



LIBRO DE XL CONGRESO
SOCALPAR
SANTANDER
23-25 SEPTIEMBRE 2.021

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|---------|
| Junta Directiva Socialpar | Pág. 2 |
| Comité Científico | Pág. 3 |
| Comité Enfermería | Pág. 3 |
| Comité Organizador | Pág. 4 |
| Programa Científico | Pág. 5 |
| Programa Científico Enfermería | Pág. 10 |
| Comunicaciones Presentadas Como Comunicación Oral | Pág. 11 |
| Comunicaciones Aceptadas | Pág. 21 |
| Ponentes y Moderadores | Pág. 74 |

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:

Dr. D. Graciliano Estrada Trigueros

Vice-presidente:

Dr. D. Tomas Ruiz Albi.

Secretario:

Dr. D. Víctor Mora Cuesta.

Tesorera:

Dra. D^a. Carmen Fernández García.

VOCALES:

Ávila: Dr. D. Jesús Hernández Hernández

Burgos: Dr. D. Javier Minguito de la Iglesia

Cantabria: Dr. D. Carlos Antonio Amado Diago

León: Dra. D^a. Silvia Fernández Huerga

Palencia: Dra. D^a. Mónica Sánchez García

Salamanca: Dra. D^a. Soraya Jodra Sánchez

Segovia: Dr. D. José Manuel Gallardo Romero

Soria: Dra. D^a. Lorena Martínez Romero

Valladolid: Dra. D^a. Ana Isabel García Onieva

Zamora: Dra. D^a. Cecilia Alonso Mediavilla

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dra. D^a Silvia García García

Vocales:

Dra. D^a Nuria Novoa Valentín

Dr. D. Santiago Juarros Martínez

Dr. D. Javier Juan García

Dr. D. Miguel Iglesias Heras

D^a Begoña Martínez Durán

COMITÉ ENFERMERÍA

Coordinadora:

D^a Yolanda Martín Vaquero

Vocales:

D^a M^a Dolores Carrión Pérez

D^a Gloria Martínez González

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. D. Carlos Amado Diago

Vicepresidente:

Dr. D. Jose Manuel Cifrián Martínez

Secretaria:

Dr. D^a. Sonia Fernández Rozas

Tesorero:

Dr. D. Victor Manuel Mora Cuesta

Vocales:

Dr. D^a. Sandra Tello Mena

Dr. D^a. Marta Cabello Nájera

Dr. D. Carlos Queipo Corona

Dr. D. Félix Romay Diez

Dr. D. David Iturbe Fernández

Dr. D. Juan José Ruiz Cubillán

Dr. D. Miguel Ángel Zabaleta Murguiondo

Dr. D^a. Adriana Manrique Mutiozabal

PROGRAMA CIENTÍFICO SOCALPAR 2021

PRECONGRESO

TALLER ENFERMERÍA-ASMA (Hotel Silken Coliseum)

NOVARTIS

Jueves 23 de septiembre de 2021

- | | |
|---------------|--|
| 16:00 – 16:10 | Presentación Graciliano Estrada Trigueros. Presidente SOCALPAR Jacinto Ramos González. Coordinador del Grupo de Asma SOCALPAR Yolanda Martin Vaquero. Coordinadora del Grupo de Enfermería SOCALPAR322 |
| 16:10 – 17:00 | Organización y Gestión de una Consulta de Enfermería en Asma Grave M ^a Itziar Arrizubieta Basterrechea. Enfermera. Hospital de Galdácano. Vizcaya |
| 17:00 – 18:00 | Plan de acción para el asma: autoconocimiento de la patología y estrategias de control ambiental Jenifer Marcos Sierra. Responsable de Enfermería de la Unidad de Neumología de Consultas Externas. Complejo Asistencial de Ávila |
| 18:10 – 19:00 | Tratamiento para el asma: terapia inhalada y fármacos biológicos. Evaluación de la adherencia terapéutica María Luisa Rodríguez Fidalgo. Enfermera Neumología. Hospital de Laredo (Cantabria) |
| 19:00 – 19:50 | Habilidades de comunicación eficaz con el paciente con Asma Grave Sonia M ^a Martín González. Psicólogo. Salamanca. |
| 19:50 – 20:00 | Conclusiones. Evaluación. Encuesta satisfacción Yolanda Martin Vaquero. Coordinadora del Grupo de Enfermería SOCALPAR Jacinto Ramos González. Coordinador del Grupo de Asma SOCALPAR |

PROGRAMA CIENTÍFICO SOCALPAR 2021

Jueves 23 de septiembre de 2021

19:30 Acto Inaugural. Palacio de la Magdalena. Hall Real

Viernes 24 de septiembre 2021

08:30 Entrega de documentación. Sede del Congreso: Hotel Bahía. 1ª planta

09:00 Bienvenida al congreso

Graciliano Estrada Trigueros (Presidente de Socalpar)

Carlos Antonio Amado Diago (Presidente del Congreso Socalpar)

09:15 Trasplante Pulmonar. Criterios de selección, inmunosupresión y resultados.

Ponentes: Víctor Mora Cuesta (S. Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander)

Sara Naranjo Gonzalo (S. Cirugía Torácica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander)

Moderadora: Alicia de Pablo Gafas (S. Neumología. Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid)

10:15 “Más vida para el paciente respiratorio”. Patrocinado por GSK.

Redes en vida real de efectividad y seguridad en asma grave eosinofílica en España”. Enrique Macías Fernández. FEA Neumología. Hospital Clínico Universitario (Valladolid)

Vacunación en el paciente adulto respiratorio – Virginia Fernández Espinilla. Jefe de Unidad del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario (Valladolid). Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Profesor Asociado Sanitario de la Universidad de Valladolid.

Moderador: Dr. Juan Luís García Rivero. Hospital. FEA Neumología. Universitario Marqués de Valdecilla

PROGRAMA CIENTÍFICO SOCIALPAR 2021

- 11:15 Descanso. Café
- 11:45 Debate: “Sistemas simplificados para diagnóstico de SAHS: ¿son útiles para reducir las listas de espera?”
Dr. Félix del Campo. Neumólogo. Jefe de Servicio del Hospital Río Hortega de Valladolid.
Dr. María Ángeles Sánchez Quiroga. Neumóloga. Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.
Moderadora: Marta Cabello. Neumóloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- 12:45 Informe del comité científico
- 13:15 Tratamientos antifibróticos en las neumopatías intersticiales fibrosantes no FPI.
(Patrocinado por Boehringer).
Ponente: Dr. David Iturbe Fernández. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Moderadora: Teresa Peña Miguel. Hospital de Burgos.
- 14:15 Almuerzo de trabajo en el Hotel Bahía
- 16:00 Comunicaciones orales
- 17:30 Avances terapéuticos en la infección por SARS-Cov2. (30 minutos)
Ponente: Dr. Juan José Ruiz Cubillán. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- 18:30 Asamblea General de Socios
- 20:00 Fin de las actividades

PROGRAMA CIENTÍFICO SOCALPAR 2021

Sábado 25 de septiembre de 2021

- 09:00 Tertulia: “Afectación pulmonar en enfermedades reumatológicas”
Moderadora: Dra. Elena Bollo de Miguel (Servicio de Neumología. Hospital de León)
Ponentes: Dr. José Manuel Cifrián Martínez. (Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander)
Dra. Belén Atienza Mateo. (Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander)
- 10:00 Simposium Astra-Zeneca
Nuevas terapias en Asma. Dr. Luis Carazo. Complejo Asistencial Universitario de León.
Triple terapia en EPOC Dr. Carlos Antonio Amado Diago. Neumólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Moderadora: Ana Bustamante Ruiz S. Neumología Hospital de Sierrallana.
- 11:00 Café
- 11:30 Simposium Sanofi
Fenotipado: Biomarcadores, diagnóstico y seguimiento según las guías. Dra. Laura Juez García. Hospital General de Segovia.
Foco en el paciente: Comorbilidades y abordaje multidisciplinar. Dra. Beatriz Abascal Bolado. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Manejo de la rinosinusitis crónica con poliposis nasal. Dr. Jaime Santos Pérez. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Conclusiones y preguntas.
Moderador: Jacinto Ramos. Hospital Universitario de Salamanca.

PROGRAMA CIENTÍFICO SOCALPAR 2021

12:30 Secuelas post-covid-19

Secuelas pulmonares. Dra. Sandra Tello Mena Neumóloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Secuelas Neurológicas post-covid-19. Dr. Eloy Manuel Rodríguez Rodríguez Neurólogo Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Moderador: Dr. Juan Ortiz de Saracho. . Neumólogo. Director Médico del Hospital de León.

13:30 Conferencia “Memorial Carmen Paredes”

14:15 Clausura del Congreso

PROGRAMA CIENTÍFICO ENFERMERÍA SOCALPAR 2021

Sábado 25 de septiembre de 2021

- 09:00 Plan de Cuidados estandarizado: Infección por SARS CoV-2 (Covid 19).

 Ponente: Ester González Fernández. Enfermera Unidad hospitalización
 Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

 Moderadora: Lorena Folgado Temprano. Supervisora Neumología. Complejo
 Asistencial de Zamora.
- 10:00 Innovar y colaborar para cuidar

 Ponente: Mercedes Rodríguez Rodríguez. Enfermera Consulta Neumología.
 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- 11:00 Café
- 11:30 Horizontes para la enfermera respiratoria. Competencias avanzadas en
 cuidados respiratorios

 Ponente: David Díaz Pérez. Enfermero. Coordinador enfermería SEPAR.

 Moderadora: Gloria Martínez González. Enfermera. Comité Enfermería SOCALPAR.
- 12:00 Enfermería en SOCALPAR: 10 años después

 Ponentes:

 Yolanda Martín Vaquero. Coordinadora de Enfermería SOCALPAR

 David Díaz Pérez. Enfermero. Coordinador enfermería SEPAR

 Olga Quintano Rodríguez. Supervisora Unidad de Hospitalización de
 Neumología e Unidad de Trastornos del Sueño y Ventilación. Santander.

 Moderadora; María Dolores Carrión Enfermera. Comité Enfermería SOCALPAR
- 13:30 Conferencia “Memorial Carmen Paredes”
- 14:15 Clausura del Congreso

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS COMO COMUNICACIÓN ORAL

-1-

Presentador:

Santiago Antonio Juarros Martínez

Título:

PREVALENCIA Y PERFIL DE CONSUMO DE CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Autores:

Santiago Antonio Juarros Martínez, Beatriz Villaescusa González, María Isabel Muñoz Díez, Belén Muñoz Díaz, David Vielba Dueñas, Isabel Ramos Cancelo, Enrique Macías Fernández, Sofía Jaurrieta Largo, María José Chourio Estaba, Marta Belver Blanco, Eduardo Solís García, Ester Rodríguez Flórez, Lourdes Del Río Sola

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo:

El uso de cigarrillos electrónicos (ecig) es prevalente en adultos jóvenes. Los estudiantes universitarios son una población de riesgo para su consumo, con una prevalencia y perfil de uso poco conocidos. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer dicha prevalencia e identificar factores relacionados con el consumo de ecig en este tipo de población.

Metodología:

Estudio descriptivo. Encuesta anónima y voluntaria a estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre consumo de ecig: perfil de uso, consumo en su entorno, actitud frente al ecig (percepción de daño, utilidad para el abandono del cigarrillo manufacturado (mcig), permisividad). Análisis estadístico comparativo de variables (Chi2, t-Student) y modelos de regresión multivariante. Significación estadística ($p < 0.05$).

Resultados:

605 encuestados, 73.1% mujeres, edad media 21.6 años (DS 3.9). En general, el 98.8% piensa que el ecig no es perjudicial, el 47% opina que el ecig es más saludable que el mcig (sobre todo mujeres: OR 1.7; IC95% 1.2-1.5, p0.006) y el 41.5% cree que el ecig ayudaría al abandono del mcig. Casi el 10% defiende que el ecig debería permitirse legalmente (sobre todo mujeres: OR 2.4; IC95% 1.3-4.3, p0.003). El 12.8% de los estudiantes que nunca ha consumido ecig estaría dispuesto a probarlo (p<0.001) y conocen a una media de 2 personas (DS 2.8) que lo utiliza (p0.039). La prevalencia de consumo de ecig en los encuestados es del 8.3%, con una edad de inicio media a los 20.4 años (DS 3.5), un consumo medio diario de 3 ecig (50% con nicotina), uso esporádico en el 94% de los casos y uso dual en el 38% (en estos casos la motivación para el abandono de mcig es baja: 4.6/10; p0.047). El 22% de los usuarios de ecig no lo abandonarían a pesar de conocer su toxicidad. De ellos el 81.8% lo ve como ayuda para el abandono de mcig (p0.017), el 63.6% son consumidores duales (p0.047) con menos motivación para abandonar su mcig (3.6/10 vs 6.3/10; p0.013) y con un nivel de satisfacción al consumir su ecig más elevado (6.4/10 vs 4.3/10; p0.025) que los estudiantes que sí dejarían de usar ecig por su toxicidad.

Conclusiones:

Una gran proporción de los encuestados se muestra partidaria del ecig. Numerosos estudiantes estarían dispuestos a usarlo influidos por su entorno y su actitud favorable hacia el mismo. La prevalencia del consumo de ecig ha resultado elevada, con casos que no lo abandonarían a pesar de su toxicidad, creyendo que les puede ayudar a dejar de fumar mcig. Son necesarias campañas de información hacia nuestros estudiantes para cambiar sus falsas creencias sobre el ecig, evitar el inicio en su consumo y reducir su prevalencia. Los usuarios duales deben recibir más apoyo ya que están menos motivados y menos sensibilizados al daño del ecig.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS COMO COMUNICACIÓN ORAL

-4-

Presentador:

Laura González Ramos Trabajo médicos residentes

Título:

FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN UNA COHORTE DE PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

Autores:

Laura González Ramos, Laura Sánchez Moreno, Noelia Borja Vargas, Joy S Osorio Chávez, Marta Cristeto Porras, Lucía Huidobro Bringas, Sergio García Martín, Teresa Díaz de Terán, Sandra Tello Mena, Diego Ferrer-Pargada, Amaya Martínez Meñaca, Carlos A Amado Diago, Beatriz Abascal Bolado, David Iturbe Fernández, José M Cifrián Martínez, Víctor M Mora Cuesta

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivo:

El cáncer de pulmón (CP) es el 2º tumor más frecuente y el que presenta mayor mortalidad. El tratamiento curativo, la resección quirúrgica completa, se realiza únicamente en los estadios I y II (30% al diagnóstico). Las complicaciones postquirúrgicas son relativamente frecuentes. El objetivo es describir nuestra cohorte de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón, e identificar los posibles factores de riesgo (FR) relacionados con la aparición de complicaciones postoperatorias a los 30 días.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes operados de CP entre el 01-01-2005 y el 31-12-2018. Se realizó un seguimiento a los pacientes durante una mediana de 42,96 (13,96 – 86,6) meses. Se recogieron datos clínicos, de la intervención quirúrgica y del postoperatorio, así como datos de la supervivencia. Se realizó un análisis comparativo entre los pacientes con y sin complicaciones postquirúrgicas intervenidos de CP.

Resultados:

Se incluyeron 783 pacientes con una edad de $65 \pm 10,31$ años, 77,5% hombres. La mediana del Índice de Charlson fue de 5 (4-6). El 87% de los pacientes fumaba o era exfumador. El 43,6% era hipertenso y el 17,4% diabético. Respecto a las comorbilidades previas a la cirugía el 30,9% presentaba EPOC, el 11,4% cardiopatía isquémica y el 8% fibrilación auricular. Se utilizó la toracotomía como abordaje quirúrgico en el 56,6% y la VATS en el 43,4%, con una tasa de reconversión a abierta del 8,8%. Se realizó lobectomía al 90,2% de los pacientes, principalmente del LSD (30,5%) y LSI (22,5%).

Respecto a las complicaciones postquirúrgicas, las más frecuentes fueron la fuga aérea persistente (25,3%) y la necesidad de transfusión de hematíes (17,2%). Otras complicaciones fueron la aparición de arritmia (6,1%), el desarrollo de neumonía o infección respiratoria (6,6%), empiema (2,8%) y la infección de la herida quirúrgica (1%). El 5,1% requirió reintervención quirúrgica y el 3,6% ingreso en la UCI, con una mediana de estancia de 4 días (2,25 – 13).

De entre los factores de riesgo se encontraron:

- Relacionados con el paciente: la edad y el sexo masculino se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones ($p=0,002$ ambos). También el estado general previo a la intervención, medido mediante diferentes escalas (Índice de Charlson [$p<0,001$], ASA [$p=0,012$], ECOG [$p<0,001$]). El hábito tabáquico activo, el IMC, y diversas comorbilidades (fibrilación auricular [$p=0,008$], la cardiopatía isquémica [$p=0,009$], el EPOC [$p<0,001$] y la arteriopatía periférica [$p=0,025$]) resultaron ser FR asociados al desarrollo de las complicaciones citadas previamente. El FEV1 previo a la intervención también se asoció a la aparición de estas, tanto se valorase en mililitros ($p<0,001$) como en porcentaje ($p=0,017$).
- Relacionados con la propia intervención: el abordaje quirúrgico se comportó como FR para el desarrollo de complicaciones, siendo más frecuentes en las toracotomías.
- Relacionados con el tumor: la histología ($p=0,018$) (adenocarcinoma y epidermoide) y la T ($p=0,049$), también se asociaron al desarrollo de las mismas, no siendo así el estadiaje ni la extensión del tumor (NM).

Por otra parte, la aparición de complicaciones se asoció con una mayor estancia en UCI ($p<0,001$), una mayor necesidad de reintubaciones ($p<0,001$), una mayor estancia hospitalaria ($p<0,001$) y un mayor número de reingresos hospitalarios antes de los 30 días ($p<0,001$). Además, mostró tendencia a asociarse a una mayor mortalidad, aunque sin alcanzar la significación estadística ($p=0,06$).

Conclusiones:

Los pacientes de más edad y con más enfermedades concomitantes - y por tanto peor estado general, tienen mayor riesgo de desarrollo de complicaciones tras la intervención quirúrgica. La histología y la T, así como el abordaje por toracotomía, también se asociaron a mayor número de las mismas. Sin embargo, aunque dichas complicaciones suponen un aumento de la morbilidad y del tiempo de estancia hospitalaria, su asociación con un aumento de la mortalidad no es clara. Se debe optimizar en la medida de lo posible el estado general y considerar aquellos pacientes con más posibilidades de desarrollo de complicaciones para realizar un seguimiento aún más estrecho.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS COMO COMUNICACIÓN ORAL

-8-

Presentador:

Hernández Hernández Jesús Reyes

Título:

UTILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE TELECONSULTAS DIRECTAS ENTRE NEUMOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE ÁVILA.

Autores:

Hernández Hernández Jesús R, Tapias Del Pozo José A, Lobato Astiárraga Ignacio, López Zubizarreta Marco, Andrés Porras Ana M, Guevara Velázquez Virginia, Martínez Roldán Luis, Hurtado Losáñez Antonio, Jiménez Crespo Fernando, Nieto Pajares Juan.

Centro de trabajo:

Sección de Neumología y Servicio de Informática del Hospital N.S. de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila

Objetivo:

Desde 2017 tenemos implantada una tele-consulta (TC) entre médicos de Neumología y de Atención Primaria (MAP) del Área de Salud de Ávila, inicialmente a través del Servicio de Admisión, pero desde junio de 2020 se realiza de manera directa: neumólogo-MAP. Nuestro objetivo es analizar utilidad de esta última en los primeros 14 meses de funcionamiento.

Metodología:

Estudio de las TC realizadas en Ávila entre el 15 de junio de 2020 y el 14 de agosto de 2021 a través de la web institucional SACyL. Los MAP informaban sobre: teléfono de contacto, tabaquismo, antecedentes clínicos, motivo de consulta, tratamiento y realización de RX o espirometría. La respuesta de Neumología, en menos de 24 horas, incluye: valoración, práctica de la cita (lugar, preferencia, etc.) y consulta específica (general, sueño, oxígeno, etc.).

Resultados:

Se han recibido 1.432 peticiones, media mensual de 105,2 (rango: 50 en julio 20 - 155 en marzo 21) y media diaria 4,89 (rango: 2,17 en julio 20 – 7,26 en abril 21). El tiempo medio de resolución ha sido 5 minutos (rango: 1 - 20 minutos), media diaria 24,4 minutos (rango: 10,8 - 36,3 minutos)

280 (19,55%) de las 1.432 TC no contenían información para tomar decisiones, la mayoría debido a problemas informáticos, y 1.152 (80,45%) eran válidas. En estas se han encontrado los siguientes datos de cumplimentación por los MAP: teléfono 53,1%; tabaquismo 72,4%; enfermedad previa general 79,3% y respiratoria 66,2%; motivo de consulta 97,3%; tratamiento respiratorio 56,8%; fecha de RX 38,7% y de espirometría 0%.

De las 1.152 TC válidas, desde Neumología hemos derivado a nuestra consulta 895 (77,7%), concretamente 648 (56,25% de las válidas) como paciente nuevo ordinario, 159 (13,8%) como nuevo preferente y 88 (7,65%) como revisiones. La mayoría, 660 enfermos (57,3% de las TC válidas) se han citado en la consulta general, 225 (19,53%) en las de sueño/ventilación/O₂ y 10 (0,87%) sólo para función pulmonar.

No hemos derivado a consulta externa las TC de 257 pacientes (22,3% de las válidas): 39 (3,38%) por rechazo/errores, 55 (4,77%) eran aclaraciones o cambios y 163 (14,15%) por resolución clínica del problema mediante la TC. De estos 88 (7,64%) relacionados con la consulta de O₂, sueño o ventilación y 75 (6,51%) con la consulta general No se ha podido estudiar la repercusión de las TC en la reducción de las listas o tiempos de espera por la alteración que ha ocasionado la enfermedad COVID-19 en este tiempo.

Conclusiones:

1. En estos 14 meses hemos recibido 1.432 TC desde Atención Primaria, aunque, por problemas técnicos, casi una de cada cinco no contenían datos suficientes.
2. Exceptuando la espirometría, la cumplimentación de los distintos apartados de la solicitud por los MAP puede considerarse aceptable o buena.
3. Desde Neumología seleccionamos y dirigimos las solicitudes, adjudicamos su prioridad, aclaramos dudas y resolvemos definitivamente el 14,15% de los problemas clínicos sin que el paciente tenga que acudir o ponerse en contacto con nosotros.
4. Aunque consume un tiempo, por ahora razonable, consideramos que este sistema de TC entre Neumólogos y MAP resulta realmente útil para nosotros y nuestros pacientes.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS COMO COMUNICACIÓN ORAL

-20-

Presentador:

Clara Forcada Trabajo Médico residente

Título:

EL ABORDAJE ROBÓTICO DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR CÁNCER DE DISMINUYE EL REINGRESO POSTOPERATORIO.

Autores:

C. Forcada, N. Novoa, M. Fuentes, M.T. Gómez, J.L. Aranda, M. Jimenez

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Objetivo:

El reingreso hospitalario es un indicador más de la calidad de la atención. Es vivido como algo muy negativo por el paciente ya que aumenta mucho su sufrimiento. El objetivo de este estudio es analizar el reingreso hospitalario tras cirugía de resección pulmonar mayor realizada a través de tres tipos de abordajes: VATS, RATS y toracotomía en los últimos 3 años y medio desde que el programa de cirugía mínimamente invasiva está plenamente activo completada la curva de aprendizaje.

Metodología:

Revisión retrospectiva de casos operados de forma programada y consecutiva desde 1/01/2018 hasta el 30/06/2021. Todos los datos se han obtenido de una base de datos prospectiva y con doble control de calidad. Además, la información sobre el reingreso se ha obtenido de la historia clínica electrónica y mediante llamada telefónica al paciente. Se ha analizado el reingreso urgente en cualquier hospital de la comunidad hasta 30 días después del alta por año y tipo de abordaje. Las variables independientes recogidas han sido demográficas, de comorbilidad, tipo de abordaje y año de la cirugía, complicaciones postoperatorias y razón del reingreso. Se ha realizado un estudio descriptivo de la población y un análisis comparativo mediante tablas 2x2 y Test exacto de Fisher.

Resultados:

617 paciente operados en el tiempo de estudio. Edad: 67,3años (RIQ:12,8); IMC:26,1 (RIQ:5,73); FEV1%: 74 (RIQ:27). Se realizaron 168 procedimientos en 2018, 189 en 2019, 164 en 2020 y 96 en 2021. Según abordaje: 115 casos por RATS, 358 por VATS (tres puertos) y 144 por toracotomía o esternotomía. 66 pacientes (10,98%) fueron reingresados. Por años, la tasa de reingreso fue del 13,1%, 9,57%, 9,68% y 12, 22% (de 2018 a 2021 respectivamente). Por vía de abordaje la tasa fue del 4,46% en RATS, 12% en VATS y 13,6% en cirugía abierta. Al comparar la tasa de reingresos de toracotomía frente a la mínima invasión (13,5% vs 10,2%) ésta no fue estadísticamente diferente ($X^2 = 1,2$ $p=0,26$). Sin embargo, al comparar los abordajes VATS y RATS la diferencia fue significativa: 12% vs 4,46% ($X^2 = 5,3$ $p=0,02$) pese a registrar igual tasa de complicaciones (31,28% vs 23,48%; $X^2 = 2,55$ $p=0,11$).

Conclusiones:

El abordaje robótico de la cirugía de resección pulmonar mayor en nuestra unidad ha disminuido significativamente el reingreso urgente de los pacientes operados por cáncer de pulmón lo que significa una mejora en la calidad de la atención dispensada y percibida.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PRESENTADAS COMO COMUNICACIÓN ORAL

-24-

Presentador:

Carmen López Garay

Título:

SECUELAS PARENQUIMATOSAS TRAS INFECCIÓN POR SARS-COV-2: SEGUIMIENTO EN CONSULTA MONOGRÁFICA

Autores:

Carmen López Garay; Cristina Menéndez Sánchez; Yanira Chuquimia Mendoza; Pablo Franco Suárez; Javier Juan García; Luis Carazo Fernández; Juan Ignacio López Fernández; Elena Bollo de Miguel.

Centro de trabajo:

Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivo:

La pandemia por SARS-COV-2 ha supuesto un cambio en la organización y forma de trabajar en los servicios de Neumología. Como causa de esta nueva enfermedad, una vez superada la fase aguda, se ha generado la necesidad de seguimiento en consultas externas para valorar posibles secuelas y su manejo a medio-largo plazo. El objetivo de este estudio es describir el perfil epidemiológico, comorbilidades respiratorias y función respiratoria, así como las secuelas pulmonares a medio plazo en pacientes en seguimiento en consultas externas tras infección por SARS-CoV2.

Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo sobre base de datos prospectiva en pacientes valorados en la consulta monográfica de COVID 19 del Complejo Asistencial Universitario de León desde junio de 2020 a Agosto de 2021.

Resultados:

Fueron vistos 401 pacientes en la consulta de COVID 19; de los cuales 76 (19%) se incluyeron en el estudio por presentar algún tipo de secuela pulmonar tras la infección. 62 varones. Edad media 67 ± 9 años. Un 67% de los pacientes eran exfumadores o fumadores activos. Del total, 16 pacientes (21%) presentaban alguna patología pulmonar previa a la infección (EPOC, asma bronquial, secuelas de TBC, bronquiectasias, EPID). 47 (62%) pacientes precisaron ingreso en planta, 21 (28%) requirieron trasladado a UCI y 8 (10%) no estuvieron ingresados. Se realizaron pruebas de función respiratoria durante el seguimiento, observándose una disminución de la capacidad vital forzada (FVC) en 17 de los pacientes (22%), con una media total de la FVC del 98%. 51 (67%) presentaron disminución en la difusión (DLco) con una media del 64%. 6 pacientes fueron diagnosticados de EPID durante el seguimiento. 41 (54%) de los pacientes presentaban secuelas fibróticas, 6 (8%) bronquiectasias y 29 (38%) Neumonía Organizada secundaria a la infección de las cuales hasta la fecha 26 (90%) se han resuelto. La media de seguimiento de estos pacientes que presentan secuelas pulmonares es de $4,5 \pm 4$ meses; habiendo sido dados de alta un 53% (40) de los pacientes.

Conclusiones:

1.-Pese a la gravedad de la neumonía por SARS-COV-2 en fase aguda, las secuelas pulmonares son escasas. En nuestra serie el 19%, de los cuales el 34% son neumonía organizada que se ha resuelto 2.-Existe una gran discrepancia en cuanto a la afectación de la función pulmonar entre la FVC y la DLco como se observa en otras series.

3.-El abordaje integral de los pacientes en el seguimiento permite el diagnóstico de otro tipo de patologías desenmascaradas a raíz de la neumonía aguda por SARS-COV-2, entre ellas EPID.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-1-

Presentador:

Santiago Antonio Juarros Martínez

Título:

PREVALENCIA Y PERFIL DE CONSUMO DE CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Autores:

Santiago Antonio Juarros Martínez, Beatriz Villaescusa González, María Isabel Muñoz Díez, Belén Muñoz Díaz, David Vielba Dueñas, Isabel Ramos Cancelo, Enrique Macías Fernández, Sofía Jaurrieta Largo, María José Chourio Estaba, Marta Belver Blanco, Eduardo Solis García, Ester Rodríguez Flórez, Lourdes Del Río Sola

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo:

El uso de cigarrillos electrónicos (ecig) es prevalente en adultos jóvenes. Los estudiantes universitarios son una población de riesgo para su consumo, con una prevalencia y perfil de uso poco conocidos. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer dicha prevalencia e identificar factores relacionados con el consumo de ecig en este tipo de población.

Metodología:

Estudio descriptivo. Encuesta anónima y voluntaria a estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre consumo de ecig: perfil de uso, consumo en su entorno, actitud frente al ecig (percepción de daño, utilidad para el abandono del cigarrillo manufacturado (mcig), permisividad). Análisis estadístico comparativo de variables (Chi2, t-Student) y modelos de regresión multivariante. Significación estadística ($p < 0.05$).

Resultados:

605 encuestados, 73.1% mujeres, edad media 21.6 años (DS 3.9). En general, el 98.8% piensa que el ecig no es perjudicial, el 47% opina que el ecig es más saludable que el mcig (sobre todo mujeres: OR 1.7; IC95% 1.2-1.5, p0.006) y el 41.5% cree que el ecig ayudaría al abandono del mcig. Casi el 10% defiende que el ecig debería permitirse legalmente (sobre todo mujeres: OR 2.4; IC95% 1.3-4.3, p0.003). El 12.8% de los estudiantes que nunca ha consumido ecig estaría dispuesto a probarlo (p<0.001) y conocen a una media de 2 personas (DS 2.8) que lo utiliza (p0.039). La prevalencia de consumo de ecig en los encuestados es del 8.3%, con una edad de inicio media a los 20.4 años (DS 3.5), un consumo medio diario de 3 ecig (50% con nicotina), uso esporádico en el 94% de los casos y uso dual en el 38% (en estos casos la motivación para el abandono de mcig es baja: 4.6/10; p0.047). El 22% de los usuarios de ecig no lo abandonarían a pesar de conocer su toxicidad. De ellos el 81.8% lo ve como ayuda para el abandono de mcig (p0.017), el 63.6% son consumidores duales (p0.047) con menos motivación para abandonar su mcig (3.6/10 vs 6.3/10; p0.013) y con un nivel de satisfacción al consumir su ecig más elevado (6.4/10 vs 4.3/10; p0.025) que los estudiantes que sí dejarían de usar ecig por su toxicidad.

Conclusiones:

Una gran proporción de los encuestados se muestra partidaria del ecig. Numerosos estudiantes estarían dispuestos a usarlo influidos por su entorno y su actitud favorable hacia el mismo. La prevalencia del consumo de ecig ha resultado elevada, con casos que no lo abandonarían a pesar de su toxicidad, creyendo que les puede ayudar a dejar de fumar mcig. Son necesarias campañas de información hacia nuestros estudiantes para cambiar sus falsas creencias sobre el ecig, evitar el inicio en su consumo y reducir su prevalencia. Los usuarios duales deben recibir más apoyo ya que están menos motivados y menos sensibilizados al daño del ecig.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-2-

Presentador:

Santiago Antonio Juarros Martínez

Título:

CONTROL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CPAP TELEMONITORIZADA COMO ALTERNATIVA A LA PRUEBA DE AUTOCPAP.

Autores: Santiago Antonio Juarros Martínez. Milagros Del Olmo Chiches. Ana Isabel García Onieva. Ana Mayoral Aguilera. Silvia Arribas Santos. Isabel Muñoz Diez. Susana Calderón Martínez. Carmen San José García. Blanca De Vega Sánchez. Celia Rodríguez Dupuy. Beatriz Recio Moreno. Rafael Castrodeza Sanz.

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo:

El tratamiento con CPAP debe ser controlado para asegurar su adecuada eficacia y cumplimiento. En la práctica habitual la autoCPAP proporciona datos de control y cumplimiento muy útiles en dicho seguimiento pero limitados a pocas noches, con el inconveniente de traslados para el paciente. Los sistemas CPAP telemonitorizadas (TM) registran datos de control y cumplimiento de forma continua y los transmiten sin necesidad de desplazamientos para el paciente. El objetivo de nuestro estudio, ha sido valorar la aplicabilidad en la práctica diaria de un sistema de CPAP TM para el control de nuestros pacientes comparado con la autoCPAP habitual.

Metodología:

Estudio descriptivo de pacientes en tratamiento con CPAP TM (Airview®-AutoSet S10) a los que se realizó control de autoCPAP programado (ResScan®-AutoSet S9). Datos de CPAP TM obtenidos de la empresa suministradora Oxigen Salud SL y datos de autoCPAP de nuestra Unidad. Se analizó grado de concordancia entre registros de ambos sistemas tomados en fecha próxima al control de autoCPAP (cumplimiento, IAH residual, fugas) mediante gráficos de dispersión y coeficientes de correlación intraclase (CCI). Se analizó la sensibilidad de la CPAP TM comparada con la autoCPAP (prueba de referencia) para detectar cumplimiento y control (curvas ROC). Significación estadística $p < 0.05$.

Resultados:

Se analizó a 476 pacientes (79% varones, media de edad 60.6 años). Entorno a la fecha de la realización de autoCPAP, encontramos un buen grado de correlación entre ambos sistemas para el cumplimiento (horas por noche): CCI 0.64; IC95%: 0.56-0.69 ($p<0.001$), para el IAH residual: CCI 0.56; IC95%: 0.47-0.63 ($p<0.001$) y para la fuga percentil 95 (litros por minuto): CCI 0.64; IC95%: 0.57-0.70 ($p<0.001$). En las curvas ROC, con respecto a la prueba de referencia (autoCPAP), la CPAP TM mostró elevada sensibilidad para detectar buen cumplimiento ($> 4h/noche$): AUC 0.84; IC95%: 0.77-0.91 ($p<0.001$), para detectar mal control (definido como IAH residual >5): AUC 0.78; IC95%: 0.72-0.91 ($p<0.001$) y fuga P95 elevada (> 24 lpm): AUC 0.77; IC95%: 0.71-0.82 ($p<0.001$).

Conclusiones:

El análisis de los datos obtenidos a través de la CPAP TM puede ser útiles como método de seguimiento de cumplimiento y control de este tipo de pacientes, pudiendo aprovecharse su potencial beneficio en términos de coste-efectividad, sobre la autoCPAP convencional.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-3-

Presentador:

Francisco Xavier León Román

Título:

EL ALGORITMO DE LEON: UNA ALTERNATIVA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Autores:

Francisco Xavier León-Román¹, Beatriz Pintado-Cort², Carlos Malfaz-Barriga³, Carlos Disdier-Vicente^{1,4}, Francisco Muñoz-González¹

Centro de trabajo:

1. Servicio de Neumología Hospital Recoletas Campo Grande
2. Servicio de Neumología Hospital Universitario Ramón y Cajal
3. Servicio de Radiología Affidea Hospital Recoletas Campo Grande
4. Servicio de Neumología Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo:

La exacerbación aguda de la fibrosis pulmonar idiopática (EA-FPI) es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con FPI. La supervivencia media tras el evento es de aproximadamente 3 meses.

Los criterios diagnósticos de EA-FPI son los siguientes: diagnóstico previo o concurrente de FPI; aumento inexplicado de disnea en los últimos 30 días; presencia de consolidaciones o infiltrados nuevos con patrón de vidrio deslustrado sobre patrón de neumonía intersticial usual (NIU) existente en TC de tórax; exclusión de otras causas como insuficiencia cardíaca.

En la actualidad, no disponemos de guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de EA-FPI. Por tanto, se propone un algoritmo que responde a las preguntas más frecuentes acerca del manejo de la EA-FPI.

Metodología:

Se realizó un estudio de serie de casos en el que se incluyeron cuatro pacientes diagnosticados de EA-FPI, según los criterios mencionados previamente, entre junio de 2020 y enero 2021. Se empleó el algoritmo de León para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (fig.1).

Consideramos como evento primario la mortalidad a los 90 días tras la EA-FPI diagnosticada y tratada según el algoritmo (fig.1).

Resultados:

Los cuatro pacientes incluidos cumplieron con los criterios diagnósticos de EA-FPI, descartándose los diagnósticos alternativos mencionados en la fig.1. Tres de los pacientes presentaban un diagnóstico de FPI previo a la agudización. El tratamiento antifibrótico se mantuvo en los dos pacientes que lo recibían previo al evento.

Dados los síntomas y signos de infección respiratoria asociada, los cuatro pacientes recibieron corticoide a dosis de 1 mg/kg de peso, profilaxis antitrombótica, antibiótico de amplio espectro y oxigenoterapia convencional (Tab.1). Dos pacientes no recibieron azitromicina debido a efectos adversos durante exposición previa. Un paciente requirió oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales, con posterior mejoría de la dinámica respiratoria. Todos los pacientes incluidos en esta serie han sobrevivido más allá de los tres meses tras la exacerbación. Una vez superada la fase aguda se inició tratamiento antifibrótico en los pacientes no tratados previamente.

Conclusiones:

El algoritmo de León podría considerarse una propuesta útil para el diagnóstico y tratamiento de la EA-FPI. No obstante, son necesarios estudios multicéntricos que comprueben su validación.

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 |
|--|--|--|--|--|
| Diagnóstico FPI | Sí | Sí | No | Sí |
| Edad, género | Varón, 83 | Varón, 79 | Varón, 69 | Varón, 69 |
| Comorbilidades (cardiovasculares, otros) | Sí | Sí | No | No |
| Fumador | Exfumador | Exfumador | Exfumador | Exfumador |
| PFR previas | FVC 69% DLCO 39% | - | FVC 81% DLCO 63% | FVC 75% DLCO 42% |
| OCD | Sí | Sí | No | No |
| Antifibrótico previo | Nintedanib | No | No | Nintedanib |
| Tratamiento EA-FPI | Corticoide 1 mg/kg Piperacilina/Tazo bactam Azitromicina | Corticoide 1 mg/kg Piperacilina/Tazo bactam | Corticoide 1 mg/kg Piperacilina/Tazo bactam | Corticoide 1 mg/kg Piperacilina/Tazo bactam Azitromicina |
| Soporte respiratorio | Oxigenoterapia convencional | Oxigenoterapia convencional | Oxigenoterapia convencional | GNAF |

Tabla 1: comparación de las características de los pacientes previo y durante a EA-FPI.

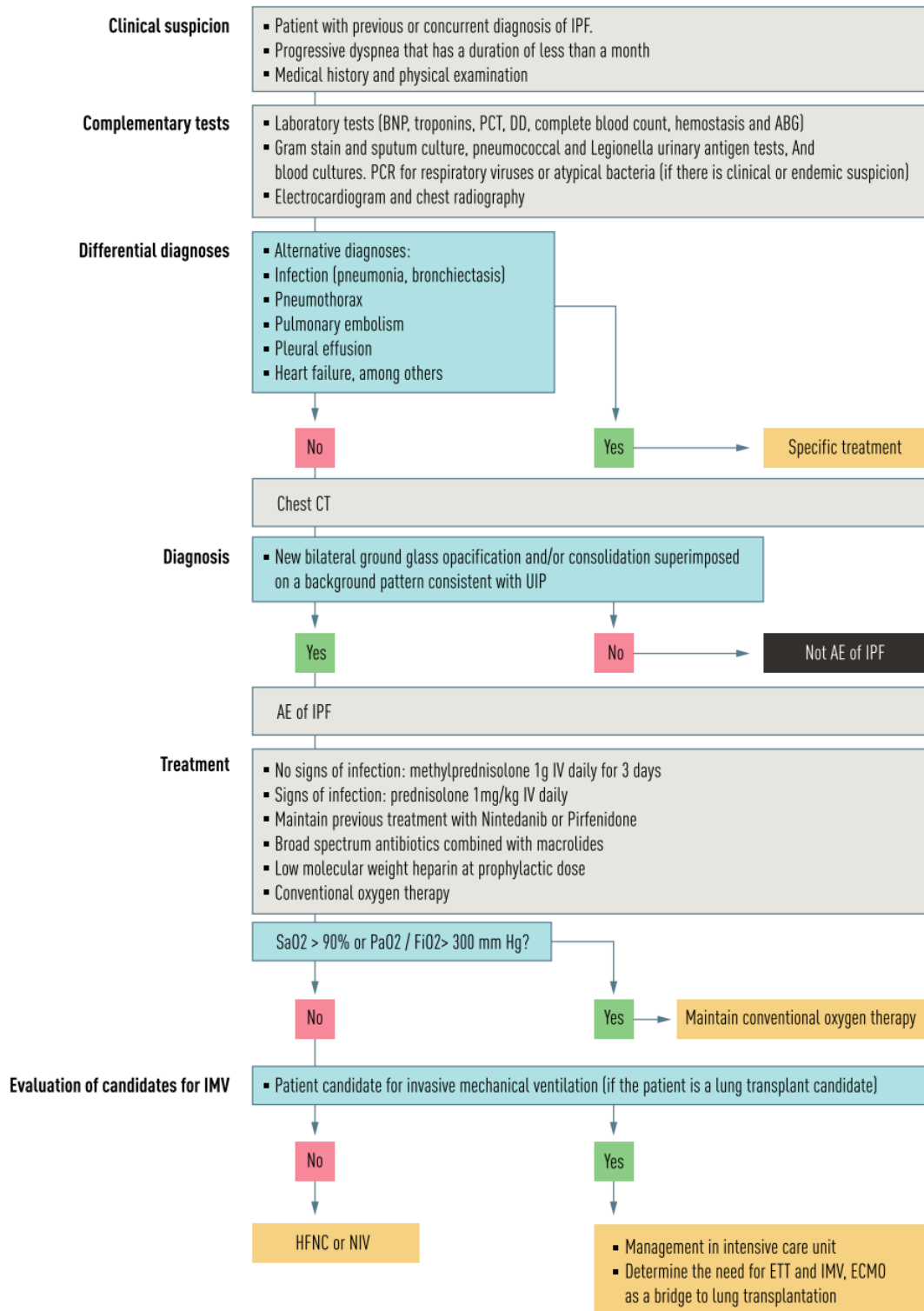


Fig1. Aproximación algorítmica al diagnóstico y manejo de la EA-FPI1.

BIBLIOGRAFIA

1. León-Román F, Pintado-Cort B, Máiz-Carro L, Almonacid-Sánchez C, Mercedes-Noboa E, Rodríguez-Calle C, Velasco-Álvarez D, Pérez-Figuera A, Retegui-García A, Durán-Barata D, Rigual-Bobillo J. Acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis: an algorithmic approach to diagnosis and management. *J Intern Med.* 2021 Jan 7. doi: 10.1111/joim.13225. Epub ahead of print. PMID: 33411961.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-4-

Presentador:

Laura González Ramos Trabajo médicos residentes

Título:

FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN UNA COHORTE DE PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

Autores:

Laura González Ramos, Laura Sánchez Moreno, Noelia Borja Vargas, Joy S Osorio Chávez, Marta Cristeto Porras, Lucía Huidobro Bringas, Sergio García Martín, Teresa Díaz de Terán, Sandra Tello Mena, Diego Ferrer-Pargada, Amaya Martínez Meñaca, Carlos A Amado Diago, Beatriz Abascal Bolado, David Iturbe Fernández, José M Cifrián Martínez, Víctor M Mora Cuesta

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivo:

El cáncer de pulmón (CP) es el 2º tumor más frecuente y el que presenta mayor mortalidad. El tratamiento curativo, la resección quirúrgica completa, se realiza únicamente en los estadios I y II (30% al diagnóstico). Las complicaciones postquirúrgicas son relativamente frecuentes. El objetivo es describir nuestra cohorte de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón, e identificar los posibles factores de riesgo (FR) relacionados con la aparición de complicaciones postoperatorias a los 30 días.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes operados de CP entre el 01-01-2005 y el 31-12-2018. Se realizó un seguimiento a los pacientes durante una mediana de 42,96 (13,96 – 86,6) meses. Se recogieron datos clínicos, de la intervención quirúrgica y del postoperatorio, así como datos de la supervivencia. Se realizó un análisis comparativo entre los pacientes con y sin complicaciones postquirúrgicas intervenidos de CP.

Resultados:

Se incluyeron 783 pacientes con una edad de $65 \pm 10,31$ años, 77,5% hombres. La mediana del Índice de Charlson fue de 5 (4-6). El 87% de los pacientes fumaba o era exfumador. El 43,6% era hipertenso y el 17,4% diabético. Respecto a las comorbilidades previas a la cirugía el 30,9% presentaba EPOC, el 11,4% cardiopatía isquémica y el 8% fibrilación auricular. Se utilizó la toracotomía como abordaje quirúrgico en el 56,6% y la VATS en el 43,4%, con una tasa de reconversión a abierta del 8,8%. Se realizó lobectomía al 90,2% de los pacientes, principalmente del LSD (30,5%) y LSI (22,5%).

Respecto a las complicaciones postquirúrgicas, las más frecuentes fueron la fuga aérea persistente (25,3%) y la necesidad de transfusión de hematíes (17,2%). Otras complicaciones fueron la aparición de arritmia (6,1%), el desarrollo de neumonía o infección respiratoria (6,6%), empiema (2,8%) y la infección de la herida quirúrgica (1%). El 5,1% requirió reintervención quirúrgica y el 3,6% ingreso en la UCI, con una mediana de estancia de 4 días (2,25 – 13).

De entre los factores de riesgo se encontraron:

- Relacionados con el paciente: la edad y el sexo masculino se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones ($p=0,002$ ambos). También el estado general previo a la intervención, medido mediante diferentes escalas (Índice de Charlson [$p<0,001$], ASA [$p=0,012$], ECOG [$p<0,001$]). El hábito tabáquico activo, el IMC, y diversas comorbilidades (fibrilación auricular [$p=0,008$], la cardiopatía isquémica [$p=0,009$], el EPOC [$p<0,001$] y la arteriopatía periférica [$p=0,025$]) resultaron ser FR asociados al desarrollo de las complicaciones citadas previamente. El FEV1 previo a la intervención también se asoció a la aparición de estas, tanto se valorase en mililitros ($p<0,001$) como en porcentaje ($p=0,017$).
- Relacionados con la propia intervención: el abordaje quirúrgico se comportó como FR para el desarrollo de complicaciones, siendo más frecuentes en las toracotomías.
- Relacionados con el tumor: la histología ($p=0,018$) (adenocarcinoma y epidermoide) y la T ($p=0,049$), también se asociaron al desarrollo de las mismas, no siendo así el estadiaje ni la extensión del tumor (NM).

Por otra parte, la aparición de complicaciones se asoció con una mayor estancia en UCI ($p<0,001$), una mayor necesidad de reintubaciones ($p<0,001$), una mayor estancia hospitalaria ($p<0,001$) y un mayor número de reingresos hospitalarios antes de los 30 días ($p<0,001$). Además, mostró tendencia a asociarse a una mayor mortalidad, aunque sin alcanzar la significación estadística ($p=0,06$).

Conclusiones:

Los pacientes de más edad y con más enfermedades concomitantes - y por tanto peor estado general, tienen mayor riesgo de desarrollo de complicaciones tras la intervención quirúrgica. La histología y la T, así como el abordaje por toracotomía, también se asociaron a mayor número de las mismas. Sin embargo, aunque dichas complicaciones suponen un aumento de la morbilidad y del tiempo de estancia hospitalaria, su asociación con un aumento de la mortalidad no es clara. Se debe optimizar en la medida de lo posible el estado general y considerar aquellos pacientes con más posibilidades de desarrollo de complicaciones para realizar un seguimiento aún más estrecho.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-5-

Presentador:

M^a Ángeles Escobar Valero Trabajo médicos residentes

Título:

CARACTERÍSTICAS DE LOS EPOC AGUDIZADOS EN EL CAUPA

Autores:

M^a Ángeles Escobar Valero, Daniela García Molina, Javier Sánchez Masa, Enrique Alonso Mallo, Irene Alaejos Pascua, Esther Alonso Sastre

Centro de trabajo:

Hospital Río Carrión

Objetivo:

La EPOC es un trastorno con gran morbilidad y mortalidad en España. Se ha producido un mayor conocimiento de dicha enfermedad cambiando aspectos considerados como claves de la enfermedad y de los tratamientos de sus exacerbaciones, las cuales producen un deterioro de la calidad, generan elevados costes, afectan a su progresión multidimensional y aumentan el riesgo de muerte. Nuestro objetivo es conocer los datos clínicos y analíticos de los pacientes EPOC que ingresan en el Servicio de Neumología y abordar el tratamiento médico por parte de los médicos Atención Primaria y Urgencias.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de 45 pacientes EPOC de Agosto a Noviembre de 2019 en CAUPA. Se recogieron datos epidemiológicos de las historias clínicas como edad, sexo, tabaco y datos analíticos. También de los cultivos de esputo, la función pulmonar y si habían recibido tratamiento previo por Atención Primaria, el tratamiento instaurado en Urgencias, y el pautado al alta, observando si había sido modificado con respecto a su tratamiento de base.

Resultados:

De los 45 pacientes, 82% fueron varones y el 18% mujeres, siendo la media de edad de 72 años. El 33'3% seguía fumando y el 66'7% eran exfumadores. Según FEV1, 2% tenían EPOC leve, 40% moderado, 43% grave y 8% muy grave. Los datos analíticos, la media de PCR fue de 47, de neutrófilos 78% y leucocitos 10480. El cultivo se realizó el 38% de los casos, siendo positivo en el 35% y negativo en el 64%. El antibiótico más usado tanto en Urgencias (44%) como en la hospitalización (31%) fue el Levofloxacino. En el 31% se realizó un cambio en el tratamiento antibiótico una vez estuvo en planta, siendo más frecuente este cambio en los pacientes mayores de 70 años (58%). La gran mayoría, el 53% estaba con triple terapia (LAMA+LABA+CI). Durante su ingreso hospitalario, se realizó un cambio en el tratamiento inhalador de base en el 44% de los pacientes. La media de días de ingreso fue de 7 días. El 44% ingresaron desde Urgencias sin corticoterapia. Al alta el 55% se fueron con oxigenoterapia, siendo de ellos la media del FEV1 del 47%. El 31% habían acudido antes al Médico de Atención Primaria, mientras que el 69% no habían acudido.

Conclusiones:

Se realiza cambio del antibiótico en el 31% de los casos. La mayoría de casos no se realizó cultivo, y su rentabilidad en nuestro centro fue baja según los resultados obtenidos. El valor de PCR, estuvo alterada en la mayoría de casos, pero no de forma significativa, en cambio sí observamos neutrofilia. El 55% de los pacientes al alta necesitaron oxigenoterapia, de forma directamente proporcional con aquellos que tenían peor función pulmonar. La mayoría no recibió tratamiento (69%) del Médico de Atención Primaria previamente a acudir al hospital.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-6-

Presentador:

M^a Ángeles Escobar Valero Trabajo médicos residentes

Título:

OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA Y EPOC EN EL CAUPA

Autores:

M^a Ángeles Escobar Valero, Daniela García Molina, Javier Sánchez Masa, Enrique Alonso Mallo, Irene Alaejos Pascua, Esther Alonso Sastre

Centro de trabajo:

Hospital Río Carrión

Objetivo:

La oxigenoterapia es el uso terapéutico del oxígeno a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire ambiente, con intención de tratar o prevenir las manifestaciones de la hipoxia. Esta medida ha demostrado aumentar la supervivencia en los enfermos con (EPOC) e insuficiencia respiratoria. A pesar de que este concepto se ha extendido por analogía a la insuficiencia respiratoria crónica originada por otras enfermedades respiratorias y no respiratorias, la efectividad de la oxigenoterapia continua no está demostrada en otras entidades.

Metodología:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo observacional, en el que se quiere conocer las características clínicas, funcionales y de control médico previo al inicio de oxigenoterapia domiciliaria (OCD) en los pacientes EPOC se recaudó la información de la base de datos de la empresa encargada de la oxigenoterapia en el CAUPA y de las historias clínicas del hospital, tomando datos como edad, sexo, tabaquismo, PO₂, FEV₁, ingresos y revisiones en consulta en los 3 años previos y tratamiento inhalador de base en el periodo de Enero-agosto 2019.

Resultados:

De un total de 59 pacientes La necesidad de OCD fue mas frecuente en varones en un 89,3%(53), (13,5% entre 51-60años, 44% entre 61-70años, 30,5% entre 71-80años, 11,8% >80 años), 37,2 % fumadores activos previo al ingreso, 62,7% ex fumadores, 100% con un consumo de más de 20 paquetes/año. Función pulmonar: FEV1: 33% moderado, 45,7% grave, 5% muy grave. 13,5% no tenía CFV. (15% OCD previo) PO2 media 52mmHg, 28,8% estaban tratados con LAMA/LABA, 44,06 % con triple terapia, 6,7% LAMA/CI, 8,47 % LABA/CI, 3,38% LABA, 1,6% LAMA, 6,7% no reflejado en HC. 60,8% habían tenido al menos un ingreso en el año previo (40% 2 o más), 22% habían tenido al menos un ingreso o más en el 2do año previo, y 27% un ingreso o más en el 3er año previo. Revisiones: 66,10% en el año previo, 28,81% en el 2do año previo y 25,42% en el 3er año previo.

Conclusiones:

Se pudo observar el predominio de necesidad de OCD en varones entre 61-70 años, en todos los casos con un IPA mayor a 20 años/paquete, más frecuente en los EPOC graves y se observó que no había relación entre el número de ingresos o de revisiones en consulta y el inicio de OCD y en cambio si con la función pulmonar, ya que casi el 70 % tenía FEV1 igual o menor al 60 %, también se observó que aquellos pacientes que más ingresaban eran los que mayor número de consultas de revisiones previas tenían.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-7-

Presentador:

Ester González Fernández NO SOCIO - Trabajo DUE

Título:

ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Autores:

M^a Belén González Gómez (1^o autor) / Beatriz de la Hoz Gómez (2^o autor) / M^a Ángeles Muñiz García (3^o autor) / Ester González Fernández (4^o autor) / M^a Begoña Josa Laorden (5^o autor)

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Objetivo:

- *Determinar las necesidades básicas que presentan los pacientes con infección SARSCoV-2.
- *Satisfacer las necesidades detectadas.
- *Proporcionar confort, bienestar y seguridad al paciente.
- *Prevenir complicaciones y riesgos.
- *Promover actitudes adaptativas ante su proceso.

Metodología:

Para confeccionar el presente documento y desarrollo de cada diagnóstico enfermero se ha utilizado como herramienta de trabajo GacelaCare® y la plataforma online de la Biblioteca Virtual del HUMV, utilizando bases de datos como Pubmed, Google Académico y NNN Consult.

Los términos MeSH utilizados fueron; Covid 19, taxonomía, diagnóstico enfermero y NANDA/NIC/NOC.

Resultados:

00148 TEMOR

NOC 001302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

NIC 5270 APOYO EMOCIONAL

00054 RIESGO DE SOLEDAD

NOC 1203 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD

NIC 5310 DAR ESPERANZA

NIC 4920 ESCUCHA ACTIVA

CP INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

NOC 0415 ESTADO RESPIRATORIO

NIC 3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN

NIC 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

NIC 3320 OXIGENOTERAPIA

NIC 3302 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA NIC 3180 MANEJO DE LAS VIAS AÉREAS ARTIFICIALES

CP HIPERTERMIA

NOC 0800 TERMORREGULACIÓN

NIC 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

Conclusiones:

El plan de cuidados de enfermería es una herramienta útil en el trabajo diario del personal de enfermería. La creación del presente plan pretende garantizar unos cuidados enfermeros de calidad y una continuidad que favorezca la adaptación

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-8-

Presentador:

Hernández Hernández Jesús Reyes

Título:

UTILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE TELECONSULTAS DIRECTAS ENTRE NEUMOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE ÁVILA.

Autores:

Hernández Hernández Jesús R, Tapias Del Pozo José A, Lobato Astiárraga Ignacio, López Zubizarreta Marco, Andrés Porras Ana M, Guevara Velázquez Virginia, Martínez Roldán Luis, Hurtado Losáñez Antonio, Jiménez Crespo Fernando, Nieto Pajares Juan.

Centro de trabajo:

Sección de Neumología y Servicio de Informática del Hospital N.S. de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila

Objetivo:

Desde 2017 tenemos implantada una tele-consulta (TC) entre médicos de Neumología y de Atención Primaria (MAP) del Área de Salud de Ávila, inicialmente a través del Servicio de Admisión, pero desde junio de 2020 se realiza de manera directa: neumólogo-MAP. Nuestro objetivo es analizar utilidad de esta última en los primeros 14 meses de funcionamiento.

Metodología:

Estudio de las TC realizadas en Ávila entre el 15 de junio de 2020 y el 14 de agosto de 2021 a través de la web institucional SACyL. Los MAP informaban sobre: teléfono de contacto, tabaquismo, antecedentes clínicos, motivo de consulta, tratamiento y realización de RX o espirometría. La respuesta de Neumología, en menos de 24 horas, incluye: valoración, práctica de la cita (lugar, preferencia, etc.) y consulta específica (general, sueño, oxígeno, etc.).

Resultados:

Se han recibido 1.432 peticiones, media mensual de 105,2 (rango: 50 en julio 20 - 155 en marzo 21) y media diaria 4,89 (rango: 2,17 en julio 20 – 7,26 en abril 21). El tiempo medio de resolución ha sido 5 minutos (rango: 1 - 20 minutos), media diaria 24,4 minutos (rango: 10,8 - 36,3 minutos)

280 (19,55%) de las 1.432 TC no contenían información para tomar decisiones, la mayoría debido a problemas informáticos, y 1.152 (80,45%) eran válidas. En estas se han encontrado los siguientes datos de cumplimentación por los MAP: teléfono 53,1%; tabaquismo 72,4%; enfermedad previa general 79,3% y respiratoria 66,2%; motivo de consulta 97,3%; tratamiento respiratorio 56,8%; fecha de RX 38,7% y de espirometría 0%.

De las 1.152 TC válidas, desde Neumología hemos derivado a nuestra consulta 895 (77,7%), concretamente 648 (56,25% de las válidas) como paciente nuevo ordinario, 159 (13,8%) como nuevo preferente y 88 (7,65%) como revisiones. La mayoría, 660 enfermos (57,3% de las TC válidas) se han citado en la consulta general, 225 (19,53%) en las de sueño/ventilación/O₂ y 10 (0,87%) sólo para función pulmonar.

No hemos derivado a consulta externa las TC de 257 pacientes (22,3% de las válidas): 39 (3,38%) por rechazo/errores, 55 (4,77%) eran aclaraciones o cambios y 163 (14,15%) por resolución clínica del problema mediante la TC. De estos 88 (7,64%) relacionados con la consulta de O₂, sueño o ventilación y 75 (6,51%) con la consulta general No se ha podido estudiar la repercusión de las TC en la reducción de las listas o tiempos de espera por la alteración que ha ocasionado la enfermedad COVID-19 en este tiempo.

Conclusiones:

1. En estos 14 meses hemos recibido 1.432 TC desde Atención Primaria, aunque, por problemas técnicos, casi una de cada cinco no contenían datos suficientes.
2. Exceptuando la espirometría, la cumplimentación de los distintos apartados de la solicitud por los MAP puede considerarse aceptable o buena.
3. Desde Neumología seleccionamos y dirigimos las solicitudes, adjudicamos su prioridad, aclaramos dudas y resolvemos definitivamente el 14,15% de los problemas clínicos sin que el paciente tenga que acudir o ponerse en contacto con nosotros.
4. Aunque consume un tiempo, por ahora razonable, consideramos que este sistema de TC entre Neumólogos y MAP resulta realmente útil para nosotros y nuestros pacientes.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-9-

Presentador:

Jenifer Marcos Sierra Trabajo DUE

Título:

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON EPOC AVANZADO EN EL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA

Autores:

Jenifer Marcos Sierra, Virginia Guevara Velázquez, Marco López Zubizarreta, Ignacio Lobato Astiárraga, Ana María Andrés Porras, Luis Martínez Roldán, Jose Ángel Tapias Del Pozo, Jesús Reyes Hernández Hernández, Laurentina Lázaro Alonso, Lourdes Carrasco Cabezas, María José Fernández Calleja, María José Domínguez Roncero, Belén Hernández Cid

Centro de trabajo:

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles de Ávila

Objetivo:

La afectación del estado nutricional es una de las comorbilidades más comunes del paciente con patologías pulmonares crónicas. La valoración nutricional es compleja debido a que no existe un único método si no que podemos recurrir a distintas técnicas para realizar una evaluación global. **OBJETIVO:** Valorar el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de EPOC en fase avanzada del Área de Salud de Ávila.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico de EPOC con obstrucción grave ($FEV1 < 50\%$) valorados en consulta externa de Neumología de febrero a agosto de 2021. En todos los pacientes se utilizó: báscula de bioimpedancia OMRON BF 511 para el análisis de la composición corporal, tallímetro, cinta métrica y cuestionario MNA (Mini Nutritional Assessment). El diagnóstico de desnutrición se basó en los criterios de la Sociedad Europea de Nutrición (ESPEN): $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$ en < 70 años, $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ en > 70 años y/o FFMI (free-fat mass index) baja ($< 15 \text{ kg/m}^2$ en mujeres y $< 17 \text{ kg/m}^2$ en hombres). El diagnóstico de obesidad se basó en la clasificación de la IMC de la OMS. Por otro lado, se utilizaron la circunferencia de brazo (CB) y pantorrilla (CP) como parámetros antropométricos de desnutrición ($\leq 22 \text{ cm}$ y $\leq 31 \text{ cm}$ respectivamente).

Resultados:

En total se recogió una muestra de 29 pacientes de los cuales el 89.65 % fueron varones. La edad media fue 67.68 años. Teniendo en cuenta el IMC y los criterios de desnutrición de ESPEN, se detectó desnutrición en 4 pacientes (13.79%) sin embargo un 48,27% presentaban IMC normal y un 41.37% preobesidad o sobrepeso. El cuestionario MNA no detectó desnutrición, pero sí en un 34.34% riesgo de malnutrición. En cuanto a las medidas antropométricas, la CB y CP fueron patológicas en un 3.4% y en un 10.34% respectivamente. A través de la bioimpedancia se pudo calcular la FFMI de cada paciente. Se observó que la FFMI era inferior a los valores de referencia en 6 pacientes (20.68%). Además en el grupo de pacientes con IMC entre 25 y 40, 2 (6.89%) presentaban, sin embargo, FFMI baja.

Conclusiones:

- En nuestra serie de casos, teniendo en cuenta el IMC, tan sólo el 13.7% presenta desnutrición y más de un 40% sobrepeso.
- El cuestionario MNA no detectó desnutrición en ningún paciente y la CB y CP la detectó en un 13.79%.
- La FFMI estaba disminuida en un 20.68% lo que hace que la bioimpedancia fuera nuestro mejor método para detectar desnutrición.
- En el grupo de pacientes obesos casi un 10% presentaba FFMI baja.

La valoración del estado nutricional constituye un complemento sencillo para el manejo integral del paciente con EPOC, para lo cual el papel de enfermería es crucial, tanto en la propia valoración como en las posibles intervenciones nutricionales.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-10-

Presentador:

M. Lorena Folgado Temprano Trabajo DUE

Título:

ANÁLISIS DEL USO HOSPITALARIO DE LA OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO

Autores:

Yolanda Martín Vaquero, M^a Dolores Carrión Pérez, Fernando Barroso Rodríguez,, Antonia Matilla Vinagre, M^a Isabel Blanco García, M^a Luisa Pigazos Francisco, Ana M^a Benito Juan

Centro de trabajo:

Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Objetivo:

La oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF) es una terapia alternativa para tratar la insuficiencia respiratoria. En el hospital ya estaba disponible con anterioridad a la pandemia. Su uso preferente era en urgencias, uci, cardiología y unidades hospitalización neumología y medicina interna. Con la aparición y crecimiento de los pacientes COVID aumenta demanda de dicha terapia. Ante esta situación se hace visible la necesidad de aumentar los recursos materiales.

Objetivos: Analizar la implantación de la ONAF en el Hospital Virgen de la Concha. Identificar mejoras en relación a su uso y mantenimiento

Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo. Desde 6 noviembre 2020 al 4 de agosto de 2021 se revisan los pacientes con ONAF. Se realiza análisis descriptivo de las variables: edad, sexo, paciente covid, días terapia con ONAF, sistema de ventilación tras retirada, evolución en la UCI. No se recoge ningún dato de identificación de los pacientes. El origen de los datos es el registro de control material de la unidad de Neumología (de las unidades de hospitalización del Hospital Virgen de la Concha).

Resultados:

La muestra obtenida es de 100 pacientes con terapia, el 63% son hombres. La media edad es de 67,6 años $\pm 13,5$ (21-93). El 85% son pacientes covid positivo. Días de media utilizando ONAF son $7,8 \pm 9,3$ (0-48). El 38% están en el intervalo entre 1 y 7 días, el 23% entre 8-15 días, el 7% entre 15-30 días, 5% más de 30 días. Tras la retirada de ONAF: el 6% pasan a Gafas Nasales, el 35% a mascarilla High Efficiency Particulate Air (HEPA), 15% a mascarilla oxígeno Venturi Ventimax, 6% a mascarilla reservorio, 1% a ventilación mecánica no invasiva, 16% fallecieron (81,25% COVID positivo, 69% varones). El 20% pasan a UCI. La media de edad de los pacientes UCI 64,2 años (53-77), el 81% son varones. 100% precisan intubación, la media de días previos con ONAF antes de entrar a UCI son 3,3 días (0-25). Para el 56% ha sido opción terapéutica en la unidad de hospitalización, aunque la unidad no esté estructurada como una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI).

Conclusiones:

La ONAF es una terapia que progresivamente ha aumentado su uso, muy demandada en pacientes COVID. La ONAF proporciona una oportunidad a los pacientes con limitaciones terapéuticas en unidades de hospitalización. Ante la situación límite provocada por pandemia es fundamental la centralización de los materiales para optimizar su uso. Ha sido necesario protocolizar y sistematizar el cambio de fungibles siguiendo las recomendaciones del fabricante. Limitaciones: Se han perdido pacientes al inicio del estudio.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-11-

-Presentador:

M^a Lorena Folgado Temprano Trabajo DUE

Título:

EVALUACIÓN DE LA TERAPIA INHALADA

Autores:

M^a Dolores Carrión Pérez, Yolanda Martín Vaquero, Jose Angel Sánchez Cerezal, M^a Isabel Blanco García, Juan Jose Berrocal Fernández, M^a Luisa Pigazos Francisco, Ana Isabel Miguelez Luis, M^a Mercedes Hidalgo Martín

Centro de trabajo:

Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Introducción

La administración inhalada de medicación es de uso frecuente en los pacientes con problemas respiratorios, si bien estudios demuestran que la mayor parte no sabe utilizar su inhalador de manera correcta. La OMS considera que la baja adhesión de los pacientes a sus tratamientos es un grave problema de salud con impacto clínico

Objetivos: Analizar las características demográficas de los pacientes con inhaladores. Identificar puntos de mejora en la educación de los pacientes y adherencia al tratamiento y evaluar el nivel de adhesión.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, multicéntrico. A nivel hospitalario y comunitario en pacientes respiratorios con terapia inhalada durante los últimos 6 meses; con puntuación entre 0- 2 en la ESCALA SPMSQ DE PFEIFFER; que utilicen el inhalador de forma autónoma una vez al día. Todos los pacientes de forma consecutiva durante el periodo de estudio (15 /09 al 31/12 /2019). Variables sociodemográficas, patología, terapias domiciliarias, actividad física, tabaquismo, instrucción en inhaladores, lesiones bucales, cuestionario TAI. La valoración técnica se realizó con placebos y siguiendo las recomendaciones del Consenso de Terapia Inhalada SEPAR-ALAT.

Resultados

Se obtiene una muestra de 69 pacientes, con una media de edad de 74,1 años \pm 9,8(entre 44 y 90 años). El 71% (49) pertenecen a las unidades hospitalarias. Un 69% son hombres con estudios primarios; 78% viven acompañado, 92% jubilados, 86% realiza como actividad física paseo diario. 61% son exfumadores frente al 11% que son fumadores y el 27% que nunca ha fumado. Diagnóstico principal es el EPOC con un 36% que utiliza oxígeno domiciliario. El dispositivo más utilizado es el cartucho presurizado 27%, seguido del DPI monodosis 13%. Los pacientes de Atención Primaria no usan ninguno la cámara inhaladora. El adiestramiento lo realiza en el 57% el médico y en el 34% la enfermera. Sin material de apoyo (no folletos 95%, no placebos en el 82%). El 36% ha presentado lesiones en boca. Errores más frecuentes en la técnica de inhalación: PMDI cartucho (no aguantar la respiración 33%), PMDI cartucho con cámara (no agitar inhalador 11%), no vaciar los pulmones en el de Niebla fina 43%, en el de DPI polvo seco 37% y en DPI monodosis 26%. Nivel adhesión: 61% buena adhesión (50 puntos en TAI), 28% adhesión intermedia (46-49 puntos), 12% mala adhesión (<45 puntos). Tipo de incumplimiento: incumplimiento errático 29% (olvida la toma), incumplimiento deliberado 56% (no quiere hacer la toma), incumplimiento inconsciente 22% (no hace bien la toma por desconocimiento en cuanto al uso y pauta de su inhalador).

Conclusiones

Hay que adaptar a la población mayoritaria detectada la educación en terapia inhalada, y utilizar los recursos disponibles. Hay que sistematizar y potenciar el papel de la enfermera en la enseñanza de la técnica en ambos niveles. Se necesita un análisis de la situación en el equipo multidisciplinar para detectar áreas de actuación. La mayoría es incumplidor inconsciente, lo que visualiza la necesidad de reforzar la prescripción y los puntos críticos (exhalación previa, agitar inhalador, apnea post e higiene bucal). El tabaquismo está presente lo que conlleva la necesidad de actuar. No se aprecian diferencias significativas entre los dos niveles asistenciales.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-12-

Presentador:

Marta Cristeto Porras Trabajo médicos residentes

Título:

COMORBILIDADES EN EL TRASPLANTE PULMONAR: PREDICTORES DE MORTALIDAD

Autores:

Marta Cristeto Porras, Adriana Manrique Mutiozabal, Joy Selene Osorio Chávez, Laura González Ramos, Noelia Borja Vargas, Sergio García Martín, Lucía Huidobro Bringas, Javier Zuazaga Fuentes, Patricia Druet Toquero, Teresa Díaz de Terán López, Sandra Tello Mena, David Itube Fernández, Víctor Manuel Mora Cuesta, Amaya Martínez Meñaca, Diego José Ferrer Pargada, Beatriz Abascal Bolado, Carlos Antonio Amado Diago, Juan Jose Ruiz Cubillán, Jose Manuel Cifrián Martínez

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

Objetivo:

Cada vez son más los trasplantes pulmonares realizados en pacientes mayores, la literatura más reciente señala que hasta un 40% de los trasplantes pulmonares a nivel mundial se han realizado a pacientes mayores de 60 años. La supervivencia de estos pacientes a largo plazo es significativamente menor comparado con los grupos de menor edad. Los pacientes mayores acumulan con frecuencia comorbilidades que tal vez determinen una peor evolución tras el trasplante, por lo que es importante realizar una adecuada selección de candidatos.

El objetivo de este estudio es analizar la carga de comorbilidades de nuestros pacientes trasplantados e identificar posibles factores predictores de mortalidad.

Metodología:

Estudio retrospectivo de trasplantes pulmonares realizados en nuestro centro de 01/09/2012 a 31/08/2019. Se establecieron tres grupos de edad: < 60 años, 60-65 años y \geq 65 años y se analizaron sus características demográficas. El índice de Charlson se utilizó para estimar la carga de comorbilidades de los receptores. Se realizó un análisis multivariable mediante el modelo de regresión de Cox para evaluar las variables relacionadas con los receptores predictoras de mortalidad.

Resultados:

En el estudio se incluyeron 300 pacientes, divididos en 3 grupos: < 60 años (57%), 60-65 años (31%) y \geq 65 años (12%). El índice Charlson fue \geq 3 en 98,9% de pacientes 60-65 años y en 100% de \geq 65 ($p=0,003$).

En el análisis univariable, el índice de Charlson \geq 3 se identificó como factor de riesgo de mortalidad (RR:1,655, $p=0,025$). Este resultado se confirmó con mayor significación en el análisis multivariable (RR: 2,258, $p= 0,014$). El sobrepeso parece tener cierto componente protector, aunque el resultado no tuvo significación estadística (RR: 0,608, $p=0,09$).

Conclusiones:

El índice de Charlson es un factor predictor de mortalidad en los trasplantados pulmonares. Teniendo en cuenta que los pacientes mayores de 60 años, especialmente los mayores de 65 años, tienen en su mayoría una puntuación \geq 3 en el Charlson; es fundamental la adecuada selección de estos pacientes para contribuir en una mejoría de su supervivencia.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-13-

Presentador:

Paula Fernández Martínez Trabajo Médico residente

Título:

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. COMPARACIÓN ENTRE DOS FARMACOS: VARENICLINA FRENTE A TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA

Autores:

Paula Fernández Martínez, Teresa Peña de Miguel, María José Mora Simón, Manuel Sánchez Flores, Lourdes Lázaro Asegurado.

Centro de Trabajo:

Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Objetivo

El ingreso hospitalario es un momento idóneo para realizar intervención en tabaquismo ya que los pacientes presentan mayor grado de motivación inicial para comenzar el tratamiento. Tanto vareniclina como la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) han demostrado ser fármacos de primera línea para el tratamiento del tabaquismo. En diferentes estudios se ha demostrado su efectividad frente a placebo en pacientes hospitalizados, sin embargo, son escasos los que comparan la efectividad entre vareniclina y TSN.

Este estudio tiene como principal objetivo comparar, tras un año de seguimiento, la efectividad del tratamiento del tabaquismo iniciado durante la hospitalización comparando dos tratamientos farmacológicos: vareniclina frente a TSN. Además, se describen las características sociodemográficas, clínicas y grado de tabaquismo de los pacientes.

Metodología

Estudio experimental aleatorizado en dos grupos de tratamiento, vareniclina y TSN respectivamente, analizado por intención de tratar. Participan fumadores activos hospitalizados que cumplen los criterios de inclusión. Se realiza intervención motivacional, asesoramiento cognitivo-conductual y seguimiento a lo largo de 12 meses (concretamente a las 2, 4, 8, 12, 16, 24, 36 y 52 semanas).

Procesamiento de datos a través del software estadístico IBM SPSS 19 con un intervalo de confianza del 95%. Análisis descriptivo de la muestra mediante medianas (rango intercuartílico) y frecuencia (porcentaje); de la abstinencia y las diferencias entre grupos mediante pruebas de Chi-cuadrado (Fisher) para variables cualitativas y la U de Mann-Whitney para las cuantitativas.

Resultados:

Se incluyen 68 pacientes fumadores activos hospitalizados en planta de Neumología (51, 75%) y de Cardiología (17, 25%). Se asignan aleatoriamente los tratamientos a estudio a dos grupos con mismo número de pacientes (34). Los grupos comparados son de similares características socio-demográficas y de historia de tabaquismo, no encontrándose diferencias significativas entre ellas; globalmente: la mayoría son varones (37, 54,4%), media de edad 54,6 años ($\pm 10,45$), edad de inicio de tabaquismo mediana de 16 años (15-18), 66% (45) había hecho al menos un intento previo de abandono (mediana 1), alto grado de tabaquismo por índice años-paquete (mediana: 31; 20-40) y moderada dependencia nicotínica por puntuación en Test de Fagerström (mediana: 6 puntos; 5-7).

El diagnóstico más frecuente, como causa de hospitalización es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (24, 35,3%) seguido de cardiopatía isquémica (CI) (15, 22,1%), neumonía (11, 16,2%) y asma (11, 11,8%).

La adherencia al tratamiento ha sido adecuada en 35 (67,3%) a las 12 semanas, mayor con TSN que con vareniclina (69,2% y 65,4% respectivamente) aunque sin significación estadística ($p=0,768$); la tolerancia es muy buena mejorando a lo largo de las primeras semanas con ausencia de efectos adversos a las 2 semanas en un 75,6% de los pacientes y a las 12 semanas en un 94,1%.

Tras un año de inicio de tratamiento, se pierden del estudio 22 pacientes (32,4%). Además, se producen 3 fallecimientos (4,4%). Por otro lado, 29 pacientes (42,6%) dejan definitivamente de fumar, de los cuales 18 (52,9%) pertenecen al grupo de TSN y 11 (32,4%) al grupo de vareniclina, no mostrándose diferencia significativa en cuanto a efectividad entre ellos ($p=0,386$).

Conclusiones:

El fumador tipo que inicia tratamiento del tabaquismo durante una hospitalización tiene elevado grado de tabaquismo, moderada dependencia nicotínica y ha ingresado por agudización de EPOC o cardiopatía isquémica.

A pesar de realizar un seguimiento frecuente y exhaustivo de los pacientes se producen considerables pérdidas.

La adhesión al tratamiento es moderada, a lo que puede haber contribuido la no financiación de los fármacos en el momento del estudio.

Ambos fármacos son bien tolerados y no encontramos diferencias significativas en cuanto a su efectividad; sin embargo, la muestra es pequeña por lo que son necesarios estudios multicéntricos con mayor número de pacientes.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-14-

Presentador:

Noelia Borja Vargas Trabajo Médico residente

Título:

FACTORES RELACIONADOS CON LA SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER DE PULMÓN

Autores:

Noelia Borja Vargas, Víctor Manuel Mora Cuesta, Laura Sanchez Moreno, Joy Selene Osorio Chavez, Marta Cristeto Porras, Lucía Huidobro Bringas, Sergio García Martín, Patricia Druet Toquero, Javier Zuazaga Fuentes, David Iturbe Fernandez, Sandra Tello Mena, Diego Ferrer Pargada, Amaya Martinez Meñaca, Adriana Manrique Mutiozabal, Beatriz Abascal Bolado, Carlos Antonio Amado Diago, Juan José Ruiz Cubillán, Juan Luis García Rivero, José Manuel Cifrián Martínez.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Neumología. Santander - Cantabria.

Objetivo:

El cáncer de pulmón continúa siendo la principal causa de mortalidad por neoplasia en países desarrollados. Sin embargo, gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos, se está consiguiendo mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

Nuestro objetivo fue identificar aquellos factores relacionados con una mayor supervivencia en pacientes operados por cáncer de pulmón.

Metodología:

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 783 pacientes intervenidos por neoplasia pulmonar en un periodo de 13 años en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Se recogieron variables demográficas, antropométricas, comorbilidades, estadiaje, tipo de cirugía, histología y tasa de supervivencia.

Resultados:

Un 77,5% de los pacientes fueron varones y el 75,1% procedentes de Cantabria. La media de edad fue de 65,09 \pm 10,31, con un IMC de 26,61 kg/m² (23,88 – 29,24). La vía de abordaje más utilizada fue la toracotomía con un 56,6% y se realizó lobectomía en un 90,1% de los casos.

De acuerdo con la estadificación, la supervivencia a los 5 años de los pacientes con estadio I fue de un 85,8%, de un 69,1% para aquellos con estadio II, de un 62,4% con estadio III y del 59,2% para el estadio IV.

De acuerdo con la histología, el tumor neuroendocrino de tipo carcinoide tuvo una mayor supervivencia a los 5 años con un 94,1%, seguido del adenocarcinoma con 83%. El que menor supervivencia tuvo es el carcinoma epidermoide con un 77,2%. Destacar la mejor supervivencia a los 5 años en las mujeres con respecto a los varones ($p < 0,05$).

Conclusiones:

Como era de esperar los pacientes en estadios precoces y con neoplasias de estirpes celulares menos agresivas tienen mejores resultados de supervivencia a los 5 años.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-15-

Presentador:

Laura Sánchez Moreno

Título:

¿ES EL INDICE CHA2DS2-VASc PREOPERATORIO UN FACTOR PREDICTIVO DE FIBRILACION AURICULAR POSTOPERATORIA TRAS LOBECTOMIA?

Autores:

Laura Sánchez Moreno, Víctor Manuel Mora Cuesta, Teresa Díaz de Terán López, Beatriz Abascal Bolado, Pablo Lozano Cuesta, Victoria Maderuelo García, Claudia Loidi López, Amaya Martínez Meñaca, Sara Naranjo Gozalo

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivo:

Las arritmias postoperatorias, principalmente la fibrilación auricular, son una de las complicaciones más frecuentes tras las resecciones pulmonares mayores, con una incidencia descrita del 10-20% tras lobectomía.

El objetivo del estudio es determinar el valor del índice CHA2DS2-VASc como factor predictor de fibrilación auricular (FA) tras lobectomía por carcinoma no microcítico (CPNCP).

Metodología:

Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a lobectomía por CPNCP entre Enero 2005 y Diciembre 2018. Se excluyeron aquellos pacientes con FA previa, sin datos médicos para el cálculo del índice y con histología diferente a CPNCP. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y evolución.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, mientras que las variables cualitativas se expresaron como número total de eventos y porcentaje. La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi². Se verificó la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y su comparación se realizó mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, en el caso de variables no paramétricas. Se ha empleado un test de Chi cuadrado con Odds ratios para el análisis de riesgos. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo para todos los cálculos.

Resultados:

Un total de 504 pacientes cumplían todos los criterios de inclusión, 31 de los cuales (6,2%) presentaron FA. El 75,2% de los pacientes eran varones, con una edad media de $65,95 \pm 9,38$ años. El 23,5% de los pacientes eran fumadores y un 64,8% exfumadores. El 45,6% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, el 12,1% cardiopatía isquémica, el 30% EPOC y el 13,7% arteriopatía periférica. EL hemitórax intervenido fue el derecho en el 59,5% de los casos, empleándose la toracotomía en el 52,2% con un tiempo quirúrgico medio de 150 minutos (122-184). La histología más frecuente fue el adenocarcinoma (46,7%), predominando los estadios I-II (80%).

No existen diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas ni clinicopatológicas de los dos grupos. La puntuación media de CHA₂DS₂-VASc en ambos grupos fue de 2 ($p = 0,567$). Ninguno de los valores de CHA₂DS₂-VASc se correlacionó significativamente con el desarrollo de FA postoperatoria.

| Valor de CHA ₂ -DS ₂ -VASc | Odds ratio (IC 95%) |
|--|-----------------------|
| 1-7 vs 0 | 0,981 (0,391 – 2,459) |
| 2-7 vs ≤ 1 | 0,581 (0,268 – 1,261) |
| 3-7 vs ≤ 2 | 0,997 (0,448 – 2,219) |
| 4-7 vs ≤ 3 | 1,279 (0,377 – 4,342) |
| 5-7 vs ≤ 4 | 1,256 (0,163 – 9,700) |

El grupo de pacientes con FA postoperatoria presentó mayor tiempo de drenaje torácico (4 vs 8 días; $p < 0,0001$), mayor incidencia de infecciones respiratorias (6,1% vs 19,4%; $p = 0,015$) y atelectasias (4,2% vs 16,1%; $p = 0,014$), así como mayor tiempo de estancia en reanimación ($0,85 \pm 0,55$ vs $1,52 \pm 2,56$ días; $p < 0,0001$) e intrahospitalaria (6 vs 12 días; $p < 0,0001$).

Conclusiones:

El índice CHA₂DS₂-VAsC no ha resultado ser un buen predictor de FA postoperatoria en nuestra serie. Los pacientes con FA postoperatoria presentan mayores complicaciones, mayor tiempo de estancia en reanimación e intrahospitalaria. Sin embargo los resultados obtenidos están limitados por el escaso tamaño muestral del grupo a estudio.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-16-

Presentador:

Laura Sanchez Moreno

Título:

VALOR PRONOSTICO DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMA PULMONAR NO MICROCITICO

Autores:

Laura Sánchez Moreno, Víctor Manuel Mora Cuesta, Teresa Díaz de Terán López, Beatriz Abascal Bolado, Pablo Lozano Cuesta, Victoria Maderuelo García, Claudia Loidi López, Amaya Martínez Meñaca, Sara Naranjo Gozalo

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivo:

Determinar el impacto de valores preoperatorios bajos de hemoglobina (Hb) en la supervivencia de pacientes intervenidos de resección pulmonar mayor por carcinoma no microcítico (CPNCP).

Metodología:

Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a resección pulmonar mayor con intención curativa por CPNCP entre Enero 2005 y Diciembre 2018. Se excluyeron aquellos pacientes sin datos médicos suficientes y con histología diferente a CPNCP. Se definieron dos grupos según las cifras de hemoglobina considerándose baja con valores de <12g/dL en hombres y <11g/dL en mujeres. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y evolución.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico, mientras que las variables cualitativas se expresaron como número total de eventos y porcentaje. La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi cuadrado. Se verificó la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y su comparación se realizó mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, en el caso de variables no paramétricas. En el estudio de supervivencia se usó el método de Kaplan-Meier con el estadístico log-rango. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo para todos los cálculos.

Resultados:

Se incluyeron 604 pacientes, 534 (88,4%) con Hb normal y 70 (11,6%) con Hb baja. El 76,7% de los pacientes eran varones con una edad media de $66,43 \pm 9,32$ años. El 22,2% eran fumadores y el 66,3% exfumadores. La puntuación media en el índice de Charlson fue de 5. El hemitórax derecho fue el afectado con mayor frecuencia (57,6%), empleándose la toracotomía en el 55,8% de los casos y siendo la lobectomía la resección más habitual (89,7%).

Los sujetos del grupo con hemoglobina baja presentaban con mayor frecuencia hipertensión (58,6% vs 44,9%; $p=0,022$) y arteriopatía (20% vs 12,5%; $p=0,067$), y habían recibido quimioterapia de inducción con mayor frecuencia (24,3% vs 6,6%). Asimismo mostraban cifras más bajas de albúmina (4 vs 4,3; $p < 0,0001$), filtrado glomerular (60 [60-88] vs 60 [54,5-86,5]; $p=0,03$) o FEV1 (78,6% vs 86%; $p=0,027$).

A nivel postoperatorio, el grupo de pacientes con Hb baja presentó mayor necesidad de transfusión de hemoderivados (12,9% vs 54,3%; $p < 0,0001$) y de ingreso en cuidados intensivos (3,9% vs 4,3%; $p=0,541$), así como mayor tiempo de estancia en reanimación ($0,93 \pm 1,02$ vs $1,29 \pm 1,12$ días; $p=0,009$) e intrahospitalaria (6 vs 6,5 días; $p=0,046$). Asimismo presentaron peor supervivencia que aquellos con cifras de Hb normales, tanto a un año como a 5 años ($p=0,04$).

Conclusiones:

Los pacientes con cifras bajas de hemoglobina preoperatoria presentan peores cifras de supervivencia a corto y largo plazo que aquellos con cifras normales. Estos resultados podrían estar influenciados por el hecho de ser pacientes con más factores de riesgo cardiovascular, peor función renal y presentar tumores en estadios más avanzados con mayor necesidad de quimioterapia de inducción.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-17-

Presentador:

Laura Sánchez Moreno

Título:

VALOR PRONOSTICO DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMA PULMONAR NO MICROCITICO

Autores:

Laura Sánchez Moreno, Víctor Manuel Mora Cuesta, Teresa Díaz de Terán López, Beatriz Abascal Bolado, Pablo Lozano Cuesta, Victoria Maderuelo García, Claudia Loidi López, Amaya Martínez Meñaca, Sara Naranjo Gozalo

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander

Objetivo:

Determinar el impacto de valores preoperatorios bajos de hemoglobina (Hb) en la supervivencia de pacientes intervenidos de resección pulmonar mayor por carcinoma no microcítico (CPNCP).

Metodología:

Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a resección pulmonar mayor con intención curativa por CPNCP entre Enero 2005 y Diciembre 2018. Se excluyeron aquellos pacientes sin datos médicos suficientes y con histología diferente a CPNCP. Se definieron dos grupos según las cifras de hemoglobina considerándose baja con valores de <12g/dL en hombres y <11g/dL en mujeres. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de tratamiento y evolución.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, mientras que las variables cualitativas se expresaron como número total de eventos y porcentaje. La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi cuadrado. Se verificó la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y su comparación se realizó mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, en el caso de variables no paramétricas. En el estudio de supervivencia se usó el método de Kaplan-Meier con el estadístico log-rango. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo para todos los cálculos.

Resultados:

Se incluyeron 604 pacientes, 534 (88,4%) con Hb normal y 70 (11,6%) con Hb baja. El 76,7% de los pacientes eran varones, con una edad media de $66,43 \pm 9,32$ años. El 22,2% de los pacientes eran fumadores y un 66,3% exfumadores. El hemitórax más frecuentemente intervenido fue el derecho (57,6%), empleándose la toracotomía en el 55,8% y siendo la lobectomía la resección más habitual (89,7%). La histología más frecuente fue el adenocarcinoma (43,7%), predominando los estadios I-II (77,8%).

Los pacientes del grupo con Hb baja presentaron con mayor frecuencia hipertensión arterial (58,6% vs 44,9%; $p=0,022$), así como peores niveles de albúmina (4g/dL vs 4,3g/dL; $p < 0,001$), filtrado glomerular ($p < 0,001$) y FEV1 (78,6% vs 86%; $p=0,027$). Por otro lado recibieron en más casos quimioterapia de inducción (24,3 vs 6,6; $p < 0,001$) y presentaron tumores en estadios avanzados (III-IV) que el grupo con Hb normal (40,6% vs 19,9%; $p=0,001$).

El grupo de pacientes con Hb baja presentó mayor necesidad de transfusión de hemoderivados (12,9% vs 54,3%; $p < 0,0001$) y de ingreso en cuidados intensivos (3,9% vs 4,3%; $p = 0,541$), así como mayor tiempo de estancia en reanimación ($0,93 \pm 1,02$ vs $1,29 \pm 1,12$ días; $p = 0,009$) e intrahospitalaria (6 vs 6,5 días; $p = 0,046$). Asimismo presentaron peor supervivencia que aquellos con cifras de Hb normales, tanto a uno (83,7% vs 94,3%) como a 5 años (58,9% vs 70%) ($p=0,04$).

Conclusiones:

Los pacientes con cifras bajas de hemoglobina preoperatoria presentan peores cifras de supervivencia a corto y largo plazo que aquellos con cifras normales. Estos resultados podrían estar influenciados por el hecho de ser pacientes con más factores de riesgo cardiovascular, peor función renal y presentar tumores en estadios más avanzados con mayor necesidad de quimioterapia de inducción.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-18-

Presentador:

Javier Sánchez Masa Trabajo Médico residente

Título:

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DIAGNOSTICADOS MEDIANTE FIBROBRONCOSCOPIA

Autores:

Javier Sánchez Masa, M. Ángeles Escobar Valero, Daniela García Molina, Enrique Alonso Mallo, Irene Alaejos Pascua, Esther Alonso Sastre

Centro de trabajo:

Hospital Río Carrión de Palencia

Objetivo:

El cáncer de pulmón es uno de los más frecuentemente diagnosticados a nivel mundial. Las medidas de prevención más eficaces para disminuir la incidencia son evitar el tabaquismo y la contaminación ambiental, con lo que resulta clave la detección precoz para aumentar la supervivencia. El objetivo de este estudio consiste en realizar una descripción de este tipo de pacientes para poder realizar un análisis y posterior mejora de los mecanismos mediante los que se realiza su estudio en nuestro centro.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de 109 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en Palencia. Se incluyeron los pacientes a los que se le realizó broncoscopia entre Septiembre de 2019 a Marzo de 2021 por neoplasia pulmonar, excluyéndose otros motivos. Se recogieron datos epidemiológicos como edad, sexo y tabaquismo. Así como el motivo de consulta, el estadio, la histología, el tiempo entre la primera valoración y el tratamiento.

Resultados:

De los 109 pacientes, el 79.27% fueron varones y el 20.76% mujeres. El 3.66% con edades comprendidas entre 35 y 50 años, el 36.69% entre 51 y 65 años, el 49.54% entre 66 y 80 años y el 10.09% más de 80 años. El 63.3% presentaba tabaquismo activo, el 26.60% eran exfumadores y el 10% nunca había fumado. El 40% con un consumo de 11 a 20 cigarros diarios, el 14% de 21 a 30 y el 10% de 31 a 40. De ellos, 47 (43,11%) provenían de Urgencias, 35 (32,11%) eran interconsultas de otros servicios y 29 (26.60%) de Atención Primaria. Los síntomas más frecuentes fueron síndrome constitucional (16.51%), disnea (16.51) y hemoptisis 12.84%.

En el 84.40% solo fue necesaria una única broncoscopia, siendo el 70% de ellas diagnósticas y en un 21% se requirió PAAF por tratarse de lesiones periféricas. Encontramos carcinoma epidermoide en el 38.53% de las biopsias, adenocarcinoma en el 37.61% y microcítico en el 14.67%.

Los diagnosticados en fase IIA o inferior fueron el 23,85% y el 76.15% estaban en estadio IIIB/IV. El 55.96% presentó metástasis al inicio. La mediana de tiempo desde la llegada del paciente a nuestro Servicio hasta el inicio del tratamiento ha sido de 30 días.

Conclusiones:

Marcado predominio en varones, con edades entre 61 a 75 años y con tabaquismo activo. No se observó un síntoma predominante. La mayoría ingresados desde Urgencias, destacando la escasa cantidad de pacientes que provienen de Atención Primaria. Una broncoscopia fue suficiente para el diagnóstico de un gran número de pacientes, lo que apoya una alta rentabilidad de dicha técnica. El 76% de ellos se diagnosticaron en estadio avanzado y ello nos hace plantearnos la necesidad de realizar en población de riesgo un cribado de cáncer de pulmón, junto con la intensificación de las medidas antitabaco.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-19-

Presentador:

Clara Forcada Trabajo Médico residente

Título:

ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) SINTOMÁTICA SOMETIDOS A RESECCIÓN PUMONAR PROGRAMADA

Autores:

M^ª Teresa Gómez Hernández, Clara Forcada, Nuria M. Novoa Valentín, Marta G. Fuentes Gago, José Luis Aranda Alcaide, Marcelo F. Jiménez López

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Objetivo:

La infección concomitante por SARS-CoV-2 es un factor de riesgo de complicaciones y mortalidad tras cualquier procedimiento quirúrgico. Sin embargo, se desconoce si la infección previa por SARS-CoV-2 condiciona un aumento de efectos adversos postoperatorios una vez resuelta la infección. El objetivo de este estudio es determinar el riesgo de morbilidad en pacientes con antecedentes de infección sintomática por SARS-CoV-2 sometidos a resección pulmonar programada.

Metodología:

Estudio de cohortes histórico. Se realizó una revisión retrospectiva de los registros de todos los pacientes consecutivos sometidos a intervenciones quirúrgicas torácicas entre abril de 2020 y julio de 2021 (16 meses) en nuestro centro. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes de la serie sometidos a resección pulmonar. Los pacientes intervenidos con carácter urgente fueron excluidos del análisis. Así mismo, dado que el daño pulmonar se correlaciona con la gravedad de la infección, se excluyeron del estudio aquellos pacientes con antecedentes de COVID-19 que no presentaron síntomas en relación con la infección. Los pacientes con antecedentes de COVID-19 sintomática fueron incluidos en el grupo de expuestos, mientras que los no expuestos fueron los pacientes intervenidos sin antecedentes de COVID-19. Se calculó la incidencia de mortalidad a 30 días, morbilidad postoperatoria, complicaciones respiratorias y fuga aérea prolongada para ambas cohortes. Los grupos fueron ordenados en tablas 2x2 y se determinó el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados:

Durante el período de estudio fueron sometidos a cualquier intervención quirúrgica torácica un total de 653 pacientes, de los que un 7% (46 pacientes) tenían antecedentes de infección previa por COVID-19 documentada mediante prueba PCR. Un total de 425 pacientes cumplieron los criterios de selección (inclusión y exclusión) y fueron agrupados en dos cohortes en función del antecedente de COVID-19: 20 casos incluidos en el grupo de expuestos y 405 en el grupo de no expuestos. En el grupo de expuestos, la infección por SARS-CoV-2 fue tratada de forma ambulatoria en 8 pacientes, mientras que 12 requirieron ingreso hospitalario (10 en áreas de hospitalización y 2 en unidades de cuidados intensivos). La mediana del intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la infección por el virus y la intervención quirúrgica fue de 192 días (RIQ: 127.5-323) y el tiempo mínimo transcurrido de 66 días. En un 60% (12/20) de los pacientes que presentaron infección sintomática por el virus, los estudios realizados en ese contexto condujeron al hallazgo incidental de una lesión pulmonar subsidiaria de tratamiento quirúrgico que, en 10 casos resultó ser un carcinoma pulmonar en el análisis histológico final. El 30% de los pacientes presentaron adherencias intensas en la cirugía. El análisis histológico final no mostró alteraciones relacionadas con la infección previa en ningún caso. El RR calculado para la mortalidad a 30 días, la morbilidad global, respiratoria y fuga aérea prolongada en expuestos y no expuestos fue: 0.952 (IC95%: 0.932-0.973), 1.025 (IC95%: 0.967-1.087), 0.998 (IC95%: 0.909-1.096) y 0.933 (IC95%: 0.909-0.958), respectivamente.

Conclusiones:

Tras haber transcurrido alrededor de 16 meses desde el inicio de la pandemia, la prevalencia de COVID-19 sintomática ya resuelta en pacientes sometidos a resección pulmonar electiva es del 5%. La infección sintomática por SARS-CoV-2 condujo al diagnóstico incidental de una lesión pulmonar susceptible de tratamiento quirúrgico en el 60% de los pacientes intervenidos con antecedentes de COVID-19. El riesgo de efectos adversos postoperatorios en pacientes con antecedentes de COVID-19 sintomática es similar al de aquellos sin antecedentes de COVID-19.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-20-

Presentador:

Clara Forcada Trabajo Médico residente

Título:

EL ABORDAJE ROBÓTICO DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR CÁNCER DE DISMINUYE EL REINGRESO POSTOPERATORIO.

Autores:

C. Forcada, N. Novoa, M. Fuentes, M.T. Gómez, J.L. Aranda, M. Jimenez

Centro de trabajo:

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Objetivo:

El reingreso hospitalario es un indicador más de la calidad de la atención. Es vivido como algo muy negativo por el paciente ya que aumenta mucho su sufrimiento. El objetivo de este estudio es analizar el reingreso hospitalario tras cirugía de resección pulmonar mayor realizada a través de tres tipos de abordajes: VATS, RATS y toracotomía en los últimos 3 años y medio desde que el programa de cirugía mínimamente invasiva está plenamente activo completada la curva de aprendizaje.

Metodología:

Revisión retrospectiva de casos operados de forma programada y consecutiva desde 1/01/2018 hasta el 30/06/2021. Todos los datos se han obtenido de una base de datos prospectiva y con doble control de calidad. Además, la información sobre el reingreso se ha obtenido de la historia clínica electrónica y mediante llamada telefónica al paciente. Se ha analizado el reingreso urgente en cualquier hospital de la comunidad hasta 30 días después del alta por año y tipo de abordaje. Las variables independientes recogidas han sido demográficas, de comorbilidad, tipo de abordaje y año de la cirugía, complicaciones postoperatorias y razón del reingreso. Se ha realizado un estudio descriptivo de la población y un análisis comparativo mediante tablas 2x2 y Test exacto de Fisher.

Resultados:

617 paciente operados en el tiempo de estudio. Edad: 67,3 años (RIQ:12,8); IMC:26,1 (RIQ:5,73); FEV1%: 74 (RIQ:27). Se realizaron 168 procedimientos en 2018, 189 en 2019, 164 en 2020 y 96 en 2021. Según abordaje: 115 casos por RATS, 358 por VATS (tres puertos) y 144 por toracotomía o esternotomía. 66 pacientes (10,98%) fueron reingresados. Por años, la tasa de reingreso fue del 13,1%, 9,57%, 9,68% y 12, 22% (de 2018 a 2021 respectivamente). Por vía de abordaje la tasa fue del 4,46% en RATS, 12% en VATS y 13,6% en cirugía abierta. Al comparar la tasa de reingresos de toracotomía frente a la mínima invasión (13,5% vs 10,2%) ésta no fue estadísticamente diferente ($\chi^2 = 1,2$ $p=0,26$). Sin embargo, al comparar los abordajes VATS y RATS la diferencia fue significativa: 12% vs 4,46% ($\chi^2 = 5,3$ $p=0,02$) pese a registrar igual tasa de complicaciones (31,28% vs 23,48%; $\chi^2 = 2,55$ $p=0,11$).

Conclusiones:

El abordaje robótico de la cirugía de resección pulmonar mayor en nuestra unidad ha disminuido significativamente el reingreso urgente de los pacientes operados por cáncer de pulmón lo que significa una mejora en la calidad de la atención dispensada y percibida.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-21-

Presentador:

Verónica Gómez Abad Trabajo DUE

Título:

POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN PACIENTE CON SARS-COV2. RIESGO-BENEFICIO.

Autores:

Verónica Gómez Abad, María Gómez Guardo, Raquel Cruz Valle, Cristina Sánchez Sánchez, Ignacio Hernández Pérez.

Centro de trabajo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander

Objetivo

Determinar si la posición decúbito prono como terapia coadyuvante a la ventilación mecánica en paciente covid es eficaz. Conocer los usos, contraindicaciones y efectos adversos de la técnica.

Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica desde 2018 en España, combinando descriptores elegidos y operadores booleanos lógicos (AND, NOT, OR), en diferentes bases de datos: PubMed, sCielo, Cuiden... así como en google académico.

Se seleccionan 20 documentos que analizan el decúbito prono en covid y se analiza la información relevante. Existe limitación geográfica y poca antigüedad bibliográfica, debido a la escasez de estudios.

Resultados

Un 5% pacientes con SARS-CoV2 precisa ingreso en UCI y, de ellos, el 71% desarrolla insuficiencia respiratoria por SDRA grave que requiere intubación y/o ventilación mecánica.

Se ha demostrado que decúbito prono como terapia coadyuvante a ventilación mecánica en sesiones de 16h disminuye la mortalidad (no superando el 10%) en SDRA, aumenta oxigenación y supervivencia. Mejora relación ventilación/perfusión pulmonar, la presión transpulmonar del eje ventral-dorsal se distribuye más homogénea en comparación con la supina y se promueve el reclutamiento de áreas dorsales no ventiladas del pulmón, disminuyendo atelectasias.

Está demostrado aumento PO₂, sat O₂ y PAFI y disminución de la PCO₂, FR y trabajo respiratorio. Se ha objetivado menor necesidad de IOT, siendo necesaria sólo en 26% de los casos.

El tiempo de permanencia en decúbito prono se establece de manera individualizada, pero si no mejora un 5% la saturación, se volverá a decúbito supino. Los estudios hablan de entre 8 y 36 horas según riesgo/beneficio.

Comenzó su uso en 1974 Bryan A. y 1976 Douglas, consiguiendo reducir FiO₂ y aumentar la PO₂ de pacientes estudiados, Desde entonces, se han analizado los beneficios y cambios fisiológicos que supone y con la pandemia su uso ha sido exponencial.

El cambio de posición a prono es un procedimiento de bajo coste, pero complejo, deben intervenir un mínimo de 5 profesionales (un médico, dos enfermeras, auxiliar y celador), implica tiempo y no exento de riesgos: edema facial o conjuntival, UPP, obstrucción o desplazamiento tubo orotraqueal, intolerancia a NE, problemas articulares, inestabilidad hemodinámica o PCR.

Existen contraindicaciones absolutas: intubación inmediata, compromiso vías respiratorias, hipertensión intracraneal, embarazadas e inestabilidad espinal.

Conclusiones

Varios estudios han demostrado la eficacia del prono en pacientes covid con SDRA en oxigenación, relación V/Q y aumento de supervivencia.

Enfermería es la responsable del cambio de posición a decúbito supino así como de sus cuidados, siendo vital en la prevención de los efectos adversos. Las distintas técnicas para llevar a cabo la maniobra dificultan la estandarización de los cuidados.

Aún existe controversia y es necesario consenso en el número eventos en decúbito prono necesarios y la duración. La sistematización de acciones basadas en evidencia científica es fundamental para mejorar pronóstico en pacientes covid.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-22-

Presentador:

María Gómez Guardo Trabajo DUE

Título:

FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN EL USO DE VMNI EN PACIENTE COVID.

Autores:

María Gómez Guardo (1º autor), Verónica Gómez Abad (2º autor)

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Objetivo:

Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV2, se han registrado en España un total 372.784 hospitalizaciones.

Ante la aparición de complicaciones como el SDRA, en aquellos pacientes en los que se desestiman medidas más agresivas, la terapia de elección es la VMNI .

Se trata en este caso de: determinar cuidados de enfermería para la utilización de VMNI y las particularidades en el paciente COVID, para elaborar así talleres de formación a profesionales.

Metodología:

Realizamos una revisión bibliográfica de textos publicados en bases de datos, datados desde Abril de 2020 hasta la actualidad, sobre el uso de VMNI como terapia para el SDRA, además de un estudio exhaustivo del fungible y su montaje en este caso específico.

Se agrupa a un número de 100 profesionales sanitarios y se organizan en varios grupos para la realización de talleres formativos presenciales, que complementan sesiones online para el estudio de la teoría.

Resultados:

El uso de terapias ventilatorias no invasivas demuestra una importante reducción en la aparición de complicaciones derivadas frente a las VMI, reduciendo hasta el un 52% la necesidad de IOT.

Según estudios de casos realizados en hospitales españoles, se ha empleado la eficacia VMNI como alternativa al uso de terapias invasivas en el 80.80% de los pacientes.

De manera multidisciplinar, se elaboran en el hospital de referencia talleres formativos con parte teórica y práctica sobre el uso de soporte ventilatorio no invasivo.

De este modo, se hace especial mención a los componentes del circuito específicos para el uso en el paciente COVID, como es la colocación de filtros tanto en la salida inspiratoria como en la espiratoria, el uso de interfaces sin fuga espiratoria y, con ello, la necesidad de colocar una salida espiratoria en sistemas de circuito simple, con el fin de minimizar el riesgo de transmisibilidad mediante aerosoles.

Cabe mencionar en el taller la necesidad de adecuación de los componentes del sistema de VMNI en pacientes COVID positivo usuarios previo ingreso de estos dispositivos, a causa de otras patologías subyacentes (SAHS, distrofias neuromusculares).

Destacamos de igual modo en las sesiones que el uso de ventilación no invasiva no debe de estar reñido con asegurar la correcta alimentación, hidratación e higiene del paciente, momentos puntuales en los que se desconectará al paciente de la terapia y que, a continuación, reanudaremos.

Se elaboraron a posteriori videos explicativos sobre el montaje de los fungibles en cada supuesto, de modo que, a través de la intranet del hospital, se brinde acceso a todo aquel profesional interesado.

Conclusiones:

El uso en hospitalización de VMNI para el tratamiento de complicaciones en la infección por Coronavirus constituye una herramienta terapéutica para aquellos pacientes en los que se desestiman medidas agresivas.

Tras la realización de talleres semipresenciales sobre el uso de la VMNI en el COVID, se demostró mediante encuestas de satisfacción a los alumnos que este tipo de iniciativas fomentan el aprendizaje y aumentan la seguridad en la práctica clínica, así como favorecen al trabajo multidisciplinar; acuden al taller el 96% de los alumnos, de los cuales el 91.17% califican como “muy satisfactoria” la asistencia al curso.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-23-

Presentador:

Cristina Menéndez Sánchez Trabajo Médico residente

Título:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA DE NUEVA IMPLANTACIÓN DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL AÑO 2020

Autores:

Cristina Menéndez Sánchez, Carmen López Garay, Pablo Franco Suárez, Yanira Chuquimia Mendoza, Paola Gudiel Arriaza, Javier Juan García, Silvia Fernández Huerga, Elena Bollo De Miguel

Centro de trabajo:

Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivo:

Una Unidad de Monitorización Respiratoria (UMR) se define como un área de vigilancia de pacientes que por su complejidad, precisan de una monitorización cardiorrespiratoria y/o un soporte respiratorio (SR) no invasivo, el cual puede incluir terapias como la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la presión positiva continua en vía aérea superior (CPAP) y/o la oxigenoterapia de alto flujo (OAF). Nuestro objetivo es analizar los datos obtenidos en la UMR desde su implantación en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).

Metodología:

Estudio descriptivo y retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron los pacientes ingresados en la UMR de Neumología de nuestro centro desde agosto de 2020 hasta diciembre de 2020. Se registró la modalidad de soporte respiratorio (VMNI, CPAP, OAF), traslado a UCI y mortalidad.

Resultados:

Se atendió en la Unidad de Monitorización Respiratoria del CAULE a un total de 34 pacientes, con una edad media de 70.7 años. 29 (85%) pacientes precisaron OAF, 2 VMNI/CPAP como tratamiento único y 3 una combinación de OAF + VMNI/CPAP. 5 (15%) precisaron ingreso en UCI por intolerancia, escasa respuesta a terapias no invasivas o rápida progresión de su IRA, con una edad media de 46.6 años, de los cuales, uno falleció. 29 pacientes (85%) no ingresaron en UCI. 14 (41%) pacientes presentaron una buena evolución con una edad media de 68 años y 15 (44%) fallecieron con una edad media de 81 años.

Conclusiones:

- 1.-La unidad de monitorización respiratoria es una herramienta clave en el control y manejo de los pacientes con SDRA secundario a Neumonía por SARS-COV-2.
- 2.-La edad supone un factor de riesgo asociado a la mala evolución a la hora de usar un soporte respiratorio.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-24-

Presentador:

Carmen López Garay

Título:

SECUELAS PARENQUIMATOSAS TRAS INFECCIÓN POR SARS-COV-2: SEGUIMIENTO EN CONSULTA MONOGRÁFICA

Autores:

Carmen López Garay; Cristina Menéndez Sánchez; Yanira Chuquimia Mendoza; Pablo Franco Suárez; Javier Juan García; Luis Carazo Fernández; Juan Ignacio López Fernández; Elena Bollo de Miguel.

Centro de trabajo:

Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivo:

La pandemia por SARS-COV-2 ha supuesto un cambio en la organización y forma de trabajar en los servicios de Neumología. Como causa de esta nueva enfermedad, una vez superada la fase aguda, se ha generado la necesidad de seguimiento en consultas externas para valorar posibles secuelas y su manejo a medio-largo plazo. El objetivo de este estudio es describir el perfil epidemiológico, comorbilidades respiratorias y función respiratoria, así como las secuelas pulmonares a medio plazo en pacientes en seguimiento en consultas externas tras infección por SARS-CoV2.

Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo sobre base de datos prospectiva en pacientes valorados en la consulta monográfica de COVID 19 del Complejo Asistencial Universitario de León desde junio de 2020 a Agosto de 2021.

Resultados:

Fueron vistos 401 pacientes en la consulta de COVID 19; de los cuales 76 (19%) se incluyeron en el estudio por presentar algún tipo de secuela pulmonar tras la infección. 62 varones. Edad media 67 ± 9 años. Un 67% de los pacientes eran exfumadores o fumadores activos. Del total, 16 pacientes (21%) presentaban alguna patología pulmonar previa a la infección (EPOC, asma bronquial, secuelas de TBC, bronquiectasias, EPID). 47 (62%) pacientes precisaron ingreso en planta, 21 (28%) requirieron trasladado a UCI y 8 (10%) no estuvieron ingresados. Se realizaron pruebas de función respiratoria durante el seguimiento, observándose una disminución de la capacidad vital forzada (FVC) en 17 de los pacientes (22%), con una media total de la FVC del 98%. 51 (67%) presentaron disminución en la difusión (DLco) con una media del 64%. 6 pacientes fueron diagnosticados de EPID durante el seguimiento. 41 (54%) de los pacientes presentaban secuelas fibróticas, 6 (8%) bronquiectasias y 29 (38%) Neumonía Organizada secundaria a la infección de las cuales hasta la fecha 26 (90%) se han resuelto. La media de seguimiento de estos pacientes que presentan secuelas pulmonares es de $4,5 \pm 4$ meses; habiendo sido dados de alta un 53% (40) de los pacientes.

Conclusiones:

1.-Pese a la gravedad de la neumonía por SARS-COV-2 en fase aguda, las secuelas pulmonares son escasas. En nuestra serie el 19%, de los cuales el 34% son neumonía organizada que se ha resuelto 2.-Existe una gran discrepancia en cuanto a la afectación de la función pulmonar entre la FVC y la DLco como se observa en otras series.

3.-El abordaje integral de los pacientes en el seguimiento permite el diagnóstico de otro tipo de patologías desenmascaradas a raíz de la neumonía aguda por SARS-COV-2, entre ellas EPID.

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS ACEPTADAS

-25-

Presentador:

Joy Selene Osorio Chávez Trabajo Médico Residente

Título:

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS.

Autores:

Joy Osorio-Chávez, David Martínez-López, Marta Cristeto Porras, Laura González Ramos, Noelia Borja Vargas, Lucía Huidobro Bringas, Sergio García Martín, Javier Zuazaga Fuentes, Patricia Druet Toquero, David Iturbe Fernández, Teresa Díaz de Terán López, Víctor Mora Cuesta, Amaya Martínez Meñaca, Sandra Tello Mena, Diego José Ferrer Pargada, Beatriz Abascal Bolado, Carlos Antonio Amado Diago, Juan José Ruiz Cubillán, Adriana Manrique Mutiozabal, José Manuel Cifrián Martínez

Centro de trabajo:

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

Objetivo:

Determinar cuáles son los fármacos más utilizados en nuestro hospital, y además evaluar la frecuencia de efectos secundarios de estos fármacos

Metodología:

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de enfermedades inflamatorias inmunomediadas y un mantoux, booster o quantiferon positivo de los últimos cinco años (2016-2020) y que además, hallan recibido quimioprofilaxis previo al inicio del tratamiento con fármacos biológicos. La información fue obtenida de las historias clínicas.

Resultados:

Se realizó el análisis de 240 pacientes (75 hombres/ 165 mujeres).

El fármaco quimioproláctico de primera línea fue isoniacida (INH) en 232 (96,7%) pacientes y rifampicina (RIF) en los 8 restantes (3,3%).

Los eventos adversos fueron más frecuentes con INH, observándose en 55 pacientes (23,7%) de 232. Por el contrario, solo 1 de cada 25 (4%) que recibieron RIF presentó un evento adverso, que fue hepatotoxicidad, que requirió la suspensión de RIF.

No se describieron eventos adversos en el único paciente que recibió levofloxacino

Conclusiones:

La INH es el tratamiento de primera línea más utilizado para la tuberculosis latente.

La RIF se utilizó principalmente como terapia de segunda línea. El tratamiento fue generalmente bien tolerado y la mayoría de los eventos adversos no requirieron la suspensión del tratamiento.

La hepatotoxicidad fue el evento adverso más frecuente con isoniacida y la causa más frecuente de retirada del tratamiento

PONENTES Y MODERADORES

Ponentes

- Dr. D. Víctor Mora Cuesta , HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Sara Naranjo Gonzalo, HUM Valdecilla, Santander
- Dr. D. Félix del Campo, Hospital Río Hortega de Valladolid
- Dra. D^a María Ángeles Sánchez Quiroga, Hospital Virgen del Puerto de Plasencia
- Dr. D. David Iturbe Fernández, HUM de Valdecilla, Santander
- Dr. D. Juan José Ruiz Cubillán,. HUM de Valdecilla, Santander
- Dr. D. José Manuel Cifrián Martínez, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Belén Atienza Mateo, HUM Valdecilla, Santander
- Dr. D. Luis Carazo,. Complejo Asistencial Universitario de León
- Dr. D. Carlos Antonio Amado Diago, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Laura Juez García, Hospital General de Segovia
- Dra. D^a Beatriz Abascal Bolado, HUM Valdecilla, Santander
- Dr. D. Jaime Santos Pérez,. Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Dra. D^a Sandra Tello Mena, HUM Valdecilla, Santander
- Dr. D. Eloy Manuel Rodríguez Rodríguez, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Ester González Fernández, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Mercedes Rodríguez Rodríguez, HUM Valdecilla, Santander
- DUE D^a Yolanda Martin Vaquero, Hospital Virgen De La Concha
- DUE D. David Díaz Pérez
- DUE D^a Olga Quintano Rodríguez, HUM Valdecilla, Santander

Moderadores:

- Dra. D^a Alicia de Pablo Gafas , Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid
- Dr. D. Juan Luís García Rivero, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Marta Cabello, HUM Valdecilla, Santander
- Dra. D^a Teresa Peña Miguel, Hospital de Burgos
- Dra. D^a Elena Bollo de Miguel, Hospital de León
- Dra. D^a Ana Bustamante Ruiz, Hospital de Sierrallana
- Dr. D. Jacinto Ramos, Hospital Universitario de Salamanca
- Dr. D. Juan Ortiz de Saracho, Hospital de León
- DUE. D^a Lorena Folgado Temprano, Hospital Virgen De La Concha, Zamora
- DUE D^a Gloria Martínez González, Hospital Rio Hortega, Valladolid
- DUE D^a María Dolores Carrión Enfermera, Hospital Virgen De La Concha, Zamora