

Conclusiones: Existe un alto índice de ETE en los pacientes con estas mutaciones, aunque el score de Khorana no parece ser la mejor herramienta para guiar la tromboprofilaxis en este subgrupo.

853. VALORACIÓN DE LA DISNEA PERSISTENTE Y PROGRESIÓN A HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA TRAS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SINTOMÁTICO. ANÁLISIS CONJUNTO DEL ESTUDIO OSIRIS Y SYSPPE

Elva María Mendoza Zambrano¹, Raquel López Reyes², Agustina Rivas Guerrero³, Teresa Elías Hernández¹, José Luis Lobo Bersitain³, David Jiménez Castro⁴, Patricia López Miguel⁵, Marina Lumbierres Burgues⁶, Carlos Baeza Martínez⁷, Raquel Morillo Guerrero⁴, Alberto García Ortega², Carmen Fernández Capitán⁸, Covadonga Gómez Cuervo⁹, Pablo Javier Marchena Yglesias¹⁰, Iria Francisco Albersa¹¹, José María Pedrajas Navas¹², Miguel Ángel Aibar Arregui¹³, Juan Bosco López Saez¹⁴, Montserrat Pérez Pinar¹⁴, Antoni Riera Mestre¹⁵, Marisa Peris Sifre¹⁶, José Antonio Porras Ledantes¹⁷, Juan Criado García¹⁸, Remedios Otero Candelera¹ y Luis Jara Palomares¹

¹Neumología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España. ²Neumología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

³Neumología, Hospital de Araba, Vitoria-Gasteiz, España.

⁴Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal y Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid, España. ⁵Neumología, Albacete University Hospital, Albacete, España. ⁶Neumología, Arnau de Vilanova University Hospital, Lérida, España. ⁷Neumología, Elche University Hospital, Elche, España. ⁸Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁹Medicina Interna. 12 de Octubre University Hospital, Madrid, España. ¹⁰Medicina Interna, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España. ¹¹Medicina Interna. Dr. Josep Trueta University Hospital, Gerona, España. ¹²Medicina Interna. San Carlos Clínic Hospital, Madrid, España. ¹³Lozano Blesa University Hospital, Zaragoza, España. ¹⁴Medicina Interna. Puerto Real University Hospital, Cádiz, España. ¹⁵Medicina Interna. Bellvitge University Hospital. Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. ¹⁶Medicina Interna. Provincial Hospital Consortium of Castellón, Castellón, España. ¹⁷Joan XXIII University Hospital, Tarragona, España.

¹⁸Medicina Interna. Reina Sofía University Hospital, Córdoba, España.

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es la complicación más grave en el seguimiento de los pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo sintomático. La presencia de disnea en el seguimiento puede indicar HPTEC, aunque su valoración es multidimensional y lo ideal sería identificar pacientes con un perfil clínico de riesgo de HPTEC en los cuales el seguimiento sería más estrecho. Los estudios OSIRIS y SYSPPE son dos trabajos prospectivos que analizaron la disnea y la incidencia de HPTEC tras un TEP agudo. Objetivo: 1) Evaluación de la disnea tras un TEP agudo sintomático; 2) identificar variables asociadas a a) disnea, b) probable HPTEC y c) HPTEC confirmada mediante CCD.

Material y métodos: Análisis conjunto de dos estudios prospectivos multicéntricos con TEP agudo en el periodo comprendido desde 2014 hasta el 2018. El diagnóstico confirmatorio de la HPTEC requirió cateterismo cardíaco derecho (CCD). Analizamos aquellas variables asociadas a: 1) disnea; 2) probable hipertensión pulmonar (ecocardiograma sugestivo). 3) HPTEC confirmada mediante CCD.

Resultados: Entre los dos estudios se analizaron un total de 1.853 pacientes, con una edad media de 65,5 (± 16) y un 50,7% fueron hombres. En el seguimiento, el 12,7% de los pacientes refería disnea. Hubo 345 pacientes con probable hipertensión pulmonar (ecocardiograma sugestivo). Finalmente, en 40 pacientes fueron diagnosticados de HPTEC confirmada mediante CCD. Las variables asociadas a disnea fueron: sexo mujer (OR: 2,2; IC95%: 1,6-2,9), síndrome antifosfolípido (OR: 2,9; IC95%: 1,9-7), la patología tiroidea (OR: 1,7; IC95%: 1,1-2,7), la hipertensión arterial (OR: 1,4; IC95%: 1,02-1,8), la insuficiencia cardíaca (OR: 2,4; IC95%: 1,6-3,6), la enfermedad pulmonar crónica (OR: 1,5; IC95%: 1,1-2,1) y las apneas obstructivas durante el sueño (OR: 2,2; IC95%: 1,3-3,6). Las variables asociadas a HPTEC fueron: presencia de varices (OR: 2,6; IC95%: 1,1-6,2), enfermedad pulmonar crónica (OR: 2,1; IC95%: 1,02-4,2). La hipertensión arterial mostró una tendencia a la significación estadística (p = 0,05; OR: 1,9; IC95%: 0,99-3,8).

Conclusiones: La disnea tras el TEP agudo es frecuente. Parece existir perfiles clínicos diferentes entre los pacientes que sufren disnea persistente tras un TEP y aquellos en riesgo de padecer HPTEC. La identificación de estos perfiles nos puede permitir seleccionar a aquellos en los que realizar un seguimiento más estrecho.

CIRUGÍA TORÁCICA

849. CARACTERÍSTICAS DEL CARCINOMA MICROCÍTICO PULMONAR EN NUESTRA SERIE

Teresa Bretos Dorronsoro, Elena Garay Llorente, Joseba Andia Iturrate, Jone Solorzano Egurbide, Edurne Echevarría Guerrero, Laura Cortezón Garcés, Carlos Caldera Fernández, Imanol González Muñoz y Larraitz García Echeberria

Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España.

Introducción: El cáncer microcítico de pulmón (CMP) es relativamente poco frecuente dentro de los carcinomas pulmonares. Hemos querido conocer las características de nuestros pacientes con carcinoma microcítico de pulmón comparándolas con las del carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP).

Edad Media	67,8	
Sexo	Mujeres	29,6%
	Hombres	70,4%
Tabaco	No fumadores	6 %
	Fumador	46%
	Ex fumadores	47,4%
ECOG	0	26%
	1	51%
	2	16%
	3-4	7%.
Estadio	Estadios I -II	32%
	estadio III	23%
	estadio IV	45%
Histología	Epidermoides	26%
	Adenocarcinoma	45%
	Microcíticos	13,5%
	Cel grandes	2,3%
	Otros	13%
Tratamiento	Sintomático	22,8%
	Cirugía	27,6%
	RT	11%
	Qt- RT	10%
	Sistémico	28%
Supervivencia (mediana)	13,5 meses	

Tabla 1. Características generales de los pacientes con CP en nuestra serie.

		CMP	CNMP	p
Sexo	Hombre	69,3%	70,6%	
	Mujer	30,7%	29,4%	P n.s.
Tabaco	No	3%	6,7%	
	Fumador	62,4%	43,8%	p 0,02
	Ex fumador	34,7%	49,5%	
ECOG	0 - 1	65,3 %	79%	
	2	16,8%	15,5%	p < 0,01
	3 - 4	17,3%	5,4%	
Tratamiento	Sintomático	38,7%	21,8%	
	Cirugía	2%	31,6%	p < 0,01
	RT	1%	12,7%	
	Qt- RT	25,7%	8%	
	Sistémico	42,65	25,9%	
Estadio	I - II	5,9%	36,4%	
	III	30,7%	22%	p < 0,01
	IV	63,4%	41,6%	
Mortalidad a los 90 días		32,7%	22,2%	p 0,021
Mortalidad al año		67,3%	43,3%	p < 0,01

Tabla 2. Características comparativas entre carcinoma microcítico y no microcítico de pulmón.

Tabla 2. Comunicación 849.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de los pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón estudiados en un hospital terciario desde el 01/01/2019 hasta el 31/12/2022. Se han analizado el número de pacientes, sus características clínicas y ECOG, el diagnóstico anatomo-patológico y estadio del cáncer, el tratamiento recibido y la supervivencia a los 3 y a los 12 meses del diagnóstico. Se ha usado para el análisis estadístico el programa SPSS 22.

Resultados: Hemos analizado a 747 pacientes, de los cuales 101 (13,5%) tenían CNMP. En la tabla 1 recogemos los datos de la serie general de cáncer de pulmón y en la tabla 2 la comparación entre CMP y CNMP. En general, se observan estadios más avanzados, peor ECOG y peor pronóstico en los CMP. Si comparamos solamente los cánceres en estadio IV, la supervivencia a los 3 meses en los CNMP es del 57,5% y del 54% en los CMP (p no significativa), en cambio, al año la supervivencia en los CNMP es del 30% contra el 14% en los CMP (p = 0,008). También presentan peor ECOG los CMP, ECOG 3-4 25 vs. 10% en los CNMP (p = 0,011).

Conclusiones: 1. EL CMP supone un 13,5% de nuestros pacientes. 2. No hay diferencias en frecuencia entre hombres y mujeres, pero sí mayor incidencia de tabaquismo. 3. EL CMP tiene estadios más altos, peor pronóstico y peor ECOG que el CNMP. 4. En estadios IV hay similar supervivencia a los 3 meses entre CMP y otros tipos de cáncer, pero no se mantiene similar al año.

609. EFICACIA ANALGÉSICA EN CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA. BLOQUEO PARAVERTERBAL Y DEL MÚSCULO ERECTOR DE LA COLUMNA

Carlos Carbonell Colomer, Jesús Manuel Nieves Alonso, José Luis García Fernández, María Isabel Cal Vázquez, Héctor Milián Goicoechea, Ana Teresa Escobar Delgado, Isabel Antoñanzas Fayos y Ramón Moreno Balsalobre

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El objetivo principal del estudio es analizar la eficacia del bloqueo paravertebral (BPV) frente al bloqueo del músculo erector de la columna (BEC) en cirugía de resección pulmonar mínimamente invasiva por videotoracoscopia (VATS).

Material y métodos: Estudio piloto observacional retrospectivo con pacientes intervenidos de resección pulmonar programada mediante VATS. Los pacientes fueron seleccionados para recibir BEC o BPV de manera aleatoria. Se analizó el dolor posoperatorio mediante la escala visual analógica (EVA) a la hora, 24 h y 48 h tras la cirugía, así como la necesidad de rescates analgésicos con opioides (medido en equivalentes de morfina) y los efectos secundarios.

Tabla 1. Características basales de los pacientes en función del bloqueo realizado

Variables	ESP	PVB	p
Bloqueo	19	18	
Sexo hombres (%)	9 (47,4)	10 (55,6)	0,866
Hábito tabáquico Sí (%)	6 (42,9)	5 (38,5)	1,000
Edad	64,05 (17,30)	61,78 (13,85)	0,663
IMC	25,55 (4,36)	28,77 (8,78)	0,163
Días de ingreso	4,74 (4,31)	3,94 (2,69)	0,509
Tiempo de cirugía	178,32 (89,01)	164,78 (84,08)	0,638
Número de puertos	2,44 (0,51)	2,33 (0,49)	0,508
Días de drenaje pleural	2,95 (2,90)	3,00 (2,00)	0,949
ASA			
1	2 (10,5)	0 (0,0)	
2	11 (57,9)	10 (55,6)	
3	6 (31,6)	8 (44,4)	

ESP: bloqueo erector de la espina; BPV: bloqueo paravertebral; IMC: índice de masa corporal; ASA: American Society of Anesthesiologists

Resultados: Se incluyeron en el estudio 37 pacientes, de los cuales a 19 se les realizó BEC y a 18 BPV. El 51,35% eran varones y la edad media fue de 62,95 años. No se encontraron diferencias significativas entre las características basales de los pacientes incluyendo tiempo quirúrgico, días de ingreso hospitalario o días de drenaje pleural (tabla 1). En cuanto a eficacia analgésica y efectos secundarios, no se encontraron diferencias significativas en el dolor

posoperatorio tras 1 hora ($p = 0,333$), 24 h ($p = 0,594$) y 48 h ($p = 0,566$), de igual forma las necesidades de equivalentes de morfina en el posoperatorio fueron similares en ambos bloqueos ($p = 0,105$) (tabla 2). No se reportaron complicaciones significativas en ninguno de los pacientes.

Tabla 2. Comparación entre BPV y ESP en resultados y complicaciones

Variables	ESP	PVB	p
Total	19	18	
Total fentanilo intraoperatorio μ g	218,42 (97,48)	213,89 (74,37)	0,875
Total equivalentes de morfina en quirófano (mg)	7,28 (3,25)	7,13 (2,48)	0,876
Total equivalentes morfina rea + planta	2,95 (3,66)	7,17 (10,38)	0,105
EVA 1 h	2,63 (3,52)	3,76 (3,38)	0,333
EVA 24 h	3,68 (2,98)	3,11 (3,50)	0,594
EVA 48 h	1,84 (2,39)	2,33 (2,77)	0,566
NVPO	0 (0,0)	2 (11,1)	0,443
Signos de toxicidad por AL	0 (0,0)	0 (0,0)	NaN
RAO retención aguda de orina	0 (0,0)	0 (0,0)	NaN

ESP: bloqueo erector de la espina; BPV: bloqueo paravertebral; NVPO: náuseas y vómitos posoperatorios; RAO: retención aguda de orina; AL: anestésicos locales

Conclusiones: El BPV y el BEC poseen una eficacia similar en el control del dolor posoperatorio tras cirugía programada de resección pulmonar por VATS.

882. ESTUDIO DACMEDAMPS: COMPARACIÓN DEL DAÑO MITOCONDRIAL ENTRE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (DAC) Y MUERTE ENCEFÁLICA (ME)

Irene Bello Rodríguez¹, Ramon Martí Seves², Elisabet Coll Torres³, Sara Naranjo⁴, Eduardo Miñambres⁴, Silvana Crowley⁵, Marina Pérez⁵, Eva Fieira⁶, Fernando Mosteiro⁶, Aroa Gómez⁷ y Alberto Sandiumenge Camps⁷

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²VHIR, Barcelona, España. ³ONT, Madrid, España. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ⁵Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, Majadahonda, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, España. ⁷Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: La disfunción primaria del injerto (DPI) es la primera causa de mortalidad al mes postrasplante pulmonar (TP) y la segunda al año. El estrés oxidativo de la isquemia reperfusión genera una crisis energética celular que provoca la fragmentación del ADN mitocondrial (mtDNA) en mtDNA damage-associated molecular patterns (DAMPs); estos activan la inmunidad innata. Múltiples estudios apuntan que los DAMPs son los marcadores centinela de la DPI. Algunos autores defienden que la isquemia caliente durante la DAC facilitaría este proceso. Nuestro objetivo es comparar los DAMPs de donantes en muerte encefálica (DME) y de donantes en asistolia controlada (DAC).

Material y métodos: Es estudio multicéntrico prospectivo de 80 TP (40 DME vs. 40 DAC) emparejados por indicación de trasplante y edad reclutados por 4 centros españoles con programa en TP adulto durante 12 meses. Se tomaron muestras sanguíneas del donante antes de la donación (E0) y antes de la perfusión (E1), y en el receptor antes del implante (R-1), durante la reperfusión (R0) y a las 72 h (R72). Se analizó y comparó la concentración DAMPs así como el incremento entre E0 y E1 (ΔE). El estudio contó con financiación de Beca SEPAR ayudas a la investigación y beca Mutua Madrileña.

Resultados: No se observaron diferencias entre ambas poblaciones (tabla). Las concentraciones de DAMPs en las diferentes muestras, así como ΔE no mostraron diferencias. Cuando analizamos la concentración de DAMPs en función de la DPI, observamos un incremento de ΔE (fig.). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de DPI ni en la mortalidad.

Conclusiones: Los DAC no presentan un mayor daño mitocondrial ni una mayor incidencia de DPI ni mortalidad que los DME a pesar del tiempo de isquemia caliente.

Tabla 1. Comunicación 882

	DME (n = 40)	DAC (n = 40)	p
Donante			
Hombres (%)	22 (55)	18 (45)	0,799
Edad años (DE)	54 (16)	56 (14)	0,435
IMC, kg/m ² (DE)	26 (5)	26 (5)	0,754
Corticoides (%)	35 (87,5)	22 (55)	0,002
Transfusión hemoderivados (%)	2 (5)	8 (20)	0,043
Fármacos vasoactivos (%)	34 (85)	12 (30)	0,001
ECMO (%)	0 (0)	4 (10)	0,116
Causa de la muerte (%)			0,014
Infarto	31 (77,5)	19 (47,5)	
Anoxia	3 (7,5)	13 (32,5)	
Traumatismo craneoencefálico tráfico	2 (5)	1 (2,5)	
Traumatismo craneoencefálico no tráfico	4 (10)	4 (10)	
Otros	0 (0)	3 (7,5)	
Receptor			
Hombre (%)	23 (57,5)	24 (60)	0,820
Edad años (DE)	56 (10)	54 (12)	0,500
IMC kg/m ² (DE)	25 (4)	24 (4)	0,189
Isquemia fría 1 ^{er} injerto min (DE)	238 (61)	256 (48)	0,213
Isquemia fría 2 ^º injerto min (DE)	341 (82)	353 (56)	0,213
Fármacos vasoactivos (%)	33 (82,5)	35 (87,5)	0,630
ECMO (%)	2 (5)	4 (10)	0,675
Patología			-
Bronquiectasias	3 (7,5)	3 (7,5)	
Restrictiva	17 (42,5)	18 (45)	
Sarcoidosis	1 (2,5)	1 (2,5)	
EPOC	12 (30)	11 (27,5)	
Fibrosis quística	3 (7,5)	3 (7,5)	
Hipertensión pulmonar	3 (7,5)	3 (7,5)	
Otras	1 (2,5)	1 (2,5)	
Resultados			
Disfunción primaria del injerto (%)			
Grado I-III	27 (67,5)	26 (65)	0,100
Grado III	14 (35)	11 (27,5)	0,469
Mortalidad posoperatoria (%)	0 (0)	2 (5)	0,494
Mortalidad 90-d (%)	0 (0)	2 (5)	0,494

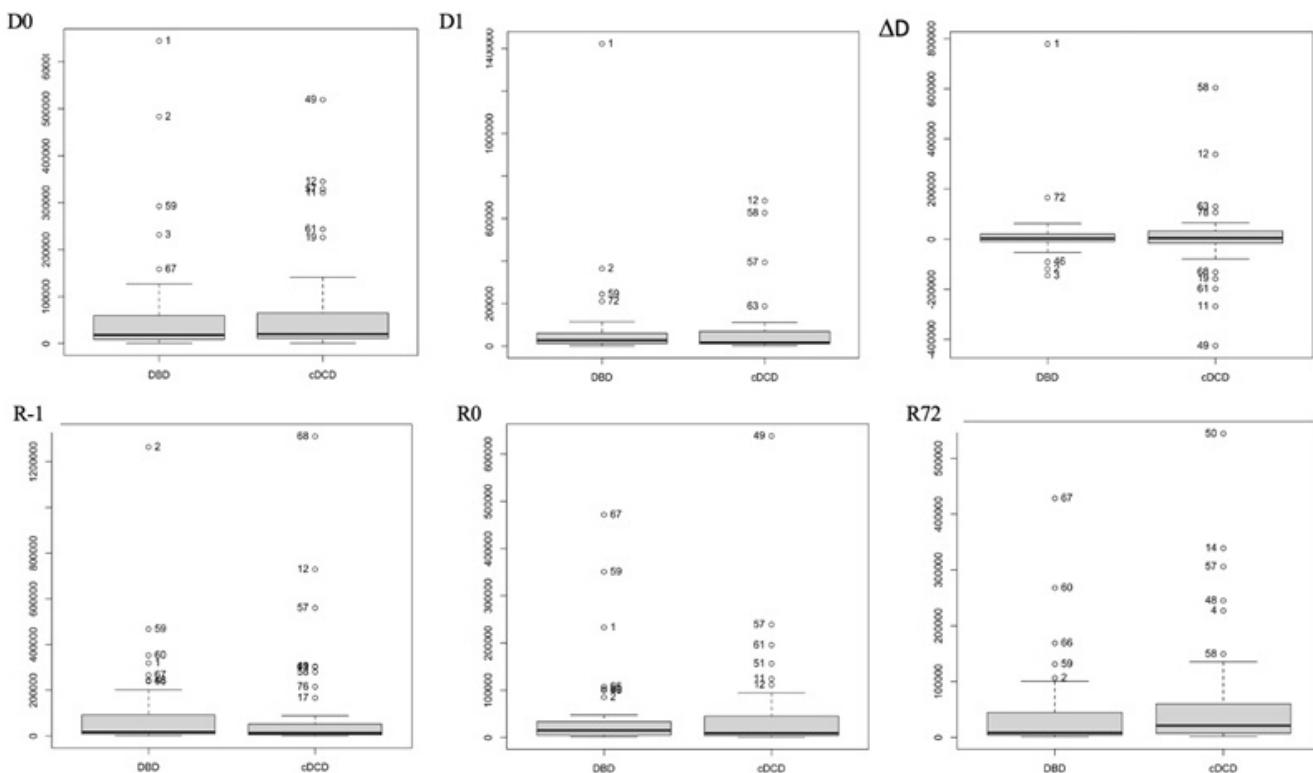


Figure 2. DAMPs cop/µL plasma between DBD and DCD.

Figura 1. Comunicación 882.

718. EXPERIENCIA EN EL USO DE BASILIXIMAB COMO TERAPIA DE INDUCCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR (TP)

María Amparo Gascón Gascón, Karen Stephanie Aguilar González, Marina Allameh Fernández, Mireia Espinós Arnau, Víctor Calvo Medina, Alfonso Morcillo Aixela, Juan Escrivá Peiro, Carlos Jordá Aragón, Alilis Fontana Bellorín, José Cerón Navarro y Gabriel Sales Badia

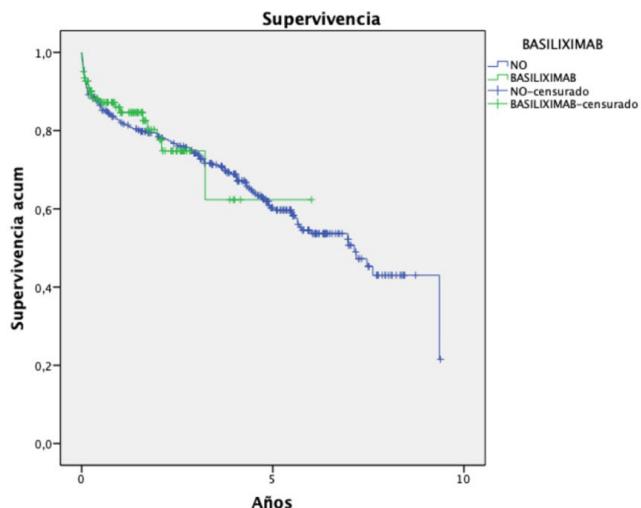
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción: Nuestro objetivo es analizar el impacto de la inducción pretrasplante con basiliximab en la supervivencia y el estado del injerto en pacientes sometidos a TP en un centro de referencia.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes sometidos a TP entre 1/1/2014 y 1/9/2023. Se excluyeron los pacientes con enfermedad séptica. Variables a estudio: edad, sexo, diagnóstico, tipo de trasplante, basiliximab, corticoterapia, asistencia cardiocirculatoria, disfunción primaria del injerto (DPIP), infecciones, mortalidad intrahospitalaria, supervivencia global y libre de disfunción crónica del injerto pulmonar (CLAD). Las variables cualitativas (porcentajes) se compararon mediante chi-cuadrado y regresión logística. Las curvas de supervivencia se construyeron mediante Kaplan-Meier, comparándose mediante *log rank*. Para el análisis multivariante se utilizó el modelo de regresión de Cox. Las variables cuantitativas se describen como media ± desviación. Se estableció significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Se trasplantaron 456 pacientes (66,7% hombres), edad media: $57,24 \pm 10,52$ años. En 123 de ellos se realizó inducción con basiliximab. Las variables de los pacientes se describen en la tabla 1. Se realizaron 368 trasplantes bipulmonares (80,7%), 83 unipulmonares (18,2%) y 5 cardiopulmonares (1,1%). Precisaron asistencia cardiocirculatoria 205 pacientes (46,5%) y ECMO posoperatoria en 37 (8,11%). No hubo diferencia en los tiempos de isquemia. El 31,4% de los pacientes con inducción y el 39% de los no inducidos presentaron DPIP

($p = 0,13$). No hubo diferencias en rechazo agudo, infecciones bacterianas ni víricas. El grupo no inducido presentó mayor tasa de infección fúngica (38,7 vs. 22,8%, $p = 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 12,6% en los pacientes no inducidos y 9,8% en los inducidos ($p = 0,40$). En el análisis multivariante, el sexo mujer ($p = 0,001$), la DPIP ($p = 0,003$), el antecedente de cirugía previa ($p = 0,001$) y las infecciones bacterianas ($p = 0,001$) aumentaron la mortalidad intrahospitalaria. La supervivencia al año (82%) y a 5 años (62%) fue similar en ambos grupos ($p = 0,82$). La supervivencia libre de CLAD se mantuvo por encima del 80% a los 5 años en ambos grupos ($p = 0,39$).



Conclusiones: El uso de basiliximab pretrasplante es seguro, no incrementa la tasa de infecciones ni la mortalidad perioperatoria. No hemos obtenido diferencias significativas en la supervivencia global ni en el tiempo libre de CLAD al recibir dicho tratamiento.

TABLA 1. CARACTERISTICAS DEL RECEPTOR Y DEL DONANTE.

TABLA 1A. CARACTERISTICAS DEL RECEPTOR

	No basiliximab N (%)	Basiliximab N (%)	Total N (%)	P
SEXO RECEPTOR				
Hombre	232 (76,3%)	72 (23,7%)	304 (66,7%)	p = 0,001
Mujer	86 (62,8%)	51 (37,2%)	137 (30,%)	
CORTICOIDEOS				
Sí	126 (77,8%)	36 (22,2%)	162 (35,5%)	p = 0,043
No	192 (68,9%)	87 (31,2%)	279 (61,2%)	
Dx RECEPTOR				
EPOC	149 (74,1%)	52 (25,9%)	201 (44,0%)	p = NS
FPI	120 (70,6%)	50 (29,4%)	170 (37,3%)	
HTP	16 (66,7%)	8 (33,3%)	24 (5,3%)	
GRUPO ABO				
0	69 (60,5%)	45 (39,5%)	114 (25%)	p = NS
A	59 (57,8%)	43 (42,2%)	102 (22,3%)	
B	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (4,1%)	
AB	6 (75,0%)	2 (25,0%)	8 (1,7%)	
COLONIZACION PREVIA				
Infección por bacterias				
NO	258 (73,9%)	91 (26,1%)	349 (76,5%)	p = NS
SI	75 (70,1%)	32 (29,9%)	107 (23,4%)	
Infección por hongos				
NO	200 (67,1%)	98 (32,9%)	298 (65,3%)	p = 0,001
SI	132 (84,1%)	25 (15,9%)	157 (34,4%)	
EDAD	333 (73,0%)	123 (27%)		p < 0,05
Media	56,59	59		
Desviación típica	10,281	9,513		
ACLARAMIENTO CR.	135	99		p < 0,05
Media	113,6	96,4		
Desviación típica	41,042	21,944		

TABLA 1B. CARACTERISTICAS DEL DONANTE

	No basiliximab N (%)	Basiliximab (%) N	Total N (%)	P
TIPO DE DONANTE				
Muerte encefálica	246 (76,1%)	77 (23,8%)	323 (70,8%)	p = 0,001
Maastricht II	11 (100%)	0 (0,0%)	11 (2,4%)	
Maastricht III	76 (62,3%)	46 (37,7%)	122 (26,8%)	
SEXO				
Hombre	150 (74,3%)	52 (25,7%)	202 (44,3%)	p = NS
Mujer	167 (70,2%)	71 (29,8%)	238 (52,3 %)	
EDAD	317 (69,5%)	123 (26,7%)		p = NS
Media	54,763	56,862		
Desviación típica	14,18	13,49		

753. IMPACTO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-HLA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR (TP) EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Mireia Espinós Arnau, Karen Stephanie Aguilar González, Marina Allameh Fernández, María Amparo Gascón Gascón, Sonia Pérez Sancho, Alfonso Morcillo Aixela, Víctor Calvo Medina, Juan Escrivá Peiro, Alilis Cecilia Fontana Bellorín, Carlos Jordá Aragón, José Alfonso Cerón Navarro y Jesús Gabriel Sales Badia

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: Nuestro objetivo es analizar el impacto de la presencia de anticuerpos antiantígeno leucocitario humano (anti-HLA) pretrasplante en la supervivencia y el estado del injerto en pacientes sometidos a TP en un centro de referencia.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes trasplantados pulmonares entre 1/1/2014 y 1/9/2023. Se evaluaron variables de edad, sexo, diagnóstico, tipo de trasplante, anti-HLA, corticoides, asistencia cardiocirculatoria, disfunción primaria del injerto (DPIP), infecciones, mortalidad intrahospitalaria, supervivencia global y supervivencia libre de disfunción crónica del injerto pulmonar (CLAD). Las variables cualitativas (porcentajes) se compararon mediante chi-cuadrado y regresión logística. Las curvas de supervivencia se construyeron con Kaplan-Meier. Las variables cuantitativas se describen como media ± desviación. Se estableció significativa p ≤ 0,05.

Resultados: Se trasplantaron 527 pacientes (67,9% hombres), edad media de 53,7 ± 13,9 años. En 36 pacientes (6,8%) se detectaron anti-HLA. Las variables del receptor se describen en la tabla 1. No hubo diferencias en donantes de ambos grupos, excepto en edad (p = 0,01). Se realizaron 438 trasplantes bipulmonares (83,1%), 83 unipulmonares (18,2%) y 6 cardiopulmonares (1,1%). La distribución se describe en la tabla. El 36,4% de pacientes no anti-HLA y el 25,7% de anti-HLA presentaron DPIP (p = 0,20). No hubo diferencias en rechazo agudo, infecciones bacterianas y víricas en ambos grupos. El grupo no anti-HLA presentó mayor infección fungica (37,7 vs. 19,4%, p = 0,028). La mortalidad intrahospitalaria fue 12,6% en los pacientes no anti-HLA y del 2,8% en los anti-HLA (p = 0,08). En el análisis multivariante, el sexo mujer (p = 0,02), el antecedente de cirugía previa (p = 0,002), la asistencia cardiocirculatoria (p = 0,03) y la aparición de DPIP (p = 0,001) aumentaron la mortalidad. La supervivencia al año (83,1 vs. 94,1%) y a los 5 años (60,5 vs. 88,2%) fue mayor en el grupo de pacientes anti-HLA (p = 0,03) (fig.) con un RR de 0,305, IC95% [0,097-0,957], (p = 0,04). La supervivencia libre de CLAD a los 5 años fue del 82,1% en el grupo no anti-HLA y del 59,2% en el grupo anti-HLA (p = 0,1).

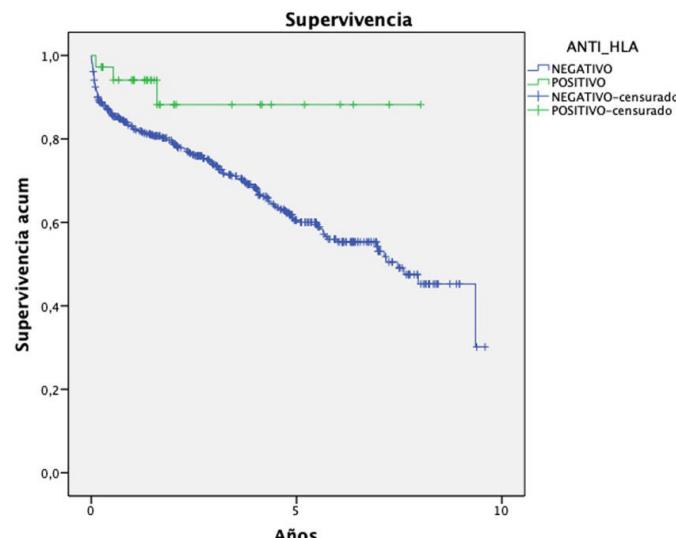


Figura 1. Supervivencia

Conclusiones: El trasplante pulmonar en pacientes con anticuerpos anti-HLA tiene buenos resultados, sin aumentar la tasa de infecciones, de rechazo agudo ni la mortalidad perioperatoria. La supervivencia global es significativamente mayor en los pacientes sensibilizados, si bien tienen una tendencia (no significativa) mayor al rechazo crónico.

SEXO	AntiHLA -		AntiHLA +		p
	HOMBRES	N (%)	MUJERES	N (%)	
		327 (95,6)		15 (4,4)	
		149 (87,6)		21 (12,4)	0,001
DIAGNÓSTICO		N (%)		N (%)	p
FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA		155 (31,6)		15 (41,7)	
EPOC		187 (38,1)		14 (38,9)	
ENFISEMA-FIBROSIS		16 (3,3)		2 (5,6)	0,32
OTRAS		133 (26,9)		5 (14)	
CIRUGÍA TORÁCICA PREVIA		N (%)		N (%)	p
NO		201 (40,9)		30 (83,3)	
SI		290 (59,1)		6 (16,7)	0,001
GRUPO SANGUÍNEO		N (%)		N (%)	p
O		107 (87)		16 (13)	
A		104 (88,9)		13 (11,1)	
B		18 (90)		2 (10)	0,68
AB		6 (75)		2 (25)	

A. Receptores

TIPO DE TRASPLANTE	AntiHLA -		AntiHLA +		p
	UNIPULMONAR DERECHO	N (%)	UNIPULMONAR IZQUIERDO	N (%)	
BIPULMONAR	407 (92,9)		31 (7,1)		0,9
CARDIOPULMONAR	6 (100)		0 (0)		
ASISTENCIA		N (%)		N (%)	p
NO	213 (94,2)		13 (5,8)		0,35
SI	259 (92,2)		22 (7,8)		
TIPO ASISTENCIA		N (%)		N (%)	p
NO	213 (94,2)		13 (5,8)		
CEC	30 (100)		0 (0)		0,13
ECMO	229 (91,2)		22 (8,8)		
TIPO ECMO		N (%)		N (%)	p
NO	213 (94,2)		13 (5,8)		
VA PERIFÉRICO	15 (93,8)		1 (6,3)		0,23
VA CENTRAL	212 (91)		21 (9)		
CEC	30 (100)		0 (0)		

B. Procedimiento quirúrgico

Tabla 1. Características de los receptores y procedimiento quirúrgico

Tabla 1. Comunicación 753.

741. ¿MENOS ES MÁS? IMPACTO DE LAS SEGMENTECTOMÍAS ANATÓMICAS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PULMÓN

Alejandra Libreros Niño, Elisabeth Martínez Téllez, Georgina Planas Cánovas, José Belda Sanchís, Stephania Chavarría Murillo, Jorge Hernández Ferrández, Ignaci Gich Saladich y Juan Carlos Trujillo Reyes

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

Introducción: Estudio descriptivo analítico de pacientes intervenidos mediante segmentectomías anatómicas (SA) por carcinoma pulmonar broncogénico.

Nuestro objetivo es evaluar la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) y que factores impactan en la supervivencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con carcinoma broncogénico a quienes se les realizó una SA. Variables analizadas: demográficas, patológicas, quirúrgicas, estancia hospitalaria, SG y SLE. [(Supervivencia libre de recidiva local (SLRL), supervivencia libre de recidiva a distancia (SLRD). Las variables continuas se expresaron en media \pm desviación estándar y las categóricas en frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó para el cálculo de supervivencia el test de Kaplan-Meier.

Resultados: Entre agosto/2015 y diciembre/2022 se realizaron 85 SA. 56 hombres (66%). Edad media 68 años. Media del tamaño tumoral preoperatorio 17 (\pm 9 mm). Realizamos 11 toracotomías (13%), 71 Video-Assisted Thoracic Surgery (VATS) (84%) y 3 VATS convertidas (3%). Tipo de SA: segmento apical lóbulo inferior 18 (21%), culmen 18 (21%), posterior del lóbulo superior 10 (12%), pirámide basal 11 (13%), apical lóbulo superior 9 (10%), lingula: 5 (6%) y otras 14 (17%). Tasa de complicaciones posoperatorias: 24%, las más frecuentes fueron: 7 neumonía (8,2%), 8 fuga aérea persistente (9,4%) y 2 atelectasia (2,4%). No reintervenciones. No mortalidad posoperatoria a 30 días. Estancia media hospitalaria: 4 (\pm 4 días). Histología: el más frecuente fue el adenocarcinoma: 43 pacientes (51%) (tabla 1) Spread through air spaces (STAS): 9 (10,6%). pN: N0 79 (92%), N1 2 (2,4%) y N2 3 (3,5%). Estadios patológicos: el 76,5% de los pacientes fueron estadio I (tabla). Margen libre de resección: 19 (\pm 14 mm). Ni el STAS, subtipo histológico, estadio patológico, margen de libre de resección influyeron de forma significativa en la SLRL y SLRD. SG a 5 años: 75% (fig. 1). Tiempo medio de SLRL y SLRD: 79 y 74 meses respectivamente. La SLRL y la SLRD fue significativamente peor en el grupo de tumores mal diferenciados. ($p = 0,024$ y $p = 0,035$ respectivamente) (figs. 2 y 3).

Características histopatológicas		
Variables	n (%) n	
Histología	85	
Adenocarcinoma	43 (50,6)	
Escamoso	25 (29,4)	
Adenoescamoso	2 (2,4)	
Tumor carcinoide	10 (11,7)	
Otros	5 (5,9)	
Estadio		
IA1	19 (22,4)	
IA2	26 (30,6)	
IA3	8 (9,4)	
IB	12 (14,1)	
IIA	1 (1,2)	
IIB	4 (4,7)	
IIIA	3 (3,5)	
Otros	1 (1,2)	
Multifocales	11 (12,9)	
Grado de diferenciación tumoral		
Bien diferenciado (G1)	16 (18,8)	
Moderadamente diferenciado (G2)	33 (38,8)	
Pobremente diferenciados (G3-G4)	29 (34,1)	
No especificados	7 (8,2)	
Spread through air spaces (STAS)		
Sí	9 (10,6)	
No	76 (89,4%)	

Supervivencia global

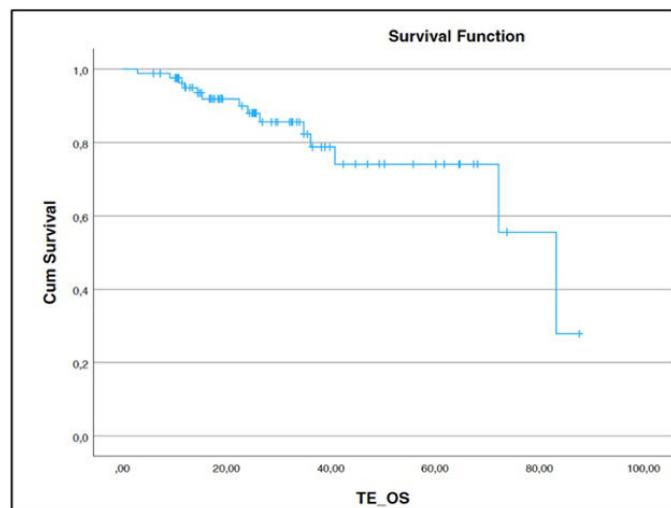
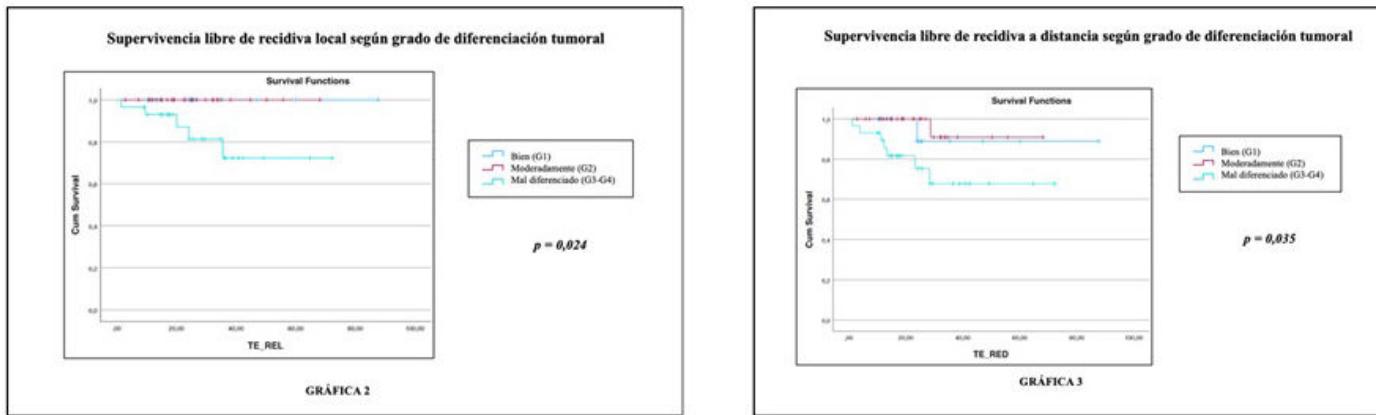


Figura 1



Figuras 2 y 3. Comunicación 741.

Conclusiones: En el estudio descrito, la SA es una técnica segura, con una tasa de complicaciones similar a la lobectomía. La mala diferenciación tumoral (G3-4) influyó negativamente en la SLE, por lo que en estos pacientes debería analizarse individualmente la realización de una lobectomía.

462. PAPEL DE LAS ENFERMERAS ESPECIALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS EN CIRUGÍA TORÁCICA Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Cristina Jiménez Ruiz¹, Inés Centeno Tamame², Inés Luque Vázquez¹, Alejandra de la Fuente Añó¹, Valerio Perna Perna² y María Rodríguez Pérez¹

¹Departamento de Cirugía Torácica, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España. ²Departamento de Cirugía Torácica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La enfermería especializada juega un papel fundamental en el cumplimiento de las instrucciones preoperatorias antes de intervenciones torácicas. Sin embargo, el impacto que el cumplimiento de estas instrucciones tiene en la incidencia de complicaciones posoperatorias ha sido poco estudiado. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el cumplimiento de las recomendaciones preoperatorias en cirugía torácica con la incidencia de complicaciones, así como explorar el papel que juega la enfermería especializada en ello.

Material y métodos: Hemos diseñado un estudio retrospectivo de casos y controles en el que hemos incluido a todos los pacientes intervenidos por Cirugía Torácica entre agosto de 2018 y diciembre de 2020. Los pacientes que recibieron las instrucciones posoperatorias por parte de enfermeras especializadas fueron los casos y los pacientes que los recibieron de enfermeras no especializadas fueron los controles. Las instrucciones preoperatorias incluyen: ayunas, ducha con gel antimicrobiano, prevención del dolor crónico y de la trombosis venosa profunda y fisioterapia respiratoria. Se consideraron complicaciones de interés para el estudio cualquier tipo de infección, complicaciones respiratorias, trombóticas y la ocurrencia de dolor incapacitante en los 90 días siguientes a la cirugía. El cumplimiento global de las instrucciones, su relación con el tipo de enfermera que lo llevó a cabo y su impacto en la incidencia de complicaciones posoperatorias se analizó con tablas de 2 x 2 y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se estudiaron 121 pacientes. El cumplimiento global de las instrucciones preoperatorias fue del 70% (85 pacientes), 51% entre los controles y 79% entre los casos, significativamente mayor entre los pacientes que recibieron la información de enfermería es-

pecializada ($p = 0,005$). La incidencia de complicaciones fue del 13% (16 pacientes, tabla 1). El 11% de los pacientes que no cumplieron las recomendaciones presentaron algún tipo de complicación posoperatoria frente al 14% de los que las cumplieron ($p = 0,775$, tabla 2).

Tabla 1. Incidencia de complicaciones de interés a 90 días

Tipo de complicación	Nº pacientes (%)
Broncoaspiración	1 (6%)
Dolor incapacitante	2 (13%)
Complicaciones infecciosas (ITU, incisiones, empiema)	11 (69%)
Complicaciones respiratorias (broncoaspiración, neumonía, atelectasia, derrame pleural)	4 (25%)
Total de complicaciones	16

Tabla 2. Incidencia de complicaciones a 90 días en relación al cumplimiento de las instrucciones preoperatorias

Incidencia complicaciones	Cumplimiento de instrucciones preoperatorias		Total
	No	Sí	
No	32 (89%)	73 (86%)	105 (87%)
Sí	4 (11%)	12 (14%)	16 (13%)
Total	36	85	121

Test exacto de Fisher: 0,775.

Conclusiones: En nuestro estudio, la enfermería especializada juega un papel importante en el cumplimiento de las recomendaciones preoperatorias en cirugía torácica. Sin embargo, el cumplimiento global de estas instrucciones no se relacionó con la incidencia de complicaciones posoperatorias en nuestros pacientes.

124. PASE DE VISITA VIRTUAL CIRUGÍA TORÁCICA

Sandra Arévalo Reguillo

Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España.

Introducción: La implantación de la SmartRoom se ha convertido en uno de los principales canales de comunicación bidireccional entre los profesionales y el paciente hospitalizado que controla, a través de una tableta instalada en la habitación, todos los componentes terapéuticos y de confort ideados para una estancia óptima. Por otra parte, el uso generalizado entre los profesionales de Casiopea Mobility consistente en tener la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la palma de la mano a través de una app en un dispositivo móvil, en la que los profesionales pueden registrar o revisar la HCE del paciente en cualquier lugar y a tiempo real, ha ayudado a mejorar la organización de la actividad diaria garantizando seguridad a nuestros pacien-

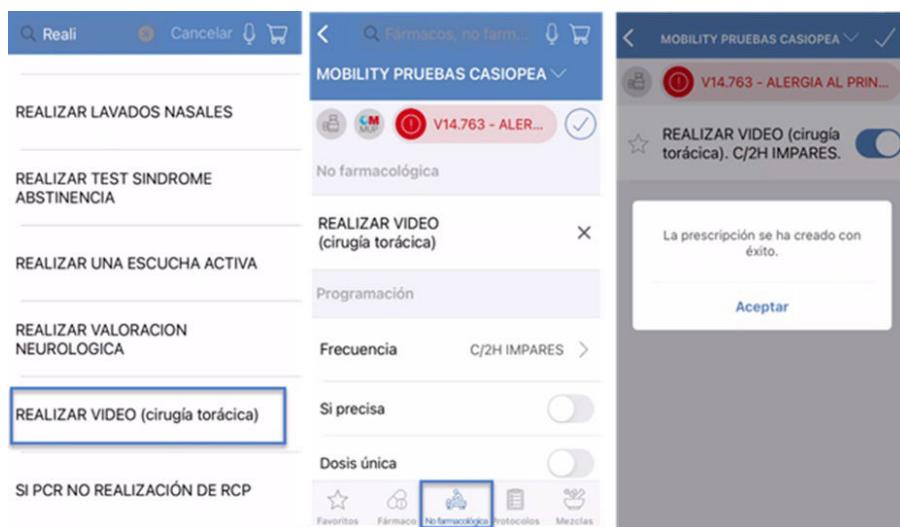


Figura 1. Comunicación 124. Prescripción médica en Casiopea Mobility.

tes. Aprovechando ambas circunstancias, se desarrolló un proyecto en el que los pacientes ingresados a cargo de Cirugía Torácica, que estuvieran clínicamente estables y fueran portadores de un drenaje torácico, pudieran beneficiarse de una comunicación activa con sus médicos responsables durante los días en los que este no estuviera presencialmente en el Hospital.

Material y métodos: En ocasiones, el Servicio de Cirugía Torácica solicita, a través de Casiopea mobility, una prestación a enfermería para la grabación de un vídeo centrado en el Pleurevac del paciente, para poder chequear de forma remota su funcionamiento, débitos obtenidos, si existe fuga aérea o si la preparación de los niveles de líquidos resulta adecuada, entre otros aspectos. Una vez terminada la grabación y cargada en la HCE del paciente, será revisada por el cirujano, que dejará las indicaciones oportunas en la historia clínica. Tras poder visualizar dicho vídeo, el cirujano tendrá una videoconferencia con el paciente y sus familiares para poder completar un pase de visita y resolver todas las dudas existentes, utilizando la SmartRoom.

rugía Torácica. Mejora organizativa en el Servicio de Cirugía Torácica durante las guardias localizadas con un mayor control y seguimiento de los pacientes con Pleurevac. Mayor facilidad en la comunicación del equipo de enfermería con el Servicio de Cirugía Torácica durante las guardias localizadas.

Conclusiones: El desarrollo tecnológico en los centros hospitalarios nos conduce a mejorar de manera exponencial la experiencia del paciente, así como trabajar en Seguridad y mejora en la organización de los diferentes equipos multidisciplinares.

910. RESECCIÓN RADIOGUIADA DE NÓDULOS PULMONARES. NUESTRA EXPERIENCIA

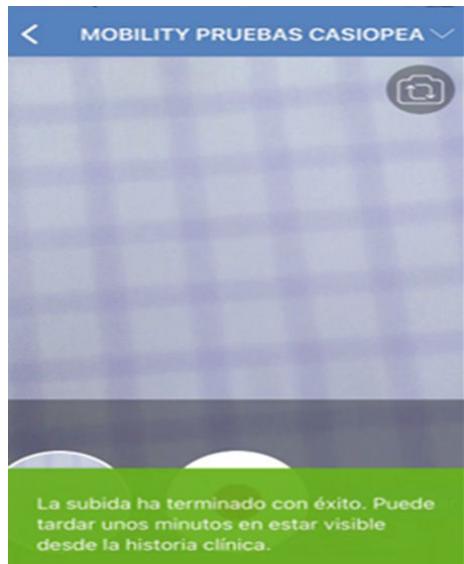
Idalays Pulido Hernández, Wolker Antonio Tavarez Estévez, Clara Elisa Ruiz Tarbet, Alina Sanfiel Delgado, Michelle Leung Shao, Carlos Manuel Carballo Menayo, Ricardo Alfredo Medina, Jorge Marrero Brito, José Ramón Cano García, Carmen Manzano Ramos y David Pérez Alonso

Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El uso creciente de técnicas de imagen ha aumentado el diagnóstico de nódulos pulmonares (NP) de origen incierto. Cuando se requiere cirugía, el pequeño tamaño y la localización intraparenquimatoso a menudo dificultan o impiden su localización intraoperatoria y obligan a realizar cirugía abierta. Con objeto de facilitar la resección mínimamente invasiva de estos NP, robótica (RATS) y/o videotoracoscopia (VATS), hemos implementado en nuestra práctica clínica desde el 2020 el marcaje preoperatorio con radioisótopo (ROLL) para posterior cirugía radioguiada.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se tomaron los datos de la historia clínica digital y se analizaron mediante programa informático. Criterio de inclusión: 1. Paciente intervenido entre octubre 2020 y noviembre 2023, de cirugía radioguiada mediante ROLL con NP menores de 20 mm que no contactan con pleura visceral. Criterios de exclusión: 1. NP que contactan con la pleura visceral o miden más de 20 mm. 2. Pacientes sin ventana radiológica para punción.

Resultados: Se intervinieron 22 pacientes. El 55% fueron del sexo masculino, la edad media fue 67 años. El 59% eran exfumadores. El tamaño medio de los NP en la TAC fue 10,9 mm y la distancia media a la pleura 9,14 mm. El 64% eran NP no sólidos y el 36% sólidos. El procedimiento del marcaje cursó sin incidencias salvo un neumotórax marginal, que no requirió drenaje y dispersión del radiofármaco



Ejemplo de mensaje de confirmación de grabación realizada y adjunta a historia clínica electrónica del paciente.

Resultados: Aumento de la satisfacción del paciente debido al valor que obtiene de la atención diaria por parte del Servicio de Ci-

en 2 pacientes, no pudiéndose localizar con exactitud la lesión en 1 de ellos (tasa de detección intraoperatoria del 95%). La resección pudo realizarse de forma mínimamente invasiva en todos los pacientes salvo el paciente mencionado que requirió minitoracotomía. El tiempo quirúrgico medio fue 84 minutos y la estancia media hospitalaria tras la cirugía, 3 días. El estudio patológico confirmó la resección del NP en todos los casos, resultando el 45% tumores malignos primarios pulmonares, 32% metastásicos y 23% benignos.

Conclusiones: Con estos resultados podemos concluir que el ROLL es una técnica eficaz y con pocas complicaciones.

945. RESECCIONES PULMONARES BRONCOPLÁSTICAS MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO MULTIPORTAL. RESULTADOS PRELIMINARES

Linda Klimavicius Palma, Carlos Martínez Barenys y Samuel García Reina

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: Las técnicas bronco y/o angioplastias son una herramienta eficaz para minimizar la pérdida de capacidad pulmonar permitiendo obtener unos resultados oncológicos, de supervivencia a largo plazo y morbimortalidad asociada equiparables, e incluso superiores a los obtenidos con la neumonectomía. Objetivo: analizar los resultados obtenidos en las resecciones broncoplásticas (lobectomías y segmentectomías) robóticas realizadas en un hospital de tercer nivel en los últimos 24 meses.

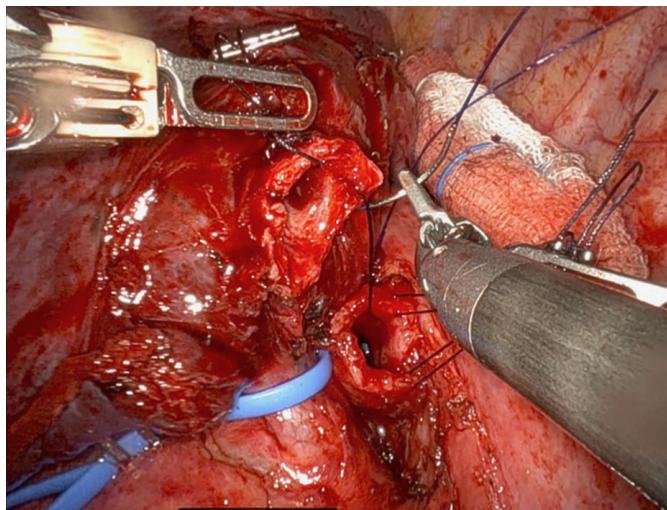
Material y métodos: Análisis de los casos de resección pulmonar broncoplástica robótica multiportal. Se han analizado los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes de tabaquismo, tipo de resección practicada, tipo de anastomosis bronquial, resultado anatomoabiópico definitivo, estancia media posquirúrgica y morbimortalidad asociada.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 64,17 años, el 67% eran mujeres. El 33% de los pacientes eran fumadores activos, el otro 33% exfumadores. En la tabla 1 se muestra un resumen de los casos. La tabla 2 se resumen los resultados obtenidos. Tipo de resección: 33,4% lobectomía superior derecha, 50% lobectomía inferior izquierda y 16,6% linguectomía. Tasa de reconversión: 16,6%. Tipo de anastomosis: término-terminal: 66,6%; tangencial: 33,3%. Duración media IQ: 223 minutos. Sangrado: 190 ml. Morbilidad global de la serie: 50%. Complicaciones relacionadas con la anastomosis bronquial: 16,6% que se ha podido manejar satisfactoriamente de forma conservadora (dilatación broncoscópica). Estancia media posquirúrgica: 5,8 días. Tasa reingreso: 0%. Mortalidad: 0%. La resección fue completa en el 83,3% de los casos con 1 caso de afectación microscó-

pica del margen bronquial segmentario lingular en el resultado definitivo AP que se ha decidido realizar seguimiento dada la naturaleza del tumor (Tm carcinoide típico en paciente con funcionalismo límite para plantear completar lobectomía).

Resultados

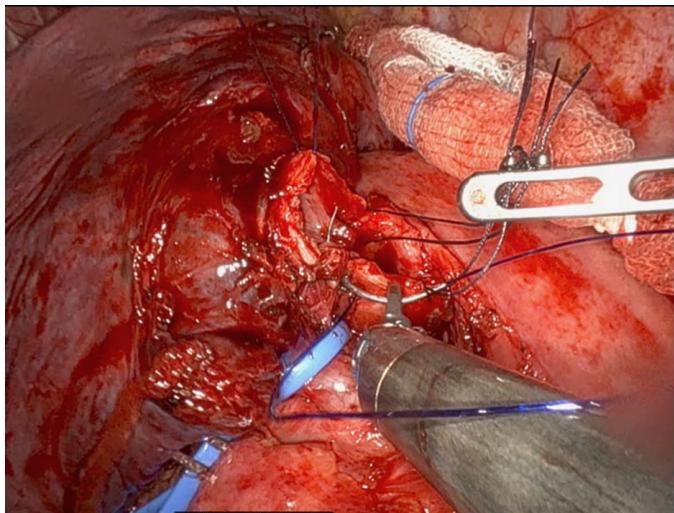
Tipo de resección	
LSD	33,4
LII	50
Língula	16,6
Tasa de reconversión (%)	16,6
Tipo de anastomosis	
T-T	66,6
Tangencial	
Duración media IQ (min)	223
Sangrado (ml)	190
Morbilidad global (%)	50
Complicaciones relacionadas a anastomosis	16,6
Estancia media pos-IQ (días)	5,8
Tasa reingreso (%)	0
Mortalidad (%)	0
Radicalidad (%)	
R0	83,3
R1	16,7
R2	0



Conclusiones: Las resecciones pulmonares lobares o incluso segmentarias broncoplásticas mediante abordaje robótico multiportal son una técnica segura y eficaz en centros especializados. Los resultados en cuanto a radicalidad de la resección y morbimortalidad iniciales son alentadores a la espera de completar el seguimiento a largo plazo.

Tabla 1. Comunicación 945

Edad	Sexo	Tabaquismo	Lóbulo comprometido	Abordaje quirúrgico	Tipo de anastomosis	Anatomía Patológica	Tasa de complicaciones	Estancia media posquirúrgica		Estadiaje posquirúrgico
1 70	Mujer	Fumador activo	LSI y língula	RATS	Anastomosis T-T	Carcinoide endobronqueal	Sin complicaciones	9		R1 x margen bronquial
2 33	Mujer	No fumador	LII	RATS	Anastomosis T-T	Carcinoide endobronqueal	Sin complicaciones	4		RO
3 68	Mujer	Exfumador < 5 paquetes/año	LSD	RATS	Anastomosis T-T	Carcinoide endobronqueal	Infarto hemorrágico de LM por vólvulo	10		RO
4 61	Hombre	Exfumador 35/ paquetes/año	LSD	RATS con conversión por fuga aérea	Anastomosis T-T	Carcinoma escamoso	Estenosis de anastomosis bronquial	5		RO
5 68	Mujer	Fumador activo 5 paquetes/año	LII	RATS	Anastomosis tangencial BPI-BR	Metástasis de adenocarcinoma de recto	Parálisis cuerda bucal izquierda	4		RO
6 85	Hombre	No fumador	LII	RATS	Anastomosis longitudinal br principal izq	Sarcoma	Sin complicaciones	5		RO



838. RESECCIONES SUBLOBARES EN PACIENTES OCTOGENARIOS CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO: ¿MENOS ES MÁS?

Sonia Stephania Chavarria Murillo, Georgina Planas Cánovas, Eugenia Alejandra Libreros Niño, Elisabeth Martínez Tellez, Jorge Hernández Ferrández, José Belda Sanchís y Juan Carlos Trujillo Reyes

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

Introducción: La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección en estadios iniciales del carcinoma broncogénico (CB). En pacientes octogenarios, las comorbilidades asociadas hacen que los cirujanos dudemos si ofrecer un tratamiento quirúrgico y si lo hacemos, optar por la menor resección de parénquima pulmonar posible. El objetivo de este estudio es analizar si las resecciones sublobares (RSL) en pacientes octogenarios, ofrecen los mismos resultados que la lobectomía reduciendo además la morbimortalidad asociada.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes ≥ 80 años con diagnóstico de CB intervenidos con intención curativa entre 2015-2023. Variables: demográficas (edad, sexo, tabaquismo), comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, antecedente oncológico), pruebas de función respiratoria (PFR), escala ASA, estadio oncológico clínico y patológico, histología, quirúrgicos (abordaje, tiempo operatorio), morbilidad, mortalidad a 30 y 90 días. Se realizó la comparación de variables mediante los test de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: 42 pacientes fueron sometidos a lobectomía y 21 a RSL (anatómica y no anatómica), con diferencias significativas respecto a la proporción de hombres (80,9% lobectomía vs. 57,1% RSL; $p = 0,045$), pero comparables en cuanto a edad, tabaquismo, comorbilidades, PFR y escala ASA. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de estadios clínicos IA1 y IA2 (31% en lobectomías vs. 71,4% en RSL; $p = 0,002$) y patológicos (19% en lobectomías vs. 47,6% en RSL; $p = 0,018$). Respecto a histología, no hubo diferencias significativas. No se encontraron diferencias en cuanto al abordaje quirúrgico, días con drenaje torácico ni de hospitalización, pero sí en el tiempo operatorio mayor en lobectomías ($p = 0,039$). Respecto a las complicaciones posquirúrgicas (tabla) no se observaron diferencias estadísticamente significativas; tampoco respecto a la mortalidad a 30 días (1 paciente fue *exitus* por broncoaspiración en el grupo de lobectomía) y a 90 días (2 pacientes por progresión de enfermedad en el mismo grupo).

Demografía, variables operatorias y morbimortalidad			
	Lobectomía (n = 42)	Resección sublobar (n = 21)	
Demografía			
Edad (mediana - rango)	82 (80 - 87)	83 (80 - 86)	$p = 0,418$
Sexo masculino (%)	34 (80,9%)	12 (57,1%)	$p = 0,045$
Antecedente tabáquico (%)	38 (90,5%)	15 (71,4%)	$p = 0,051$
Tres o más comorbilidades	27 (64,3%)	14 (66,7%)	$p = 0,852$
Pruebas preoperatorias			
FEV1 (Media \pm DE)	91,3 \pm 27,8	92,6 \pm 24,1	$p = 0,422$
DLCO (Media \pm DE)	81,6 \pm 19,3	72,8 \pm 21,5	$p = 0,202$
Escala ASA 3-4 (%)	37 (88%)	17 (80,9%)	$p = 0,445$
Estadio oncológico			
Estadio cIA1 - cIA2 (%)	13 (31%)	15 (71,4%)	$p = 0,002$
Estadio pIA1 - pIA2 (%)	8 (19%)	10 (47,6%)	$p = 0,018$
Quirúrgicos			
Conversión a toracotomía (%)	4 (9,5%)	0 (0%)	$p = 0,144$
Tiempo Quirúrgico (media \pm DE)	188 \pm 82,8	127 \pm 46,3	$p = 0,039$
Días con drenaje torácico (media \pm DE)	5,5 \pm 5,8	3,1 \pm 2,4	$p = 0,086$
Días de ingreso (media \pm DE)	8 \pm 10	4,6 \pm 3,5	$p = 0,477$
Complicaciones posquirúrgicas			
Insuficiencia respiratoria aguda (%)	5 (11,9%)	2 (9,5%)	$p = 0,777$
Atelectasia (%)	2 (4,7%)	0 (0%)	$p = 0,310$
Fuga aérea persistente (%)	9 (21,4%)	1 (4,7%)	$p = 0,127$
Neumonía (%)	6 (14,2%)	2 (9,5%)	$p = 0,593$
Empiema (%)	1 (2,3%)	0 (0%)	$p = 0,476$
Neumotórax (%)	3 (7,1%)	0 (0%)	$p = 0,209$
Arritmia cardiaca (%)	1 (2,3%)	0 (0%)	$p = 0,476$
Insuficiencia cardiaca (%)	2 (4,7%)	0 (0%)	$p = 0,310$
Síndrome confusional (%)	6 (14,2%)	1 (4,7%)	$p = 0,257$
Reintervención quirúrgica (%)	2 (4,7%)	0 (0%)	$p = 0,310$
Mortalidad			
Mortalidad a 30 días (%)	1 (2,3%)	0 (0%)	$p = 0,476$
Mortalidad a 90 días (%)	2 (4,7%)	0 (0%)	$p = 0,310$
Histología			
Adenocarcinoma (%)	18 (42,8%)	12 (57,1%)	$p = 0,285$
Epidermoide (%)	18 (42,8%)	4 (19%)	$p = 0,076$
Margen de resección			
Resección R1 (%)	2 (4,7%)	3 (14,2%)	$p = 0,465$

Conclusiones: En esta serie, las RSL en pacientes octogenarios ofrecen los mismos resultados que la lobectomía a nivel de morbimortalidad. Deben realizarse estudios futuros que nos permitan identificar qué factores (del propio paciente o del tumor) son cruciales a la hora de seleccionar qué casos se beneficiarán de RSL.

78. RESULTADOS DE LA MEDIASTINOSCOPIA TRAS EBUS EN CPNM

Linda Klimavicius Palma, Samuel García Reina, Esther Cladellas Gutiérrez, Sebastián Bolívar Guzmán, David Poveda Chávez, Carlos Martínez Barenys, Anna Sirvent Crespo, Oriol Cervantes Rodón y Pedro López de Castro Alujes

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: El estadiaje prequirúrgico invasivo está indicado en pacientes con captación adenopática en PET-TC, lesiones mayores de 3 centímetros o lesión central en pruebas de imagen. La ecobroncoscopia se ha convertido en la prueba de elección para realizarlo, pero la videomediestinoscopia continúa jugando un papel esencial en el mismo. Objetivo: valorar los resultados de la mediastinoscopia tras EBUS de estadiaje pulmonar.

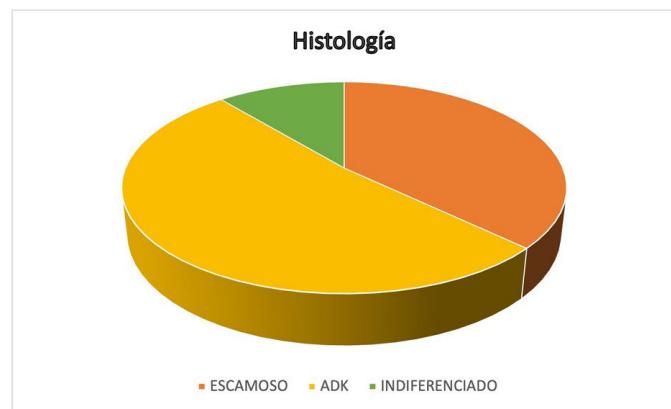
Material y métodos: Entre enero de 2020 y diciembre de 2022 hemos estudiado todos los pacientes a los que se les ha realizado una ecobroncoscopia de estadiaje y posteriormente una mediastinoscopia en nuestro centro por carcinoma broncogénico no microcítico. Hemos recogido los siguientes datos: edad, sexo, cN por TC, cN por PET, indicación mediastinoscopia, resultado EBUS y de la mediastinoscopia, tipo de intervención y AP definitiva.

Resultados: A 27 pacientes, 16 hombres y 9 mujeres con una edad media de $61,26 \pm 9,73$ años, se les realizó un EBUS y una mediastinoscopia. 10 pacientes no fueron intervenidos quirúrgicamente. El criterio

de estadiaje fue: > 3 cm (55,56%), PET-TC positivo (25,93%) y lesión central (18,52%). La histología fue adenocarcinoma (51,85%), escamoso (37,04%) e indiferenciado (11,11%). El 59,26% fueron derechos. La concordancia del TC, PET, EBUS, mediastinoscopia con los resultados quirúrgicos fue de 29,41%, 52,94%, 70,59% y 70,59% respectivamente. La concordancia entre EBUS y mediastinoscopia fue del 77,78% y el resultado de la mediastinoscopia cambió la actitud terapéutica en 2 pacientes (7,41%). Los falsos negativos fueron en las estaciones N1 (3p, 50%, N10L), N2 (2p, 33,3%, N5 y N7) y N3 (1p, 16,67%, N4R y N4L).

Estadiaje según prueba o intervención

	N (TC) (n = 27)	N (PET) (n = 27)	N (EBUS) (n = 27)	N (MED) (n = 27)	N (IQ) (n = 17)
N0	29,62% (8)	25,92% (7)	77,77% (21)	85,18% (23)	64,7% (11)
N1	33,33% (9)	18,52% (5)	14,81% (4)	0% (0)	17,64% (3)
N2	37,04% (10)	55,55% (15)	7,40% (2)	11,11% (3)	11,76% (2)
N3	0	0		3,7% (1)	5,88% (1)



Conclusiones: La mediastinoscopia después de un EBUS solo cambió la actitud terapéutica en un 7,4% de los pacientes. Las pruebas de estadiaje preoperatorio presentaron una baja concordancia entre sí y con la AP definitiva. El EBUS diagnosticó con mejor precisión cN1 y la mediastinoscopia cN2.

704. TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIH. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Marina Allameh Fernández, Karen Stephanie Aguilar González, María Amparo Gascón Gascón, Mireia Espinós Arnau, Sonia Pérez Sancho, Alfonso Morcillo Aixela, Carlos Jordá Aragón, Alilis Cecilia Fontana Bellorín, Juan Escrivá Peiro, Víctor José Calvo Medina, José Alfonso Cerón Navarro y Jesús Gabriel Sales Badia

Hospital La Fe, Valencia, España.

Introducción: La introducción del tratamiento antirretroviral ha permitido el acceso de los pacientes VIH al trasplante pulmonar (TP). Nuestro objetivo es analizar el impacto de la infección previa por VIH controlada en la supervivencia y el estado del injerto en pacientes sometidos a TP en un centro de referencia.

Material y métodos: Cohorte prospectiva de trasplantados pulmonares entre 1/1/2014 y 1/9/2023. Se evaluaron variables relacionadas con las características del receptor, del donante, el procedimiento y la aparición de complicaciones posoperatorias, mortalidad intrahospitalaria, supervivencia global y libre de disfunción crónica del injerto pulmonar (CLAD). Las variables cualitativas (porcentajes) se compararon mediante chi-cuadrado y regresión logística. Las curvas de supervivencia se construyeron con Kaplan-Meier. Las variables cuantitativas se describen como media ± desviación. Se estableció significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Se trasplantaron 527 pacientes (64,3% hombres) con edad media de $53,72 \pm 13,99$ años. Seis tenían infección VIH (5 hombres) con edad media de $55,57 \pm 4,8$ años, 5 EPOC y 1 con hipertensión pulmonar. Se realizaron 438 trasplantes bipulmonares (TBP) (83,1%) y 83 unipulmonares (15,8%). A todos los pacientes VIH se les realizó un TBP. El tiempo de isquemia medio fue de $297,61 \pm 82,43$ minutos. Requirieron asistencia intraoperatoria 279 pacientes (55,7%) en el grupo no VIH y 2 pacientes (33%) en el grupo VIH ($p = 0,51$). El 35,9% de los pacientes no VIH y el 16,7 de los VIH presentaron DPIP ($p = 0,32$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 11,9% en los pacientes no VIH y 16,7% en los VIH ($p = 0,72$) siendo mayor en los pacientes que desarrollaron DPIP ($p = 0,001$), en los que se requirió asistencia cardiocirculatoria intraoperatoria ($p = 0,001$) y posoperatoria ($p = 0,001$). No hubo diferencias en las tasas de infección (bacteriana, fúngica y vírica) posoperatoria entre ambos grupos. La supervivencia al año (83%) y a los 5 años (62%) fue similar en ambos grupos ($p = 0,61$). La supervivencia libre de CLAD se mantuvo por encima del 80% a los 5 años en ambos grupos ($p = 0,65$).

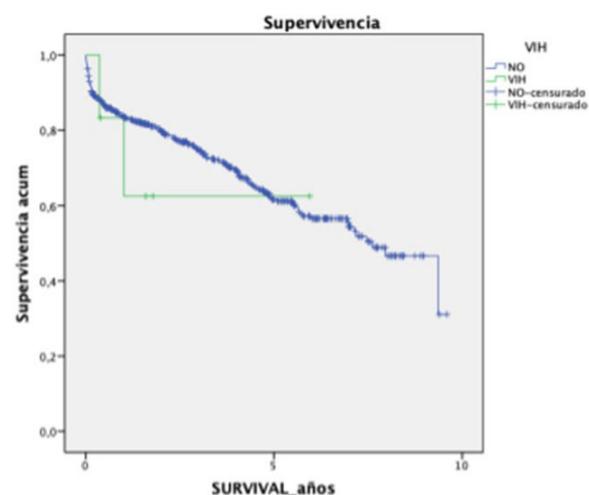


Figura 1. Supervivencia global a los 5 años.

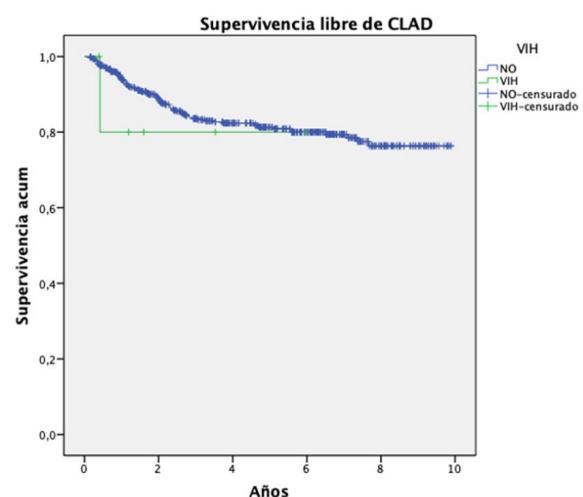


Figura 2. Supervivencia libre de CLAD a los 5 años.

Conclusiones: Los pacientes con infección VIH controlada tienen los mismos resultados en términos de mortalidad intrahospitalaria, infecciones, supervivencia global y supervivencia libre de CLAD que los pacientes no VIH, por lo que el trasplante pulmonar es una opción terapéutica válida en estos pacientes.

939. VALOR PREDICTIVO DE LA EFICIENCIA VENTILATORIA EN LAS COMPLICACIONES TRAS RESECCIÓN PULMONAR MAYOR

Ana Teresa Escobar Delgado, Celeste Marcos Marcos, Mateo Hevia Menéndez, Carlos Carbonell Colomer, José Luis García Fernández, Francisco Javier Aspa Marcos, Julio Ancochea Bermúdez y Ramón Moreno Balsalobre

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El máximo consumo de oxígeno (VO_2 máx) es un parámetro medido de forma rutinaria a través de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (CPET) en el preoperatorio de las resecciones pulmonares para la estratificación del riesgo de complicaciones posoperatorias. Sin embargo, mediante esta prueba podemos determinar también la pendiente de ventilación en relación a la producción de CO_2 (VE/VCO_2 slope), que condiciona la denominada eficiencia ventilatoria. Existe cada vez más evidencia acerca de la utilización de este paráme-

tro como otro estratificador del riesgo quirúrgico. El objetivo de este estudio es inferir el valor predictivo de la eficiencia ventilatoria en relación a las complicaciones tras la cirugía de resección pulmonar.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes intervenidos de lobectomía entre enero y octubre de 2023 en el Hospital de La Princesa a los que se les realizó una CPET dentro del estudio preoperatorio. Como variables preoperatorias se incluyeron antecedentes de asma, EPOC, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y accidente cerebrovascular entre otros. Como complicaciones posoperatorias se registraron: insuficiencia respiratoria que requiere reintubación, insuficiencia cardíaca, arritmia de *novo*, neumonía posoperatoria a los 30 y 90 días y fuga aérea prolongada. Los pacientes fueron estratificados con un riesgo moderado o bajo de complicaciones según valores de consumo de oxígeno.

Resultados: Se incluyeron un total de 63 pacientes, 33 de ellos con diagnóstico preoperatorio de malignidad. Con respecto al abordaje, 59 se realizaron por videotoracoscopia y 5 por toracotomía. Del total de los pacientes estudiados, 44 no presentaron ninguna complicación y 9

	Total (N=63)	Sin ninguna complicación (n=44)	Con alguna complicación (n=9)	p-valor
Género				
Hombre	33 (52,4%)	27 (50,0%)	6 (66,7%)	
Mujer	30 (47,6%)	27 (50,0%)	3 (33,3%)	
Edad	67,9 ($\pm 9,2$)	67,4 ($\pm 9,1$)	71,2 ($\pm 9,3$)	0,148
Edad (rangos)				0,396
30-39	1 (1,6%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	<0,001
50-59	8 (12,7%)	7 (13,0%)	1 (11,1%)	1,000
60-69	25 (39,7%)	23 (42,6%)	2 (22,2%)	0,430
70-79	24 (38,1%)	18 (33,3%)	6 (66,7%)	0,125
+80	5 (7,9%)	5 (9,3%)	0 (0,0%)	<0,001
Peso	74,7 ($\pm 15,0$)	74,9 ($\pm 15,5$)	73,5 ($\pm 12,5$)	0,793
Talla	1,7 ($\pm 0,1$)	1,7 ($\pm 0,1$)	1,6 ($\pm 0,1$)	0,969
IMC	27,3 ($\pm 4,4$)	27,4 ($\pm 4,6$)	27,0 ($\pm 3,9$)	0,844
IMC (categorías)				
Peso normal	23 (36,5%)	20 (37,0%)	3 (33,3%)	1,000
Sobrepeso	27 (42,9%)	22 (40,7%)	5 (55,6%)	0,642
Obesidad	13 (20,6%)	12 (22,2%)	1 (11,1%)	0,751
Motivo QX				1,000
Neoplasia maligna	33 (52,4%)	28 (51,9%)	5 (55,6%)	
Nódulo pulmonar	30 (47,6%)	26 (48,1%)	4 (44,4%)	
Tipo QX				0,916
Toracotomía	4 (6,3%)	4 (7,4%)	0 (0,0%)	
VATS	59 (93,7%)	50 (92,6%)	9 (100,0%)	
Cardiopatía isquémica				0,908
EPOC	17 (27,0%)	14 (25,9%)	3 (33,3%)	0,954
HTA	31 (49,2%)	25 (46,3%)	6 (66,7%)	0,299
Asma	2 (3,2%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	1,000
Diabetes mellitus	16 (25,4%)	14 (25,9%)	2 (22,2%)	1,000
Tabaquismo				0,911
Ex-fumador	17 (27,0%)	15 (27,8%)	2 (22,2%)	1,000
Fumador	15 (23,8%)	13 (24,1%)	2 (22,2%)	1,000
Nunca fumador	31 (49,2%)	26 (48,1%)	5 (55,6%)	0,959
Cr>2	1 (1,6%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	1,000
ACV	2 (3,2%)	1 (1,9%)	1 (11,1%)	0,660
Anemia	2 (3,2%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	1,000
FVC (%)	98,0 ($\pm 16,8$)	99,6 ($\pm 17,0$)	89,0 ($\pm 13,2$)	0,081
FVC (L)	4,6 ($\pm 10,6$)	4,9 ($\pm 11,5$)	3,0 ($\pm 0,6$)	0,370
FEV1 (%)	88,9 ($\pm 16,7$)	90,6 ($\pm 15,9$)	79,2 ($\pm 18,7$)	0,058
FEV1 (L)	2,3 ($\pm 0,6$)	2,3 ($\pm 0,7$)	2,0 ($\pm 0,5$)	0,199
DLCO (%)	76,9 ($\pm 13,9$)	78,5 ($\pm 13,3$)	67,4 ($\pm 13,8$)	0,026
DLCO (L)	7,2 ($\pm 12,5$)	7,5 ($\pm 13,6$)	5,0 ($\pm 1,1$)	0,629
VO_2 máx. (%)	74,5 ($\pm 18,6$)	76,1 ($\pm 17,7$)	65,4 ($\pm 22,4$)	0,114
VO_2 (kg)	18,7 ($\pm 10,2$)	17,0 ($\pm 3,6$)	29,0 ($\pm 24,1$)	0,479
Disminución consumo O_2 máx.				0,030
Severa	2 (3,2%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	<0,001
Moderada	13 (20,6%)	10 (18,5%)	3 (33,3%)	0,567
Leve	45 (71,4%)	41 (75,9%)	4 (44,4%)	0,124
Normal	3 (4,8%)	1 (1,9%)	2 (22,2%)	0,701
VE VCO_2 SLOPE VT2	1254,7 ($\pm 325,2$)	1261,5 ($\pm 312,8$)	1214,1 ($\pm 411,8$)	0,689
Insuficiencia respiratoria (VMNI, IOT, REA)				0,013
OCD	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
FAP	2 (3,2%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	0,013
Neumonía (30 días)	2 (3,2%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	0,013
Neumonía (90 días)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	0,323
Fistula bronquial	3 (4,8%)	0 (0,0%)	3 (33,3%)	0,002
SDRA	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	0,304
Insuficiencia cardíaca	2 (3,2%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)	0,017
Arritmia	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	0,304
TEP	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA
Atelectasias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NA
Insuficiencia cardíaca (sopor inotrópico)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (11,1%)	0,304

presentaron alguna. Los pacientes que sufrieron complicaciones presentaban un valor de DLCO (capacidad de difusión de monóxido de carbono) preoperatorio menor. No se encontraron diferencias significativas en el número de complicaciones en relación con el valor de VO2máx. El VE/VCO₂ slope mayor a 35 se relacionó de forma estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones en nuestros pacientes, como el desarrollo de neumonía en los 30 días posoperatorios, insuficiencia cardíaca o fuga aérea prolongada.

Conclusiones: El VE/VCO₂ slope podría contribuir a la identificación de aquellos con riesgo de sufrir complicaciones posoperatorias. El número total de las mismas fue bajo y esto podría haber determinado que el VO₂ máximo no fuese significativo.

355. VARIABILIDAD EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. ESTUDIO DE LA COHORTE GEMENEPE

José Luis Recuero Díaz¹, Patricia Carmona Soto², Carlos Fernando Giraldo Ospina³, Sara Monge Blanco⁴, Mireia Rusca Giménez⁵, Jesús Martínez Baños⁶, Francisco Hernández Escobar⁷, Néstor Iván Quiroga⁸, Olalla García Rodríguez⁹, José Soro García¹⁰, Alejandro García Pérez¹¹, Miguel Ángel Cañizares Carretero¹², Carlos Gálvez Muñoz¹³, Giovanna Foschini Martínez¹⁴, José Carlos Meneses Pardo¹⁵, Francisco Javier González García¹⁶, Stephany Laguna Sanjuanelo¹⁷, Andrés Obeso Carillo¹⁸, Guadalupe Carrasco Fuentes¹⁹, Jon Ander Lizarbe Bon²⁰, Laura Sánchez Moreno²¹, Itzell Pérez Méndez²², María Trujillo Sánchez de León²³, Juan Manuel Córcoles Padilla²⁴, Silvana Crowley Carrasco²⁵, Alejandra Libreros Niño²⁶, Paloma Rofso Raboso²⁷, Juan Camilo Vivas García²⁸, Karen Aguilar González²⁹, Vicente Bou Paniagua³⁰, Lucía Hernández Pérez³¹, Nuria Mañes Bonet³², Ricardo Medina Sánchez³³, Mario Montesinos Encalada³⁴ y Héctor Milián Goicoechea³⁵

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. ⁶Hospital Universitario Virgen Arrixaca, Murcia, España. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁸Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ⁹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, A Coruña, España. ¹²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ¹³Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España. ¹⁴Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, España. ¹⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ¹⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ¹⁷Hospital Universitario de Navarra, Navarra, España. ¹⁸Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España. ¹⁹Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España. ²⁰Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España. ²¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ²³Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ²⁴Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España. ²⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España. ²⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²⁷Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²⁹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ³⁰Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³¹Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, España. ³²Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España. ³³Complejo Hospitalario Universitario Insular, Las Palmas, España. ³⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. ³⁵Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es presentar la cohorte de pacientes del Grupo Español Multicéntrico de Estudio de Neumotórax Espontáneo Primario (GEMENEPE) y estudiar la variabilidad de manejo en pacientes intervenidos de neumotórax espontáneo primario (NEP).

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico de la cohorte GEMENEPE constituida por pacientes de 34 centros (c) nacionales. Se incluyeron pacientes de febrero de 2022 a febrero de 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes entre 16 y 40 años intervenidos de NEP. Los criterios de exclusión fueron: antecedente de patología respiratoria (excepto asma), antecedente de cirugía en el hemitórax intervenido y aquellos en los que no se completó seguimiento. El tamaño muestral calculado para la cohorte se estimó para evaluar la recidiva, estimando esta en hasta un 10% con una precisión absoluta del 4% a un nivel de confianza del 95% y un efecto de diseño de 1, siendo necesarios 239 pacientes. Se llevó a cabo el análisis descriptivo de la cohorte. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según procediera, y las variables cualitativas o categóricas como frecuencia y porcentaje. El programa estadístico utilizado fue R.

Resultados: La cohorte está constituida por 458 pacientes (p), siendo 385 p varones (84%). 339 p (74%) presentaron al menos un episodio previo de NEP. Todos los pacientes fueron intervenidos por cirugía videotoracoscópica. Se realizó pleurodesis en 437 p (95%). La tasa de fuga aérea mayor a 5 días fue del 5,3% (24 p). La tasa de complicaciones posoperatorias fue del 4,6% (21 p), siendo la complicación más frecuente el hemotórax (42%, 9 de 21 p). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (RI 2-3). Se compararon los manejos terapéuticos entre los 34 centros: 13 c (38,2%) realizaron en el 100% de los pacientes solo pleurodesis mecánica por abrasión; 6 c (17,6%) realizaron en el 100% de los casos solo pleurodesis química con talco; 15 c (44,1%) realizaron distintos tipos de pleurodesis entre sus pacientes.

Conclusiones: A pesar de la existencia de guías nacionales para el manejo quirúrgico del NEP, parece no existir consenso en el abordaje de dicha entidad no solo entre hospitales del territorio nacional sino también entre profesionales de un mismo servicio.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

871. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS SOBRE EL USO DE ANESTESIA LOCAL PARA EXTRACCIÓN DE GASOMETRÍAS ARTERIALES

Marta Sánchez Zaballos¹, Natalia Martínez Antelo² y Enrique Prendes González¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La aplicación de anestesia infiltrada en la punción arterial para extracción de gasometría está recogida en diferentes normativas y manuales desde hace casi 20 años. Sin embargo, estudios recientes indican que se trata de una práctica poco habitual e incluso desconocida por parte de los profesionales de enfermería que realizan dicha técnica. El objetivo de este estudio fue conocer las actitudes de los profesionales de Enfermería que realizan extracción de gasometría mediante punción arterial en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias entre enero y mayo de 2023. Se incluyeron enfermeras y enfermeros que realizaron labor asistencial en el Servicio de Urgencias Hospitalarias y aceptaron voluntariamente participar. Mediante hoja de recogida de datos anóni-