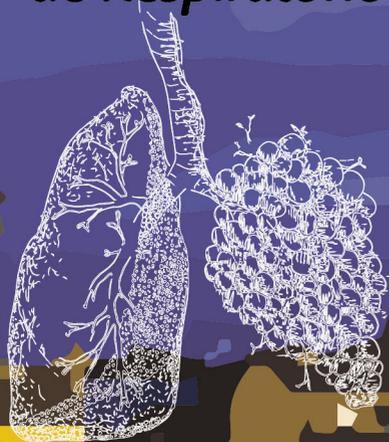


# VI Jornadas Nacionales de Respiratorio **SEMERGEN** Logroño La Rioja



## Revista Jornadas de Respiratorio de SEMERGEN

Numero 1. Año 2016



Sociedad  
Española  
de Médicos  
de Atención  
Primaria

AP

Respiratorio

Secretaría técnica:



ap congress

C/Narvárez 15-11'izq  
28009 · Madrid  
tel : 902 430 960  
fax : 902 430 959  
info@apcongress.es

## Riojaforum 8-9 Abril de 2016

[info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)  
[www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com)

## EDITORES

José Antonio Quintano Jiménez  
José Tomás Gómez Sáenz  
Antonio Hidalgo Requena  
Leovigildo Ginel Mendoza  
José Hernández Úrculo

## COMITÉ EDITORIAL

Félix Aparicio Ortigosa  
Mohamed Farouk Allam  
Leopoldo García Méndez  
José Tomás Gómez Sáenz  
M<sup>a</sup> José Gérez Callejas  
Leovigildo Ginel Mendoza  
José Manuel Helguera Quevedo  
José Hernández Úrculo  
Antonio Hidalgo Requena  
M<sup>a</sup> Carmen León Duarte  
Inés López Fernández  
José María Martínez Martínez  
Rafael Alonso Matía  
Alba Moreno Vilaseca  
Miguel Ángel Prieto Díaz  
José Ignacio Prieto Romo  
José Antonio Quintano Jiménez  
Javier Ruiz Soria  
Gonzalo Sáinz Bretón  
Francisco Javier Santamaría Marín  
Mariano Pablo Tejedor Olarte  
Sonsoles Velilla Zancada  
María Rosario Zangróniz Uruñuela

### Numero 1. Año 2016

**Editor:** Atención Primaria de Congresos S.L.

**Lugar:** Madrid

**ISSN:** 2445-415X

*Copyright 2016. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.*

*El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra.*

## CARTA SALUTACIÓN

Logroño, 8 de abril de 2016

Apreciad@ compañer@:

Desde el Comité Organizador de las VI Jornadas Nacionales de Respiratorio de SEMERGEN, queremos invitaros a que nos acompañéis en Logroño los días 8 y 9 de abril de 2016. Todos sabéis de las dificultades que tenemos para formarnos, hemos preparado un programa científico que creemos atractivo, que abarca las patologías respiratorias a las que un médico de Atención Primaria se enfrenta cada día. No olvidamos el grueso de las patologías (asma y EPOC) pero tendremos espacios para otras enfermedades, como las patologías emergentes (viajes y problemas respiratorios), las menos frecuentes (fibrosis pulmonar idiopática), la urgencia respiratoria y los cuidados paliativos, una incursión en las alergias, las controversias en el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón...

Pretendemos además facilitar a los inscritos en las Jornadas una documentación previa atractiva, acreditada, accesible on-line, en forma de curso pre y postcongresual en las que se pueda interactuar con los docentes. Una parcela que queremos mimar es vuestra participación, bien sea vía comunicaciones (más de 60 en las V Jornadas) como en un espacio que hemos llamado el Rincón del investigador, abierto a que nos contemos las experiencias e intervenciones que hacemos en nuestros centros de salud y de las que, además de aprender de vosotros, pueden iniciar procesos colaborativos. No podemos olvidarnos de la participación de la población, a través de la realización de las Jornadas de Puertas Abiertas, en la Plaza del Mercado de Logroño, donde buscamos concienciar a la comunidad sobre la importancia de las enfermedades respiratorias. Una novedad respecto a Jornadas anteriores es la señalización en diversas zonas de Logroño de recorridos adaptados a los pacientes con EPOC según su gravedad, gracias a la colaboración de Organismos Oficiales y otras Sociedades Científicas. En estas VI Jornadas de Respiratorio SEMERGEN intentaremos adaptarnos a las realidades de nuestros compañeros, con inscripciones lo más asequibles, con descuentos si presentas una comunicación o vienes con tu tutor...

La Rioja es una Comunidad abierta y afable que os espera

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

*Presidente de las VI Jornadas de Respiratorio de SEMERGEN.*

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**

*Coordinador del Comité Organizador.*

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>COMITÉS</b>	<b>5</b>
Comité de Honor.....	5
Comité de Organizador .....	5
Comité de Científico .....	6
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>7</b>
Fecha de Celebración y Sede .....	7
Secretaría Técnica .....	7
Acreditación .....	7
<b>PROGRAMA CIENTÍFICO</b>	<b>9</b>
<b>Viernes 8 de abril</b> .....	<b>9</b>
<b>Sábado 9 de abril</b> .....	<b>10</b>
<b>RESUMEN DE PONENCIAS</b>	<b>14</b>
<b>Mesas de actualidad</b> .....	<b>14</b>
Adherencia en asma: TAL.....	14
Vacunación antineumocócica y patología respiratoria .....	17
El paciente respiratorio crónico ¿está en riesgo de Enfermedad Neumocócica Invasiva? .....	18
Asma y tabaquismo, las amistades peligrosas .....	21
Cáncer de pulmón, ¿búsqueda activa? .....	24
Lo que no es asma ni EPOC Fibrosis pulmonar idiopática. La importancia del diagnóstico precoz.....	27
El camino del paciente respiratorio .....	29
<b>Puestas al día</b> .....	<b>32</b>
¿Seguimos y tratamos adecuadamente a nuestros pacientes sintomáticos? .....	32
Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC .....	32
<b>Talleres</b> .....	<b>35</b>
Radiología torácica.....	35
Quiero investigar y no sé por dónde empezar .....	36
Urgencias neumológicas: a partir de un caso .....	37
Pruebas funcionales respiratorias .....	38
Asma en la práctica del Médico de Familia .....	39
Lo que debes saber sobre inhaladores .....	40
Alergia básica en Atención Primaria .....	41
Casos Clínicos EPOC. Broncodilatación dual .....	43
Tabaco .....	44
Viajes y aparato respiratorio.....	45
Al final del camino: cuidados paliativos en pacientes respiratorios.....	46
<b>RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES DEFENDIDAS EN LAS JORNADAS</b>	<b>48</b>
<b>Médicos de Familia</b> .....	<b>48</b>
Comunicaciones en formato oral .....	48
Comunicaciones en formato póster .....	53
Caso clínico en formato oral .....	59
Caso clínico en formato póster .....	65
<b>Médicos Residentes</b> .....	<b>74</b>
Comunicaciones en formato oral .....	74
Comunicaciones en formato póster .....	77
Caso clínico en formato oral .....	82
Caso clínico en formato póster .....	86

## COMITÉS

### COMITÉ DE HONOR

**Excmo. Sr. Presidente de la Comunidad Autónoma de La Rioja**

*D. José Ignacio Cenicerós González*

**Ilma. Sra. Alcalde de Logroño**

*D<sup>a</sup>. Concepción Gamarra Ruíz-Clavijo*

**Excma. Sra. Consejera de Salud de La Rioja**

*D<sup>a</sup>. María Martín Díez de Baldeón*

**Sr. Rector Magnífico de la Universidad de La Rioja**

*D. José Arnáez Vadillo*

**Ilma. Sra. Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de La Rioja**

*Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Inmaculada Martínez Torre*

**Sr. Presidente Nacional de SEMERGEN**

*Dr. D. José Luis Listerri Caro*

**Sr. Presidente de SEMERGEN La Rioja.**

*Dr. D. José María Martínez Martínez*

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### Coordinador:

**Dr. D. José A. Quintano Jiménez**

*Médico de Familia y Neumólogo de Lucena. Córdoba. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.*

#### Presidente:

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN*

#### Vocales:

**Dr. D. Félix Aparicio Ortigosa**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Navarrete. La Rioja.*

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

**Dra. D<sup>a</sup> María José Gérez Callejas**

*Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061 La Rioja*

**Dr. D. José Hernández Úrculo**

*Médico de Familia. Centro de Salud La Vega - Zapatón. Torrelavega. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

**Dr. D. José M<sup>a</sup> Martínez Martínez**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.*

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz**

*Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN. Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN.*

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

**Dr. D. Gonzalo Sainz Bretón**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Arnedo. La Rioja. Secretario de SEMERGEN La Rioja.*

**Dr. D. Mariano Pablo Tejedor Olarte**

*Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño*

**Dra. D<sup>a</sup>. Rosario Zangróniz Uruñuela**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.*

## COMITÉ CIENTÍFICO

### Presidente:

#### **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena I. Córdoba. Miembro y Vocal de Investigación del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN

### Vicepresidente:

#### **Dra. D<sup>a</sup>. María del Carmen León Duarte**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera, La Rioja.

### Vocales:

#### **Dr. D. Rafael Alonso Matía**

Médico de Familia. Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Bizkaia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dr. D. Mohamed Farouk Allan**

Médico de Familia. Profesor Interino de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Secretario del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dr. D. José Helguera Quevedo**

Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Alba Moreno Vilaseca**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

#### **Dr. D. Javier Ruíz Soría**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

#### **Dr. D. Francisco Javier Santamaría Martín**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Sonsoles Velilla Zancada**

Médico de Familia. Servicio Navarro de Salud

## Información General

### Fecha de Celebración y Sede

**Fecha:** 8 y 9 de abril de 2016

**Sede:** Riojaforum (Palacio de Congresos y Auditorio de la Rioja)

Calle San Millán 25. Logroño. 26004 - tel.- 941 276 200

**Web:** [www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com)

**E-mail:** [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)

### Secretaría Técnica:



ap congress

C/Narvárez 15-1<sup>izq</sup>  
28009 · Madrid  
tel : 902 430 960  
fax : 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

## Accreditación

Actividad acreditada por parte de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.  
Num. Expediente: CFC-013-2016.

Concedido el Reconocimiento de Interés Sanitario (RIS) por parte de la Dirección General de Prestaciones y Farmacias de la Consejería de Salud de La Rioja.

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.  
Con nº de registro 16/2016.



RELACIÓN DE ACTIVIDADES Y CRÉDITOS			
TIPO DE ACTIVIDAD	TÍTULO	HORAS LECTIVAS	CRÉDITOS
Taller	Urgencias neumológicas: a partir del caso.	1,50	0,3
Mesa de Actualidad	Adherencia en asma. TAI.	1,50	0,3
Puesta al día	¿Seguimos y tratamos adecuadamente a nuestros pacientes sintomáticos?	1	0,1
Taller	Pruebas funcionales respiratorias. Sesión 1.	1,25	0,2
Taller	Alergia básica en Atención Primaria.	1,25	0,2
Puesta al día	Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC.	1	0,1
Mesa de Actualidad	Vacunación antineumocócica y patología respiratoria.	1,50	0,2
Mesa de Actualidad	Asma y tabaquismo, las amistades peligrosas.	1,50	0,2
Mesa de Actualidad	El camino del paciente respiratorio.	1,50	0,2
Mesa de Actualidad	Lo que no es asma ni EPOC: Fibrosis pulmonar idiopática. La importancia del diagnóstico precoz.	1,50	0,2
Taller	Pruebas funcionales respiratorias. Sesión 2.	1,25	0,2
Taller	Casos clínicos de EPOC. Broncodilatación dual.	1,25	0,2
Taller	Tabaquismo: Terapia individual y grupal.	1,50	0,3
Taller	Viajes y aparato respiratorio.	1,50	0,3
Taller	Cáncer de pulmón, ¿búsqueda activa?	1,50	0,3
Taller	Al final del camino: cuidados paliativos en pacientes respiratorios.	1,50	0,3

RELACIÓN DE ACTIVIDADES Y CRÉDITOS DE LOS TALLERES ONLINE			
TIPO DE ACTIVIDAD	TÍTULO	HORAS LECTIVAS	CRÉDITOS
Taller online	Quiero investigar y no sé por dónde empezar	1.50	2.01
Taller online	Radiografía torácica	1.50	2.16
Taller online	Asma en la práctica del Médico de Familia	1.50	0.9
Taller online	Lo que debes saber sobre inhaladores	1.50	1.59

## PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes, 8 de abril de 2016

**16.30 – 18.00 h.** Sala 1 y 2**Taller: Radiología torácica.**

Ponentes:

**Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo**

Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Rebeca Hernández García**

Médico de Familia. Centro de Salud Alba de Tormes. Salamanca. Miembro del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Taller: Quiero investigar y no sé por dónde empezar.**

Sala 5

Ponentes:

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Mohamed Farouk Allam**

Médico de Familia. Profesor Interino de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Taller: Urgencias neumológicas: a partir del caso.**

Sala 4

Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra.

**Dr. D. Manuel Barrón Medrano**

Ex Jefe del Servicio de Neumología. Hospital San Pedro. Logroño.

**16.30 – 17.15 h.** Sala 3**Mesa de actualidad: Adherencia en asma: TAI.**

PATROCINADO POR LABORATORIOS CHIESI

Ponentes:

**Dr. D. Pedro Marín Pérez**

Médico de Familia. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Carlos Ruiz Martínez**

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital San Pedro. Logroño.

**18.00 – 18.30 h.** Pausa- café.

Patrocinado por Gebro Pharma

**18.30 – 19.30 h.** Sala 1 y 2

PATROCINADO POR ARAZENECA

**Puesta al día: ¿Seguimos y tratamos adecuadamente a nuestros pacientes sintomáticos?**

Moderador:

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**

Médico de Familia y Neumólogo de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Temas y ponentes:

**¿Cuál es el papel de Atención Primaria en el seguimiento del paciente EPOC?****Dr. D. Francisco Javier Ruíz Moruno**

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuentisanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**¿Cuándo deberíamos empezar con la doble broncodilatación?****Dr. D. Juan Luis García Rivero**

Neumólogo. Hospital Laredo. Cantabria.

**19.30 – 20.00 h.** Sala 1 y 2**Presentación estudio IBERICAN (SEMERGEN).**

Ponente:

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz**

Médico de Familia. Centro de Salud Vallobin-La Florida. Área Sanitaria IV de Oviedo. Coordinador Nacional del Área Cardiovascular de SEMERGEN.

**20.00 – 20.30 h.** Sala 1 y 2**Acto de inauguración.****20.30 – 21.30 h.** Sala 1 y 2**Conferencia inaugural: ¿Qué me pasa doctor? Medicina y cine.**

Presentador

**Dr. D. Mariano Pablo Tejedor Olarte**

Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

Ponente:

**Sr. D. Bernardo Sánchez Salas**

Profesor de la Universidad de La Rioja.

Sábado, 9 de abril de 2016

08.00 – 09.00 h.

## Defensa Comunicaciones orales.

### Sesión 1. Sala 3

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Carmen León Duarte**

Médico de Familia. Centro de salud de Nájera, La Rioja.

**Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo**

Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

### Sesión 2. Sala 4

Moderadores:

**Dr. D. Rafael Alonso Mañá**

Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Bizkaia. Servicio Vasco de Salud- Osakidetza. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Antonio Hermoso Sabio**

Médico de Familia. Centro de Salud de la Zubia, Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

### Sesión 3. Sala 5

Moderadores:

**Dr. D. José A. Quintano Jiménez**

Médico de familia y Neumólogo de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Mohamed Farouk Allam**

Médico de Familia. Profesor Interino de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

08.00 – 09.00 h.

## Defensa Comunicaciones póster.

### Sesión 1. Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster 1

Moderador:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. Secretario del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

### Sesión 2. Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster 2

Moderadora:

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. Pontevedra.

### Sesión 3. Aula Virtual de e-Pósters. e-Póster 3

Moderadora:

**Dra. D<sup>a</sup>. Alba Moreno Vilaseca**

Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

09.00 – 10.15 h.

## Taller: Pruebas funcionales respiratorias.

### Sesión 1.

**Sala 1 y 2**

PATROCINADO POR GSK

Ponentes:

**Dr. D. Mariano Rodríguez Porres**

Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN

**Dr. D. José Jorge Garrido García**

Departamento Médico de GSK. MSL de Respiratorio para el área Norte.

## Taller: Asma en la práctica del Médico de Familia. Sesión 1.

**Sala 3**

PATROCINADO POR MUNDIPHARMA

Ponentes:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia Zona Básica nº 10, Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

## Taller: Lo que debes saber sobre inhaladores. Sesión 1.

**Sala 4**

PATROCINADO POR LABORATORIOS TEVA

Ponentes:

**Dr. D. Bartolomé Leal Correa**

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque, Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardoux Chadburn**

Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles, Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

## Taller: Alergia básica en Atención Primaria.

**Sala 5**

PATROCINADO POR LABORATORIOS ALK

Temas y ponentes:

### Actualización en anafilaxia

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Carmen Gil Adrados**

Médico de Familia. Coordinadora Médica en el Centro de Salud La Solana, Talavera de la Reina, Toledo.

**¿Qué debemos saber sobre las alergias, pruebas y tratamiento? ¿Cómo actuar ante un paciente alérgico?**

**Dr. D. Teófilo Lobera Labairu**

Jefe de Sección de Alergología. Hospital de San Pedro. Logroño.

**10.15 – 11.15 h.**

**Puesta al día: Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC.**

**Sala 1 y 2**

PATROCINADO POR BOEHRINGER INGELHEIM

Moderador:

**Dr. D. José Hernández Úrculo**

Médico de Familia. Centro de Salud La Vega-Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Temas y ponentes:

**Spiolto en la práctica clínica.**

**Dr. D. Rafael Alonso Matía**

Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Bizkaia. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC.**

**Dr. D. José Luis López Campos**

Neumólogo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**11.00 – 13.00 h.**

**Jornadas de Puertas Abiertas a la comunidad: ¿Cómo respira Logroño?**

**Plaza del Mercado de Logroño**

**11.15 – 11.45 h. Pausa-café.**

Patrocinado por Gebro Pharma

**11.45 – 13.15 h. Sala 1 y 2**

**Mesa de Actualidad: Vacunación anti-neumocócica y patología respiratoria.**

PATROCINADO POR LABORATORIOS PFIZER

Moderador:

**Dr. D. José Ignacio Peis Redondo**

Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Temas y ponentes:

**Beneficio de la vacunación antineumocócica en el paciente EPOC.**

**Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**El paciente respiratorio crónico, ¿está en riesgo de ENI?**

**Dr. D. José Luis Viejo Bañuelos**

Ex-Jefe del Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Burgos.

**Optimización de la entrevista médico-paciente.**

**Dr. D. Fernando Mora Mínguez**

Psiquiatra adjunto. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. Director de Innovación en Salud. Reborn Thinking.

**11.45 – 13.15 h. Sala 3**

**Mesa de actualidad: Asma y Tabaquismo. Las amistades peligrosas.**

PATROCINADA POR LABORATORIOS ESTEVE

Moderador:

**Dr. D. José Antonio Quintano Jiménez**

Médico de Familia. Neumólogo. Lucena. Córdoba. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Temas y ponentes:

**Impacto del tabaco en el asma y su abordaje.**

**Dr. D. Antolín López Viña**

Neumólogo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Cómo actuar en Atención Primaria ante el asmático fumador.**

**Dra. D<sup>a</sup>. Ana Viejo Casas**

Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Presentación de la monografía “Asma y Tabaquismo. Las amistades peligrosas”.**

**Dr. D. Vicente Plaza Moral**

Coordinador del Comité Ejecutivo de la GEMA y Jefe del Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona.

**Discusión**

**11.45 – 13.15 h. Sala 5**

**Mesa de actualidad: El camino del paciente respiratorio.**

PATROCINADO POR SANDOZ

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

Médico de Familia. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Juan Luis García Rivero**

Neumólogo. Hospital de Laredo. Cantabria

**Dr. D. Javier Plaza Zamora**

Coordinador Representante de la SEFAC. Maza-rón. Murcia.

**Dr. D. Javier Palicio Sopena**

Presidente de la Federación Nacional de Asocia-ciones de Pacientes Respiratorios (FENAER).

**11.45 – 13.15 h. Sala 4**

**Mesa de actualidad: Lo que no es asma ni EPOC: Fibrosis pulmonar idiopática. La importancia del diagnóstico precoz.**

Moderador:

**Dr. D. Antonio Hermoso Sabio**

Médico de Familia. Centro de Salud de la Zubia. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respi-ratorio SEMERGEN.

Temas y ponentes:

**Paciente con disnea. Atención: no siem-pre es por asma o por EPOC.**

**Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco**

Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Mur-cia. Miembro del Grupo de Trabajo de Vasculopa-tías de SEMERGEN.

**Fibrosis pulmonar idiopática. Importan-cia del diagnóstico precoz.**

**Dr. D. Julio Ancochea Bermúdez**

Jefe de Servicio. Profesor Titular de Medicina. Coordinador de Ciencia de la Salud de la UAM. Coordinador de la Estrategia EPOC del Sistema Na-cional de Salud. Director del PII-EPID de la SEPAR. Coordinador de SEPAR Solidaria.

**13.15 – 14.30 h.**

**Taller: Pruebas funcionales respiratorias. Sesión 2.**

**Sala 1 y 2**

PATROCINADO POR GSK

Ponentes:

**Dr. D. Mariano Rodríguez Porres**

Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Res-piratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Jorge Garrido García**

Departamento Médico de GSK. MSL de Respiratorio para el área Norte.

**Taller: Asma en la práctica del Médico de Familia. Sesión 2.**

**Sala 3**

PATROCINADO POR MUNDIPHARMA

Ponentes:

**Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Respi-ratorio SEMERGEN.

**Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia Zona Básica nº10. Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respi-ratorio SEMERGEN.

**Taller: Lo que debes saber sobre inhala-dores. Sesión 2.**

**Sala 4**

PATROCINADO POR LABORATORIOS TEVA

Ponentes:

**Dr. D. Bartolomé Leal Correa**

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respi-ratorio SEMERGEN.

**Dra. D<sup>a</sup>.Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles, Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Taller: Casos clínicos de EPOC. Bronco-dilatación dual.**

**Sala 5**

PATROCINADO POR LABORATORIOS FERRER

Ponentes:

**Dr. D. Pablo Panero Hidalgo**

Médico de Familia. Centro de Salud Órgiva. Gra-nada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respi-ratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**

Médico de Familia. Centro de Salud de Astorga II. León. Miembro del Grupo de Trabajo Respiratorio SEMERGEN.

**14.30 – 16.00 h.**

**Almuerzo de Trabajo.**

**16.00 – 17.30 h.**

**Taller: Tabaquismo: Terapia individual y grupal.**

**Sala 1 y 2**

Ponentes:

**Dr. D. Delio Vázquez Mallada**

Centro de Salud de Bembibre. Area del Bierzo. León. Miembro de los Grupos de Trabajo de Taba-quismo y Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Francisco Marchante Melero**

Médico de Familia. Centro de Salud Recinto. Ceuta. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

**Taller: Viajes y aparato respiratorio.****Sala 3**

Ponentes:

**Dr. D. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno**

Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

**Dr. D. Juan Antonio Corrales Cruz**

Médico de Familia. Centro de Salud Cisneo Alto-Las Naciones. Sevilla. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Taller: Cáncer de pulmón, ¿búsqueda activa?****Sala 4**

Moderador:

**Dr. D. José Tomás Gómez Saenz**

Médico de Familia. Director médico Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Ponentes:

**Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez**

Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y Tabaquismo de SEMERGEN.

**Dr. D. Juan Pablo de Torres Tajés**

Neumólogo. Clínica Universitaria de Navarra.

**Taller: Al final del camino: cuidados paliativos en pacientes respiratorios.****Sala 5**

Ponentes:

**Dr. D. Leopoldo García Méndez**

Médico de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo. Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

**Dr. D. Mario Cortés Béjar**

Médico de Familia. Unidad de Paliativos de la Fundación Riojasalud.

**17.30 - 18.00h. Sala 1 y 2****Conferencia de clausura: Matemáticas para terminar.**

Presentador:

**Dr. D. Mariano Pablo Tejedor Olarte**

Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

Ponente:

**Sr. D. Eduardo Sáenz de Cabezón Irigaray**

Departamento de Matemáticas y Computación. Universidad de La Rioja.

**18.00h. Sala 1 y 2****Entrega de Premios y Clausura.**

## RESUMEN DE PONENCIAS

### MESAS DE ACTUALIDAD

#### Adherencia en asma: TAI

##### **Ponente:**

**Dr. D. Pedro Jesús Martín Pérez**

Médico de Familia. Centro de Salud Cruce de Arinaga. Agüimes. Gran Canaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas (1), pero quizás esta clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico (2); siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. Seguir una prescripción, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos (3-5). Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, como el asma, viene dada por dos aspectos fundamentales: su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos. El TAI (Test de Adhesión a los Inhaladores) (6) es un instrumento útil para la toma de decisiones clínica que permite la posibilidad de profundizar en la falta de adhesión de cada paciente desde varias perspectivas y proporciona valiosa información, permitiendo poder trazar una estrategia de asistencia personalizada y eficaz a través de medidas correctoras específicas en función del perfil del paciente.

##### **Bibliografía:**

- Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genève. World Health Organization. 2001.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
- Bonada C, Guarner MA, Antó JM, Mata JM, Monrabá M, Travería M. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Aten Primaria 1985; 2: 167- 171.
- Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance on the taking of prescribed medicines. B J Gen Pract 1990; 40: 114-116.
- Kaplan RM, Simon HJ. Compliance in medical care of self-predictions. Ann Behav Med 1990; 12: 66-71.
- Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for asthma and COPD patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2015 Jul 31

#### Test de adhesión a los inhaladores (TAI)

##### **Ponente:**

**Dr. D. Carlos Ruiz Martínez**

Jefe de Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja.

La adhesión del paciente a su tratamiento es un factor crítico para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Una baja adhesión a los inhaladores se asocia consistentemente a un aumento de la morbilidad, tanto del asma como de la EPOC, por lo que resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente. Dado que la simple anamnesis la sobrestima, se recomienda utilizar cuestionarios validados en la práctica clínica diaria.

Conocer el tipo de incumplimiento y, en particular, las condiciones que actúan como barreras de la adhesión del paciente, proporciona una valiosa información que permite incorporar medidas correctoras específicas en los programas de educación de los pacientes para cada tipo de incumplimiento.

El **Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI)** es un nuevo cuestionario dirigido a pacientes con asma o EPOC que, de forma sencilla y fiable, permite:

- **Identificar** al paciente con baja adhesión.
- Establecer la **intensidad** de la adhesión: buena, intermedia o mala.
- Orientar sobre el **tipo o patrón de incumplimiento** del paciente: errático, deliberado o inconsciente.

### **Descripción del TAI**

El TAI está formado por dos cuestionarios complementarios que se pueden utilizar independientemente en función de las necesidades asistenciales: el TAI de 10 ítems, que permite identificar al paciente con poca adhesión y su intensidad, y el TAI de 12 ítems, que ayuda a orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento.

#### **TAI 10**

Está formado por 10 preguntas que debe autocumplimentar el paciente

El rango de puntuación de cada pregunta oscila entre 1: peor cumplimiento y 5: mejor cumplimiento.

La puntuación de los 10 ítems proporciona una puntuación total que oscila entre 10 (mínima) y 50 (máxima).

Buena adhesión = 50 puntos.

Adhesión intermedia: Entre 46 y 49 puntos.

Mala adhesión  $\leq$  45 puntos

#### **TAI 12**

Está formado por las 10 preguntas que debe autocumplimentar el paciente (TAI 10 ítems), más otras 2 preguntas dirigidas al profesional sanitario que lo atiende.

Las preguntas dirigidas al profesional sanitario puntúan con 1 o 2 puntos (mal o buen conocimiento de la pauta y/o técnica de inhalación)

El tipo o patrón de incumplimiento se valorará de la siguiente forma:

- Los ítems del 1 al 5 valoran el incumplimiento "errático" (puntuación entre 5 y 25). (< 25)
- Los ítems del 6 al 10 valoran el incumplimiento "deliberado" (puntuación entre 5 y 25). (< 25)
- Los ítems 11 y 12 valoran el incumplimiento "inconsciente" (puntuación entre 2 y 4). (< 4)

***Incumplimiento errático:*** paciente que olvida la toma de la medicación.

***Incumplimiento deliberado:*** paciente que no la toma porque no quiere hacerlo.

***Incumplimiento inconsciente:*** paciente que no toma la medicación correctamente por desconocimiento de la pauta terapéutica y de la utilización del dispositivo inhalador.

### **Bibliografía:**

- Plaza V, Fernández Rodríguez C, Melero C et al. Validación del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) para pacientes con asma o EPOC. *Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery*.2015; 28.
- Bozek A, Jarzab J. Adherence to asthma in elderly patients. *J Asthma*. 2010; 47: 162-165.
- Boulet LP, Vervloet D, Magar Y et al. Adherence: The goal to control asthma. *Clin Chest Med*. 2012; 33:405-417.

**TAI 10 ítems. Medición de la adhesión y su intensidad**

<p><b>1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Todas    <input type="checkbox"/> 2. Más de la mitad    <input type="checkbox"/> 3. Aprox. la mitad    <input type="checkbox"/> 4. Menos de la mitad    <input type="checkbox"/> 5. Ninguna</p>	<input type="text"/>
<p><b>2. Se olvida de tomar los inhaladores:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<p><b>10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Siempre    <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre    <input type="checkbox"/> 3. A veces    <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca    <input type="checkbox"/> 5. Nunca</p>	<input type="text"/>
<b>Puntuación 1-10 ítems</b>	
<input type="text"/>	

**TAI 12 ítems. Orientación del patrón de incumplimiento**

Las dos siguientes preguntas las deberá responder el profesional sanitario responsable del paciente según los datos que figuran en su historial clínico (pregunta 11) y tras comprobar su técnica de inhalación (pregunta 12).

<p><b>11. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No    <input type="checkbox"/> 2. Sí</p>	<input type="text"/>
<p><b>12. La técnica de inhalación del dispositivo* del paciente es**:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Con errores críticos    <input type="checkbox"/> 2. Sin errores críticos o correcta</p>	<input type="text"/>
<b>Puntuación 11-12 ítems</b>	
<input type="text"/>	

**Valoración del tipo de incumplimiento**

<p><b>ERRÁTICO</b> Puntuación total 1-5 ítems</p>	<p><b>DELIBERADO</b> Puntuación total 6-10 ítems</p>	<p><b>INCONSCIENTE</b> Puntuación total 11-12 ítems</p>
---	--	---

## Vacunación antineumocócica y patología respiratoria

### **Moderador:**

#### **Dr. D. José Ignacio Peis Redondo**

Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

### Neumococo.

Coco gram positivo con cápsula polisacáridica como factor de virulencia más importante.

Protege de la fagocitosis por PMN y macrófagos, impide que los anticuerpos y el complemento lleguen a las estructuras internas de la bacteria e induce la producción de anticuerpos protectores específicos en el huésped.

Se distinguen más de 93 serotipos, según la estructura química y antigénica de los polisacáridos capsulares: 17 serotipos causan el 85% de las enfermedades y 6 serotipos (19, 6, 3, 23, 14 y 9) son los responsables del 60% de ellas.

### Riesgo de infección

El estado de portador oscila entre el 38-60% en los niños en edad preescolar, 29-35% en la edad escolar y 18-29% en los adultos jóvenes.

La transmisión se produce por las secreciones de la nasofaringe desde portadores del microorganismo a los convivientes.

Factores como el hacinamiento, la estación del año, y la presencia de otras infecciones del tracto respiratorio influyen en esta transmisión.

Las personas mayores de 65 años, así como aquellas otras que padecen alguna patología crónica presentan un mayor riesgo de infección.

### NAC por neumococo

El neumococo es el agente patógeno más frecuentemente identificado en la NAC estando implicado en el 30-35% de los casos.

La incidencia que oscila entre 3 y 8 casos por 1.000 habitantes/año.

La incidencia de NAC en nuestro país en mayores de 65 años se estima en 14 casos por 1.000 personas/año (29,4 casos por 1.000 personas/año en mayores de 85 años).

El 40% de los pacientes con NAC requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10% necesitan ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

### Enfermedad Neumocócica Invasiva

La ENI es la forma más grave de enfermedad neumocócica y se define como la presencia de neumococo en sangre, líquido cefalorraquídeo u otro fluido normalmente estéril.

Las tasas de incidencia más elevadas se dan en los grupos de edad extremos de la vida. En España (2007/2009):

o menores de 2 años: 49,79 casos/105 habitantes

o mayores de 65 años: 20,76 casos/105 habitantes

La ENI se presenta de diferentes formas clínicas, siendo la neumonía bacteriémica la forma más frecuente: en el adulto, el 60/87% de todos los casos de bacteriemia neumocócica.

### Las enfermedades respiratorias y la ENI

La EPOC aumenta el riesgo de sufrir infecciones graves.

El 16,5% de las exacerbaciones agudas de la EPOC son causadas por neumococo

Los sujetos con insuficiencia respiratoria presentaron mayor proporción de comorbilidades

**Bibliografía:**

- Burgos J, et al. *Eur Respir J.* 2014 Feb;43(2):545-53
- Cillóniz C, et al. *Thorax.* 2011;66:340-6.
- Eskola J, et al. Orenstein WB, Picazo JJ, editores. *Vacunas.* 1ª ed. Madrid: Editorial Médica; 2004; p. 605-43.

## **El paciente respiratorio crónico ¿está en riesgo de Enfermedad Neumocócica Invasiva?**

**Ponente:****Dr. D. José Luis Viejo Bañuelos.***Ex-Jefe del Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Burgos*

La infección neumocócica constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su impacto tanto clínico como económico. Se clasifica en invasiva o no invasiva. El espectro clínico de la enfermedad invasiva incluye la bacteriemia por neumonía u otro foco, derrame pleural y meningitis. Dentro de la no invasiva, donde se concentra la mayor parte de la enfermedad, se presentan otitis media, sinusitis y neumonía.

El neumococo es una bacteria encapsulada gram-positiva en la que los polisacáridos capsulares, que definen el serotipo, son el principal factor de virulencia, debido a que ayudan a evitar la fagocitosis de la bacteria por el sistema inmunológico. Se han identificado 93 diferentes serotipos y alrededor de 15 causan el 80% de la infección neumocócica. La principal enfermedad en adultos es la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con incidencia real probablemente subestimada. La incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la mortalidad se incrementa a partir de los 50 años, y más del 80% es debida a neumonía bacteriémica. La bacteriemia por neumococo se detecta alrededor del 20% de las ocasiones.

Determinados factores de riesgo como la edad, tabaco, alcohol, algunas enfermedades crónicas o estados de inmunosupresión, aumentan el riesgo de padecer NAC. La neumonía neumocócica fue la principal causa conocida de mortalidad por infección del tracto respiratorio inferior, causando aproximadamente el 22% de las muertes por esta infección. Además, se ha descrito un 40% más de probabilidad de fallecer en los pacientes hospitalizados por NAC que en los pacientes ingresados por otras causas.

**Enfermedad respiratoria crónica**

Los pacientes con enfermedad respiratoria crónica poseen un riesgo incrementado de presentar neumonías en su evolución. Al parecer la alteración de los mecanismos de defensa así como la inmunidad innata de los pacientes, a menudo fumadores, pueden tener un papel importante. Se trata de pacientes en su mayoría con EPOC y/o asmáticos con un curso habitualmente marcado por las agudizaciones, donde el neumococo juega un papel primordial. Los resultados preliminares del estudio español CAPA, estudio epidemiológico, prospectivo, y multicéntrico, llevado a cabo para estimar el impacto de la NAC debida a neumococo en la población adulta, han puesto de manifiesto esta circunstancia. El impacto de la EPOC en el pronóstico de la neumonía no está del todo claro. Se ha encontrado asociación entre EPOC y la mortalidad a 30 días en los pacientes con neumonía. Otras enfermedades pulmonares como el asma y la fibrosis pulmonar también conllevan un riesgo incrementado de padecer neumonía.

En un estudio de casos y controles de pacientes con ENI y enfermedad pulmonar subyacente, se observó un factor de riesgo más de cuatro veces mayor para la EPOC, dos veces mayor para el asma y cinco para la fibrosis pulmonar. La sarcoidosis y las bronquiectasias se asociaron con un riesgo de entre 2 y 7 veces mayor de padecer ENI. La mortalidad por ENI no se incrementó en estos pacientes.

El único método fiable para la reducción de la carga de enfermedad neumocócica es la prevención, tanto desde el punto de vista de hábitos sanitarios, como con el uso de la vacunación antineumocócica que ya ha demostrado una importante reducción en la incidencia de esta enfermedad.

### **Bibliografía:**

- Picazo JJ, González-Romo F, García Rojas A, et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto con patología de base. *Rev Esp Quimioter.* 2013;26:232-252.
- Bordon J, Wiemken T, Peyrani P, et al; and the CAPO Study Group. Decrease in long-term survival for hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Chest.* 2010;138(2):279-283.
- Menéndez R, Torres A, España PP et al. Differences in *S. pneumoniae* serotypes distribution causing CAP in hospitalized adults in Spain according to comorbidities by a new urinary antigen (UAD) test. The CAPA study. Presented at European Respiratory Society Internal Congress. Amsterdam, Netherlands, 26-30 September 2015.

## **Beneficio de la prevención de la enfermedad neumocócica en la EPOC**

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

Tanto las exacerbaciones, de causas multifactoriales, como los ingresos hospitalarios influyen en la calidad de vida.

La carga de la neumonía neumocócica en adultos es alta, con morbilidad y mortalidad importante. El riesgo de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) aumenta con la edad y ciertas comorbilidades (entre las que destacan las enfermedades respiratorias crónicas), aumentando estas también la tasa de letalidad.

En nuestro país existen dos tipos de vacunas antineumocócicas: la de polisacáridos capsulares 23 valente (VNP-23) y la de polisacáridos conjugados 13-valente (VNC-13). Existe una necesidad insatisfecha en la prevención de la enfermedad neumocócica debido a las limitaciones de la primera, como baja eficacia, corta duración de la protección, hiporrespuesta con dosis repetidas y falta de memoria inmunológica.

El estudio CAPITA (Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults): Ensayo clínico fase 4, aleatorizado, controlado con placebo para evaluar la eficacia de la vacuna anti-neumocócica conjugada 13-valente en la prevención de NAC y ENI por serotipos vacunales, que demuestra la reducción de la enfermedad neumocócica con su uso, y reducciones estadísticamente significativas del primer episodio de NAC, además de demostrar la duración de la eficacia protectora durante el estudio de 4 años, con una sola dosis.

Tras los resultados del estudio CAPITA, la ficha técnica ha sido ampliada por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), para incluir los resultados del estudio. Así el Comité Permanente alemán sobre Vacunación (STIKO) recomienda la vacunación con PCV13 a todos los adultos pertenecientes a grupos de riesgo desde los 18 años de edad, entre los que se incluyen: la enfermedad respiratoria crónica, las enfermedades metabólicas como la Diabetes mellitus y la enfermedad cardiaca crónica. En la misma línea ACIP (comité asesor sobre prácticas de inmunización USA) recomienda la vacunación con VNC-13 a todos los adultos de 65 o más años de edad, incluyendo aquellos previamente vacunados con la polisacárida.

A pesar de ello, incluso en países con programas de vacunación establecidos, las tasas de vacunación antineumocócica están por debajo de los objetivos deseados para adultos, siendo una de las principales causas que el médico no la recomienda, siendo aconsejable aprovechar al máximo todas las oportunidades para mejorar las tasas de vacunación antineumocócica en adultos.

**Bibliografía:**

- Van Hoek AJ, Andrews N, Waight PA, et al. The effect of underlying clinical conditions on the risk of developing invasive pneumococcal disease in England. *J Infect.* 2012;65(1): 17-24.
- Shea KM, Edelsberg J, Weycker D, Farkouh RA, Strutton DR, Pelton SI. Rates of pneumococcal disease in adults with chronic medical conditions [published online May 8, 2014]. *Open Forum Infect Dis.* doi:10.1093/ofid/ofu024.
- Pollard AJ, Perrett KP, Beverley PC. Maintaining protection against invasive bacteria with protein-polysaccharide conjugate vaccines. *Nat Rev Immunol.* 2009;9(3):213-220.
- Bonten MJM, et al. *N Engl J Med* 2015;372:1114-25

**Optimización de la entrevista médico-paciente****Ponente:****Dr. D. Fernando Mora Mínguez***Psiquiatra adjunto. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.*

A día de hoy, un gran número de pacientes no cumplen adecuadamente con las recomendaciones de sus médicos o profesionales de la salud; de hecho se calcula que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no toman el tratamiento según prescripción de su médico. En el caso concreto de la vacuna del neumococo, las tasas de vacunación en adultos de riesgo, está por debajo de lo recomendado.

Por parte de los profesionales sanitarios hay una valoración positiva de la eficacia de las vacunas como tratamientos preventivos y su percepción es que las recomiendan de forma mayoritaria a los pacientes de riesgo; sin embargo, teniendo en cuenta los datos, esta recomendación no es seguida por los pacientes según lo esperado. Esto tiene que ver, entre otras cosas, con algunos factores personales de los pacientes como son la escasa percepción de riesgo sobre la necesidad de la vacuna o el miedo a los efectos secundarios y que, dadas las bajas tasas de vacunación, no quedan resueltos en la entrevista con su médico.

La relación médico-paciente tradicional parte de un modelo informativo; donde el médico evalúa y diagnostica, plantea una estrategia terapéutica y ofrece la mejor opción al paciente, dando por supuesto que éste la va realizar; pero, como hemos comentado, esto no siempre sucede así.

De acuerdo con todo lo anterior, parece lógico plantear que es necesario evolucionar a una nueva relación médico-paciente que sea capaz detectar estas cuestiones personales del paciente y resolverlas y, de esta forma, conseguir optimizar el compromiso con la vacunación recomendada por su médico.

Los abordajes que implican al paciente en las decisiones sobre su tratamiento han demostrado mejorar tasas de cumplimiento en numerosas patologías, consiguiendo además un alto grado de satisfacción en el paciente. Trasladar este modelo a la intervención con el paciente subsidiario de vacunación antineumocócica nos puede ayudar a mejorar las tasas de vacunación y la satisfacción de los pacientes.

Para conseguirlo necesitamos herramientas que nos permitan sistematizar la intervención que hacemos con el paciente buscando este compromiso. La metodología de este tipo de intervenciones supone ir secuencialmente trabajando sobre la confianza del paciente, la implicación en la toma de decisiones a través de la resolución de los obstáculos para un adecuado cumplimiento y la optimización de su compromiso terapéutico.

En resumen, poner en marcha modelos de relación médico-paciente que permitan abordar cuestiones personales que limitan el compromiso del paciente con la vacunación recomendada, nos pueden ayudar a mejorar las tasas de vacunación frente al neumococo.

**Bibliografía:**

- Picazo JJ, González Romo F, Salleras Sanmartí L, Bayas Rodríguez, JM, Álvarez Pasquín MJ. Encuesta sobre la vacunación de adultos en España. *Gripe y neumococo. Vacunas.* 2012;13(3):100-111

- Miller W, Rollnick S. *La Entrevista Motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Paidós; 2013.
- Mora F. *Relación 5.0 Confianza, implicación y compromiso en la relación médico-paciente*. Reborn Thinking; 2016.

## Asma y tabaquismo, las amistades peligrosas

### Presentación de la Monografía de Asma y Tabaquismo. Las amistades peligrosas.

#### Ponente:

#### Dr. Vicente Plaza Moral.

*Jefe del Servicio de Neumología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Coordinador del Comité Ejecutivo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)*

El asma y el tabaquismo son dos enfermedades crónicas de elevada prevalencia. Dicha circunstancia ocasiona que ambas coexistan, con relativa frecuencia, en un mismo paciente. Esta combinación condiciona una enfermedad asmática más grave, con una peor respuesta al tratamiento habitual esteroideo. En los casos más graves, el tabaquismo contribuye a la obstrucción crónica del flujo aéreo, sumando al asma una EPOC, y a la postre causando uno de los perfiles clínicos más frecuentes de lo que en la actualidad se ha dado en llamar síndrome de solapamiento asma-EPOC. Por todo ello conocer los fundamentos patogénicos, las características clínicas y los aspectos diagnósticos y terapéuticos diferenciales del asmático fumador creemos debería ser una prioridad de los profesionales sanitarios, especialistas o generalistas, que los deben atender. Con el ánimo de mejorar la formación de aquellos hemos diseñado la presente obra, "Asma y Tabaquismo. Las amistades peligrosas".

La presente ponencia tiene como objetivo presentar la monografía Asma y Tabaquismo. Las Amistades Peligrosas. Esta pretende ser un documento de excelencia que reúna todos los aspectos relacionados con el tema. El lector podrá apreciar (ver Tabla adjunta) que se han contemplado muy diversos aspectos. Estos van desde los fundamentos teóricos patogénicos, pasando por los epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos; siempre con una visión práctica aplicable en la práctica clínica habitual. De paternidad multidisciplinar, en la elaboración de los capítulos hemos contado con profesionales sanitarios provenientes de diferentes campos: neumología, atención primaria, alergología, pediatría, epidemiología y psicología. Todos ellos reconocidos expertos en nuestro ámbito geográfico, ya sea del campo del asma o del tabaquismo.

Esta monografía se ha editado gracias al patrocinio de Laboratorios del Dr. Esteve, que a su vez se encargará de su futura distribución entre diferentes colectivos. Se presenta como absoluta primicia en estas VI Jornadas de Respiratorio de la SEMERGEN en Logroño (Abril 2016).

Finalmente, en representación de los autores de la obra, confiamos que este texto contribuya a la mejora del conocimiento de nuestros profesionales sanitarios, y en consecuencia se traduzca, en una mejor atención del asmático fumador.

#### TABLA. Índice de la monografía

Prólogo. Vicente Plaza Moral, Antolín López Viña y Juan Antonio Riesco Miranda.

- 1. Epidemiología clínica del tabaquismo en el asma. Joan B. Soriano.
- 2. Tabaquismo materno y asma infantil. Javier Korta Murúa.
- 3. Patogenia y mecanismos inflamatorios de la combinación asma y tabaquismo. Antolín López Viña y Vicente Plaza Moral.
- 4. Alergia, tabaco y asma. Un trío peligroso. Joaquín Sastre Domínguez.
- 5. Impacto clínico del tabaquismo en el asma. Paco Álvarez Gutiérrez.
- 6. Rinitis y tabaquismo. José Antonio Castillo Vizueté.

- 7. Síndrome de solapamiento de asma y EPOC. Visión de la GEMA4.0 y de la GESEPOC. Borja García-Cosío y Luis Pérez de Llano.
  - 8. Tratamiento del asma en fumadores. Eva Martínez Moragón.
  - 9. Tratamiento del tabaquismo en asmáticos. Carlos A. Jiménez Ruiz y Juan Antonio Riesco Miranda.
  - 10. Manejo del asmático fumador en la consulta de Atención Primaria. José Antonio Quintano Jiménez.
  - 11. Tratamiento farmacológico de la cesación tabáquica. Presente y futuro. Juan Antonio Riesco Miranda y Carlos A. Jiménez Ruiz.
12. Entrevista motivacional para la cesación del tabaquismo. Cristina Soria.

## Impacto del tabaco en el asma y su abordaje

### Ponente:

#### **Dr. D. Antolín López Viña. Neumólogo**

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

El padecer asma no parece evitar el tabaquismo, ya que la prevalencia de fumadores entre los asmáticos, es similar a la población general.

El fumar cigarrillos provoca, desde el punto de vista clínico, una mayor gravedad, un peor control y una caída más rápida de la función pulmonar en los pacientes con asma. Además se produce alteraciones, en la inflamación bronquial y una respuesta disminuida a los glucocorticoides.

Los mecanismos por lo que ocurren estos efectos deletéreos no son bien conocidos, pero muy probablemente se deban a los propios cambios en el patrón inflamatorio de las vías aéreas.

La inflamación en los asmáticos fumadores se caracteriza por un predominio de neutrófilos y macrófagos activados. Se observa también un incremento del engrosamiento epitelial con más células caliciformes y mayor secreción de moco y más remodelado que en los no fumadores.

Respecto a la disminución de la respuesta al tratamiento con glucocorticoides tanto inhalado como orales, varios mecanismos pueden estar implicados en este fenómeno, una sobreexpresión de la isoforma  $\beta$  del receptor glucocorticoideo (que inhibiría la acción del receptor  $\alpha$  (GR- $\alpha$ ) que es la isoforma funcional, a través de la cual se producen los efectos antiinflamatorios de los GC), un mayor número de neutrófilos y un perfil de citoquinas diferente y por último una disminución de la enzima histona deacetilasa-2, que impediría al receptor glucocorticoideo activado frenar la inflamación.

Estos efectos no se producen en todos los fumadores con asma, en algunos incluso se observan hallazgos similares a los asmáticos no fumadores, esto sugiere que la cantidad fumada, el fenotipo de asma y una susceptibilidad individual pueden influir en el perfil inflamatorio y el resto de efectos que se observa en fumadores con asma.

El abordaje terapéutico de los asmáticos fumadores, debería especificarse en la guía de práctica clínica (GPC). Es necesario iniciarlo con una estrategia para conseguir el abandono del tabaquismo. Además deben usarse más dosis de glucocorticoides inhalados asociados a agonistas  $\beta_2$  de acción prolongada (LABA), probar el uso de antileucotrienos cuando el asma esté mal controlada y de tiotropio si presenta limitación crónica al flujo aéreo. Se podrían también probar las teofilinas.

En conclusión:

- El asma en fumadores podría constituir un endotipo diferente de asma.
- Es importante desarrollar programas específicos para el cese del tabaquismo en pacientes con asma.
- Las GPC deberían especificar el tratamiento del asma en fumadores.

## **Bibliografía:**

- Polosa R, Thomson NC. *Smoking and asthma: dangerous liaisons.* EurRespirJ 2013; 41: 716-726.
- Colak Y, Afzal S, Nordestgaard B, Lange P. *Characteristics and prognosis of never-smokers and smokers with asthma in the Copenhagen General Population Study. A prospective Cohort Study.* Am J Respir Crit Care Med 2015; 192: 172-181.
- Barnes PJ. *Histone deacetylase-2 and airway disease.* Ther Adv Respir Dis 2009; 3: 235-242.

## **Cómo actuar en Atención Primaria ante el asmático fumador**

### **Ponente:**

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Ana Viejo Casas**

*Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros, Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de respiratorio SEMERGEN.*

Tanto el asma como el tabaquismo presentan una prevalencia muy elevada en la población general. Según la Encuesta Nacional de Salud revisada en Junio de 2015, fuman a diario el 24% de la población española mayor de 15 años. El asma por su parte, tiene una prevalencia en nuestro país de entre el 1,7% y el 4,7% según la región española de la que hablemos.

Se estima que alrededor de la mitad de los asmáticos adultos son fumadores o lo han sido y se sospecha que la concurrencia de ambos factores favorecen el desarrollo de una fisiopatología compleja de la enfermedad inflamatoria de la vía aérea de diferente expresión que la de los asmáticos no fumadores.

Por lo tanto, la alta prevalencia de estas patologías supone un reto para el médico de atención primaria (AP) en cuanto a su abordaje y tratamiento.

Con las herramientas de las que disponemos en AP debemos ser capaces de diagnosticar, tratar y seguir correctamente al paciente asmático fumador. Para ello debemos seguir los siguientes pasos:

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha (sibilancias, disnea, tos y opresión torácica) que sabemos variables y que ninguno de ellos es específico de asma, de ahí la necesidad de utilizar pruebas diagnósticas más objetivas como las funcionales respiratorias (espirometría con prueba de broncodilatación, PeakFlow, FeNO) o los cuestionarios (ACT, ACQ, CAN). En el caso del asmático fumador deberemos añadir además la cooximetría y los test de Ritchmond y Fagerström.

### **Diagnóstico diferencial**

Para un correcto diagnóstico diferencial deberemos completar el estudio con una analítica (IgE, eosinofilia), pruebas cutáneas (Prick-test) y una Radiografía de Tórax.

Todo ello nos ayudará además a clasificar la gravedad y control del asma y la dependencia del tabaco dándonos una idea global de la situación del paciente.

### **Tratamiento**

La estrategia global en el abordaje del asma se basa no sólo en un correcto tratamiento farmacológico, sino también en unas medidas generales de evitación que se recomiendan a todos los pacientes asmáticos, así como en una adecuada educación sanitaria. Estos dos aspectos son tan importantes o más que el tratamiento farmacológico. Si además el paciente es fumador, debemos animarle a la deshabituación siguiendo los pasos recomendados por las guías en cuanto a tratamiento psicológico o farmacológico.

El objetivo del tratamiento es conseguir que los pacientes alcancen los criterios de buen control de su asma.

Estos pacientes precisan un estrecho seguimiento sobre todo al inicio del diagnóstico y más si comienzan una deshabituación tabáquica.

Derivaremos al paciente a una consulta especializada cuando tenga un mal control de su enfermedad a pesar de un correcto tratamiento o si es incapaz de dejar el tabaco con los medios de los que disponemos en AP.

### **Bibliografía**

- *Asma, tabaquismo y síndrome de solapamiento*. A. Tristán Alonso, A. López Viña. *La comorbilidad en el asma 5* (51-59).SEPAR. Barcelona, 2015.
- GEMA 4.0. Plaza V coord. Luzán 5.Madrid 2015.
- EPOC y Asma 2ª Edición. SEMERGEN Doc. Quintano JA coord. Madrid 2009.

---

## **Cáncer de pulmón, ¿búsqueda activa?**

### **Moderador:**

#### **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

*Médico de Familia Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Respiratorio de SEMERGEN.*

Siete de cada 100 niños que nazcan hoy padecerán un Cáncer de Pulmón (CP) del que morirán 6. El CP es, a nivel mundial, la primera causa de muerte por cáncer tanto en hombres como mujeres. En 2013 fallecieron en España por CP 17.559 varones y 4.105 mujeres, representando la 1ª causa por neoplasias en varones y la 3ª en mujeres.

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos menos del 15% de los pacientes sobreviven cinco años tras el diagnóstico. En España la supervivencia relativa del CP no supera el 12% a los 5 años del diagnóstico, frente al 17% de Estados Unidos. La supervivencia está claramente relacionada con el estadiaje en el momento del diagnóstico. Los pacientes que al diagnóstico se estadian como IA sobreviven a los 5 años por encima del 70%, frente al 10-30% de los IIIA o menores al 10% de los IIIB. Desafortunadamente el CP se suele diagnosticar en estadios avanzados donde el tratamiento no tiene intención curativa. Tan solo entre un 25-35% de los CP no microcíticos (CPNCP) en España se diagnostican en estadios I y II y menos del 10% de los CP microcíticos (CPCP) se diagnostican como enfermedad confinada a un hemitórax.

El papel más importante del médico de Atención Primaria en el CP es la intervención en el tabaquismo. Con la combinación de intervención y terapias farmacológicas (vareniciclina, bupropion, nicotina) se consiguen éxitos en más de un 40% de los fumadores. El consejo informal y la intervención mínima no pueden ser olvidados.

Desde hace más de 50 años se ha intentado lograr un diagnóstico precoz del CP con el fin de encontrarlo en estadios iniciales. Así en las décadas de los sesenta y setenta se iniciaron 7 ensayos clínicos en los que se valoró la realización de radiografías de tórax, bien de modo aislado o combinadas con citología de esputo. La evaluación concluyó que no había diferencias entre los grupos sometidos a cribado y los grupos control.

La publicación de los estudios NLST e IELCAP ha cambiado el modo de plantear la detección precoz del CP. En el NLST se demostró una reducción de un 20% en la mortalidad por CP y en un 6,7% en la mortalidad por cualquier causa, en 53.454 pacientes entre 55 y 74 años con un consumo acumulado de al menos 30 paquetes-año o antiguos fumadores con el mismo consumo que hubieran abandonado el hábito tabáquico en los últimos 15 años, asignados aleatoriamente a la realización anual durante 3 años de TAC de baja radiación frente a radiografía de tórax. Por su parte el IELCAP encontró entre 31.567 pacientes asintomáticos en riesgo de presentar CP a los que se practica anualmente TAC de baja radiación 484 CP de los que un 85% (412) fueron clasificados en estadio I. La supervivencia estimada a los 10 años fue del 88% (IC 84-91) en este grupo y del 92% (IC 88-95) en el subgrupo de 302 pacientes intervenidos en el primer mes tras el diagnóstico.

La mayoría de las Sociedades Científicas Americanas han incluido entre sus recomendaciones la práctica de un TAC de baja radiación a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión

del NSLT. Aunque sus resultados no se han confirmado en otros estudios con distintos criterios de inclusión, más pequeños o inacabados (DANTE y DLCST) y a la espera de resultados de los estudios europeos ITALUNG, DANTE y DEPISCAN la inacción frente a una patología tan mortal como prevalente no parece justificada.

La modalidad de cribado más adecuada para el cáncer de pulmón sería el cribado selectivo en fumadores. Existe controversia acerca de las características que deberían reunir los fumadores para ser incluidos en un programa de cribado.

Las pruebas de imagen suponen la exposición a radiación, por lo que podrían aumentar el riesgo de cáncer a largo plazo. Se debe ser cuidadoso cuando se realizan pruebas de imagen repetitivas y valorar adecuadamente si son realmente necesarias.

### **Bibliografía:**

- Alberg AJ, Ford JG y Samet JM. *Epidemiology of lung cancer. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines* (2nd edition). Chest 132(3) 2007 supplement 29S-47S.
- Henschke CI, Yankelevitch DF, Libby DM et al. *Survival of patients with stage I lung cancer detected on CE screening. The International Early Lung Cancer Action Program. N Engl J Med* 2006;355:1763-71
- Sánchez de Cos Escuin J. *El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. Arch Bronconeumol.* 2009;45(7):341-8.
- Schrump DS, Giaccone G, Kelsey CR y Marks KB. *Non-small-cell lung cancer. Cancer of the lung 897-947. In De Vita VT. Cancer. Principles and practice of Oncology 8ª ed.* Lippincott Williams & Wilkins 2008.
- Smith RA, Cokkinides V y Brawley OW. *Cancer screening in the United States, 2009. A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. Ca Cancer J Clin* 2009;59:27-41. Disponible en <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/59/1/27>

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Raúl de Simón Gutiérrez.**

Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives, Alcalá de Henares. SERMAS. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y de Tabaquismo de SEMERGEN.

El cáncer de pulmón (CP) es el cáncer más letal en el mundo en número absoluto de fallecidos. Esto es debido en parte a la excesiva demora para llegar a su diagnóstico, lo que impediría conseguir un tratamiento efectivo curativo. De hecho es conocido que sólo un 15% de los cánceres están localizados en el momento del diagnóstico<sup>1</sup>. Por el contrario aquellos CP detectados en la primera etapa de la enfermedad, ofrecen una probabilidad de supervivencia a los 5 años de entre un 70 y 80%.<sup>2</sup> Esta supervivencia dependerá principalmente de la posibilidad de que el paciente se someta a una cirugía curativa. Por todo ello, parece lógico pensar que la planificación de procedimientos orientados a una detección temprana del CP debería ser uno de los objetivos claves en las estrategias para combatir esta enfermedad.

Durante el año 2011 se publicaron los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado, sufragado por el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, el National Lung Screening Trial (NLST)<sup>3</sup>, que ha abierto de nuevo el debate en torno al cribado del CP.

El NLST tenía como objetivo comparar el impacto en la mortalidad por cáncer de pulmón de dos pruebas de cribado, la tomografía axial computerizada de baja dosis (TCBD) y la radiografía de tórax estándar. El estudio reclutó 53.500 fumadores y ex fumadores de 55 a 74 años de edad, entre 2002 y 2004. Los criterios de inclusión fueron haber fumado más de 30 paquetes-año, no mostrar síntomas ni signos de cáncer de pulmón y no haberlo padecido con anterioridad.

Estos resultados mostraron que en fumadores estudiados periódicamente mediante TCBD anual se produjo una disminución de las muertes por cáncer de pulmón del 20%, y de las muertes por cualquier causa del 7%, en comparación con los que habían sido estudiados mediante radiografía de tórax convencional. El ensayo se interrumpió un año antes de lo previsto porque la reducción en muertes por cáncer proporcionó la respuesta a la cuestión principal que se planteaba el estudio.

Estos resultados positivos, en términos de reducción de mortalidad, respaldan la eficacia del cribado mediante TCBD en una población seleccionada de fumadores y ex fumadores. Sin embargo, aunque las características operativas del test sugieren que, para esta población escogida, la TCBD tiene una adecuada capacidad de discriminación y un evidente beneficio sobre la mortalidad, quedan pendientes de resolver otras muchas dudas como definir las características de la población que debe cribarse, precisar el intervalo y duración del cribado, el manejo de los falsos positivos, el sobre-diagnóstico y el consecuente sobre-tratamiento, los posibles riesgos secundarios a la dosis de radiación acumulada, la relación coste-beneficio del cribado y la aplicabilidad en nuestro medio. Entre tanto, sería aconsejable la realización de nuevos estudios aleatorizados bien diseñados, que evalúen específicamente aquellas cuestiones no resueltas todavía y que además, permitiesen confirmar resultados similares en otros medios y poblaciones diferentes a los aplicados en el NLST.

Podemos concluir que, sin considerar particularmente aquellos aspectos controvertidos y aún no determinados en torno al cribado del CP, dejar de fumar sigue siendo la estrategia más eficaz y coste-efectiva para reducir la mortalidad por CP, por lo que los mayores esfuerzos del sistema y de sus profesionales deberían centrarse en desarrollar programas eficaces de control del tabaco en todos los entornos socio-sanitarios posibles.

### **Bibliografía:**

- National Cancer Institute. *Surveillance Epidemiology and End Results* [acceso 6 Marzo 2016]. Disponible en <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html#survival>.
- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. *Cancer statistics. 2012. CA Cancer J Clin. 2012;62:10--29.*
- National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. *Reduced lung cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365:395-409.*

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Juan Pablo de Torres Tajés**

Consultor en Neumología. Clínica Universidad de Navarra Pamplona. Navarra

El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte.

Es una enfermedad estrictamente asociada al hábito tabáquico por lo que debemos evitar que los jóvenes adquieran el hábito tabáquico y aquellos que continúan fumando lo abandonen.

Desafortunadamente tanto en España como en el resto del mundo, en el momento del diagnóstico los pacientes tienen una supervivencia a 5 años de sólo el 5-15%. Estos números no han cambiado en los últimos 10 años.

Recientemente el estudio National Lung Cancer Screening Trial auspiciado por el Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, demostró que realizar un TAC de baja dosis de radiación durante 3 años permite (en comparación con realizar una RXTX) disminuir la mortalidad por cáncer de pulmón en al menos un 20% en fumadores de alto riesgo.

La presencia de EPOC (diagnosticado por una espirometría) y de enfisema en el TAC aumentan de manera significativa e independiente de otros factores, el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

Esto permite desarrollar scores como el COPD-LUCSS o COPD-LUCSS-DLCO (compuesto por edad>60, paq-años>60, IMC<25 y enfisema en el TAC o DLCO<60%) que permitirían identificar de una manera sencilla a aquellos pacientes con EPOC que mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y por lo tanto mejorar la eficiencia de estos programas.

### **Bibliografía:**

- De-Torres JP, Wilson DO, Sanchez-Salcedo P, Weissfeld JL, Berto J, Campo A, Alcaide AB, García-Grañero M, Celli BR, Zulueta JJ. *Lung Cancer in COPD Patients: Development and Validation of the COPD Lung Cancer Screening Score (COPD-LUCSS). Am J Respir Crit Care Med. 2015 Feb 1;191(3):285-91*

- Sanchez-Salcedo P, Wilson DO, de-Torres JP, Weissfeld JL, Berto J, Campo A, Alcaide AB, Pueyo J, Bastarika G, Seijo LM, Pajares MJ, Pio R, Montuenga LM, Zulueta JJ. Improving selection criteria for lung cancer screening. The potential role of emphysema. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015 Apr 15;191(8):924-31
- Sanchez-Salcedo P, Berto J, de-Torres JP, Campo A, Alcaide AB, Bastarika G, Pueyo JC, Villanueva A, Echeveste JI, Lozano MD, García-Velloso MJ, Seijo LM, García J, Torre W, Pajares MJ, Pio R, Montuenga LM, Zulueta JJ. Lung cancer screening: fourteen year experience of the Pamplona early detection program (P-IELCAP). *Arch Bronconeumol.* 2015 Apr;51(4):169-76.

## Lo que no es asma ni EPOC Fibrosis pulmonar idiopática. La importancia del diagnóstico precoz

### Moderador:

#### Dr. D. Antonio Hermoso Sabio

Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia, consulta Bellavista. La Zubia, Granada.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), es una enfermedad poco conocida por el médico de Atención primaria, ya dos de las palabras que la definen nos suenan un poco extrañas, fibrosis que es un término anatomopatológico e idiopática que nos adentra en el mundo de lo desconocido. Realmente sigue siendo una enfermedad con muchas incógnitas, tanto en su origen como en su tratamiento. Por otra parte el diagnóstico es relativamente complejo, donde intervendrían varios especialistas, a ser posible, expertos en el tema. ¿Cuál sería pues, nuestro papel como Médicos de Familia? Probablemente lo más importante es que sepamos sospecharla, para no cometer errores y darle un enfoque correcto y precoz.

Es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible que afecta al parénquima pulmonar, con fibrosis intersticial progresiva, es más frecuente en varones de edad avanzada (media de unos 65 años), con una supervivencia media de 3-5 años tras el diagnóstico. La etiología es desconocida aunque se han implicado múltiples factores, apareciendo el tabaco con cierta constancia.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, donde el síntoma predominante es la disnea de esfuerzo progresiva, también aparece tos, generalmente seca. A la exploración crepitan-tes en bases pulmonares y a veces en fases avanzadas veremos cianosis distal y dedos "en pa-lillos de tambor" y signos de hipertensión pulmonar. En las pruebas funcionales encontraremos un patrón con componente restrictivo generalmente. La evaluación radiológica, inicialmente con una radiografía simple, aparecerá un patrón típico de fibrosis que afecta más a las bases, se completa el estudio radiológico con una Tomografía de alta resolución (TACAR). La confirmación es histopatológica. Por lo tanto, se necesita un equipo multidisciplinar para llegar al diagnóstico correcto.

Es fundamental descartar causas conocidas de fibrosis pulmonar.

El tratamiento es quizás lo más frustrante para el médico, pues se han probado muchos y ninguno ha demostrado ser realmente eficaz en términos de mejorar la supervivencia, mejorar los síntomas o los parámetros respiratorios. Por otra parte también presenta reagudizaciones difíciles de tratar y de evitar. Durante mucho tiempo, el trasplante de pulmón en casos seleccionados, se han considerado uno de los pocos tratamientos posibles para la FPI. En la última década, muchos estudios han investigado la patogénesis, lo que lleva a un mejor conocimiento de los mecanismos que subyacen a la enfermedad y la posibilidad de usar fármacos que lleguen a esas dianas, como la pifenidona y el nintedanib aunque con resultados aún poco esperanzadores o bastante discretos en el mejor de los casos.

Otra función primordial para el Médico de Atención primaria es reconocer y tratar las complicaciones frecuentemente asociadas, como reflujo gastroesofágico, hipertensión pulmonar, exacerbaciones agudas y un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Además debemos conseguir mantener una buena capacidad funcional, por si llegado el caso nuestro paciente fuese subsidiario de trasplante pulmonar.

## Paciente con disnea. Atención: no siempre es por asma o por EPOC.

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco**

Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia. Miembro del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) se define como una neumonía intersticial fibrosante crónica, limitada al pulmón, de causa desconocida, que afecta generalmente a adultos mayores de 50 años, y asociada al patrón radiológico y/o histológico de neumonía intersticial usual (NIU). La incidencia varía entre 4,6 y 7,4/100.000 habitantes, y la prevalencia se sitúa entre 13-20/100.000 habitantes. En los últimos años se ha observado un incremento en la prevalencia, probablemente debido a la optimización de los métodos diagnósticos y al aumento de la esperanza de vida.

La etiología de la FPI no se conoce, aunque probablemente es debida al efecto de diversos factores (tabaco, reflujo gastroesofágico, exposiciones medioambientales, virus o autoinmunidad) en sujetos con predisposición genética.

La historia natural varía entre una enfermedad asintomática durante 2-3 años a una progresión acelerada de mortalidad precoz. No obstante, la mayoría de pacientes presentan una lenta progresión con deterioro clínico y funcional, a veces con periodos de exacerbaciones agudas u otras complicaciones, que finalmente ocasiona insuficiencia respiratoria crónica. En general la supervivencia media es de 2-5 años desde el inicio de los síntomas.

Estos datos son suficientemente elocuentes como para entender la necesidad de realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad, acción que implica muy directamente al Médico de Atención Primaria.

El cuadro clínico de la FPI es de comienzo insidioso y se suele caracterizar por disnea de esfuerzo progresiva, en muchas ocasiones acompañada de tos improductiva. Esto hace necesario un diagnóstico diferencial sistemático con otras entidades tan frecuentes en nuestras consultas como el Asma o la EPOC, aparte de otras patologías relacionadas con las neumonitis intersticiales.

El inicio de los síntomas en la FPI es lento, pero van empeorando con el tiempo. Se auscultan estertores crepitantes en el 90% de los pacientes y se objetivan acropaquías en el 50%. La presencia de clínica extra-pulmonar debe hacer sospechar un diagnóstico alternativo. La radiología de tórax nos puede orientar hacia la FPI, cuyo diagnóstico debe ser confirmado en medio hospitalario.

La demora entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico final es variable y puede estar entre los 6 meses y los 2 años.

Una valoración multidisciplinar en el que participen médicos de familia, neumólogos, radiólogos y patólogos expertos en el diagnóstico y manejo de las enfermedades intersticiales consigue aumentar la precisión diagnóstica.

### **Bibliografía:**

- Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández E, Franquel T, Molina M et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol. 2013;49(8):343-53.
- G. Raghu, H.R. Collard, J.J. Egan, F.J. Martinez, J. Behr, K.K. Brown. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183:788-824.
- DeVos E, Jacobson L. approach to adults patients with acute dyspnea. Emerg Med Clin N Am 34 (2016) 129-149.

## Fibrosis Pulmonar Idiopática. La importancia del diagnóstico precoz

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Julio Ancochea Bermúdez**

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) más frecuente. Afecta generalmente a adultos mayores de 50 años y es más frecuente en varones. Su diagnóstico definitivo requiere: a/ la exclusión de otras entidades clínicas definidas o EPID de causa conocida (exposición ambiental u ocupacional, enfermedad del tejido conectivo, toxicidad por fármacos, etc) , y b/ un patrón radiológico en la TCAR y/o un patrón histológico de neumonía intersticial usual (NIU) (1). Se calcula que en España puede estar afectando a 7.000/ 12.000 pacientes.

El cuadro clínico es de comienzo insidioso y se caracteriza por disnea de esfuerzo progresiva, en muchas ocasiones acompañada de tos improductiva. El inicio de los síntomas es lento, pero van empeorando con el tiempo. Se auscultan estertores crepitantes secos de predominio en bases en el 90% de los pacientes y se objetivan acropaquias en el 50% (1,2).

El médico de Atención Primaria (AP) juega un papel esencial en la sospecha diagnóstica del paciente con FPI. Esta sospecha de la enfermedad en sus fases iniciales y la derivación de estos pacientes a un Servicio de Neumología con experiencia en EPID es hoy en día clave, teniendo en cuenta que hay disponibles fármacos capaces de modificar el curso de la enfermedad y que son eficaces cuando la enfermedad no está aún en fase avanzada. "Hay que pensar en FPI, para diagnosticar FPI". La sospecha diagnóstica y derivación precoz constituye un elemento decisivo para el manejo de estos pacientes. Por el contrario, el retraso en la derivación se asocia a una mayor mortalidad sea cual sea la gravedad de la enfermedad.

Aunque el diagnóstico precoz es fácil de recomendar, no es fácil de conseguir. Los síntomas inespecíficos que a menudo confunden la FPI con otras patologías pulmonares más prevalentes como la EPOC hacen que el retraso diagnóstico sea casi la norma. Dado su mal pronóstico, se debería concienciar al médico de AP para que intente proceder de igual manera con la FPI que con la sospecha de malignidad. La clínica y la auscultación de crepitantes teleinspiratorios (tipo velcro) de predominio en bases y una radiografía de tórax con patrón intersticial y/o un patrón restrictivo en la espirometría deben ser suficientes para derivar al paciente a la mayor brevedad posible.

Tan importante se considera el papel del médico de AP que NICE (National Institute for Health and Care Excellence) publicó en Junio de 2013 las guías para el diagnóstico y manejo ante la sospecha de FPI (NICE clinical guideline 163) (3). De la misma manera, las principales Sociedades de AP (SEMERGEN, SemFYC, SEMG y el GRAP), en colaboración con SEPAR, han elaborado un documento de Consenso sobre el diagnóstico y manejo de la FPI (2). Se pretende que este documento, junto con un material de formación que ya está disponible, suponga el punto de partida que nos permita dar respuesta al reto y el compromiso que suponen considerar la FPI como una de las enfermedades que requieren una rápida actuación.

### **Bibliografía:**

- Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. *Arch Bronconeumol* 2013; 49:319-20.
- Molina J, Trigueros JA, Quintano JA, Mascarós E, Xaubet A, Ancochea J. Fibrosis pulmonar idiopática: un reto para la Atención Primaria, *Semerger* 2014; 40 (3) .134-42.
- Idiopathic pulmonary fibrosis. The diagnosis and management of suspected idiopathic pulmonary fibrosis. June 2013. NICE clinical guideline 163 [guidance.nice.org.uk/cg163](http://guidance.nice.org.uk/cg163)

## **El camino del paciente respiratorio**

### **Ponente:**

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo.**

Médico de Familia. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.

Los médicos de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN deseamos conocer, el día a día, la realidad, de los pacientes con enfermedad respiratoria, como

llevan su patología personalmente, cuál es su calidad de vida y como es la atención que le prestan los Servicios Sanitarios. Así, conociendo sus sugerencias y opiniones podríamos contribuir, también, a mejorar su atención, verdadero anhelo, propósito u objetivo que nos mueve a organizar esta mesa. Queremos que nos digan, cuáles son sus inquietudes, dudas y problemáticas con la enfermedad respiratoria que padecen, como es su ambiente familiar y social, como valoran la atención prestada en su Centro de Salud, en su Hospital de Referencia y/o en su Farmacia, por lo que invitamos a los principales profesionales implicados en su atención (Enfermero, Médico de Atención Primaria, Neumólogo, Farmacéutico) y como no, al verdadero protagonista de la historia, un paciente real, para así, poder enfocar el tema desde todos los puntos de vista, pudiendo, de esta forma, detectar mejor las deficiencias que pudieran ser subsanables o al menos fuesen susceptibles de mejora, con el aporte, por cada una de las partes, de las sugerencias que pudiesen darles solución. La Mesa se estructurará en tres bloques (diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente respiratorio), precedidos de una introducción general explicativa, que ayude a comprender mejor su propósito y a la vez, a facilitar su desarrollo, siendo interactiva, en todo momento, con el público asistente... En definitiva, el camino del paciente respiratorio, entendido como vicisitudes y/o "periplo" que acontecen desde que se inicia su patología hasta que se encuentra en estado terminal y/o se produce su fallecimiento...

Pasos que da el Enfermo Respiratorio, desde el inicio de su enfermedad, viéndolo bajo su perspectiva como paciente, con su opinión sincera sobre la atención que le prestan los servicios sanitarios, con el único objetivo de poder mejorar dicha atención.

Bibliografía:

- "La enfermedad como camino" [www.oshogulaab.com](http://www.oshogulaab.com) (T. Dethlefsen & R. Dahlke).
- *Guía de educación y rehabilitación respiratoria para pacientes.* [www.universidaddelasalud.es](http://www.universidaddelasalud.es) Coordinador Felipe Villar Álvarez. Fundación Jimenez Díaz Capió.
- *Valoración de la discapacidad en los enfermos respiratorios (evaluating Respiratory Patient Disability).* Arch Bronconeumol.2012;48:290-5-Vol 48 Núm.8 DOI:10.1016/j.arbres.2011.12.005

## El camino del paciente respiratorio (punto de vista de la Farmacia Comunitaria)

**Ponente:**

**Dr. D. Francisco Javier Plaza Zamora.**

*Farmacéutico comunitario de Javalí Viejo. Murcia. Miembro del Grupo de Respiratorio de SEFAC.*

La farmacia comunitaria está en el camino del paciente con problemas respiratorios, 21854 farmacias dan servicio al 99% de la población española frente a 13163 centros de salud. La formación, la accesibilidad, la frecuencia de visita y la confianza que tiene el paciente en el farmacéutico, hacen de la farmacia y el farmacéutico un profesional sanitario importante en el control de las enfermedades respiratorias, en 1) el diagnóstico precoz, mediante el uso de cuestionarios validados<sup>1</sup>, espirómetros<sup>2</sup> o COPD63, 2) la cesación tabáquica, para prevenir las enfermedades respiratorias es importante asesorar sobre hábitos saludables entre los que se encuentra la deshabitación tabáquica. Una vez que se ha detectado la enfermedad, para evitar la progresión de la enfermedad es fundamental dejar de fumar. Por otra parte, los programas de atención farmacéutica han demostrado un alto impacto en la abstinencia tabáquica de los pacientes<sup>4</sup>, en el 3) seguimiento de pacientes crónicos, en dos patologías prevalentes como el asma y la EPOC, la farmacia puede incidir en la adherencia al tratamiento, la técnica inhalatoria, la vacunación antigripal y la cesación tabáquica, repercutiendo en la calidad de vida del paciente, el gasto sanitario y las visitas al médico como consecuencia de un agravamiento de la enfermedad<sup>5</sup>. Para llevar a cabo este papel el farmacéutico comunitario precisa una formación continuada acreditada y una asistencia integrada con la atención primaria, con una historia clínica compartida, y un conocimiento de las medidas realizadas en la farmacia por el médico de Atención Primaria.

**Bibliografía**

1. Miravittles, M., Llor, C., Calvo, E., Díaz, S., Díaz-Cuervo, H., & Gonzalez-Rojas, N. (2012). Validación de la versión traducida del Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Population Screener (COPD-PS). Su utilidad y la del FEV 1/FEV 6 para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medicina clínica*, 139(12), 522-530.
2. Castillo, D., Guayta, R., Giner, J., Burgos, F., Capdevila, C., Soriano, J. B., & Casan, P. (2009). COPD case finding by spirometry in high-risk customers of urban community pharmacies: a pilot study. *Respiratory medicine*, 103(6), 839-845.
3. Represas, C. R., Rial, M. B., Fernández, V. L., Silva, A. I. G., del Campo Pérez, V., & Fernández-Villar, A. (2010). Validación del dispositivo portátil COPD-6 para la detección de patologías obstructivas de la vía aérea. *Archivos de Bronconeumología*, 46(8), 426-432.
4. Saba M, Diep J, Saini B, Dhippayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39: 240-7.
5. Wright D, Twigg M, Barton G, Thornley T, Kerr C. An evaluation of a multi-site community pharmacy-based chronic obstructive pulmonary disease support service. *Int J Pharm Pract*. 2015; 23:36-43.

**El camino del paciente respiratorio (punto de vista del paciente)****Ponente:****Dr. D. Javier Palicio Sopena**

*Presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Respiratorios (FENAER).*

El paciente que acude a la consulta de un médico lo hace por sentir algún tipo de "molestias" que le incordian y producen malestar y/o impotencia funcional y lo que espera del médico es que le diga cuál es la causa (diagnóstico) que se lo explique en términos que lo entienda y por fin que se lo solucione (tratamiento) lo mejor y antes posible.

Que le comente que es algo pasajero y que precisa un tratamiento agudo o corto y que se resolverá o que se trata del debut de una enfermedad crónica que precisara de tratamiento discontinuo según agudizaciones y/o continuo.

Esto precisa para el paciente una explicación convincente y concienciación pues se resistirá a considerarse un paciente crónico. En España además la tendencia es a la ocultación de los pacientes respiratorios de su enfermedad, asmáticos y EPOC ocultan la administración de inhaladores y otro tanto el O2 para deambulación y evitan asociarse para que no se sepa que son pacientes respiratorios.

Es muy importante que al paciente siempre que acude a una consulta de lo que sea se le hable de si fuma y lo nocivo que es para el aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, neurocerebral, etc.

El paciente crónico necesita en su tratamiento la rehabilitación en este caso respiratoria que mejora su calidad de vida.

Sería de gran utilidad que las farmacias incluyesen en las pautas de tratamiento de crónicos la instrucción de la administración sobre todo de los inhaladores y el control de la buena administración, así como el hacer labor de educación para que dejen el ocultismo y se den estos cuando los necesiten y no cuando no les vean.

En estas labores de las farmacias deberían ser compartidas con las asociaciones y los voluntarios de estas que también compartirían la labor educativa, asesora y aclarativa del paciente para que se llegue al paciente experto, (emponderado, que se dice) que conoce su enfermedad, sabe su tratamiento y conoce su evolución.

## PUESTAS AL DÍA

### ¿Seguimos y tratamos adecuadamente a nuestros pacientes sintomáticos?

#### ¿Cuál es el papel de atención primaria en el seguimiento del paciente EPOC?

**Ponente:**

**Dr. D. Fco. Javier Ruiz Moruno**

Médico de Familia. Miembro del Grupo de Respiratorio de Semergen. Centro de Salud Fuensanta (UGC). Córdoba.

Los síntomas en la EPOC son muy variables y cada enfermo necesita una valoración individualizada. La percepción de los síntomas es diferente en cada paciente a lo largo del día y no se relacionan con la función pulmonar por lo que pueden ser no concordantes con la gravedad o estadio de la enfermedad en la que se encuentre.

Los síntomas tienen un gran impacto en la calidad de vida de los enfermos, en la limitación de la actividad física y por lo tanto en el pronóstico de la enfermedad adquiriendo la misma importancia que otras variables como pueden ser las agudizaciones.

El papel de la Atención Primaria en el seguimiento del paciente con EPOC es trascendente especialmente por el fácil acceso que a nuestras consultas tienen los pacientes con enfermedades crónicas. Así podemos actuar intentando reducir y controlar los síntomas de la enfermedad y disminuir la frecuencia y gravedad de las agudizaciones. Es decir, obtener beneficios a corto y a largo plazo.

Como médicos de familia nuestro papel es realizar un seguimiento integral estableciendo planes de tratamiento y seguimiento según gravedad y comorbilidades. Incluyendo en él tanto el tratamiento farmacológico, la educación de estilos de vida como los autocuidados.

**Bibliografía:**

- López-Campos JL. Importancia y variabilidad de los síntomas en la EPOC. Su importancia para el tratamiento. Arch. Bronconeumol 2010;46 (supl 8): 20-24.
- Soler-Cataluña JJ, Alcazar-Navarrete B, Miravittles M. The concept of control of COPD in clinical practice. International Journal of COPD 2014;9 1397-1405.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol 2014. Supl 1:1-16

### Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC

#### Spiolto en la práctica clínica

**Ponente:**

**Dr. D. Rafael Alonso Matia**

Médico de Familia del Centro de Salud Bidezabal-Algorita. Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Las diferentes guías de tratamiento de la EPOC promueven la utilización de los broncodilatadores como la base del tratamiento de esta enfermedad.

En los últimos años hemos asistido a la aparición de nuevas moléculas con efectos broncodilatadores, tanto  $\beta_2$  agonistas como anti-muscarínicos, que gracias a su combinación nos han sido de gran ayuda para intentar conseguir los objetivos que se proponen en el tratamiento de la EPOC por las distintas guías :

- Disminución de los síntomas.
- Disminución de las exacerbaciones.
- Mejor pronóstico de la enfermedad.

La doble combinación de broncodilatadores ha demostrado frente a la monoterapia, la mejoría en la función pulmonar, en los síntomas y en la calidad de vida. Existen más controversias en cuanto a sus efectos beneficiosos en las exacerbaciones frente a la monoterapia.

Hablaremos sobre la combinación de tiotropio más olodaterol, es decir una molécula considerada como el antimuscarínico de referencia (tiotropio) y el patrón frente al cual se comparan el resto de las moléculas antimuscarínicas y un  $\beta_2$  (olodaterol) con un comienzo de acción rápida y con una duración elevada.

Estamos ante la presencia de fármacos con un gran efecto broncodilatador pero que precisan para su efecto ser introducidos por un sistema inhalador en el interior del árbol bronquial. Ante la combinación del tiotropio junto al olodaterol revisaremos el nuevo sistema inhalador Respimat y sus diferencias respecto al resto de los inhaladores.

A pesar de tener unos fármacos muy buenos en unos sistemas de inhalación que los vehiculizan al árbol bronquial, la utilización por parte de los pacientes es más bien escasa y se alcanza una adhesión a los tratamientos que apenas alcanza entre el 40-50%. Hablaremos sobre la necesidad de insistir sobre la toma de la medicación y las herramientas que tenemos para valorar la adherencia de los pacientes con EPOC.

#### **Bibliografía:**

- Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol.2014;50 (Suple 1):1-16
- World Health Organization Chronic respiratory disease. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory disease. Chronic obstructive pulmonary disease. <http://www.who.int/respiratory/copd/en>.
- Efficacy and safety of long-acting  $\beta$ -agonist/long-acting muscarinic antagonist combinations in COPD: a network meta-analysis. Thorax 2016;71:15-25.

## **Novedades y tendencias en el tratamiento de la EPOC**

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Jose Luis López-Campos**

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Instituto de Salud Carlos III, Madrid

En los últimos años se ha puesto claramente de manifiesto que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se debe abordar desde una perspectiva multidimensional que tenga en cuenta las distintas facetas de la enfermedad de manera conjunta. Según las diferentes normativas disponibles, la mejoría de los síntomas, de la función pulmonar y la disminución del riesgo de agudizaciones constituyen algunos de los principales pilares que deben guiar la estrategia de tratamiento farmacológico. En este contexto, las nuevas formas de categorizar al paciente con EPOC y el extenso desarrollo farmacológico, hacen que las posibilidades terapéuticas sean amplias. Por tanto, es necesario poder establecer normas que nos permitan seleccionar el mejor tratamiento para cada tipo de paciente.

Por un lado, la administración conjunta de dos broncodilatadores de acción prolongada, denominada doble broncodilatación, ha tomado fuerza en los últimos años como una modalidad terapéutica con resultados clínicos demostrados en diversos aspectos de la enfermedad (1). La administración de la doble broncodilatación ha tomado fuerza en los últimos años como una modalidad terapéutica con resultados clínicos demostrados en diversos aspectos de la enfermedad. Esta doble broncodilatación adquiere una especial importancia desde el momento en que se disponen de dos broncodilatadores en un solo dispositivo de inhalación.

La doble broncodilatación ha demostrado mejorías en función pulmonar, síntomas, calidad de vida y capacidad de ejercicio frente a placebo. En los últimos años, hemos comenzado a tener evidencia sobre el impacto de la doble broncodilatación sobre las agudizaciones mediante nuevos ensayos clínicos. Los resultados disponibles por el momento parecen indicar que la doble broncodilatación mejora las agudizaciones frente a la broncodilatación simple. Además, los escasos estudios disponibles de comparación frente a la combinación con corticoides inhalados parecen indicar que la doble broncodilatación tendría también una mejor eficacia.

Por otro lado, el uso de los corticoides inhalados (ICS) también ha tenido un desarrollo farmacológico extenso (2). Según los estudios disponibles, los ICS han mostrado tener un impacto importante en la reducción de agudizaciones. Además, también han mostrado beneficios en función pulmonar y en síntomas, junto otros resultados clínicos relevantes. Adicionalmente, se ha descrito el uso de otros fármacos con actividad antiinflamatoria en la EPOC como los antibióticos, los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 o los mucolíticos, que complementan las opciones terapéuticas.

En este contexto se hace necesario revisar las estrategias terapéuticas que nos permitan establecer pautas sencillas adaptadas al paciente y que contemplen las diversas opciones terapéuticas con objeto de hacer una medicina más personalizada y que consiga mejorías clínicas en los pacientes (3). En la medida que consigamos identificar los aspectos que necesitan tratamiento en cada caso, podremos proporcionar una medicina más adecuada que nos permitirá conseguir mayores beneficios clínicos para los pacientes.

#### **Bibliografía:**

- Oba Y, Sarva ST, Dias S. *Efficacy and safety of long-acting beta-agonist/long-acting muscarinic antagonist combinations in COPD: a network meta-analysis.* *Thorax.* 2016;71:15-25.
- Nannini LJ, Poole P, Milan SJ, Kesterton A. *Combined corticosteroid and long-acting beta(2)-agonist in one inhaler versus inhaled corticosteroids alone for chronic obstructive pulmonary disease.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8:Cd006826.
- Agustí A, Bel E, Thomas M, Vogelmeier C, Brusselle G, Holgate S, et al. *Treatable traits: toward precision medicine of chronic airway diseases.* *Eur Respir J.* 2016;47:410-9.

## TALLERES

## Radiología torácica

**Ponentes:****Dr. D. José Manuel Helguera Quevedo.***Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Cantabria.***Dra. D<sup>a</sup>. Rebeca Hernández García.***Médico de Familia. Centro de Salud. Alba de Tormes. Salamanca.*

La radiología de tórax es el examen radiológico más solicitado en Atención Primaria y su interpretación inicial, es en muchas ocasiones responsabilidad del médico de familia. Esta es la importancia de conocer y manejar su interpretación, objetivo de este taller.

Las proyecciones básicas de la radiología de tórax son la postero-anterior y la lateral. Ésta siempre es un complemento de la anterior, ya sea para localizar una imagen o para la correcta visualización de algunas zonas. Existen otras proyecciones complementarias (antero-posterior, antero-posterior en decúbito supino, decúbito lateral con rayo horizontal, lordótica, en espiración, de bajo kilovoltaje...) que podemos solicitar cuando las básicas no nos aportan la suficiente información.

La valoración de la calidad técnica debe hacerse en cada radiografía, ya que influye en la probabilidad de establecer un diagnóstico correcto. La radiografía debe estar correctamente penetrada (alto kilovoltaje para poder verse los vasos retrocardiacos y vislumbrarse la columna cervical y dorsal). El paciente tiene que estar rigurosamente de frente, los extremos internos de las clavículas deben estar a la misma distancia de las apófisis espinosas. Debe ser realizada en apnea e inspiración máxima (visualizar el sexto arco costal anterior o el décimo arco costal posterior por encima de los hemidiafragmas). Tenemos que ver ambos campos pulmonares completos.

No existe un método de observación universal de lectura de una radiografía de tórax. Cada observador desarrolla su propia estrategia, lo único importante es hacer un análisis metódico y no dejar ninguna estructura fuera. Debemos valorar: partes blandas torácicas y extratorácicas, esqueleto óseo, pleura, hilios, mediastino y posibles materiales accesorios que puedan aparecer.

Existen una serie de signos radiológicos que nos sirven para localizar las lesiones dentro del tórax. Algunos de los más importantes son: signo de la silueta, signo del broncograma aéreo, signo cervico-torácico, signo tóraco-abdominal, signo del hilio oculto, signo de la bifurcación hilar y signos de lesión extrapleural.

Es importante también conocer los distintos patrones pulmonares pulmonares.

Hay enfermedades que cursan con un aumento de densidad radiológica pulmonar, la mayor parte de ellas afectan tanto a los espacios aéreos como al intersticio. Pero desde el punto de vista didáctico es útil dividir las según el componente principalmente afectado. De acuerdo a este concepto tenemos:

- Enfermedades preponderantemente del espacio aéreo (patrón alveolar y atelectasia).
- Enfermedades preponderantemente intersticiales (patrón lineal, nodular, reticular y retículonodular).

Otras patologías sin embargo, cursan con disminución de la densidad radiológica. En este apartado debemos distinguir:

- Patrón destructivo (abscesos pulmonares, cavernas tuberculosas, bullas enfisematosas y bronquiectasias).
- Patrón de hiperclaridad pulmonar uni o bilateral (enfisema, enfermedad obstructiva crónica)

Una identidad importante es el nódulo pulmonar solitario, anomalía radiológica común, que a menudo se detecta incidentalmente. Aunque la mayoría responde a causas benignas, pueden representar un cáncer de pulmón estadio I. Evaluar el nódulo pulmonar con técnicas de imágenes convencionales puede ayudar en la diferenciación entre patología benigna y maligna y obviar exploraciones más caras.

Por último, podemos clasificar la patología pleura como aumento de ocupación o densidad (derrame pleural) o disminución de densidad (neumotórax).

## **Bibliografía:**

- Programa Formativo Radiología Torácica (Vicente Plaza y José Antonio Quintano). EdikaMed 2014.
- Felson. Principios de Radiología Torácica. Un Texto Programado. 3ª Edición. Lawrence R. Goodman.
- Pedrosa CS. Diagnóstico por Imagen. Tratado de radiología clínica. Vol.1. Madrid:MC-GrawHill-Interamericana;1997.

---

## **Quiero investigar y no sé por dónde empezar**

### **Quiero investigar y no sé por dónde empezar**

#### **Ponentes:**

#### **Dr. D. Antonio Hidalgo Requena**

Médico de Familia. Centro de Salud de Lucena. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

#### **Dr. D. Mohamed Farouk Allam**

Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba.

Al planificar un proyecto de investigación deberemos plantear el problema en forma de pregunta, dividida en 4 partes bien diferenciadas, que se recogen en el acrónimo PICO (Paciente, Intervención, Comparador y Outcome), para que nos facilite la estrategia de búsqueda bibliográfica, para la que es aconsejable escoger términos de un vocabulario controlado (Thesaurus), y utilizar operadores lógicos (and, not, or) o de truncamiento.

La estructura del proyecto consta de los siguientes apartados: justificación, bibliografía, hipótesis y objetivos, métodos, dificultades y limitaciones, aspectos éticos, plan de trabajo, aplicabilidad y utilidad.

El objetivo general del estudio es similar al título del proyecto y los objetivos específicos priorizan aspectos del general. La hipótesis es una afirmación provisional que enuncia una relación entre una causa y un supuesto efecto, que se demostrará o verificará experimental o clínicamente. Al formularla relacionar al menos dos de los factores sometidos a estudio (independiente y dependiente).

Para alcanzar los objetivos planteados procederemos redactar el apartado métodos, considerada como la parte más importante del protocolo, en la que describiremos: diseño del estudio, definición de la población diana (con los criterios de participación), definición de la muestra (tamaño, marco y método de muestreo), definición de las variables e instrumentos de medida (fuentes de información y control de calidad de las mediciones), recogida de datos ya análisis estadístico.

El investigador debe elegir y describir el diseño que le permita responder a la pregunta de investigación, siendo a la vez compatible con los recursos disponibles. Utilizaremos estudios descriptivos si el objetivo es describir, y los analíticos en caso de querer contrastar hipótesis. Dentro de estos si la asignación del factor de estudio no es controlada por el investigador procederemos a estudios observacionales (de cohortes si los participantes se eligen en función a su exposición al factor del estudio, y casos-contrroles en el supuesto de que dicha elección sea en función del efecto o enfermedad). Por el contrario, si la asignación del factor de estudio es controlada por el investigador, de forma aleatoria procederemos a un diseño experimental,

pero si no se hace de forma aleatoria elegiríamos un estudio de intervención.

El siguiente plan de análisis es generalmente aplicable a la mayoría de los conjuntos de datos obtenidos en estudios, aunque dependiendo del tipo de estudio y de los objetivos planteados, en ocasiones no será necesario realizar todas las etapas: 1) Exploración de las variables y creación de variables transformadas o derivadas. 2) Descripción de los sujetos de la muestra. 3) Comparabilidad inicial de los grupos. 4) Descripción de los resultados. 5) Análisis simple de relación (análisis bivariado). 6) Detectar y controlar factores de confusión o modificación de efecto (análisis estratificado y multivariante). 7) Análisis de subgrupos y preguntas secundarias.

#### **Bibliografía:**

- Armigón JM, Jiménez J. *Métodos de investigaciones aplicadas a la atención primaria de salud*. Barcelona: Ediciones Doyma; 1991.
- *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. J.M. Argimon, J. Jimenez Villa., 4a ed., Elsevier, Barcelona, España (2013).
- *Publicación científica biomedica : como escribir y publicar un artículo de investigación / J. Jimenez Villa...[et al.]-- Amsterdam, etc : Elsevier, D.L. 2010*

## **Urgencias neumológicas: a partir de un caso**

### **Ponente:**

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés López Fernández**

Médico de Urgencias Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra.

Las consultas de Atención Primaria y los servicios de atención urgente se enfrentan diariamente al desafío diagnóstico de ciertas entidades de presentación variable, desde procesos no urgentes hasta aquellos que amenazan la vida. La disnea siendo una de las presentaciones cardinales de las urgencias neumológicas, es una percepción subjetiva y no necesariamente se correlaciona con la gravedad de la causa subyacente, de ahí la importancia de su clasificación (por clase funcional, por forma de presentación) para acercarnos al proceso sindrómico que la origina y establecer un manejo adecuado del mismo.

En este taller, a través de varios casos clínicos abordaremos la disnea como presentación de urgencia neumológica, estableciendo la gravedad, aproximándonos al diagnóstico para iniciar el tratamiento adecuado. Se incidirá en la importancia de adecuada anamnesis (antecedentes, agentes etiológicos, síntomas asociados), exploración física y el abordaje integral del paciente.

Por otro lado, analizaremos los distintos pasos a seguir para una atención que integre los distintos servicios sanitarios (Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Neumología) dentro de un área sanitaria según las necesidades del paciente.

#### **Bibliografía:**

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. *Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 2015; 5ª ed.:254-260.
- Nuevo González JA, Díez Romero P, Gordo Remartínez S, Jiménez Lucena M. *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la disnea-insuficiencia respiratoria*. *Medicine*. 2015;11:5274-9.
- Simón Rodríguez A. *Patología respiratoria aguda en los Servicios de Urgencias*. *Medicina Respiratoria*. 2010;3(3): 17-29.

## **Urgencias neumológicas: a partir de un caso. La embolia pulmonar**

### **Ponente:**

**Dr. Manuel Barrón Medrano**

Ex-Jefe Sección Neumología. Hospital San Pedro. Logroño

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) comprende la trombosis venosa profunda

(TVP) y la embolia pulmonar (TEP), manifestaciones de una misma enfermedad. El trombo, habitualmente, se forma en los vasos del sistema venoso profundo de las extremidades, sobre todo inferiores, dando lugar a la trombosis venosa profunda para después desprenderse y circular hasta el lecho arterial pulmonar en el que se enclava desencadenando el tromboembolismo pulmonar.

La ETV es la tercera causa más frecuente de enfermedad vascular (tras la cardiopatía isquémica y el accidente cerebral vascular), la segunda causa de muerte súbita natural y la causa de exitus no diagnosticada más frecuente, y la primera de muerte hospitalaria prevenible, con un alto índice de casos no sospechados en vida. El TEP puede ocurrir hasta en el 40% de los pacientes con TVP, con una mortalidad asociada de hasta el 30% sin tratamiento y del 17% a los 3 meses, equivalente a las muertes por SIDA, cáncer de mama y accidentes de tráfico juntos; en pacientes con TEP correctamente diagnosticada y tratada la mortalidad se sitúa por encima del 5%

Existen pocos datos epidemiológicos en España, ya que usualmente se extrapolan cifras de otros países, pero podrían estimarse en 65.000 casos/año de ETV y unos 25.000 casos/año de TEP declarados en el Sistema Nacional de Salud; se estiman unas 160 TVP y 60 TEP por cada 100.000 habitantes, y aumenta de forma exponencial por encima de los 60 años de edad.

La ETV cursa en muchas ocasiones de forma asintomática. Se estima que sólo se diagnostican un 1% de los episodios de TVP y menos de un tercio de los TEP, por lo que la frecuencia real de la ETV es mucho mayor. Se asocia a factores de riesgo conocidos en un 50-80% de los casos.

Varios factores influyen sobre la incidencia del TEP: el uso sistemático de heparina profiláctica en pacientes ingresados con factores de riesgo tiende a disminuir su incidencia. Por contra, la mayor difusión de vías venosas centrales, el uso de catéteres y la mayor supervivencia de enfermos neoplásicos la están aumentando.

El colapso hemodinámico posterior a un embolismo masivo puede ser una de las circunstancias más estresantes en la carrera del médico de emergencia. Al ser una enfermedad potencialmente mortal y con un tratamiento eficaz, obliga a no abandonar el proceso diagnóstico hasta que no hayamos excluido de forma razonable el TEP, con las necesarias exploraciones complementarias, ya que no hay ninguna prueba no invasiva que aporte una sensibilidad y especificidad elevada que nos permita diagnosticar o descartar el TEP de forma definitiva.

### **Bibliografía**

- José Felipe Varona. *Urgencias médicas: Claves diagnósticas y terapéuticas*. cap. 29. pág 134-139
- *Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar*. Arch Bronconeumol.2013;49:534-47
- Jimenez D, Uresandi F. *Consenso intersociedades español sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de pacientes con tromboembolia pulmonar*. Angiología.2014;66:70-84.

---

## **Pruebas funcionales respiratorias**

### **Ponentes:**

#### **Dr. Mariano Rodríguez Porres**

*Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria*

#### **Dr. D. José Jorge Garrido García**

*Departamento Médico de GSK. MSL de Respiratorio para el área Norte.*

La espirometría es una prueba que podría ser considerada rutinaria en la mayoría de las enfermedades respiratorias. A diferencia de otras pruebas de función pulmonar, su empleo trasciende el ámbito neumológico, de modo que puede y debe ser realizada en Atención Primaria. Sin embargo, es posible que la mayoría de las limitaciones que se han planteado a su generalización provengan de la dificultad para obtener registros válidos. Sólo si se cumplen de forma escrupulosa los criterios técnicos de realización es posible obtener pruebas que resulten

útiles en la clínica.

Es recomendable que el médico que solicita la espirometría explique al paciente el motivo de la misma y las características del procedimiento. La curva debe ser aceptable y reproducible, y la maniobra debe ser seguida de un test de broncodilatación con el que se pondrá de manifiesto la presencia o no de hiperreactividad bronquial.

Junto con la Espirometría es de gran importancia el uso en Atención Primaria, del Peak flow o medidor del mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. El medidor es pequeño, portátil y de uso sencillo, pudiendo utilizarlo el propio paciente incluso en su domicilio siendo la interpretación del resultado muy simple.

Se mide en litros/ minuto o como porcentaje de su valor de referencia. Sirve para reflejar el estado de las vías aéreas de gran calibre presentando una buena correlación FEM-FEV1 por lo que es un índice aceptado como medida independiente de la función pulmonar.

También podemos utilizar el medidor portátil Vitalograph-COPD6, preciso para la detección de obstrucción de la vía aérea y concebido para la detección temprana de la EPOC de manera rápida, simple y precisa. Identifica aquellos pacientes con riesgo de EPOC en una etapa pre sintomática para permitir una temprana intervención médica y obtener mejores resultados clínicos, muestra aquellos cuyo FEV1 es normal, y asimismo quienes no tienen EPOC, sin el riesgo de falsos EPOC negativos, facilitando la "selección de casos" para que los recursos en espirometría puedan ser enfocados en aquellos que ya están diagnosticados con EPOC y muestra parámetros clave para la interpretación clínica incluyendo índice obstructivo y clasificación de la EPOC.

La interpretación de los resultados de estas pruebas, no es complicada, y la calidad de ésta es equiparable en Neumología y Atención Primaria, por lo que debemos estimular y apoyar sin duda alguna al Equipo de Atención Primaria a su realización.

#### **Bibliografía:**

- Documento de consenso sobre Espirometrías en Andalucía. Marzo-2009
- Validación del dispositivo portátil COPD6 para la detección de patologías obstructivas de la vía aérea. Archivos de Bronconeumología 46(8):426-432 · August 2010.
- FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2002;09:311-22 - Vol. 09 Núm.05

## **Asma en la práctica del Médico de Familia**

### **Ponentes:**

#### **Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza.**

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Respiratorio de SEMERGEN.

#### **Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz**

Médico de Familia Zona Básica nº 10. Nájera. La Rioja. Miembro del Grupo de trabajo de Aparato Respiratorio de SEMERGEN.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción de la medicación o espontáneamente.

Los síntomas y signos para sospechar asma son: Sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos. No son específicos y varían a lo largo del tiempo y en su intensidad.

No existe una prueba estándar para el diagnóstico del asma. Una historia clínica detallada y la exploración física son las armas fundamentales desde la Atención Primaria. La demostración de una obstrucción reversible, variabilidad significativa del flujo aéreo o hiperactividad bronquial son determinantes para realizar un diagnóstico definitivo.

La espirometría forzada con prueba broncodilatadora es de elección para el diagnóstico

del asma. Se considera respuesta positiva (o broncodilatación significativa) un aumento del FEV1 del 12% o superior junto con un incremento de 200 ml o más respecto al valor basal. La determinación del flujo espiratorio máximo (PEF) también denominado pico de flujo, puede ser útil tanto para el diagnóstico del asma como en su monitorización. En un patrón respiratorio obstructivo con prueba broncodilatadora negativa, si sospechamos asma, podemos realizar la prueba de glucocorticoides y realizar nueva espirometría.

El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible, prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir al máximo su mortalidad. Para conseguirlo se debe seguir una estrategia global, individualizada y supervisada que incluya medidas de control ambiental, tratamiento farmacológico y educación del asmático.

La base del tratamiento farmacológico del asma lo constituyen los corticoides inhalados. La vía inhalatoria es la de elección para el tratamiento, debe adiestrarse a los pacientes en la técnica de inhalación de los dispositivos y supervisarla periódicamente.

Los fármacos para el asma se clasifican en fármacos de control o mantenimiento y de rescate. Los primeros deben utilizarse a diario y por períodos prolongados e incluyen a los glucocorticoides inhalados o sistémicos, antagonistas de los receptores de los leucotrienos, agonistas de los  $\beta_2$  adrenérgicos de acción larga, tiotropio, anticuerpos monoclonales y teofilina. Los medicamentos de rescate se utilizan a demanda, siendo de elección los agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos de acción corta.

#### **Bibliografía:**

- Plaza Moral V. GEMA4.0. Guía española para el manejo del asma. Arch Bronconeumol. 2015;51, Supplement 1:2-54.
- GINA\_Spanish\_2014\_Jun12.pdf [Internet]. [citado 10 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Spanish\\_2014\\_Jun12.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Spanish_2014_Jun12.pdf)
- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. Thorax. 2014;69 Suppl 1:1-192.

---

## **Lo que debes saber sobre inhaladores**

### **Ponentes:**

#### **Dra. D<sup>a</sup>. Cristina Bonnardeaux Chadburn**

Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles, Mataporquera. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

#### **Dr. D. Bartolomé Leal Correa**

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

La terapia inhalada es, hoy en día, una de las formas más importantes del tratamiento en los pacientes respiratorios, sin embargo su principal inconveniente es precisamente el necesitar de una técnica de uso compleja en comparación con otras vías, para lo que es necesario informar y formar al paciente en el uso de los distintos dispositivos.

Diversos trabajos han constatado que un elevado porcentaje de pacientes no realizan correctamente las maniobras de inhalación con los diferentes dispositivos. Por otro lado, otros trabajos han valorado los conocimientos de las maniobras de inhalación en el personal sanitario, constatando un grado de desconocimiento de las técnicas tan sólo discretamente inferior al de los pacientes.

Para la elección del sistema de inhalación nos basaremos en el fármaco necesario (ya que en ocasiones solo existe en un solo inhalador), y sobre todo en las habilidades y preferencias del paciente para su utilización, debiéndose elegir el sistema más adecuado para el paciente y adiestrarlo en su utilización, pues son los factores más importantes en el éxito de la

terapia inhalada.

En éste taller pasaremos resumen a los fundamentos y diversos tipos de terapia inhalada resaltando la parte eminentemente práctica, dada la gran cantidad de principios activos y dispositivos existentes en el mercado actual.

Igualmente se realizará una breve explicación sobre el uso de nebulizadores e inhaladores nasales.

### **Bibliografía:**

- *Semergen doc. EPOC. 2014. <http://www.semergen.es/semergen/catalogo-editorial/epoc>.*
- *Dr. Gabriel Romero de Ávila Cabezón Dr. Jaime González Rey Dr. Enrique Mascarós Balaguer Balaguer. Las 4 reglas de la terapia inhalada.*
- *Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias da Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (Agamfec). Sociedad de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). [www.agamfec.com/wp/wp-content](http://www.agamfec.com/wp/wp-content)*
- *3.Guía de uso de fármacos inhalados. Servicio Madrileño de Salud Depósito legal: M. 12168-2013 1ª edición: abril de 2013. [www.madrid.org/sanidad](http://www.madrid.org/sanidad).*
- *Plaza Moral, Vicente et al. Terapia inhalada: teoría y práctica. Ed. Luzán 5. Madrid, 2010.*
- *Giner Donaire, Jordi et al. Utilización de fármacos inhalados. Recomendaciones Separ, 22.*
- *Sauret, J, J. Desarrollo y Evolución histórica de los sistemas de inhalación. Programa de formación en tratamiento inhalado de enfermedades respiratorias. Ed. Luzán 5. Madrid, 2002.*
- *GEMA educadores: Manual del educador en asma. Ed. Luzán 5. Madrid, 2010.*
- *8.López García F, Bas Reina C. Dispositivos inhaladores en la EPOC: ¿Cuál utilizar?. Galicia Clin 2015; 76 (2): 67-70.*
- *Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013;49(Supl 1):2-14.*
- *Sanchis, Joaquin et al. Inhaler devices e From theory to practice. Respiratory Medicine (2013) 107, 495 – 502.*

## **Alergia básica en Atención Primaria**

### **¿Qué debemos saber sobre las alergias, pruebas y tratamiento? ¿Cómo actuar ante un paciente alérgico?**

#### **Ponente:**

**Dr. D. Teófilo Lobera Labairu.**

*Jefe de Sección de Alergología. Centro de Alta Resolución, Hospital de San Pedro. Logroño. La Rioja.*

La patología alérgica representa una alta prevalencia en población general: se calcula que hasta una cuarta parte puede presentar sintomatología alérgica respiratoria en forma de rinitis y/o asma bronquial, con un amplio espectro de intensidad de clínica, lo que puede hacer que pase desapercibida la sospecha de un mecanismo alérgico implicado.

En general, en los procesos de inicio de la clínica inicial respiratoria o cuando son de baja intensidad, suelen controlarse bien con la utilización de diversidad de fármacos, como antihistamínicos orales, colirios, tratamientos tópicos nasales, inhaladores bronquiales o antileucotrienos. Constituyen un grupo de fármacos con un bajo espectro de efectos secundarios, lo que permiten su utilización como tratamiento de base.

No obstante, la patología puede tender a complicarse, o bien por incremento de síntomas, o bien por la prolongación de la duración de los mismos, o bien por la disminución de la respuesta a los fármacos utilizados, o bien por la asociación de nuevos procesos de fondo atópico, por lo que la valoración del alergólogo conviene en todos los casos en los que haya una sospecha de mecanismo alérgico implicado.

En el caso de reacciones inmediatas graves, como son la Anafilaxia, desencadenadas por una alergia a un medicamento, a un alimento o a picadura de himenóptero, no cabe duda de que

dicha valoración debe realizar lo más precoz posible, en orden a confirmar el agente causal, detectar reactividades cruzadas e indicar unas normas de evitación y tratamiento de rescate si procede, así como de inmunoterapia en casos de alergia a veneno de abeja o de avispa.

En el caso de patología respiratoria, realizar dicha valoración lo antes posible implica, por una parte, la posibilidad de evitar la exposición al alérgeno causal para prevenir no solo la sintomatología grave sino también la temida remodelación de la vía aérea, que aparece en la patología cuando tiende a la subcronicidad. En la mayoría de los casos no resulta factible dicha evitación debido a la ubicuidad del alérgeno, por lo que hay que pasar a mantener el tratamiento farmacológico, pero ya indicado a los periodos de tiempo o focos en los que sea previsible una mayor exposición antigénica ambiental, y, finalmente, para valorar la introducción de la inmunoterapia específica, no como una posibilidad para considerar en última instancia, sino como único tratamiento que va directo a la causa del proceso e interfiere con la evolución natural de la alergia.

### **Bibliografía:**

- *Tratado de Alergología*, 2ª Edición. Ed. IJ Dñavuka I Jáuregui, JM Olaguibel, JM Zubeldia. Ergon 2015.
- *Guía de Manejo de la Alergia en Atención Primaria*. Ed. J.A. Quintano. 2014.
- *Diagnóstico in vivo de las enfermedades alérgicas: pruebas de provocación con el alérgeno*. Agache I, Bilò M, Branustahl G.-J., Delgado L et al. *Allergy*, 2015; 70: 355-365.

## **Actualización en anafilaxia**

### **Ponente:**

**Dra. Dña. Ana Carmen Gil Adrados**

*Médico de Familia. Coordinadora Médica en el Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.*

La European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) define la anafilaxia como una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida. Reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal.

### ¿Cuál es la causa más frecuente de anafilaxia?

En Europa se estima una incidencia entre 3,2 y 30 por 100.000 personas-año, con una mortalidad entre 0,05 y 2% del total de las reacciones

Los cuadros de Anafilaxia son el 1,4% de todas las consultas de alérgicas. Cuando las alergias son alimentarias aproximadamente el 18% la forma de presentación es la anafilaxia. En las reacciones alérgicas a medicamentos (RAM) el 10% de estos pacientes presentó anafilaxia. Mientras los alérgicos a Himenópteros en el 65% la forma de presentación es la anafilaxia

### ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes de anafilaxia?

Criterios Clínicos para el diagnóstico: La anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de estos tres criterios

En el Criterio 1, generalmente la piel está implicada en el inicio agudo de 30 minutos a dos horas de un síndrome que afecta a piel y/o mucosas asociado al menos uno de los siguientes síntoma como el compromiso respiratorio o la disminución de la tensión arterial (TA) o síntomas asociados de disfunción orgánica.

En el Criterio 2, lo que ocurre tras la exposición a un alérgeno potencial para el paciente es la aparición rápida de dos o más síntomas como la afectación de piel y/o mucosas; compromiso respiratorio; disminución de la TA o síntomas asociados; y/o síntomas gastrointestinales persistentes.

En el Criterio 3, los síntomas se agravan con la aparición de la disminución de la TA en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente. En los lactantes y niños la TA presenta un descenso superior al 30 % de la TA sistólica. Mientras en los adultos presenta una la TA sistólica inferior a 90mmHg o un descenso de 30% sobre la basal.

¿Qué prueba de laboratorio apoya su diagnóstico?

Viene determinado por la Triptasa sérica, marcador de mastocitosis y de anafilaxia donde se comporta con la elevación y un pico entre una y dos hora del comienzo de la crisis y un descenso progresivo hasta 24 horas después.

¿Qué es la anafilaxia recurrente o bifásica?

La anafilaxia bifásica ocurre entre el 6% y el 20% de los casos. Su incidencia aumenta cuando hay un retraso en la administración de epinefrina.

¿Cuál es el fármaco de elección para el tratamiento de la anafilaxia? ¿Cuál es la vía de elección para su administración?

La Adrenalina i.m. es el tratamiento de primera elección en una anafilaxia. No existen contraindicaciones para su uso dentro de una urgencia por anafilaxia. Su administración debe ser intramuscular en cara anterolateral de muslo. Aunque la diferencia de precio es alta, los autoinyectores permiten que el paciente se administre una dosis de adrenalina en una situación de emergencia.

¿Cuándo está indicado enviar el paciente al alergólogo tras un episodio de anafilaxia?

Todos los pacientes que hayan padecido una anafilaxia deben ser remitidos al alergólogo para estudio.

**Bibliografía:**

- Cardona V et al. *Guía de Actuación en Anafilaxia: GALAXIA*. [www.seicap.es/documentos/archivos/GALAXIA2009.pdf](http://www.seicap.es/documentos/archivos/GALAXIA2009.pdf)
- Jacob, J., et al. "Anafilaxia, más allá de la piel." *Revista Clínica Española* 2015.
- Lee JK, Vadas P. *Anaphylaxis: mechanisms and management*.lin.
- *Exp. Allergy*.2011;41:923-38.

---

## Casos Clínicos EPOC. Broncodilatación dual

**Ponentes:****Dr. D. Pablo Panero Hidalgo.**

Médico de Familia. Centro de Salud Órgiva. Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN

**Dr. D. Francisco Vicente Martínez García**

Médico de Familia. Centro de Salud de Astorga II. León. Miembro del Grupo de Trabajo Respiratorio SEMERGEN.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno que causa una gran morbilidad y mortalidad a escala global. Las estimaciones globales de mortalidad muestran que si bien constituye en la actualidad la cuarta causa de muerte, pasará a la tercera en 2020. Pero ya no solo tenemos en cuenta su mortalidad sino también la pérdida de calidad de vida y la comorbilidad que suele asociar que o bien complica las enfermedades crónicas asociadas o dichas enfermedades complican la propia EPOC. Como ocurre con otras enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, la distribución de la EPOC depende fundamentalmente de 2 factores: los efectos relacionados con la exposición tabáquica, y el envejecimiento paulatino de la población. Todo esto implica que tengamos una elevada prevalencia de pacientes con esta patología y que suele estar infradiagnosticada e infratratada. Si bien el médico de familia realiza actividades de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de forma adecuada con otras patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, etc) no ocurre lo mismo con la EPOC. Todas las guías clínicas entre ellas GesEPOC y GOLD, concluyen que la base del tratamiento en la EPOC estable son los broncodilatadores de larga duración. Posteriormente la intensidad de dicho tratamiento vendrá determinada por el fenotipo del paciente y la gravedad multidimensional. Sin embargo los estudios realiza-

dos sobre la adecuación del tratamiento en la EPOC muestran un uso excesivo de corticoides en pacientes que no lo requieren, y se mantienen durante muchos años no indicándose la doble broncodilatación en otras situaciones que sí lo requerirían.

En el taller que realizaremos lo que pretendemos es dar el protagonismo a la doble broncodilatación, valorando mediante casos clínicos la adecuación del tratamiento en diversas circunstancias

---

## Tabaco

### Abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Enfoque en grupos de fumadores.

#### **Ponentes:**

**Dr. D. Delio Vázquez Marada, Médico de Familia,**

*Centro de Salud Bemibre. Área de El Bierzo (León). Miembro de los Grupos de Trabajo de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN*

**Dr. D. Francisco Marchante Melero**

*Centro de Salud Recinto (Ceuta). Miembro de los Grupos de Tabaquismo y Respiratorio de SEMERGEN.*

Más de un tercio de la población mundial mayor de quince años fuma. Esta cifra va en aumento en los países en vías de desarrollo y en la población femenina de los países desarrollados.

En nuestro país, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, fuma el 23.95% de la población, aunque se observa un descenso del consumo. Por sexos, el 20.2% de las mujeres fuma y el 27.9% de los hombres.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en el mundo, aproximadamente cuatro millones de defunciones, acompañado generalmente de una buena dosis de dolor y sufrimiento. Es, por ello, el principal problema de salud pública en los países desarrollados, tanto por su magnitud como por los costes económicos que provoca.

Es imprescindible que todos los profesionales sanitarios puedan contar con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Es evidente que los Servicios de Salud deben tener como una medida prioritaria el abordaje del consumo de tabaco y deben incluir el apoyo a todos los fumadores que soliciten ayuda para tratar su adicción.

En nuestro Sistema Sanitario, la Atención Primaria de Salud adolece de un problema generalizado. La masificación de las consultas a demanda y la falta de tiempo para el abordaje preventivo de factores de riesgo muy prevalentes. La obesidad, el sedentarismo, alimentación o el consumo de tabaco son algunos de ellos.

Todos los tratamientos conocidos, siempre y cuando comporten un contacto directo con el paciente, tienen una clara relación dosis-respuesta: Aumenta la efectividad cuanto mayor es el número de contactos y el tiempo total empleado en la terapia.

El abordaje en grupos ha venido demostrando una eficacia similar al individual, por lo que su coste-efectividad es mucho mayor.

En conclusión, el abordaje grupal para la deshabituación tabáquica provoca mayores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva. Existen guías muy pormenorizadas, elaboradas por expertos y adaptadas a nuestro ámbito de actuación. Todos los sanitarios de Atención Primaria, con una mínima formación previa, son capaces de dirigir este formato de intervención. Cada Centro de Salud debería tener al menos un equipo de terapeutas motivados y dispuestos a ello.

#### **Bibliografía**

- CNPT. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Ma-

dríd: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

- Olano E et al. *El tratamiento grupal del tabaquismo. Trastornos Adictivos.* 2007;9(1):14-20
- F.L. Márquez Pérez, J.J. Garrido Romero, J.L. Domínguez Moreno. *Tratado de Tabaquismo 2ª edición 2007.* Editores Jiménez Ruiz C.A., Fagerstrom K.O.

## Viajes y aparato respiratorio

### El periplo del paciente respiratorio

#### **Ponente:**

#### **Dr. D. Juan Antonio Corrales Cruz**

*Médico de Familia. Centro de Salud. Cisneo Alto. Las Naciones. Sevilla. Grupo de Trabajo Respiratorio SEMERGEN.*

Más de 1000 millones de desplazamientos por aire tienen lugar anualmente. El médico de familia debe estar preparado para conocer, al menos de forma general, las vacunas necesarias, la exposición a las infecciones endémicas del área a visitar, las precauciones de conducta en las actividades previstas y las posibilidades de enfermar en el trayecto. En este punto son especialmente vulnerables los enfermos respiratorios: la hipoxia previa puede empeorar dramáticamente si las condiciones del vuelo se alteran o surge alguna complicación médica añadida durante el mismo. La valoración previaje del médico de familia debe incluir estos aspectos.

El taller abordará de forma muy interactiva - casos clínicos y preguntas test a resolver por los participantes- todas estas cuestiones: dividido en dos partes de aproximadamente 45 minutos cada una. En la primera abordaremos los consejos generales a los pacientes como conductas de evitación de vectores, traslado de la medicación necesaria, vacunas etc. En la segunda valoraremos la problemática específica del Enfermo Respiratorio: valoración del EPOC antes de volar, actividades a desarrollar en la zona con posibilidad de desarrollar el mal de las alturas, el diagnóstico previo de bullas enfisematosas, los antecedentes de neumotórax y las posibilidades de recidiva, los factores de riesgo del tromboembolismo pulmonar y la incidencia del mismo en los vuelos, las enfermedades intersticiales y su asociación al neumotórax, la tuberculosis pulmonar y otras infecciones respiratorias....

#### **Bibliografía:**

- *Advice for travelers.Treat.Guidel Med Lett* 2004
- *Up to Date.Pneumothorax and air travel.* Lawrence C.Mohr MD
- Kuipers S, Venemans-Jellema A, Cannegieter SC et al. *The incidence of venous thrombosis after air travel: contribution of clinical risk factors.*Br J. Haematol 2014; 165:412

### Enfermedades respiratorias y viajes

#### **Ponente:**

#### **Dr. D. Julio Leopoldo Zamarrón Moreno.**

*Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio SEMERGEN.*

En las últimas décadas la globalización tanto económica como humana y los avances en medicina han hecho que confluyan diferentes factores. La mejor calidad de vida pacientes con enfermedades crónicas han provocado un aumento de los viajes internacionales que realizan estos enfermos; a su vez nos hemos encontrado frente a aumento de la transmisión de enfermedades infecciosas (SARS...) y de los viajes de la población general (turismo, migraciones...)<sup>1</sup>

Todos estos factores encuentran en los viajes en avión a un aliado. Las enfermedades respiratorias son tercera causa de muerte (7%) de las que se producen en el aire por lo que su manejo y control son algo imprescindible. Los pacientes EPOC necesitan en muchas ocasiones un control previo al viaje en avión que incluya gasometría y espirometría para valorar la necesidad de oxigenoterapia. Los pacientes con asma necesitan control de los síntomas antes

de realizar viajes en avión. Y en general, en los pacientes con oxigenoterapia domiciliaria, se recomienda incrementar el flujo de oxígeno 1-2 l durante el viaje en avión.<sup>1,2</sup>

Además de los trayectos en avión nos enfrentamos a otros aspectos a la hora de viajar, es necesario nombrar los diferentes riesgos que existen en otras actividades como el trekking en el que nos encontramos pacientes (EPOC tipo enfisema....) con más riesgo de sufrir diferentes etiologías como la enfermedad aguda de la montaña (mal de altura) edema pulmonar de alta, edema cerebral de alta montaña.....<sup>2</sup>

Por último no olvidamos mencionar las enfermedades que los la última época han creado más alarma social como son el Virus Zika y el SARS. El periodo de incubación de la enfermedad por el virus de Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. El vector es el mosquito Aedes. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue, y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen durar entre 2 y 7 días.<sup>3</sup>

En relación al SARS ,el agente etiológico es un coronavirus (SARS-CoV) de muy probable origen zoonótico. La definición clínica actual exige en la historia clínica de la persona: fiebre de 38 °C o más, y un síntoma o más de enfermedad de tracto respiratorio inferior (tos, dificultad respiratoria, disnea), y evidencia radiográfica de infiltrados pulmonares concordantes con neumonía o síndrome de distrés respiratorio (SDR).<sup>4</sup>

### **Bibliografía:**

- Francisco García Ríó et al. *Air Travel and Respiratory Diseases*. Arch Bronconeumol. 2007;43:101-25 - Vol. 43
- Sanford CA, Pottinger PS. *Travel and Adventure Medicine Resources*. Med Clin North Am. 2016 Mar;100(2):411-6
- Imperato PJ, Et al. *The Convergence of a Virus, Mosquitoes, and Human Travel in Globalizing the Zika Epidemic*. J Community Health. 2016 Mar.
- Chan JF et al. *Middle East respiratory syndrome coronavirus: another zoonotic betacoronavirus causing SARS-like disease*. Clin Microbiol Rev. 2015 Apr;28(2):

## **Al final del camino: cuidados paliativos en pacientes respiratorios**

### **Ponente:**

#### **Dr. D. Mario Manuel Cortés Béjar.**

*Médico adjunto de la Unidad de Paliativos de la Rioja. Fundación Riojasalud. La Rioja.*

Si miramos de que fallecen los pacientes de los cupos de Atención Primaria en un año veremos como el 25-30 % lo hacen por complicaciones del cáncer, un pequeño porcentaje de forma súbita y el resto por enfermedades crónicas. Por lo tanto la atención de pacientes al final de la vida y su familia forma parte de la labor de los médicos de Atención Primaria. El médico de Atención Primaria tiene la accesibilidad para llevar a cabo la labor de Cuidados Paliativos identificando a los pacientes con necesidades paliativas, planificando anticipadamente las decisiones y asegurando la continuidad en la asistencia con una coordinación y acción integrada de servicios. (1).

Podemos distinguir entre pacientes con enfermedad neoplásica y no neoplásica, pero desde el punto de vista paliativo hay similitud en los síntomas que presentan. Periodos prolongados de disnea incapacitante, reducción de la tolerancia al ejercicio, ingresos hospitalarios recurrentes y muerte prematura.

Tenemos dificultad en determinar cuándo se hace terminal una enfermedad crónica, ya que en el enfermo respiratorio en estadios finales progresa con periodos de estabilidad interrumpidos por agudizaciones mayores con riesgo vital. (2)

Los Cuidados Paliativos han cambiado en los últimos tiempos. Cada vez se está dejando más de lado el aspecto temporal y se hace una valoración multidimensional con la edad, tiempo de evolución del proceso, estado nutricional, deterioro cognitivo, depresión, falta de soporte

familiar adecuado.

Los síntomas que se presentan en semanas y meses finales de la vida incluyen disnea, tos, hemoptisis, estridor, hipo, infecciones y dolor en la pared torácica.

La disnea es el síntoma más frecuente en pacientes con enfermedad respiratoria terminal. El último recurso puede ser la Sedación del paciente por la aparición de síntomas refractarios a tratamientos convencionales.

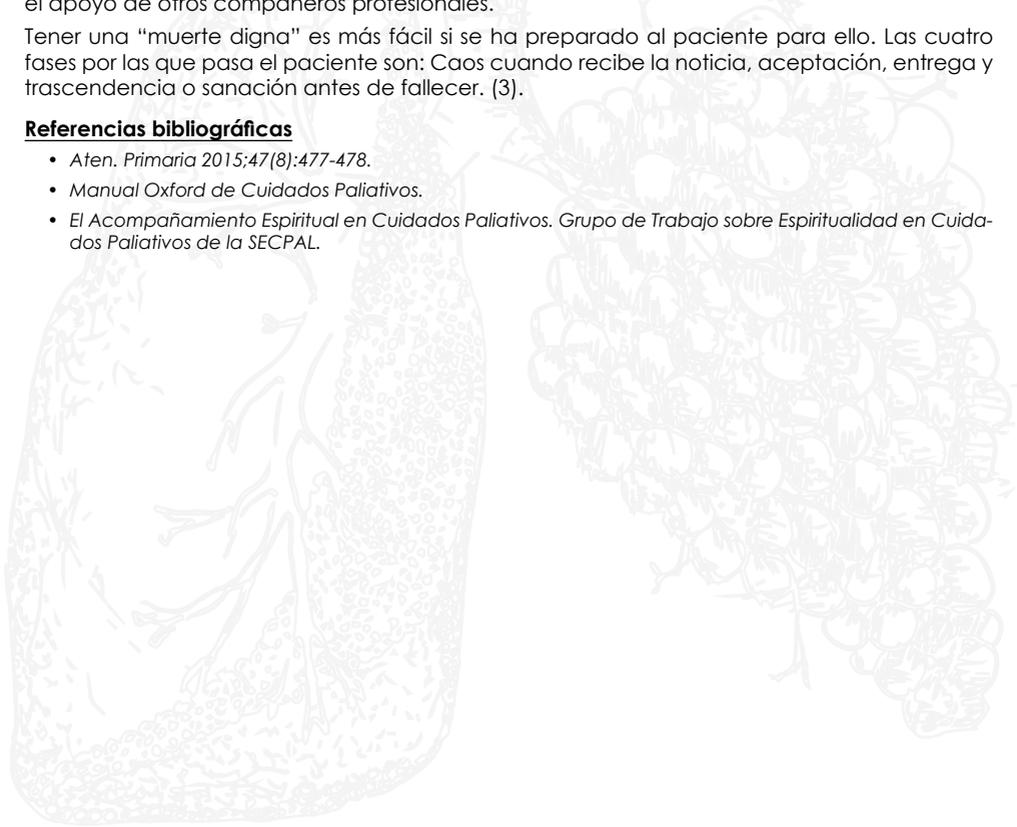
En estos pacientes muchas veces el buen control sintomático pasa por la Des-prescripción de medicamentos que no son necesarios y provocan efectos secundarios que disminuyen la calidad de vida.

Las infecciones, son complicaciones tratables y frecuentes en estas fases de la enfermedad. Habrá que plantearse ¿sí puede estar indicada la limitación del esfuerzo terapéutico? Habrá que tener en cuenta el pronóstico de la enfermedad, los deseos del paciente. El tratar no supone alargar la agonía de un paciente que ya no tiene una buena calidad de vida. Si decidimos no tratar deberemos compartir la decisión con paciente, familia y si es posible, con el apoyo de otros compañeros profesionales.

Tener una "muerte digna" es más fácil si se ha preparado al paciente para ello. Las cuatro fases por las que pasa el paciente son: Caos cuando recibe la noticia, aceptación, entrega y trascendencia o sanación antes de fallecer. (3).

### **Referencias bibliográficas**

- *Aten. Primaria 2015;47(8):477-478.*
- *Manual Oxford de Cuidados Paliativos.*
- *El Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL.*



# RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES DEFENDIDAS EN LAS JORNADAS

## MÉDICOS DE FAMILIA

### COMUNICACIONES EN FORMATO ORAL

#### 191/2. EPOC y comorbilidades

##### **Autores:**

(1) Arenal Barquín, Sandra; (2) Bonnardeaux Chadburn, Cristina; (3) Ruiz Nuñez, Mario; (4) Garrastazu Lopez, Roberto; (5) Helguera Quevedo, José Manuel; (6) Leon Rodríguez, Carlos.

##### **Centro de Trabajo:**

(1) Centro de Salud Cardinero. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mataporquera. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Miera.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Gama.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Suances.

##### **Resumen:**

###### Objetivos

- 1.-Estudiar la prevalencia de las distintas comorbilidades en los pacientes EPOC de Cantabria.
- 2.-Comparar las comorbilidades que se presentan en los pacientes EPOC, con pacientes que presentan otras enfermedades respiratorias en Cantabria.

###### Metodología

A partir de la base de datos poblacional omi-ap, se seleccionaron 1.989 pacientes diagnosticados de EPOC a 31/12/2011.se les sometió a un análisis de especificidad para valorar la confirmación diagnóstica de EPOC en base a los criterios espirométricos actuales.900 pacientes fueron etiquetados como 'EPOC confirmado' y 197 como 'EPOC descartado';en el resto no se pudo ni descartar ni confirmar.se estimaron las proporciones de las variables independientes etiquetadas como 'comorbilidades' dentro de cada grupo y fueron comparadas mediante la prueba ji-cuadrado de pearson.

###### Resultados

La edad media en el grupo de 'EPOC confirmado' fue de 71,2[de 11.0], y de 64,3[de 12,7] en los 'descartados' ( $p<0,001$ ).entre los primeros el 85% presentaba una comorbilidad de las estudiadas,y el 76.6% de entre los segundos ( $p=0,004$ ). la hta fue la comorbilidad más frecuente en ambos grupos y significativamente más alta en los 'EPOC confirmados'.igualmente estuvieron más significativamente presentes en este grupo,las cardiopatías, la diabetes, el tabaquismo activo y el cáncer de pulmón

###### Conclusiones

En nuestro estudio se aprecia que los pacientes con EPOC,sufren de más comorbilidades que otros grupos de pacientes con problemas respiratorios 'no EPOC'.el grupo de enfermedades de carácter cardiovascular son los más representativos.en parte este resultado se puede deber a la diferencia de edad entre ambos grupos.habría que prestar especial atención a estas asociaciones para intervenir de forma temprana en su manejo.

#### 191/5. Mortalidad en los sujetos fumadores de Cantabria. Estudio HOMO.

##### **Autores:**

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Prieto Diaz, Miguel Ángel; (3) Escobar Cervantes, Carlos; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gomara, Enrique; (6) Vara Gonzalez, Luis Alberto.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico de Familia.; (3) Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.; (4) Médico Internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (5) Jefe de sección de información sanitaria. dirección general de salud pública y consumo de la rioja. Logroño.; (6) Médico de familia. Centro de salud castilla-hermida. Santander.

**Resumen:**Objetivos

Conocer el riesgo de mortalidad en los sujetos fumadores de Cantabria.

Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo con un seguimiento de  $9,4 \pm 2$  años de media. Formaron parte 1176 sujetos de 18 años o más, residentes en Cantabria. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, diabetes, sedentarismo, índice de masa corporal (IMC), hipercolesterolemia, PA (PA) sistólica y PA diastólica basal, presencia de enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea.

Resultados

El 33,7 % (n=396) de la población fumaba. De estos el 38,9% (n=154) fumaba un paquete o más al día. El hábito tabáquico se asociaba con menor edad, con el sexo masculino, con el hábito enólico, con el sedentarismo y con la cefalea. Estos sujetos presentaban con menos frecuencia diabetes, hipercolesterolemia, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular y arritmia, además tenían un IMC y un valor de la PA sistólica y PA diastólica basal inferior. Fallecían durante el seguimiento el 11,5 % de los sujetos. Se ha realizado un análisis multivariante de Cox y se ha encontrado que el tabaquismo era un factor de riesgo de la mortalidad, de manera independiente (HR: 2,07; p=0,004). También lo eran la arteriopatía (HR: 2,56; p=0,003), la arritmia (HR: 2,45; p<0,001), la diabetes (HR: 1,54; p=0,043), el IMC (HR: 1,04; p=0,039) y la edad (HR: 1,12; p<0,001).

Conclusiones

Es necesario indicar a los pacientes el abandono del hábito tabáquico ya que este es un factor de riesgo independiente de la mortalidad.

**191/6. Hipertensión arterial, tabaco y mortalidad. Estudio HOMO.****Autores:**

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Prieto Diaz, Miguel Ángel; (3) Escobar Cervantes, Carlos; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gomara, Enrique; (6) Vara Gonzalez, Luis Alberto.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo.; (3) Cardiólogo. Hospital Universitario la Paz. Madrid; (4) Médico internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid; (5) Jefe de sección de información sanitaria. Dirección General de Salud Pública y Consumo de La Rioja. Logroño.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

**Resumen:**Objetivos

Determinar el riesgo de mortalidad en los sujetos fumadores con hipertensión arterial de Cantabria.

Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo con un seguimiento de  $8,6 \pm 2,7$  años de media. Formaron parte 334 sujetos de 18 años o más, residentes en Cantabria. Las variables incluidas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, diabetes, sedentarismo, índice de masa

corporal (IMC), hipercolesterolemia, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) basal, presencia de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea. Se consideró a un paciente como hipertenso cuando la PAS era  $\geq 140$  mmHg y/o la PAD  $\geq 90$  mmHg.

### Resultados

El 18,0 % (n=60) de la población fumaba. El hábito tabáquico se asociaba con el sexo masculino, con el hábito enólico, con la hipercolesterolemia y con un valor de la PAD mayor. Los individuos fumadores tenían menos edad y menor presencia de enfermedad cardiaca. Fallecieron durante el seguimiento el 28,7 % de los sujetos. Se ha realizado un análisis multivariante de Cox y se ha encontrado que el tabaquismo era un factor de riesgo de la mortalidad de manera independiente (HR: 2,74; p=0,003). También lo eran la arteriopatía (HR: 2,54; p=0,013); la arritmia (HR: 2,42; p=0,001) y la edad (HR: 1,13; p<0,001).

### Conclusiones

En los sujetos hipertensos el hábito tabáquico multiplica casi por tres el riesgo de morir.

## **191/7. Evaluación de los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria.**

### **Autores:**

(1) Ruíz Moruno, Francisco Javier; (2) Barquilla Calderón, María; (3) González Blanco, Virginia; (2) Arjona Burgos, Irene; (2) Bosquet Batista, Eduardo; (2) Llamazares Muñoz, Virginia.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.; (2) Médico Residente de 4to año de Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud Fuenanta. Córdoba.; (3) Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital de Santa Bárbara de Puertollano. Ciudad Real.

### **Resumen:**

#### Objetivos

Conocer y valorar la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), prevalencia, indicaciones, adherencia, correcto control y costes de esta terapia en la población perteneciente a nuestro centro de Salud.

#### Metodología

Estudio observacional en visita domiciliaria de los pacientes incluidos en el programa de OCD, excluyendo la terapia transitoria y no otorgar consentimiento. Variables analizadas: edad, sexo, IMC, criterios gasométricos en la indicación, patología principal, tiempo con OCD, procedencia de indicación, adherencia, satisfacción, revisiones clínicas y costes. Análisis y ordenación de los datos obtenidos mediante SPSS.

#### Resultados

Se recogieron el total de pacientes de OCD (N: 88) Tasa: 280/100.000h. Con edad media 77,76 (IC=75,46-80,06), hombres 55,7%, en su mayoría EPOC (52,2%) e Insuficiencia cardiaca (16,9%) el 54% con obesidad. Indicación de OCD con pO<sub>2</sub>:55,12 (IC=52,7-57,5) y SpO<sub>2</sub>:87,9% (IC=86,6-89,1), siguen fumando el 6%, IAT: 28,87 años/paq.. El 68% con revisión en la unidad de OCD. Procedencia de la indicación: Neumología (51,25%), M Interna (31,25%) y AP (3,8%). El 26,25% no utilizan las horas de terapia indicadas y el 28,75% sin revisión clínica en el último año. Flujo medio utilizado 2,0L (IC=1,7-2,2). El 74% utilizan concentrador, solo están insatisfechos el 17,9%. No era necesario mantener la OCD en el 23,1% (SpO<sub>2</sub>>92%) calculando un ahorro en costes total de 6.424 €/año.

#### Conclusiones

Existe un número importante de pacientes con uso inadecuado de OCD, que no sigue revisión clínica y no la necesita según su pulsioximetría de control. Por todo esto creemos que desde la Atención Primaria se puede mejorar la adherencia y controlar su indicación.

## 191/16. Percepción general de las vacunas entre usuarios de nuestro Área de Salud.

### **Autores:**

(1) Gallego Nieto, César; (2) Alonso Quintana, M<sup>a</sup> Victoria; (3) Herrero Roa, José; (4) Jiménez Díaz, Juan José; (2) Martínez Mayora, Teresa; (2) Rodríguez Cardeñosa, Pilar.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Comuneros. Burgos.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Los Cubos. Burgos.

### **Resumen:**

#### Objetivos

Conocer la opinión y uso de las vacunas entre usuarios adultos de Atención Primaria.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal entre mayores de 50 años, seleccionados aleatorizadamente, mediante cuestionario.

Análisis estadístico de datos descriptivo, mediante frecuencias, media y desviación estándar. Relación entre variables mediante chi cuadrado, y t de Student. p 0,05. Análisis mediante SPSS 19.

#### Resultados

980 cuestionarios, 55,5% mujeres. Edad media 67 años.

97,6% opinan que las vacunas pueden salvar vidas. Casi 20% considera que no son seguras, sin diferencias por sexo.

19,3% creen que son para inmunodeprimidos. 4,3% que son sólo para niños. 16,1% que la vacuna puede enfermarlos.

En mayores de 65 años la percepción de inseguridad aumenta, con mayor temor a enfermar por la vacuna. Opinan más que las vacunas son para inmunodeprimidos.

En este grupo, 22,2% no habían recibido ninguna vacuna en los últimos 5 años, sin diferencia por sexos.

La percepción de que las vacunas no son seguras o que son sólo para personas con defensas disminuidas, aunque persiste en vacunados, es significativamente menor.

11,8% vacunados y 41% no vacunados temen enfermar por vacunarse.

#### Conclusiones

- Aunque existe una opinión favorable hacia las vacunas en adultos, persisten percepciones erróneas, fundamentalmente en cuanto a seguridad, indicación para inmunodeprimidos o posibilidad de enfermar. En vacunados se mantienen esas creencias.

- Los sujetos de mayor edad tienen más temor acerca de la inseguridad o poder patógeno de las vacunas.

- Es necesario mayor esfuerzo educacional acerca de las vacunas entre adultos, con especial interés en personas de mayor edad.

## 191/19. "Actitud ante la vacuna de gripe y neumococo entre adultos de nuestro Área Sanitaria"

### **Autores:**

(1) Sanmartín Ibañez, Pilar; (2) Arroyo Cabria, Montserrat; (3) Bravo De La Paz, M<sup>a</sup> Angeles; (4) Lara Caballero, Felisa; (5) Lozano García, Belen; (6) Pueyo Bastida, Ana María.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Aranda Sur. Burgos.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Los Cubos. Burgos.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Las Torres. Burgos.; (6) Neumólogo. Hospital Universitario de Burgos.

**Resumen:**Objetivos

Conocer la opinión y uso de vacunas de gripe y neumococo en los usuarios de Atención Primaria mayores de 65 años.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Cuestionario a pacientes seleccionados aleatoriamente.

Análisis estadístico descriptivo, mediante frecuencias, media y desviación estándar. Relación entre variables mediante chi cuadrado, y t de Student. p 0,05.

Resultados

Participan 408 pacientes, 53% mujeres, edad media 74,57. 7,6% son fumadores.

Padecen enfermedades respiratorias (EPOC, asma y fibrosis pulmonar) 17,6%. Otras enfermedades crónicas 67,9%, fundamentalmente HTA.

Han recibido vacunación antigripal 71,8%, sin diferencia por sexo. Antineumocócica 74,8%, también sin diferencia.

Por grupos de edad, se observa un incremento progresivo en cobertura vacunal, mayor en mayores de 85 años.

Son más los vacunados de gripe que tienen patología respiratoria (84,7% frente a 69%). Se vacunan más los que padecen otras enfermedades crónicas (77,6% frente a 59,5%).

Entre fumadores la vacunación antigripal es menor, aunque sin alcanzar significación. Frente a neumococo es similar.

Más pacientes con patologías crónicas, respiratorias o no, han recibido vacuna antineumocócica.

La razón fundamental de vacunación antigripal y antineumocócica es el consejo del sanitario. El motivo principal de no vacunarse es el temor a reacciones o experiencia previa negativa. 6,2% desconocían la existencia de vacuna antineumocócica.

Conclusiones

La vacunación aumenta a medida que lo hace la edad, y en sujetos con patologías crónicas.

Entre los fumadores la vacunación antigripal es menor.

El consejo del sanitario es clave en la vacunación, pero debe aumentarse la labor educativa, especialmente en vacuna antineumocócica.

**191/53. Utilización de fármacos para la EPOC y el Asma en La Rioja. Años 2008-2015****Autores:**

(1) Gómez Sáenz, José Tomás; (2) Ruiz-Clavijo Díez, M<sup>a</sup> Teresa; (3) Gérez Callejas, María José; (1) León Duarte, M<sup>a</sup> Carmen; (4) Moreno Vilaseca, Alba; (1) Díaz Ramírez, Miguel.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Farmacéutica. Dirección de Atención Primaria. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.; (3) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.; (4) Médico de Familia. Servicio de Prevención mutua Riesgo y Trabajo. Logroño. La Rioja.

**Resumen:**Objetivos

Conocer la tendencia en la utilización de los medicamentos para el tratamiento de asma y EPOC en Atención Primaria de La Rioja entre 2008 y 2014 y evaluar la repercusión de las novedades terapéuticas.

### Metodología

Se analiza el consumo, en número de envases, de los medicamentos incluidos en el grupo R03 ("Medicamentos para enfermedades obstructivas de las vías aéreas") que prescribieron médicos de familia y pediatras de atención primaria, y que, facturados con cargo al Servicio Riojano de Salud, se dispensaron en las oficinas de farmacia de la Comunidad de La Rioja en el período 2008-2014. El consumo se expresa en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD).

### Resultados

El consumo de fármacos R03 aumentó en DHD un 3%, especialmente en el último año (12%) alcanzando un DHD de 35,94. Por DHD y subgrupos terapéuticos en 2015 los  $\beta_2$  solos (7,8) o asociados a corticoides (12,23) constituyen el conjunto que más aporta al consumo, seguido de los anticolinérgicos (10,23, 5,77 para el tiotropio) que aumentan un 37% desde 2008. Desde 2008 los broncodilatadores de acción corta han disminuido en un 25,6% (49,1% para los SAMA). La asociación LABA+GCI apenas se modifica en el conjunto pero experimenta un descenso del 32% para salmeterol+fluticasona y un incremento del 56,4% para las asociaciones de formoterol+GCI. La asociación de LAMA+LABA representa un 1,15 en DHD para 2015 (3,2% del total).

### Conclusiones

Los cambios observados parecen adaptarse a las guías con una incorporación muy rápida de las novedades terapéuticas (a valorar LAMA+LABA).

## COMUNICACIONES EN FORMATO PÓSTER

### 191/10. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: su impacto bibliográfico (2015)

#### **Autores:**

(1) Lucas Sánchez, Roque; (2) Lopez, Víctor; (3) Moreno Martínez, David; (2) Grau Comas, Enric; (2) Pozo Montolio, Miguel Ángel; (2) Cecilia Salguero, María.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Cap Palau-Solita i Plegamans. Institut Catala Salut. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Cap Palau-Solita i Plegamans. Barcelona.; (3) Médico Residente 2º año. Medicina interna. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

#### **Resumen:**

##### Objetivos

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) causa una gran morbilidad y mortalidad a escala global con un alto coste sociosanitario en todo el mundo y sigue con carácter creciente. Ello la hace susceptible por la Comunidad Médica de interés científico que debería verse reflejado en la producción científica de investigación.

Para medir este impacto, analizamos un conjunto de publicaciones generalistas y especializadas de nuestro país durante la totalidad de 2015, a fin de medirlo

##### Metodología

Se efectuó búsqueda de publicaciones específicas mediante los buscadores I.M.E., SCIELO, MEDES. En ámbito de Medicina de Familia (Atenc Primaria, Semergen ), Medicina Interna (Med Clinic-Barcel, Rev Clin Espa ), Neumología (Arch Bronconeumol, Revistadepatologiasrespiratoria.org, Rev Esp Patol Torac ) y Salud Pública (Gac Sanit ).

##### Resultados

Se analizaron las variables:

Número Total Artículos: M.F: 262, M. I: 568, Neum: 287, S.P: 128

Artículos Tema Respiratorio: M.F: 13, M.I: 13, Neum: 287, S.P: 0

Artículos Tema EPOC: M.F: 3, M.I: 13, Neum: 36, S.P.: 0

### Conclusiones

El número de artículos sería, menor del esperado dada la importancia del problema.

El porcentaje de artículos, según lo esperado es mayor en las publicaciones Medicina Interna versus Medicina de Familia

Como era de esperar las Revistas de la Especialidad tienen un porcentaje mayor.

Llama la atención el nulo impacto en la Publicación de salud Pública.

El Médico de Atención Primaria, debería contemplar en su actualización, el acceso a publicaciones especializadas para tener conocimiento sobre EPOC.

## 191/12. Asma versus fumadores en Cantabria

### **Autores:**

(1) Hernández Úrculo, José; (2) Ortiz Sierra, Sandra; (3) Martínez Perez, Cruz; (4) Ruiz Perez, Jaime; (5) Rueda Alonso, Esperanza; (6) Astruga Tejerina, Concepción.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Eap la Vega. Zapatón.; (2) Medico de Familia. Unidad de Drogodependencias. Santander.; (3) Medico de Familia. Centro de salud. Camargo interior. Cantabria.; (4) Medico de Familia. Centro de Salud Tanos. Torrelavega.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.; (6) Medico de Familia. Centro de Salud. Los Castros. Santander.

### **Resumen:**

#### Objetivos

Las exacerbaciones moderadas-graves de asma son eventos importantes que influyen en su control. Al no existir estudio previo en AP en Cantabria parece pertinente:

1-Identificar la prevalencia de exacerbaciones en la cohorte de asma bronquial

2-Identificar la prevalencia del hábito tabáquico en la misma

3-Determinar si el hábito tabáquico es un factor predictivo de las exacerbaciones moderadas-graves

#### Metodología

Estudio de cohortes retrospectivo. Base de datos OMI-AP, se identificaron 27.189 pacientes con R96 (asma) a 1 de enero 2012. Muestra 2000 pacientes > 14 años.

Se identificaron las exacerbaciones (leves, moderadas y graves) a lo largo de 1 año y hábito tabáquico (fumador, exfumador y no fumador).

#### Resultados

1610 pacientes ninguna exacerbación (80,5%). Exacerbaciones leves 59,51% y moderadas y/o graves el 40,51%.

Se divide cohorte en "No exacerbadores" y "Exacerbadores" (tuvieron al menos una exacerbación moderada y/o grave), siendo la n=1768.

En relación al tabaquismo, dentro de los "No Exacerbadores": no fumadores el 78,32%, exfumadores el 9,31% y fumadores activos el 12,36%. Entre los "Exacerbadores": no fumadores el 67,72%, exfumadores el 21,51% y fumadores activos el 10,75%.

La relación de prevalencias entre fumadores activos Exacerbadores y fumadores activos No Exacerbadores 1,005 IC 95% (0,631-1,590), OR 1,006 IC 95% (0,590-1,715). P 0,98.

#### Conclusiones

La prevalencia de exacerbaciones moderadas-graves es elevada

La prevalencia de tabaquismo activo es más elevada entre los No Exacerbadores.

La prevalencia de exfumadores es más elevada entre los Exacerbadores.

No podemos considerar el hábito tabáquico como factor predictivo de una exacerbación moderada-grave

## 191/17. Asmático exacerbador moderado-grave y principales comorbilidades asociadas

### **Autores:**

(1) Viejo Casas, Ana; (2) Gómez Molleda, Francisca; (2) Del Rivero Sierra, Borja; (3) Rodríguez Porres, Mariano; (4) López Caro, Juan Carlos; (5) Hierro Cámara, Margarita.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud. Alto Asón ,ramales. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud CotoIino Sur (ii),Castro Urdiales. Cantabria.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud CotoIino I, Castro Urdiales. Cantabria.

### **Resumen:**

#### Objetivos

Determinadas comorbilidades parecen estar relacionadas con el asma y su evolución clínica. En este estudio pretendemos analizar la asociación entre estas comorbilidades y el riesgo de sufrir una exacerbación moderada-grave.

#### Metodología

Estudio cohortes retrospectivo. N=27.189 pacientes con código R96 (asma bronquial) en base de datos OMI-AP a 1 de enero de 2012. Muestra representativa 2000 pacientes > 14 años, mediante muestreo aleatorio simple.

Paciente 'exacerbador': alguna exacerbación moderada-grave (precisa corticoide oral/pa-rrenteral y/o sulfato magnésico) durante el año de seguimiento y 'no exacerbador': ninguna exacerbación. Se analizó la presencia de comorbilidades en los dos grupos y Odds Ratios ajustadas: sexo, edad, tabaco.

#### Resultados

158 pacientes (7,9%) fueron considerados 'exacerbadores': edad media 51,9 años DE[20,7] y 1610 (80,5%) fueron 'no exacerbadores': edad media 40,4 DE[18,8]; ( $p < 0,001$ ).

Tras ajustar se obtuvieron asociaciones significativas para enfermedad cardiovascular (18,4% de los 'exacerbadores' vs 4,5% de los 'no exacerbadores'): OR ajustada 2,73; IC95% (1,61-4,62), insuficiencia renal crónica (5,7% vs 0,8%): OR ajustada 4,43; IC95% (1,77-11,13) y patología psiquiátrica (31,0% vs 16,1%): OR ajustada 1,77; IC95% (1,21-2,59).

En HTA (31,6% vs 15,2%), dislipemia (22,8% vs 12,4%), RGE (21,5% vs 14,2%), DM (8,9% vs 5,3%) y SAHOS (5,1% vs 1,9%) las asociaciones disminuyeron perdiendo significación estadística tras ajustar por variables confusoras. En el caso de Rinitis/Poliposis/Sinusitis(42,4% vs 40,9%) la asociación se reforzó tras ajustar: OR ajustada 1,33; IC95% (0,94-1,88).

#### Conclusiones

Las comorbilidades estudiadas se asocian con un mayor riesgo de exacerbaciones moderadas-graves al año de seguimiento. Sólo algunas se mantienen tras ajustar por las potenciales variables confusoras.

## 191/18. Epidemiología de la tuberculosis en una zona rural (2008-2014)

### **Autores:**

(1) Farouk Allam, Mohamed; (2) Iborra Ronco, Beatriz.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.; (2) Responsable de Epidemiología e Investigación, área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Córdoba.

**Resumen:**Objetivos

Estimar la incidencia y analizar los datos socio-demográficos y clínicos de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en una zona rural durante 7 años.

Metodología

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar entre enero del 2008 y diciembre del 2014, en un Área de Gestión Sanitaria (AGS) Sur. Los casos fueron notificados a través de dos vías: 1) Servicio de Medicina Preventiva de los hospitales de referencia de la zona. 2) Servicio de Epidemiología del Área.

Resultados

Se registraron un total de 171 pacientes con diagnóstico de tuberculosis. La notificación de casos tuvo una disminución progresiva a lo largo de los 7 años. La distribución por sexo refleja una mayor frecuencia en varones con 126 casos (73,5%). De los 171 casos, 43 (25%) eran inmigrantes, de los cuales 23 procedían de África. Llama la atención el elevado porcentaje de pérdidas para el seguimiento entre la población inmigrante (26%), mientras que entre los españoles tan sólo fue del 2,3%. Algunos estudios sugieren que hay una mayor demora diagnóstica en la población inmigrante frente a la población autóctona por su peor accesibilidad al sistema sanitario; sin embargo en nuestra área no hemos encontrado diferencias significativas, aunque fue ligeramente superior en el primer colectivo (51,5 vs. 49,2 días).

Conclusiones

Es necesario reforzar las intervenciones formativas entre los médicos para mejorar el retraso en el diagnóstico y poder iniciar el tratamiento cuanto antes. Así como implementar medidas más intensas para el control del tratamiento entre la población inmigrante.

**191/20. Estudio estadístico descriptivo de la EPOC en 2 cupos rurales****Autores:**

(1) Crespo Sabaris, Rafael; (1) Ponce Nolla, José Luís; (2) Azofra Andrés, Blanca; (2) Aceituno Latorre, Carmen.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Santo Domingo de La Calzada. La Rioja.; (2) Enfermera. Centro de Salud de Santo Domingo de La Calzada. La Rioja.

**Resumen:**Objetivos

Estudio estadístico observacional descriptivo de los pacientes con diagnóstico de EPOC de dos cupos rurales.

Metodología

Los datos se extraen del gestor de cupo de la aplicación informática (SELENE®), usando el diagnóstico de EPOC, analizándose todos los historiales de pacientes. Como variables cuantitativas edad, años de diagnóstico y número de comorbilidades, y como variables cuantitativas sexo, fenotipo, si se ha hecho espirometría, fármacos que usan y si han tenido reagudizaciones e ingresos, mediante programa estadístico PSPPP® 0.8.4 de GNU.

Resultados

Se estudian 35 pacientes con media de edad de 75 años, 77% de varones, una media de 8.7 años del diagnóstico de enfermedad y 3,5 comorbilidades. Fenotipo más frecuente, siguiendo criterios GESEPOC es A (40%), seguido del D (31,4%), y después B (22,9%), el más envejecido el B (79) y el que más años llevan con enfermedad (15), aunque con más comorbilidades es D (4), sin diferencias significativas con el resto. En mujeres predomina fenotipo B (75%) y en hombres A (48%) y D (40.7%). Se han hecho espirometrías al 94%. Solo un 2,9% usan SABA o

SAMA o corticoides inhalados en monoterapia, un 14,3% LABA, LAMA 65,7%, combinación de LAMA+LABA 11,4% y LABA+corticoides 48,6%. Con oxigenoterapia domiciliar hay 8,6%. Han tenido reagudizaciones un 45,7% e ingresos un 22,8%.

### Conclusiones

Se trata de una muestra de pacientes envejecida, predominan varones y fenotipo A y D, han reagudizado con frecuencia el último año, tratados fundamentalmente con LAMA en monoterapia, y sin relación de edad con comorbilidades y años de enfermedad.

## 191/52. Mortalidad por cáncer de pulmón en La Rioja 2000-2014

### **Autores:**

(1) Gómez Sáenz, José Tomás; (2) Izco Góñi, Natividad; (3) Gérez Callejas, María José; (1) Martínez Soba, Alfredo; (1) Obregón Díaz, Rubén; (1) González Aguilera, Jaione.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico Preventivista. Responsable del Registro de Mortalidad de La Rioja. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Consejería de Salud. La Rioja.; (3) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.

### **Resumen:**

#### Objetivos

Conocer las tasas brutas de mortalidad por cáncer de pulmón (CaP) en La Rioja entre 2.000 y 2.014 y evaluar las tendencias en varones y mujeres.

#### Metodología

Se analiza la mortalidad por CaP en La Rioja durante el período 2.000-2.014. Los datos de mortalidad se obtienen a partir del Registro de Mortalidad de La Rioja y los poblacionales a través del Instituto Nacional de Estadística. El Registro de Mortalidad recoge todas las causas de defunción, incluyendo aquella que provocó el fallecimiento. Dichas causas están codificadas mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). Los códigos CIE-10 empleados fueron el C33 y C34. Se calcula la tasa de mortalidad bruta por 100.000 habitantes.

#### Resultados

Durante el período 2.000-2.014 fallecieron en La Rioja 1.869 personas por CaP (1.616 varones y 253 mujeres) correspondiéndose con una tasa bruta de 42,19 en 2.014 (43,09 en 2.000). Aunque hay un incremento del número de casos quinquenal (520 a 570 en varones y 65 a 117 en mujeres) estos datos se suavizan a nivel de tasas por el envejecimiento poblacional. Así la tasa en varones ha pasado de 78,54 por 100.000 habitantes en 2.000 a 67,84 en 2.014 con un repunte en 2.013 atribuible a la emigración. En mujeres las tasas se han incrementado en un 212% pasando de 7,99 en 2.000 a 16,98 en 2.014. La relación varón/mujer ha pasado de 9,7 a 3,9. La edad media al diagnóstico es de 70 años.

### Conclusiones

El CaP en La Rioja disminuye lentamente en varones con intenso crecimiento en mujeres.

## 191/57. Expectativas y conocimientos de los pacientes con patología respiratoria

### **Autores:**

(1) Zangróniz Uruñuela, María Rosario; (1) Villareal Caballero, Blanca; (1) Martínez Soba, Alfredo; (2) Ibáñez Leza, Alexandra; (2) Sedano García, Nuria; (3) Gutiérrez Pascual, Paula.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.; (3) Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

## **Resumen:**

### Objetivos

Conocer las actitudes, dificultades, grado de satisfacción con la asistencia y expectativas de los pacientes con enfermedades respiratorias de una Zona Básica de Salud de La Rioja.

### Metodología

Investigación cualitativa, cuestionario semiestructurado sobre conocimiento de enfermedades respiratorias, manejo de inhaladores, satisfacción percibida e información recibida por los pacientes que acuden a consulta de espirometrías de un centro de salud de La Rioja.

### Resultados

Se evalúan 36 cuestionarios. En general los pacientes no refieren limitación de sus actividades ni necesidad de adaptar su entorno a la enfermedad pero solo realizan actividad física de modo regular el 33% aunque se haya recomendado al 61%. Emplean de modo regular inhaladores el 58% y de modo sintomático un 30%, siendo los pacientes que refieren mayor limitación de actividades son los que menos los utilizan. La satisfacción en cuanto a la asistencia recibida en Atención Primaria (AP) es muy alta (90% buena o muy buena para médicos y DUEs) bajando al 66% en Atención Especializada. Cuando se presenta una exacerbación creen que deben ser atendidos por su Médico de AP el 80% acudiendo a AE el 10% de los pacientes. No refieren disconformidad con las demoras ni periodicidad de las revisiones el 90%. Tan solo el 11% de los pacientes refieren haber recibido charlas y/o educación específica sobre su enfermedad. Limitaciones: heterogeneidad de la muestra.

### Conclusiones

Los pacientes con patología respiratoria perciben la asistencia como correcta, no habiendo recibido educación específica sobre su enfermedad, con escasa adhesión al tratamiento y limitación de las actividades físicas.

## **191/61. Taller de Ejercicio Respiratorio para pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Nájera (La Rioja).**

### **Autores:**

(1) Sáenz Grijalba, Felicidad; (1) García Rioja, Inmaculada; (1) Blanco Mardones, M<sup>a</sup> Ángeles; (1) Victoriano Lacalle, Victoriano; (2) González Aguilera, Jaione; (2) Pérez Alonso, Edith.

### **Centro de Trabajo:**

(1) DUE Centro de Salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.

## **Resumen:**

### Objetivos

Que los pacientes con EPOC mejoren o mantengan su autonomía, bienestar y calidad de vida. Específicos: Que los pacientes adquieran Conocimientos de su enfermedad. Manejo adecuado de los dispositivos inhaladores. Hábito diario de actividad física, ejercicios respiratorios y ejercicios de brazos y piernas

### Metodología

Captación de los pacientes: Carteles explicativos de la actividad en las consultas y tabloneros de anuncios del Centro de Salud de Nájera. Llamada telefónica a los pacientes con diagnóstico de EPOC. Lugar y fecha: sala de usos múltiples del Centro de Salud. Día 27 de marzo de 2016 a las 11:30h Desarrollo del taller: Cuatro apartados de 20 minutos cada uno. Charla informativa sobre la enfermedad pulmonar, explicando especialmente los beneficios del abandono del hábito tabáquico y los beneficios del ejercicio físico. Uso de los inhaladores. Errores comunes. Demostraciones y entrenamiento con inhaladores placebo y/o con

el inhalador propio. Enseñanza y entrenamiento de ejercicios dirigidos a: -tomar conciencia de la respiración, -ejercitar los músculos espiratorios, -ejercitar músculos de brazos y piernas, Resolución de dudas y puesta en común de la satisfacción de la actividad. Tras la realización del taller se invitó a los asistentes a participar en los paseos que desde el centro de salud se van a ofrecer para pacientes con EPOC los lunes a las 11h, estando previsto el primero de ellos el 4 de abril de 2016. Para dichos paseos se han realizado trípticos que recomiendan tres rutas con distinto grado de dificultad que parten del Centro de Salud.

### Resultados

El sedentarismo y una pobre condición física juegan un papel perjudicial en la patología respiratoria crónica. Las personas con EPOC manifiestan dificultad para respirar cuando realizan actividad física por lo que acaban abandonándola, sin advertir que es fundamental para mantener o mejorar su autonomía y calidad de vida. La asistencia al taller fue de 18 personas que se mostraron satisfechos con la actividad realizada. Durante el apartado de inhaladores se corrigieron errores en su uso, se derivaron a consulta de enfermería los pacientes que mostraron mayor dificultad. Vemos la necesidad de repetir esta actividad con un periodicidad semestral. En cuanto a la práctica de la tabla de ejercicios respiratorios creemos conveniente que sea dirigida hasta que cada paciente haya aprendido a realizarla correctamente, por lo que se ha ofrecido a repetirla antes de los paseos a realizar los lunes.

### Conclusiones

Los profesionales nos hemos acercado más a los pacientes y nos hemos sentido satisfechos ante la utilidad de la intervención. Bibliografía.- Prescripción de ejercicio en el tratamiento de las enfermedades crónica. Grupo de trabajo de actividad física y salud de la SEMFyC 2006.

## CASO CLÍNICO EN FORMATO ORAL

### 191/11. ¿Qué estamos haciendo?

#### **Autores:**

(1) María Jesús Domínguez Arévalo; (2) Mariano Rodríguez Porres; (1) Valvanuz Olavarría Ateca; (3) Nuria Esther San Pedro Ortiz; (4) María Dolores García Sanfilippo; (5) Juan Luis García Rivero.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Colindres. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Cantabria.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria.; (5) Neumólogo. Hospital de Laredo. Cantabria.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 73 años de edad que avisa al servicio de Urgencias de Atención Primaria por presentar fiebre, tos y disnea de 48 horas de evolución, encontrándose en postoperatorio de infección de artroplastia de cadera que había requerido su extracción asociada a antibioterapia endovenosa. Entre sus antecedentes destaca Hipertensión arterial, Depresión, Mastectomía parcial dcha. por Carcinoma de mama.

Había sufrido una infección protésica por *Estafilococo Aureus* Meticilín Resistente, que requirió inicialmente tratamiento con Teicoplanina y Vancomicina endovenosas y Cotrimoxazol y Rifampicina oral. Dada la falta de mejoría del cuadro séptico había iniciado hacía un mes, terapia con Daptomicina.

Ante la sospecha de infección respiratoria complicada fue derivada al Hospital, siendo ingresada por probable neumonía en lóbulo inferior derecho, iniciando tratamiento antibiótico con

piperacilina-tazobactam. Tras revisar la bibliografía, se procedió a suspender el tratamiento con daptomicina, iniciándose tratamiento con esteroides sistémicos durante 40 días, objetivándose una mejoría progresiva tanto clínica como radiológica.

#### Exploración y pruebas complementarias:

- Radiografía de Urgencia: condensación en base pulmonar derecha con aumento de densidad en ese hemitórax en relación con probable derrame pleural asociado. Aumento de densidad en relación con infiltrado en base pulmonar izquierda.
- Radiografía 6 semanas postingreso: aumento de densidad en hemitórax derecho de aspecto residual sin que se visualicen condensaciones parenquimatosas.
- Tomografía axial computarizada de alta resolución: lesiones de perfil alveolar de aspecto "parcheado"/pseudonodular de distribución bilateral y localización periférica con mayor afectación de pulmón izquierdo. Extenso infiltrado parenquimatoso basal derecho afectando segmentos posteriores de lóbulo inferior derecho. Imágenes sugestivas de bronquiectasias de aspecto cilíndrico en territorio de lóbulo medio derecho.
- Análisis de sangre: Leucocitos: 8.900 células/mm<sup>3</sup>; Eosinófilos: 5.9% (500 células/mm<sup>3</sup>); VSG: 78 mm/hora. PCR: 13.6 mg/dl.
- Análisis de orina: negativo para antígeno de Legionella y Neumococo.
- Cultivo convencional esputo: negativo.
- Ziehl-Neelsen esputo: negativo.
- Aspirado bronquial y cepillo telescópado: cultivos negativos.
- Lavado broncoalveolar: negativo para células malignas.
- Biopsia transbronquial: patrón de daño alveolar difuso en fase exudativa-organizada en posible relación con toxicidad medicamentosa.

#### Juicio clínico:

Neumonitis intersticial de probable etiología iatrogénica

#### Diagnóstico diferencial:

- Nemonía bacteriana por organismo resistente.
- Carcinoma broncogénico.
- Edema agudo de pulmón.
- Bronquiolitis obliterante.

#### Comentario final:

La daptomicina es un antibiótico bactericida de la familia de los lipopéptidos cíclicos con actuación exclusiva sobre Gram +. Se utiliza principalmente en infecciones complicadas de la piel y partes blandas y en endocarditis derecha por *Staf. Aureus*. Entre sus efectos adversos destaca la neumonitis intersticial, usualmente eosinofílica, cuadro potencialmente fatal que se asocia al tiempo de administración del antibiótico, cuyo tratamiento consiste en la suspensión del fármaco asociado a tratamiento corticoideo. Se especula con que la daptomicina se acumula en el surfactante del espacio alveolar, lo que resulta en una alta concentración del fármaco en el epitelio, lo que produciría neumonía organizada.

#### Bibliografía:

- Yusuf EI, Perrottet N, Orasch C, Borens O, Trampuz A. Daptomycin-associated eosinophilic pneumonia in two patients with prosthetic joint infection. Surg Infect (Larchmt). 2014 Dec;15(6):834-7.
- Kim PW, Sorbello AF, Wassel RT, Pham TM, Tonning JM, Nambiar S. Eosinophilic pneumonia in patients treated with daptomycin: review of the literature and US FDA adverse event reporting system reports. Drug Saf. 2012 Jun 1;35(6):447-57.

## 191/23. Un pulmón blanco. Mesotelioma pulmonar como causa de derrame pleural.

### Autores:

(1) Rubén Obregón Díaz; (1) José Tomás Gómez Sáenz; (1) María Rosario Zangróniz Uruñuela; (2) María José Gérez Callejas; (3) Carmen Martínez Zabala; (4) Beatriz Alonso Gonzalo.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Varón de 58 años, no fumador, agricultor con antecedentes de trabajo en construcción colocando uralitas durante unos 2 años a los 25 años de edad. Comienza con proceso catarral y dolor en hemitórax derecho asociando disnea progresiva que se hace de moderados esfuerzos. A la exploración física paciente disneico sin acropaquias. Silencio auscultatorio de hemitórax derecho con matidez a la percusión y no transmisión de vibraciones vocales. Resto de exploración anodina. Se deriva a hospital de referencia con sospecha de derrame pleural.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Rx tórax con derrame pleural derecho que ocupa todo el hemitórax con desplazamiento mediastínico contralateral; hemitórax izquierdo sin lesiones parenquimatosas.

Análítica sin hallazgos salvo VSG de 41 y CA 15.3 de 42 U/ml (0-30)

TAC torácico: Derrame pleural derecho masivo que desplaza al mediastino contralateralmente, zonas de engrosamiento irregular pseudonodular pleurales en hemitórax.

Se realiza toracocentesis evacuadora de unos 5 litros de exudado sanguinolento con pH de 7,2, LDH de 591 U/L, recuento de leucocitos de 1.790cél/ul y proteínas 3,9gr/dl. El líquido pleural es negativo para crecimiento bacteriano, con tinción de auramina y PCR para Mycobacterium tuberculosis negativos. Citología con células mesoteliales reactivas calretinina positiva en inmunohistoquímica.

Biopsia pleural con positividad para calretinina y citoqueratina CK5/CK6 y TTF1 negativo, confirmando la sospecha de mesotelioma epiteliode.

Se coloca drenaje torácico con posterior pleurodesis con talco. Se inicia quimioterapia con Cisplatino-Premetrexed.

#### Juicio clínico:

MESOTELIOMA PLEURAL.

#### Diagnóstico diferencial:

...

#### Comentario final:

El mesotelioma es un tumor derivado del mesotelio de la cavidad pleural, peritoneal, túnica vaginalis del testículo y pericardio. La presentación más frecuente (80-90%) es la pleural y en más del 80% de los casos hay antecedentes de exposición al asbesto (10% de los expuestos).. En España se calculan unos 250 fallecimientos por año por mesotelioma.

El asbesto agrupa diversas fibras minerales de silicato magnésico con dos morfologías: serpentinicas (crisolita) y anfíboles (crocidolita, amosita, tremolita). El 95% del asbesto empleado en el mundo es la crisolita, principal causa de mesotelioma pese a un menor poder carcinogénico

que los anfíboles. El periodo de latencia para desarrollar mesotelioma es de al menos 15 años, bastando con exposiciones intensas de corta duración (a diferencia de la asbestosis), aunque el riesgo es mayor con exposiciones prolongadas de cualquier intensidad.

La clínica es inespecífica cursando con disnea, tos o dolor torácico no pleurítico. Los signos están en relación con el derrame pleural. En la Rx se aprecia derrame pleural, engrosamientos pleurales difusos con nódulos; el TAC estima el volumen tumoral pero la RNM define mejor la invasión de la pared torácica.

Para el diagnóstico se requiere un estudio histológico de tejido pleural con inmunohistoquímica (calretinina y citoqueratinas positivas en el mesotelioma epitelioide).

El pronóstico es ominoso con medias de supervivencia de unos 16 meses para la enfermedad localizada e inferior a 6 en la avanzada. Los mejores resultados se obtienen con cirugía, quimioterapia y radioterapia asociadas. El control del derrame pleural es prioritario en la mayoría de los pacientes con mesotelioma pleural maligno y la pleurodesis con talco puede ser una buena opción.

#### Bibliografía:

Fernández Francés J. Cáncer de pleura. Mesotelioma. *Medicine* 2014;11(67):3995-4000.

## **191/48. Distress respiratorio y neumonía por legionella. A propósito de un caso**

#### **Autores:**

(1) Nieves Ortiz-Roldán Rodríguez; (2) Sonsoles María Velilla Zancada.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. H.u. Araba. Vitoria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 53 años de edad, fumadora activa de 15 cigarrillos/día, sin ningún otro antecedente médico-quirúrgico de interés. Consultó en Atención Primaria por cuadro de cinco días de evolución consistente en tos, congestión nasal, malestar general y fiebre de 38°C. No refería expectoración ni disnea en ese momento. Tras una exploración física que resultó anodina se recomienda tratamiento con paracetamol.

Tres días más tarde la paciente comenzó con disnea, fiebre más elevada y empeoramiento del estado general pero no consultó de nuevo en ningún centro médico. Veinticuatro horas después la paciente presentó disnea de reposo y clínica respiratoria más intensa por lo que avisó a 112 quienes envían UVI móvil a domicilio.

##### Exploración y pruebas complementarias:

A la llegada UVI móvil a domicilio la paciente estaba taquipneica, con importante trabajo respiratorio, uso de musculatura accesoria. TA 164/125mmHg. FC 151lpm. FR 56rpm. Sat O2 70%. Se inició tratamiento con oxigenoterapia, corticoides iv, broncodilatadores y se traslada a Urgencias.

En Urgencias la Sat O2 con reservorio 92% y la FR 40. La TA y FC seguían elevadas. La AP roncus dispersos y crepitantes en tercio inferior de ambos campos pulmonares. AC taquicárdica, interferida por ruidos respiratorios. No IY, edemas, ni signos TVP.

##### Pruebas complementarias:

Hemograma: 15.700 leucocitos (91%N) con plaquetas y hemoglobina normal. Bioquímica: sodio 134, potasio 3, creatinina 1.1, glucemia 179, PCR 602.8, PCT 46.16. Coagulación normal. Gasometría arterial (reservorio): pH 7.43, pO2 55, pCO2 39, HCO3 25, Sat 89%.

Radiografía tórax: consolidación parenquimatosa bilateral de predominio izqda.

Se recogieron además hemocultivos (que resultaron negativos) y Antígenos Legionella y Pneumococo en orina: positivo para Legionella Pneumophila.

Dado el estado clínico de la paciente a su llegada a Urgencias tras exploraciones complementarias básicas se decidió ingreso en UCI para soporte ventilatorio; inicialmente con VMNI pero esta fracasó por lo que se decide IOT y VMI. Tras IOT la paciente sufrió deterioro hemodinámico que mejoró con noradrenalina que pudo ser retirada a las 24h. Se recogió BAS donde se objetivaron más de 1.000.000 ufc de Legionella Pneumophila. La paciente permaneció intubada durante 8 días. Presentó íleo paralítico que precisó colonoscopia de descompresión. No disfunción de otros órganos.

#### Juicio clínico:

- Síndrome de distress respiratorio del adulto.
- Neumonía adquirida en la comunidad por Legionella Pneumophila.

#### Diagnóstico diferencial:

- neumonía adquirida en la comunidad (origen bacteriano).
- complicación cuadro vírico.
- shock séptico.
- tromboembolismo pulmonar.
- hemorragia pulmonar.
- insuficiencia cardíaca.
- aspiración de contenido alimentario.

#### Comentario final:

La neumonía por Legionella es una entidad clínica en la que deberíamos pensar cuando nos encontremos ante una neumonía; la incidencia global se sitúa entre el 2%-15% de las neumonías y su mortalidad 8,57%. Para su diagnóstico el gold standard es el cultivo de esputo aunque la técnica con mayor porcentaje de diagnósticos es la antigenuria. Tratamiento de elección quinolonas o macrólidos.

#### Bibliografía:

Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica A. de Bronconeumología, 2010-10-01, Volúmen 46, Número 10, Pages 543-558.

¿Influyen la estación y el clima en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad? Archivos de Bronconeumología, 2013-04-01, Volúmen 49, Número 4, Pages 140-145

Fisterra

## 191/49. Más que una agudización de EPOC

#### **Autores:**

(1) Ana Carmen Gil Agrados; (2) Valentina Barrientos Krauss; (3) Elena M<sup>a</sup> Paulino Martínez.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo.; (2) Médico Residente de 4º. Centro de Salud La Solana Talavera de la Reina. Toledo; (3) Médico Residente de 2º. Centro de Salud La Solana Talavera de la Reina. Toledo.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Varón de 66 años sin RAMS. Fumador en seguimiento por SAHS. Rx Tórax con discreto engrosamiento pleural residual izquierda de tuberculosis antigua.

Con manifestación clínica de tos y disnea progresiva desde hace 4 meses.

Antecedentes personales: HTA, Hiperlipidemia mixta, obesidad y DMNID, TBC pulmonar a los 14 años, exfumador 50 paquetes/año (abandonó hace 2 años), BIPAP 2005, EPOC Leve moderado agudizador.

#### Exploración y pruebas complementarias:

IMC: 32,26; TA: 135/75 mmHg; Examen físico normal. ECG: ritmo sinusal 70 lpm. Hemograma y bioquímica normal, TSH: normal. Espirometría:

FEV1%:70.41%, FEV1: 78.9%, FVC: 87.5% Rx tórax: rectificación de silueta cardíaca izq. Atelectasia y engrosamiento por TBC antigua Remitimos a Neumología por cambio clínico y radiológico.

TAC: no adenopatías, no derrame, engrosamiento pleural posterobasal izquierdo, Nódulo de 9mm paravertebral en el LSI con pérdida de volumen posteromedial del LII y bronquiectasias cilíndricas. TAC a los 4 meses nódulo 11mm detrás del cayado aórtico en LSI aumentando la pérdida de volumen del segmento posteromedial del LII

#### Juicio clínico:

Adenocarcinoma de pulmón LSI estadio IB resecado. EVOLUCIÓN: Se realiza lobectomía con pérdida de volumen pulmonar izquierdo a expensa del LSI, con hiperinsuflación compensadora, pérdida de volumen LII con cambios fibróticos crónicos, sin adenopatías, ni derrames. Tras la cirugía

Espirometría: FEV1%:74.34%, FEV1: 78.7%, FVC: 82.%

#### Diagnóstico diferencial:

Agudización EPOC, Insuficiencia cardíaca, Tuberculosis

#### Comentario final:

Para los fumadores, el riesgo de cáncer de pulmón es diez veces más alto que para los no fumadores. El riesgo aumenta con la cantidad de cigarrillos, la duración y la edad a la que se inició el hábito. En pacientes que se consideran con riesgo alto, las pruebas de detección de cáncer de pulmón con radiografía de tórax y citología del esputo no lograron mostrar que estas disminuyan la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer. La única modalidad de imagen para la detección temprana es TAC. El adenocarcinoma de ubicación periférica, es más frecuente entre los no fumadores o fumadores leves, especialmente entre las mujeres, uno de los factores de riesgo serían el tabaquismo pasivo. Mientras que otros 2 tumores: el carcinoma epidermoide (carcinoma broncogénico) y de células pequeñas (carcinoma microcítico de pulmón) se asocian con el tabaco. Los ex-fumadores siguen teniendo un riesgo elevado de cáncer de pulmón durante años después de dejar de fumar.

#### Bibliografía:

Pao W, Girard N: New driver mutations in non-small-cell lung cancer.

Lancet Oncol 12 (2): 175-80, 2011.

2. Aberle DR, et al.: Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 365 (5): 395-409, 2011.

3. Villaruz LC, et al.: Clinicopathologic features and outcomes of patients with lung adenocarcinomas harboring BRAF mutations in the Lung Cancer Mutation Consortium. Cancer 121 (3): 448-56, 2015.

4. Travis WD, Colby TV, Corrin B, et al.: Histological typing of lung and pleural tumours. 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1999.

5. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al.: Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 365 (5): 395-409, 2011.

## CASO CLÍNICO EN FORMATO PÓSTER

### 191/14. Otra vez el infarto!!

#### **Autores:**

(1) Valvanuz Olavarría Ateca; (2) Mariano Rodríguez Porres; (3) Nuria Esther San Pedro Ortiz; (1) María Jesús Domínguez Arévalo; (4) María Dolores García Sanfilippo.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Colindres. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, Ampuero. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro De Salud Bajo Asón. Cantabria.; (4) Médico de Familia. Centro De Salud San Vicente De La Barquera. Cantabria.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 58 años, fumadora de 25 cigarros al día, dislipemia en tratamiento con atorvastatina, y síndrome coronario agudo inferior hace 7 años. Refiere episodio de dolor centrotorácico e interescapular que se desencadena con esfuerzos moderados, de aproximadamente un mes de evolución. Además, disnea de moderados esfuerzos, pero sin otra clínica de insuficiencia cardiaca. Hoy acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor de las mismas características, pero de mayor intensidad.

##### Exploración y pruebas complementarias:

A su llegada al Centro de Salud, la paciente tiene una tensión arterial de 130/85, una frecuencia cardiaca de 105 y una saturación de oxígeno de 92%; En la auscultación pulmonar aparece una hipoventilación leve generalizada. EL electrocardiograma presenta un ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, sin alteraciones relevantes en la repolarización.

Sospechando Síndrome Coronario Agudo, se deriva a la paciente a Urgencias hospitalarias, en donde realizan analítica completa, con una troponina máxima en distintas valoraciones de 0,01. La radiografía de tórax muestra neumotórax izquierdo. Se coloca tubo de drenaje pleural en dicho hemitórax, con clara mejoría de la sintomatología. La evolución ha sido satisfactoria, realizando al alta si actividad habitual sin síntomas. Durante el ingreso han realizado un ecocardiograma, que ha resultado normal. A la paciente, vía ambulatoria, le van a a realizar un seguimiento en cirugía torácica y en cardiología, para completar estudio por su cardiopatía isquémica ya conocida.

##### Juicio clínico:

Neumotórax izquierdo espontáneo.

##### Diagnóstico diferencial:

Ante un dolor torácico, debemos realizar el siguiente diagnóstico diferencial: Isquemia miocárdica (infarto, angina), origen pericárdico, origen pleurítico (neumotórax, neumonía, derrame pleural), síndrome aórtico agudo, tromboembolismo pulmonar, origen mediastínico o esofágico, origen osteomuscular, psicógeno.

##### Comentario final:

El neumotórax consiste en la presencia de aire entre las dos hojas pleurales. Puede tener un origen traumático, iatrogénico o idiopático (primario o secundario a patología pulmonar subyacente). Los síntomas de presentación más frecuentes son la disnea de menor o mayor intensidad, el dolor torácico, taquicardia y tos seca, aunque a veces puede simular un episodio anginoso, como en esta paciente con patología cardiaca previa, lo que nos confundió

al principio en el posible diagnóstico. Por lo tanto, a nivel de Atención Primaria es muy importante pensar en esta patología cuando realicemos un diagnóstico diferencial en un paciente con dolor torácico. El tratamiento del neumotórax persigue un doble objetivo: Reexpandir el pulmón y prevenir las recidivas.

#### Bibliografía:

- Ginfferer Garolera JM, Fernández-Retena P, Rami Porta R. tratamiento del neumotórax espontáneo mediante drenaje de pequeño calibre. Arch Bronconeumol.1990;26:144-46.
- Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. Chest 1987;92:1009-12.
- baumann MH. Management of spontaneous pneumothorax. Clin Chest Med. 2006;27:369-81.

## **191/21. Neumonía bilateral en paciente diabético. Neumonía por Legionella. A propósito de un caso.**

### **Autores:**

*María Concepción García Valverde.*

### **Centro de Trabajo:**

*Médico de Familia. Centro de Salud Caramuel. Madrid.*

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Varón, 57 años con antecedentes de Diabetes tipo II Insulindependiente, Hipertensión y Dislipemia. Ex fumador. Acude por persistencia de fiebre y tos de una 1 semana de evolución con inicio de dolor torácico de características pleuríticas. Ha estado con amoxicilina/clavulánico durante 7 días no notando mejoría.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Fiebre 38°, TA 115/79, Consciente y orientado. Bien nutrido e hidratado, eupneico. Saturación O2 97%, AC: rítmico 91 lpm, AP: roncus base derecha.

Análítica: Hematíes 4.08, Hb 13.2, VCM 97.9, HCM 32.7, Htco 39.6, PlaQ 163, Leuc 8.2, Neutr 77.6%, Li 10.5%, PCR 21.9, Gluc 201, Creat 0.95, FG 88.5, Na 130, K 3, LDH 550.

Rx tórax: consolidaciones pulmonares bilaterales en ambos lóbulos superiores y en lóbulo medio.

Estudio microbiológico esputo: negativo para micobacterias.

Antígenuria legionella: Positivo.

#### Juicio clínico:

Neumonía bilateral por Legionella.

#### Diagnóstico diferencial:

Se incluye en el diagnóstico diferencial de la "neumonía atípica" junto con las infecciones producidas por Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, Mycoplasma pneumoniae, Coxiella burnetti y algunos virus, presentando una tos relativamente no productiva y una incidencia baja de eliminación de esputo macroscópicamente purulento. Las manifestaciones clínicas suelen ser más graves que las de la mayor parte de las neumonías atípicas y su evolución y pronóstico son más parecidos a los de la neumonía neumocócica bacteriémica. Adquirida en el medio extrahospitalario tienen una probabilidad mayor de ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

Son sugestivos de enfermedad: diarrea, fiebre elevada (>40°), abundantes neutrófilos con ausencia de microorganismos en la tinción de Gram de las secreciones respiratorias, hiponatremia (nivel sérico de sodio <131), ausencia de respuesta frente a agentes Betalactámicos (penicilinas o cefalosporinas) y antibióticos aminoglucósidos, aparición de la enfermedad en

un contexto en el que se sabe que el sistema de aporte de agua está contaminado por Legionella e inicio de síntomas durante los 10 primeros días tras el alta hospitalaria.

#### Comentario final:

Es fundamental la sospecha diagnóstica ante todo cuadro clínico compatible para iniciar tratamiento cuanto antes y realizar pruebas de diagnóstico que son fundamentalmente de laboratorio de microbiología y que incluyen tinciones y cultivos de esputo en medios específicos, detección de anticuerpos por serología (requiere de varias semanas desde el momento de la infección para positivizarse) y la detección de antígeno en orina.

Los principales factores de riesgo son el tabaco, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tratamientos inmunosupresores (sobre todo corticoides), pacientes quirúrgicos, alcoholismo, desnutrición y receptores de trasplante de órganos. La transmisión de la enfermedad, es decir el modo en que se contrae, es por inhalación de partículas de agua contaminada por Legionella pneumophila.

Por todo ello, la incidencia de enfermedad del legionario depende del grado de contaminación del reservorio de agua y de la susceptibilidad y características inmunitarias de las personas. En general suelen requerir ingreso hospitalario por la gravedad de la enfermedad.

#### Bibliografía:

-Fauci A., Braunwald E., Isselbacher K., Harrison Principios de Medicina Interna. Enfermedades infecciosas. Infección por legionella. Ed Mc Graw Hill Interamericana 14º ed. Vol I. pag.1061-66.

-Guías clínicas de fisterra. Neumonía por legionella. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/neumonía-por-legionella>.

## **191/22. Rothia dentocariosa, ¿contaminante o agente causal de neumonía en pacientes inmunocompetentes?. A propósito de un caso**

#### **Autores:**

(1) Rubén Obregón Díaz; (1) José Tomás Gómez Sáenz; (1) Miguel Díaz Ramírez; (1) Jaione González Aguilera; (2) Begoña Gonzalo García; (3) Carmen Peinado Adiego.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 42 años de edad con antecedentes personales de severa anemia microcítica ferropénica que precisó tratamiento con hierro parenteral ante intolerancia a tratamientos orales, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 125 mcg/día. Comienza con clínica de tos productiva y febrícula con ausencia de hallazgos exploratorios, iniciándose tratamiento sintomático; posteriormente se asoció azitromicina 500 mg/día x 3 días. Al duodécimo día persiste febrícula de hasta 38º junto con diarrea y dolor torácico que atribuye a la tos. Se realiza radiografía de tórax en la que se aprecia condensación en lóbulo inferior izquierdo y se deriva a hospital ingresando en Servicio de Infecciosas.

##### Exploración y pruebas complementarias:

Boca muy séptica. Auscultación pulmonar normal. Análítica: proteína C 36 mg/dl, 7.400 leucocitos/ml<sup>3</sup> con 73% de neutrófilos, Ag de Legionella y Pneumococcus en orina: negativos. Serología gripe negativa. Cultivo de esputo, Rothia dentocariosa sensible a cefotaxima. Se inicia tratamiento con levofloxacino y ceftriaxona (posteriormente cefditoreno) durante 14 días con desaparición de la fiebre a las 48 horas. Mejoría clínica y radiográfica de la condensación el LII.

Juicio clínico:

Neumonía adquirida en la comunidad

Comentario final:

La cavidad bucal alberga aproximadamente 700 especies de microorganismos diferentes, principalmente bacterias, pero también hongos unicelulares y protozoos. Las especies se van modificando con la edad; así en el recién nacido predominan los aerobios, en los niños de 2 a 4 años los anaerobios facultativos y después del desarrollo de los dientes de un niño, especies del género *Streptococcus* (*S. sanguis* y *mutans*) son las que colonizan la superficie dental. En los edéntulos con prótesis predominan anaerobios estrictos.

*Rothia dentocariosa* es un coco gram-positivo aerobio, coagulasa negativo, de difícil identificación al poderse confundir con *Micrococcus*, *Streptococcus* o *Staphylococcus*. El género *Rothia* está incluido en la familia *Micrococcaceae* e incluye al menos cuatro especies: *Rothia dentocariosa*, *mucilaginoso*, *nasimurium* y *amarae*. Las dos primeras forman parte de la microbiota de la cavidad orofaríngea y de las vías respiratorias altas, conformando el 0,1% de los gram-positivos aislados de la cavidad bucal. El género *Rothia* se asocia con frecuencia a caries dental y enfermedad periodontal. Las infecciones por *Rothia* incluyen bacteriemias, endocarditis, meningitis, peritonitis, infecciones osteoarticulares, neumonías, infecciones de piel y protésicas. Estas infecciones se presentan en la mayoría de las ocasiones en pacientes inmunodeprimidos, especialmente con tumores hematológicos o neutropenias severas si bien se han descrito algunos casos en pacientes sin inmunosupresión. La clínica respiratoria va desde bronquitis leve a neumonías o abscesos pulmonares recurrentes, siendo difícil valorar su presencia en cultivos de muestras respiratorias por posibles contaminaciones.

*Rothia dentocariosa* puede ser resistente a las quinolonas hasta en un 50% de las cepas, siendo la sensibilidad a penicilina, macrólidos y aminoglucósidos variable, recomendándose un cultivo de muestra broncoscópica. La vancomicina, las cefalosporinas de tercera generación y la rifampicina parecen los tratamientos de elección.

Aunque en la neumonía de nuestra paciente no se pueda afirmar con certeza la etiología por *Rothia* ésta constituye una causa plausible ante la importante septicidad bucal y la respuesta a las cefalosporinas.

Bibliografía:

Baeza et al. Neumonía por *Rothia mucilaginoso* en un paciente inmunocompetente. Arch Bronconeumol 2014

## 191/26. Suelta de globos como primera manifestación de un carcinoma de posible origen laboral.

**Autores:**

(1) Jaione González Aguilera; (1) Rubén Obregón Díaz; (1) M<sup>º</sup> Carmen León Duarte; (1) Blanca Villareal Caballero; (2) Stefanny Priscila Aldaz Vaca; (3) Alejandro Alberto Pasco Peña.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico Residente de 1er Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño.

**Resumen:**Descripción del caso:

Varón 81 años, ex-fumador desde hace 15 años (50 paquetes-año). Trabajó en mina de yeso hace más 30 años. En valoración anestésica, previa a intervención de cataratas, se detecta imagen en suelta de globos. En el estudio posterior se descubre tumoración vesical con metástasis pulmonares y óseas (sacro, pelvis y proximal de fémures). El paciente sufrió un deterioro físico progresivo con fallecimiento a los seis meses.

Exploración y pruebas complementarias:

Rx de tórax: Nódulos pulmonares distribuidos de manera difusa por ambos campos pulmonares.

TAC toracoabdominal: Calcificaciones ateromatosas aórticas. Imágenes nodulares situadas en ambos hemitórax sugestivos de metástasis pulmonares, sin adenopatías ni derrames.

Patrón PET-FDG que sugiere lesión tumoral primaria localizada a nivel de vejiga, con metástasis ganglionares mediastínicas, pulmonares y múltiples metástasis óseas.

Juicio clínico:

CÁNCER DE VEJIGA CON METÁSTASIS PULMONARES.

Diagnóstico diferencial:

...

Comentario final:

Existen múltiples patologías que pueden dar imágenes nodulares a nivel pulmonar, siendo el diagnóstico diferencial amplio: neoplasias, patología inflamatoria, infecciosa, malformaciones arteriovenosas o enfermedades ocupacionales y ambientales.

La actividad industrial en minas, canteras, cerámicas, vidrio y abrasivo presenta un amplio abanico de enfermedades como las neumoconiosis. La neumoconiosis es un conjunto de enfermedades pulmonares producidas por inhalación de polvo o partículas orgánicas. Incluye la silicosis, asbestosis, beriliosis y neumoconiosis de trabajadores del carbón. La silicosis (minas de yeso) se asocia a un incremento de riesgo de cáncer de pulmón. El espectro de la asbestosis incluye derrames pleurales benignos y malignos, placas pleurales y atelectasias redondas que ocasionalmente pueden simular una suelta de globos.

La primera posibilidad diagnóstica que se planteó, por su frecuencia, fue la de metástasis pulmonares. Los tumores que con más frecuencia producen patrón en suelta de globos con calcificación son los carcinomas mucosos del tubo digestivo, adenocarcinomas de tiroides, parafiroides o de células germinales (testicular) u osteosarcoma, los cuales quedaron descartados con las pruebas diagnósticas realizadas.

El cáncer de vejiga representa el 2% de todos los tumores malignos y es el segundo en frecuencia del sistema urinario. Es 2,5 veces más frecuente en varones que en mujeres, siendo el tabaco el principal factor de riesgo. El tabaquismo está presente en alrededor del 50-60% de casos en varones y el 20-30% de casos en mujeres. El riesgo depende de la cantidad y tiempo de consumo. Se estima que entre el 18 y el 35% de los carcinomas de vejiga en varones son resultado de la exposición a carcinógenos ocupacionales, siendo las aminas aromáticas las más implicadas. Otras ocupaciones laborales relacionadas con el cáncer de vejiga son los mineros en contacto con sílice (contenida en el yeso).

En nuestro paciente se suman dos factores de riesgo conocido de cáncer de vejiga, el tabaco y la exposición laboral. Aunque la principal causa del cáncer de vejiga probablemente sea el tabaco hay que tener en cuenta la existencia de otros factores de riesgo como la exposición a carcinógenos en el medio laboral. Lo inusual de la presentación es la ausencia de clínica con el hallazgo casual de una suelta de globos generalizada.

Bibliografía:

Sánchez-Seco Higuera P. Cáncer de vejiga. Semergen 2004;30(6):286-93.

**191/28. Swyer-James-MacLeod, un caso de hiperclaridad pulmonar****Autores:**

(1) María Rosario Zangróniz Uruñuela; (1) José Tomás Gómez Sáenz; (2) Rafael Tremps García; (2) Elisa De Miguel Esteban; (3) Ana Díez Mayayo; (4) Ivonne Danissa Morel Luna.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Pediatra. Centro de Salud de Nájera.; (3) Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Pedro. Logroño.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Niña de 7 años de edad con antecedentes personales de neumonía paracardial derecha a los 2 años de edad con PCR de 3mg/L que precisó ingreso hospitalario. Embarazo normal, parto por cesárea por no progresión. Vacunación adecuada al calendario + vacunación antineumocócica polisacárida conjugada 13-valente. Frecuentes infecciones respiratorias sin componente obstructivo. Buena evolución pondo-estatural.

#### Exploración y pruebas complementarias:

En radiografías seriadas desde los 4 años se observa mayor claridad en hemitórax izquierdo asociando disminución del tamaño del hilio izquierdo y oligohemia vascular distal. En las radiografías realizadas en espiración forzada no hay modificación del tamaño pulmonar izquierdo que traduce la presencia de atrapamiento aéreo. El TAC realizado en 2016 es informado como parénquima pulmonar con patrón intersticial difuso de predominio bibasal con atelectasia retráctil en la base izquierda y ligera hipoplasia de la arteria pulmonar.

#### Juicio clínico:

Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SSJM) o enfisema hipoplásico adquirido en la infancia.

#### Diagnóstico diferencial:

Ausencia congénita del músculo pectoral mayor, tromboembolismo pulmonar, agenesia congénita de la arteria pulmonar, síndrome del pulmón hipogenético o lesión endobronquial que produzca obstrucción.

#### Comentario final:

El SSJM es una entidad infrecuente, caracterizada radiológicamente por hiperclaridad de un pulmón, un lóbulo o una parte de un lóbulo, debida a una disminución del calibre de la arteria pulmonar unilateral y a la distensión de los espacios alveolares, con un volumen pulmonar normal o reducido durante la inspiración y un atrapamiento aéreo durante a espiración.

Se considera secundario a una bronquiolitis obliterante asociada a vasculitis causada por una infección vírica (generalmente adenovirus tip o7) o por Mycoplasma durante los primeros 8 años de vida en pulmones inmaduros. La bronquiolitis se asocia a destrucción del parénquima pulmonar distal con atrapamiento aéreo y disminución de la ventilación en el pulmón afecto. La imagen radiológica típica aparece entre los 9 meses y los 6 años de la lesión inicial.

La clínica del SSJM es muy variada, desde formas asintomáticas, en las que se descubre de modo casual al realizar una radiografía, a infecciones respiratorias de repetición, hemoptisis o disnea progresiva.

La radiografía de tórax en inspiración presenta hiperclaridad, disminución el tamaño hilar y de la trama vascular con escasa modificación en espiración. La TAC muestra destrucción del parénquima pulmonar, con o sin bronquiectasias, y disminución de la arteria pulmonar.

La evolución habitual es benigna y el pronóstico favorable, dependiendo de la existencia o no de bronquiectasias. Suele haber recuperación de la morfología alveolar.

#### Bibliografía:

Bernal Novoa Y, Basto Rodríguez L y Salcedo Brand J. Síndrome de Swyer-James. Reporte de un caso. Salud Uninorte, Barranquilla (Col.)2012;28(2):349-353.

Sánchez Gascón F, Malia Alvarado D, Méndez Martínez P y Bernabeu Mora R. Medicine 2002;8(77):4143-4145.

## 191/34. Disnea en el contexto de una enfermedad rara

### **Autores:**

(1) Concepción Astruga Tejerina; (1) Ana Viejo Casas; (2) Mary Alexandra Albarracin Castillo; (3) Marta Mª San Emeterio Barragan.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro De Salud Dávila. Santander.; (3) Médico de Familia. Suap Torrelavega.

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Varón de 53 años que acude a consulta por referir hace unos días dolor en muslo derecho y en las últimas 24 horas disnea progresiva que no llega a limitarle su actividad física habitual, incluso nota alivio tras toma de benzodiazepinas.

A.P: Obesidad. S. Strumpell. Ante sospecha de TEP se deriva a hospital.

#### Exploración y pruebas complementarias:

C.O.C. BEG. Eupneico. A.C: RsCsRs sin soplos. A.P: buena ventilación. Abdomen: anodino. EELL: ligeros edemas. Varices MMII, sin signos de TVP. Pulsos pedios presentes. T.A: 145/95 mmHg. SATO2: 97%. ECG: RS a 78 l.p.m. No alteraciones de la repolarización. En hospital: HM: 10.500 leucocitos. BQ: Glucosa 238 mg/dl. FG 89. Troponina 0,22 ng/mL. CG: Dímero D 4865 ng/mL. TC Arterias Pulmonares: TEP masivo bilateral. Ecocardiograma: FE conservada, con VD severamente dilatado. Doppler MMII: TVP vena femoral superficial derecha.

#### Juicio clínico:

Tromboembolismo Pulmonar masivo bilateral.

#### Diagnóstico diferencial:

Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Síndrome Coronario Agudo. Neumonía. Hipertensión Pulmonar Primaria. Pericarditis.

#### Comentario final:

Paciente que desarrolla un TEP con antecedentes de obesidad, sedentarismo y paraplejia espástica hereditaria pura (S. Strumpell). El S. de Strumpell-Lorrain es una enfermedad hereditaria neurológica rara que se caracteriza por espasticidad y debilidad progresiva de MMII, incluso llegando a la ataxia en los casos más graves. Debido al estilo de vida del paciente con escasa movilidad y al empeoramiento progresivo de su enfermedad de base, favoreciendo más la vida sedentaria, repercutió de una manera determinante en el desarrollo del TEP, en el cuál, dentro de los factores predisponentes se incluye la enfermedad neurológica con paresia de extremidades. El S. Strumpell es una enfermedad rara, en este caso con una importante repercusión clínica indirecta, que debe hacernos pensar y tener una valoración más amplia, más allá de lo estrictamente neurológico.

#### Bibliografía:

1. British Thoracic Society, Standards of Care Committee. Suspected acute pulmonary embolism: A practical approach. Thorax 1997; 52 (suppl 4): S1-S23. 2. Uresandi F. Avances en la estrategia diagnóstica de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol 2000; 361-4. 3. Fink JK. Hereditary spastic paraplegia. Curr Neurol Neurosci Reports 2006; 6: 65-76.

## 191/47. Disnea aguda: a propósito de un caso de neumotorax

### **Autores:**

(1) Jaione González Aguilera; (1) Mª Carmen León Duarte; (2) María José Gérez Callejas; (1) Alfredo Martínez Soba; (3) Mª Carmen Martínez Zabala; (4) Carmen Peinado Adiego.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.; (3) MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizal; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Paciente de 74 años con AP: cáncer de colon y laringe intervenidos, probable EPOC, DLP, DM y neumotórax postraumático en marzo 2015, en tratamiento con ácido acetilsalicílico, omeprazol, simvastatina, tiotropio y linagliptina. Comienza de manera súbita con disnea sin dolor torácico ni clínica vegetativa ni clínica de reagudización de EPOC.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Disneico con cianosis distal, TA 180/95mmHg, SatO<sub>2</sub> 82%. AP disminución vibraciones vocales y del murmullo vesicular. EKG taquicardia sinusal con BRDHH a 125x'. Rx tórax compatible con neumotórax. Se derivó a hospital donde se le colocó drenaje pleural 24GF en 5º espacio intercostal derecho y pleurodesis con talco con mejoría clínica y radiológica.

#### Juicio clínico:

neumotórax espontáneo.

#### Diagnóstico diferencial:

Obstrucción de vía aérea superior (por objeto extraño o edema de glotis), obstrucción bronquial (crisis asmática), enfermedad parenquimatosa o pleural (neumonía, neumotórax), alteraciones de la pared y/o musculatura respiratoria, TEP, causas cardíacas...

#### Comentario final:

La disnea es una sensación subjetiva de falta de aire unida a la percepción de trabajo respiratorio excesivo. Se denomina aguda si su periodo de instauración es corto (horas o días) e hiperaguda o súbita si es en minutos..El neumotórax es el acúmulo de aire dentro del espacio pleural que modifica la presión subatmosférica intrapleural, ocasionando colapso pulmonar parcial o total. Puede clasificarse en espontáneo (primario o idiopático, secundario a lesión pulmonar previa, catamenial), traumático o iatrogénico. El primario habitualmente afecta a hombres de entre 20-40 años altos y delgados y normalmente es de buen pronóstico. El tabaquismo constituye un factor de riesgo importante. El secundario se da más en personas de mediana edad y/o ancianos con neumopatía subyacente (rotura de bulla, asma, EPOC, fibrosis quística), y es de peor pronóstico. En el diagnóstico es importante la anamnesis por el comienzo súbito del dolor pleurítico seguido de la disnea; en las pruebas complementarias es indispensable la radiografía de tórax en bipedestación y en inspiración/expiration forzada donde se objetiva la línea pleural suspendida entre el aire contenido en la pleura y el del pulmón. El tratamiento depende del tamaño. Los pequeños se resuelven espontáneamente, está indicado drenaje con tubo de tórax en los neumotórax mayores del 20 %. Otros tratamientos son la toracotomía con pleurorectomía total, pleurodesis química, oxigenoterapia si es necesario y en todos los casos analgesia. La tasa de recurrencia es del 17-54 %.

#### Bibliografía:

Bibliografía: ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax.

Tschopp JM, Bintlcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, Krasnik M, Maskell N, Van Schil P, Tonia T, Waller DA, Marquette CH, Cardillo G.

Eur Respir J. 2015 Aug;46(2):321-35. doi: 10.1183/09031936.00219214. Epub 2015 Jun 25

## 191/56. ¿Asma grave no controlado?, el caso de Elisa

### Autores:

(1) M<sup>a</sup> Carmen León Duarte; (1) José Tomás Gómez Sáenz; (1) Miguel Díaz Ramírez; (1) Jaione González Aguilera; (2) Begoña Gonzalo García; (3) Carmen Peinado Adiego.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Paciente de 16 años de edad con antecedentes personales de labio leporino con fisura palatina (LL+FP) severa por ausencia bilateral de rama horizontal de maxilar, intervenida en múltiples ocasiones con corrección de Lefort y fijación malar de distractor oral, neumotórax al nacer. Alergia a azitromicina. Rinitis alérgica persistente leve, asma bronquial persistente moderado con sensibilización frente a ácaros del polvo doméstico, hongos, epitelio de gato y polen de plántago con tratamiento desensibilizante de los 10 a 13 años. Tratamiento habitual salmeterol/fluticasona 50/500/12h, montelukast 10mg/día y salbutamol a demanda. Técnica inhalatoria correcta.

Comienza a los 14 años con múltiples consultas en urgencias de AP y hospitalarias por episodios de opresión torácica asociados a tos perruna con estridor y sibilancias inspiratorias y espiratorias, de predominio vespertino que interfieren severamente sus actividades y el sueño, sin alivio, en posible relación temporal con nuevas intervenciones maxilofaciales y/o salidas al parque.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Tos perruna con sibilancias inspiratorias y espiratorias que mejoran de modo casi inmediato con nebulizaciones de salbutamol. Ante la sospecha de patología laríngea nebulización con adrenalina y en otras ocasiones con aire comprimido con mejoría auscultatoria casi inmediata. Durante todos los episodios conserva saturaciones por encima del 96% con medidas de Peak-flow que presentan variabilidad superior al 25% (también fuera del episodio) y que no se relacionan con la respuesta clínica. La opresión apenas se modifica durante el día.

Rx tórax y senos normales, espirometría con disfunción de vía fina, prueba broncodilatadora no valorable por maniobras no correctas. TAC fisura palatina, asimetría fosa nasal y desviación de tabique.

La paciente ha sido tratada con tandas de corticoides orales, formoterol/beclometasona 100/60µg/12 h, furoato de fluticasona nasal 1/12 horas, ocasionalmente cefalosporinas de 2<sup>a</sup> generación y antihistamínicos sin respuesta. Se derivó a ORL, Neumología y Psiquiatría. En centro terciario de referencia episodio severo de estenosis de tercio superior traqueal compatible con traqueomalacia. Al asociar benzodiacepinas e ISRS mejoría parcial. Los episodios han disminuido espontáneamente en los últimos meses.

#### Juicio clínico:

Asma grave no controlado (AGNC), asma difícil de tratar (ADT), traqueomalacia, fisura palatina.

#### Diagnóstico diferencial:

Obstrucción de vía aérea superior (OVAS), anillos vasculares, fibrosis quística, tos psicógena.

#### Comentario final:

El LL+FP tiene una incidencia de 0.69-2.51/1.000 nacimientos. La situación del maxilar influye en la vía aérea superior. El volumen de la vía aérea superior aumenta entre los 7 y 18 años en ambos sexos mientras que la longitud solo se incrementa en las mujeres hasta los 15. En pacientes con LL+FP la OVAS es muy frecuente.

El AGNC se define por la persistencia de mal control pese a tratamiento acorde con los escalones 5-6 de la GEMA y se estima que tiene una prevalencia del 3%. Incluye el ADT por comorbilidades. En su manejo hay que seguir una sistemática que incluye la confirmación del diagnóstico de asma, identificación de factores externos (adherencia, comorbilidades y desencadenantes) y el establecimiento de un fenotipo.

La respuesta a la nebulización puede deberse a la dilatación de la OVAS.

Es necesaria una buena coordinación entre niveles asistenciales para el tratamiento de los pacientes con AGNC.

## MÉDICOS RESIDENTES

### COMUNICACIONES EN FORMATO ORAL

#### 191/3. Eosinofilia en sangre de pacientes hospitalizados por EPOC agudizado.

##### **Autores:**

(1) Aispuru Lanche, Gualberto Rodrigo; (2) Martínez Solorzano, Miguel Ángel; (3) Blanco Guzmán, Sonia; (3) Sánchez Nanclares, Miguel; (3) Fernández Valderrama, Joaquín.

##### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Burgos.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Miranda Oeste. Burgos.; (3) Médica Internista. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.

##### **Resumen:**

##### Objetivos:

Determinar la prevalencia de eosinofilia en sangre de pacientes ingresados por EPOC agudizado (EPOCA) y su asociación con reingreso y mortalidad.

##### Metodología

Cohorte retrospectiva de pacientes mayores de 40 años hospitalizados por EPOCA (CIE-9MC 491.xx, 492.xx o 496.xx, historia clínica electrónica), durante el período enero-2010 a diciembre-2015. Se evalúa el valor de eosinófilos en sangre periférica (considerando alto > 2%) de la primera determinación durante la hospitalización, incluyendo Servicio de Urgencias pre-hospitalización, comorbilidades y tratamientos. A su alta se observa número de reingresos por EPOCA y mortalidad por todas las causas dentro del primer año de la hospitalización índice.

##### Resultados

Se incluyen 874 pacientes hospitalizados por EPOCA con edad media  $\pm$  desviación estándar de 74,3 $\pm$ 10,5 años, 54,7% de hombres, 9,7% con tratamiento corticoideo oral previo y 13,6% de asma como comorbilidad. Considerando una eosinofilia > 2%, esta estuvo presente en 15,9% de los pacientes y estuvo asociada al sexo masculino (55,9% p<0,01), a la comorbilidad asma (17,6% p<0,05) y a una mayor frecuencia de reingreso por EPOCA en el año siguiente tras el alta (media 1,5 vs 3,0, riesgo relativo 1,41 IC95% 1,29-1,53, p<0,01). El valor de eosinofilia no mostró diferencia significativa en la mortalidad global (18% vs 21%, p=0,08).

##### Conclusiones

La eosinofilia > 2% en pacientes hospitalizados por EPOCA se asocia a mayor frecuencia de reingresos en el siguiente año. Esta observación podría tener relación con EPOC fenotipo mixto y con aquellos pacientes agudizadores, pudiendo determinar un tratamiento diferencial.

## 191/4. Tabaquismo, inflamación sistémica y aterosclerosis en pacientes EPOC.

### **Autores:**

(1) Aispuru Lanche, Gualberto Rodrigo; (2) Maldonado Martín, Sara; (3) Martínez Solorzano, Miguel Angel.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miranda Oeste. Burgos.; (2) Doctora. Facultad de CS de la Actividad Física y Deporte. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz. País Vasco.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Miranda Oeste. Burgos.

### **Resumen:**

#### Objetivos:

Valorar la relación entre tabaquismo, aterosclerosis e inflamación sistémica en pacientes EPOC estables.

#### Metodología

Estudio transversal donde se incluyen 107 pacientes con EPOC estable en estadio GOLD II y III sin exacerbación en los últimos 6 meses. Se excluyen enfermedades y tratamientos pro- y anti-inflamatorios. Se cuantifica tabaquismo (paquetes/año, hábito tabáquico activo o no activo y trastorno por abuso según DSM-V) y se relaciona con el nivel de inflamación sistémica (PCRus y IL-6 en suero) y grosor intima-media carótideo (GIMc) medido por ecografía.

#### Resultados

Los pacientes con tabaquismo activo (32,7%) presentan un GIMc mayor que los no activos ( $1,08 \pm 0,24$  vs  $0,89 \pm 0,21$  mm,  $p < 0,01$ ) al mismo tiempo que presentan hasta un 30% más niveles de IL-6 y PCRus ( $p < 0,05$ ). Se encuentra correlación positiva entre el tabaquismo y los niveles de IL-6, PCRus y GIMc ( $p < 0,05$ ). Sin tener en cuenta el tabaquismo, se observa una correlación negativa significativa entre VEF1 y el nivel de IL-6 ( $p < 0,01$ ) y el GIMc ( $p < 0,05$ ) mientras que no sucede lo mismo entre el biomarcador y el GIMc.

#### Conclusiones

El tabaquismo en pacientes EPOC determina elevación de biomarcadores de inflamación y mayor aterosclerosis. A su vez, la severidad de la EPOC se asocia a elevación de IL-6 independiente del consumo tabáquico apoyando la hipótesis del estado pro-inflamatorio de esta enfermedad y su impacto en el riesgo cardiovascular.

## 191/13. Aplicación del test TAI en la consulta a nuestros pacientes con EPOC o Asma

### **Autores:**

(1) Cuella Serres, Mireia; (2) Galán Pascual, Alba; (3) Isturiz Mendoza, Carla; (4) Mourelo Cejejo, Marta; (5) Garrido Luque, Matilde; (6) Sabatés Usero, Montserrat.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Cap Gòtic. Barcelona.; (2) Médico Residente de 1r año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gòtic. Barcelona.; (3) Médico Residente de 3r año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gòtic. Barcelona.; (4) Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Gòtic. Barcelona.; (5) Diplomada en Enfermería. Tutora de Residentes de Enfermería/Medicina de Familia. Centro de Salud Gòtic. Barcelona.; (6) Diplomada en Enfermería. Centro de Salud Gòtic. Barcelona.

### **Resumen:**

#### Objetivos:

Describir adhesión y técnica del tratamiento inhalado en pacientes EPOC/asma con un cuestionario validado de 12 ítems para evaluar adhesión y tipo de incumplimiento (TAI).

### Metodología

- Diseño: estudio descriptivo transversal de centro de salud urbano.
- Población: de 195 asmáticos/EPOC de 2 Unidades Básicas Asistenciales, seleccionamos 50 pacientes >18 años con tratamiento inhalado, atendidos entre enero-febrero 2016.
- Variables: sexo, edad, asma/EPOC, pauta tratamiento, tabaquismo, estudios, educación sanitaria inhalatoria, años de enfermedad, ítems TAI.
- Análisis estadístico: variables cuantitativas descritas mediante medianas y rangos; cualitativas mediante porcentajes.

### Resultados

- De 50 pacientes (25 asmáticos, 25 EPOC), 56% hombres, mediana de edad: 65 años. Un 12% sin estudios. 62% presentaban  $\geq 10$  años de enfermedad. 22% tabaquismo activo. 24% realizaban inhaladores ocasionalmente. 88% recibieron educación sanitaria inhalatoria.
- Adhesión tratamiento (ítems 1-10): Tienen una buena adhesión (50 puntos) el 40% (14% asmáticos, 26% EPOC). Adhesión intermedia (46-49 puntos): 22% (12% asmáticos, 10% EPOC). Mala adhesión ( $\leq 45$  puntos): 38% (24% asmáticos, 14% EPOC).
- Patrón incumplimiento (ítems 11-12=4): Buen conocimiento de la pauta y técnica de inhalación 36% asmáticos y 28% EPOC.
- No conocen/recuerdan la pauta de tratamiento (ítem 11=1) 12% asmáticos y 16% EPOC. Presentan errores críticos en la técnica (ítem 12=1) 20% asmáticos y 36% EPOC.

### Conclusiones

La mayoría de pacientes presentan una adhesión moderada-buena.

- Un tercio tienen mala adhesión con buen conocimiento de la pauta y la técnica inhalatoria.
- La mayoría conocen/recuerdan la pauta. Uno de cada cuatro presentan errores críticos, predominantemente EPOC.
- Limitaciones: Tamaño de muestra reducida, puede no representar al resto de población atendida

## **191/15. Cuestionario de conocimiento del Test de Adhesión a Inhaladores (TAI) por profesionales de Atención Primaria**

### **Autores:**

(1) Rodríguez Guerrero, Enrique; (1) Hidalgo Requena, Antonio; (1) López Macías, Isabel; (2) Quintano Reina, Cristina María.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Lluçena I. Córdoba.; (2) Enfermera. Unidad Quirúrgica. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

### **Resumen:**

#### Objetivos:

El objetivo principal es identificar la proporción diferentes tipos de profesionales sanitarios de Atención Primaria que conocen el TAI.

#### Metodología

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, en el que se realiza un cuestionario de conocimiento sobre el TAI a médicos, residentes y personal de enfermería, pertenecientes al Área Sanitaria de Córdoba provincia. Se calcula una muestra de 94 sujetos, para una precisión del 3%, con IC 95%, con proporción esperada del 5% y tamaño de población de 200, esperando un 10% de abandonos. Como variable dependiente tenemos el conocimiento del TAI y como variables independientes tenemos diversas sociodemográficas, de conocimiento, uso y opinión del TAI.

#### Resultados

El 50% han respondido y de ellos la mitad han oído hablar del TAI. La edad media de los encuestados es de 42,27 años (39,81-44,73), siendo el 52% mujeres. El 50% de los conocedores

del test lo han hecho a través de compañeros de trabajo y conocen en que pacientes estaría indicado; así mismo el 90% conocen lo que mide, sin embargo el 82% no lo ha utilizado nunca. Del total de encuestados el 98% (94-99) consideran al TAI competencia profesional suya, el 97% (91-99) lo consideran útil y el 93% (85-97) lo emplearían en su práctica habitual.

### Conclusiones

Concluimos que las herramientas simples de aplicar en Atención Primaria no son lo suficientemente conocidas por sus profesionales. Se deberían incentivar a profesionales líderes para implementar estas herramientas, que son poco utilizadas, pero cuando se conocen cambia la actitud de emplearlas.

## COMUNICACIONES EN FORMATO PÓSTER

### 191/8. Evaluación de los pacientes con EPOC que ingresan por una agudización grave

#### **Autores:**

(1) Barquilla Calderón, María; (2) González Blanco, Virginia; (3) Ruíz Moruno, Francisco Javier; (4) Arjona Burgos, Irene; (4) Llamazares Muñoz, Virginia; (4) Bosquet Batista, Eduardo.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuen-santa. Córdoba.; (2) Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital de Santa Bárbara de Puertollano. Ciudad Real.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Fuen-santa. Córdoba.; (4) Médico Residente de 4to año de Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud Fuen-santa. Córdoba.

#### **Resumen:**

##### Objetivos:

Dentro del proceso asistencial integrado EPOC, para completar el círculo de calidad, evaluamos el perfil de los pacientes que ingresan por agudizaciones y así identificar oportunidades de mejora como establecer actuaciones que eviten dichos ingresos. (Indicadores de calidad preventivos: PQI)

##### Metodología

Estudio observacional descriptivo mediante auditoría de historias clínicas de todos los pacientes que ingresan por agudización de su enfermedad durante el año 2013. Revisamos motivo de ingreso e informe de alta (CMBDA). Evaluamos las variables que pueden modificarse para evitar una agudización. Variables: clasificación, síntomas-gravedad, función pulmonar (FEV1), hábito tabáquico, vacunación antigripal, terapia de oxígeno domiciliario (OCD), tratamiento en fase estable (inhaladores), registro de actividad educativa en inhaladores y evaluación de cumplimiento, comorbilidades, intervención dietética y de actividad física. Análisis y ordenación de los datos obtenidos.

##### Resultados

Ingresaron 24 pacientes y se excluyeron 6. Analizamos 15 pacientes cuyo motivo de ingreso fue agudización. Solo el 50% estaban clasificados y el 50% tenían registrado su FEV1. El 60% tenían intervención en tabaco y el 80% estaban vacunados de gripe. El 50% recibían OCD. El 93% recibían terapia inhalada aunque el 53% la indicada correctamente. Insuficientemente indicación de pautas de medicación de rescate en las agudizaciones. No registro de actividades para el manejo de los inhaladores ni evaluación del cumplimiento. No estando registrada la intervención dietética ni la actividad física.

### Conclusiones

Creemos existe amplio margen de mejora adecuando nuestras intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, en la fase estable de la enfermedad a las recomendaciones actuales y con ello evitar las agudizaciones.

## 191/9. Tabaquismo en organización sanitaria integrada Áraba en 2015

### **Autores:**

(1) Polo Periañez, Joshua; (2) Pinel Monge, Margarita; (3) Iturralde Iriso, Jesus; (4) Mediavilla Tris, Gregorio; (5) Lopez Miralles, Mar; (6) Muro Torres, Enrique.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Residente Medico de Familia. Centro de Salud Gazalbide-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Alava.; (2) Medico de Familia. Centro de Salud Gazalbide-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Alava.; (3) Medico de Familia. Centro de Salud La Habana. Vitoria-Gasteiz. Alava.; (4) Medico de Familia. Centro de Salud Aranbizkarra. Vitoria-Gasteiz. Alava.; (5) Residente Medico de Familia. Centro de Salud Zabalzana. Vitoria-Gasteiz. Alava.; (6) Residente Medico de Familia. Centro de Salud Zaramaga. Vitoria-Gasteiz. Alava.

### **Resumen:**

#### Objetivos

En nuestro trabajo habitual debemos interrogar a todas las personas mayores de 14 años, al menos cada dos años sobre su consumo o no de tabaco cuantificándolo. Además nuestra Oferta Preferente nos indica que como Criterios de Buena Atención (CBA) en la historia clínica del fumador se le realizará cada dos años un diagnóstico de su motivación al abandono según modelo Prochaska. Se le dará además consejo para el abandono como mínimo también cada dos años y registraremos a las personas ex fumadoras.

#### Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en noviembre de 2015 en la Organización Sanitaria Integrada XXX (305.272 pacientes, de los que 263.905 son mayores de 14 años). Se utilizó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los CBA en relación con el tabaquismo.

#### Resultados

- Cribado (>14 años cada 2 años): 74,21.
- Prevalencia mayores de 14 años: 20,65%.
- Diagnóstico de Motivación (2 años): 52,81%.
- Consejo (2 años): 54,91%.
- Ex fumadores: 11,08%.

#### Conclusiones

Aunque el porcentaje de cribado creemos que es bueno, deberemos esforzarnos más en el consejo para lograr el abandono del tabaquismo en una mayor proporción. Suponemos que la cifra de ex fumadores pueda ser debida a un mal registro del dato y que la cifra real sea algo más alta.

## 191/40. Prevalencia de EPOC en La Rioja.

### **Autores:**

(1) Arbizu Sastre, Lara; (2) Sáenz Ortigosa, Raquel; (3) Bea Berges, Laura; (4) Arina Cordeu, Cristina; (5) Peinado Adiego, Carmen; (6) Gallardo Arenas, Marta.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria.

*Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño.; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.; (5) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño.*

#### **Resumen:**

##### Objetivos:

Conocer la prevalencia de EPOC en La Rioja, en la zona urbana de Logroño, en las 12 áreas de salud y en cada municipio que éstas comprenden.

##### Metodología

El presente se trata de un estudio descriptivo transversal, para el cual se han recopilado datos del INE, sobre número de habitantes de cada municipio mayores de 40 años; y del BOR, las áreas de salud y municipios que comprenden. Desde Atención Primaria se ha obtenido el número de pacientes con diagnóstico de EPOC por el sistema CIAP. Con estos datos se han calculado las prevalencias de esta patología en el total de la comunidad, por zonas de salud básicas y por municipios.

##### Resultados

La prevalencia de EPOC en La Rioja es 2,42. Se han comparado los resultados por áreas de salud y Logroño. La zona con mayor prevalencia es Alfaro, con un 3,03; la de menor prevalencia es la zona de San Román, con un 0,39. Logroño tiene una prevalencia de 2,42. El resto se encuentran entre valores de 2,67 en Navarrete, y 1,70 en la zona de Torrecilla.

##### Conclusiones

La EPOC es una patología de gran importancia debido a su prevalencia, morbimortalidad y costes que genera. El estudio EPI-SCAN, realizado con población entre 40-80 años halla una prevalencia de 10,2% mientras que el IBERPOC, que comprendía población entre 40-69 años, arroja una prevalencia de 9,1%. En este caso, se ha constatado una prevalencia de EPOC en La Rioja de 2,42; cifra muy inferior a la hallada en otros estudios. Se puede concluir que los datos de diagnóstico son mejorables comparando con las prevalencias de estudios de referencia, si bien cabe tener en cuenta que en zonas con población más añosa la prevalencia es mayor.

## **191/42. Prevalencia de asma en La Rioja.**

#### **Autores:**

*(1) Arbizu Sastre, Lara; (1) Arina Cordeu, Cristina; (2) Bea Berges, Laura; (3) Sáenz Ortigosa, Raquel; (4) Sánchez Diaz-aldagalan, Yolanda; (4) Guitierrez Pascual, Paula.*

#### **Centro de Trabajo:**

*(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño; (4) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.*

#### **Resumen:**

##### Objetivos:

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia asma en La Rioja, según la zona urbana de Logroño, las 12 áreas básicas de salud y los municipios que comprenden.

##### Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el que se han obtenido, desde Atención Primaria mediante el sistema CIAP, el número de pacientes con diagnóstico de asma de la

población total; del INE se ha recopilado el número de habitantes correspondientes a cada municipio, y del BOR, las áreas básicas de salud a las que pertenece cada uno. Con estos datos se han calculado las prevalencias de asma de cada municipio, de cada Área de Salud, de Logroño y de la comunidad en total.

### Resultados

En La Rioja, se ha calculado una prevalencia de asma de 5,93%. Al comparar los resultados por áreas de salud básicas y Logroño, se ha objetivado que en la zona de Navarrete es donde se encuentra una mayor prevalencia, con 6,75. En Alberite es donde la prevalencia es más baja, con un 0,61. En 5 de las 12 zonas de salud y en Logroño se hallan valores de prevalencia de asma entre 5,06% y 6,65%.

### Conclusiones

Según la Guía GEMA, la prevalencia de asma en nuestro medio se sitúa en valores en torno a 1% y 4,7%. En este estudio se estima una prevalencia en La Rioja para asma de 5,93%, dato que se correlaciona con los descritos en estudios de referencia realizados en nuestro medio.

## **191/46. Abordaje terapéutico de las neumonías con derrame pleural paraneumónico**

### **Autores:**

(1) *García Muro, Cristina;* (2) *Toledo Gotor, Cristina;* (1) *García Navas, Patricia;* (3) *Jiménez Escobar, Verónica;* (4) *De Miguel Esteban, Elisa;* (5) *Muro Ovejás, M<sup>a</sup> Elena.*

### **Centro de Trabajo:**

(1) *Médico Residente de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.;* (2) *MIR Pediatría Hospital San Pedro. Logroño.;* (3) *Médico Adjunto Neumología Pediátrica. Hospital San Pedro. Logroño.;* (4) *Médico Adjunto Pediatría. Centro de Salud Nájera.;* (5) *Médico de Familia. Centro de Salud Nájera.*

### **Resumen:**

#### Objetivos:

Hasta en un 2% de las neumonías bacterianas diagnosticadas en Pediatría se pueden desarrollar complicaciones como el derrame pleural paraneumónico (DPP) o el empiema (EP). Aunque en nuestro medio no son causa significativa de mortalidad, sí implican mayor gravedad y aumento de la hospitalización. Debemos sospechar el desarrollo de esta complicación ante un empeoramiento del estado general, aumento del dolor pleurítico o persistencia de la fiebre pasadas 72 horas tras la instauración de un tratamiento antibiótico correcto.

Según los últimos consensos de las sociedades de Neumología e Infectología pediátrica, es preciso realizar una ecografía torácica ante la sospecha de DPP, de manera que se pueda cuantificar la cantidad de líquido existente y delimitar el mejor punto teórico de punción.

#### Metodología

Se presentan dos casos de neumonía diagnosticados y tratados en primer lugar en Atención Primaria, que requirieron ingreso al complicarse con DPP y su diferente abordaje terapéutico.

Caso 1: Niño de 23 meses con fiebre de 5 días de evolución, diagnosticado en su centro de salud (CS) mediante radiografía de neumonía en lóbulo superior y medio derechos y se inicia tratamiento con cefixima. Tras 2 días de tratamiento persiste fiebre, empeoramiento del estado general y dificultad respiratoria, por lo que se remite al hospital, donde se objetiva empeoramiento radiológico con probable DPP. En la ecografía torácica se objetiva un DPP de 21 mm. Se decide ingreso y se pauta antibioterapia intravenosa con cefotaxima. Además precisa tococentesis con colocación de tubo de drenaje y posteriormente se inicia tratamiento con fibrinolíticos intrapleurales durante 4 días, retirándose después el tubo de drenaje. Posteriormente presenta evolución muy favorable, dándose de alta con antibioterapia oral tras 16 días de ingreso.

Caso 2: Niño de 4 años con fiebre de 6 días de evolución que comienza con tos y disnea. Es diagnosticado en su CS mediante radiografía de tórax de neumonía en LSD e inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico. Tras 4 días de antibioterapia persiste fiebre y disnea, con empeoramiento del estado general. En nueva radiografía se observa empeoramiento de la neumonía con probable DPP, por lo que se remite al hospital, donde ingresa con antibioterapia intravenosa con cefotaxima. Mediante ecografía se objetiva DPP de 20mm y se contacta con cirugía torácica, que opta por mantener actitud expectante. Presenta buena evolución, a pesar de sobreinfección por virus influenza A y se da de alta con antibioterapia oral tras 11 días de ingreso.

#### Resultados

Ante DPP de más de 10mm, signos de dificultad respiratoria o visualización de septos de fibrina se recomienda colocar un drenaje pleural. No obstante, las diferencias entre los consensos de las sociedades de Pediatría y las de Cirugía Torácica hacen que el abordaje de estos casos no sea siempre el mismo.

#### Conclusiones

Los consensos de la Sociedad Española de Pediatría recomiendan realizar toracocentesis del DPP de más de 10mm pero es necesario valorar el estado general, siendo posible en algunos casos adoptar una conducta expectante y un seguimiento estrecho pudiendo evitar así una técnica invasiva no exenta de riesgos.

1. Moreno-Pérez D, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica.... An Pediatr (Barc). 2015
2. Andrés Martín A, Moreno-PérezD, Alfayate Miguélez S, Couceiro Gianzo JA, García García ML, Murua JK, et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr (Barc). 2012;76, e1-162e18
3. Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García JJ, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) y Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). An Pediatr (Barc). 2015. En prensa.

## 191/50. Suplementos de selenio para el asma

#### **Autores:**

(1) Domínguez Jiménez, Arantxa; (2) Farouk Allam, Mohamed.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Estudiante 6º Curso Grado de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.; (2) Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

#### **Resumen:**

##### Objetivos:

Numerosos estudios han descrito la presencia de niveles plasmáticos de selenio (Se) bajos en asmáticos. El objetivo de este metaanálisis es analizar distintos estudios experimentales para determinar si dando suplementos de Se a estos pacientes obtenemos una mejoría clínica del asma.

##### Metodología

Se realizó una búsqueda de ensayos controlados aleatorios publicados hasta enero de 2016, en los que se diera suplementos de Se, a ser posible comparado con placebo. Los resultados analizados fueron la mejoría clínica, la función pulmonar, y la calidad de vida.

##### Resultados

Se localizaron 12 estudios, de ellos 6 cumplieron con los criterios de inclusión. Solo 3 estudios evaluaron los síntomas y la mejora clínica; 2 estudios demostraron mejora clínica y 1 estudio

demostró menor uso de corticoesteroides inhalados a partir de 24 semanas de suplementos de Se. Solo 2 estudios evaluaron las funciones pulmonares; un ensayo controlado aleatorio no demostró mejora en la FEV1, mientras el otro ensayo clínico no controlado demostró mejora en la FEV1 y la FVC. Solo 3 estudios evaluaron la calidad de vida de los asmáticos. Los 3 estudios utilizaron escalas distintas para evaluar la calidad de vida de los participantes. Los 2 ensayos clínicos no controlados demostraron mejora en la calidad de vida, mientras el ensayo clínico controlado no demostró ninguna mejora.

#### Conclusiones

A pesar de la heterogeneidad entre los estudios localizados, hay indicios de que los suplementos de Se podrían ser útiles para el tratamiento del asma. Son necesarios ensayos clínicos aleatorios más amplios con escalas y mediciones estandarizadas.

## **191/51. Deficiencia de selenio y riesgo de asma: revisión sistemática**

#### **Autores:**

(1) Domínguez Jiménez, Arantxa; (2) Farouk Allam, Mohamed.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Estudiante 6º Curso Grado de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.; (2) Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

#### **Resumen:**

##### Objetivos:

En las últimas décadas numerosos estudios han investigado la relación entre la concentración sérica de selenio y la prevalencia de asma, con diferentes resultados. El objetivo de esta revisión sistemática es examinar la asociación entre los niveles de selenio y el asma.

##### Metodología

Se realizó una búsqueda de estudios observacionales publicados hasta enero de 2016, en los que se investigaron específicamente la asociación entre el selenio plasmático y el asma. Se extrajo o calculó el riesgo estimado (riesgo relativo u odds ratio), con su intervalo de confianza del 95%, de los estudios encontrados, si era factible.

##### Resultados

Se localizaron 28 estudios, de ellos 6 estudios de casos y controles cumplieron con los criterios de inclusión. Los 6 estudios fueron publicados entre 1989 y 2012. Las metodologías de los estudios localizados fueron heterogéneas lo que dificulta la agrupación de los resultados. Los resultados demostraron una asociación inversa entre los niveles de selenio y el riesgo de asma, sin embargo los intervalos de confianza del 95% de 3 estudios superaban la unidad. También, se localizaron 12 estudios de casos y controles que midieron los niveles de Se en asmáticos y en controles sanos. De los 12 estudios, 7 demostraron niveles más bajos de Se en los asmáticos con diferencias estadísticamente significativas.

##### Conclusiones

Nuestros resultados establecieron que el selenio sérico era menor en pacientes asmáticos que en no asmáticos. Son necesarios futuros estudios prospectivos que integren criterios homogéneos para investigar la asociación entre los niveles de selenio y el asma.

---

## **CASO CLÍNICO EN FORMATO ORAL**

### **191/27. Estridor inspiratorio en el lactante**

#### **Autores:**

(1) Tamara Farfán Orte; (2) Isabel Moreno Saez; (3) Patricia García Navas; (4) Elisa De Miguel Esteban; (5) Laura García Fernández; (6) Cristina Toledo Gotor.

**Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 4º año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (2) Médico Adjunto de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (3) Médico Residente de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (4) Médico Adjunto Pediatría. Centro de Salud Nájera.; (5) Médico Residente de 3er año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (6) MIR Pediatría Hospital San Pedro. Logroño.

**Resumen:**Descripción del caso:

Lactante de 1 mes que desde la primera semana de vida presenta regurgitaciones y atragantamientos frecuentes después de las tomas, con escasa ganancia ponderal y estridor inspiratorio en reposo. Es valorada en Consulta de Digestivo, diagnosticándole de reflujo gastroesofágico (RGE), pautando tratamiento con domperidona, esomeprazol y fórmula artificial con hidrolizado extenso, a pesar de lo cual persiste fallo de medro, por lo que ingresa para observación, sin incidencias durante el mismo.

A la semana de ser dada de alta se objetivan episodios de apnea por lo que se deriva a Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIP), donde se realiza estudio del sueño y fibroscopia respiratoria, siendo diagnosticada de laringomalacia. Se inicia ventilación no invasiva (VNI) con CPAP continua durante la noche e intermitente por el día, objetivándose mejoría clínica respiratoria y disminución del índice de apnea-hipopnea del sueño, además de adecuada ganancia ponderal. A los 9 meses de vida, coincidiendo con una infección respiratoria, presenta reagudización de su laringomalacia, precisando de nuevo ingreso en UCIP para reevaluación. Dada su buena evolución, se retira progresivamente la VNI con controles clínicos en Consultas, fibroendoscopias y polisomnografías seriadas. Actualmente tiene 18 meses de edad, se encuentra sin soporte respiratorio alguno, presenta mínimo estridor respiratorio y lleva como único tratamiento un antiácido.

Exploración y pruebas complementarias:

Estridor inspiratorio, taquipnea y tiraje sub e intercostal. Pruebas complementarias: Fibroendoscopia, polisomnografía, impedanciometría.

Juicio clínico:

Laringomalacia tipo 3. SAHS moderado. RGE

Diagnóstico diferencial:

El estridor inspiratorio en un lactante obliga a plantearse el diagnóstico diferencial entre las distintas malformaciones congénitas de la vía aérea como: parálisis de cuerdas vocales, atresia laríngea, estenosis subglótica congénita, membranas laríngeas, quistes laríngeos, laringocele, hemangioma subglótico y atresia de coanas.

Comentario final:

La laringomalacia es la anomalía laríngea congénita más frecuente, siendo la causa más común de estridor crónico en la infancia. Se manifiesta con estridor inspiratorio intermitente progresivo desde las primeras semanas de vida, pudiendo acompañarse de tos, regurgitaciones, apneas, fallo de medro... Las comorbilidades asociadas son: RGE, enfermedades neurológicas, lesiones sincrónicas de la vía aérea, cardiopatías... El diagnóstico de sospecha es clínico y se confirma con una rinofibrolaringoscopia. El tratamiento inicial son las medidas físicas y es fundamental el seguimiento estrecho en las Consultas de Atención Primaria, con controles pondoestaturales y evolución del reflujo, junto con controles en Consultas Externas.

Bibliografía:

Quintero D, Fakhoury K. Assessment of stridor in children. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/assessment-of-stridor-in-children>. [Actualizado 11 Septiembre 2015].

Isacson C G. Congenital anomalies of the larynx. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/congenital-anomalies-of-the-larynx> Disponible en: Uptodate, [Actualizado 1 Enero 2015].

Reinhard A, Sandu K. Laryngomalacia: principal cause of stridor in infants and small children. Rev Med Suisse. 2014 Oct 1; 10 (444):1816-9.

Michael J. Rutter. Congenital laryngeal anomalies. Braz J Otorhinolaryngol. 2014; 80(6):533-539.

Terés J, Hernández-Gancedo C. Malformaciones congénitas de la vía aérea superior. Pediatr Integral. 2013; XVII (5): 351-359.

Adamczuk D, Krzemień G, Szmigielska A, Pierzchlewicz A, Roszkowska-Blaim M, Biejat A, Dębska M, Jabłońska-Jesionowska M. Congenital laryngeal stridor - an interdisciplinary problem. Med Wiek Rozwoj. 2013 Apr-Jun;17(2).

## 191/38. Neumonitis eosinofílica aguda. A propósito de un caso clínico

### **Autores:**

(1) Julio Francisco Flores Morán; (2) M<sup>a</sup> Fernanda Daccach Navarro; (3) Alexandra Ibáñez Leza; (4) María Rosario Zangróniz Uruñuela; (4) José Tomás Gómez Sáenz; (4) Alfredo Martínez Soba.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño (La Rioja); (3) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.; (4) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Varón de 63 años con antecedentes personales de gastritis hipertrófica hipersecretora desde hace 10 años, psoriasis pustulosa y colitis inflamatoria (Enfermedad de Crohn) diagnosticada hace unos 10 meses en tratamiento con mesalazina desde hacía 15 días. Remitido desde atención primaria por cuadro de 7 días de febrícula de hasta 38.3°C, tos con expectoración verdosa y disnea grado 3 de a mMRC. En ausencia de hallazgos exploratorios, la radiografía de tórax muestra infiltrados pulmonares bilaterales. Con sospecha de neumonía se inicia tratamiento con ceftriaxona, asociando azitromicina a las 48 horas ante deterioro clínico y radiológica. Análítica sanguínea con eosinofilia en torno al 30%. Se realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar que informa de eosinofilia de 20%. Se inicia tratamiento con corticoides IV y se retira la mesalazina con lo que se observa mejoría clínica, radiológica y reducción de la eosinofilia periférica

#### Exploración y pruebas complementarias:

Taquipneico, SatO2 en torno a 89-90%, crepitantes finos bilaterales. Análítica eosinofilia periférica, broncoscopia con lavado broncoalveolar que reportó eosinofilia del 20%; el resto de cultivos de esputo y sangre negativos, VIH negativo. TAC torácico informado como infiltrados parenquimatosos bilaterales que empiezan a desaparecer en estudio control posterior una vez retirada la pentasa e iniciado el tratamiento con corticoides. Se logra dar alta con esquema de corticoides orales en pauta descendente.

#### Juicio clínico:

Neumonitis eosinofílica aguda por mesalazina

#### Diagnóstico diferencial:

...

#### Comentario final:

El pulmón es uno de los órganos que con mayor frecuencia se afecta por reacciones adversas o toxicidad secundaria a fármacos. Las eosinofilias pulmonares son un grupo de enfermedades pulmonares intersticiales difusas definidas por infiltración del parénquima pulmonar por eosinófilos, que pueden acompañarse o no de eosinofilia en sangre periférica. Los síndromes

eosinófilos pulmonares se caracterizan por síntomas respiratorios, alteraciones radiológicas y, potencialmente, afectaciones sistémicas.

Los síndromes eosinofílicos pueden clasificarse como enfermedades pulmonares de causa conocida con eosinofilia asociada (asma, aspergilosis, inducida por fármacos o de origen infeccioso o parasitario), trastornos eosinofílicos pulmonares primarios (neumonía eosinofílica aguda y crónica), enfermedades pulmonares con eosinofilia (NOC, neumonitis por hipersensibilidad) y neoformaciones asociadas a eosinofilia (linfomas, leucemias).

La neumonitis eosinofílica fue descrita por primera vez como causa de insuficiencia respiratoria aguda en 1989. Se caracteriza por infiltración pulmonar por eosinófilos asociada o no a eosinofilia periférica. El cuadro clínico tiene una duración de menos de cuatro semanas, aunque generalmente menor de 7 días. Se caracteriza por tos productiva, disnea y fiebre. También puede haber malestar general, mialgias, sudoración nocturna, escalofríos y dolor torácico pleurítico. Para el diagnóstico: la presencia de infiltrados pulmonares con eosinofilia en sangre periférica, eosinofilia en el LBA y eosinofilia en el tejido pulmonar obtenido por biopsia pulmonar transbronquial. La causa pueden ser infecciones parasitarias, fármacos entre los cuales figuran antibióticos, antiaritmicos analgésicos y derivados de acetilsalicílico como la mesalazina. Se han descrito casos de hipoxemia severa e insuficiencia respiratoria. En ausencia de insuficiencia respiratoria el tratamiento inicial con prednisona oral 40 a 60 mg /día, siendo lo más importante es retirar el agente causante.

#### Bibliografía:

Síndromes eosinofílicos pulmonares. Mora Cuesta VM et al. Medicine. 2014;11(66):3936-48

## **191/55. Hipertransaminasemia y Colestasis Disociada Secundarias a Levofloxacin**

#### **Autores:**

(1) Óscar Fernando Isaula Jiménez; (2) M<sup>a</sup> Carmen Martínez Zabala; (3) Sonsoles Leirado Campo; (4) Ronald Castillo Castro; (5) Roxana Lidia Castillo Castro; (6) Marjorie Isela.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.; (2) MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.; (3) MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.; (4) MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Paterna.; (5) MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infantes; (6) MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias hospitalarias por tos no productiva de una semana de evolución asociada a febrícula de hasta 38°. Empeoramiento en las últimas 48 horas con disnea de esfuerzo grado 3 de la mMRC y malestar general.

##### Exploración y pruebas complementarias:

Consciente, orientada, hidratada y eupnéica en reposo. Afebril, TA128/77mmHg, SatO<sub>2</sub> del 95% con O<sub>2</sub> a 2 lpm, FC98lpm. Otoscopia normal, faringe hiperémica sin exudados. No masas cervicales ni soplos. No tiraje, cianosis ni acropaquias. Tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar con crepitantes tele inspiratorios en base izquierda. Abdomen normal. Extremidades sin edemas ni signos de TVP. Fine 45 (clase 1), CURB65 0, SMART-COP 2.

##### Pruebas complementarias en urgencias:

Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina e iones normales. Hemograma sin alteraciones destacables. PCR 374 mg/L. Gasometría arterial basal: pH 7.5, pCO<sub>2</sub> 30, pO<sub>2</sub> 56, SO<sub>2</sub> 91%. Gasometría

arterial basal normal, RNA virus influenza A y B negativos, Ag Legionella y Neumococo negativos En Rx tórax presenta aumento de densidad en Lóbulo inferior izquierdo (LII). ECG: normal.

#### Juicio clínico:

Neumonía adquirida en la comunidad en LII. Ceftriaxona 2g iv/24h, levofloxacin 500mg iv/24h.

#### Diagnóstico diferencial:

Al tercer día de tratamiento con levofloxacin presentó elevación de las enzimas hepáticas GOT 60, GPT 48, GGT 152, FA 113. Bilirrubina normal. VSG 108 mm/h, PCR 380mg/L.

Debido a los hallazgos analíticos se suspendió el levofloxacin y se pautó azitromicina, con mejoría de la función hepática: GOT 28, GPT 32, GGT 64. Desde el punto de vista respiratorio la evolución fue favorable, siendo dada de alta tras 5 días de estancia hospitalaria con diagnóstico final Neumonía adquirida en la comunidad e Hiperbilirrubinemia y Colestasis disociada secundaria a Levofloxacin

#### Comentario final:

El Levofloxacin es una fluorquinolona que actúa inhibiendo la síntesis de ADN bacteriano. Su uso se ha popularizado incrementándose con esto la aparición de efectos secundarios. Entre los más frecuentes están los gastrointestinales, tendinitis y rotura tendinosa, alucinaciones, hipoglucemias, prolongación del QT y discrasias sanguíneas. También se ha asociado a hepatotoxicidad habiéndose registrado 51 notificaciones en un periodo de 10 años en la base de datos FEDRA (Farmacovigilancia Española). La FDA ha reportado 2.1 casos de fallo hepático por cada 10 millones de prescripciones de levofloxacin, inferior a la descrita para gatifloxacin y moxifloxacin. En un estudio prospectivo 12 de 679 pacientes tratados con fluorquinolonas presentaron hepatotoxicidad entre el primero y el 39 día tras el inicio del tratamiento incluso después de terminado, presentando 1/3 de los pacientes daño celular, 1/3 colestasis y otro tercio ambas.

Debido a que no existe el fármaco perfecto, los efectos secundarios deben tenerse en cuenta al prescribir un fármaco.

#### Bibliografía:

Paterson JM et al. Fluoroquinolone Therapy and Idiosyncratic Acute Liver Injury: A Population-based Study. CMAJ. 2012; 184(14): 1565-70.

Orman ES et al. Clinical and Histopathologic Features of Fluoroquinolone-induced Liver Injury. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011 Jun; 9(6): 517-523.

García-Ruiz E et al. Drug-induced Liver Injury: Analysis of Incidents Submitted to the Spanish Registry Over a 10-year Period. Gastroenterology. 2005; 129: 512-21.

---

## CASO CLÍNICO EN FORMATO PÓSTER

### 191/24. Nódulo pulmonar en un paciente varón fumador.

#### **Autores:**

(1) Alcibiades Segundo Díaz Vera; (2) Abdallah Jamil Dalle Dalle; (2) Carmen Antonia Reyes Mateo; (2) Yolanda Aganzo Pérez; (2) Lorena Blanco Siendones; (2) Ana María Gonzáles Pedraja.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Servicio Navarro de Salud.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Paciente de 46 años, fumador activo con antecedentes personales de bronquiectasias pulmonares e infecciones de repetición por Pseudomonas aeruginosa. Con función pulmonar

normal medida por espirometría hace 16 meses. No toma ningún tratamiento en la actualidad, y tampoco hay tratamientos previos con corticoides. El paciente es remitido desde atención primaria al servicio de Respiratorio por un cuadro de 2 meses de evolución de disnea a moderados esfuerzos, tos productiva y fiebre ocasional que no remite tras tratamiento antibiótico con levofloxacino durante 10 días, y sin pérdida ponderal de peso.

#### Exploración y pruebas complementarias:

A la exploración física solo presenta crepitantes inspiratorios en ambas bases. En la radiografía de tórax no hay hallazgos patológicos. Se realiza cultivo de esputo en el que se aísla flora normal y una analítica sanguínea que incluía función renal, perfil hepático y hemograma con resultados dentro de la normalidad. En la espirometría se presenta leve limitación al flujo aéreo. Se realiza un TAC torácico donde se observan bronquiectasias, adenopatías subcarinales y un nódulo espiculado de 2 cm en lóbulo superior derecho. Dado los antecedentes del paciente y los hallazgos de radiológicos, se solicita un PET por alta sospecha de nódulo pulmonar maligno; apreciándose varios nódulos hipermetabólicos en ambos campos pulmonares, el mayor en LSD. Se plantea la posibilidad de cirugía, pero la familia y el paciente rechazan.

#### Juicio clínico inicial:

Nódulo Pulmonar

#### Diagnóstico diferencial:

Se realiza un nuevo TAC torácico de control donde aprecian los nódulos pulmonares ya descritos, con aumento discreto de tamaño, además de áreas de vidrio deslustrado no presentes previamente. Con estos hallazgos descritos se revalora el caso, sugiriendo un posible origen infeccioso, por lo que se decide realizar Broncoscopia con lavado broncoalveolar donde se aísla Nocardia sensible a trimetoprim-sulfametoxazol. El paciente recibe tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol durante 4 meses de forma ambulatoria con mejoría clínica y radiológica significativa. En el TAC de control no se observan los nódulos pulmonares y las áreas de vidrio deslustrado.

#### Comentario final:

La nocardiosis pulmonar (NP) es una infección grave que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos y se asocia a una elevada morbimortalidad. En los últimos años se ha detectado un aumento de casos de NP en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y bronquiectasias. Los factores que se asocian a su presencia y determinan su pronóstico son desconocidos. La nocardiosis pulmonar sigue siendo una entidad de diagnóstico difícil por su inespecificidad clínica y radiológica, condicionando un diagnóstico diferencial amplio; por ello, en ocasiones, su hallazgo es fortuito tras el examen microscópico rutinario de las muestras o el procesamiento de esputos para micobacterias, hongos o Legionella. El género Nocardia produce  $\beta$ -lactamasas en un 90% de cepas y su resistencia a la meticilina es intrínseca. El tratamiento antibiótico de elección sigue siendo las sulfonamidas, asociadas al trimetoprim.

#### Bibliografía:

- 1.- R. Martínez,S. Reyes,R. Menéndez. Pulmonary nocardiosis: risk factors, clinical features, diagnosis and prognosis Curr Opin Pulm Med, 14 (2008), pp. 219-227.
- 2.- R. Martínez Tomas,R. Menéndez Villanueva,S. Reyes Calzada,M. Santos Durantez,J.M. Vallés Tarazona,M. Modesto Alapont. Pulmonary nocardiosis: risk factors and outcomes Respirology, 12 (2007), pp. 394-400.

## 191/25. A propósito de un caso de Rickettsia conorii

### **Autores:**

(1) Alcibiades Segundo Díaz Vera; (2) Abdallah Jamil Dalle Dalle; (2) Carmen Antonia Reyes Mateo; (2) Lorena Blanco Siendones; (2) Ana María González Pedraja; (2) Yolanda Ganzo Pérez.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Servicio Navarro de Salud.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

## Resumen:

### Descripción del caso:

varón de 45 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a la consulta por presentar bruscamente fiebre, mal estado general, dolor osteomioarticular, y que se acompaña a los 2 ó 3 días de la aparición de un exantema maculo-papular que afecta predominantemente a las extremidades (palmas y plantas).

### Exploración y pruebas complementarias:

Exploración física: presenta un exantema maculo-papuloso, en tronco y extremidades con afectación de palmas y plantas. A nivel del muslo derecho, cara anterior, se aprecia mancha negra, necrótica y con bordes inflamatorios. Además de adenopatías inguinales reactivas.

### Pruebas complementarias:

En la analítica de urgencias se aprecia leve leucopenia y trombopenia, resto de la analítica sin alteraciones. La radiografía de tórax era normal. Reinterrogada al paciente nos cuenta que vive en el campo y tenía perros y ovejas.

Tras el ingreso en el hospital la paciente continuó presentando fiebre elevada, por lo que ante la sospecha de fiebre botonosa mediterránea se inició tratamiento empírico con doxiciclina (100 mg cada 12 horas) una vez obtenidas muestras para serología, microbiología y biopsia de la lesión. Tras la instauración de la antibioterapia, el estado general y lesiones de la paciente mejoró considerablemente. Con posterioridad se recibió el resultado de la serología positivo para *Rickettsia conorii*.

### Juicio clínico:

la clínica, la respuesta al tratamiento y la positividad de la serología confirma el diagnóstico de Fiebre botonosa mediterránea.

### Diagnóstico diferencial:

Ante Las lesiones descritas se puede plantear el diagnóstico diferencial entre: sarampión, vasculitis, meningococemia, vasculitis, toxicodermias, rickettsiosis exantemática y primo infección VIH.

### Comentario final:

la fiebre mediterránea es la forma más frecuente de rickettsiosis botonosa al sur de europa, endémica en el área mediterránea. El agente es la *rickettsia conorii*, transmitida por la garrapata, siendo el perro el reservorio habitual.

La mayor parte de casos se observa en verano y principios de otoño. El inicio del cuadro clínico es brusco, con fiebre, malestar general, que se sigue a los pocos días de un exantema maculo papular, con afectación plantar. En 65% de los caso se puede localizar la mancha negra, que constituye la puerta de entrada. La diana es el endotelio vascular, induciendo vasculitis, que puede afectar a diferentes órganos de la piel y aparecer complicaciones sistémicas (hepatitis, trombosis venosa profunda, miocarditis, etc.). El método diagnóstico de elección es la serología, que se positiviza en 1-2 semanas tras el inicio de los síntomas, y siendo necesarios títulos > 1/128 para establecer el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras infecciones que cursen con exantema maculo papular. El tratamiento de elección es la doxiciclina a dosis de 200 mg/día. Otras alternativas incluye tetraciclina, cloranfenicol, azitromicina y claritromicina.

### Bibliografía:

1.-Berbis P. Rickettsioses. EMC(Elsevier Masson SAS, Paris), 98-341-10, 2007.

2.-Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. Medicina Integral. 2001;38(03):110-5.

## 191/30. Tumoración cervical derecha como manifestación de un cáncer de pulmón.

### Autores:

(1) Alcibiades Segundo Díaz Vera; (2) Abdallah Jamil Dalle Dalle; (2) Carmen Antonia Reyes Mateo; (2) Yolanda Aganzo Pérez; (2) Lorena Blanco Siendones; (2) Ana María González Pedraja.

### Centro de Trabajo:

(1) Servicio Navarro de Salud.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Paciente de 64 años, anticoagulado por una fibrilación auricular, referido desde atención primaria al servicio de Neumología por tumoración cervical derecha de 5 meses de evolución, compatible con adenopatía. Paciente asintomático. No síndrome general. No pérdida de peso. Apetito conservado. Tos irritativa ocasional. No dolor torácico ni disnea habitual. Sube 2 pisos de escaleras sin disnea.

Tratamientos previos: Colchicina: 1-0-0, Alopurinol 80: 1-0-0, Olmetec 20 mg 0-0-1, Indapamida 2.5 mg 1-0-0, Omeprazol 40 mg 1-0-1, Carduran neo 4 mg 1-0-0, Atorvastatina 10 mg 0-0-1, Atenolol 50 mg 1-0-1, Sintrom según pauta, Palexia retard 50 mg, CPAP nocturno, Torasemida 5 Digoxina 0,25.

#### Exploración y pruebas complementarias:

SaO<sub>2</sub>: 98%. Adenopatías latero-cervicales y supraclaviculares bilaterales, más llamativas del lado derecho. No se palpan adenopatías axilares. AC: Ruidos cardíacos arrítmicos con FC controlada. AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

ESPIROMETRÍA: FVC: 3.84L (83%). FEV1: 2.49L (72%). FEV1/FVC: 0.64. FVC-PB: 3.94L (85%, +2%). FEV1-PB: 2.60L (75%, +4.5%). FEV1/FVC-PB: 0.66.

TC cervical: Múltiples adenomegalias patológicas por número, tamaño, morfología y densidad en nivel cervical IV derecho, yugulares inferiores/supraclaviculares. También uno patológico en el nivel V inferior derecho. Engrosamiento nodular oval, bien delimitado, de densidad tisular en la vertiente interna de la membrana tiro-hioidea izquierda. Mide 1,6 x 0.8cm. No se puede descartar tumoración a este nivel. No otros hallazgos significativos como patológicos en resto de niveles visualizados.

#### TC tórax-abdomen:

Hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar primaria en LID con asiento pleural, nódulos metastásicos en hemitórax derecho y múltiples adenomegalias patológicas mediastínicas ipsilaterales, así como supraclaviculares derechas.

- Biopsia adenopatía cervical derecha y resultado de Anatomía patológica: Metástasis de ganglio cervical. Metástasis en ganglio linfático por carcinoma poco diferenciado (Cervical derecho). Estudio inmunohistoquímica compatible con un adenocarcinoma poco diferenciado de pulmón.

#### Juicio clínico:

1.- Carcinoma no microcítico pulmonar (Adenocarcinoma poco diferenciado T3, N3,M0). Estadio IIIB. ECOG: 0

2.- EPOC leve. GOLD 1.

#### Diagnóstico diferencial:

Las adenopatías cervicales plantean un diagnóstico diferencial entre un amplio abanico de posibilidades como una TBC, leucemias/linfomas, CMV, Epstein barr, neoplasia de pulmón, mononucleosis infecciosa, entre otras, etc..

Se presentará el caso en Comisión de Tumores del hospital y se decide remitir al paciente a la consulta de Oncología Médica para valorar tratamiento quimioterápico.

Oncología Médica decide iniciar tratamiento con quimioterapia(QT) que posteriormente se suspende por mala tolerancia clínica del paciente .

#### Comentario final:

El carcinoma de pulmón es un problema sanitario grave, generalmente con un mal pronóstico. Se ha convertido en la primera causa de muerte en los países industrializados. Actualmente es la causa más frecuente de mortalidad por neoplasia, siendo el 28% de todas las muertes por cáncer y el 6% de todas las muertes.

En números absolutos se cree que podría ya superar la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Es la primera causa de muerte en varones > 35 años (35%) y se prevé que sea también en el sexo femenino. puede producir una variedad de síntomas y signos. El pronóstico viene condicionado por el estadio de la enfermedad. En los estadios iniciales es muy favorable. La cifra en un 80-85% de supervivencia a los 5 años en los T1N0M0 y de un 60 a un 65% en los T2N0M0. En el estadio II (N1) la supervivencia es baja: en el carcinoma epidermoide entre el 70-75% para el T1N0M0 y alrededor del 50% para el T2N0M0. Los pacientes con afectación adenopática mediastínica tienen muy mal pronóstico. Son factores de muy mal pronóstico la afectación ganglionar subcarinal y extranodal, la afectación de más de una estación adenopática y el tamaño grande del tumor. Las resecciones pulmonares son intervenciones que generan una morbilidad y mortalidad no despreciable. Las resecciones lobares tienen una mortalidad de entre el 3-5% y las neumonectomías del 6-10%.

#### Bibliografía:

- 1.- Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. McGraw-Hill - Interamericana de España. 2015 ISBN 84-486-0665-5
- 2.- Farreras-Rozman. Medicina Interna. Ed. Doyma. 2014. ISBN 84-7592-148-5.

## **191/31. Paciente con neumonía varicelosa y lesiones cutáneas.**

#### **Autores:**

(1) Alcibiades Segundo Díaz Vera; (2) Abdallah Jamil Dalle Dalle; (2) Carmen Antonia Reyes Mateo; (2) Yolanda Aganzo Pérez; (2) Ana María González Pedraja; (2) Lorena Blanco Siendones.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Servicio Navarro de Salud.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 36 años, si antecedentes personales ni familiares conocidos de interés, remitido desde la consulta de primaria al servicio de urgencias por presentar erupción pruriginosa que se inició en cuero cabelludo y que luego se generalizo a todo el cuerpo, de 4 días de evolución. Que se acompaña de fiebre de hasta 40° c, cefalea, malestar general, y en las últimas 12 horas odinofagia y dificultad respiratoria. Había recibido tratamiento con paracetamol sin mejoría.

##### Exploración y pruebas complementarias:

TA: 100/60, T: 39,5 °c, saturación de O2 93%. Paciente en mal estado general, hidratado, perfundido, buen relleno capilar. Presenta lesiones múltiples en diferentes estadios madurativos (pápulas eritematosas, vesículas, pústulas y costrosas) en todo el cuerpo. Amígdalas hiperemias, y paladar con alguna microvesícula. Adenopatías pre auriculares de características inflamatorias. Auscultación cardio-pulmonar: crepitantes difusos. Exploración neurológica normal.

El hemograma, la bioquímica, gasometría arterial, y sedimento urinario con resultados dentro de la normalidad. Radiografía de tórax: afectación parenquimatosa extensa multi-microno-

dularidad y áreas de atenuación. Se solicitaron serología para virus hepatitis B y C, herpes simple, varicela-zoster, sarampión, VIH. Se tomó muestra de líquido de una vesícula para PCR de virus herpes simples y varicela-zoster. Y muestras para cultivo de bacterias.

#### Juicio clínico:

Varicela y neumonía varicelosa.

#### Diagnóstico diferencial:

Los principales diagnósticos planteados en urgencias fueron varicela y eccema herpético.

El paciente fue tratado con paracetamol y Aciclovir intravenosos, y curas tópicas con sulfato de zinc y clorhexidina. La serología IgM antivaricela resultó positiva. PCR de la lesión (+) para virus varicela-zoster. El paciente evolucionó favorablemente dado de alta a los 7 días.

#### Comentario final:

La varicela es una infección sistémica aguda que suele aparecer en la infancia y es causada por el virus varicela-zóster, presentando un curso benigno y autolimitado. Menos del 5% de los casos se presenta en adultos. En general, se manifiesta con síntomas generales leves seguidos poco tiempo después por lesiones cutáneas que aparecen en brotes e incluyen máculas, pápulas, vesículas y costras. Los adultos, los recién nacidos y los pacientes inmunodeficientes o con ciertas enfermedades subyacentes presentan mayor riesgo de presentar complicaciones neurológicas u otros trastornos sistémicos (p. ej., neumonía). El diagnóstico se basa en la evaluación clínica. Los individuos con riesgo elevado de complicaciones graves deben recibir profilaxis pos-exposición con inmunoglobulina, y si presentan la enfermedad deben ser tratados con antivirales (p. ej., valaciclovir, famciclovir, aciclovir). La vacuna confiere protección eficaz, siendo controvertida su asociación a corticoides. Cuando afecta a adultos puede ser un cuadro grave por sus complicaciones, destacando la neumonía por su frecuencia y gravedad. Se debe realizar una radiografía de tórax a los pacientes adultos con varicela que persisten con fiebre y hay compromiso de su estado general para descartar una complicación neumónica.

#### Bibliografía:

1. De la Peña L, Izaguirre D, Aguirrebengoa K, et al. Neumonía por varicela en el adulto: estudio de 22 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18:493-5.
2. Heninger U, Seward JF. Varicella. *Lancet* 2006; 368:1365-76.

## 191/32. Bronquiolitis aguda, una patología muy frecuente

#### **Autores:**

(1) Patricia García Navas; (2) Tamara Farfán Orte; (1) Cristina García Muro; (3) Elia Portal Gil; (4) Verónica Jiménez Escobar; (5) Elisa De Miguel Esteban.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (2) Médico Residente de 4to año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (3) Médico Residente de 2do año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (4) Médico Adjunto Neumología Pediátrica. Hospital San Pedro. Logroño.; (5) Médico Adjunto de Pediatría. Centro de Salud de Nájera. Nájera.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Lactante de 4 meses, sin antecedentes de interés, diagnosticada de bronquiolitis por su pediatra, en tratamiento con salbutamol mediante cámara de inhalación.

Consulta en Urgencias por aumento de la dificultad respiratoria. Asocia fiebre de tres días de evolución, máximo 38.8°C, rechazo de tomas e intolerancia oral. A su llegada se encuentra mal profundida, con coloración pálido-grisácea, taquicárdica (200 lpm), taquipneica (FR 80),

con uso de musculatura accesoria e hipoventilación generalizada, saturación de O<sub>2</sub> 90%. Score Wood-Downes-Ferrés 10. Se diagnostica de bronquiolitis aguda grave.

Recibe nebulización de salbutamol con discreta respuesta, por lo que administra adrenalina nebulizada observándose mejoría del score. Ingresa y se inicia oxigenoterapia de alto flujo a 7 lpm, Temperatura 34°C y FiO<sub>2</sub> al 70%, con lo que mantiene saturaciones adecuadas y disminuye la frecuencia cardiaca y respiratoria. Se realizan pruebas complementarias, analítica sin alteraciones. En la radiografía de tórax, se aprecia intenso atrapamiento aéreo bilateral y un neumotórax derecho no a tensión, sin desplazamiento mediastínico.

Permanece ingresada durante once días. Recibe tratamiento con adrenalina nebulizada, oxigenoterapia de alto flujo con descenso progresivo de la FiO<sub>2</sub> y fluidoterapia. En el Aspirado Nasofaríngeo, se obtiene PCR de virus positiva para el Virus Respiratorio Sincitial B (VRS B) y se aísla Haemophilus Influenzae. Mantiene constantes estables pero persisten picos febriles por lo que sexto día se añade al tratamiento Amoxicilina-clavulánico dada la tórpida evolución y la bacteria aislada en el aspirado. Presenta una mejoría progresiva, pudiendo retirar la medicación nebulizada y la oxigenoterapia. Se da de alta con antibioterapia y control evolutivo por su pediatra de Atención Primaria.

#### Juicio clínico:

Bronquiolitis aguda grave por VRS B

#### Diagnóstico diferencial:

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con laringotraqueitis, asma, neumonía, tos ferina, inhalación de cuerpo extraño, malformación pulmonar, cardiopatía, aspiración por reflujo gastroesofágico...

#### Comentario final:

La bronquiolitis es el primer episodio de disnea respiratoria aguda, con síntomas catarrales en niños menores de 2 años. Es una patología muy frecuente. Se trata de infecciones víricas, siendo el VRS el que causa los cuadros más graves.

Habitualmente los episodios son leves y se manejan en Atención Primaria con tratamiento sintomático o asociándole salbutamol en cámara de inhalación. No se debe añadir corticoterapia o antibióticos (si no lo requiere por otro motivo). El diagnóstico es clínico. Es una patología potencialmente grave por lo que es necesario tanto saber manejarla, como saber cuando derivarla a un centro hospitalario. Los cuadros moderados-graves precisan ingreso para observación y tratamiento, pudiendo llegar a precisar soporte respiratorio.

#### Bibliografía:

-Guerrero Fernández J, Ruíz Domínguez JA, Menéndez Suso JJ, Barrios Tascón A. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5ª edición. Madrid: Publimed; 2009.

-Callen Blecua M, Praena Crespo M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-4). 2015.

## **191/33. Mancha Pulmonar: A propósito de un Hamartoma**

### **Autores:**

(1) *Stefanny Priscila Aldaz Vaca*; (2) *Begoña Gonzalo García*; (3) *M<sup>a</sup> Carmen Martínez Zabala*; (4) *Raquel Sáenz Ortigosa*; (5) *Tatia Santirso Benito*; (5) *Laura Bea Berges*.

### **Centro de Trabajo:**

(1) *Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud J. Elizalde. Logroño*; (2) *Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño*; (3) *MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de*

Salud Joaquín Elizal; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Hombre de 85 años, sin alergias medicamentosas conocidas.

Con antecedentes médico-quirúrgicos: HTA, DLP. Cardiopatía isquémica (angioplastia coronaria).

Tratamiento habitual: Adiro 100 mg, Amlodipino 5mg, simvastatina 40mg, Orfidal 1mg, Omeprazol 20mg.

Historia actual: Acude a Urgencias tras caída accidental, Refiere policontusiones en costado derecho y dorso. No pérdida de conocimiento.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Constantes: TA 135/62 mmHg, FC: 83 lpm, Sat O2: 93%

Buen estado general, Eupneico en reposo.

AP: murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.

AC: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos.

Neurológico: Consciente y orientado en las tres esferas. PICNR. Pares craneales normales. No signos de focalidad neurológica.

Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucosa 122.0mg/dL, Urea 33.0mg/dL, Creatinina 0.96 mg/dL, Sodio 143.0mmol/L.

Hemograma: Hemoglobina 14.7 g/dL, Hematocrito 45.0 %, Plaquetas 159.000, Leucocitos 17.100 (Neutrófilos 87.1 %). Coagulación: normal.

RX Tórax PA y L: Imagen nodular de borde bien definido en base lóbulo superior derecho.

IMPRESIÓN CLÍNICA: Policontusiones tras caída accidental. Nódulo Pulmonar derecho a estudio

TAC TORACICO: nódulo denso de aproximadamente 3,8 cm de diámetro, con calcificaciones, de bordes espiculados con reacción parenquimatosa peri-lesional, localizado en lóbulo superior de pulmón derecho.

BIOPSIA: AP: nódulo redondeado, irregular de 3,8 cm x 3,5 cm, superficie multilobulada, de superficie homogénea, blanca grisácea con centro de aspecto fibro-mixóide, de consistencia blanda y con áreas de calcificación.

#### Juicio clínico:

Hamartoma

#### Diagnóstico diferencial:

Neoplasias, adenomas bronquiales, condromas, fibromas, lipomas, leiomiomas, hemangiomas, teratomas...

#### Comentario final:

El hamartoma es un tumor benigno pulmonar compuesto de epitelio respiratorio, tejido fibroconectivo, grasa, cartílago y hueso, de crecimiento desorganizado y de 2-4 cm de diámetro, Masa de contornos lisos y calcificaciones que le dan aspecto en palomita de maíz. Se presentan de forma solitaria, aunque en ocasiones puede ser múltiples.

Se definen 3 subtipos: condromatosos, leiomiomatosos adenofibromatosos.

Según su localización se clasifican en: parenquimatosos (los más frecuentes y asintomáticos por ser periféricos) y endobronquiales (centrales, produciendo síntomas de obstrucción bronquial).

Diagnóstico: Incidental (RX Tórax, TC Torácico...)

Tratamiento: Al ser asintomáticos, conservador, aunque si producen síntomas o si son de gran tamaño, se opta por la cirugía.

#### Bibliografía:

J. Calvo Bonachera, J. F. Pascual Lledo, M. S. Bernal Rosique\*, M. D. Calvo Bonachera. Hamartoma endobronquial. Anales. Med. Interna (Madrid) v.18 n.6 jun. 2001.

D. González Rivas, R.Fernández Prado, M. Delgado Roel, M. Paradela de la Morena, J. García Salcedo. Enucleación de hamartoma pulmonar por VATS. Galicia Clin 2009; 70 (2): 21.

G. Ramos, M.a.J. Gallo, J.L. Duque, M.G. Yuste. Tumores broncopulmonares benignos: clínica y radiología. Archivos de Bronconeumología. Volume 15, Issue 4, October–December 1979, Pages 196–200

R. García-Toral, M. A. Villarreal-Zaunbos, F. Vázquez-Fernández, E. G. Prieto-Murguía, L.Aguilar-Padilla. Hamartoma pulmonar. Gac Méd Méx Vol. 143 No. 4, 2007

### **191/35. Tosferina, enfermedad infecciosa en edad infantil y en adultos**

#### **Autores:**

(1) Laura García Fernández; (2) Patricia García Navas; (1) Juana María Sánchez Puentes; (3) Elisa De Miguel Esteban; (4) Isabel Saenz Moreno; (5) Maria Elena Muro Ovejas.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 3er año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (2) Médico Residente de 2do año de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (3) Médico Adjunto de Pediatría. Centro de Salud Nájera. Logroño.; (4) Médico Adjunto Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Nájera. Logroño.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Neonato de 25 días de vida. Embarazo controlado sin vacunación frente Bordetella durante el mismo. Acude a la consulta de pediatría de Atención Primaria con tos aislada y exploración normal. Madre con cuadro catarral. Seguimiento diario por su pediatra en el Centro de Salud, a las 48 horas, inicia episodios de tos paroxística con cianosis perioral y rechazo de la alimentación. Se remite a hospital de referencia para observación ante la alta sospecha clínica de Tosferina.

Al ingreso, se inicia de forma empírica tratamiento con Azitromicina 10 mg/kg/día. En aspirado nasofaríngeo para determinación de virus respiratorios se realiza PCR de Bordetella pertussis, con posterior resultado positivo tanto en el neonato como en su madre.

A las 24 horas, asocia con los episodios de desaturación y apneas. Se completa estudio con control analítico, mostrando una leve acidosis mixta en la gasometría venosa (pH 7.29, Pco2 46, HCO3 22, EB -4.7); bioquímica, reactantes de fase aguda (PCT y PCR) y hemograma normal, salvo leucocitos con linfocitosis. Se inicia oxigenoterapia de alto flujo precisando un flujo de 6 lpm y FiO2 25% con mejoría progresiva pudiendo suspenderse el soporte respiratorio a los 4 días, y siendo dado de alta a los 8 días.

##### Exploración y pruebas complementarias:

Exploración física: normal.

Pruebas complementarias: Aspirado nasofaríngeo para PCR de virus respiratorios y de Bordetella pertussis. Hemograma, bioquímica, gasometría venosa.

##### Juicio clínico:

TOSFERINA

##### Diagnóstico diferencial:

Enfermedades respiratorias pediátricas (catarro de vías altas, bronquiolitis), alteraciones funcionales y morfológicas de la vía aérea superior (laringomalacia), cardiopatía.

Comentario final:

La tosferina, en los lactantes no vacunados, supone una enfermedad altamente peligrosa con una letalidad entre 0.5-1%. Dado que el principal reservorio de la enfermedad actualmente se encuentra en los adolescentes y adultos, un reconocimiento precoz de los síntomas en estas franjas etarias junto con la reciente vacunación sistemática de las embarazadas al final de la gestación, son importantes medidas de prevención que se pueden realizar desde Atención Primaria.

Bibliografía:

1. Lupiani Castellanos MP, Grande Tejada AM, Dapena Archiles M, Ares Álvarez J. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Tosferina ¿En qué punto nos encontramos?. Octubre 2014.
2. Campins M et al: Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos ferina. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31:240-53.
3. Cherry JD. Why do pertussis vaccines fail? Pediatrics 2012 ;129:968
4. Centers of Diseases Control and Prevention (CDC). Recommended adult immunization schedule-United States, 2010. MMWR. 2010; 59(1).

**191/36. Carcinoma bronquial basaloide****Autores:**

(1) *Tatia Santirso Benito*; (1) *Laura Bea Berges*; (2) *Lara Arbizu Sastre*; (1) *Claudia Hatzell Bonilla Barrera*; (1) *Silvia Sandra Chirinos Chalco*; (3) *Ana María Gomez Ruiz*.

**Centro de Trabajo:**

(1) *Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 7 Infantes. Logroño*; (2) *Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño*; (3) *Medico de Familia. Centro de Salud 7 Infantes. Logroño*.

**Resumen:**Descripción del caso:

Mujer de 54 años, alérgica al yodo, nunca fumadora. AP: cólicos renales de repetición y Asma bronquial extrínseco. I.Q. legrado uterino por pólipo, miopía magna y biopsia de cuerdas vocales por úlcera negativa para malignidad. Tratamiento habitual Omeprazol 20mg 1/24h. Consulta a su Médico de Atención Primaria por sensación disneica, acompañada de tos y astenia de 2 meses de evolución, con febrícula ocasional y asociado a cuadro de palpitaciones sin dolor centrotorácico y anorexia sin pérdida ponderal importante. Dada la persistencia del cuadro clínico y la falta de mejoría con tratamiento sintomático, se realiza Radiografía de Tórax objetivando opacidad que ocupa el tercio medio de pulmón izquierdo y derrame pleural moderado. Ingresa a atención hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias:

Subjetivamente estable, consciente, orientada, normohidratada, normocoloreada, eupneica en reposo. TA 140/90; FC 88 lpm; Sat. O<sub>2</sub> 96%; T<sup>o</sup> 36,7°C. En la ACP rítmica sin soplos ni rones, con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo. Se completa estudio con TC torácico describiendo una gran masa en LSI con centro quístico-necrótico compatible con neoformación primaria, que desplaza el mediastino hacia la derecha y derrame pleural izquierdo con implantes pleurales. Aparición de metástasis hepáticas.

La paciente ingresa a cargo de Neumología donde se realizan las siguientes pruebas:

Broncofibroscopia con BAS y biopsia bronquial negativas para malignidad y BAS postbiopsia no concluyente. AC de líquido pleural negativo.

PET oncológico: Gran masa con centro necrótica que ocupa la práctica totalidad de LSI de 13x14 cm. Íntimo contacto con pleura anterolateral protuyendo hacia mediastino acompa-

ñado de atelectasia y derrame pleural. Múltiples depósitos sugestivos de metástasis. Lesión patológica en diafragma y foco ganglionar axilar izquierdo. Ganglios captantes retroperitoneales y mesentéricos.

PAAF MASA LSI: Proliferación tumoral maligna de estirpe epitelial que se dispone en nidos bien definidos con empalizada periférica y celularidad monomorfa, con escaso citoplasma, núcleos ovalados con escaso pleomorfismo sin identificar nucléolo; escasas mitosis. Estudio inmunohistoquímico positivo para CK 5 y focalmente para CD 56, negativo para EGFR, proteínas ALK y ROS 1. Compatible con Carcinoma basaloide.

#### Juicio clínico:

Carcinoma basaloide de pulmón izquierdo con derrame pleural, LOES hepáticas y afectación ganglionar

#### Diagnóstico diferencial:

Es difícil diferenciar el basalioma clínicamente de otros tipos de cánceres de pulmón por lo que el diagnóstico es histopatológico e inmunohistoquímico, con el objetivo de excluir el carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma de células pequeñas y otros tipos de carcinomas de células grandes.

#### Comentario final:

El cáncer de pulmón es la tercera causa de mortalidad España. El basalioma es una variante del carcinoma de células grandes con un 6,3% de prevalencia y un comportamiento agresivo. Este tipo de tumor es bien reconocido en otros lugares como la cabeza y el cuello, el esófago y el canal anal, sin embargo su manifestación neumológica es muy extraña. La tasa de diagnóstico precoz es baja pero no podemos obviarlo.

#### Bibliografía:

Liang et al: Characteristics of large cell carcinoma of the lung. Experimental and therapeutic medicine. 2015; 9:197-202.

## 191/37. La neumonía interminable

### **Autores:**

(1) Claudia Hatzell Bonilla Barrera; (1) Laura Bea Berges; (2) Tatia Santirso Benito; (2) Maria Del Carmen Martinez Zabala; (3) Maria Angeles Espeso Fernandez; (4) Lara Arbizu Sastre.

### **Centro de Trabajo:**

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 7 Infantes. Logroño; (2) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño; (3) Médico de Familia. Centro de Salud 7 Infantes. Logroño; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

### **Resumen:**

#### Descripción del caso:

Mujer de 56 años sin alergias medicas conocidas, osteoporosis, intervenida de varices ambas piernas , sin tratamiento habitual. Consulta por varios episodios de infecciones respiratorias descritos desde 2006 , repetidos en 2007, 2013 y 2015 con sintomatología parecida: fiebre, tos persistente y escasa expectoración, pérdida de peso ; siendo tratada en todas las ocasiones con antibiótico y resolución del proceso confirmado por radiografías. En 2015 ha presentado 3 procesos infecciosos respiratorios con remisión después de antibioticoterapia y recidiva tras 1 o 2 meses después de finalizar el tratamiento , con la particularidad que la lesión era migratoria. La paciente niega otros síntomas.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Temperatura 38 °, Sat O2 98% basal, crepitantes escasos sobre todo en base izquierda, signos de insuficiencia venosa superficial, resto anodino. Analítica: elevación de PCR y VSG, ligera

leucocitosis discreta desviación izquierda; radiografías de torax: imagenes de consolidaciones pseudonodulares migratorias de predominio en bases ; por el comportamiento de los episodios y hallazgos radiológicos se remite a Neumología . Por neumología se solicita Scanner ,se encuentran infiltrados pulmonares pseudonodulares dispersos bilaterales y pequeños engrosamientos pleurales periféricos y se realiza fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial y lavado broncoalveolar (BAL) ,cuyos resultados son: hallazgos histológicos compatibles con patrón de neumonía en organización.

Juicio clínico:

Neumonía Organizada Criptogénica (NOC)

Diagnóstico diferencial:

desde una neumonía adquirida en la comunidad hasta neumonías idiopáticas intersticiales en las cuales es necesario realizar un estudio anatomo-clinicopatológico para establecer el diagnostico definitivo; como la neumonía por hipersensibilidad ,Pneumonia granulomatosa organizada, la Pneumonia crónica eosinofílica cuya clínica e imagen radiológica es casi idéntica a la Neumonía Organizada (NO)

Comentario final:

La NO fue descrita por primera vez en 1983 y 1985 como una entidad clínico patológico de causa desconocida, forma parte de la neumonías intersticiales idiopáticas y cuando no se logra identificar una etiología se denomina NOC, también puede existir una forma secundaria. La forma habitual es subaguda con tos, fiebre, disnea y pérdida de peso; presencia de estertores crepitantes y analítica con elevación de VSG y moderada leucocitosis. El diagnostico se establece ante un cuadro clínico radiológico característico, el TACAR , la biopsia transbronquial y el BAL . El tratamiento se realiza con glucocorticoides .

Por la presentación de la enfermedad sus síntomas, evolución y por todos los hallazgos encontrados en las pruebas complementarias podemos concluir que el caso de nuestra paciente es compatible con Neumonía Organizada Criptogénica. Actualmente esta siendo controlada por el servicio de neumología y continua en tratamiento con corticoides, presentando varios efectos adversos por el uso de ellos.

Bibliografía:

- Olivares F, Fica A, Charpentier P et al. Neumonía criptogénica organizada como diagnóstico diferencial de neumonía que no responde a tratamiento . Rev Med Chile. 2014; 142:261-266
- Consenso para el diagnostico de las neumonías intersticiales idiopáticas . Arch Bronconeumol.2010;46 (Supl 5):2-21
- Valenzuela C, Marcos C, Alonso Pérez T, Ancochea Bermúdez J. Actualización de las neumonías intersticiales idiopáticas. Medicine 2014; 11 (64):3080-12.
- Talmage E King J, Flaberty K R. Cryptogenic Organizing pneumonia . UpToDate. Nov 2015.

**191/39. Hipertensión arterial (HTA) resistente secundaria a Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del sueño (SAHOS), a propósito de un caso clínico.**

**Autores:**

- (1) Julio Francisco Flores Morán; (2) M<sup>a</sup> Fernanda Daccach Navarro; (3) Paula Gutiérrez Pascual; (4) Josefina Caro Ospino; (5) M<sup>a</sup> Elena Muro Ovejas; (5) Miguel Díaz Ramírez.

**Centro de Trabajo:**

- (1) Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño; (2) Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajas. Logroño.; (3) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar

y Comunitaria. Hospital San Pedro. Logroño.; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Nájera.

**Resumen:**Descripción del caso:

Varón de 61 años con antecedentes personales de DM2, HTA, retinopatía diabética, dislipidemia mixta, en tratamiento con insulina, metformina 850 mg, simvastatina 20 mg, amilorida 5 mg, hidroclorotiazida 50 mg y, losartan 50 mg. Remitido desde atención primaria a la consulta de HTA por crisis hipertensivas desde hace unos meses. En dicha consulta recibió tratamiento hasta con 5 fármacos antihipertensivos entre los cuales figuran calcioantagonistas, diuréticos de asa a dosis máxima, IECAs, antialdosterónicos, beta-bloqueantes. Polisomnografía del sueño revela un SAOS severo con hipoxemia moderada, MAPA una HTA grado I y paciente no Dipper. Se logra adecuado control de la TA y metabólico únicamente con tres fármacos antihipertensivos una vez iniciado CPAP nocturno.

Exploración y pruebas complementarias:

TA: 240-200/125-105, peso 85.4 kg, talla 1.64 mts, IMC 30.62, perímetro abdominal 114 cms. HbA1c 7.6%. Ecodoppler renal dentro de la normalidad, descartándose adenoma suprarrenal por TAC abdominal y gammagrafía. Sodio urinario elevado, el cual se normaliza una vez iniciado CPAP nocturno, junto a los valores de HbA1c y de las cifras de TA con 3 fármacos únicamente.

Juicio clínico:

Hipertensión arterial secundario a SAHOS

Comentario final:

El incremento del riesgo cardiovascular del SAHOS tiene muchos argumentos clínicos y epidemiológicos en la actualidad, aun cuando el número de apneas sea limitado. El SAHOS es una enfermedad común que afecta al 5% de la población, especialmente a varones. En los últimos años ha sido implicada en la patogenia de la HTA, enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca entre otras. El SAHOS se caracteriza por episodios recurrentes de cese del flujo aéreo respiratorio provocado por el colapso inspiratorio total (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía aérea superior durante el sueño, con el consiguiente descenso de la saturación sanguínea de oxígeno. En algunos estudios se ha mostrado que la prevalencia de HTA es mayor en pacientes con SAHOS, y que en pacientes con HTA es más común el SAHOS que en pacientes normotensos. El cuadro clínico incluye cuatro síntomas principales: hipersomnolencia diurna, microdespertares nocturnos frecuentes, astenia con cefaleas matutinas o sin ellas y ronquido importante. La hipoxia (<65%) producida por los eventos apneicos favorece la activación simpática con aumento del tono muscular, las descargas simpáticas producen vasoconstricción y elevan la PA. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, MAPA y polisomnografía del sueño. El tratamiento de base es la CPAP según resultado de estudio de polisomnografía (IAH), medidas generales como la reducción de peso, reducir consumo de sal, actividad física y evitar depresores nocturnos. El tratamiento farmacológico puede incluir el bloqueo simpático, con los  $\beta 1$  específicos (de los más útiles el metoprolol);  $\alpha$ -bloqueantes, que inhiben la vasoconstricción inducida por la apnea como la doxazosina y bloqueo del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona como los IECA, Antagonistas de Receptor de Angiotensina II, Espironolactona, útiles en SAOS e HTA resistente.

Bibliografía:

Quevedo G et al. Hipertensión arterial refractaria y apnea del sueño. Rev Argent Cardiol 2012;76(3):181-186.

## 191/41. Linfadenitis tuberculosa

### Autores:

(1) Alejandro Alberto Pasco Peña; (2) Josefina Caro Ospino; (3) María José Gérez Callejas; (4) José Tomás Gómez Sáenz; (5) Nuria Sedano García; (2) Beatriz Iruetagoiena Toca.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.; (3) Médico de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja.; (4) Médico de Familia. Centro de salud de Nájera. La Rioja.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Varón de 33 años sin antecedentes de interés, que presenta bultoma en región cervical derecha que aumenta progresivamente asociando pérdida de peso de 7 kg en 3 meses, sin clínica acompañante. Analítica en AP con hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, proteinograma y VSG normales; serologías de Epstein-Barr, hepatitis A, citomegalovirus IgM negativas. Radiografía de tórax normal

#### Exploración y pruebas complementarias:

En urgencias a la exploración física, adenopatía supraclavicular y laterocervical derechas, laterocervicales izquierdas. Resto de la exploración normal.

Ecografía cervical confirma la existencia de adenopatías múltiples cervicales, situando la de mayor tamaño en cadena yugular baja derecha, varias de diferente tamaño y región supraclavicular.

Ingresa en Medicina Interna. Analítica: HBs Ag +, VHB core anticuerpos IgG +, anti Hbe +, PPD +. PAAF ganglionar: Inmunofenotipo: no alteraciones en las poblaciones linfoides, que sugieran proliferación linfomatosa.

TC toraco-abdominal: único nódulo pulmonar en LSD inespecífico a valorar en controles previos y adenopatía paratraqueal derecha de 1,8 cm, resto normal.

La biopsia y el cultivo son positivos para tuberculosis (TB) ganglionar, iniciándose tratamiento con pauta 9 HRZ 4 HR con buena respuesta. Controles anuales sin recidiva.

#### Juicio clínico:

Linfadenitis tuberculosa

#### Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial es muy amplio y difícil sólo con la clínica. Incluye tumores malignos (linfoma) y otras infecciones (micobacterias no tuberculosas, enfermedad por arañazo del gato, hongos, sarcoidosis, adenitis bacteriana etc.).

#### Comentario final:

La mayoría de cuadros de linfadenitis tuberculosa (LT) periférica aislada se producen por la reactivación de una infección latente, sin embargo puede darse una diseminación miliar con participación de ganglios linfáticos en una infección primaria de la TB.

La linfadenopatía cervical es la manifestación más común de la LT, representando el 63 al 77% de los casos. Lo más frecuente es una masa unilateral que aparece en la cara anterior o triángulos cervicales posteriores. La clínica depende de la localización y el estado inmunológico del paciente. La fiebre aparece en 20 a 50% de los casos en no infectados por VIH y de 60 a 80% en los infectados. La exploración física revela una masa firme, discreta o ganglios fijos

enmarañados en las estructuras adyacentes.

El diagnóstico se establece con el examen histopatológico de BAAR junto con frotis y cultivo de material de ganglios linfáticos.

El cultivo para micobacterias sigue siendo el Gold estándar y permite realizar pruebas de sensibilidad a los fármacos para escoger el tratamiento.

La PPD es positiva en la mayoría (74 a 100%) de los pacientes, sin embargo no es suficiente para establecer el diagnóstico.

En general, el tratamiento para adultos con microorganismo sensible se compone de dos meses de rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida, seguido de cuatro meses de rifampicina e isoniazida. Puede aparecer una reacción paradójica con aumento del tamaño de los ganglios linfáticos hasta en el 20% de los pacientes, aunque por lo general no indica fracaso terapéutico.

Existen tasas de recurrencias del 3,5% persistiendo ganglios linfáticos residuales en una minoría (7 a 11%).

#### Bibliografía:

Espinosa Gimeno A, Martínez Sanz J, Asong Engonga Obono L y Rodríguez Zapata M. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. *Medicine* 2014;11(52):3091-7.

## 191/43. Uso racional de fármacos en ancianos para un mejor pronóstico tras TEP

#### **Autores:**

(1) M<sup>a</sup> Carmen Martínez Zabala; (2) Óscar Fernando Isaula Jiménez; (3) Sonsoles Campo Leirado; (4) Claudia Hatzell Bonilla Barrera; (5) Stefanny Priscila Aldaz Vacca; (6) Begoña Gonzalo García.

#### **Centro de Trabajo:**

(1) MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizal; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; (3) Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño.

#### **Resumen:**

##### Descripción del caso:

Mujer de 82 años traída a Urgencias por encontrarse agresiva, desorientada, con temblor y dificultad para la marcha e incontinencia doble. No clínica respiratoria, fiebre ni otra sintomatología.

No alergias medicamentosas conocidas. HTA, Dislipemia. IRC. EPOC moderado. Estenosis aórtica moderada. Insuficiencia venosa. TVP y TEP bilaterales en 2012. Neuralgia postthérpica en hemiabdomen derecho.

Tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg(1-0-0), Amlodipino/Valsartán/HTC(1-0-0), Atorvastatina 40 mg(0-0-1), Tramadol 100 mg(1-0-0), Duloxetina 30 mg(1-0-0), Pregabalina 150 mg(1-0-1).

Hasta esta noche IABVD, continente doble, orientada en las tres esferas, caminaba sola con bastón. Exfumadora de ½ paquete/día desde hace 15 años.

##### Exploración y pruebas complementarias:

TA146/65 mmHg, FC85 lpm, T°37.2°C, SaO2 95% Basal. Orientada en persona. Normoperfundida, normohidratada. Eupneica en reposo. Reactiva.

Auscultación Cardíaca: rítmica, soplo sistólico panfocal.

Auscultación Pulmonar: respiración superficial, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: PPRB +, resto normal.

EEl: leves edemas perimaleolares. Homans-.

Exploración neurológica: Difícil de valorar por falta de colaboración de la paciente.

Bioquímica: glucosa 113 mg/dL, creatinina 1.16 mg/dL. Gasometría venosa: pH 7.35, pCO<sub>2</sub> mmHg 49, HCO<sub>3</sub>- 27 mmol/L. Sistemático de orina: 500 leucocitos/campo, hemoglobina 0.03 mg/dL. Elementos formes en orina: 4-10 hematíes/campo, 20-50 leucocitos/campo, bacterias+++ . PCR 6. Hemograma normal. Fibrinógeno 549, Dímero D 1136, resto de coagulación normal.

Rx tórax y abdomen normales.

ECG: Ritmo sinusal a 88 lpm con ondas T negativas en precordiales derechas.

Doppler de EID: trombosis en toda la trayectoria de la vena safena interna.

Angio-TC: TEPs en ramas periféricas dependientes de arteria pulmonar del LII.

Ecocardiograma: estenosis severa e insuficiencia leve aórticas.

TC cerebral: signos de involución generalizada.

#### Juicio clínico:

- TVP safena interna de EID.
- TEP ramas periféricas dependientes de arteria pulmonar del LII.
- Episodio de desorientación de probable origen medicamentoso agravado por el proceso anterior.
- Estenosis severa e insuficiencia leve aórticas.
- Bacteriuria asintomática/ITU.

#### Diagnóstico diferencial:

- Interacción farmacológica Tramadol/Pregabalina/Duloxetina
- ITU/bacteriuria asintomática
- TVP/TEP

#### Comentario final:

El Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)—extensamente validado—presenta alta sensibilidad en la predicción de mortalidad tras el diagnóstico de TEP estable. Las variables de mayor peso en esta escala son la edad (en años) y la alteración del estado mental, de modo que un paciente de tan solo 46 años (46 puntos) que presentara como único síntoma acompañante desorientación (60 puntos) va a ser clasificado de riesgo alto ( $\geq 106$  puntos). La mayor utilización de opiáceos asociados a antidepresivos ISRS/IRSN en poblaciones ancianas incrementa las posibilidades de padecer síndrome serotoninérgico, así como la frecuencia de cuadros de desorientación en este grupo de edad. Un uso más racional de estos fármacos en la población anciana con riesgo moderado-alto de TEP permitiría que éstos pudieran ser clasificados como clase I o II en el PESI, pudiéndose beneficiar entonces de tratamiento ambulatorio o—como mínimo—de una estancia hospitalaria más breve.

#### Bibliografía:

Tobin DG, Ansdrews R, Becker WC. Prescribing opioids in primary care: Safely starting, monitoring, and stopping. CCJM 2016 Mar;83(3):207-215.

Castuera Gil AI, Fernández Herranz J, Martínez Larrull E, Muñoz Roldán I. Tromboembolismo pulmonar. Medicine. 2015;11(88):5245-53.

Uresandi F. Implicaciones de la estratificación pronóstica en el manejo del tromboembolismo pulmonar. Medicina Respiratoria. 2010,3(3):43-52.

## 191/58. Sarcoidosis

### Autores:

(1) Beatriz Alonso Gonzalo; (2) Ana Díez Mayayo; (1) Raquel Sáenz Ortigosa; (3) Marta Gallardo Arenas.

### Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo.

### Resumen:

#### Descripción del caso:

Mujer de 50 años sin antecedentes de interés que comienza con fiebre prolongada de posible origen urinario tratada con levofloxacino. Reaparición de la fiebre asociada a tos, expectoración y dolor escapular derecho. En Rx de tórax se objetiva aumento de densidad en LSD compatible con NAC iniciando tratamiento con cefditoreno, con persistencia de tos derivando a Neumología.

#### Exploración y pruebas complementarias:

Eupnéica, obesidad, SatO<sub>2</sub> 95%. Analítica con PCR 35mg/l, espirometría con patrón obstructivo moderado y prueba broncodilatadora negativa. En Rx persiste condensación. El TAC se informa como área de mayor densidad radiológica de 37x20 mm en LSD irregular y espiculada captante de contraste con adenopatías mediastínicas, paratraqueales derechas y subcarinales. Broncoscopia con lavado broncoalveolar (LBA) inflamatorio, mycobacteria negativo. Granulomas pulmonares compatibles con sarcoidosis.

#### Juicio clínico:

Sarcoidosis pulmonar en estadio II.

#### Diagnóstico diferencial:

1. Fiebre prolongada: TBC, linfoma, VIH y colagenopatías.
2. Patrón intersticial de predominio en lóbulos superiores: metales pesados, reacciones medicamentosas, histiocitosis, espondilitis anquilosante, silicosis, neumonía eosinófila, neumonitis por hipersensibilidad.

#### Comentario final:

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de causa desconocida que origina granulomas epitelioides no caseificantes. Es más frecuente entre los 20-40 años, mujeres y raza negra, donde presenta mayor gravedad. La mortalidad oscila entre 1-5% por disfunción respiratoria. El órgano más afectado es el pulmón.

Las formas agudas/subagudas (20-40% de los casos) se desarrollan en varias semanas, con dos síndromes característicos: Löfgren (eritema nodoso, adenopatías y artralgias) y Heerfordt-Waldenstrom (fiebre, parotiditis, parálisis facial y uveítis anterior). Las formas crónicas afectan al pulmón (90%) y ganglios linfáticos (75-90%) con clínica de disnea, tos y adenopatías.

El diagnóstico se realiza a través de la clínica compatible, la radiografía de tórax (patrón intersticial retículo-nodular, adenopatías hiliares bilaterales y granulomas no caseificantes en la biopsia de órgano afecto (la piel por su accesibilidad o el parénquima pulmonar por broncoscopia). El TAC torácico identifica y facilita estadiaje pulmonar.

Se establecen 4 estadios. En el I hay adenopatías hiliares bilaterales sin afectación parenquimatosa, en el II se añade afectación parenquimatosa difusa. Los estadios III (infiltrados sin adenopatías) y IV (fibrosis pulmonar irreversible) tienden a la cronicación.

La espirometría suele presentar un patrón restrictivo con descenso de la DLCO. El LVA muestra un aumento en el cociente T4/T8. En los test cutáneos de tuberculina es frecuente la anergia cutánea.

La evolución es variable, 2/3 evolucionan a la resolución espontánea, y el otro tercio hacia la forma activa persistente o con recidivas periódicas.

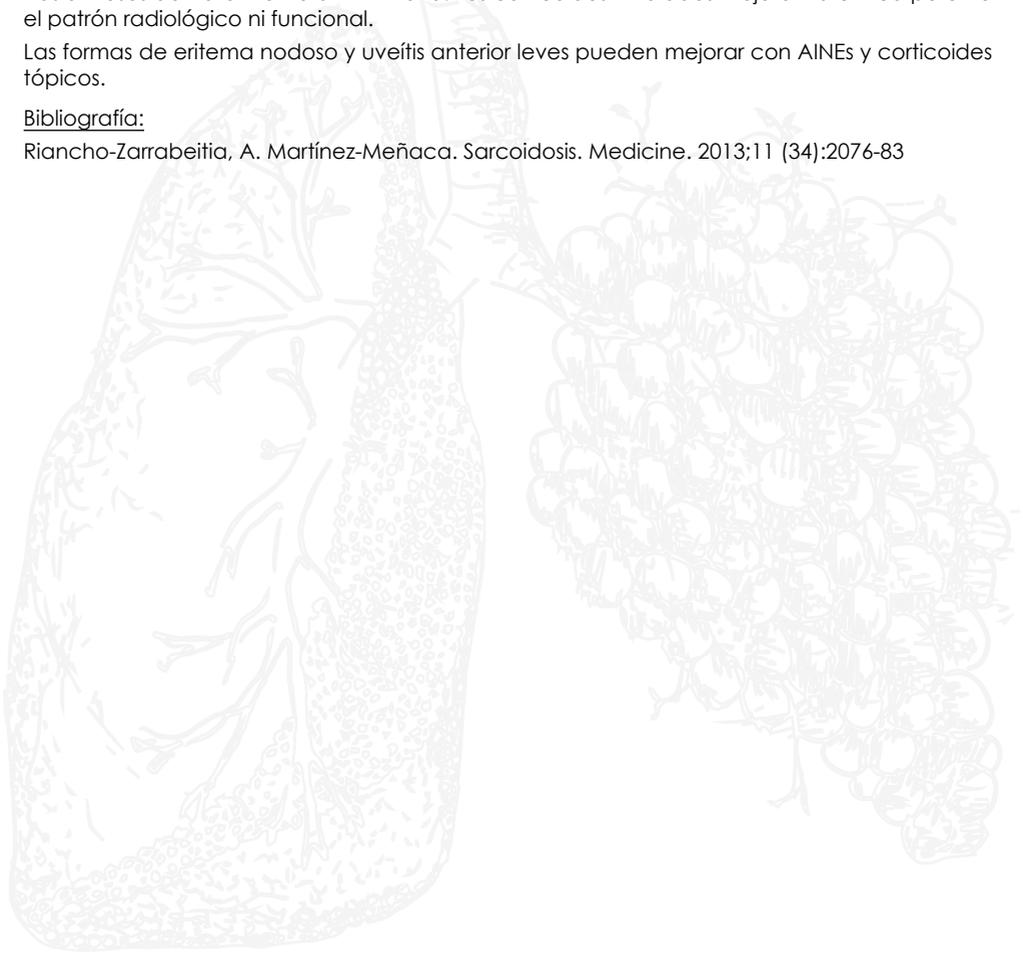
El tratamiento está indicado en las formas pulmonares a partir del estadio II si la clínica es moderada-severa, progresiva o con evolución radiográfica y siempre en las formas extratorácicas.

La base del tratamiento son los corticoides orales en dosis 0.5mg/kg/día durante 1mes con descenso progresivo hasta dosis de mantenimiento 5-10mg/día 6-24meses. Si no son efectivos tras 3 meses de tratamiento anti-TNF alfa. Los corticoides inhalados mejoran la clínica pero no el patrón radiológico ni funcional.

Las formas de eritema nodoso y uveítis anterior leves pueden mejorar con AINEs y corticoides tópicos.

Bibliografía:

Riancho-Zarrabeitia, A. Martínez-Meñaca. Sarcoidosis. Medicine. 2013;11 (34):2076-83



## Patrocinadores



## Colaboradores



## Transportista Oficial



## Organiza



@SEMERGENap



[www.facebook.com/Semergen](http://www.facebook.com/Semergen)



## Secretaría Técnica



C/Narváez 15-1<sup>izq</sup>  
28009 · Madrid  
tel : 902 430 960  
fax : 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)