLUSIONES:

- En nuestra serie la persistencia de Defectos Gammagráficos Relevantes a seis meses después de un episodio de TEP es relativamente rara.
- La persistencia de DGR se asocia significativamente con la localización periférica de las obstrucciones embólicas en el momento del diagnóstico, la dilatación ventricular derecha, la coexistencia de comorbilidad cardiorrespiratoria y la edad, pero no con el antecedente de episodio previo de ETV.

| PACIENTES N:380 | NO DGR 313 (82.4%) | SI DGR 67 (17.6%) | ODDS RATIO (IC 95%) |
|--|--------------------|-------------------|-------------------------|
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | | | |
| GÉNERO MASCULINO | 167 (53.4%) | 27 (40.3%) | P= 0.059 |
| EDAD MEDIA | 65.80 +/- 14.96 | 71.27 +/- 14.56 | P= 0.007 |
| ENFERMEDADES SUBYACENTES | | | |
| INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA | 10 (3.2%) | 6 (9.0%) | OR= 2.980 (1.044-8.507) |
| ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA | 38 (12.1%) | 19 (28.4%) | OR= 2.865 (1.525-5.380) |
| CÁNCER | 55 (17.6%) | 14 (20.9%) | OR= 1.239 (0.642-2.390) |
| NIVEL DE ACLARAMIENTO Cr <60 ml/min | 39 (15.3%) | 11 (19.6%) | OR= 1.354 (0.654-2.844) |
| FACTORES DE RIESGO | | | |
| CIRUGÍA RECIENTE | 34 (10.9%) | 4 (6.0%) | OR= 0.521 (0.178-1.521) |
| INMOVILIZACIÓN RECIENTE | 47 (15.0%) | 8 (11.9%) | OR= 0.767 (0.344-1.709) |
| USO DE ESTRÓGENOS (n= 376) | 10 (3.2%) | 4 (6.2%) | OR= 1.974 (0.599-6.499) |
| NINGUNA DE LAS ANTERIORES | 228 (72.8%) | 50 (76.9%) | OR= 1.243 (0.633-2.330) |
| TROMBOEMBOLISMO VENOSO PREVIO | 48 (15.3%) | 9 (13.4%) | OR= 0.857 (0.398-1.844) |
| SÍNTOMAS RESPIRATORIOS | | | |
| FC > 110 lpm (n= 376) | 22 (7.1%) | 8 (11.9%) | OR= 1.769 (0.751-4.165) |
| TA SISTÓLICA < 100 mmHg (n= 377) | 14 (4.5%) | 2 (3.0%) | OR= 0.651 (0.144-2.932) |
| DOLOR TORÁCICO (n= 370) | 129 (42.4%) | 27 (40.9%) | OR= 0.939 (0.547-1.613) |
| DATOS ANALÍTICOS | | | |
| SATURACIÓN O2 < 90% (n= 197) | 32 (20.6%) | 11 (26.2%) | OR= 1.364 (0.619-3.006) |
| ELEVACIÓN DEL NIVEL DE TROPONINA (n= 182) | 69 (46.3%) | 18 (54.5%) | OR= 1.391 (0.653-2.966) |
| BNP> 100 pg/ml (n= 122) | 37 (37.8%) | 15 (62.5%) | OR= 2.748 (1.093-6.907) |
| HALLAZGOS EN TC | | | |
| EMBOLISMO PULMONAR SUBSEGMENTARIO (n= 356) | 270 (91.8%) | 53 (85.5%) | OR= 0.523 (0.230-1.189) |
| EMBOLISMO PULMONAR SEGMENTARIO (n= 357) | 180 (61.4%) | 54 (84.4%) | OR= 3.390 (1.659-6.927) |
| EMBOLISMO PULMONAR LOBAR O CENTRAL (n= 338) | 16 (5.8%) | 2 (3.3%) | OR= 0.565 (0.126-2.524) |
| RELACIÓN VD/VI>1.0 (n= 138) | 43 (38.1%) | 14 (56.0%) | OR= 2.072 (0.863-4.976) |
| ECOCARDIOGRAFÍA AL DIAGNÓSTICO | | | |
| HIPOCINESIA EN VENTRÍCULO DERECHO (n= 108) | 19 (21.8%) | 6 (28.6%) | OR= 1.432 (0.489-4.193) |
| TAPSE <16 mmHg (n= 155) | 15 (12.1%) | 7 (22.6%) | OR= 2.119 (0.780-5.762) |
| RELACIÓN VD/VI >1.0 (n= 73) | 13 (23.6%) | 9 (50.0%) | OR= 3.231 (1.061-9.841) |
| PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR > 34 mmHg (n= 117) | 73 (79.3%) | 22 (88.0%) | OR= 1.909 (0.516-7.067) |

Características clínicas de los pacientes con/sin Defectos Gammagráficos Relevantes a 6 meses (DGR)

¿DICRIMINA LA PRUEBA DE ESFUERZO EL RIESGO QUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR?

Fernandez de Roitegui Pérez K, Ortega Michel C, Poyo Molina J, Elorza Sagasta I, Sanchez de Toro MA, Rivas Guerrero A, García Fuertes JA, Tomás López L.
Servicio de Neumología OSI Araba, H.U.Araba

INTRODUCCIÓN

Previo a someter a un paciente a una cirugía de resección pulmonar, debemos conocer el riesgo de desarrollo de complicaciones postoperatorias valorado mediante su capacidad funcional. Las guías de práctica clínica para la valoración del riesgo incorporan la medida del Consumo de O₂ máximo medido en la Prueba de esfuerzo, como la medida decisiva, si el paciente presenta una disminución de volúmenes dinámicos o de la difusión del CO por debajo del 80% de su predicho.

OBJECTIVO

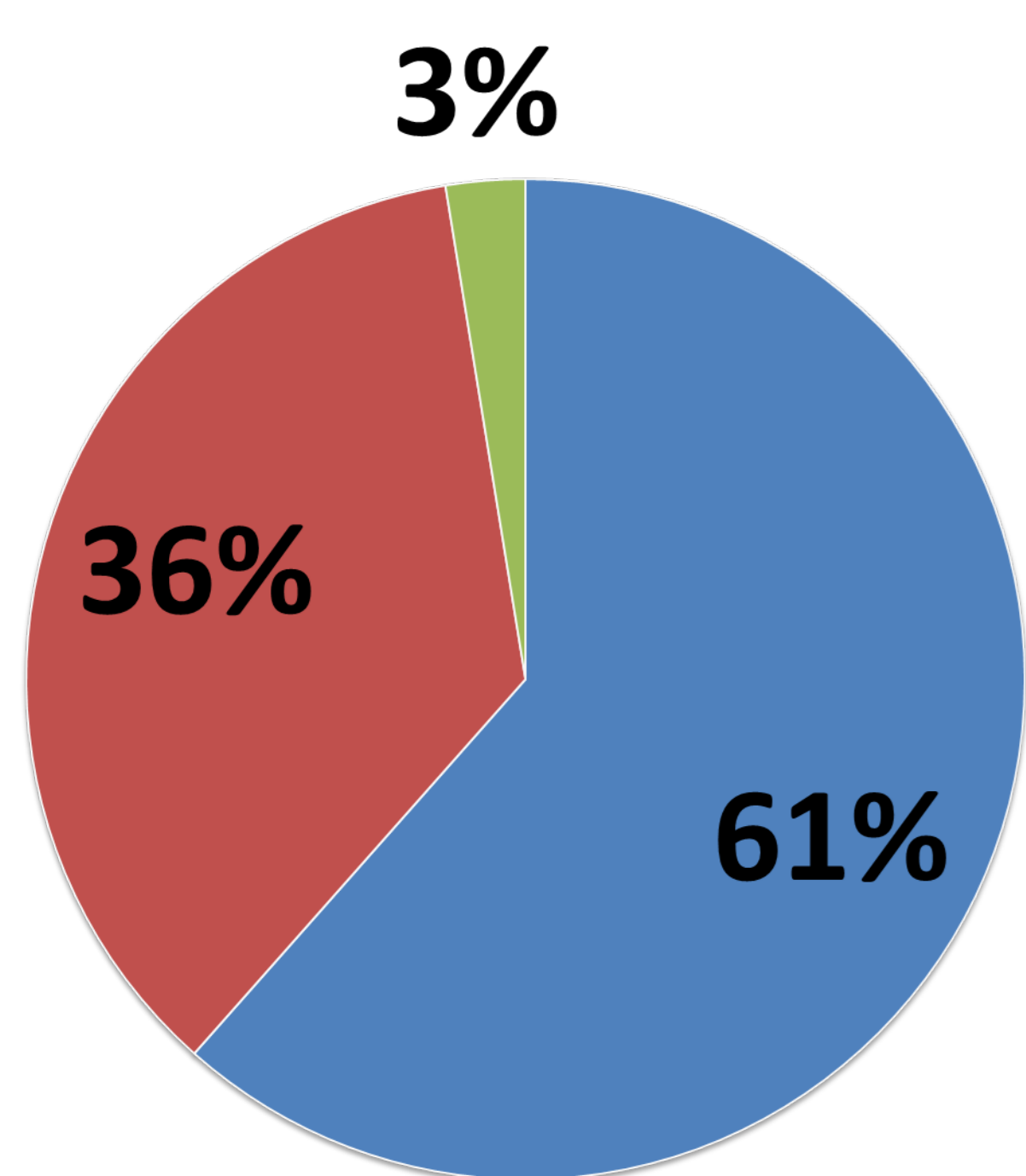
Valorar si en los pacientes con alteraciones funcionales a los que se realizó una medida del Consumo máximo de O₂ mediante una prueba de esfuerzo previo a una cirugía de resección pulmonar, presentaron complicaciones post intervención; y en caso afirmativo, si la causa de las mismas tuvieron relación con el estado funcional de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluye a todos los pacientes con sospecha / diagnóstico de neoplasia pulmonar resecable, que se han realizado una prueba de esfuerzo respiratoria en nuestra unidad de pruebas funcionales; con intención de valorar la operabilidad del mismo y para derivación a Cirugía torácica; desde enero de 2017 y hasta junio de 2019.

RESULTADOS

PACIENTES



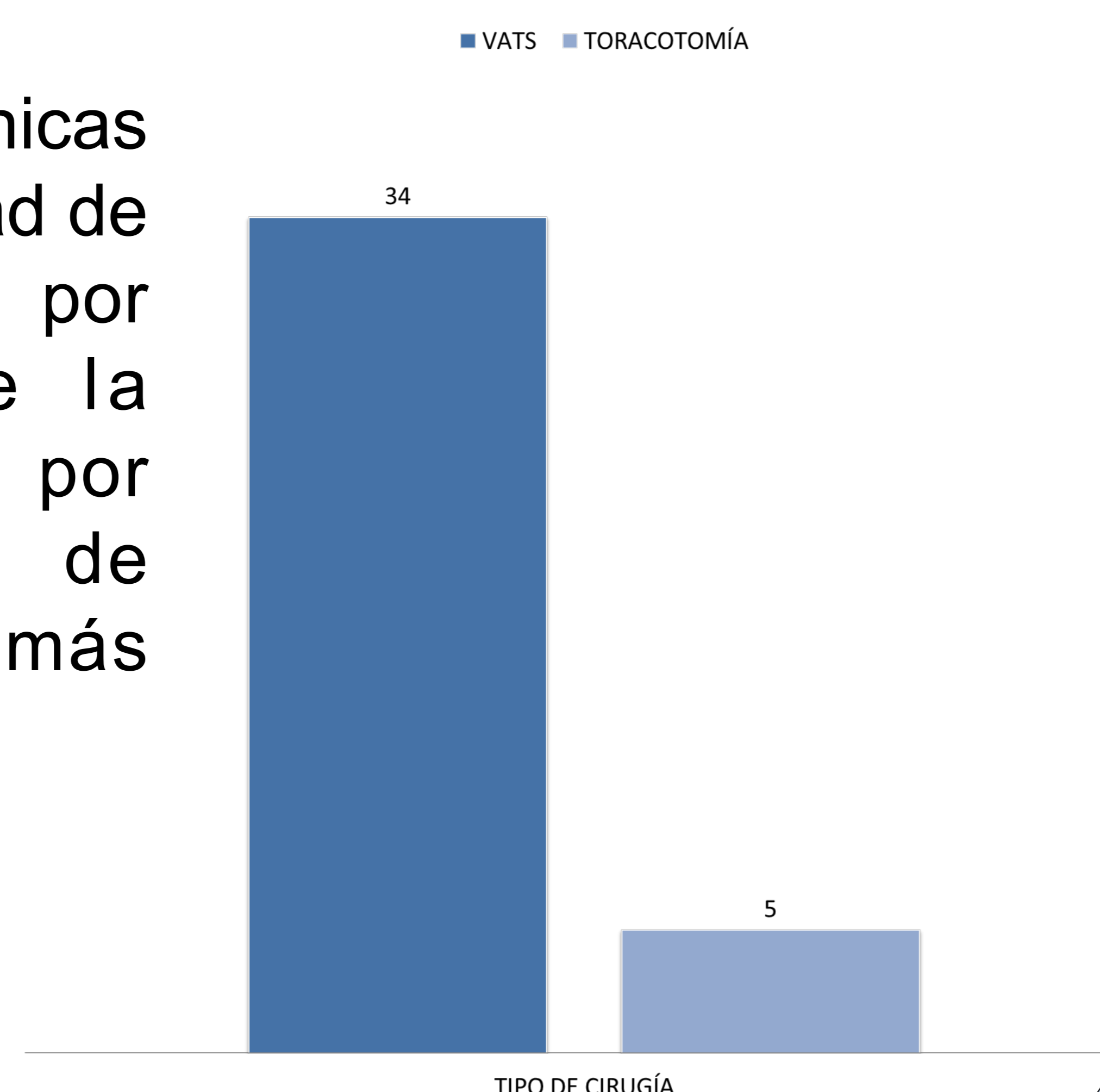
39 PE :

Todos ellos fueron derivados a cirugía y fueron intervenidos

- VO2 max >20ml/kg/min
- VO2 max 10-20ml/kg/min
- VO2 max < 10ml/kg/min

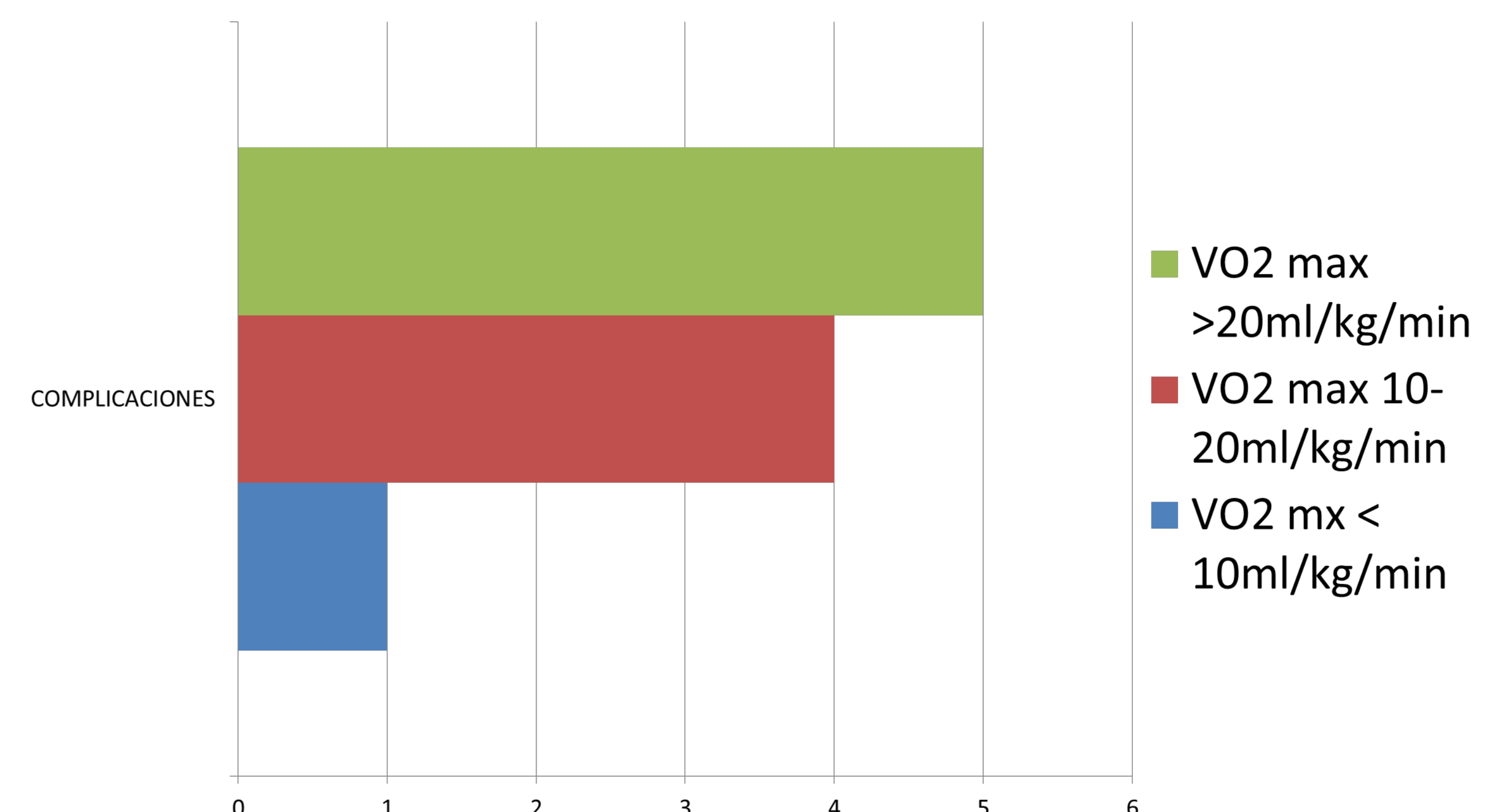
Tipo de Cirugía:

la causa: por dificultades técnicas en uno de ellos, por necesidad de reconversión desde VATS por complicaciones durante la intervención quirúrgica o por necesidad de realización de bronco-plastia en los demás casos.



Complicaciones post-quirúrgicas:

10/39 pacientes (26%):



- anemia por sangrado
- fuga aérea (4) EAP con IRA
- enfisema subcutáneo
- sangrado de la Vena Pulmonar con conversión a toracotomía
- empiema y atelectasia Broncoscopia flexible

Las complicaciones se presentaron tanto en cirugía por VATS (6/10), ya fuera de tipo lobectomía (5/6) o neumonectomía (1/6); como en toracotomía (4/10) de manera indiscriminada.

CONCLUSIÓN

1. La PE ha discriminado adecuadamente aquellos pacientes con alteraciones funcionales que pueden ser sometidos a una cirugía de resección pulmonar.
2. La tasa de complicaciones postoperatorias es muy baja y relacionadas con la técnica quirúrgica, no atribuible al estado funcional del paciente.

¿Es sensible el cociente VD/VI en el angioTC del diagnóstico de TEP, para la detección de Disfunción Ventricular Derecha?

Elorza Sagasta Irantzu¹, Fernandez de Roitegui K¹, Ortega Michel C¹, Poyo Molina J¹, Sanchez de Toro MA¹, Beltran de Otálora Garcia S², Bermudez Ampudia C³, Lobo Beristain JL¹.

- 1.- Servicio de Neumología
- 2.- Servicio de Radiodiagnóstico OSI Araba
- 3.-Unidad de Investigación de la OSI Araba



INTRODUCCIÓN:

Las recientes Guidelines de la ESC-2019 siguen recomendando *indistintamente* la utilización del angioTC o del Ecocardiograma transtorácico (ETT) para la estratificación pronóstica de los pacientes con TEP de Riesgo no Alto, a pesar de que la dilatación ventricular derecha en el angioTC es mucho más frecuente que la auténtica "Disfunción Ventricular Dcha (DVD)" que se detecta con el ecocardiograma (en el estudio PROTECT 68 vs 22%). En un estudio previo de nuestro Grupo ya constatábamos que la incidencia de eventos evolutivos era llamativamente diferente entre ambos escenarios.

La utilización del cociente radiológico podría llevar a una sobrevaloración de la severidad de la repercusión hemodinámica en los casos "positivos", pero más preocupante a una infraestimación de la gravedad de la situación en los casos "negativos".

RESULTADOS:

Del total de 848 pacientes, 5 no tenían registrado el cociente VD/VI en el angioTC del diagnóstico, por lo que la muestra se redujo a 843 pacientes. De ellos, 191 (22,66% [IC95: 19,87-25,64]) tenían Disfunción Ventricular Dcha (DVD_{ETT}) según el criterio predefinido. En el angioTC del diagnóstico, un total de 404 (47,9% [IC95: 44,51-51,36]) tenían un cociente VD/VI >1,0 .

Prueba diagnóstica: angio-TC
Prueba de referencia: Ecografía transtorácica

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, la probabilidad de que un paciente con cociente VD/VI radiológico anormalmente elevado tenga Disfunción Ventricular Derecha, es inaceptablemente baja. La probabilidad de que un paciente con cociente VD/VI normal NO tenga Disfunción Ventricular Derecha es también inferior a lo deseable.

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar cual es la sensibilidad, la especificidad (y los valores predictivos que pueden aportar) del angioTC con cociente VD/VI >1.0 para la detección de Disfunción VD_{ETT}.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron los datos que proporcionaban los pacientes que en su momento se incluyeron en el estudio PROTECT. Se consideró Disfunción VD_{ETT} cuando había al menos dos de los siguientes tres criterios :Dilatación VD (diámetro telediastolico >30 mm Hg en parasternal o cociente VD/VI >1,0 en apical 4C), hipoquinesia de la pared libre del V Dch en cualquier ventana, o una PAPs estimada > 30 mm Hg.

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.

| PRUEBAS CON RESULTADO DICOTÓMICO | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| ÍNDICE | CARACTERÍSTICA EVALUADA | | |
| | PRESENTE (Prueba de referencia +) | AUSENTE (Prueba de referencia -) | |
| PRUEBA DIAGNÓSTICA + | 138 | 266 | 404 |
| PRUEBA DIAGNÓSTICA - | 53 | 386 | 439 |
| | 191 | 652 | 843 |
| | | | IC 95% |
| Sensibilidad | 72,3% | | 65,5% a 78,1% |
| Especificidad | 59,2% | | 55,4% a 62,9% |
| Valor predictivo positivo | 34,2% | | 29,7% a 38,9% |
| Valor predictivo negativo | 87,9% | | 84,5% a 90,7% |
| Proporción de falsos positivos | 40,8% | | 37,1% a 44,6% |
| Proporción de falsos negativos | 27,7% | | 21,9% a 34,5% |
| Exactitud | 62,2% | | 58,8% a 65,4% |
| Odds ratio diagnóstica | 3,78 | | 2,65 a 5,38 |
| Índice J de Youden | 0,3 | | |
| CPP o LR(+) | 1,77 | | 1,56 a 2,01 Taylor Miettinen |
| CPN o LR(-) | 0,47 | | 0,37 a 0,60 Taylor Miettinen |
| Probabilidad pre-prueba (Prevalencia) | 22,7% | | |

Eventos cardiovasculares tras una neumonía comunitaria: ¿sirven las escalas pronósticas?

J. Poyo Molina¹, I. Juanes Domínguez², L. Tojal Sierra², B. Lahidalga Mugica¹, M.C. Bello Mora², A.M. Alonso Gómez², J. Lobo Beristain¹, J.A. García Fuertes¹. ¹Sº Neumología HUA-OSI ARABA, ²Sº Cardiología HUA-OSI ARABA.

INTRODUCCIÓN: La relación de la neumonía comunitaria con los eventos cardiovasculares cada vez está mejor definida. Sin embargo, la utilidad de la escala pronóstica PSI (FINE) no está propiamente validada en la predicción de estos eventos.

OBJETIVO: Analizar si la escala PSI es útil para detectar pacientes con alto riesgo de sufrir cualquier evento cardiovascular al año del ingreso por neumonía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con neumonía comunitaria ingresados en Neumología de nuestro centro en 2017. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, datos de laboratorio y constantes vitales en el ingreso. Se recogieron en 1 año de seguimiento: mortalidad y aparición de evento cardiovascular (síndrome coronario agudo con elevación y sin elevación, Fibrilación auricular/flutter, insuficiencia cardíaca aguda, tromboembolismo pulmonar y accidente cerebrovascular).

Para el análisis estadístico se utilizaron los test de Chi-Cuadrado para comparar variables cualitativas y T-Student para variables cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el manejo estadístico de datos.

RESULTADOS: Se incluyeron 329 pacientes con una edad media de 66 ±17.5 años, siendo el 38.9% mujeres. Los datos demográficos se recogen en la tabla 1. La presencia de enfermedad cardiovascular previa, predice la aparición de un nuevo evento cardiovascular de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$), mientras que únicamente la enfermedad renal crónica dentro de las comorbilidades ($p < 0,001$) lo hacía. Tener un PSI elevado (≥ 3) resultaba estadísticamente significativo no solo en relación a la mortalidad, sino también en relación a la aparición de cualquier evento cardiovascular durante el año posterior al ingreso ($p < 0,001$). Marcadores como PCR o BNP no se relacionan de forma estadísticamente significativa con la aparición de evento cardiovascular, por sí mismos. Asociados al valor del PSI, aumentaban la posibilidad de aparición de evento cardiovascular ($p < 0,00001$).

| | N (%) | Media (DS) |
|--|---------------|--------------|
| Edad (años) | | 66 ± 17,5 |
| Sexo, | | |
| mujer | 128 (38,9) | |
| varón | (61,1) | |
| Factores de riesgo cardiovascular, | | |
| Tabaquismo | 180 (54,7) | |
| Hipertensión arterial | 153 (46,5) | |
| Diabetes Mellitus | 77 (23,4) | |
| Dislipemia | 109 (33,1) | |
| Obesidad | 26 (7,9) | |
| Comorbilidades, | | |
| Enfermedad cardiovascular (SCASEST, SCACEST, ACV, IC, TEP, FA) | 111 (33,7) | |
| Enfermedad respiratoria (EPOC, asma, EPID, bronquiectasias, SAHS) | 139 (42,2) | |
| Enfermedad renal | 8 (2,4) | |
| Enfermedad hepática | 4 (1,2) | |
| Neoplasia activa | | |
| PSI, | | |
| < III | 95 (28,9) | |
| ≥ III | 190 (57,8) | |
| Marcadores analíticos al ingreso, | | |
| BNP al ingreso | 49 (14,9%) | 312,6± 366,1 |
| PCR al ingreso | 319 (97%) | 139,6± 112,9 |

CONCLUSIONES:

- 1, La escala PSI predice la aparición de eventos cardiovasculares, en la población estudiada.
- 2, BNP y PCR no son predictores independientes de eventos cardiovasculares en nuestro medio.
- 3, La asociación al ingreso por neumonía, de BNP y/o PCR a la escala PSI, podría ser de utilidad para identificar a los pacientes con mayor riesgo de sufrir evento cardiovascular.

Impacto de la linfopenia severa en la mortalidad y las complicaciones de los pacientes ingresados por virus respiratorios

C. Sancho Sainz*, A. Fernández Nebreda*, M. Pastor Martínez*, E. Brenlla Carballo*, M. Intxausti Urrutibeasko**
*Médico residente del Hospital Universitario de Basurto, **Médico adjunto del Hospital Universitario de Basurto

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfopenia es un hallazgo habitual en los pacientes infectados por gripe y VRS, que en ocasiones se presenta de manera severa (<500 linfocitos/ μ L).

El objetivo del estudio ha sido analizar la relación entre la linfopenia severa y las complicaciones y mortalidad de los pacientes ingresados por gripe y VRS en el servicio de Neumología del Hospital Universitario de Basurto (HUB).

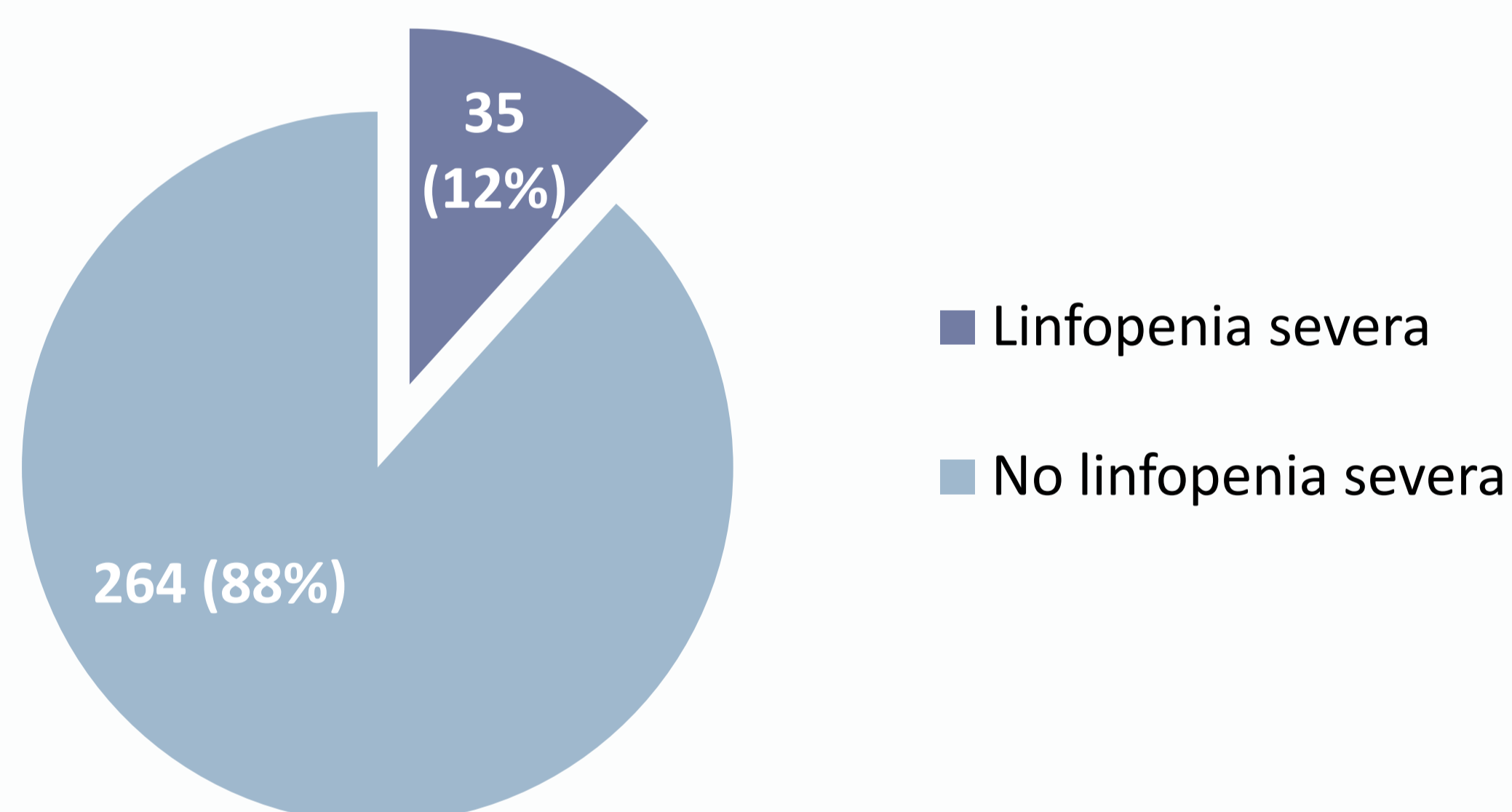
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra, con una n= 299 pacientes con diagnóstico de gripe y/o VRS ingresados en el servicio de Neumología del HUB de noviembre de 2018 hasta abril de 2019. Se analizaron complicaciones intrahospitalarias (insuficiencia respiratoria aguda, neumonía, distress respiratorio, sepsis, eventos cardiovasculares e insuficiencia renal aguda), y mortalidad a los 30 días del diagnóstico. Se excluyeron todos los pacientes inmunodeprimidos.

Análisis estadístico: chi cuadrado.

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LA LINFOPENIA SEVERA EN LOS PACIENTES INGRESADOS



COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

| | LINFOPENIA SEVERA | NO LINFOPENIA SEVERA | P-valor |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|---------|
| Insuficiencia respiratoria aguda | 13 (37,14%) | 79 (29,92%) | 0,385 |
| Neumonía | 6 (17,14%) | 55 (20,83%) | 0,611 |
| Distress respiratorio | 0 (0%) | 1 (0,38%) | 0,7153 |
| Sepsis | 9 (25,71%) | 9 (3,71%) | 0,000 |
| Eventos cardiovasculares | 5 (14,29) | 32 (12,12%) | 0,714 |
| Insuficiencia renal aguda | 7 (20%) | 16 (6,06%) | 0,003 |
| Mortalidad | 3 (8,57%) | 4 (1,52%) | 0,045 |

CONCLUSIONES

- Los pacientes con linfopenia severa presentaron de manera estadísticamente significativa mayores porcentajes de sepsis, insuficiencia renal aguda y mortalidad.
- En cambio, no se pudo demostrar relación entre la linfopenia severa y el resto de complicaciones estudiadas.

ENFERMEDAD PULMONAR POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN POBLACIÓN ANCIANA.

A. Rezola, E. Taberner, J. Andia, B. Ortiz de Urbina, E. Garay, B. Gonzalez, S. Pedrero, R. Zalacain.

Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia)

INTRODUCCIÓN

Se describe un aumento en la incidencia de infecciones pulmonares por MNT, al mismo tiempo existe un progresivo incremento de la población mayor de 70 años con comorbilidades y un cierto declive de la inmunidad lo que podría suponer una mayor susceptibilidad para enfermar por dichos microorganismos.

OBJETIVOS

Conocer las principales características clínicas, radiológicas y evolución de las infecciones pulmonares por MNT en población anciana (>70 años).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyen todos los aislamientos de MNT en muestras respiratorias proporcionados por el laboratorio de Microbiología del H. Cruces entre 2001 y 2016. Se analizan variables demográficas, clínicas, radiológicas y resultados con seguimiento a un año.

RESULTADOS

Se han identificado 263 pacientes. Se ha calculado una tasa media anual de pacientes con criterios de enfermedad pulmonar (ATS 2007) de 2,5/100000/año en menores de 70 años y 4,5/100000 en ≥ 70 años. Los principales resultados se muestran en la siguiente tabla:

| Edad | ≤ 70 años | | > 70 años | | p |
|----------------------------|----------------|-----|-------------|-----|---------|
| | N 184 | % | N 79 | % | |
| Índice de Charlson | 1,3 | | 2,8 | | P=0,03 |
| Varones | 124 | 67% | 49 | 62% | p=0,4 |
| EPOC | 40 | 21% | 33 | 41% | p<0,06 |
| Bronquiectasias | 14 | 7% | 16 | 20% | p<0,01 |
| M. Kansasi | 130 | 72% | 40 | 50% | p=0,13 |
| M avium | 42 | 22% | 30 | 37% | |
| Cavitación | 52 | 28% | 10 | 7% | p<0,001 |
| Nodular-bronquiectasia | 26 | 14% | 31 | 39% | |
| Criterio ATS | 141 | 76% | 53 | 67% | p=0,14 |
| Tratados | 118 | 64% | 36 | 45% | p=0,03 |
| Toxicidad 2º a tto | 8 | 4% | 8 | 22% | P<0,05 |
| Mortalidad 2º a MNT | 3 | 1% | 4 | 5% | p=0,1 |
| Mortalidad 2º a otra causa | 25 | 13% | 23 | 29% | p<0,01 |
| Curación clínica | 112 | 80% | 34 | 63% | P=0,02 |

CONCLUSIONES

- M. avium es más prevalente en mayores de 70 años que en población joven.
- Un porcentaje importante (33%) de pacientes ancianos no recibe tratamiento, a pesar de cumplir criterios ATS.
- La tasa de curación clínica es estadísticamente inferior en población anciana.



POLIPOSIS NASAL (PN) COMO CO-FACTOR EN LOS PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE (UAG)

Isabel Bengoechea Calvo¹, Francisco Javier Campano Lancharro¹, Tamara Gutiérrez Urra¹, Sonia Herrero Martín¹, Javier Hueto Pérez De Heredia², Pilar Cebollero Rivas¹

1. Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

2. Jefe del Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

INTRODUCCIÓN:

El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de la vía aérea que afecta aproximadamente a 315 millones en el mundo, de los que el 5-10% son asmáticos graves que precisan una especial atención y recursos. Un punto del abordaje son las comorbilidades, que pueden influir tanto en la gravedad como en la dificultad de conseguir un adecuado control de la enfermedad. Entre estas comorbilidades se encuentra la patología nasosinusal y es la PN la expresión máxima de la misma (con epidemiología, clínica y mecanismos inflamatorios comunes).

OBJETIVOS:

Principal: Conocer el papel que la PN podría tener en el manejo y control de los pacientes asmáticos

Secundarios: Conocer el perfil de pacientes atendidos en nuestra UAG con esta comorbilidad nasosinusal, grado de control del asma (incluyendo escalas y exacerbaciones) y tratamiento (tanto específico como co-adyuvantes) en el manejo de esta patología

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos a los pacientes valorados en nuestras consultas de UAG desde su inicio (Mayo 2015) a Noviembre 2018 recogiendo datos de su primera visita en dicha unidad (ficha estructurada) y seleccionando a aquellos con diagnóstico establecido de Poliposis nasal (no sospecha). Se valoran sus características, escalas, gravedad y diagnóstico (estudio descriptivo).

RESULTADOS:

Desde que se introdujo la ficha de "primera visita" (ficha estructurada) en nuestra UAG se han valorado un total de 357 pacientes reportando 50 casos con diagnóstico de poliposis nasosinusal (14%). El 52% son mujeres, con edad media de 55'5 años ($\pm 12'9$), 50% exfumadores y 8% (4 pacientes) fumadores activos, con un IMC medio de $26'1 \pm 5'2$ (= sobrepeso; 10 pacientes tienen un $IMC \geq 30$). De los 50, 35 son Asma persistente grave (70%) y 14 Asma persistente moderado (28%), donde el 84% permanece sin control en el momento de la visita en consultas (48% con mal control y 18% con

control parcial). 9 de estos pacientes (18%) cumplen criterios de clasificación de Triada ASA (Intolerancia a la AAS y/o AINEs, Asma y Poliposis nasal).

Las medias de escalas como el ACT fueron de 17, HAD-ansiedad 6'8, TAI 49'9 y 13 pacientes tenían un Nijmegen ≥ 23 .

La media en la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) de estos pacientes fue de $55'78 \pm 40'9$, y al revisar el nº agudizaciones (moderadas-severas) en el último año vemos una variabilidad entre ninguna (7 pacientes=14%, de los que sólo 1 cumplía criterios de ASA, 3 estaban "bien controlados" y ninguno de ellos recibía algún tratamiento biológico) y hasta 12 (1/mes) con una media de $2'98 \pm 2'9$.

10 pacientes no recibían un tratamiento específico para esta patología nasal en el momento de la visita. Y a otros 10 (20%) se le está administrando algún tratamiento biológico para su asma (7 Omalizumab, 2 Mepolizumab y 1 Reslizumab).

Cuando comparamos estos datos con los obtenidos en un estudio previo sobre 73 pacientes valorados en nuestra consulta de la UAG (**Tabla 1**), vemos que los pacientes con poliposis son más graves y están peor controlados.

CONCLUSIONES:

***La PN constituye una comorbilidad que dificulta el control del asma, por lo que debe tenerse en cuenta la vía superior en el diagnóstico y tratamiento integral de esa vía respiratoria única.**

***En nuestra población los pacientes con PN son mujeres, de edad media, con asma persistente severo, mal controlado y con tendencia a cierta ansiedad.**

***Precisamos hacer un enfoque específico y multidisciplinar en el tratamiento la PN para alcanzar un mayor control de ambas enfermedades (asma y PN), buscando incluso el lugar que corresponda a los nuevos y futuros tratamientos biológicos.**

TABLA 1:

| | Asma (UAG) (73 pacientes) | Poliposis (UAG) (50 pacientes) |
|---------------------|--------------------------------------|---|
| Sexo | 67'1% ♀ | 52% ♀ |
| Edad media | 56'4 | 55'5 |
| IMC | 28'9 | 26'1 |
| Tabaquismo | 30'1% E / 11% F | 50% E / 8% F |
| Asma grave | 42'5% | 70% |
| Asma moderada | 37% | 28% |
| Asma no controlada* | 67'1% | 84% |
| FeNO | 51'9 ppb | 55'78 ppb |
| Nijmegen | 17'65 | 17'53 |
| miniAQLQ | 4'99 | 4'76 |
| HAD – ansiedad | 7'24 | 6'82 |
| HAD – depresión | 5'36 | 4'76 |
| ACT | 18'67 | 17'12 |

* parcialmente y mal controlada

¿Es el síncope un factor de riesgo independiente en los pacientes con TEP de riesgo intermedio?

Poyo Molina J1, Fernandez de Roitegui K1, Ortega Michel C1, Lopez-Reyes R2, Riera-Mestre A3 Fidalgo A4, Lima J5, Lobo Beristain JL1, Maestre A6 y el Grupo RIETE. 1. Servicio de Neumología. HUA. 2. Servicio de Neumología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 3. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. 4. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. 5. Hospital Universitario Virgen de Valme. 6. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Vinalopó.

INTRODUCCIÓN: La asociación entre el síncope y un desenlace adverso en pacientes hemodinámicamente estables no ha sido demostrada de manera concluyente. Su posible valor pronóstico sigue siendo ignorado en las recientes guías de la ESC-2019, aunque algunos prestigiosos autores recomiendan tenerlo en cuenta a la hora de tomar decisiones.

OBJETIVO: Analizar si la presencia de síncope al debut de un TEP hemodinámicamente estable y de riesgo intermedio (según los criterios de la ESC), se asocia con la mortalidad a corto plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los pacientes de RIETE diagnosticados de TEP, de riesgo intermedio, entre los años 2001 Y 2017. Se consideró disfunción del VDETT cuando se cumplían, al menos, dos de los siguientes criterios: dilatación del VD, hipoquinesia de la pared libre del VD o una PAPs estimada >30mmHg. 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 para su manejo estadístico.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 22.083 pacientes, con una edad media de 75 ± 21 años, siendo el 52% mujeres y el 48% hombres. Se dividieron en dos grupos según la presencia o no de síncope en el momento del diagnóstico.

La presencia de síncope se asoció de forma significativa con la mortalidad y la aparición de hemorragias mayores durante la primera semana tras el diagnóstico. Sin embargo, el análisis multivariante de mortalidad diluía la significación de su asociación en otras variables como la edad, existencia de neoplasia y otros parámetros clínicos como la taquicardia, hipoxemia o insuficiencia renal.

En el 41.4% de los pacientes se realizó ecocardiograma al diagnóstico y su negatividad tenía un impacto neto en el pronóstico.

Table III. Clinical outcomes at 7 days

| | No syncope | All patients with syncope | patients with syncope and No RVD in the ETT |
|------------------------|---------------|---------------------------|---|
| Patients, N | 18,681 | 3,402 | 1,244 |
| 7-day outcomes | | | |
| Recurrent PE | 59 (0.32%) | 14 (0.41%) | 5 (0.40%) |
| Recurrent DVT | 3 (0.02%) | 1 (0.03%) | 0 |
| Recurrent VTE | 62 (0.33%) | 15 (0.44%) | 5 (0.40%) |
| Major bleeding | 179 (0.96%) | 54 (1.6%) [†] | 14 (1.1%) |
| Death | 554 (3.0%) | 136 (4.0%) [†] | 19 (1.5%) [†] |
| Causes of death | | | |
| Pulmonary embolism | 276 (1.5%) | 75 (2.2%) [†] | 13 (1.0%) |
| Sudden, unexpected | 12 (0.06%) | 6 (0.18%) [*] | 1 (0.08%) |
| Bleeding | 34 (0.18%) | 12 (0.35%) | 2 (0.16%) |
| Other | | | |

Table IV. Uni- and multivariable analyses for all-cause death

| | All-cause death | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Univariate | Multivariate |
| Male gender | 0.87 (0.75-1.01) | 1.26 (1.02-1.55) [*] |
| Age > 77 years | 1.57 (1.34-1.82) [‡] | 1.55 (1.22-1.97) [‡] |
| Chronic lung disease | 0.93 (0.78-1.12) | 0.97 (0.76-1.24) |
| Chronic heart failure | 1.25 (1.03-1.52) [*] | 1.04 (0.80-1.35) |
| CrCl levels <60 mL/min | 2.20 (1.87-2.60) [‡] | 1.97 (1.51-2.57) [‡] |
| Anemia | 1.63 (1.40-1.89) [‡] | 1.47 (1.20-1.80) [‡] |
| Cancer | 1.75 (1.45-2.11) [‡] | 1.92 (1.48-2.47) [‡] |
| Chest pain | 1.54 (1.31-1.81) [‡] | 0.58 (0.46-0.73) [‡] |
| Syncope | 1.35 (1.12-1.64) [†] | 1.15 (0.88-1.49) |
| Heart rate >110 bpm | 0.63 (0.49-0.81) [‡] | 1.61 (1.30-1.99) [‡] |
| Sat O ₂ levels <90% | 1.54 (1.28-1.85) [‡] | 1.66 (1.36-2.03) [‡] |
| Atrial fibrillation | 1.69 (1.34-2.14) [‡] | 1.34 (1.01-1.78) [*] |

CONCLUSIONES:

1. En nuestra serie, el síncope no se asocia de forma independiente con la mortalidad a corto plazo.
2. Los pacientes con síncope presentan más complicaciones hemorrágicas mayores durante la primera semana, quizás porque son tratados más frecuentemente con HNF o trombolíticos.
3. La mayor mortalidad que se observa entre los pacientes con síncope, desaparece si se constata la ausencia de disfunción de VDETT.

RESULTADOS DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN EN EL EP AGUDO CON TROMBOS EN CAVIDADES CARDIACAS DERECHAS

Leyre Chasco Eguílaz,¹ Aitor Ballaz Quincoces,¹ Patrizia García Hontoria,¹ Ana Jodar Samper,¹ Virginia Fernández Valbuena,¹ Koral Fernández de Roitegui Pérez,² José Luis Lobo Beristain,² grupo RIETE * ¹Servicio Neumología, Hospital Galdakao-Usansolo (OSI Barrualde-Galdakao) Galdakao, Vizcaya. ² Servicio Neumología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava (OSI Araba) OSAKIDETZA

*Behnood Bikdeli,³ David Jiménez,⁴ Alfonso Muriel,⁵ Deisy Barrios,⁴ Peter Verhamme,⁶ Manuel Monreal⁷ ³Servicio Cardiología, Centro Médico Universitario Columbia, Nueva York. ⁴Servicio Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Unidad Clínica Bioestadística, Hospital Ramón y Cajal (IRYCIS), Madrid. ⁶Servicio Medicina Vascular y Homeostasis, Universidad de Leuven. Leuven. ⁷Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

INTRODUCCIÓN

Los trombos en cavidades cardiacas derechas se pueden detectar en <4% de pacientes con embolismo pulmonar (EP), y se asocian con peor pronóstico. Dada la escasa evidencia existente, las guías no ofrecen recomendaciones detalladas para el manejo de estos pacientes. Se presupone que las estrategias de reperfusión (terapia trombolítica, o trombectomía quirúrgica o percutánea) reducen los eventos secundarios. Sin embargo, estas terapias conllevan riesgos, incluido el aumento de sangrado.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue comparar los resultados de la terapia de reperfusión frente a la terapia convencional, en cuanto a eventos secundarios hace referencia, en pacientes con EP y trombos en cavidades cardiacas derechas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EP de marzo de 2001 a septiembre de 2019 incluidos en el RIETE (Registro Informatizado Enfermedad TromboEmbólica), y se determinó la utilización de terapias de reperfusión en los 3 primeros días desde la identificación ecocardiográfica de los trombos en cavidades derechas. Los principales eventos analizados fueron la mortalidad relacionada con EP (confirmada por autopsia, o fallecimiento en los 10 días posteriores al diagnóstico en ausencia de una causa alternativa), mortalidad por todas las causas, hemorragia mayor (eventos evidentes que requerían al menos 2 concentrados de hemáties; sangrado retroperitoneal, medular o intracraneal; o hemorragia fatal) y recurrencia de EP, que se analizaron a los 30 días.

En el análisis primario se utilizó el 1:1 propensity-score matching y para realizar el análisis confirmatorio, se incluyeron todos los pacientes con trombo en cavidades derechas en regresión logística multivariable.

RESULTADOS

De uno total de 42620 pacientes con EP, 443 (1.0%) presentaron trombo en cavidades derechas, de los cuales 102 recibieron terapia de reperfusión (74 terapia trombolítica y 28 trombectomía percutánea o quirúrgica). Las características de los pacientes fueron comparables tras el emparejamiento del propensity score (Tabla).

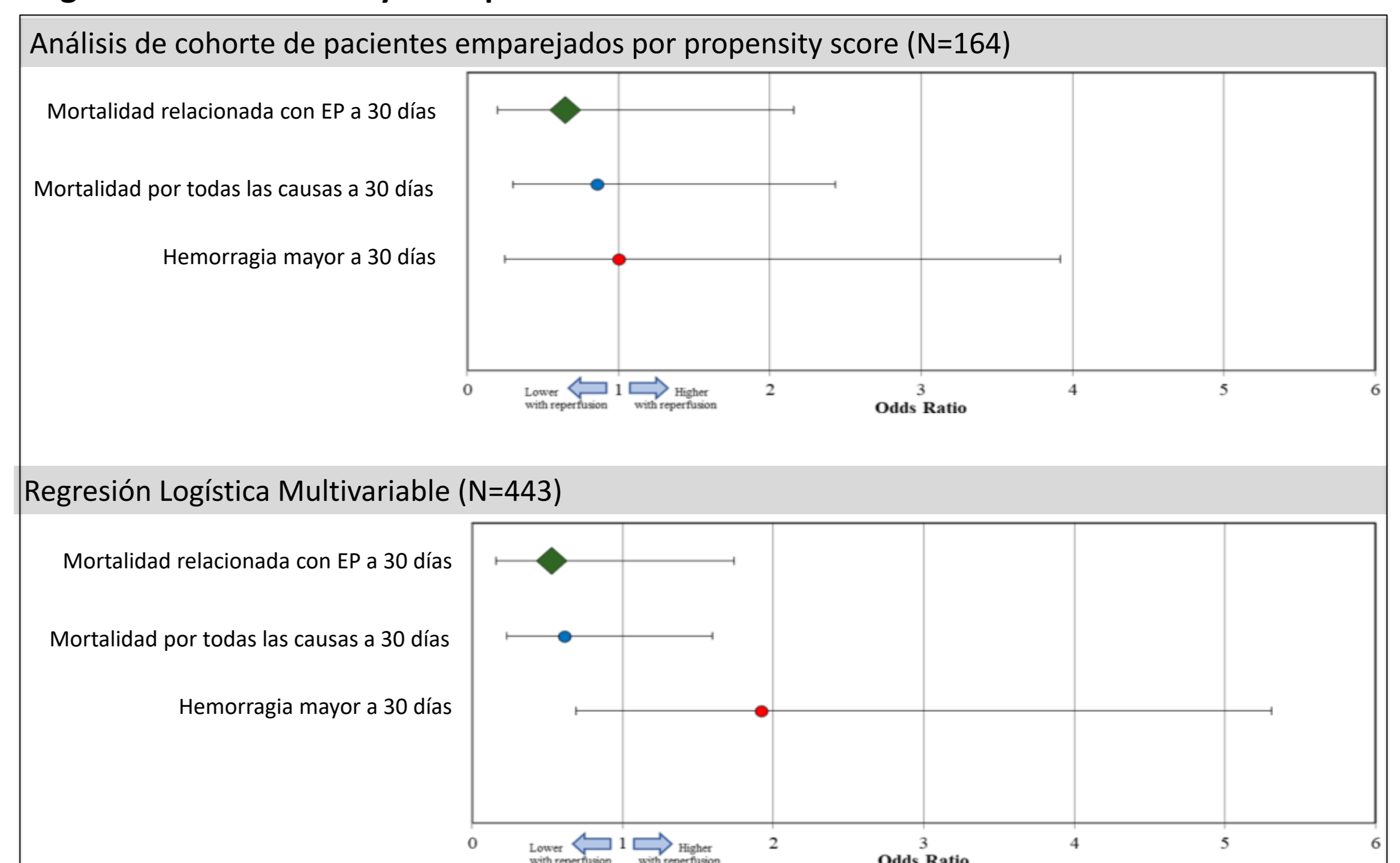
Durante los 30 días de seguimiento, 40 (9.0%) pacientes murieron, incluidos 24 (5.4%) con EP. En la cohorte de pacientes emparejados por el propensity score (82 parejas), el uso de terapia de reperfusión no se asoció con una reducción significativa de la mortalidad relacionada con EP (odds ratio (OR) 0.65, Intervalo Confianza (IC) 95% 0.20-2.16, p=0.48) ni de mortalidad por todas las causas (OR 0.86, IC 95% 0.30-2.43, p=0.78). La tasa de hemorragia mayor fue comparable entre ambos grupos (OR 1.00, IC 95% 0.25-3.92, p=0.999). No obstante, 6 pacientes con terapia de reperfusión presentaron recurrencia de EP, a diferencia del grupo control, en el que ninguno de los pacientes tuvo EP recurrente (diferencia de riesgo 0.08, IC 95% 0.02-0.14). Los resultados fueron similares en los análisis de regresión logística multivariable (Figura).

Tabla. Características basales de los pacientes con EP y trombos en cavidades derechas.

| | Antes de Propensity-Score Matching | | | Después de Propensity Score Matching | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------------------|------------------------------------|---------|
| | Terapia de reperfusión* N= 102 | No terapia de reperfusión* N=341 | P-valor | Terapia de reperfusión* N=82 | No terapia de reperfusión* N=82 | P-valor |
| Demográficas | | | | | | |
| Edad (años, media ± SD) | 58.8 (17.5) | 64.4 (17.2) | 0.003 | 59.1 | 58.9 | 0.94 |
| Comorbilidades | | | | | | |
| Fallo cardiaco (%) | 17.6 | 15.0 | 0.51 | 14.6 | 15.9 | 0.83 |
| Cáncer activo (%) | 14.7 | 22.3 | 0.10 | 14.6 | 13.4 | 0.82 |
| Inmovilización (%) | 38.2 | 24.3 | 0.006 | 35.3 | 31.7 | 0.62 |
| Signos vitales | | | | | | |
| Frecuencia cardiaca (lpm) | 112.7 | 96.3 | <0.001 | 108.4 | 108.7 | 0.94 |
| Presión arterial sistólica (mmHg) | 101.9 | 121.5 | <0.001 | 107.8 | 107.3 | 0.91 |
| Saturación oxígeno <90% (%) | 46.0 | 22.9 | <0.001 | 39.0 | 40.2 | 0.87 |

*: En los primeros 3 días, SD: standard deviation.

Figura. Resultados con y sin reperfusión.



CONCLUSIONES

Dado que la terapia de reperfusión no presenta beneficio en la supervivencia y se asocia con mayor recurrencia de EP en pacientes con EP y trombos en cavidades cardiacas derechas hemodinámicamente estables, sería prudente evitar su uso rutinario en estos casos.

Ortega Michel C¹, Fernandez de Roitegui K¹, Poyo Molina J¹, Elorza Sagasta Irantzu¹, Sanchez de Toro MA¹, Montero De la Peña A², Bermudez Ampudia C³, Lobo Beristain JL¹.

- 1Servicio de Neumología, 2Servicio de Med Nuclear, 3Unidad de Investigación de la OSI Araba

INTRODUCCIÓN

- La conveniencia de proceder a una búsqueda activa de neoplasias ocultas en los pacientes que han padecido un Evento Tromboembólico Venoso (eTEV) idiopático, sigue estando en discusión-
- Recientemente se ha propugnado la utilización de un score validado que reduce la población diana aumentando significativamente la rentabilidad de la búsqueda (score JPmodificado).

OBJETIVO

- Analizar valor de previsión, en nuestro medio, del score JPmodificado, en una cohorte de pacientes cuya evolución clínica se controló por protocolo, en un estudio longitudinal (24 meses) de incidencia de Hipertensión Pulmonar Postembólica Crónica (Estudio OSIRIS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron los datos que proporcionaban los pacientes que se incluyeron en nuestro hospital para el estudio OSIRIS.

RESULTADOS

- La cohorte la componían 272 pacientes (54% varones) con una mediana de edad de 69 (52-78) años.
 - 53 antecedente de neoplasia ya previamente conocida (19.48% [IC95: 14.95-24.70])
 - 219 restantes
 - 49 (22,37% [IC95: 17.04-28-48]) → eTEV secundarios a otros factores de riesgo.
 - 170 Idiopaticos
 - 3 fueron diagnosticados de neoplasia durante el proceso diagnóstico
 - 167 iniciaron un seguimiento clínico con revisiones a los 3,6,12 y 24 meses
 - 9 (5,38 % [IC95: 2.48-9.93]) → neoplasia maligna
 - Incidencia neoplasia:
 - 48 pacientes Score (+) → 6,25% (3/48)
 - 119 pacientes Score (-) → 5,04% (6/119)

| | | NEOPLASIA | | |
|---------------------|---|-----------|-----|-----|
| | | SI | NO | |
| Score JP modificado | + | 3 | 45 | 48 |
| | - | 6 | 113 | 119 |
| | | 9 | 158 | 167 |

CONCLUSIÓN

- Aunque la incidencia de neoplasia oculta en nuestra serie es similar a la descrita en la Literatura, el valor operativo del score JPmodificado en nuestro medio para la selección de pacientes susceptibles de ser sometidos a búsqueda activa de neoplasia oculta tras un eTEV Idiopático es decepcionante.

VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON DM DUCHENNE EN NUESTRO CENTRO

E. Garay, S. Pedrero, V. Cabriada, S. Castro, B. Ortiz de Urbina, P. Sobradillo, M. Iriberry, J. Andia, M. Santiago
Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia

La distrofia muscular Duchenne (DMD) es una distrofia hereditaria ligada al cromosoma X. La causa más frecuente de muerte en estos pacientes es el fracaso ventilatorio, sin embargo desde la introducción de la VM en el tratamiento ha aumentado significativamente la esperanza de vida.

Objetivo:

Describir las características de los pacientes con DMD tratados en nuestro hospital en los últimos 20 años.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes DMD desde 1998-2018. Se recogieron los siguientes datos: edad, afectación cardiaca, fecha de muerte, uso de VM, edad de inicio de la misma y si fue electivo o tras una agudización, modo ventilatorio aplicado, uso de cough assist, gastrostomía e intervención quirúrgica de escoliosis. Se analizaron las pruebas funcionales (espirometría, presiones y gasometría arterial) y test de sueño previas a al inicio de terapia respiratoria.

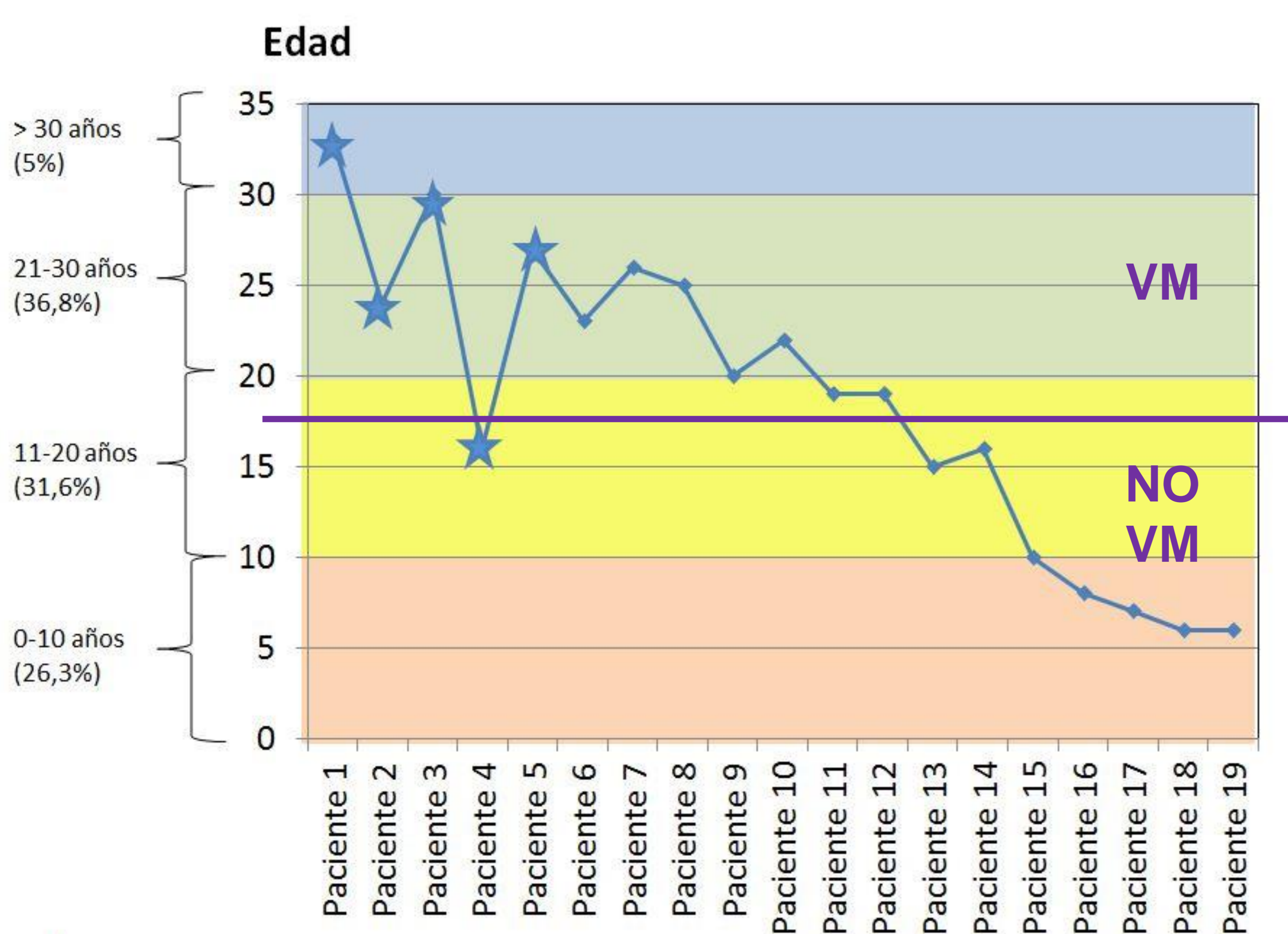
Resultados

19 varones con DMD han sido valorados en nuestro centro. Las edades actuales están representadas en la Gráfica 1. Durante este tiempo, 5 pacientes fallecieron con una edad media de 26 +/- 6,52 años

11 pacientes (57,8%) han requerido VM y 7 se encuentran en seguimiento actual por NML de adultos (4 fallecidos). El 57,8% de los pacientes precisan Cough Assist y el 10,5% gastrostomía. La afectación cardiaca está presente en el 57,8%. El 36,8% han sido intervenidos de escoliosis.

Los parámetros de la VM y las pruebas complementarias previas a la VM se encuentran en la tabla 1. A partir del año 2017 se ha iniciado una valoración conjunta Pediatría-Neumología en 2 casos y hay 1 paciente en fase de coordinación. Con anterioridad, no existía un paso coordinado conjunto.

Grafica 1. Edades actuales de los pacientes con DMD en nuestro centro



★ Fallecidos

Conclusiones

- ❖ La DM Duchenne es poco frecuente en nuestro medio pero en la actualidad el 57,8% se encuentra en seguimiento por NML de adultos. Todos ellos requieren ventilación mecánica y Cough assist.
- ❖ La mayoría de las veces la VM se inicia en la adolescencia y en el 45,4% de los casos se inicia durante un proceso agudo.
- ❖ En los últimos años, se ha iniciado un proceso de coordinación entre Pediatría y NML adultos para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

Tabla 1. Características de la ventilación mecánica en pacientes Duchenne. n=11 pacientes

* Datos en mediana y rangos

| | |
|-----------------------------------|--|
| EDAD DE INICIO (AÑOS) | 19 (15 – 25) |
| MANERA DE INICIARLA | <ul style="list-style-type: none"> • Programada 6/11 (54,6%) • Tras agudización 5 /11(45,4%) |
| USO MEDIO DIARIO (HORAS) | 10 (2 – 24) |
| AÑOS CON VM | 6 (1 – 9) |
| TIPO DE VENTILACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • Invasiva 1/11 (9,1%) • No invasiva 10/11 (90,9%) |
| MODO VENTILATORIO | <ul style="list-style-type: none"> • Presiométrico 8/11 (72,7%) • Volumétrico 3/11 (27,2%) |
| IPAP | 16 (12 – 18) |
| EPAP | 5 (4 – 6) |
| FVC (%) | 31 % (16 – 56) |
| FEV1 (%) | 34% (19 – 66) |
| PIM | 37 (17 – 52) |
| PEM | 34 (20 – 75) |
| PCO2 | 47 (38 – 94) |
| PO2 | 78 (52 – 93) |
| POLIGRAFIA RESPIRATORIA REALIZADA | 7/11 (63,6%) |
| IAH | 10 (2 – 27) |
| SATO2 MEDIA NOCTURNA | 94% (93 – 97) |
| CT 90 | 1% (0 – 85) |