

686. UTILIDAD DE LA ESCALA PESI SIMPLIFICADA EN PACIENTES ANCIANOS CON TROMBOEMBOLIA DE PULMÓN AGUDA SINTOMÁTICA

C. Rodríguez Calle, D. Velasco Álvarez, E. Mercedes Noboa, F.X. Leon Roman, B. Pintado Cort, A. Pérez Figuera, R. Morillo Guerrero, C.A. Quezada Loaiza, D. Barrios Barreto y D. Jiménez Castro

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: La escala Pulmonary Embolism Severity Index simplificada (PESIs) es muy útil para la identificación de pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática y un riesgo bajo de muerte a corto plazo. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de esta escala en pacientes ancianos (> 80 años).

Material y métodos: Incluimos 3,085 pacientes ancianos con diagnóstico de TEP entre el 1 de diciembre de 2013 y el 31 de enero de 2019. Analizamos los eventos clínicos (muerte por cualquier causa, muerte por TEP, recurrencias y sangrados mayores no mortales) durante los primeros 30 días de tratamiento en el grupo de pacientes con PESIs = 1 y aquellos con PESIs > 1.

Resultados: Fallecieron 228 pacientes (7,4%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 6,5%-8,4%) durante los primeros 30 días de tratamiento. La mortalidad por cualquier causa y por la propia TEP fue significativamente menor en el grupo de pacientes con PESIs = 1 comparado con el grupo de pacientes con PESIs > 1 (3,7% vs 9,6%, $p < 0,0001$; 0,5% vs 2,0%, $p < 0,001$, respectivamente). No hubo diferencias significativas en la incidencia de recurrencias y de sangrados no mortales entre los dos grupos (0,4% vs 0,4%, $p = 1,0$; 3,3% vs 4,2%, $p = 0,24$).

Eventos clínicos	PESI=1	PESI>1	ρ
Muerte por cualquier causa	3,7%	9,6%	0,0001
Muerte por TEP	0,5%	2%	0,001
Recurrencias	0,4%	0,4%	1
Sangrados mayores	3,3%	4,2%	0,24

Eventos clínicos según PESI.

Conclusiones: En pacientes ancianos con TEP aguda sintomática, aquellos con un PESIs = 1 tienen una mortalidad a 30 días menor que aquellos con un PESIs > 1. Aunque en este grupo la mortalidad por la propia TEP fue despreciable, la mortalidad por todas las causas fue alta y está relacionada con la alta comorbilidad de los pacientes ancianos.

369. VALIDEZ EN NUESTRO MEDIO DE UN SCORE CLÍNICO PARA PREDECIR CÁNCER OCULTO EN PACIENTES CON EVENTO TROMBOEMBÓLICO VENOSO IDIOPÁTICO

C. Ortega Michel¹, K. Fernández de Roitegui Pérez¹, J. Poyo Molina¹, I. Elorza Sagasta¹, M.Á. Sánchez de Toro¹, A. Montero de la Peña², C. Bermúdez Ampudia³, A. Rivas Guerrero¹, L. Jara Palomares⁴ y J.L. Lobo Beristain¹

¹Servicio de Neumología HUA, Vitoria-Gasteiz, Álava, España. ²Servicio de Medicina Nuclear HUA, Vitoria-Gasteiz, Álava, España. ³Unidad de Investigación OSI araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La conveniencia de proceder a una búsqueda activa de neoplasias ocultas en los pacientes que han padecido un evento tromboembólico venoso idiopático (eTEVi), sigue estando en discusión y recientemente se ha propugnado la utilización de un score validado que reduce la población diana aumentando significativamente la ren-

tabilidad de la búsqueda (score JPmodificado). El objetivo fue analizar valor de previsión, en nuestro medio, del score JPmodificado, en una cohorte de pacientes cuya evolución clínica se controló por protocolo, en un estudio longitudinal (24 meses) de incidencia de hipertensión pulmonar postembólica crónica (Estudio OSIRIS).

Material y métodos: Se utilizaron los datos que proporcionaban los pacientes que se incluyeron en nuestro hospital para el estudio OSIRIS. Se utilizaron los test de Student y Mann-Whitney para comparar las variables continuas y el test exacto de Fisher para las categóricas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15, SPSS Inc., Chicago, Illinois) para el manejo estadístico de los datos, y se consideró estadísticamente significativa la presencia de una two-sided $p < 0,05$.

Resultados: La cohorte la componían 272 pacientes (54% varones) con una mediana de edad de 69 (52-78) años. De ellos 53 tenían el antecedente de neoplasia ya previamente conocida (19,48% [IC95: 14,95-24,70]), y de los 219 restantes, 49 (22,37% [IC95: 17,04-28-48]) habían sido eTEV secundarios a otros factores de riesgo. Entre los 170 idiopáticos, dos fueron diagnosticados de neoplasia durante el proceso diagnóstico de su eTEV, y los otros 168 iniciaron un seguimiento clínico con revisiones a los 3,6,12 y 24 meses, a lo largo del cual solo 9 pacientes (5,35% [IC95: 2,48-9,93]) fueron diagnosticados de neoplasia maligna. Un total de 48 pacientes (28,74% [IC95: 24,06-38,53]) tenían un Score (+); La incidencia de neoplasia al largo de los dos años de seguimiento entre ellos fue 3/48 = 6,25% (IC95: 1,31-17,20), mientras resultaba de 5,04% (IC95: 1,87-10,65) entre los que tenían Score (-). $p = 0,752$.

	Neoplasia sí	Neoplasia no	Totales
Score JP modificado (+)	3	45	48
Score JP modificado (-)	6	113	119
Totales	9	158	167

Conclusiones: Aunque la incidencia de neoplasia oculta en nuestra serie es similar a la descrita en la literatura, el valor operativo del score JPmodificado en nuestro medio para la selección de pacientes susceptibles de ser sometidos a búsqueda activa de neoplasia oculta tras un eTEV idiopático es inferior a lo deseable.

CIRUGÍA TORÁCICA

857. ¿ES LA CIRUGÍA ACTUALMENTE EL TRATAMIENTO DE LAS BRONQUIECTASIAS LOCALIZADAS? REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

J. González Fernández, M. López Porras, J.C. Girón Arjona, R. Jiménez Merchán, I. Sabariego Arenas y F. Cózar Bernal

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Se define bronquiectasia como la dilatación anómala e irreversible de los bronquios de tamaño mediano, que se acompañan de destrucción de los componentes muscular y elástico de la pared bronquial, generalmente asociadas a infección bronquial crónica. Esta enfermedad se presenta como exacerbaciones de una patología crónica que van progresivamente disminuyendo la calidad de vida del paciente y aumentando la morbimortalidad. En el caso de bronquiectasias localizadas puede estar indicado el tratamiento quirúrgico, especialmente en aquellos en lo que se existen tumores endobronquiales o cuerpos extraños, bronquiectasias locales con infecciones recurrentes frecuentes que no responden al tratamiento médico o pacientes con áreas de bronquiectasias responsables de hemoptisis graves en las que la embolización de arterias bronquiales ha sido in-

efectiva. El tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias localizadas está dirigida a la extirpación de los segmentos pulmonares que no son funcionales.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Área Hospitalaria Virgen Macarena durante los años 2009-2019 por diagnosticados de bronquiectasias. La población que se incluye en el estudio son todos aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente diagnosticados de bronquiectasias, se han incluido 16 pacientes intervenidos en los últimos 10 años, siendo 10 de ellos mujeres y 6 hombres, con unas edades comprendidas entre los 23 y 77 años. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de los datos de edad, sexo, tipo de procedimiento y resultados postoperatorios.

Resultados: De los 16 pacientes, en 12 de ellos se realizó lobectomía, en 3 segmentectomía y en 1 paciente se realizó neumonectomía, ya que se trataba de un caso muy avanzado. El postoperatorio de estos pacientes fue favorable sin presentar complicaciones quirúrgicas graves, solo se encontraron complicaciones leves como derrame pleural y neumonía en la estancia hospitalaria postoperatoria que se han autolimitado. La sintomatología asociada a las bronquiectasias como tos, disnea y expectoración mejoró en todos los pacientes al mes tras la cirugía.

Conclusiones: Tras observar los resultados descritos y la mejoría clínica de los pacientes concluimos que en los casos seleccionados de pacientes con bronquiectasias localizadas sin grandes comorbilidades asociadas el tratamiento quirúrgico puede ser una buena opción terapéutica.

513. FACTORES IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE NEUMONÍA EN OPERADOS POR CÁNCER DE PULMÓN

M. Cristeto Porras¹, J.S. Osorio Chávez¹, N. Borja Vargas¹, D. Andía Torrico², B. Rodríguez Corada², L. González Ramos¹, L. Sánchez Moreno², S. Tello Mena¹, K.F. Escobar Ramírez¹, G.E. Andretta Juárez¹, S. Izquierdo Cuervo¹, V.M. Mora Cuesta¹, D. Iturbe Fernández¹, A. Martínez Meñaca¹, D.J. Ferrer Pargada¹, A. Manrique Mutiozabal¹, B. Abascal Bolado¹, C.A. Amado Diago¹, J.J. Ruiz Cubillán¹, T. Díaz de Terán López¹, S. Naranjo Gozalo², C. Loidi López², C. Álvarez de Arriba² y J.M. Cifrián Martínez¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España. ²Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

Introducción: La neumonía es una de las complicaciones más comunes en pacientes operados de cáncer de pulmón (CP) y se ha relacionado con un incremento de la mortalidad de hasta un 46%. El objetivo de nuestro estudio es determinar qué variables están relacionadas con la aparición de neumonía en una serie de pacientes operados de CP.

Material y métodos: Estudio transversal retrospectivo que incluye a pacientes operados de CP en nuestro centro durante el periodo 01/01/2005 al 31/12/2018. Se recogieron variables demográficas, clínicas y espirométricas, relacionadas con la intervención quirúrgica y con el postoperatorio y se realizó un análisis comparativo de los pacientes que desarrollaron neumonía frente a los que no la desarrollaron.

Resultados: Se incluyeron 783 pacientes operados de CP, de los cuales, 52 (6,6%) desarrollaron neumonía. De entre todos los factores estudiados previos a la cirugía, el sexo masculino ($p = 0,006$), la escala ECOG ($p = 0,000$), la puntuación en el índice de Charlson ($p = 0,013$), el antecedente de cardiopatía isquémica ($p = 0,038$), el antecedente de EPOC ($p = 0,042$) y la escala ThRCRI ($p = 0,000$) fueron los principales factores implicados en el desarrollo de neumonías (tabla 1). De entre los factores relacionados con las características del tumor y la cirugía, el tipo de abordaje quirúrgico fue el único factor que se relacionó con la aparición de neumonías ($p = 0,000$), no teniendo influencia la histología ni el estadiaje. Como era de esperar, los pacientes con neumonía tras la cirugía de CP tuvieron más necesidad de reintuba-

ción orotraqueal, más ingresos en UCI, más tiempo de drenaje torácico, más tiempo de estancia hospitalaria y mayor mortalidad en los primeros 30 días tras la cirugía, aunque no más reingresos hospitalarios en los primeros 30 días tras el alta (tabla 2).

Tabla 1.

CARACTERÍSTICAS BASALES PREVIAS A LA CIRUGÍA				
	Todos	Sí neumonía	No neumonía	p
N	783	52 (6,6%)	731 (93,4%)	-
Sexo				0,006
- Hombre	77,5%	92,3%	76,5%	
- Mujer	22,5%	7,7%	23,5%	
Edad (años)	65,09 ± 10,31	67,62 ± 11,58	64,91 ± 10,19	0,067
IMC (kg/m ²)	26,61 (23,88 – 29,24)	25,34 (23,73 – 28,37)	26,67 (23,88 – 29,3)	0,311
ASA				0,391
- ASA 1	5,7%	1,9%	6%	
- ASA 2	58,1%	57,7%	58,1%	
- ASA 3	34,4%	40,4%	33,9%	
- ASA 4	1,8%	0%	1,9%	
ECOG				0,000
- ECOG 0	60,9%	36,5%	62,7%	
- ECOG 1	33,9%	46,2%	32,7%	
- ECOG 2	5,1%	13,5%	4,5%	
- ECOG 3	0,4%	3,8%	0,1%	
Índice de Charlson	5 (4 – 6)	5,5 (4,25 – 6)	5 (4 – 6)	0,013
Tabaquismo				0,260
- Fumador	23,9%	28,8%	23,6%	
- No fumador	12,6%	5,8%	13,2%	
- Exfumador	63,1%	65,4%	63,2%	
HTA	43,6%	40,4%	43,8%	0,667
Diabetes	17,4%	25%	16,8%	0,133
Cardiopatía	11,4%	21,2%	10,7%	0,038
Fibrilación auricular	8%	9,6%	7,9%	0,600
EPOC	30,9%	44,2%	30%	0,042
Arteriopatía	12,9%	17,3%	12,6%	0,389
Enfermedad cerebrovasc.	5,6%	11,5%	5,2%	0,064
Cirugía torácica previa	5,6%	1,9%	5,9%	0,352
Filtrado glomerular	60 (60-87)	72 (60 – 90)	60 (60 – 87)	0,093
Creatinina preoperatoria (mg/dl)	0,9 (0,75 – 1,03)	0,88 (0,70 – 1,08)	0,9 (0,75 – 1,03)	0,571
Albumina preoperatoria (gr/dl)	4,3 (4,1 – 4,4)	4,2 (3,9 – 4,4)	4,3 (4,1 – 4,4)	0,253
ThRCRI				0,001
- A	75%	63,5%	75,8%	
- B	23,4%	28,8%	23%	
- C	0,3%	0%	0,3%	
- D	1,4%	7,7%	1%	
CVF (ml)	3525,41 ± 913,87	3614,02 ± 1000,02	3518,77 ± 907,49	0,478
CVF (%)	99,37 ± 20,46	96,46 ± 18,22	99,58 ± 20,61	0,298
FEV ₁ (ml/seg)	2378,45 ± 698,35	2360,82 ± 750,64	2379,74 ± 694,95	0,855
FEV ₁ (%)	84,7 (71,5 – 102)	79,25 (69,2 – 95)	85 (72 – 102)	0,134
DLCO (%)	84,7 (71,5 – 102)	79,33 ± 20,90	71,72 ± 21,20	0,391
FEV ₁ ppo (%)	63,60 ± 22,02	60,18 ± 20,43	63,84 ± 22,11	0,246

Tabla 2.

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL TUMOR Y LA CIRUGÍA				
	Todos	Sí neumonía	No neumonía	p
Lesión				0,665
- Derecha	58,4%	61,5%	58,1%	
- Izquierda	41,6%	38,5%	41,9%	
QT inducción	9,6%	11,5%	9,4%	0,624
RDT inducción	1,7%	3,8%	1,5%	0,212
Abordaje:				0,000
- Toracotomía	56,6%	50%	57%	
- VATS	34,6%	19,2%	35,7%	
- Reversión	8,8%	30,8%	7,3%	
Tipo resección				0,800
- Lobectomía	90,2%	90,4%	90,2%	
- Neumonectomía	9,1%	9,6%	9%	
- Segmentectomía	0,8%	0%	0,8%	
Tiempo de cirugía (minutos)	145 (120 – 180)	148 (125,75 – 192)	145 (119,25 – 180)	0,403
Uso de analgesia regional				0,481
- Paravertebral	49,6%	50%	49,5%	
- Intercostal	17,9%	21,2%	17,6%	
- Brilma	4,5%	0%	4,8%	
- PV + IC	7,8%	11,5%	7,5%	
- Epidural	4,1%	1,9%	4,2%	
- NO	16,2%	15,4%	16,3%	
Ingreso en UCI	3,6%	30,8%	1,6%	0,000
Re-IOT	1,8%	25%	0,1%	0,000
Exitus primeros 30 días	0,6%	5,8%	0,3%	0,003
Días de drenaje	5 (3 – 8)	6,5 (4 – 9)	5 (3 – 7)	0,018
Días de estancia hospitalaria	7 (5 – 10)	12,5 (8,25 – 19)	7 (5 – 9)	0,000
Re-ingreso primeros 30 días	8,1%	11,5%	7,9%	0,301
Histología				0,114
- Adenocarcinoma	42,8%	34,6%	43,4%	
- Epidermoide	40,3%	53,8%	39,3%	
- Microcítico	0,4%	1,9%	0,3%	
- Carcinoides	6,3%	0%	6,7%	
- Neuroendocrino	2,3%	5,8%	7%	
- Células grandes	2,3%	3,8%	2,2%	
- Pleomórfico	0,1%	0%	0,1%	
- Desconocido	0,9%	0%	1%	
Estadiaje:				0,527
- I	50,2%	41,2%	50,8%	
- II	28,9%	37,3%	28,3%	
- III	19%	19,6%	18,9%	
- IV	2%	2%	1,9%	
QT Aduvante	31,8%	21,2%	32,5%	0,092
RT Aduvante	7,9%	0%	8,5%	0,028

Conclusiones: Como era de esperar, los pacientes con más comorbilidades previas a la cirugía de un CP tienen mayor riesgo de complicaciones infecciosas en forma de neumonía, además de una mayor morbimortalidad posquirúrgica.

500. IMPACTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS DE LAS GUÍAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA TORÁCICA

S. Argota Catalán, L. Moro Simón, M. Álvarez Fernández, B. Gómez-Paratcha Gutiérrez y M. Rodríguez Pérez

Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España.

Introducción: La evaluación y educación preoperatorias son aspectos fundamentales de las guías de recuperación intensificada tras cirugía. Sin embargo, su calidad y cumplimiento dependen en gran medida del personal que las lleve a cabo. En este estudio hemos evaluado el impacto de la realización de estas indicaciones por personal de enfermería específicamente dedicado a ello frente a la realización de las mismas por personal no dedicado.

Material y métodos: Se ha diseñado un estudio de casos y controles que incluye los pacientes sometidos a resección pulmonar en nuestro centro. Los pacientes se han dividido en controles, pacientes cuya educación y evaluación preoperatoria fue llevada a cabo por personal de enfermería no dedicado (perteneciente a otras especialidades y sin formación específica) y casos, aquel grupo de pacientes en los que las instrucciones procedían de personal de enfermería dedicado a cirugía torácica y con entrenamiento específico en recuperación intensificada. Utilizando tablas 2 x 2 y el test exacto de Fisher, se ha comparado el grado de cumplimiento de la preparación en cuanto a los distintos ítems (ayunas, ducha preoperatoria, analgesia, profilaxis antitrombótica, y conocimiento de la fisioterapia respiratoria) en los dos grupos de pacientes.

Resultados: Se han estudiado 47 pacientes sometidos a resección pulmonar entre agosto de 2018 y septiembre de 2019. De ellos, 26 (55%) fueron evaluados por personal de enfermería no dedicado (controles) y 21 (45%) por personal de enfermería dedicado y entrenado (casos). El cumplimiento de los distintos ítems se muestra en la tabla. 4 (15%) pacientes entre los controles incumplieron las ayunas frente a 1 entre los casos (5%) ($p = 0,362$). 6 (23%) pacientes entre los controles no conocía los ejercicios de fisioterapia respiratoria preoperatoriamente, frente a 2 (10%) entre los casos ($p = 0,296$). 10 (38%) pacientes entre los controles, no tomaron la gabapentina preoperatoria, frente a 1 (5%) entre los casos ($p = 0,013$). 8 (31%) pacientes entre los controles no se administraron HBPM frente a 2 (10%) en el grupo de los casos ($p = 0,150$). 12 (46%) pacientes entre los controles no se ducharon con el gel de clorhexidina, frente a 2 (10%) pacientes entre los casos ($p = 0,010$).

Cumplimiento de los ítems preoperatorios en función del personal que llevó a cabo la formación

Ítems preoperatorios	Personal no dedicado	Personal dedicado
Ayunas de al menos 2 horas para líquidos	22(85%)	20 (95%)
Conocimiento de los ejercicios de fisioterapia respiratoria	20 (77%)	19 (90%)
Administración de gabapentina	16(62%)	20 (95%)
Administración de HBPM	18 (69%)	19 (90%)
Ducha preoperatoria con gel específico	14 (54%)	19 (90%)

HBPM: heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones: La evaluación preoperatoria por personal de enfermería dedicado a cirugía torácica y con formación específica en las guías de recuperación intensificada, aumenta el cumplimiento de los dis-

tintos ítems preoperatorios, especialmente de aquellos específicos de enfermería.

859. IMPACTO PRONÓSTICO DEL DE LA RESECCIÓN PULMONAR POR CPCNP EN MAYORES DE 75 AÑOS

A. Lora Ibarra, N. Muñoz González, J.D. Avilés Parra, B. Díaz Sanz y J. García Tirado

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Analizar el impacto según el tipo de resección pulmonar (sublobar vs lobectomía o bilobectomía) sobre la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de recurrencias (SLR) en pacientes mayores de 75 años con cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Material y métodos: Estudio de cohortes de pacientes mayores de 75 años sometidos a resección pulmonar por cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) entre enero de 2009 a diciembre de 2016. Como criterios de exclusión se consideraron cirugías exploradoras y las neumonectomías. El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi cuadrado. Las curvas de supervivencia se representaron por el método de Kaplan-Meier y la comparación entre ellas con el test de log-rank.

Resultados: Se identificó un total de 264 pacientes con edad ≥ 75 años que se sometieron de manera consecutiva a resección quirúrgica por cáncer de pulmón no microcítico en estadio clínico I clínico. Se realizó resección sublobar en 74 pacientes (28%) y lobe/bilobectomía en 190 pacientes (72%). La edad media fue de 78 (dt 2,6), edad mínima de 75 y máxima 87. Hombres 78,4% (n = 207), VATS 39% (n = 103). La SG en el grupo de resección sublobar fue del 85% (IC95% 83-86%) a los 2 años y del 42% (IC 40-42%) a los 5 años vs SG lobectomía/bilobectomía con SG del 70% (IC95% 69-70%) a los 2 años y del 50% (IC 49-51%) a los 5 años. Log-rank $p = 0,8$. La SLR en el grupo de resección sublobar fue de 61% (IC95% 59-63%) y a los 5 años de 41% (IC95% 39-43%) vs SLR en el grupo de lobe/bilobectomía que fue del 68% (IC95% 67-69%) y a los 5 años de 42% (IC95% 39-45%); Log-rank $p = 0,76$. En el análisis bivariado se analizaron variables clínicas que pudieran influir en la morbimortalidad, a saber fuga aérea persistente, neumonía, atelectasia, requerimiento de transfusión, insuficiencia respiratoria, arritmias y/o cardiopatía isquémica no hallando diferencias significativas.

Conclusiones: En nuestra experiencia, al comparar la bilobectomía-lobectomía frente a la resección sublobar en pacientes con edad mayor o igual a 75 años no se compromete el pronóstico oncológico.

711. MIASTENIA GRAVIS Y TIMOMA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

M. Guarino, J.C. Trujillo Reyes, G. Planas Cánovas, E. Martínez Téllez, E. Cladellas Gutiérrez, E.A. Libreros Niños, I. Illa Sendra y J. Belda Sanchís

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una patología autoinmune rara caracterizada por interferir con la neurotrasmisión muscular comportando debilidad y fatiga de entidad variable. Para la indicación del tratamiento quirúrgico de la MG debemos descartar la presencia de timoma. Ante el diagnóstico de timoma, la timectomía máxima está indicada de entrada. Cuando no tenemos un tumor tímico asociado, se recomienda la cirugía en pacientes con AChR-Ab, afectos de MG generalizada y edad < 60 años. Analizamos una serie de casos con MG, con o sin timoma, tratados quirúrgicamente en nuestro centro mediante cirugía mínimamente invasiva (MIS) desde enero 2016 hasta noviembre 2019 con el objetivo de valorar la eficacia de dicho tratamiento sobre la MG si hay diferencias según su asociación a tumor tímico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Pacientes a los que se les ha realizado una timectomía máxima por VATS desde el 2016 al 2019. Se han recogido las siguientes variables: días de estancia, complicaciones o crisis miasténicas a 30 días, dosis de corticoides quirúrgica, a 1 mes y al año de la cirugía. Se aplicó el test exacto de Fisher para valorar la significatividad estadística en la diferencia de respuesta.

Resultados: Se intervinieron 22 pacientes, 8 con MG y timoma y 14 con MG. La edad media fue de 48 ± 37 años con una estancia media de $2,7 \pm 5$ días. La cirugía presentó una tasa de conversión del 9% y una tasa de complicaciones mayores a 30 días del 9% (sangrado intraoperatorio y parálisis del nervio frénico). En el 62,5% de los pacientes con timoma se redujo la dosis de esteroides a 1 mes de la cirugía y en el 100% al año. En los pacientes sin timoma fue respectivamente el 33% y el 70%. La diferencia de respuesta entre los dos grupos al mes y al año no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,36$ y $0,25$ respectivamente).

Total de pacientes operados

N	Edad	Tasa de conversiones	Complicaciones 30 días	Complicaciones mayores	Estancia (días)
22	38 ± 37	9,09% (n = 2)	41% n = 9	9,09% n = 2	$2,7 \pm 5$

Comparación de pacientes con y sin timoma

Grupo	N	Crisis miasténicas	Reducción corticoides 1 mes	Reducción corticoides 1 año
Timoma + MG	8	0%	62,5% (n = 5/8)	100% (n = 6)
MG sin timoma	14	0%	33,3% (n = 4/12)	70% (n = 7/10)

Conclusiones: La timectomía por VATS permite obtener resultados similares en términos de radicalidad en comparación con la esternotomía con menor estancia hospitalaria y con mejor control del dolor postoperatorio. Destaca que la mayoría de los pacientes presentan buena respuesta al tratamiento quirúrgico pudiéndose reducir en la mayoría de los pacientes la dosis de corticoides al año, con probable mejor respuesta en los pacientes afectados de timoma. La realización de un estudio multicéntrico de carácter aleatorizado nos ayudaría a valorar el impacto de la cirugía mínimamente invasiva en estos pacientes.

421. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ESTANDARIZADO TELEFÓNICO Y POR CORREO ELECTRÓNICO TRAS RESECCIÓN PULMONAR

M. Rodríguez Pérez, L. Moro Simón, S. Argota Catalán y E. Fernández Elías

Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España.

Introducción: La mayoría de las guías de recuperación intensificada tras cirugía torácica terminan sus recomendaciones una vez que el paciente es dado de alta, sin establecer un claro proceso de seguimiento para prevenir visitas al Servicio de Urgencias o reingresos no necesarios. En este estudio presentamos nuestro protocolo de seguimiento estandarizado, llevado a cabo por enfermería mediante llamadas programadas y correos electrónicos, y los resultados obtenidos.

Material y métodos: Presentamos un estudio piloto observacional que incluye todos los pacientes sometidos a resección pulmonar en nuestra institución. El protocolo de seguimiento estandarizado de enfermería se basa en una consulta preoperatoria (donde se discuten los aspectos más importantes del postoperatorio, incluyendo manejo del dolor, fisioterapia respiratoria, movilización precoz y prevención de trombosis venosa profunda), una consulta postoperatoria (donde se lleva a cabo la primera cura de la herida y se refuerzan los concep-

tos ya conocidos), una serie de llamadas programadas (a las 24 horas del alta, a la semana y al mes) y un correo electrónico disponible las 24 horas del día (tabla). Todos los datos obtenidos durante el seguimiento se incluyen a tiempo real en la historia clínica del paciente, se discuten con el cirujano torácico, y en caso de que requieran alguna actuación específica, ésta también se recoge en la historia clínica electrónica.

Resultados: Entre agosto de 2018 y septiembre de 2019, 47 pacientes fueron incluidos en el estudio. En total se han recibido 82 e-mails relacionados con el seguimiento de estos pacientes. 5 (6,09%) de estos e-mails han requerido derivación del paciente o bien a la consulta programada (3/5, 60%) o bien al servicio de urgencias (2/5, 40%). En total se han realizado 141 llamadas de seguimiento. 12 (8,51%) han dado lugar a nuevas actuaciones. 2 de ellas han requerido la derivación del paciente al servicio de urgencias (2/12, 16,6%) y 10 (83,3%) a la consulta programada. Ninguno de los pacientes incluidos en el programa de seguimiento ha precisado reingreso urgente.

Protocolo de seguimiento

Consulta preoperatoria	Consulta postoperatoria
Educación del paciente	A los 15 días del alta
Prevención del dolor crónico	Cura de la herida
Prevención de la trombosis venosa profunda	Revisión de la medicación analgésica
Instrucciones de fisioterapia respiratoria y movilización precoz	
Seguimiento mediante llamadas	
A las 24 horas del alta	
A la semana del alta	
Al mes	

Correo electrónico disponible desde la consulta preoperatoria

Conclusiones: La implementación de un programa de seguimiento estandarizado manejado por enfermería en cirugía torácica es posible y, aunque se trata de un estudio piloto, ninguno de los pacientes incluidos en el seguimiento ha requerido reingreso urgente y la mayoría de las cuestiones relacionadas con el postoperatorio han podido solucionarse o bien por teléfono o bien por correo electrónico.

398. SIMPATECTOMÍA DORSAL BILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS ESENCIAL. 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

A. de la Fuente Añó¹, H. Milián Goicoechea², J.L. García Fernández², I. Cal Vázquez², P. Rofso Raboso¹, A. Escobar Delgado¹ y R. Moreno Balsalobre³

¹Médico Residente, Madrid, España. ²Médico Adjunto, Madrid, España. ³Jefe de Servicio, Madrid, España.

Introducción: La hiperhidrosis esencial consiste en la sudoración excesiva de la palma de las manos, axilas y/o planta de los pies. Es una enfermedad que puede llegar a provocar una disminución significativa de la calidad de vida y por ello los pacientes son objeto de muchos tratamientos que en abundantes ocasiones no satisfacen sus necesidades. Una opción terapéutica es la simpatectomía dorsal bilateral por videotoracoscopía. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer la satisfacción de los pacientes tras someterse a dicha cirugía, así como las complicaciones postoperatorias del procedimiento en nuestra serie.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se han revisado 40 pacientes operados de simpatectomía dorsal bilateral desde 1991 a 2017 por videotoracoscopía uniportal. Se incluyeron como variables la edad, el género, antecedentes médicos, características intra y perioperatorias y zonas corporales de sudoración. Posteriormente se estudiaron los días de ingreso, compli-

caciones postoperatorias durante el ingreso y al alta y se realizó una encuesta telefónica en la cual se preguntaba sobre la presencia de sudoración compensatoria y satisfacción tras la cirugía, puntuando del 1 al 5.

Resultados: De 40 pacientes incluidos, 22 (55%) fueron mujeres y 18 (45%) hombres. La edad media fue de 28, 5 años \pm 9 años. 10 (4%) pacientes eran fumadores activos en el momento de la cirugía, 1 (0,4%) exfumador y el resto no fumaban. La media de índice paquetes año fue de 1,31 \pm 3,5. Con respecto a la hiperhidrosis, 34 (85%) pacientes presentaron sudoración palmar, 12 (4,8%) sudoración axilar y 13 (5,2%) sudoración plantar. En cuanto a las complicaciones posquirúrgicas, 30 (75%) pacientes no tuvieron ninguna complicación durante su estancia hospitalaria y 10 (25%) pacientes tuvieron neumotórax posquirúrgico. La media de días de ingreso fue de 1 \pm 1,45 días. Todos los pacientes presentaron sudoración compensadora y la media de satisfacción tras la cirugía fue de 4,40 \pm 0,95. De los 40 pacientes, 25 puntuaron su satisfacción con respecto a la cirugía con un 5.

Conclusiones: La simpatectomía dorsal bilateral por videotoracoscofia para el tratamiento de la hiperhidrosis esencial es una técnica mínimamente invasiva con buenos resultados con respecto a la satisfacción del paciente pese a la sudoración compensadora. Esta técnica se puede indicar en aquellos pacientes con hiperhidrosis esencial en los que el tratamiento médico no ha sido efectivo.

127. SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON METÁSTASIS PULMONARES RESECADAS EN NUESTRO CENTRO EN UN PERIODO DE 17 AÑOS. REVISIÓN DE 165 CASOS

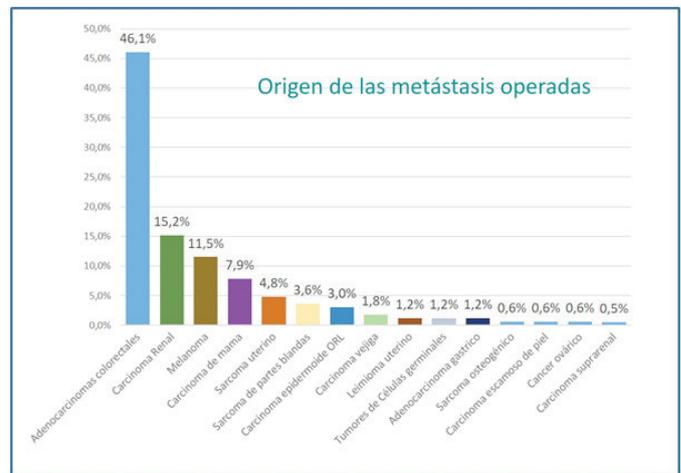
I. Bengoechea Calvo¹, J. Boldú Mitjans¹, B. Fernández Infante¹, I. Pascal Martínez¹, E. Ramírez Gil², S. Laguna Sanjuanelo² y J.J. Guelbenzu Zazpe²

¹Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España. ²Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España.

Introducción: La resección quirúrgica (RQ) de las metástasis pulmonares de tumores de origen no pulmonar seleccionados, ofrece supervivencias superiores al 50% a los 3 años, estando establecido su papel en el manejo de dichos tumores. Se revisan los datos de supervivencia de los pacientes intervenidos en nuestro centro en un periodo de 17 años.

Material y métodos: Revisamos los datos de 165 pacientes en los que se resecaron 296 metástasis pulmonares en el periodo 1999-2015, con seguimiento hasta octubre de 2019. Los datos clínicos y de seguimiento se recogieron de la Historia clínica informatizada del Servicio Navarro de Salud, incluyendo la red de Atención Primaria, así como registros de mortalidad cuando fue necesario.

Resultados: El 58% eran varones y el 42% mujeres, con una edad media de 62 años (22-83 y DE 11,3). El intervalo entre el tratamiento del tumor primario y la primera metástasis resecada fue de 45,8 meses (rango 1-288). Los tumores primarios fueron 76 colorectales (46%), 25 renales (15%), 19 melanomas (12%), 13 mama (8%), 8 sarcomas uterinos (5%), 6 sarcomas partes blandas (4%), 5 ORL (3%), 3 vejiga (2%) y otros (5%) (fig.). Se practicó resección en cuña en la gran mayoría de pacientes (77%), lobectomía en 9% y resección bilateral en un 7,5% de los casos. En la intervención, se resecó una sola metástasis en el 62% de los casos, dos en 29% y tres o más en el 9%. A 31 de octubre de 2019, habían fallecido 119 de los 165 pacientes (72%), la mayoría (107 pacientes) por progresión tumoral y 12 por causas no relacionadas. La supervivencia al año de la RQ para los 165 pacientes fue del 93%, a los 3 años del 67%, a los 5 años, solo se pudo calcular sobre 154 pacientes y fue del 45%. A los 10 años se pudo calcular sobre 129 pacientes y fue del 11% (tabla). El 17,6% de los pacientes desarrolló nuevas metástasis que pudieron ser resecadas de nuevo, con una media de 28 meses de intervalo libre (4-140).



	AL AÑO	A LOS 3 AÑOS	A LOS 5 AÑOS	A LOS 10 AÑOS
SUPERVIVENCIA	93% (sobre 165 pac.)	67% (sobre 165 pac.)	45% (sobre 154 pac.)	11% (sobre 129 pac.)

Conclusiones: La resección quirúrgica de metástasis pulmonares de tumores de origen no pulmonar seleccionados ofrece buenas supervivencias a largo plazo (67% a los 3 años y 45% a los 5 años). El intervalo libre entre el tumor principal y la primera metástasis puede ser largo con una media de más de 3 años. Los tumores primarios más frecuentes fueron de origen colorectal, renal y melanoma. La resección en cuña garantiza una buena supervivencia en este tipo de pacientes.

654. "SURGICELOMA" O "GELITACELOMA" FRENTE A RECIDIVA MEDIASTÍNICA TRAS RESECCIÓN DE CARCINOMA PULMONAR NO CÉLULA PEQUEÑA

B. Urrutia Royo, C. Folgado López, C. Martínez Barenys, M. Ávila Terzi, C. Centeno Clemente, E. Fernández Araujo, P. Serra Mitja, R. Tazi Mezalek, P. López de Castro Alujes, J. Abad Capa y F. Andreo García

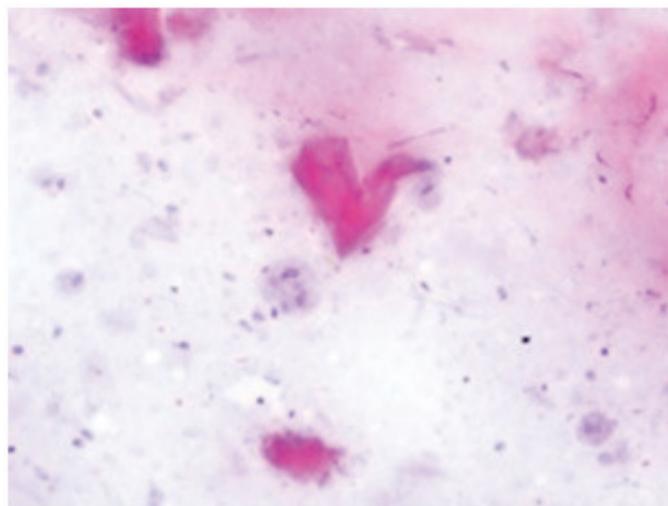
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

Introducción: Surgicel (Ethicon) y gelitacel (Gelita Medical Inc.) son dos matrices absorbibles de celulosa oxidada regenerada utilizadas como hemostático en procedimientos quirúrgicos, entre ellos la cirugía de resección pulmonar, y suele reabsorberse en 1-2 semanas (máx. 4 semanas según las especificaciones técnicas). En algunos casos, el material retenido puede causar reacciones granulomatosas a cuerpo extraño y simular la recurrencia del tumor. Los objetivos han sido revisar nuestra experiencia en reacción de cuerpo extraño a surgicel o gelitacel y, analizar la utilidad de la punción-aspiración transbronquial guiada por ultrasonografía endobronquial (EBUS-TBNA) en su diagnóstico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Se incluyeron 5 pacientes, de 2013 a 2019, intervenidos mediante resección pulmonar reglada y linfadenectomía sistemática por carcinoma pulmonar no célula pequeña, en los que la sospecha diagnóstica de recidiva ganglionar se descartó tras toma de muestras de las regiones sospechosas de malignidad mediante EBUS-TBNA o broncoscopia con obtención de sustancia amorfa correspondiente a material exógeno, compatibles con surgicel o gelitacel al establecer la correlación clínico-radiológica y anatomopatológica correspondiente.

	Edad	Tiempo desde cirugía	Colocación de celulosa oxidada regenerada	Prueba de imagen	Correlación radiológica	Localización de la toma de muestras	Obtención de la muestra	Anatomía patológica
Caso 1	63	3,5 años	Ventana aorto-pulmonar y subcarinal	PET-TC: SUV máx. 7,8	Aumento de densidad e hipermetabolismo entre la aorta, esófago y bronquio principal izquierdo	10L	EBUS-TBNA	Reacción granulomatosa, gigantocelular e histiocitaria a cuerpo extraño
Caso 2	71	10 meses	Ventana aorto-pulmonar	Radiografía de tórax	Infiltrado pulmonar en campo medio izquierdo	biopsias bronquiales FBS + frotis de espolón b. LSI-cicatriz		Material amorfo acelular con ocasionales estructuras fibrilares sugestivo de material extrínseco
Caso 3	66	1,8 años	No consta	PET-TC: SUV máx. 5	Imagen nodular en la zona de clips quirúrgicos, paratraqueal inferior derecha	4R	EBUS-TBNA	Reacción granulomatosa e histiocitaria a material extraño
Caso 4	70	1 año	Subcarinal, paratraqueal izquierdo y ventana Ao-pulmonar	PET-TC: SUV max 2,57	Paratraqueal superior e inferior derechas, prevascular y paraesofágica izquierda	4L	EBUS-TBNA	Extendidos con sustancia amorfa (material exógeno) y abundantes macrófagos.
Caso 5	61	1 año	Espacio subcarinal y prevascular	TC torácico	A nivel paraaórtico y a nivel subcarinal	7	EBUS-TBNA	material amorfo acelular (material extrínseco)

Resultados: En la tabla se exponen los datos de los 5 pacientes, todos varones (edad media 66 años) y con un tiempo desde la cirugía de 1 a 3,5 años. El material se colocó en mediastino y la exploración patológica fue, en la mayoría de los casos (3/5), una PET-TC, destacando que la zona de detección de la anomalía radiológica se correlacionaba con la de la aplicación del material. En la muestra anatomopatológica (punción o biopsia bronquial), se observó material extraño o una reacción granulomatosa a cuerpo extraño. En la figura se muestra la imagen citológica del caso 1.



Cambios inflamatorios granulomatosos debido a la presencia de material extraño/exógeno. Pap smear, 40x.

Conclusiones: Ante la sospecha inicial de recidiva ganglionar posquirúrgica, incluso con PET con captación patológica (por la reacción de la celulosa), puede ser conveniente considerar el diagnóstico diferencial de surciloma y gelitaceloma ya que pueden existir restos del producto más allá de un año posintervención. La EBUS-TBNA se ha mostrado como una herramienta útil para realizar este diagnóstico.

364. VALIDEZ DE LAS GUÍAS DE ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA DE LA EUROPEAN SOCIETY OF THORACIC SURGEONS EN UN CENTRO CON ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL

T. Pribic, M. Martínez Palau, B. García Cabo, B. Barreiro López, A. Navarro Rolón, R. Costa Sola, L. Esteban Tejero, M. Serra Mitjans, S. Call Caja, C. Obiols Fornell, R. Rami Porta, G. Solana Tubau, L. Canales Aliaga y J. Sanz Santos

Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España.

Introducción: Las últimas guías de la European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) para la estadificación mediastínica del carcinoma pulmonar no célula pequeña (CPNCP) no han sido aun validadas en un centro con ultrasonografía endobronquial (USEB). Nuestro objetivo fue estimar la validez de estas recomendaciones en vida real.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CPNCP sometidos a las guías de la ESTS de junio de 2017 a octubre de 2019 en nuestro centro. Se calcularon la sensibilidad, valor predictivo negativo (VPN) y rendimiento diagnóstico global de las guías de la ESTS para la detección de enfermedad ganglionar mediastínica.

Resultados: 161 pacientes con diagnóstico final de CPNCP se sometieron a las guías. Tras la estadificación no invasiva, 41 pacientes fueron directamente a cirugía de resección, de los cuales 1 paciente presentó enfermedad N2/N3 y 40 enfermedad N0/1. 120 pacientes se sometieron a USEB que mostró enfermedad N2/N3 en 52 pacientes y enfermedad N0/N1 en 68. Estos 68 pacientes se sometieron a estadificación quirúrgica transcervical que mostró enfermedad N2/3 en 6 pacientes y N0/1 en 62. De estos 62 pacientes, 18 fueron descartados para cirugía y 44 se sometieron a cirugía de resección pulmonar. La cirugía mostró enfermedad N2/3 en 3 pacientes y enfermedad N0/1 en 41. La sensibilidad, VPN y rendimiento diagnóstico de las guías de la ESTS en nuestra serie fue de 0,93, 0,96 y 0,97 respectivamente.

Conclusiones: Las guías de la ESTS son muy precisas en la detección de enfermedad N2/N3.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

350. ABORDAJE INTEGRAL DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. ¿ES SOLO LA CPAP EL GRAN PROBLEMA?

L. Pareja Hernández, J.A. Ángel Sesmero, M. Gámez Perales y M.J. Buendía García

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.