



Sogapar

#SOGAPAR2023

www.sogapar.info



FUNDACIÓN
SOGAPAR

L REUNIÓN ANUAL
SOGAPAR

XXXV Reunión
Galaico Duriense

20-21 // OCTUBRE // 2023
SANTIAGO DE COMPOSTELA
AULARIO NOVOA SANTOS

PROGRAMA



JUNTA DIRECTIVA

Presidente:	Dr. José Alberto Fernández Villar
Vicepresidenta:	Dra. Eva M. García Fontán
Secretaria:	Dra. María Luisa Torres Durán
Tesorero:	Dr. Luis Pérez de Llano
Vocal de A Coruña:	Dra. Isabel Otero González
Vocal de Ferrol:	Dr. Santiago Rodríguez-Segade Alonso
Vocal de Lugo:	Dr. David Dacal Rivas
Vocal de Pontevedra:	Dr. Christian Anchorena Díaz
Vocal de Santiago:	Dra. Adriana Lama López
Vocal de Vigo:	Dra. Montserrat Blanco Ramos

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Presidenta:	Dra. Lucía Ferreiro Fernández
Vocales:	Dra. Romina Abelleira París
	Dr. José Manuel Álvarez Dobaño
	Dr. Uxío Calvo Álvarez
	Dra. Ana Casal Mouriño
	Dr. José Manuel García Pazos
	Dr. Antonio Golpe Gómez
	Dr. Francisco Javier González Barcala
	Dra. Adriana Lama López
	Dr. Carlos Rábade Castedo
	Dr. Jorge Ricoy Gabaldón
	Dra. Vanessa Riveiro Blanco
	Dra. Carlota Rodríguez García
	Dra. Nuria Rodríguez Núñez
	Dr. Juan Luis Suárez Antelo
	Dra. María Elena Toubes Navarro
	Dr. Luis Valdés Cuadrado
	Dr. Carlos Zamarrón Sanz

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Pedro J. Marcos Rodríguez

Vocales:

Dr. Adolfo Baloira Villar

Dra. Dolores Corbacho Abelaira

Dra. María Delgado Roel

Dra. Carmen Diego Roza

Dra. Lucía Ferreiro Fernández

Dra. Coral González Fernández

Dr. Marco Pereyra Barrionuevo



Viernes 20 de octubre de 2023

09:00-09:20 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

09:20-09:30 BIENVENIDA Y APERTURA

09:30-13:30 COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTER

09:30 **Bloque 1. Comunicaciones orales**

Dra. Noemí Mengual Macenlle. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Ferrol.*

Dra. Adriana Lama López. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE UN SISTEMA INTELIGENTE DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Torres Durán, María (1); Casal Guisande, Manuel (2); Mosteiro Añón, Mar (1); Comesaña Campos, Alberto (2); Muñoz Martínez, María José (1); González Montaos, Almudena (1); Cerqueiro Pequeño, Jorge (2); Bouza Rodríguez, José Benito (2); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*; (2) *Escuela de Ingeniería Industrial. Universidade de Vigo - (CO)*

INFLUENCIA DEL PERFIL MOLECULAR EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) POR CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM)

Lojo Rodríguez, Irene (1); Botana Rial, Maribel (1); González Montaos, Almudena (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Leiro Fernández, Virginia (1); González Piñeiro, Ana (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*

EXPERIENCIA DEL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT) Y SU EVOLUCIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO (ENSAYO PLEURORAPID: PI21/01420)

Botana Rial, Maribel (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Iglesias Heras, Miguel (2); Cordovilla Pérez, Rosa (2); Ferreiro Fernández, Lucía (3); Castro Añón, Olalla (4); Dacal Rivas, David (4); Suárez Antelo, Juan (3); Nuñez Delgado, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*; (2) *Hospital Universitario de Salamanca*; (3) *Hospital Universitario de Santiago*; (4) *Hospital Universitario Lucus Augusti*

INFLUENCIA DEL TIPO DE NEOADYUVANCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE PULMÓN

Gándara Castro, Cristian (1); Mundet Tudela, Ariadna (1); Quiroga Martínez, Jorge (1); Rivo Vázquez, Jose Eduardo (1); Sánchez Calle, Álvaro (1); Otero Lozano, Daniel (1); García Prim, Jose María (1)

(1) Centro Hospitalario Universitario Santiago

MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADOS A LA VALORACIÓN DE EXTENSIÓN Y OPACIDAD EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA PREDECIR LA SEVERIDAD DE AFECTACIÓN RADIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN POR COVID-19

Corbacho Abelaira, Dolores (1); Corbacho Abelaira, Fernando (2); Arnaiz Fernandez, Miguel (2); Trinidad López, Carmen (1); Delgado Sánchez-Gracián, Carlos (1); Iglesias Rio, Fernando (1); Cobas Paz, Ana (1); Vilariño Pombo, Carlos (1); Ruano Raviña, Alberto (3); Fernandez Villar, Alberto (4)

(1) Povisa; (2) Cognodata; (3) Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Santiago de Compostela; (4) Hospital Álvaro Cunqueiro

INTELIGENCIA ARTIFICIAL BUSCANDO INTERPRETABILIDAD DE RESULTADOS: YOLO/HEAT MAPS

Corbacho Abelaira, D (1); Corbacho Abelaira, F (2); Arnaiz Fernández, M (2); Trinidad López, C (1); Delgado Sanchez-Gracian, C (1); Iglesias Rio, F (1); Cobas Paz, A (1); Vilariño Pombo, C (1); Ruano Raviña, A (3); Fernández Villar, A (4)

(1) POVISA; (2) Cognodata; (3) Universidad de Santiago de Compostela; (4) Hospital Álvaro Cunqueiro

FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES CON DISFUNCIÓN CRÓNICA DEL INJERTO

Castiñeira Gamborino, María (1); Delgado Roel, María (1); García-Pérez, Alejandro (1); Sánchez Valenzuela, Ignacio (1); Tovar Durán, Héctor (1); de la Torre Bravo, Mercedes (1)

(1) Centro Hospitalario Universitario A Coruña



RENTABILIDAD, SEGURIDAD Y PREDICTORES DEL RESULTADO DE LA ECOBRONCOSCOPIA-RADIAL (EBUS-R) EN EL ESTUDIO DE LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS (LPP) (EXPERIENCIA INICIAL)

Fernández Granda, Ignacio (1); Lojo Rodríguez, Irene (1); Botana Rial, María Isabel (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA TRIPLE TERAPIA EN ASMA

Vázquez Cortiñas, Eva (1); Pérez Ortiz, Daniel (2); Pérez de Llano, Luis (1); Ruiz Ferreras, Raquel (3); González Fernández, Coral (4); Mosteiro Añon, Mar (5); Pallarés Sanmartín, Abel (4); Álvarez Torres, Jose Manuel (4); Dacal Rivas, David (1);

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Universidad de Santiago de Compostela; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (5) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

INFLUENCIA DE LA COMBINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DONANTE-RECEPTOR ESPECÍFICOS EN EL RESULTADO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES: CREACIÓN DE UN SCORE

Delgado Roel, María (1); Fieira Costa, Eva María (1); Fernández Vago, Luis (1); Minasyan, Anna (1); Fernández Prado, Ricardo (1); García Pérez, Alejandro (1); Sánchez Valenzuela, Ignacio (1); Tovar Durán, Héctor (1); Taboada García, Natalia (1); de la Torre Bravos, Mercedes (1)

(1) Hospital Universitario de A Coruña

DIABETES Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira París, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Casal Mouriño, Ana (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Ricoy Gabaldon, Jorge (1); Lama Lopez, Adriana (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR ONCOLÓGICA. COMPARATIVA DEL ABORDAJE RATS VERSUS VATS

García-Pérez, A (1); Tovar Durán, HM (1); Delgado Roel, M (1); Fernández Prado, R (1); Sánchez Valenzuela, I (1); Castiñeira Gamborino, M (1); Paredes Fernández, M (1); Mira Vieites, M (1); De La Torre Bravos, MM (1)

(1) *Servicio Cirugía Torácica CHUAC.*

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNA SERIE QUIRÚRGICA

Sacristán Robles, Laura (1); Comesaña Blanco, Raquel (1); Magdalena Iglesias, Carlos (1); Blanco Ramos, Montserrat (1); Carrasco Rodríguez, Rommel (1); Cañizares Carretero, Miguel (1); Moldes Rodríguez, Milagros (1); Albort Ventura, Jesús (1); Vázquez Gallardo, Rafael (1); García Fontán, Eva (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES GALLEGOS CON DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA INCLUIDOS EN EL REGISTRO EARCO

Torres Durán, María (1); Rodríguez García, Carlota (2); Tubío Pérez, Ramón Antonio (3); Priege Carrera, Ana (4); Iglesias Martínez, Patricia (2); de la Cruz Carbajales Bouzón, María (2); Pazos Area, Luis Alberto (1); Fernández Villar, Alberto (1); Valdés Cuadrado, Luis (2)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*; (2) *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*; (3) *Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*; (4) *Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur*

TUMOR FIBROSO PLEURAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Sacristán Robles, L (1); Magdalena Iglesias, C (1); Blanco Ramos, M (1); Moldes Rodríguez, M (1); Carrasco Rodríguez, R (1); Botana Rial, MI (1); Cañizares Carretero, M (1); Albort Ventura, J (1); García-Fontán, E

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro.*



11:00

Pausa Café

11:30

Bloque 2. Comunicaciones orales

Dra. Carla Janet Toro Bobarin. Servicio de Neumología. C.H. Universitario de Pontevedra.
Dr. Ramón Antonio Tubio Pérez. Servicio de Neumología. C.H. Universitario de Ourense.

IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES SOBRE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES ASMÁTICOS TRATADOS CON BIOLÓGICOS

Arias Zas, Laura (1); Pérez de Llano, Luis (1); Urrutia, Isabel (2); G. Cosío, Borja (3); Gullón-Blanco, José Antonio (4); Habernau Mena, Alicia (5); Cisneros, Carolina (6); Martínez-Moragón, Eva (7); Marina Malanda, Nuria (8); Dacal Rivas, David (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Galdakao-Usansolo Ospitalea; (3) Hospital Universitario Son Espases; (4) Hospital Universitario San Agustín; (5) Complejo Hospitalario de Mérida; (6) Hospital de La Princesa; (7) Hospital Universitario Doctor Peset; (8) Hospital Universitario de Cruces

HOSPITALIZACIÓN DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DE BAJO RIESGO. ¿QUÉ CRITERIOS SEGUIMOS? UTILIDAD DE UN MODELO PREDICTIVO PARA LA TOMA DE DECISIONES.

Martínez, Honorio Jorge (1); Lama, Adriana (1); Gude, Francisco (1); Toubes, Maria Elena (1); Casal, Ana (1); Ricoy, Jorge (1); Rábade, Carlos (1); Rodríguez-Nuñez, Nuria (1); Cao-Ríos, Ana (1); Ferreiro, Lucía (1)

(1) Centro Hospitalario Universitario de Santiago

EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON KAFTRIO EN NUESTRA UNIDAD DE FIBROSIS QUIÍSTICA DE ADULTOS

Pintos Louro, Manuel (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Fernández Granda, Ignacio (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Gómez Corredoira, Eva (1); Núñez Fernández, Marta (1); González Montaos, Almudena (1); Fernández Villar, José Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo)

MORTALIDAD A LARGO PLAZO TRAS UN INGRESO POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (AEPOC), CAUSAS Y FACTORES PREDICTORES

Gómez Corredoira, Eva (1); Represas Represas, Cristina (1); Golpe Gómez, Rafael (2); González Montaos, Almudena (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Pintos Louro, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Hospital Lucus Augusti

EXPERIENCIA TRAS INICIO DE PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE LAS ARTERIAS PULMONARES (ABAP) EN NUESTRA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (HP)

Fernández Granda, Ignacio (1); Castro Otero, Maria Carmen (1); Melendo Viu, María (1); Dobarro Pérez, David (1); González Ferreiro, Rocío (1); Bastos Fernández, Guillermo (1); Rodríguez Fernández, Paula (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Fernandez Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

PRONÓSTICO DE LA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD FIBROSANTE SEGÚN EL ANTÍGENO CAUSAL

Arias Zas, Laura (1); Villar Gómez, Ana (2); Aburto Barrenechea, Myriam (3); Sellarés Torres, Jacobo (4); Portillo Carroz, Karina (5); Acosta Fernández, Orlando (6); Molina Molina, María (7); Cabrera Cesar, Eva (8); Balcells Vilarnau, Eva (9); Cano Jiménez, Esteban (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Vall d'Hebrón; (3) Hospital Universitario Galdakao; (4) Hospital Clínic; (5) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; (6) Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; (7) Hospital Universitari de Bellvitge; (8) Hospital Universitario Virgen de la Victoria; (9) Hospital del Mar;

¿SIGUE SIENDO LA NEUMONECTOMÍA UNA ENFERMEDAD A DÍA DE HOY?

Mundet Tudela, A (1); Gándara Castro, C (1); Quiroga Martínez, J (1); Rivo Vázquez, JE (1); Sánchez Calle, A (1); Otero Lozano, D (1); García Prim, JM (1)

(1) Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

EFFECTIVIDAD DE LOS AGONISTAS PARCIALES DE RECEPTORES NICOTÍNICOS EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

Rábade Castedo, C (1); Casal Mouriño, A (1); Ferreiro Fernández, L (1); Abelleira Paris, R (1); Lama López, A (1); Rodríguez Núñez, N (1); Zamarron Sanz, C (1); Golpe Gómez, A (1); Alvarez Dobaño, JM (1); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

EVOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO (DPPNC) TRATADO MEDIANTE DRENAJE ENDOTORÁCICO (DET) FINO

Rodríguez Otero, I (1); Botana Rial, M (1); Pazos Area, LA (1); Vargas Ursúa, F (1); Fernández Granda, I (1); Lojo Rodríguez, I (1); Pintos Louro, M (1); Gómez Correodoira, E (1); Núñez Delgado, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro



ELASTOGRAFÍA SHEAR WAVE EN CONSOLIDACIONES SUBPLEURALES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL PROYECTO ELASTOLUNG

Vargas Ursúa, F (1); Ramos Hernández, C (1); Fernández Granda, I (1); Gómez Corredoira, E (1); Pazos Area, LA (1); Rodríguez Otero, I (1); Pintos Louro, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

ABSTINENCIA A CORTO PLAZO Y SEGURIDAD DE CITISINA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y OBERVACIONAL EN GALICIA

Landín Rey, E (1); Canosa Santos, E (1); Vázquez Gallardo, R (2); Iglesias Francesch, B (3); Rábade Castedo, C (1); Fernández Villar, A (2); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* (2) *Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro Vigo*; (3) *Centro de salud CS DO MAR (La Coruña)*

PLEURITIS INESPECÍFICA: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Landín Rey, E (1); Ferreiro Fernández, L (1); Carreiras Cuiña, M (1); Gude-Sampedro, F (1); Antunez, JR (1); Suárez Antelo, J (1); Toubes Navarro, ME (1); Rodríguez Núñez, N (1); Lama López, A (1); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Santiago. Servicio de Neumología*

INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTUDIOS, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PREVIAS Y HUMO DE TABACO AMBIENTAL EN LA EPOC EN NUNCA FUMADORES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO EPOC-NS

Pazos Area, Luis (1); Represas Represas, Cristina (1); Rey Brandariz, Julia (2); Candal Predreira, Cristina (2); Rodríguez García, Carlota (2); Golpe Gómez, Rafael (3); Pérez Ríos, Mónica (2); Fernández Villar, Alberto (1); Ruano Raviña, Alberto (2); Varela Lema, Leonor (2);

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*; (2) *Universidad de Santiago de Compostela*; (3) *Complejo Hospitalario Universitario de Lugo*.

RECICLAJE DE INHALADORES EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Diego Roza, Carmen María (1); Darriba Rodríguez, María del Pilar (1); Tizón Bouza, Eva (1); Fernández Rodríguez, Marta María (1); Romero López, María Begoña (1); Vila Altesor, María Matilde (1); Martínez Louro, Carlos Javier (1); De la Paz Vigo, María Jesús (1); Martínez Varela, María Silvia (1); Carballeira Carballreira, Isabel (1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

Bloque 3. Comunicaciones póster

Dra. Nuria Rodríguez Núñez. Servicio de Neumología. C.H. Universitario de Santiago de Compostela

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD: APLICACIÓN DE UN NUEVO ALGORITMO DIAGNÓSTICO A UNA SERIE HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD

Landin Rey, E (1); Casal Mouriño, A (1); Suárez Antelo, J (1); Riveiro Blanco, V (1); Ferreiro, L (1); Martínez De Alegría, A (1); Antúnez, JR (1); Otero, B (1); Gude, F (1); Valdes Cuadrado, L (1)

(1) CHUS

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN SERVO-ADAPTATIVA EN EL CONTROL DE APNEAS CENTRALES EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Pazos Area, LA (1); Muñoz Martínez, MJ (1); Rodríguez Otero, I (1); Torres Durán, M (1); González Montaos, A (1); Fernández Granda, I (1); Vargas Ursúa, F (1); Santamaría López, MH (1); Mosteiro Añón, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro. Grupo de investigación NeumoVigo I+i. IISGS, Vigo, España

IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA, ANTIGRI PAL Y FRENTE A SARS-COV2 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

Berriochoa Rodriguez, A (1); Blanco Aparicio, M (1); Duarte Busquet, D (1); Tirados Fernández, A (1); Álvarez Moyano, E (1); Varona Galan, B (1); Montero Martínez, C (1)

(1) CHUAC

HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO 3 GRAVE: MANEJO TERAPÉUTICO

Vargas Ursúa, F (1); Fernández Granda, I (1); Melendo Viu, M (1); Castro Otero, MC (1); Dobarro Pérez, D (1); Pazos Area, LA (1); Rodríguez Otero, I (1); Gómez Corredoira, E (1); Pintos Louro, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo



13:45-15:30 Almuerzo de trabajo

16:00-17:15 MESA EPID

Dra. Carmen Diego Roza. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Ferrol.*

Dr. António Morais. Serviço de Pneumologia. *Centro Hospitalar Universitário São João-Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

Diagnóstico de la neumonitis por hipersensibilidad.

Dra. Ana Casal Mouriño. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

Posicionamiento de la criobiopsia y biopsia pulmonar quirúrgica en el algoritmo diagnóstico de las EPID.

Dr. Esteban Cano Jiménez. Servicio de Neumología. *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.*

Perspectiva futura en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática y fibrosis pulmonar progresiva.

Dr. Juan Suárez Antelo. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

Discusión.

17:15-17:30 INAUGURACIÓN OFICIAL

17:30-18:15 CONFERENCIA RODRÍGUEZ SUÁREZ

Medicina personalizada en Neumología.

Dr. Ángel Carracedo Álvarez. *Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).*

Presenta:

Dra. Lucía Ferreiro Fernández. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

18:15-18:45 Pausa café

18:45-20:00 MESA MISCELÁNEA

Moderadores:

Dra. Olalla Castro Añón. Servicio de Neumología. *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.*

Dr. David Barros Casas. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Pontevedra.*

Papel del trasplante de pulmón en la hipertensión pulmonar.

Dra. Isabel Otero González. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de A Coruña.*

Actualización en el manejo del derrame pleural infeccioso.

Dr. José Manuel Porcel Pérez. Servicio de Medicina Interna. *Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.*

Criobiopsia mediastínica transbronquial guiada por EBUS.

Dr. Miguel Ángel Ariza Prota. Servicio de Neumología. *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

Discusión.

20:00-20:45 ASAMBLEA SOGAPAR

21:30 Cena y entrega de premios



Sábado 21 de octubre de 2023

09:15-10:30 MESA EPOC

Dr. Pedro J. Marcos Rodríguez. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de A Coruña.*

Dra. Teresa Shiang. Serviço de Pneumologia. *Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

Exacerbaciones en la EPOC: un abordaje personalizado.

Dr. José Alberto Fernández Villar. Servicio de Neumología. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

Tratamientos futuros para la EPOC.

Dra. Isaura Parente Lamelas. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Ourense.*

Actualización en el tratamiento del déficit de alfa-1 antitripsina.

Dra. María Luisa Torres Durán. Servicio de Neumología. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

Discusión.

10:30-11:20 MESA VENTILACIÓN Y SUEÑO

Moderadores:

Dra. María Guadalupe González Valladares. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Pontevedra.*

Dra. Raquel Dacal Quintas. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Ourense.*

Estado actual del tratamiento farmacológico de la apnea obstructiva del sueño.

Dr. João Carlos Winck. Hospital CUF Porto. *Faculdade de Medicina do Porto.*

Papel de la telemonitorización en pacientes con ventilación mecánica domiciliaria.

Dr. Jorge Ricoy Gabaldón. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

Discusión.

11:20-11:50 Pausa café

11:50-12:35 MESA CIRUGÍA TORÁCICA

Dra. Mercedes de la Torre Bravos. Servicio de Cirugía Torácica. *C.H. Universitario de A Coruña.*

Dr. José Eduardo Rivo Vázquez. Servicio de Cirugía Torácica. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

Resecciones pulmonares sublobares anatómicas en cáncer de pulmón: pro.

Dr. Sergio Bolufer Nadal. Servicio de Cirugía Torácica. *Hospital General Universitario de Alicante.*

Resecciones pulmonares sublobares anatómicas en cáncer de pulmón: con.

Dra. Eva García Fontán. Servicio de Cirugía Torácica. *Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

Discusión.**12:35-13:50 MESA ASMA**

Dr. Luis Domínguez Juncal. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de A Coruña.*

Dra. Ligia Fernandes. Servicio de Pneumologia. *Hospital da Figueira da Foz.*

Nuevas dianas terapéuticas en asma.

Dr. José Gómez Rial. Laboratorio de Inmunogenética, Unidad de Inmunología. *C.H. Universitario de Santiago de Compostela.*

Diagnóstico diferencial de las patologías eosinofílicas pulmonares.

Dra. Nagore Blanco Cid. Servicio de Neumología. *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.*

Asma e infección bronquial crónica.

Dra. Marina Blanco Aparicio. Servicio de Neumología. *C.H. Universitario de A Coruña.*

Discusión.**13:50-14:05 CLAUSURA**

COMUNICACIONES ORALES

BLOQUE 1



ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE UN SISTEMA INTELIGENTE DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Torres Durán, María (1); Casal Guisande, Manuel (2); Mosteiro Añón, Mar (1); Comesaña Campos, Alberto (2); Muñoz Martínez, María José (1); González Montaos, Almudena (1); Cerqueiro Pequeño, Jorge (2); Bouza Rodríguez, José Benito (2); Fernández Villar, Alberto (1)
(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Escuela de Ingeniería Industrial. Universidade de Vigo - (CO)

INTRODUCCIÓN:

Los avances de la Inteligencia Artificial (IA) han impulsado el desarrollo de nuevos sistemas de soporte a la decisión clínica (SSDC) encaminados a mejorar y agilizar los procesos clínicos.

OBJETIVO:

Analizar la capacidad predictiva de un SSDC aplicado en el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño (AOS).

METODOLOGÍA:

El SSDC-AOS parte de información clínica del paciente (Tabla 1) y despliega un gestor de decisiones centrado en el tratamiento de estos datos, utilizando técnicas de Machine Learning y enfoques neuro-simbólicos (Figura 1). Permite determinar un conjunto de indicadores que facilitan la estratificación de los pacientes en tres niveles de riesgo según el índice de apnea-hipopnea (IAH) estimado: leve ($IAH < 15$), moderado ($15 \leq IAH < 30$) y grave ($IAH \geq 30$). Para el análisis se emplea una muestra de 400 pacientes proveniente de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño del Hospital Álvaro Cunqueiro. Este análisis se realiza en MATLAB (R2023a) e incluye curvas ROC, área bajo la curva (AUC), sensibilidad, especificidad y coeficiente de correlación de Matthews (Mcc), y se compara con la práctica clínica.

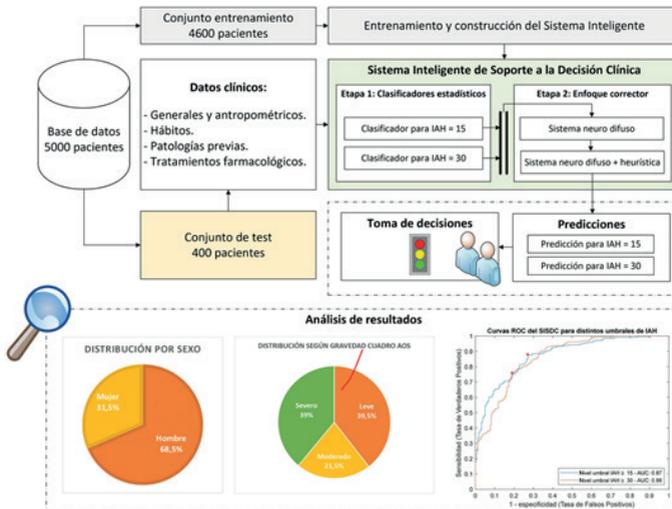
RESULTADOS:

La muestra incluye 274 hombres y 126 mujeres. De estos, 158 (39,5%) presentan una AOS leve, 86 (21,5%) moderada y 156 (39%) grave. En relación con el SSDC, para un $IAH = 15$, se observa un $AUC: 0,87$. En el punto de funcionamiento óptimo sobre la curva ROC (Figura 1), asociado con un $Mcc: 0,61$, sensibilidad: $0,88$ y especificidad: $0,73$. Para un $IAH = 30$, el AUC es $0,86$. Asimismo, en el punto de funcionamiento óptimo sobre la curva ROC (Fig. 1), asociado con un $Mcc: 0,56$; presenta sensibilidad: $0,76$ y especificidad: $0,81$.

CONCLUSIONES:

La IA puede ser útil en la toma de decisiones en el proceso diagnóstico de pacientes con AOS, lo que podría tener un gran impacto en el sistema sanitario, dados los costes y el consumo de recursos derivados del manejo de esta enfermedad tan prevalente.

Variable	Tipo	N (%) / Media ± Desviación Típica
Sexo	Categorico	<ul style="list-style-type: none"> Hombre: 274 (68,5%) Mujer: 126 (31,5%)
Edad	Numérico	54,75 ± 14,36
Índice de masa corporal	Numérico	32,14 ± 6,51
Perímetro de cuello	Numérico	40,95 ± 4,52
Hábito tabáquico	Categorico	<ul style="list-style-type: none"> Fumador: 117 (29,25%) Exfumador: 103 (25,75%) No fumador: 180 (45%)
Índice de paquetes año	Numérico	-
Consumo alcohol	Categorico	<ul style="list-style-type: none"> A diario: 101 (25,25%) Ocasionalmente: 105 (26,25%) No consume: 194 (48,5%)
Gramos de alcohol	Numérico	-
Hipertensión arterial	Categorico	90 (22,5%)
Hipertensión resistente	Categorico	5 (1,25%)
Accidente cerebrovascular	Categorico	4 (1%)
Accidente cerebrovascular menos de un año	Categorico	0 (0%)
Diabetes	Categorico	30 (7,5%)
Cardiopatía isquémica	Categorico	12 (3%)
Fibrilación auricular	Categorico	10 (2,5%)
Insuficiencia cardíaca	Categorico	0 (0%)
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Categorico	6 (1,5%)
Oxígeno domiciliario	Categorico	0 (0%)
Rinitis	Categorico	9 (2,25%)
Depresión	Categorico	18 (4,5%)
Relajantes hipnóticos	Categorico	32 (8%)
Benzodicepinas	Categorico	20 (5%)
Antidepresivos	Categorico	15 (3,75%)
Neurolepticos	Categorico	2 (0,5%)
Mórficos	Categorico	1 (0,25%)
Antihistaminicos	Categorico	1 (0,25%)





INFLUENCIA DEL PERFIL MOLECULAR EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) POR CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM)

Lojo Rodríguez, Irene (1), Botana Rial, Maribel (1); González Montaos, Almudena (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Leiro Fernández, Virginia (1); González Piñeiro, Ana (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*

INTRODUCCIÓN:

El papel de los biomarcadores genéticos en CPNM, incluyendo la expresión del PDL1, ha sido reconocida como importante factor pronóstico. En el DPM por CPNM se asocia a un amplio espectro de mutaciones. El DPM supone un empeoramiento de la supervivencia, por lo que conocer el perfil molecular y ofrecer nuevos tratamientos dirigidos pueden suponer una mejoría pronóstica.

OBJETIVO:

Analizar el valor pronóstico de los biomarcadores en pacientes con DPM por CPNM y qué otros factores predictores pueden influir en la supervivencia de forma independiente.

METODOLOGÍA:

Se recogieron los pacientes con DPM a los que se les había solicitado un biomarcador entre los años 2018-2022. Se analizó la supervivencia hasta 28/02/2023. Se recogieron variables demográficas, radiológicas, analíticas, tratamiento oncológico y aspectos específicos del DPM. Realizamos un análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox para ver qué factores se asociaban al pronóstico de forma independiente.

RESULTADOS:

Incluimos 137 pacientes, $69,4 \pm 10,0$ años, 71,5% hombres (98/137). 70,8% (97/137) eran fumadores, 89,1% (122/137) presentaban sintomatología, siendo principalmente disnea (37,2%). La mortalidad global fue 80,3% (110/137), con una supervivencia de $10,5 \pm 13,0$ meses. 51,1% (70/137) de los pacientes presentaban un biomarcador, siendo PD-L1 el más frecuente (30,7%). Recibieron tratamiento oncológico el 63,5% (87/137), siendo lo más frecuente quimioterapia (43,5%). No encontramos diferencias en supervivencia entre los casos con y sin biomarcadores ($35,3$ vs $33,0$ meses, $p=0,7$), (Tabla 1). Aunque las características específicas del DPM como la cuantía y el momento de presentación se relacionaron con la supervivencia, solo el menor tamaño demostró ser un factor protector independiente (OR:3,621, IC95% 1,442-9,092, $p=0,006$).

CONCLUSIONES:

El perfil molecular de los pacientes con DPM por CPNM no se asoció con la supervivencia, únicamente la menor cuantía fue un factor protector de mortalidad. Identificar las características específicas del DPM podría ayudar a estratificar mejor el pronóstico de los pacientes y en la toma de decisiones terapéuticas.

Variable	Supervivencia (meses)		Valor de p
	SÍ	NO	
Sexo (mujer)	31,1	35,3	0,5
Edad \geq 69	29,3	40,1	0,3
Tabaquismo	33,9	34,2	0,9
Sintomatología	28,8	55,6	0,04
ECOG \leq 1	34,8	24,1	0,4
Niveles de albúmina $>$ 3,2mg/dL (si/no)	31,2	35,3	0,2
Niveles de proteínas $>$ 6,2mg/dL (si/no)	34,3	20,5	0,4
Tamaño DPM gran tamaño	19,3	42,2	0,001
Riesgo LENT (moderado)	35,1	32,4	0,4
Presencia biomarcadores	35,8	32,9	0,4
Tratamiento oncológico	32,2	30,8	0,7
Tratamiento DPM	36,2	32,5	0,9
DPM en recidiva	49,3	25,7	0,02

Tabla 1. Factores que influyen en la supervivencia (meses) del DPM



EXPERIENCIA DEL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO (CPT) Y SU EVOLUCIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO (ENSAYO PLEURORAPID: P121/01420)

Botana Rial, Maribel (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Iglesias Heras, Miguel (2); Cordovilla Pérez, Rosa (2); Ferreira Fernández, Lucía (3); Castro Añón, Olalla (4); Dacal Rivas, David (4); Suárez Antelo, Juan (3); Nuñez Delgado, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Hospital Universitario de Salamanca; (3) Hospital Universitario de Santiago; (4) Hospital Universitario Lucus Augusti

El tratamiento del DPM mediante CPT ofrece una alternativa de primera línea, pero la investigación busca desarrollar estrategias que induzcan pleurodesis y favorezcan la retirada del catéter.

OBJETIVO:

Describir la experiencia y resultados del manejo del DPM con CPT y determinar qué factores pueden influir en la evolución y control del DPM.

METODOLOGÍA:

Estudio ambispectivo de los DPM y CPT desde abril/2022 agosto/2023 (4 hospitales nacionales). Se registraron variables clínicas, propias del DPM, y estrategia de seguimiento/manejo del CPT. Se evaluó que factores podrían estar relacionados con el resultado del procedimiento (pleurodesis/complicaciones), la retirada del CPT o necesidad de nuevos procedimientos.

RESULTADOS:

74 CPT, 58,3% mujeres, 72 (64,7-79,1) años. En 76% casos se colocó de forma ambulatoria. 18 CPT se eliminaron para el análisis por estar funcionantes en el momento del cierre del estudio. En 60% (35/58) se retiró el drenaje, el 74% por pleurodesis (35,5 días) y 25% por complicaciones. 28% fueron exitos con el CPT. Solo 6,9% necesitaron nuevos procedimientos. En los pacientes con drenaje intensivo± talco y cuando la indicación del CPT fue por primera intención fue más frecuente la pleurodesis (57,6% vs 25%; $p=0,1$ y 69,2% vs 28,1%; $p=0,002$). La hipoalbuminemia se asoció a no pleurodesis (34% vs 13,3%; $p=0,08$) así como pulmón atrapado (PA) (40,6% vs 7,7%; $p=0,004$), éste último factor de forma independiente. 28% del total presentaron complicaciones y 12% ingreso hospitalario. En los casos con complicaciones, ni comorbilidad, días de CPT o estrategia de manejo se asociaron con riesgo de complicaciones, solo el PA fue más frecuente (50% vs 16,7%; $p=0,01$)

CONCLUSIONES:

El CPT es un tratamiento efectivo, siendo la pleurodesis la causa más frecuente de retirada. La presencia de PA no solo es un factor predictor de pleurodesis sino de riesgo de complicaciones. El porcentaje de complicaciones es bajo, pero con necesidad de hospitalización.

INFLUENCIA DEL TIPO DE NEOADYUVANCIA EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE PULMÓN

Gándara Castro, Cristian (1); Mundet Tudela, Ariadna (1); Quiroga Martínez, Jorge (1); Rivo Vázquez, Jose Eduardo (1); Sánchez Calle, Álvaro (1); Otero Lozano, Daniel (1); García Prim, Jose María (1)

(1) *Centro Hospitalario Universitario Santiago*

OBJETIVO:

Valorar la influencia de la quimioterapia (QT) vs quimio-radioterapia (QRT) neoadyuvante en la supervivencia de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón (CP).

MÉTODOS:

Se analizaron 1038 pacientes de 3307 iniciales del registro de complicaciones de la SECT. Se dividieron en pacientes tratados con QT vs tratados con QRT, estudiando supervivencia, tiempo libre de enfermedad y recidiva (local o a distancia). Análisis mediante SPSS v25.

RESULTADOS:

69 pacientes tratados con inducción: 44 con QT y 25 con QRT. Se han encontrado diferencias significativas en la edad (media de 63 años en grupo QT vs 57 años en grupo QRT, $p=0.012$) y en la respuesta completa (11.4% en grupo QT vs 40% en grupo QRT, $p=0.006$), sin diferencias significativas en: sexo, ECOG, cardiopatía isquémica, EPOC, abordaje, neumonectomía y gravedad de complicaciones postoperatorias. Supervivencia 5 años: QT 51.2% vs QRT 72% ($p=0.121$). Tiempo libre de enfermedad: QT 66 meses vs QRT 77 meses ($p=0.255$). Pacientes libres de enfermedad a los 5 años: grupo QT 56.1%, grupo QRT 66.7% ($p=0.255$). Tipo de recidiva: recidiva local: grupo QT 34.1% (pulmón 15.9%, ganglionar 13.6%, pleural 4.5%) vs grupo QRT 24% (pulmón 12%, ganglionar 4%, pleural 8%), $p=0.534$. Recidiva a distancia: grupo QT 22.7% vs grupo QRT 28% ($p=0.534$). Análisis multivariante: no se encontraron diferencias significativas de supervivencia a 5 años ni en tiempo libre de enfermedad entre grupos.

CONCLUSIONES:

Encontramos diferencias en supervivencia y tiempo libre de enfermedad a los 5 años entre grupos, aunque estas no fueron significativas. Se observó mayor tasa de recidiva ganglionar en grupo tratado con QT. No pareció afectar a supervivencia ni tiempo libre de enfermedad.



MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADOS A LA VALORACIÓN DE EXTENSIÓN Y OPACIDAD EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA PREDECIR LA SEVERIDAD DE AFECTACIÓN RADIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN POR COVID-19

Corbacho Abelaira, Dolores (1); Corbacho Abelaira, Fernando (2); Arnaiz Fernandez, Miguel (2); Trinidad López, Carmen (1); Delgado Sánchez-Gracián, Carlos (1); Iglesias Rio, Fernando (1); Cobas Paz, Ana (1); Vilariño Pombo, Carlos (1); Ruano Raviña, Alberto (3); Fernandez Villar, Alberto (4)

(1) Povisa; (2) Cognodata; (3) Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Santiago de Compostela; (4) Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN:

La cuantificación de la gravedad de la opacidad del espacio aéreo (ASOS) en las Rx de Tórax (RT) es una labor tediosa y compleja en la práctica clínica pero valiosa para evaluar progresión y estratificación del riesgo. Las redes neuronales convolucionales profundas (dCNN) son una opción de ayuda

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional. CEIC 2020/271.

Se utilizaron dCNN COVID-Net entrenadas: RT normales /neumonía COVID-19 para evaluar la gravedad de las lesiones radiológicas y compararla con la informada y etiquetada por radiólogos torácicos expertos.

Se realizó segmentación y normalización del área de los pulmones para tener escalas de luminosidad y severidad comparables y se propusieron dos modelos para la detección de la gravedad pulmonar y extensión geográfica (opacidad y geolocalización)

Se incluyeron casos valorados en urgencias (marzo de 2020 / julio de 2021) con COVID-19 por PCR y con RT en esa asistencia.

Aleatoriamente 200 RT fueron revisadas independientemente por dos radiólogos puntuando la gravedad, estimando visualmente el porcentaje de pulmón con opacidad en el espacio aéreo. Cada RT dividida en 6 cuadrantes por dos líneas: encima de bifurcación traqueal / inferior hilio pulmonar derecho. Cada cuadrante puntúa:

0: sin lesiones, 1: afectación 0-25%; 2: 25-50%; 3: 50-75%; 4: > 75%.

Posteriormente valoramos el 10% de las puntuadas con mayor y menor severidad.

Se analizó la correlación entre radiólogos y con los modelos

RESULTADOS:

Correlaciones algoritmos/radiólogos: alrededor del 80% (tabla 1).Correlación parte extrema de las puntuaciones: entorno al 90% (tabla 2).Correlación entre radiólogos: 0.983

CONCLUSIONES:

Las redes neuronales convolucionales profundas pueden permitir la cuantificación de ASOS agilizando el trabajo y aportando información útil si se incorpora al paradigma de gestión del paciente para ayudar a la estratificación del riesgo.

Programa doctorado Epidemiología y Medicina Preventiva USC

Tabla 1. Correlación entre modelos evaluados e informe de radiólogos (todas las puntuaciones. 200 RT)

	Gravedad informe radiólogos	mRALE_COVIDNET_geo_24	mRALE_COVIDNET_opc_24
Gravedad informe radiólogos	100%	78.58%	80.26%
mRALE_COVIDNET_geo_24	78.58%	100.00%	91.70%
mRALE_COVIDNET_opc_24	80.26%	91.70%	100%

Tabla 2. Correlación entre modelos evaluados e informe de radiólogos (puntuaciones extremas. 40 RT)

	Gravedad informe radiólogos	mRALE_COVIDNET_geo_24	mRALE_COVIDNET_opc_24
Gravedad informe radiólogos	100%	92.09%	89.64%
mRALE_COVIDNET_geo_24	92.09%	100%	98.5%
mRALE_COVIDNET_opc_24	89.64%	98.5%	100%



INTELIGENCIA ARTIFICIAL BUSCANDO INTERPRETABILIDAD DE RESULTADOS: YOLO/HEAT MAPS

Corbacho Abelaira, D (1); Corbacho Abelaira, F (2); Arnaiz Fernández, M (2); Trinidad López, C (1); Delgado Sanchez-Gracian, C (1); Iglesias Rio, F (1); Cobas Paz, A (1); Vilariño Pombo, C (1); Ruano Raviña, A (3); Fernández Villar, A (4)

(1) *POVISA*; (2) *Cognodata*; (3) *Universidad de Santiago de Compostela*; (4) *Hospital Álvaro Cunqueiro*

INTRODUCCIÓN:

Un algoritmo de inteligencia artificial debe explicar cómo ha llegado a los resultados: problema de “caja negra”. Un procedimiento utilizado son los mapas de calor: resalta con color la parte más responsable de la predicción. Otro es YOLO: red neuronal convolucional que trabaja con imágenes en las que los objetos de interés aparecen marcados con cajas delimitadoras

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional. CEIC 2020/271

Casos de COVID-19 por PCR y con RT (marzo de 2020 / julio de 2021)

Comparamos el etiquetado de imágenes aportados por radiólogos expertos en la identificación de hallazgos en neumonía por Covid-19 en Rx de tórax (RT) a través de una herramienta especialmente desarrollada para tal efecto (Bounding Boxes) con el aportado por los algoritmos

MODELO DE DIAGNÓSTICO:

1905 imágenes en entrenamiento y 533 en validación para la obtención de mapas de calor y cuadros de YOLO

MODELO DE SEVERIDAD:

Aplicado a YOLO: 473 radiografías marcadas, por radiólogos expertos en tórax:378 RT de entrenamiento y 49 de prueba y 46 de validación. Se realiza análisis comparativo en base a puntos de intersección (IoU: métrica que se calcula dividiendo el área de intersección entre la detección y la ubicación real del objeto por el área de unión de los dos (Foto 1)

RESULTADOS:

Los hallazgos obtenidos por los mapas de calor se desestimaron por falta de exactitud tras ser valoradas visualmente por los radiólogos (Foto 2)

Se realizó la validación de Yolo aplicando IoU>25% sobre 46 radiografías, (87 recuadros) expresado en matriz de confusión (Foto 3) con una sensibilidad aproximada del 64%

CONCLUSIONES:

El algoritmo YOLO presenta resultados alentadores como herramienta de identificación de zonas de lesión por covid-19 en las radiografías simples de tórax mejorando la transparencia de las decisiones tomadas.

Programa doctorado Epidemiología y Medicina Preventiva USC

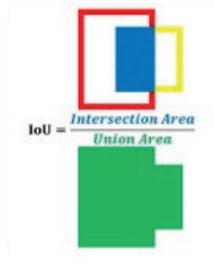
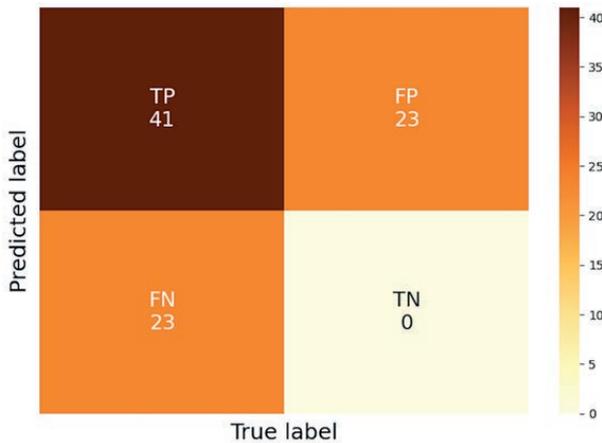


FIGURA 5 - Intersección sobre unión (IoU)





FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES CON DISFUNCIÓN CRÓNICA DEL INJERTO

Castiñeira Gamborino, María (1); Delgado Roel, María (1); García-Pérez, Alejandro (1); Sánchez Valenzuela, Ignacio (1); Tovar Durán, Héctor (1); de la Torre Bravo, Mercedes (1)

(1) *Centro Hospitalario Universitario A Coruña*

INTRODUCCIÓN:

La disfunción crónica del injerto(DCI) sigue siendo la principal causa de pérdida del injerto y fallecimiento del paciente trasplantado pulmonar a largo plazo. Pese a esto, las opciones terapéuticas son limitadas. Presentamos nuestra experiencia en el empleo de la fotoféresis extracorpórea (FEC) como parte del manejo del rechazo crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados pulmonares diagnosticados de DCI que se incluyeron en el programa de fotoféresis de nuestro hospital. Para el análisis estadístico se empleó el programa Stata 14.0. El análisis univariante se realizó con t Student para variables cuantitativas y Chi2 para variables categóricas. La supervivencia se calculó empleando curvas de Kaplan-Meier y cálculo de probabilidad con Logrank test. Posteriormente las variables con significación estadística en el estudio univariante se incluyeron en una regresión de Cox.

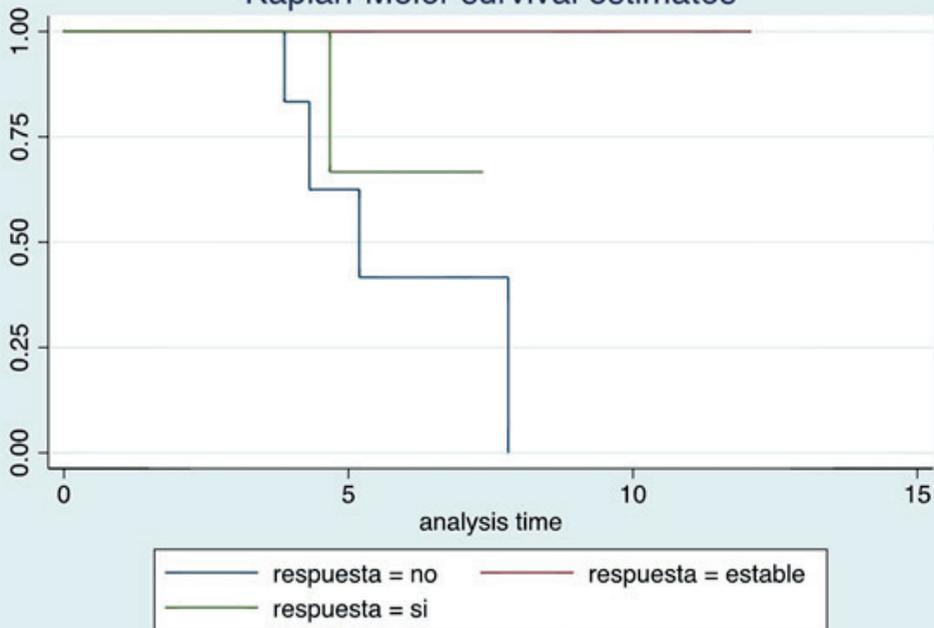
RESULTADOS:

El objetivo primario del análisis fue la supervivencia tras inicio de la FEC en los 17 pacientes incluidos desde enero del 2011, de los cuales 14(82%) estaban diagnosticados de bronquiolititis obliterante y 3(18%) de síndrome restrictivo del injerto. Todos los pacientes estaban con azitromicina previo al inicio de la FEC. Se clasificaron en: respondedores si mejoría del FEV1>10%, estables con <10% de mejoría o <10% empeoramiento de FEV1 y no respondedores con caída >10%. La estabilización del FEV1 se observó en un 41%, respuesta en un 18% y falta de respuesta en un 41% de los casos. La supervivencia tras el inicio del tratamiento a los 5 años fue de: respondedores 67%, no respondedores 41% y estables 100%(p<0,05). Tras realizar una regresión de Cox el tipo de respuesta a la FEC (HR 4.32 ,p=0,5), y diagnóstico de RAS (HR 5,3, p=0,001) resultaron tener una relación directa con la supervivencia.

CONCLUSIONES:

La FEC debería de instaurarse como parte de los protocolos de tratamiento de la DCI en pacientes seleccionados.

Kaplan-Meier survival estimates





RENTABILIDAD, SEGURIDAD Y PREDICTORES DEL RESULTADO DE LA ECOBRONCOSCOPÍA-RADIAL (EBUS-R) EN EL ESTUDIO DE LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS (LPP) (EXPERIENCIA INICIAL)

Fernández Granda, Ignacio (1); Lojo Rodríguez, Irene (1); Botana Rial, María Isabel (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de LPP puede ser complejo y el objetivo del mismo es confirmar malignidad evitando procedimientos invasivos en pacientes con patología benigna. Las técnicas endoscópicas tienen limitaciones y nuevas tecnologías se han desarrollado para facilitar la biopsia como la EBUS-R.

OBJETIVO:

Analizar la rentabilidad diagnóstica (RD) y seguridad de la EBUS-R, así como los factores predictores del resultado, comparándolos con otras técnicas de diagnóstico endoscópico de LPP.

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo de los primeros pacientes a los que se les realizó EBUS-R. Se realizó un análisis para comprobar qué factores podrían condicionar los resultados de la EBUS-R y se compararon con una serie histórica de pacientes a los que se les realizó una BTB guiada por fluoroscopia con y sin navegador virtual(NV).

RESULTADOS:

15 procedimientos fueron realizados con EBUS-R, la media de edad 69,3±9 años, 47,5% mujeres, 80% de etiología maligna. La RD fue 73,3% sin encontrar diferencias significativas(DS) en función de las características radiológicas, la localización de la lesión o el signo del bronquio (tabla1). En las lesiones que la EBUS-R identificó como imágenes concéntricas, la BTB fue diagnóstica. Solo 3(20%) pacientes presentaron complicaciones, todas leves.

No encontramos DS al comparar la RD entre los 3 procedimientos, ni tampoco entre las características radiológicas, localización o etiología (tabla2). El número de BTB realizadas con EBUS-R fue significativamente mayor. Todos los procedimientos fueron seguros, aunque el porcentaje de complicaciones fue menor en el grupo de broncoscopia con NV (tabla2).

CONCLUSIONES:

La EBUS-R, incluso en su curva de aprendizaje, es un procedimiento seguro con aceptable RD. Aunque en nuestra serie no encontramos DS en la RD o en el riesgo de complicaciones entre

las distintas técnicas endoscópicas, la selección de la misma en base a las características de cada caso podría mejorar los resultados y aumentar la seguridad del procedimiento.

Tabla 1. Resultados del análisis de los factores relacionados con la rentabilidad diagnóstica del EBUS-Radial

N (%)	BTB DIAGNÓSTICA (11)	BTB NO DIAGNÓSTICA (4)	p
Signo del bronquio (11 (73,3%))	8/11 (72,7%)	3/4 (75%)	0,9
Tamaño (mm)	29,4 ± 12,3	22,1 ± 6	0,2
Tamaño > 2 cm (12 (80%))	9/11 (81,8%)	3/4 (75%)	0,9
Tamaño > 3 cm (5 (33,3%))	5/11 (45,5%)	0/4 (0%)	0,2
Localización en LLI (7 (46,7%))	5/11 (45,5%)	2/4 (50%)	0,9
Localización en LLSS (8 (53,3%))	6/11 (54,5%)	2/4 (50%)	0,9
Periférico (4 (26,7%))	3/11 (27,2%)	1/4 (25%)	0,9
Distancia a la pleura desde el borde externo de la lesión (mm)	15,8 ± 12,5	19,8 ± 14,6	0,6
Distancia a la pleura incluyendo la lesión completa (mm)	48,2 ± 11,6	49,6 ± 12,4	0,8
Imagen concéntrica (9 (60%))	9/11 (81,8%)	0/4 (0%)	0,01
Cavitado (2 (13,3%))	1/11 (9,1%)	1/4 (25%)	0,4
Espiculado (8 (53,3%))	6/11 (54,5%)	2/4 (50%)	0,9
Captación en PET (SUV)	8,5 ± 3,4	6,6 ± 5,6	0,3
Número de biopsias	5,1 ± 1,3	4,5 ± 1,9	0,5
Malignidad (12 (80%))	8/11 (72,7%)	4/4 (100%)	0,5

Tabla 2. Comparación de los resultados del EBUS-Radial con otras técnicas endoscópicas para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas

Variable	BTB guiadas por fluoroscopia (N=46)	p	BTB guiadas por fluoroscopia y EBUS-R (N=15)	p	BTB guiadas por fluoroscopia y navegación virtual (N=19)
BTB diagnóstica [RD]	28/46 (60,8%)	0,3	11/15 (73,3%)	0,9	14/19 (73,6%)
Signo del bronquio	23/46 (50%)	0,1	11/15 (73,3%)	0,3	11/19 (57,9%)
Tamaño (mm)	27,8	0,9	27,5	0,6	29,6
Tamaño > 2 cm	36/46 (78,3%)	0,9	12/15 (80%)	0,9	15/19 (78,9%)
Tamaño > 3 cm	18/46 (39,1%)	0,7	5/15 (33,3%)	0,9	7/19 (36,8%)
Localización en LLI	14/46 (30,4%)	0,2	7/15 (46,6%)	0,3	6/19 (31,6%)
Localización en LLSS	32/46 (69,6%)	0,2	8/15 (53,3%)	0,3	13/19 (68,4%)
Periférico	17/46 (37%)	0,4	4/15 (26,6%)	0,9	5/19 (26,3%)
Cavitado	13/46 (28,2%)	0,3	2/15 (13,3%)	0,4	5/19 (26,3%)
Espiculado	17/46 (36,9%)	0,2	8/15 (53,3%)	0,5	8/19 (42,1%)
Nº de biopsias	3,4	0,01	4,9	0,01	2,5
Malignidad	35/46 (76%)	0,9	12/15 (80%)	0,6	13/19 (68,4%)
Complicaciones	13/46 (28,3%)	0,7	3/15 (20%)	0,2	1/19 (5,3%)
Sexo (mujer)	10/46 (21,7%)	0,02	8/15 (53,3%)	0,5	9/19 (47,4%)
Edad (años)	63,3	0,1	69,3	0,1	64,2



EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA TRIPLE TERAPIA EN ASMA

Vázquez Cortiñas, Eva (1); Pérez Ortiz, Daniel (2); Pérez de Llano, Luis (1); Ruiz Ferreras, Raquel (3); González Fernández, Coral (4); Mosteiro Añon, Mar (5); Pallarés Sanmartín, Abel (4); Álvarez Torres, Jose Manuel (4); Dacal Rivas, David (1);

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Universidad de Santiago de Compostela; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (5) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO:

Examinar la eficacia de la triple terapia (TT) en el asma en un contexto de “vida real”, evaluando en qué medida previene la escalada terapéutica, su impacto sobre el control de la enfermedad (definido como ACT \geq 20 y no exacerbaciones graves) y analizando en qué factores predicen una mejor o peor respuesta terapéutica.

MÉTODOS:

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluye pacientes entre 18 y 80 años diagnosticados de asma y tratados con TT en las unidades de asma de Galicia. Además, no deben haber recibido corticoides de mantenimiento, antibioterapia sistémica o inhalada crónica, fármacos biológicos, tener diagnóstico de EPOC (ACO) o haber presentado exacerbaciones graves en los tres meses anteriores. Se recogen datos de visita inicial, 6 meses, 12 meses y última fecha disponible. Sólo se han analizado los pacientes con un mínimo de 12 semanas de seguimiento. Los datos fueron analizados en SPSS 23.0 y se utilizaron los análisis estadísticos habituales en cada situación. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística eligiendo variables que alcanzaron significación estadística en un análisis univariante previo.

RESULTADOS:

Se incluyeron 197 pacientes, con un seguimiento medio de 50 meses. Sólo el 12,5% de los pacientes necesitaron una escalada terapéutica a lo largo del estudio y el 57% estaban controlados al final del seguimiento. Valores más bajos del ACT (HR 1,14; IC 95% 1.05-1,23), mayor frecuencia de exacerbaciones (HR 0,69; IC95% 0,52-0,92) antes de iniciar la TT y la coexistencia de bronquiectasias (HR 0,19; IC 95% 0,06-0,59) fueron predictores de peor respuesta.

CONCLUSIONES:

La TT se ha demostrado eficaz, evitando la escalada terapéutica en un 87,5% de los casos y permitiendo alcanzar el control en un 57% de los pacientes. Menores valores de ACT, más exacerbaciones y presencia de bronquiectasias se relacionaron con menor eficacia del tratamiento.

INFLUENCIA DE LA COMBINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DONANTE-RECEPTOR ESPECÍFICOS EN EL RESULTADO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES: CREACIÓN DE UN SCORE

Delgado Roel, María (1); Fieira Costa, Eva María (1); Fernández Vago, Luis (1); Minasyan, Anna (1); Fernández Prado, Ricardo (1); García Pérez, Alejandro (1); Sánchez Valenzuela, Ignacio (1); Tovar Durán, Héctor (1); Taboada García, Natalia (1); de la Torre Bravos, Mercedes (1)
(1) Hospital Universitario de A Coruña

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro estudio es realizar un score con las distintas combinaciones de factores de riesgo donante- receptor en pacientes trasplantados pulmonares(TP), con el fin de optimizar los resultados a medio y largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de los TP y sus donantes May2019-May2022 en nuestro centro con tiempo mínimo de seguimiento de 16 meses. Se excluyeron fallecidos intraoperatorios y retrasplantes. Variables con pérdidas >20% se desestimaron del análisis. El riesgo de donantes-receptores fue proporcional a la Hazard Ratio de los factores de riesgo en una regresión de Cox. La supervivencia (SPV) para cada grupo de riesgo se calculó empleando curvas de Kaplan-Meier y cálculo de probabilidad con Logrank test.

RESULTADOS:

127 de 140 pacientes fueron incluidos en el análisis. Los datos demográficos se recogen en Tabla1 y Tabla2

La SPV global de la serie fue del 67% a 4 años de seguimiento.

La selección de los factores de riesgo a considerar para el score se hizo tras realizar una regresión de Cox, siendo el test de la marcha <100 metros (HR 2.95), cultivos positivos-donante (HR 1.62), antecedente de tabaquismo-donante(HR 1.71) y más de 7 días de UCI-donante (HR1.7). Tras esto se estableció una puntuación de riesgo y se clasificaron los pacientes en 3 grupos según el punto de corte de los percentiles 25, 50 y 75. Tras comparar las curvas de SPV a 4 años se evidencian; 79% para el grupo bajo riesgo, 66% para el grupo intermedio y 57% para el grupo riesgo alto. ($p<0,05$).(gráfica1)

CONCLUSIONES:

El empleo de un score de factores de riesgo donante-receptor nos permite realizar combinaciones más efectivas en cuanto a supervivencia del injerto, mejorando por lo tanto el uso de los donantes.



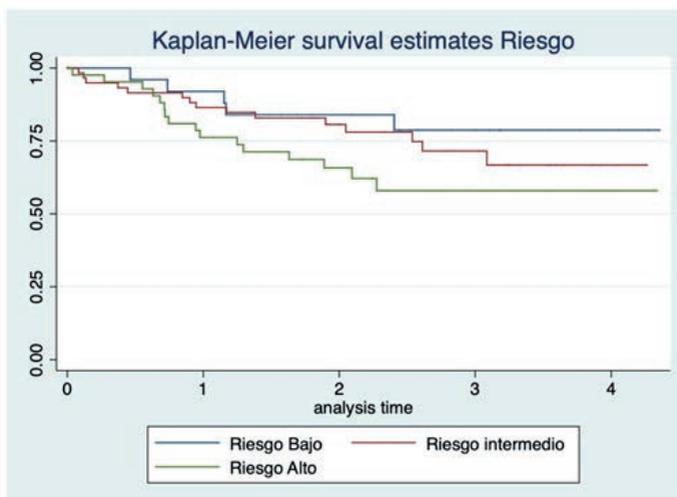
Tabla 1 – Características de los receptores

Edad receptores (media±DS, min/max)		58.7 ± 11.5	10/72
Sexo	Hombres	85 (68%)	
	Mujeres	41 (32%)	
Indicación	EPOC	46 (37%)	
	EPID	61 (48%)	
	Ocupacional	9 (7%)	
	HPT	4 (3%)	
	Bronquiectasias	4 (3%)	
	FQ	2 (2%)	
Tipo de trasplante	Unipulmonar	77 (61%)	
	Bipulmonar	49 (39%)	
FEV1 (media±DS, min/max)		47.6 ± 22.2	15 /114
CVF (media±DS, min/max)		58.1 ± 15.7	27/ 109
Test 6 min (media±DS, min/max)		306 ± 125	0/558
Antecedente de tabaquismo	No	37 (29%)	
	Si	89 (71%)	
Hipertensión pulmonar	No	64 (51%)	
	Leve	30 (24%)	
	Moderada – Severa	32 (25%)	
IMC (media±DS, min/max)		26.2 ± 4.1	13.4/33.8
CMV R/D	NEG / NEG	6 (5%)	
	POS / NEG	26 (21%)	
	POS / POS	67 (53%)	
	NEG / POS	27 (21%)	

Tabla 2 – Características de los donantes

Edad donantes (media±DS, min/max)		53.7 ± 14.8	9/76
Sexo	Hombres	60 (48%)	
	Mujeres	66 (52%)	
PaFi (media±DS, min/max)		462 ± 63	310/650
Cultivos	Negativos	72 (57%)	
	Positivos	54 (43%)	
Alteraciones radiológicas	No	104 (83%)	
	Si	22 (17%)	
Días de UCI (media±DS, min/max)		4 ± 4	1/24
Antecedente de tabaquismo	No	62 (50%)	
	Si	62 (50%)	
Causa de la muerte	ACV	91 (72%)	
	TCE	20 (16%)	
	Asfixia	10 (8%)	
	Neurodegenerativa	5 (4%)	
Asistolia	No	101 (80%)	
	Si	25 (20%)	

Gráfica 1.





DIABETES Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira París, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Casal Mouriño, Ana (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Ricoy Gabaldon, Jorge (1); Lama Lopez, Adriana (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*

INTRODUCCIÓN:

La apnea obstructiva del sueño (AOS) y la diabetes mellitus (DM) son enfermedades muy prevalentes frecuentemente asociadas. Su coexistencia se asocia de forma independiente con un aumento de la prevalencia de comorbilidades cardiovasculares. Al existir un infradiagnóstico de esta asociación, es necesario optimizar la sospecha clínica mediante el estudio de predictores independientes de DM o prediabetes (preDM) en pacientes con AOS.

MÉTODOS:

Estudio de casos y controles, seleccionados de manera aleatoria simple y emparejados por sexo, índice de masa corporal (IMC) y edad, que pretende estudiar la asociación del AOS con la DM y la preDM e identificar factores predictores independientes para ambas enfermedades, en las personas con AOS.

RESULTADOS:

Incluimos 208 casos con AOS y 208 controles, sin AOS. En los primeros, un 18,8% tenían DM por solo 10.1% en los segundos ($p=0.00$). La prevalencia de preDM fue 41,8% vs 10,6%, respectivamente ($p=0,00$). 124 casos (59,6%) refirieron excesiva somnolencia diurna (ESD) (escala Epworth, $10,5\pm 3,1$) vs 24,5% del grupo control (escala Epworth, $6,6\pm 2,9$). El índice de apnea-hipopnea (IAH) y los índices de desaturación de O₂ (IDO, CT90 y CT80) fueron significativamente mayores en el grupo de casos. El riesgo de presentar DM se relacionó con la edad, hipoxemia nocturna y ESD. El riesgo de presentar preDM, con el IMC y con el IAH.

CONCLUSIONES:

El AOS se asocia a la DM y a la preDM. La edad, la hipoxemia nocturna y la ESD son predictores de DM. El IMC y el IAH lo son de la preDM.

CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR ONCOLÓGICA. COMPARATIVA DEL ABORDAJE RATS VERSUS VATS

García-Pérez, A (1); Tovar Durán, HM (1); Delgado Roel, M (1); Fernández Prado, R (1); Sánchez Valenzuela, I (1); Castiñeria Gamborino, M (1); Paredes Fernández, M (1); Mira Vieites, M (1); De La Torre Bravos, MM (1)

(1) Servicio Cirugía Torácica CHUAC.

OBJETIVOS:

Existe poca evidencia concluyente acerca de las ventajas del abordaje robótico (RATS) en comparación con la videotoroscopia (VATS). En este trabajo pretendemos comparar ambas técnicas tomando como referencia los resultados iniciales en pacientes oncológicos tratados mediante abordaje RATS frente a pacientes VATS.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo de los 50 primeros pacientes oncológicos tratados mediante abordaje RATS por alguno de los cirujanos acreditados del servicio de Cirugía Torácica de nuestro centro desde enero del año 2022 hasta Agosto del año 2023. Simultáneamente se han comparado los resultados con 50 pacientes tratados mediante abordaje VATS en el mismo período de tiempo por los mismos cirujanos.

RESULTADOS:

El análisis univariante se realizó: t student para variables cuantitativas y Chi² para variables categóricas. Las variables demográficas se muestran en la tabla 1; número de pacientes, edad, sexo, tipo de cirugía, tipo histológico, tamaño tumoral y neoadyuvancia previa. Sin embargo, el número de estaciones ganglionares extraídas en total si mostró una diferencia significativa a favor del abordaje RATS versus VATS, siendo 4.8(IC:4.5-5.1) y 4.3(IC:3.9-4.6) respectivamente (p=0,02). Las estaciones N1 fueron mejor estudiadas en los pacientes sometidos a cirugía robótica con una media de 1.88(IC:1.7-2.1) estaciones analizadas con respecto a 1.58(IC:1.4-1.8) en la VATS(p=0,03). Dichas diferencias no fueron significativas a nivel de las estaciones N2: RATS 4.8(IC:4.5-5.1) versus 4.3(IC:3.9-4.6) en el caso de la VATS(p=0,07). En el modelo multivariable tras una regresión múltiple donde ajustamos por tamaño tumoral, tipo de resección y neoadyuvancia la diferencia entre el número de estaciones analizadas en ambas técnicas sigue siendo significativa (p=0,010).

CONCLUSIONES:

Siendo ambos grupos similares en cuanto a datos demográficos, el abordaje RATS aporta similares resultados en cuanto a días de ingreso y de drenaje ofreciendo una mejor disección ganglionar que probablemente facilita el análisis anatomopatológico posterior y una mejor estadificación del paciente



	VATS	RATS	p
SEXO (N (%))	H :23(46%) M: 27(5%)	H:28(56%) M:22(44%)	p=0,32
EDAD	66.5 (IC: 63.63- 69.4)	64.9 (IC:62- 67.7)	p=0,42
Tipo de resección	Segmentectomía:3(6%) Lobectomía :45(90%) Bilobectomía:2(4%)	Segmentectomía:6(12%) Lobectomía :42(84%) Bilobectomía:2(4%)	p=0,57
Días de ingreso	4.26 (IC 3- 5.1)	4.5 (IC 3.7 - 5.3)	p=0,67
Días de drenaje	4.94 (2.9- 6.9)	3.98 (2.8- 5.1)	p=0,4
Tamaño	3.592 (IC3.03 - 4.14)	3.242 (2.67- 3.8)	p=0,37
Anatomía Patológica	Escamoso:13(26%) Adenocarcinoma:33(66%) Carcinoide:2(4%) Ca. Grande:2(4%)	Escamoso:11(22%) Adenocarcinoma:33(66%) Carcinoide:3(6%) Ca. Grande:3(6%)	p=0,94
Nº de estaciones	4.3 (IC:3.9 -4.6)	4.8 (IC:4.5 5.1)	p=0,02
Postquimioterapia	NO:39 (78%) SI:11(22%)	NO:41(82%) SI:9(18%)	p=0,6
Estaciones N1	1.58 (IC:1.4-1.8)	1.88 (IC: 1.7- 2.1)	p=0,03
Estaciones N2	2.6 (IC: 2.4- 2.8)	2.92 ((2.7- 3.2)	p=0,07
N2 oculto	SI :2 (4%) NO :48 (96%)	SI :4 (8%) NO:46 (92%)	p=0,40
N1 oculto	SI:3 (6%) NO:47 (94)	SI:3 (6%) NO:47 (94%)	p=1

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN UNA SERIE QUIRÚRGICA

Sacristán Robles, Laura (1); Comesaña Blanco, Raquel (1); Magdalena Iglesias, Carlos (1); Blanco Ramos, Montserrat (1); Carrasco Rodríguez, Rommel (1); Cañizares Carretero, Miguel (1); Moldes Rodríguez, Milagros (1); Albort Ventura, Jesús (1); Vázquez Gallardo, Rafael (1); García Fontán, Eva (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) continúa siendo una enfermedad endémica en Galicia, que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial de nódulos y masas del parénquima pulmonar.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de las resecciones pulmonares sin diagnóstico previo realizadas en nuestro hospital durante 2015-2018. Las variables estudiadas fueron edad, género, comorbilidades, características radiológicas, tipo de resección y estudio anatómico-patológico.

RESULTADOS:

Fueron intervenidos 909 pacientes de los cuales 657 (72,3%) no tenían diagnóstico preoperatorio. Estos últimos fueron divididos en 4 grupos según diagnóstico postquirúrgico, A: pacientes con patología tumoral maligna (n=510, 77,6%), B: pacientes con patología tumoral benigna (n=31, 4,7%), C: pacientes con patología tumoral benigna no TB (n=87, 13,3%) y D: pacientes con patología TB (n=29, 4,4%). La media de edad general fue 62,3, siendo más jóvenes los pacientes con patología TB (58,7 años, $p<0,001$). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos respecto al género o tamaño de la lesión. En el grupo con TB se observó la existencia de una TB antigua en 9/29 casos (31%) y mayor afectación del lóbulo superior derecho (15/29, 51,7%, $p<0,001$). En cuanto al SUVmax en la PET, el grupo A presentó una media significativamente mayor (4,9 g/ml) mientras que en los grupos B, C y D fue de 1,4 g/ml; 2,7 g/ml y 2,98 g/ml, respectivamente. Se realizó una resección mayor con más frecuencia en el grupo A que en los otros grupos, en los que se realizaron más resecciones atípicas ($p<0,001$).

CONCLUSIÓN:

Con los resultados obtenidos en nuestra serie podemos concluir que un gran porcentaje de pacientes con lesiones pulmonares son intervenidos quirúrgicamente sin un diagnóstico previo y que muchas de estas lesiones resultan ser de etiología benigna. La TB debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de estas lesiones, sobre todo en aquellos pacientes jóvenes con una infección tuberculosa antigua.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES GALLEGOS CON DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA INCLUIDOS EN EL REGISTRO EARCO

Torres Durán, María (1); Rodríguez García, Carlota (2); Tubío Pérez, Ramón Antonio (3); Priege Carrera, Ana (4); Iglesias Martínez, Patricia (2); de la Cruz Carbajales Bouzón, María (2); Pazos Area, Luis Alberto (1); Fernández Villar, Alberto (1); Valdés Cuadrado, Luis (2)
(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (4) Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur

INTRODUCCIÓN:

Los registros de pacientes son herramientas útiles para mejorar el conocimiento en enfermedades raras, como es el caso del Déficit de Alfa 1 Antitripsina (DAAT). Desde el año 2020, existe un registro internacional de pacientes con DAAT, el registro EARCO, creado en el seno de la European Respiratory Society (ERS) en que se han incluido hasta la actualidad más de 2000 pacientes.

OBJETIVO:

Describir las características basales de los individuos con DAAT procedentes de hospitales de Galicia incluidos en EARCO y comparar los pacientes con genotipo PI*SZ con los PI*ZZ.

Metodología:

Se analizan las características clínicas y funcionales de los pacientes con DAAT moderado o grave, registrados en la base de datos de EARCO, reclutados en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo desde el 28/02/2020 hasta el 30/06/2023. Se realiza un análisis comparativo de los grupos con genotipo PI*SZ y PI*ZZ. El análisis se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 21.

RESULTADOS:

Se incluyeron 317 pacientes portadores de genotipos deficitarios: PI*ZZ(29%), PI*S(56,5%), PI*SS(8,8%) o combinaciones con variantes nulas o raras(5,7%). Hay un predominio global de varones en la muestra pero hay un mayor número de mujeres con DAAT grave. Comparando los pacientes PI*SZ con los PI*ZZ, no se observan diferencias en edad, en la edad al diagnóstico ni en el comienzo de síntomas, pero existen diferencias significativas en consumo de tabaco, pruebas de función respiratoria y presencia de enfermedades respiratorias asociadas. Estos resultados se detallan en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

EARCO es una iniciativa colaborativa cuyo objetivo es fomentar la investigación en DAAT y Galicia ha contribuido aportando un elevado número de pacientes al registro. La prevalencia de PI*SZ es elevada en nuestra comunidad. Los pacientes PI*ZZ presentan mayor afectación funcional respiratoria por lo que es prioritario su diagnóstico precoz.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes gallegos incluidos en EARCO y comparación entre los genotipos PI*SZ y PI*ZZ

Variable	Todos	PI*SZ	PI*ZZ	p
Sujetos (n)	317	179	92	
Edad	53,7 (16,8)	52,2 (17,1)	56,1 (14,7)	0,06
Sexo (hombre)	170 (53,6%)	104 (58%)	40(43%)	0,02
IMC	27,5 (5,5)	27,4 (5,3)	27,5 (5,7)	0,96
Nunca fumadores	147 (46,4%)	90 (50,3%)	43 (46,7%)	0,61
Exposición a tabaco (IPA)	27,2 (26,3)	31,7 (30,4)	19,2(12,8)	0,01
EPOC	111 (35%)	48 (26,8%)	48 (52,2%)	<0,001
Enfisema	82 (26%)	34 (19%)	41 (44,6%)	<0,001
Asma	36 (11,4%)	24 (13,4%)	8 (8,7%)	0,32
Bronquiectasias	48 (15,1%)	17 (9,5%)	27 (29,3%)	<0,001
Enfermedad hepática	27 (8,5%)	8 (4,5%)	14 (15,2%)	0,004
Caso índice	251 (79,2%)	135 (75,4%)	77 (83,7%)	0,25
Edad comienzo síntomas	51 (42-60)	49,7 (16,3)	49,3 (13,2)	0,85
Edad al diagnóstico	50 (37-60)	47,7 (16,9)	47,8 (17,3)	0,09
FEV1 preBD (%)	87,8 (28,9)	92,3 (26,2)	77,2 (31,8)	<0,001
FEV1 postBD (%)	80,6 (32,3)	90,6 (28,6)	63,0 (31,2)	<0,001
DLCO (%)	78,2 (25,3)	84,6 (22,9)	65,3 (25,6)	<0,001
AAT (mg/dl)	49,7 (24,1)	58,5 (11,6)	21,2 (10,8)	<0,001
Tratamiento con AAT	49 (15,5)	6 (3,4%)	42 (45,7%)	<0,001

Valores expresados como n (%) o media (\pm DE).



TUMOR FIBROSO PLEURAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Sacristán Robles, L (1); Magdalena Iglesias, C (1); Blanco Ramos, M (1); Moldes Rodríguez, M (1); Carrasco Rodríguez, R (1); Botana Rial, MI (1); Cañizares Carretero, M (1); Albort Ventura, J (1); García-Fontán, E

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro.*

OBJETIVOS:

El tumor fibroso solitario pleural (TFSP) es un tumor infrecuente, habitualmente benigno, cuya resección quirúrgica suele ser curativa. Un pequeño porcentaje presenta un comportamiento maligno, desarrollando recidivas hasta más de 10 años después de la cirugía. Existen varias clasificaciones basadas en características clínicas e histológicas que intentan pronosticar el riesgo de recurrencia. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia en el manejo de estos tumores y comprobar si las distintas clasificaciones pronósticas son aplicables a nuestra serie.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2006 hasta septiembre de 2023.

RESULTADOS:

Fueron intervenidos quirúrgicamente 43 pacientes, 21 hombres y 22 mujeres. La media de edad fue de 61 años. Diecisiete pacientes (40%) presentaban síntomas, siendo los más frecuentes, dolor torácico, disnea y tos. Se realizaron 25 exéresis del tumor, 15 segmentectomías atípicas, una lobectomía y 2 neumonectomías. La vía de abordaje principal fue la VATS. La media del tamaño tumoral fue de 7,5 cm (1-25). Siete casos se presentaron como tumores gigantes (≥ 15 cm), de ellos solo 4 presentaron criterios histológicos de malignidad. Seis casos (14%) se originaban en la pleura parietal, 34 (79%) en la visceral y 3 (7%) intraparenquimatosos. Treinta y dos casos (74%) presentaron criterios histológicos de benignidad, mientras que 11 casos (26%) presentaban criterios histológicos de malignidad. Tras una mediana de seguimiento de 73 meses (121-31), solo un paciente (2,3%) presentó recidiva tumoral tras 8 años. Ninguna clasificación pronóstica resultó útil en la predicción de recurrencias.

CONCLUSIONES:

Los TFSP son habitualmente benignos, pero un pequeño porcentaje presentan recidivas. Las distintas clasificaciones pronósticas actuales no logran su objetivo en nuestra serie, por lo que recomendamos un seguimiento a largo plazo a pesar de las características histológicas. Los avances en genética y biología molecular posiblemente puedan ayudarnos a una mejor estratificación del riesgo en un futuro.

COMUNICACIONES ORALES

BLOQUE 2



IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES SOBRE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES ASMÁTICOS TRATADOS CON BIOLÓGICOS

Arias Zas, Laura (1); Pérez de Llano, Luis (1); Urrutia, Isabel (2); G. Cosío, Borja (3); Gullón-Blanco, José Antonio (4); Habernau Mena, Alicia (5); Cisneros, Carolina (6); Martínez-Moragón, Eva (7); Marina Malanda, Nuria (8); Dacal Rivas, David (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Galdakao-Usansolo Ospitalea; (3) Hospital Universitario Son Espases; (4) Hospital Universitario San Agustín; (5) Complejo Hospitalario de Mérida; (6) Hospital de La Princesa; (7) Hospital Universitario Doctor Peset; (8) Hospital Universitario de Cruces

OBJETIVO:

Analizar el impacto que tienen las comorbilidades más comunes sobre la consecución de objetivos terapéuticos (OT) clínicamente relevantes (exacerbaciones, síntomas, uso de corticoides orales de mantenimiento y función pulmonar) en pacientes asmáticos tratados con biológicos.

MÉTODOS:

Los datos se obtuvieron del registro nacional de pacientes con asma grave no controlada (GEMA-DATA). Se incluyeron únicamente pacientes tratados con un biológico durante al menos 12 meses y con registros en algún OT.

Se realizó un análisis bivariante utilizando una prueba de T independiente para explorar la relación entre cada variable independiente y el fracaso en alcanzar cada objetivo terapéutico. Las variables que se correlacionaron significativamente fueron incluidas en un análisis de regresión lineal múltiple.

RESULTADOS:

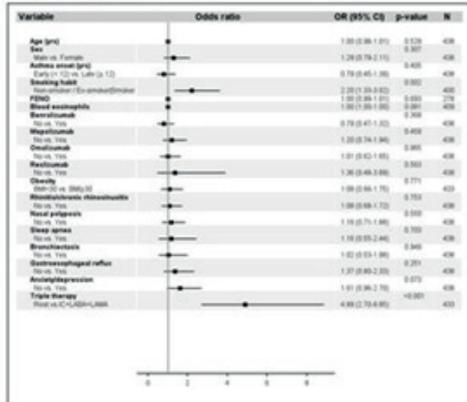
Se incluyeron un total de 438 pacientes. 62 de los 333 pacientes que tenían datos disponibles para alguno o los cuatro OT, los alcanzaron. El 79% no presentaron exacerbaciones, 83.1% no necesitaron corticoides orales de mantenimiento, 63.7% presentaron en el ACT valores >20 y el 42.6% no tuvieron obstrucción bronquial.

El impacto de las comorbilidades es heterogéneo, destacando el tabaquismo, el uso de triple terapia (probablemente por tratarse de pacientes más graves) y el impacto de la obesidad (OR 1.92) y la ansiedad/depresión (OR 2.37) sobre los síntomas, siendo la poliposis nasal un factor protector (OR 0.50).

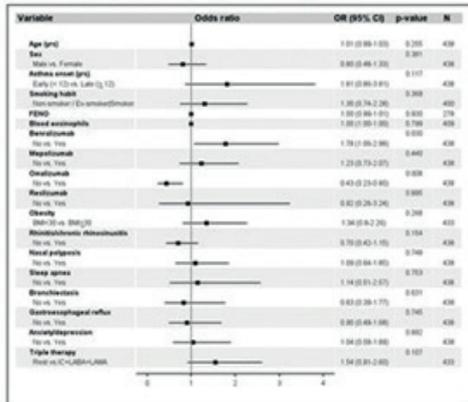
CONCLUSIÓN:

Las comorbilidades impactan heterogéneamente en la consecución de OT, siendo el control de los síntomas el objetivo más afectado. Estos resultados pueden ayudar a estimar qué grado de respuesta es aceptable o factible en un paciente concreto.

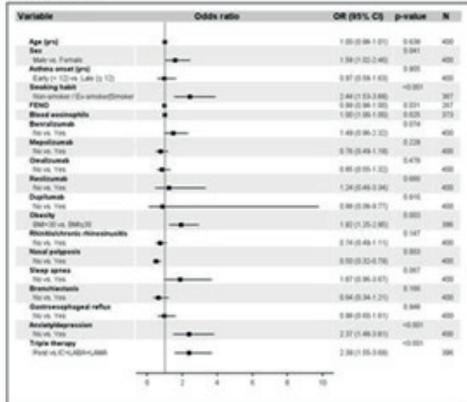
EXACERBACIONES



CORTICOIDES ORALES DE MANTENIMIENTO



SÍNTOMAS



FUNCIÓN PULMONAR

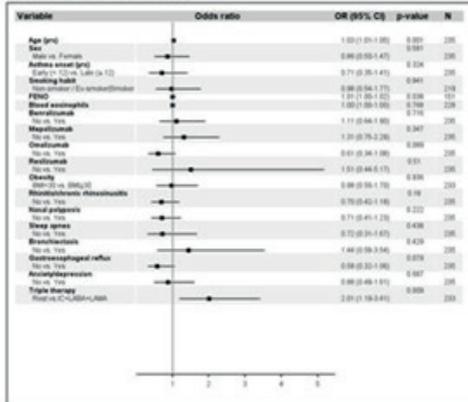




Table 1. Characteristics of the study population and of the patients who failed to achieve the specific therapeutic objectives.

	Entire population	Exacerbations	ACT	Maintenance corticosteroids	FEV1/FVC
	(n=438)	≥1 (n=92/438)	<20 (n=145/400)	Yes (n=74/438)	<70% (n=135/235)
Age (mean ± SD)	54.5 ± 14.6	53.6 ± 14.3	53.5 ± 14.1	56.2 ± 12.6	58.7 ± 13.3
Sex n (%)					
Male	158 (36.1)	29 (31.5)	41 (28.3)	30 (40.5)	52 (38.5)
Female	280 (63.9)	63 (68.5)	104 (71.7)	44 (59.5)	83 (61.5)
Smoking habit n (%)	n=400	n=85	n=133	n=66	n=126
Non-smoker	285 (71.3)	49 (57.6)	80 (60.2)	44 (66.7)	90 (71.4)
Ex-smoker/Smoker	115 (28.8)	36 (42.4)	53 (39.8)	22 (33.3)	36 (28.6)
Asthma onset n (%)					
Early (< 12 yrs)	82 (18.7)	20 (21.7)	28 (19.3)	9 (12.2)	27 (20.0)
Late (≥ 12 yrs)	356 (81.3)	72 (78.3)	117 (80.7)	65 (87.8)	108 (80.0)
Obesity n (%)	n=433	n=91	n=142	n=73	n=134
BMI<30	291 (67.2)	60 (65.9)	80 (56.3)	45 (61.6)	90 (67.2)
BMI≥30	142 (32.8)	31 (34.1)	62 (43.7)	28 (38.4)	44 (32.8)
Rhinitis/chronic rhinosinusitis n (%)	246 (56.2)	53 (57.6)	75 (51.7)	36 (48.6)	65 (48.1)
Nasal polyposis n (%)	141 (32.2)	32 (34.8)	34 (23.4)	25 (33.8)	41 (30.4)
Sleep apnea n (%)	43 (9.8)	10 (10.9)	19 (13.1)	8 (10.8)	12 (8.9)
Bronchiectasis n (%)	61 (13.9)	13 (14.1)	15 (10.3)	9 (12.2)	15 (11.1)
Gastroesophageal reflux n (%)	95 (21.7)	24 (26.1)	32 (22.1)	15 (20.3)	27 (20.0)
Anxiety/depression n (%)	98 (22.4)	27 (29.3)	48 (33.1)	17 (23.0)	32 (23.7)
FENO ppb (mean ± SD)	45.0 ± 37.4 n=278	46.6 ± 34.7 n=63	38.5 ± 31.9 n=100	45.5 ± 37.3 n=43	47.3 ± 34.8 n=91
Blood eosinophils cells/microL (mean ± SD)	765.8 ± 738.2 n=409	642.3 ± 589.0 n=86	648.6 ± 583.8 n=138	786.6 ± 738.7 n=68	920.3 ± 870.3 n=132
FEV1 (% predicted) (mean ± SD)	83.2 ± 30.4 n=234	77.6 ± 49.5 n=51	79.2 ± 40.8 n=81	75.9 ± 23.9 n=33	72.9 ± 33.2 n=135
Biologic n (%)					
Benralizumab	131 (29.9)	24 (26.1)	51 (35.2)	30 (40.5)	49 (36.3)
Mepolizumab	143 (32.6)	33 (35.9)	41 (28.3)	27 (36.5)	47 (34.8)
Omalizumab	142 (32.4)	30 (32.6)	45 (31.0)	14 (18.9)	31 (23.0)
Reslizumab	19 (4.3)	5 (5.4)	7 (4.8)	3 (4.1)	8 (5.9)
Dupilumab	3 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Triple therapy n (%)	n=433	n=91	n=145	n=74	n=133
ICS+LABA+LAMA	250 (57.7)	76 (83.5)	102 (70.3)	49 (66.2)	84 (63.2)
Adherence n (%)	n=190	n=59	n=68	n=37	n=67
TAI<50	51 (26.8)	5 (8.5)	17 (25.0)	8 (21.6)	19 (28.4)
TAI≥50	139 (73.2)	54 (91.5)	51 (75.0)	29 (78.4)	48 (71.6)

BMI: Body mass index; FENO: Fraction of exhaled nitric oxide; FEV1: Forced expiratory volume in the first second; ICS: Inhaled corticosteroid; LABA: long acting β-agonist; LAMA: long acting antimuscarinic; SD: standard deviation; TAI: Test of adherence to inhalers.

HOSPITALIZACIÓN DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DE BAJO RIESGO. ¿QUÉ CRITERIOS SEGUIMOS? UTILIDAD DE UN MODELO PREDICTIVO PARA LA TOMA DE DECISIONES.

Martínez, Honorio Jorge (1); Lama, Adriana (1); Gude, Francisco (1); Toubes, Maria Elena (1); Casal, Ana (1); Ricoy, Jorge (1); Rábade, Carlos (1); Rodríguez-Nuñez, Nuria (1); Cao-Ríos, Ana (1); Ferreiro, Lucía (1)

(1) Centro Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN:

Un elevado porcentaje de neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) de bajo riesgo (clases I-III del Pneumonia Severity Index), siguen ingresando. El objetivo del estudio fue conocer si esta decisión se toma en base a escalas de gravedad validadas, determinar qué variables influyen en la hospitalización de estos pacientes y establecer si existen factores que pueden predecirlas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis observacional prospectivo de los pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de NAC de bajo riesgo hospitalizados o atendidos en la consulta, derivados desde el servicio de Urgencias. Se construyó un modelo predictivo de regresión logística multivariante para predecir la decisión de hospitalizar al paciente.

RESULTADOS:

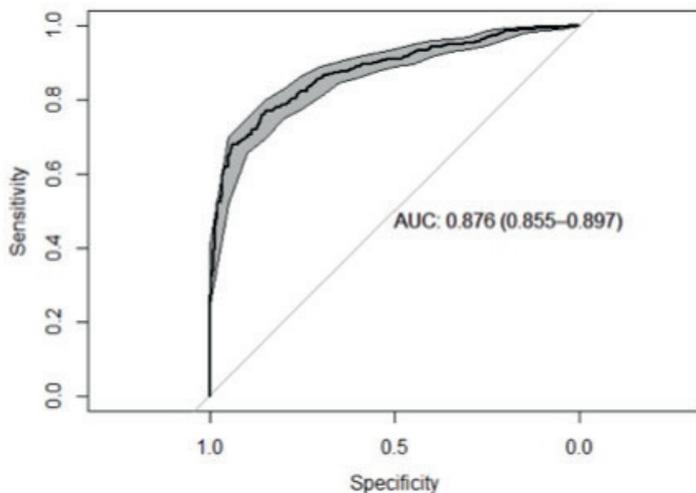
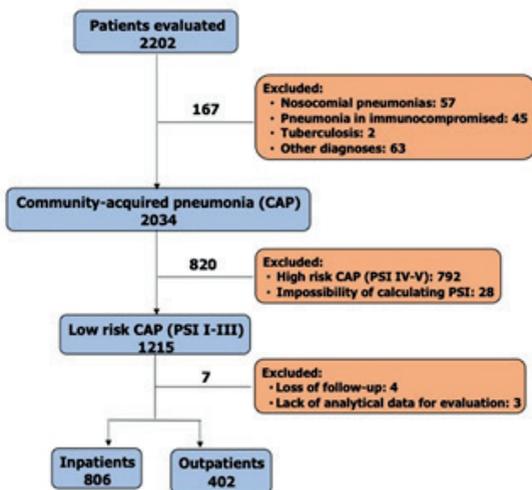
Se estudiaron 1208 pacientes (806 hospitalizados y 402 tratados ambulatoriamente). La gravedad de la NAC se calculó en 250 enfermos (20,7%). Los factores que decidieron el ingreso fueron "resultados anómalos de pruebas complementarias" (643/806: 79,8%; en 443 pacientes por insuficiencia respiratoria) y "signos de deterioro clínico" [64/806 (7,9%): hipotensión (16/64, 25%); expectoración hemoptoica (12/64, 18,8%); taquipnea (10/64, 15,6%)]. El 24,7% de los enfermos hospitalizados (199) no tenían ninguna contraindicación para el tratamiento ambulatorio. El modelo predictivo construido para decidir la hospitalización tuvo una buena discriminación (AUC 0,876; 95%CI: 0,855-0,897).

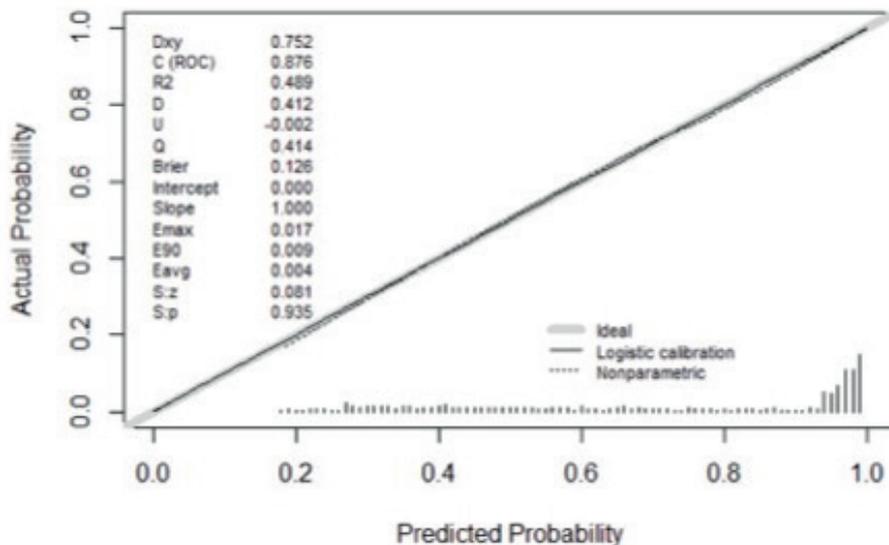
CONCLUSIONES:

La aplicación de las escalas para estimar la gravedad de una NAC en el servicio de urgencias es baja y la decisión de la idoneidad del lugar de tratamiento sigue basándose, en gran medida, en la experiencia clínica de cada médico. El modelo de predicción construido obtuvo una buena discriminación para decidir qué pacientes deben hospitalizarse. Serán necesarios nuevos estudios para validar estos resultados.



Figure 1







EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON KAFTRIO EN NUESTRA UNIDAD DE FIBROSIS QUÍSTICA DE ADULTOS

Pintos Louro, Manuel (1); Ramos Hernández, Cristina (1); Fernández Granda, Ignacio (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Gómez Corredoira, Eva (1); Núñez Fernández, Marta (1); González Montaos, Almudena (1); Fernández Villar, José Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo)

INTRODUCCIÓN:

Los moduladores del CFTR han revolucionado la FQ pues tratan el defecto etiopatogénico de la enfermedad. ETI (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor) demostró mejoría del FEV1, calidad de vida y reducción de las exacerbaciones en los ensayos clínicos (EC). El objetivo de este estudio es describir si estos resultados se mantienen en la vida real.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional que incluye todos los pacientes adultos de nuestra Unidad de FQ a tratamiento con ETI. Se recogen datos acerca de exacerbaciones, aislamientos, función pulmonar, efectos secundarios y peso del año previo a ETI respecto a los 12 meses posteriores.

RESULTADOS:

De los 26 adultos a seguimiento incluimos 10 que iniciaron ETI en los 6 meses previos al estudio, pero 1 se excluyó por necesidad de trasplante y suspensión temprana del fármaco. El resto de pacientes de la unidad no eran susceptibles de ETI: 4 por el tipo de mutación, 5 se negaron por estabilidad clínica, 1 por efectos adversos previos con Symkevi y 6 eran trasplantados. La media de edad de los que recibieron tratamiento fue 31,4 (DE 10,07) años. 4 pacientes eran homocigotos dF508 y 1 no tenía ninguna mutación F508d. El 60% habían recibido previamente Symkevi. El tiempo medio de tratamiento fue 18,9 meses (DE 9,6). Se encontró una mejoría de 200 mL de la FEV1 y FVC del año previo (tabla 1). Se obtuvo una reducción global de las exacerbaciones del 83,1% (tabla 1). Se objetivó una tendencia no significativa al aumento de peso (tabla 1). Los efectos 2º, en su mayoría leves, aparecen al inicio con una disminución progresiva del 72% (tabla 2). La hipertransaminasemia implicó ajuste de tratamiento en 1 paciente.

CONCLUSIONES:

ETI mantiene en vida real la evidencia mostrada en los EC reduciendo las exacerbaciones y mejorando la función pulmonar. Esta mejoría se evidencia también en mutaciones no F508d autorizadas por la FDA. Los efectos secundarios son en su mayoría leves y al inicio del tratamiento.

12 meses pre-tratamiento vs 12 meses post-tratamiento	Media	Desviación típica	Error típico de la media	95% Intervalo de confianza para diferencia		T	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior		
FEV1 (ml)	285	373,86	132,18	-27,55	597,55	2,156	0,068
FVC (ml)	295	469,74	166,07	-97,71	687,71	1,77	0,119
Peso (Kg)	0,48	4,31	1,52	-3,12	4,09	0,319	0,759
Exacerbaciones	-1,87	2,16	0,76	-3,68	-0,06	-2,44	0,044

Tabla 1. Diferencias función pulmonar, peso y exacerbaciones 1 año pre vs 1 año post ETI.

	6 meses	12 meses
Acné	2 (22,22%)	2 (22,22%)
Aumento leve de transaminasas	3 (33,33%)	1 (11,11%)
Hipertransaminasemia	1 (11,11%)	0
Acidez gastrointestinal	1 (11,11%)	0
Dolor abdominal	3 (33,33%)	0
Hiperbilirrubinemia	1 (11,11%)	0
Total	11	3

Tabla 2. Efectos adversos



MORTALIDAD A LARGO PLAZO TRAS UN INGRESO POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (AEPOC), CAUSAS Y FACTORES PREDICTORES

Gómez Corredoira, Eva (1); Represas Represas, Cristina (1); Golpe Gómez, Rafael (2); González Montaos, Almudena (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Pintos Louro, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) *Hospital Álvaro Cunqueiro*; (2) *Hospital Lucus Augusti*

INTRODUCCIÓN:

Para planificar una atención paliativa más personalizada sería interesante conocer datos del pronóstico de los pacientes con EPOC, pero la evidencia incluyendo todas las esferas es escasa. Nuestro objetivo fue analizar la mortalidad a largo plazo de los pacientes que ingresan por AEPOC, sus causas, lugar de la defunción y factores predictores.

MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes que ingresaron por AEPOC en Neumología de HAC y HULA, entre noviembre 2019 y junio 2022, recogiendo variables sociodemográficas y clínicas, y realizando seguimiento de 1 año desde el alta hospitalaria. Mediante revisión de la historia clínica, se evaluó el estatus vital al año, y en los fallecidos se registró la causa y lugar de fallecimiento.

RESULTADOS:

340 pacientes, 264 (77,6%) varones, edad 70,7 (9,8) años. Al año de seguimiento habían fallecido 62, 18,2%. Las figuras 1 y 2 muestran datos de lugar de fallecimiento y causas, y la tabla 1 las características de los pacientes vivos/fallecidos, y su comparación. Tras análisis multivariante, fueron factores predictores independientes de mortalidad: la edad (OR=1,06; IC95% 1,02-1,11; $p=0,005$), precisar oxigenoterapia (OCD) o ventilación no invasiva (VNID) domiciliarias al alta (OR=5,55; IC95% 2,34-13,12; $p<0,001$) y el número de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) para las que el paciente era dependiente (OR=1,29; IC95% 1,02-1,63; $p=0,03$).

CONCLUSIONES:

Casi un 20% de los pacientes que ingresan por AEPOC fallecen a lo largo del año tras el alta, relacionándose con mayor edad, necesidad de OCD o VNID y ser dependiente para un mayor número de ABVD. La mayoría fallecen en el hospital, pero un 40% en domicilio. Aunque la causa más habitual es respiratoria, en un 40% es otra, sobre todo cardiovascular y oncológica, así como un significativo % de causa desconocida.

Ayudas FIS-ISCIII PI18/01317 (FEDER) y no condicionada de Menarini.

LUGAR DE FALLECIMIENTO

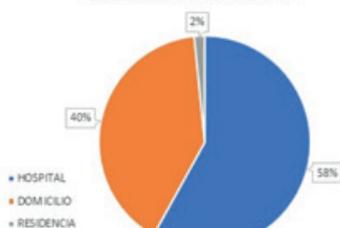


Figura 1.

CAUSAS DE MORTALIDAD

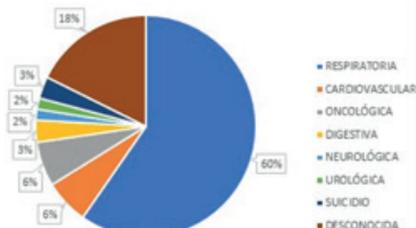


Figura 2.

Tabla 1.

Variables	ESTADIO VITAL AL AÑO DEL INGRESO POR AEPOC		
	VIVO (n = 278)	FALLECIDO (n = 62)	P
Edad, años*	69,7 (9,8)	75 (8,8)	<0,001
Sexo varón	210 (75,5%)	54 (87,1%)	0,05
Tabaquismo activo	111 (42,7%)	11 (18,6%)	0,001
IMC, kg/m ² *	28,3 (6,3)	26,6 (5,7)	0,07
Nº de ingresos AEPOC año previo*	0,55 (1)	0,9 (1,5)	0,03
Cifra de eosinófilos, cels/ μ l*	146,6 (185)	159,6 (166)	0,6
FEV1, ml*	1231,4 (481,2)	1120 (423,2)	0,09
FEV1, %*	45,5 (16,1)	41,6 (16,7)	0,09
Nº de comorbilidades*	1,75 (1,5)	2,18 (1,6)	0,03
Disnea, grado mMRC*	2,19 (0,9)	2,67 (0,8)	<0,001
CAT, puntuación*	21,5 (7,4)	24 (7,6)	0,02
Cultivos de esputo positivos	60 (21,7%)	16 (25,8%)	0,5
Vive solo/a	47 (16,9%)	5 (8,1%)	0,08
No relaciones sociales	33 (11,9%)	14 (22,6%)	0,03
Nº ABVD limitadas*	0,5 (1)	1,5 (1,8)	<0,001
OCD o VNID al alta	128 (46%)	47 (82,5%)	<0,001

*expresado como media y desviación estándar; ABVD: actividades básicas de la vida diaria; OCD: oxigenoterapia continua domiciliaria; VNID: ventilación no invasiva domiciliaria.



EXPERIENCIA TRAS INICIO DE PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE LAS ARTERIAS PULMONARES (ABAP) EN NUESTRA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HIPERTENSIÓN PULMONAR (HP)

Fernández Granda, Ignacio (1); Castro Otero, María Carmen (1); Melendo Viu, María (1); Dobarro Pérez, David (1); González Ferreiro, Rocío (1); Bastos Fernández, Guillermo (1); Rodríguez Fernández, Paula (1); Pazos Area, Luis Alberto (1); Vargas Ursúa, Fernando (1); Fernandez Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN:

La ABAP es un tratamiento eficaz en pacientes con HP tromboembólica crónica (HPTEC) no operable o con HP persistente/recurrente después de la tromboendarterectomía de arterias pulmonares (TEA). Este procedimiento mejora los parámetros hemodinámicos pulmonares, la función del ventrículo derecho y la capacidad de ejercicio.

OBJETIVOS:

Determinar si los resultados del tratamiento con ABAP, como se han documentado en estudios previos, se mantienen en los pacientes atendidos en nuestra unidad multidisciplinaria de HP tras implementación reciente de la técnica en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo que incluyó pacientes que recibieron tratamiento con ABAP entre junio 2021 y mayo 2023 en nuestra unidad de HP. Incluimos 6 pacientes con diagnóstico de HPTEC en fase estable con tratamiento dirigido. Se compararon variables analíticas, funcionales y hemodinámicas tras 6 meses de finalizar el tratamiento en los 4 pacientes que completaron el protocolo terapéutico.

RESULTADOS:

Se incluyeron 6 pacientes sobre los que se realizaron un total de 27 procedimientos. La edad media fue $69,33 \pm 7,3$ años, siendo 50% mujeres. 5 (83,3%) se encontraban en clase funcional (NYHA) $\text{basal} \geq 3$. 1 (16,7%) recibió tratamiento previo con TEA. El resto de las variables analíticas, funcionales y hemodinámicas basales se describen en la tabla 1.

La media de procedimientos por paciente fue $4,5 \pm 1$, resultando en una mejora significativa de la PAPs ($86,6 \pm 30,1$ vs $47,3 \pm 18$ mmHg, $p=0,04$) y la PAPm ($47 \pm 13,2$ vs $25,3 \pm 13$ mmHg, $p=0,04$). El resto de las variables hemodinámicas, funcionales y analíticas mostraron una tendencia favorable, aunque sin alcanzar la significación estadística (tabla 2). Se objetivaron complicaciones en 8 procedimientos (29,6%), en su mayoría leves, siendo la expectoración hemoptoica la más frecuente (tabla 3).

CONCLUSIONES:

En nuestro centro, la implementación de la ABAP demostró ser un procedimiento seguro con resultados superponibles a centros con mayor experiencia, mejorando significativamente parámetros hemodinámicos en un grupo limitado de pacientes. Es preciso aumentar el número de procedimientos para consolidar estos resultados.

Tabla 1. Características basales de los todos pacientes con HPTEC tratados con ABAP en nuestro centro

Características basales			
	Media \pm DS		N (%)
Edad (años)	69,33 \pm 7,3	Sexo (mujer)	3/6 (50%)
Hemoglobina (g/dL)	14,1 \pm 2,4	Antecedente de TVP	1/6 (16,7%)
Creatinina (mg/dL)	1 \pm 0,4	Antecedente de TEP	5/6 (83,3%)
T6MM (m)	365,1 \pm 25,8	NYHA \geq 3	5/6 (83,3%)
NTproBNP (pg/ml)	754 \pm 570,5		
PADm (mmHg)	4,8 \pm 3,3		
PAPs (mmHg)	80,6 \pm 20,3		
PAPm (mmHg)	43,6 \pm 10		
PCP (mmHg)	9 \pm 2,6		
GC (L/min)	4,8 \pm 1,2		
IC (L/min/m ²)	2,7 \pm 0,9		
RVP (uW)	7,7 \pm 2,9		
SatO2 AP (%)	64,1 \pm 3,6		

Tabla 2. Comparación de los resultados basales con los resultados tras 6 meses de finalizar la terapia con ABAP

	Basal	6 meses postABAP	Diferencia media	p
T6MM (m)	377 \pm 1,4	456,5 \pm 133,6	+79,5	0,5
NTproBNP (pg/mL)	656 \pm 652,1	210,7 \pm 120,7	-445,2	0,2
NYHA \geq III [N (%)]	3/4 (75%)	1/4 (25%)	-50%	0,9
PADm (mmHg)	4,67 \pm 3,7	3 \pm 1,7	-1,6	0,6
PAPs (mmHg)	86,6 \pm 30,1	47,3 \pm 18	-39,3	0,04
PAPm (mmHg)	47 \pm 13,2	25,3 \pm 7	-21,6	0,04
PCP (mmHg)	8,3 \pm 2	9,6 \pm 4,5	+1,3	0,4
GC (L/min)	5,1 \pm 1,6	5,7 \pm 2,8	+0,58	0,8
IC (L/min/m ²)	2,9 \pm 1,2	3,1 \pm 1,4	+0,15	0,9
RVP (uW)	8,5 \pm 4,2	3 \pm 1	-5,4	0,2
SatO2 AP (%)	65,3 \pm 1,8	69,5 \pm 7,7	+4,2	0,5



Tabla 3. Complicaciones asociadas a la ABAP en nuestro centro

Complicaciones	N (%)
Total	8/27 (29,6%)
Expectoración hemoptoica	6/27 (22,2%)
Edema por reperfusión	1/27 (0,03%)
Disección del catéter sin pérdida de flujo	1/27 (0,03%)
Disección guía balón	1/27 (0,03%)
Nefropatía por contraste	0/27 (0%)
Muerte	0/27 (0%)

PRONÓSTICO DE LA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD FIBROSANTE SEGÚN EL ANTÍGENO CAUSAL

Arias Zas, Laura (1); Villar Gómez, Ana (2); Aburto Barrenechea, Myriam (3); Sellarés Torres, Jacobo (4); Portillo Carroz, Karina (5); Acosta Fernández, Orlando (6); Molina Molina, María (7); Cabrera Cesar, Eva (8); Balcells Vilarnau, Eva (9); Cano Jiménez, Esteban (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Vall d'Hebrón; (3) Hospital Universitario Galdakao; (4) Hospital Clínic; (5) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; (6) Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; (7) Hospital Universitari de Bellvitge; (8) Hospital Universitario Virgen de la Victoria; (9) Hospital del Mar;

OBJETIVO:

Conocer los posibles predictores de supervivencia a largo plazo en la neumonitis por hipersensibilidad fibrosante (NHf).

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de los pacientes diagnosticados en los últimos 10 años de NHf cumpliendo los criterios propuestos por la ATS/JRS/ALAT 2020. Se realizó un modelo de regresión de Cox multivariante ajustado por todas las variables de confusión que en el análisis univariante tenían un valor de $p < 0,2$. Se consideró estadísticamente significativa $unap < 0,05$.

RESULTADOS:

Se incluyeron 403 pacientes, de los cuales, 327 (81%) tenían antígeno reconocido. Del total, 194 eran varones (48%) y la mediana de edad era de 65 años (RI 60-74). La FVC (%) media era de 71.5 ± 21 y la DLCO (%) media era de $47.3 \pm 17,2$.

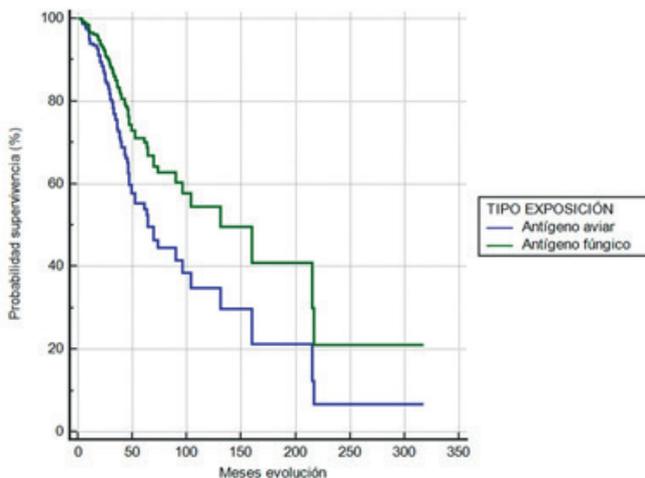
De los pacientes con exposición reconocida, 167 (52%) presentaban exposición a antígeno aviar y 160 (48%) a antígeno fúngico. Existieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al tiempo de exposición al antígeno hasta el diagnóstico de la enfermedad (meses), la DLCO (%) al diagnóstico, la presencia de enfisema en la TCAR, el número de pacientes biopsiados (%), en el porcentaje de realización correcta de evitación antigénica durante el seguimiento, en la presentación de exacerbaciones (%) y en el número de pacientes trasplantados (%). En el resto de las variables no existieron diferencias significativas.

En el análisis multivariado de COX los marcadores pronóstico de mortalidad-trasplante en nuestra serie fueron la edad (HR 1.04, CI 1.01-1.07; $p=0.009$), la DLCO inicial (HR 0.97, CI 0.95-0.99; $p=0.004$) y la exposición a antígeno fúngico respecto al aviar (HR 0.57, CI 0.33-0.97; $p=0.039$).



CONCLUSIONES:

Los marcadores pronósticos fueron: edad, DLCO y antígeno fúngico. Existen diferencias pronósticas en los pacientes con diagnóstico de NHf según el antígeno causal, presentando mejor pronóstico aquellos con exposición a antígeno fúngico en comparación a exposición antígeno aviar.



Kaplan–Meier survival curves for patients with fibrotic hypersensitivity pneumonitis.
Overall survival according for antigen exposure

¿SIGUE SIENDO LA NEUMONECTOMÍA UNA ENFERMEDAD A DÍA DE HOY?

Mundet Tudela, A (1); Gándara Castro, C (1); Quiroga Martínez, J (1); Rivo Vázquez, JE (1); Sánchez Calle, A (1); Otero Lozano, D (1); García Prim, JM (1)

(1) *Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

OBJETIVO:

Valorar si la neumonectomía, respecto a otras resecciones, influye en la supervivencia de los pacientes intervenidos por cáncer de pulmón (CP).

MÉTODOS:

Se analizaron 3307 casos registrados por el Grupo de Trabajo de Complicaciones secundarias a resecciones pulmonares por CP de la SECT durante al menos 5 años, obteniéndose un registro final de 1038 pacientes. Este registro fue dividido en dos subgrupos según resección: pacientes neumonectomizados vs pacientes con otras resecciones. Para homogeneizar la muestra se han eliminado los pacientes con respuesta completa tras tratamiento de inducción y los estadios IV. Análisis estadístico utilizando SPSS v25.

RESULTADOS:

Se realizaron 106 neumonectomías (10.2%) con una supervivencia global de 37 meses vs 49 meses en el grupo de no neumonectomías ($p=0.000$). Estudio univariante de supervivencia por estadios: 1) Estadio I: neumonectomía 38 meses (43% spv a los 5 años) vs no neumonectomía 51 meses (73% spv a los 5 años), $p=0.004$. 2) Estadio II: neumonectomía 41 (58% spv a los 5 años) meses vs no neumonectomía 48 meses (66% spv a los 5 años), $p=0.183$. 3) Estadio III: neumonectomía 31 meses (35.7% spv a los 5 años) vs no neumonectomía 42 meses (54.5% spv a los 5 años), $p=0.12$. En el análisis multivariante realizado mediante regresión de Cox se detectaron como factores asociados a peor supervivencia el sexo ($p=0.001$) y el estadio ($p=0.000$) no confirmándose la neumonectomía per se como factor de riesgo para mortalidad a largo plazo ($p=0.984$, IC 95% 0.51-1.93).

CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos en el estudio multivariante no podemos afirmar que la neumonectomía influya en la supervivencia a largo plazo en los pacientes intervenidos por cáncer de pulmón con intención curativa.



EFFECTIVIDAD DE LOS AGONISTAS PARCIALES DE RECEPTORES NICOTÍNICOS EN LA CESACIÓN TABÁQUICA

Rábade Castedo, C (1); Casal Mouriño, A (1); Ferreiro Fernández, L (1); Abelleira Paris, R (1); Lama López, A (1); Rodríguez Núñez, N (1); Zamarron Sanz, C (1); Golpe Gómez, A (1); Alvarez Dobaño, JM (1); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*

OBJETIVOS:

Citisina y vareniclina son 2 tratamientos farmacológicos empleados para la cesación tabáquica. Son agonistas parciales de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, controlando el síndrome de abstinencia y reduciendo el refuerzo positivo del tabaco. Existe amplia evidencia sobre la eficacia y seguridad de ambos fármacos. No obstante, disponemos de escasos datos sobre la efectividad de uno frente al otro. Por ello, el objetivo del estudio es comparar la abstinencia a corto y largo plazo de vareniclina vs citisina en la práctica clínica diaria.

MÉTODOS:

Estudio observacional y descriptivo de fumadores a tratamiento con vareniclina y citisina en 2018 y 2022 respectivamente. Se evalúa la abstinencia continua a los 30 días, 3 y 6 meses en ambos grupos. Se verifican si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos mediante el test t-student y Chi Cuadrado. El nivel de significación estadística es $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Se incluyen 225 pacientes fumadores tratados en una Unidad de Tabaquismo con agonistas parciales de receptores nicotínicos (115 con vareniclina y 110 con citisina). Un 73,7% de los pacientes se mantienen sin fumar a los 30 días, un 58,1% a los 3 meses y el 44,4% a los 6 meses.

La abstinencia continua a los 30 días fue del 73% para vareniclina vs 74.3 % citisina; OR:0.98 (0.84-1.15); $p=0.47$, a los 3 meses fue del 62.6% para vareniclina vs 53.3% para citisina; OR:1.18 (0.93-1.48) ; $p=0.1$ y a los 6 meses fue del 50.4% para vareniclina vs 37.4% para citisina; OR: 1.35 (0.99-1.84) $p=0.074$. El porcentaje de recaídas totales fue mayor en los tratados con citisina (36,9% citisina vs 26% vareniclina) especialmente entre el primer y tercer mes (21% con citisina vs 11% con vareniclina).

CONCLUSIONES:

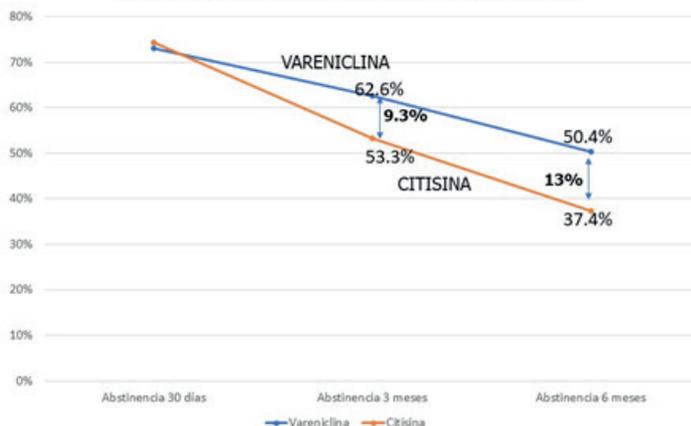
Vareniclina y citisina son efectivos en cesación tabáquica. La duración menor de citisina explicaría el mayor porcentaje de recaídas.

Tabla 1: Características descriptivas de la muestra

Pacientes (n=225)	Total (n=225)	CYT (n=110)	VRN (n=115)	p
Género (mujeres)	100 (44.6%)	52 (47.3%)	48 (42.1%)	0.26
Edad media	54.8±9.6	56±9.2	53.6±10	0.06
Cig/día	17.1±8.8	15.1 ±8	19.2 ±9.2	0.001
Paq-año	41.7±21.2	40 ±19.9	43.3 ±22.5	0.24
CO (ppm)	14.4±10.3	13.9 ±9.4	15 ±11.4	0.47
Motivación	8.2±2.1	8.1 ± 2	8.4 ±1.9	0.35
Autoeficacia	4.9±2.6	4.6 ±2.7	5.2 ±1.5	0.88
Dependencia (FTND)	5.5±1.6	5.6 ±1.5	5.5 ±2.4	0.94
Abstinencia 30 días	165 (73.7%)	81 (74.3%)	84 (73%)	0.47
Abstinencia 3 meses	129 (58.1%)	57 (53.3%)	72 (62.6%)	0.1
Abstinencia 6 meses	95 (44.4%)	37 (37.4%)	58 (50.4%)	0.073

Los resultados se expresan en medias ± desviación estándar y porcentajes. Significación estadística p<0.05. CYT: Citisina, VRN: Vareniclina

Abstinencia continua de VARENICLINA vs CITISINA





EVOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO (DPPNC) TRATADO MEDIANTE DRENAJE ENDOTORÁCICO (DET) FINO

Rodríguez Otero, I (1); Botana Rial, M (1); Pazos Area, LA (1); Vargas Ursúa, F (1); Fernández Granda, I (1); Lojo Rodríguez, I (1); Pintos Louro, M (1); Gómez Corredoira, E (1); Núñez Delgado, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) *Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro*

INTRODUCCIÓN:

Para el tratamiento de un DPPNC se requiere además de antibioterapia apropiada un DET. Sin embargo, cuando esta opción terapéutica no controla la infección puede ser necesario un nuevo drenaje, asociar fibrinolíticos e incluso intervención quirúrgica.

OBJETIVO:

Describir las características de los pacientes hospitalizados por DPPNC e identificar factores que podrían influir en el resultado del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron todos los pacientes consecutivos a los que se les insertó un DET fino por DPPNC desde enero/2019 hasta septiembre/2023. Definimos mala evolución como los pacientes que necesitaron un 2º DET, cirugía y/o mortalidad. Realizamos un análisis multivariante para determinar qué factores se relacionaban con mala evolución.

RESULTADOS:

117 pacientes incluidos, 77 (65,8%) , 61,6 (48,3-78,8) años, Charlson 1 (0-3).

La mediana de días de ingreso fue 15 (9,2-20,7). En 23 (19,7%) la infección fue nosocomial. 28 pacientes presentaron alguno de los criterios de mala evolución (grupo II): 18/117 (15,4%) 2º DET, 11/117 (9,4%) VATS. La mortalidad intrahospitalaria fue 1,7%.

En la tabla 1** se representan las diferencias entre los pacientes que presentaron mala evolución frente a los que presentaron buena evolución. A pesar de que encontramos diferencias en características bioquímicas del derrame pleural, alteraciones radiológicas, el tratamiento fibrinolítico y los días de hospitalización entre los 2 grupos solo la cuantía del derrame pleural se asoció con mala evolución de forma independiente (OR= 3,6).

CONCLUSIONES:

Identificar de forma precoz las posibles características asociadas a mala evolución del DPPN podrá ayudar a la toma de decisiones e influir en los resultados del tratamiento.

Variable N/Me (%/Rango)	Buena evolución (89)	Mala (28)	p
Sexo hombre (77, 65,8%)	57/89 (64,1%)	20/28 (71,4%)	0,473
EDAD (62, 48.8 – 78.8)	61,01	63,36	0,564
EPOC (24, 20,5%)	22/89 (24,7%)	2/28 (7,1%)	0,045
Albumina (mg/dL) (3,27; 2,74 – 3,61)	3,167	3,327	0,293
Proteínas (mg/dL) (6; 5,46 – 6,61)	5,99	6,035	0,829
Rapid mod-alto (78, 66,7%)	58/89 (65,2%)	20/28 (71,4%)	0,540
DP grande (28, 23,9%)	16/89 (17,9%)	12/28 (42,9%)	0,007
Realce (62, 53%)	42/89 (47,2%)	20/28 (71,4%)	0,025
Engrosamiento (44, 37,6%)	29/89 (32,6%)	15/28 (53,6%)	0,046
Tabiques (102, 87,2%)	74/89 (83,1%)	28/28 (100%)	0,020
Pus (30, 25,6%)	20/89 (22,5%)	10/28 (35,7%)	0,089
Cultivo positivo (43, 36,8%)	31/89 (34,8%)	12/27 (44,4%)	0,365
Nosocomial (23, 19,7%)	21/89 (23,5%)	2/28 (7,1%)	0,056
PMN (76, 53,5 – 87,8)	65,84	72,74	0,228
Mono (23, 12 – 46,5)	33,27	27,07	0,243
Glucosa (48, 5,3 – 84,8)	59,28	33,82	0,028
Proteínas (4,4, 3,8 – 4,9)	8,14	4,504	0,595
LDH (968, 528 – 2307)	2313,52	3226,93	0,370
ADA (44,2, 31,8 – 76,4)	60,75	81,96	0,131
pH (7,08, 6,82 – 7,27)	7,11	6,97	0,004
Fibrinolíticos (93, 79,5%)	68/89 (76,4%)	25/28 (89,3%)	0,141
Días DET (5, 4 – 7)	5,17	5,68	0,425
Días fibrinolítico (4, 2 – 5,8)	3,59	5,30	0,008
Dosis fibrinolítico (12, 6 – 15)	10,05	14,96	0,006
Días ingreso (15, 9,3 – 20,8)	14,95	18,89	0,026



ELASTOGRAFÍA SHEAR WAVE EN CONSOLIDACIONES SUBPLEURALES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL PROYECTO ELASTOLUNG

Vargas Ursúa, F (1); Ramos Hernández, C (1); Fernández Granda, I (1); Gómez Corredoira, E (1); Pazos Area, LA (1); Rodríguez Otero, I (1); Pintos Louro, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La elastografía es una técnica que se ha implementado como complemento a la ecografía para la caracterización de la elasticidad de los tejidos, demostrándose útil para el diagnóstico de patologías como la cirrosis hepática o para procedimientos como la ecobroncoscopia. El objetivo de esta comunicación es describir los valores de la elastografía shear-wave (SWE) en las consolidaciones subpleurales reclutadas hasta la fecha en el proyecto ELASTOLUNG y realizar una comparación con la literatura publicada.

MÉTODOS:

Estudio descriptivo de pacientes ingresados ($n= 23$), comparando los valores recogidos mediante SWE con los descritos previamente en la literatura.

RESULTADOS:

Se incluyeron 23 pacientes ingresados con el hallazgo de consolidación en pruebas de imagen. El diagnóstico definitivo fue neumonía en 17 pacientes (74%), neoplasia en 3 pacientes (13%) y atelectasia en 3 pacientes (13%).

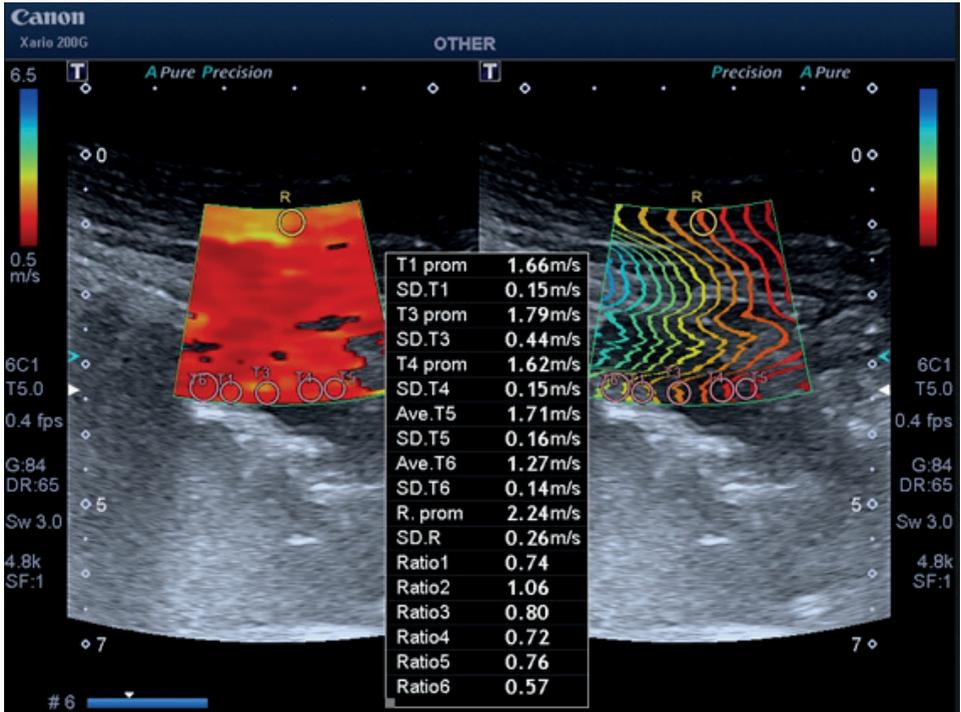
En patologías benignas, la m/s media y la kPa media fueron 1.77 ± 0.25 y 9.89 ± 2.98 , respectivamente. El score de Itho fue de 0 en el 50% de los casos, 1 en el 35% y de 2 en el 15%.

En neoplasias tuvo un m/s media de 1.92 ± 0.32 y 11.83 ± 4.65 de kPa media, con un score de Itho de 1 en el 67% de los casos y de 2 en el 33%.

En SWE, se han descrito puntos de corte de 1.95 m/s y 2.21 m/s como predictores de la benignidad o malignidad de las lesiones, lo cual concuerda a los datos recogidos en el presente estudio.

CONCLUSIONES:

Las mediciones recogidas apoyan los valores y puntos de corte descritos en la literatura para consolidaciones subpleurales, lo cual amplía la evidencia de que una técnica novedosa, accesible y disponible a pie de cama como la SWE puede ser útil para el diagnóstico diferencial de las consolidaciones subpleurales.





ABSTINENCIA A CORTO PLAZO Y SEGURIDAD DE CITISINA. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y OBERVACIONAL EN GALICIA

Landín Rey, E (1); Canosa Santos, E (1); Vázquez Gallardo, R (2); Iglesias Francesch, B (3); Rábade Castedo, C (1); Fernández Villar, A (2); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) Hospital clínico Universitario de Santiago de Compostela (2) Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro Vigo; (3) Centro de salud CS DO MAR (La Coruña)

OBJETIVO:

Citisina es un fármaco empleado para la cesación tabáquica recientemente comercializado en nuestro país. El objetivo de este estudio es analizar la abstinencia a corto plazo y la seguridad en la práctica clínica diaria en población sana y con comorbilidades.

MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico realizado en un un centro de salud de Atención Primaria y 2 unidades de Tabaquismo de hospitales de tercer nivel. Se realiza una búsqueda en la base de datos de Tabaquismo para identificar pacientes fumadores tratados con citisina. Se analizan las características basales de los fumadores, la abstinencia mantenida al mes y a los 3 meses, así como el porcentaje de eventos adversos y el tipo de los mismos. Asimismo, se estudian variables predictoras de abstinencia a corto plazo mediante test Chi-cuadrado, test t-student y pruebas no paramétricas. El nivel de significación se establece en un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

108 pacientes fueron tratados con citisina desde diciembre de 2021 a Junio de 2022. Un 81,5% de los pacientes se mantenían sin fumar durante el primer mes desde el inicio del tratamiento y un 61% a los 3 meses. En los pacientes con comorbilidades significativas, los porcentajes de abstinencia al mes y a los 3 meses fueron los siguientes: En EPOC: 73% y 56,6%, en enfermedad cardiovascular 63,5% y 42,1%, en enfermedad psiquiátrica 71% y 57,1% y en neoplasias es del 66% y 55% respectivamente. Sólo un 7,7% presentaban efectos adversos al fármaco. La efectividad del fármaco citisina era mayor en mujeres (abstinencia a los 3 meses varones 54,8% vs 60,4% en mujeres; $p=0,33$) y en los más motivados (puntuación media de motivación en abstinentes a los 3 meses $8,7 \pm 1,1$ vs $8 \pm 1,7$; $p=0,02$).

CONCLUSIONES:

Citisina es una opción terapéutica efectiva a corto plazo y segura.

Tabla 1: Características descriptivas de la muestra

Pacientes	n=108
Edad	56,8±9,9
Sexo	45,4% varones
Nivel de estudios	75% nivel de estudios bajo
Grado de tabaquismo	39,5±18
Valor medio de motivación	8,45±1,6
Valor medio de dependencia a la nicotina	6,34±1,7
Intentos previos de abandono	70% realizaron intentos previos con tratamiento farmacológico
Tiempo menor de 30 minutos desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo	80%
Abstinencia continua al mes	81,5%
Abstinencia continua a los 3 meses	61%

Los valores se expresan en medias ± desviación típica en frecuencias y porcentajes.

Tabla 2: Variables asociadas a abstinencia al mes y a los 3 meses. Análisis univariante

	Abstinencia al mes			Abstinencia a los 3 meses		
	Sí	No	p	Sí	No	p
Edad (años)	57,2 ±10	54,1± 10	0,26	58,1± 8	54,8 ±11	0,14
Paq-año	40,8± 16	47,6 ±25	0,29	40,2± 16	44,6± 20	0,26
Motivación	8,6± 2,2	7,7± 1,7	0,02*	8,7± 1,1	8± 1,7	0,02*
Dependencia	6,4 ±1,7	6,8 ±1	0,17	6,4± 1,8	6,5 ±1,4	0,78
CO (ppm)	16 ±6	19±6	0,07*	15,4 ±6,3	18 ±5,5	0,04*

Los valores se expresan en medias ± desviación típica *p<0,05



PLEURITIS INESPECÍFICA: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Landín Rey, E (1); Ferreiro Fernández, L (1); Carreiras Cuiña, M (1); Gude-Sampedro, F (1); Antunez, JR (1); Suárez Antelo, J (1); Toubes Navarro, ME (1); Rodríguez Núñez, N (1); Lama López, A (1); Valdés Cuadrado, L (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Santiago. Servicio de Neumología

INTRODUCCIÓN:

El propósito de este estudio fue saber en cuántos pacientes con pleuritis inespecífica (PIN) se llega a conocer su diagnóstico, cuántos serán de origen maligno, si el tipo de biopsia pleural influye en los resultados y cuál es el tiempo mínimo de seguimiento para excluir malignidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y observacional de pacientes ≥ 18 años con PIN demostrada mediante biopsia pleural cerrada (BPC), pleuroscopia con anestesia local (PAL) o cirugía videotoracoscopia (VATS).

RESULTADOS:

167 pacientes con PIN (seguimiento medio, 14,4 meses; rango 1-60); 25 (15%) se diagnosticaron durante el primer mes y 15 (40%) fueron malignos. En los 142 derrames pleurales restantes, 69 (48,6%) fueron idiopáticos; 49 (34,5%) benignos y 24 (16,9%) malignos (4 mesoteliomas y 20 metastásicos). En estos, el diagnóstico de PIN se obtuvo mediante BPC (7; tiempo mediano al diagnóstico, 9,4 meses), PAL (5; 15,8 meses) y VATS (8; 13,5 meses) ($p = 0.606$). El tiempo máximo al diagnóstico definitivo fue de 38 meses. En 4 pacientes (16,7%; un mesotelioma y 3 metastásicos), el tiempo al diagnóstico superó los 2 años. 68 pacientes (40,7%) fallecieron durante el estudio [tiempo medio, 12 meses (12 meses en los benignos, 10 en los malignos y 15 en los idiopáticos)].

CONCLUSIONES:

En un porcentaje sustancial de pacientes diagnosticados de PIN no se obtendrá un diagnóstico definitivo; un número relevante de enfermos desarrollarán un derrame pleural maligno y el procedimiento diagnóstico utilizado para el diagnóstico de PIN no parece que influya en la demora al diagnóstico de los derrames pleurales malignos. Los datos obtenidos sugieren que el seguimiento debería mantenerse al menos durante 24 meses.

INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTUDIOS, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PREVIAS Y HUMO DE TABACO AMBIENTAL EN LA EPOC EN NUNCA FUMADORES: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO EPOC-NS

Pazos Area, Luis (1); Represas Represas, Cristina (1); Rey Brandariz, Julia (2); Candal Predreira, Cristina (2); Rodríguez García, Carlota (2); Golpe Gómez, Rafael (3); Pérez Ríos, Mónica (2); Fernández Villar, Alberto (1); Ruano Raviña, Alberto (2); Varela Lema, Leonor (2);

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Universidad de Santiago de Compostela; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Lugo.

El tabaquismo es la causa más frecuente de EPOC. Existen otros factores de riesgo que pueden influir en su aparición, como la exposición ambiental al humo de tabaco (HAT) o patologías respiratorias previas.

OBJETIVO:

Analizar la asociación entre nivel educativo, enfermedades respiratorias previas y exposición al HAT en el riesgo de EPOC en nunca fumadores.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico de casos y controles. Casos: EPOC con diagnóstico espirométrico, nunca fumadores. Controles: nunca fumadores sin EPOC. La información se obtuvo mediante un cuestionario. Se realizó una regresión logística multivariable. Variable dependiente la presencia de EPOC. Variables independientes el nivel de estudios, exposición al HAT en el hogar en la edad adulta (no expuesto, expuesto durante menos de 20 años y durante 20 años o más) y padecimiento previo de tuberculosis o neumonía. Se ajustó por edad y sexo y se calcularon las Odds Ratio (OR).

Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (ISCIII/PI20/00476 /Cofinanciado Unión Europea – FEDER).

RESULTADOS:

471 participantes, 259 casos y 210 controles. Mediana de edad de los casos 73,7 años, y de los controles 63,4 años. Un 64,0% de los casos y 59,6% de los controles eran mujeres. Características de los participantes en la tabla 1. El análisis mostró que un nivel de estudios superior a "sin estudios/primarios" es factor protector para el desarrollo de EPOC, mientras que haber tenido tuberculosis o neumonía son factores de riesgo. No hubo asociación significativa con la exposición al HAT en el hogar durante <20 años o ≥20 años (tabla 2).

CONCLUSIONES:

El nivel de estudios es factor protector, mientras que la tuberculosis y neumonía son factores de riesgo para el desarrollo de EPOC.

La exposición al HAT en el hogar durante la edad adulta y la infancia no fueron factores de riesgo para el desarrollo de EPOC.



Tabla 1. Principales características de los participantes del estudio

Características	Casos	Controles
Mujeres (n, %)	155 (59,6%)	133 (64,3%)
Edad mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	73,7 años (64,2-79,8)	63,4 años (55,9-73,0)
Nivel de estudios (n, %)		
Primarios y sin estudios	132 (73,3%)	87 (41,8%)
Secundarios	29 (16,1%)	55 (26,4%)
Universitarios	19 (10,6%)	66 (31,7%)
Tuberculosis		
No (n,%)	224 (87,4%)	199 (98,0%)
Sí (n,%)	31 (12,2%)	4 (2,0%)
Neumonía		
No (n,%)	191 (74,3%)	183 (89,7%)
Sí (n, %)	66 (25,7%)	21 (10,3%)
Exposición a HAT		
No expuestos	172 (72,3%)	141 (68,1%)
Expuestos a < 20 años	17 (7,1%)	30 (14,5%)
Expuestos a > 20 años	49 (20,6%)	36 (17,4%)

Tabla 2. Regresión logística multivariante para estimar el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en función del tiempo de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT).

Variable	OR	IC95%	p-valor
Nivel de estudios			
Sin estudios y primarios	1,00	-	-
Secundarios	0,39	0,20-0,75	0,005 *
Universitarios	0,21	0,10-0,43	<0,001 *
Tuberculosis			
No	1,00	-	-
Sí	4,64	1,41-15,33	<0,001 *
Neumonía			
No	1,00	-	-
Sí	3,32	1,69-6,53	<0,001 *
Exposición a HAT en el hogar en edad adulta			
No	1,00	-	-
HAT Hogar <20 años	0,44	0,17-1,12	0,084
HAT Hogar ≥20 años	1,11	0,60-2,07	0,723

Nota: Odds ratio (OR), intervalo de confianza al 95% (IC95%). OR ajustado por edad y sexo.

*Estadísticamente significativo

RECICLAJE DE INHALADORES EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Diego Roza, Carmen María (1); Darriba Rodríguez, María del Pilar (1); Tizón Bouza (1); Fernández Rodríguez, Marta María (1); Romero López, María Begoña (1); Vila Altesor, María Matilde (1); Martínez Louro, Carlos Javier (1); De la Paz Vigo, María Jesús (1); Martínez Varela, María Sílvia (1); Carballeira Carballeira, Isabel (1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

INTRODUCCIÓN:

El reciclaje de desechos adquiere importancia de cara a conservar el medio ambiente. Aunque se realizan campañas periódicas sobre cómo reciclar correctamente, existen dudas entre la población acerca de la eliminación de medicamentos. Los inhaladores, no solo son desechados en la farmacia, sino que hay personas que los introducen en otros contenedores, lo que está afectando al impacto medioambiental.

OBJETIVO:

Comprobar dónde desechan los envases de inhaladores, los pacientes que acuden a las consultas de Neumología y Medicina Interna de Ferrol e informarles sobre su correcto reciclaje.

MÉTODOS:

Estudio epidemiológico, observacional, mediante cuestionario ad hoc sobre conocimientos sobre el desecho de inhaladores en 307 pacientes con pauta de algún tipo de inhalador en las consultas y Pruebas Funcionales de Neumología y Medicina Interna, en noviembre de 2022. Se realiza un análisis de las variables género, edad, tipo de centro (rural o urbano), centro de salud y lugar de desecho de inhaladores, un análisis bivariante y un análisis multivariado de variables significativas. Al mismo tiempo se informaba de su correcto reciclaje.

RESULTADOS:

El 53,4% fueron mujeres, con media de edad de 60,9 años, 69,7% de zona urbana, y el 51,8% suelen desechos los inhaladores en un contenedor general y 39,1% en punto SIGRE de la farmacia. Las variables sexo [$p < 0,001$; IC95% (0,5-0,6)], lugar del centro [$p < 0,001$; IC95% (0,25-0,35)], edad [$p < 0,001$; IC95% (59,1-62,8)], centro de salud [$p < 0,001$; IC95% (8,8-9,9)], lugar de desecho [$p < 0,001$; IC95% (1,2-1,5)] son estadísticamente significativas.

En un análisis bivariado, se relaciona el sexo con respecto al tipo de lugar de residencia ($p = 0,008$) y al lugar de desecho de inhaladores ($p = 0,003$) y según el tipo de lugar de residencia con el Centro de salud ($p < 0,001$) y el sexo ($p = 0,028$).



En el análisis multivariado, prevalece pertenecer a un centro rural [$p=0,040$; IC95% (0,3-0,9)], desechar los inhaladores en contenedor de plástico [$p=0,006$; IC95% (0,3-0,8)] o general ($p=0,032$) y pertenecer al centro de salud de Ares [$p=0,041$; IC95% (0,02-0,9)] o Valdoviño [$p=0,024$; IC95% (0,02-0,7)], es decir, prefieren ese tipo de contenedores para eliminación de inhaladores.

CONCLUSIÓN:

Los profesionales sanitarios debemos educar en salud a nuestros pacientes, incluyendo el correcto reciclaje de los medicamentos, ya que el medio ambiente es responsabilidad de todos.

COMUNICACIONES PÓSTER

BLOQUE 3

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD: APLICACIÓN DE UN NUEVO ALGORITMO DIAGNÓSTICO A UNA SERIE HISTÓRICA DE LA ENFERMEDAD

Landin Rey, E (1); Casal Mouriño, A (1); Suárez Antelo, J (1); Riveiro Blanco, V (1); Ferreiro, L (1); Martínez De Alegría, A (1); Antúnez, JR (1); Otero, B (1); Gude, F (1); Valdes Cuadrado, L (1)
(1) CHUS

INTRODUCCIÓN:

Los criterios diagnósticos de la Neumonitis por hipersensibilidad (NH) han cambiado a lo largo del tiempo. Nuestro objetivo es aplicar a una serie histórica de pacientes diagnosticados de NH, un algoritmo diagnóstico recientemente introducido, para evaluar su distribución según los criterios diagnósticos actuales y la confianza diagnóstica alcanzada en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aplicación a cada paciente de los criterios incluidos en el algoritmo, de acuerdo con la categorización para cada uno. El diagnóstico, en cada caso, fue de NH ($\geq 90\%$), provisional de alta (70-89%) o baja confianza (51-69%) o no NH (improbable) ($\leq 50\%$), o de NH, provisional, o de no NH, si tenían biopsia pulmonar.

RESULTADOS:

Se incluyeron 129 pacientes [edad media 64 ± 12 años; 79 (61.2%) mujeres] de los que 16 (12.4%) se diagnosticaron únicamente en base a una alta sospecha clínica. Tras aplicar el algoritmo (exposición antigénica, hallazgos de la TC y linfocitosis en el BAL), 106 enfermos (82.2%) pudieron evaluarse y 83 (78.3%) tenían un diagnóstico provisional de NH o de alta confianza. La biopsia pulmonar permitió establecer un diagnóstico de certeza en otros 21 enfermos y provisional en 9 más [total, 113 (87.6%)]. Los 16 enfermos sin criterios diagnósticos estrictos de NH obtuvieron un diagnóstico de baja confianza. Se podrían haber evitado un total de 41 biopsias pulmonares (47.1%).

En las NH fibrosantes, la FVC% disminuyó significativamente ($p < 0.001$) a lo largo del tiempo, mientras que en las no fibrosantes se mantuvo estable ($p = 0.825$). La DLCO mejoró en las formas no fibrosantes ($p < 0.001$), mientras que no varió de forma significativa en las formas fibrosantes ($p = 0.129$).

CONCLUSIONES:

La aplicación de este algoritmo consigue una alta rentabilidad diagnóstica en la HP, reduciendo de forma relevante el número de biopsias pulmonares necesarias.



Figura 1A

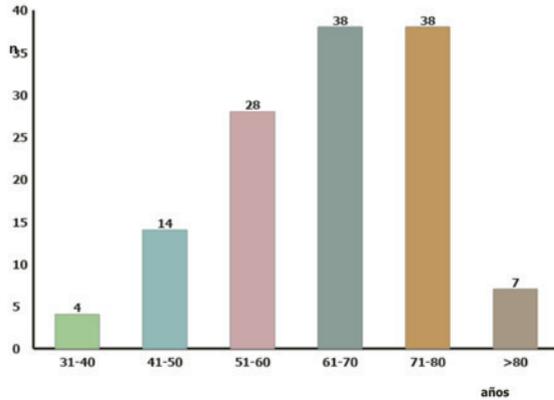


Figura 1B

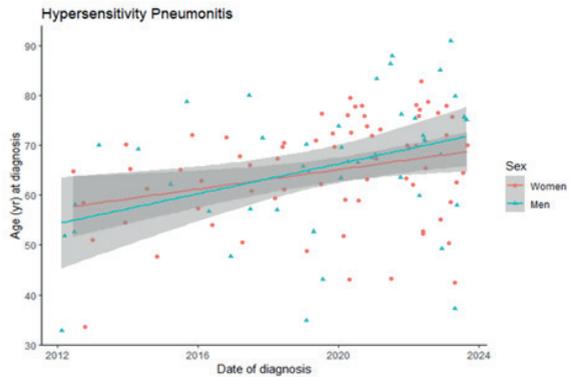
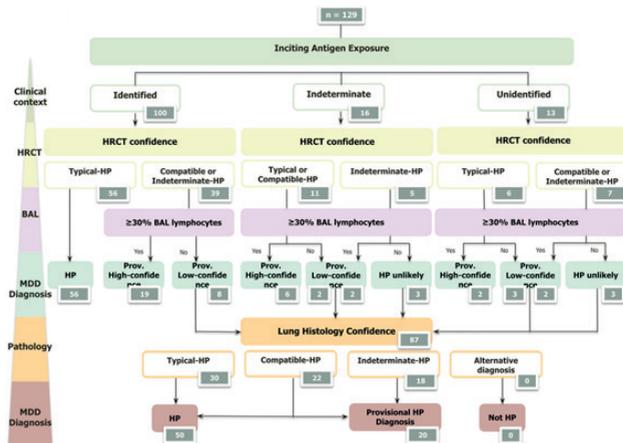


Figura 2



ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN SERVO-ADAPTATIVA EN EL CONTROL DE APNEAS CENTRALES EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Pazos Area, LA (1); Muñoz Martínez, MJ (1); Rodríguez Otero, I (1); Torres Durán, M (1); González Montaos, A (1); Fernández Granda, I (1); Vargas Ursúa, F (1); Santamaría López, MH (1); Mosteiro Añón, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro. Grupo de investigación NeumoVigo I+i. IISGS, Vigo, España

INTRODUCCIÓN:

La ventilación servo-adaptativa (VSA) es un tipo de ventilación no invasiva que surge de la necesidad de controlar las apneas centrales (AC) no controladas con CPAP.

Objetivo: Analizar la efectividad de la VSA en el control de eventos centrales persistentes a pesar de tratamiento médico y CPAP

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo. Se incluyen pacientes en tratamiento con VSA en la unidad de TRS del HAC

desde enero 2010 a agosto 2022 por persistencia de AC a pesar de tratamiento médico y CPAP.

Se registraron variables clínico-epidemiológicas, estudios de sueño y telemonitorización. Dos grupos: control (IAH <15) y mal control (IAH ≥15).

RESULTADOS:

44 pacientes. Varones 76,1%. Edad 72,6±20,5 años. IAH 47,17±15,2. Al diagnóstico, 52,6% predominio de apneas

obstructivas (AO). 97,8% tenían factor de riesgo para AC: cardiovascular 89%, opioides 37%, fármacos depresores del SNC 48% o ACV 15%. Tras CPAP, un 80,4% desarrollaron AC/RCS. El IAH residual (IAHr) con CPAP fue de 26,07±11,2. En todos los pacientes excepto 3 hubo una causa para el desarrollo de AC (6,5% AC compleja).

A los 3 meses de VSA, 80,4% presentaron un IAH<15. Uso medio de 6,8h±2,1. EPAP fue de 7,6±2,2 y PS de 3,6±1,9. El IAHr fue de 8,2±7,9. Al 80,4% les compensaba el uso de VSA por mejoría clínica y/o de síntomas. 11 pacientes (23,9%) se retiró VSA.

CONCLUSIONES:

La VSA es eficaz en el control de eventos centrales en pacientes que no se controlan con CPAP. A la mayoría de los pacientes les compensa el uso de la VSA por mejoría clínica referida o síntomas.

Los pacientes más jóvenes, con predominio de AO al diagnóstico y un uso más prolongado de VSA tienen mejor control.



N= 44	Buen control	Mal control	
HTA	33 (89,2%)	7 (100%)	0,48
ICC	22 (59,5%)	6 (85,7%)	0,18
FA	19 (51,4%)	1 (14,3%)	0,05
ACV	5 (13,5%)	2 (28,6%)	0,31
Opioides	12 (32,4%)	4 (57,1%)	0,23

N= 44	Buen control	Mal control	
Edad	71,7 ($\pm 10,3$)	79,7 ($\pm 7,4$)	0,03*
Sexo	29 (78,4%) vs 8 (21,6%)	5 (71,4%) vs 2(28,6%)	0,64
IMC	32,1 ($\pm 4,9$)	30,8 ($\pm 2,8$)	0,36
Predominio AO	19 (61,3%)	1 (20%)	0,08
Uso h/día	6,9 (± 2)	7,5 ($\pm 1,8$)	0,48
Uso total (meses)	45,4 ($\pm 32,2$)	28,4 ($\pm 19,4$)	0,08
EPAP media	7,9 ($\pm 2,3$)	7 (± 2)	0,3
PS media	3,7 (± 2)	2,8 (± 1)	0,12
IAH residual	5,5 ($\pm 3,4$)	22,8 ($\pm 9,4$)	0,03*
AC/RCS	10 (27%)	5 (71,4%)	0,05
Compensa	31 (83,8%)	6 (85,7%)	0,69

IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA, ANTIGRIpal Y FRENTE A SARS-COV2 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

Berriochoa Rodríguez, A (1); Blanco Aparicio, M (1); Duarte Busquet, D (1); Tirados Fernández, A (1); Álvarez Moyano, E (1); Varona Galan, B (1); Montero Martínez, C (1)

(1) CHUAC

OBJETIVOS:

La mayoría de las guías y Sistemas de Salud recomiendan la vacunación antigripal, antineumocócica y frente al SARS-CoV2 en los pacientes con asma grave. El grado de implementación de estas recomendaciones en los pacientes con asma grave a tratamiento con biológicos es poco conocido. Objetivos: analizar la implementación de las vacunas en este subgrupo de pacientes; analizar la prevalencia de infección bronquial en cultivos de esputo.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que consistió en la revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes con asma grave a tratamiento con biológico seguidos en la Unidad de Asma Grave del CHUAC hasta agosto de 2023.

RESULTADOS:

Se incluyeron 247 pacientes, siendo 174 mujeres (70.4%) con una edad media al inicio del tratamiento de 51 años. Los biológicos prescritos fueron: omalizumab (43%), mepolizumab (25%), benralizumab (23%), dupilumab (8%) y reslizumab (1%). En 65 pacientes (26%) se realizó un cambio de biológico.

En relación con las vacunas se observó que 125 pacientes (51%) estaban vacunados frente al neumococo: 35 con la polisacárida, 30 con la conjugada y 60 con ambas. La inmunización frente a la gripe fue del 79% y frente al COVID de un 94%.

Se disponían de al menos un cultivo de esputo en el año previo al inicio del biológico 78 pacientes (31,5%) (tabla 1). Se aislaron microorganismos potencialmente patógenos (MPP) en 31 (39%), siendo las bacterias más frecuentes: Pseudomona (n=10), H.influenzae (n=7), Moraxella (n=3), St.aureus (n=2), Klebsiella (n=1); Serratia (n=1), X.maltophilia (n=1). Se aislaron hongos en 16 pacientes.

CONCLUSIONES:

En los pacientes con asma grave a tratamiento con biológicos existe una baja implementación de la vacunación antineumocócica (51%) y moderada de la vacuna antigripal (79%).

En un 39% de pacientes que entregaron algún cultivo de esputo se aislaron MPP siendo los más frecuentes Ps.aeruginosa y H.influenzae.



Tabla 1. Cultivos de esputo en el año previo al inicio del biológico

Nº de muestras	Nº de pacientes (%)
0	169 (68%)
1	24 (10%)
2	21 (8.5%)
3	9 (4%)
4	6 (2%)
5	6 (2%)
≥ 6	12 (5%)
Total	78 (31.5%)

HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO 3 GRAVE: MANEJO TERAPÉUTICO

Vargas Ursúa, F (1); Fernández Granda, I (1); Melendo Viu, M (1); Castro Otero, MC (1); Dobarro Pérez, D (1); Pazos Area, LA (1); Rodríguez Otero, I (1); Gómez Corredoira, E (1); Pintos Louro, M (1); Fernández Villar, A (1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La hipertensión pulmonar (HP) de grupo 3 es una patología infradiagnosticada, relacionada con deterioro funcional progresivo y peor pronóstico vital. Un subgrupo de estos pacientes presenta unos valores desproporcionados, confirmados por cateterismo derecho (CCD), pudiéndose beneficiar de terapia vasodilatadora. El objetivo de este trabajo fue describir las características y evolución postratamiento en una cohorte de pacientes con HP grupo 3 grave.

MÉTODOS:

Serie de casos de HP grupo 3 grave diagnosticados en el primer año de creación de la Unidad de HP formada por neumólogos y cardiólogos.

RESULTADOS:

Se estudiaron 5 pacientes, 3 hombres y 2 mujeres de 69 ± 4 años. Todos ellos sintomáticos, con NYHA II-III en el 80% de los casos. 2 sujetos tenían diagnóstico previo de EPOC (40%), 2 de fibroenfisema (40%) y 1 de silicosis (20%).

Analíticamente presentaban NT-proBNP elevado (945 ± 1574 pg/mL). Las pruebas de función pulmonar mostraron obstrucción grave y un descenso significativo de la difusión pulmonar. La ecocardiografía mostraba aumento de la presión sistólica arterial pulmonar (61 ± 17 mmHg), que se confirmó por CCD (presión pulmonar media 39 ± 7 mmHg, presión de enclavamiento pulmonar $11 \pm 2,5$ mmHg y resistencia vascular pulmonar 7 ± 2 UW).

Todos eran portadores de oxigenoterapia domiciliaria y el 60% ya tenía tratamiento diurético. Se inició prueba con inhibidor de la fosfodiesterasa en 4 (80%) de los pacientes, que se mantuvo en 3 de ellos por mejoría clínica y/o hemodinámica a los 6 meses, asociando en uno de los casos un antagonista del receptor de la endotelina en posteriores consultas.

En el otro paciente fue necesario retirar dicho tratamiento por efecto shunt.

CONCLUSIONES:

La sospecha de un equipo multidisciplinar resultó fundamental para detectar aquellos casos de HP grupo 3 grave, que en su mayoría se beneficiaron de terapia vasodilatadora en monoterapia o biterapia.



Estadísticos descriptivos		
Parámetros	Media	Desviación típica
Edad (años)	68,6	±3,8
NYHA	2,8	±0,8
FEV1 (%)	43	±6,4
FVC (%)	74	±19,4
FEV1/FVC (%)	49	±11,6
DLCOc (ml/min/mmHg)	38,5	±13,1
T6M (metros)	294	±201
NT-proBNP (pg/mL)	945	±1573,5
Hemoglobina (g/dL)	15	±1,3
Creatinina (mg/dL)	1,1	±0,2
Ferritina (ng/mL)	208	±204,4
pO2 (mmHg, con oxígeno suplementario)	64	±11,9
pCO2 (mmHg)	40,2	±8,4
PSAP (ecocardiografía)	61	±16,5
PAPm (mmHg)	39,2	±7,2
RVP (unidades Wood)	7,3	±2,2
PCP (mmHg)	10,7	±2,5
Índice cardíaco (L/min/m ²)	3	±1,7

DLCOc (capacidad de difusión de monóxido de carbono corregida); T6M (test de seis minutos); PSAP (presión sistólica arteria pulmonar); PAPm (presión arterial pulmonar media); RVP (resistencia vascular pulmonar); PCP (presión enclavamiento pulmonar)



INFORMACIÓN GENERAL

• Lugar y fechas de celebración

Sede: Aula Magna Edificio Docente Roberto Novoa Santos - USC
Travesía A Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela

Fechas: 20 y 21 de octubre de 2023

• Organiza



• Secretaría técnica



C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º
15005 A Coruña - Tel. 981 120 313
e-mail: susanavarela@tramasolutions.com; sogapar@sogapar.info

• Cuotas de inscripción

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	150 € +IVA

Política de cancelaciones:

Hasta el 09/09/23: Devolución del 100%

Hasta el 29/09/23: Devolución del 90%

Desde del 30/09/23: Sin devolución

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica **hasta el 11 de octubre de 2023**. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

• Hoteles oficiales de la reunión

EUROSTARS GRAN HOTEL SANTIAGO

C/ Rua do Mestre Mateo 27. 15706 Santiago de Compostela

HABITACIÓN INDIVIDUAL	120 €
HABITACIÓN DOBLE	130 €

(Desayunos y 10% de iva incluidos)

Política de cancelación de alojamientos:

Hasta el 01/09/23: Devolución del 100%

Hasta el 15/09/23: Devolución del 90%

Después del 15/09/23: Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el **9 de octubre de 2023**.

A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaría técnica

(susanavarela@tramasolutions.com)

Las solicitudes de inscripción y reservas de alojamiento podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

• Comunicaciones:

Fecha límite para el envío de comunicaciones: **15 de septiembre de 2023**. El envío de comunicaciones se podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info



- **Acreditación**

Actividad acreditada con 0,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Comunidad Autónoma de Galicia

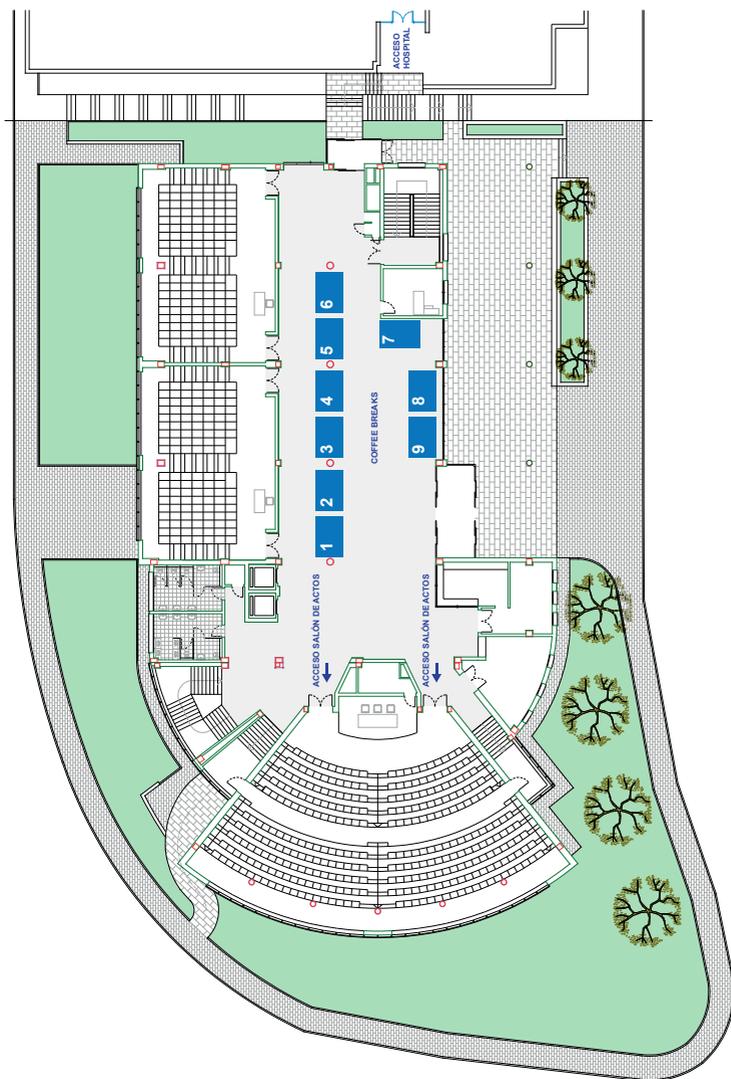


- **Con el reconocimiento de**





PLANO DE STANDS



ENARAS:

Aflofarm	MSD
Cipla	Pentax
FAES Farma	VitalAire

LEYENDA DE STANDS:

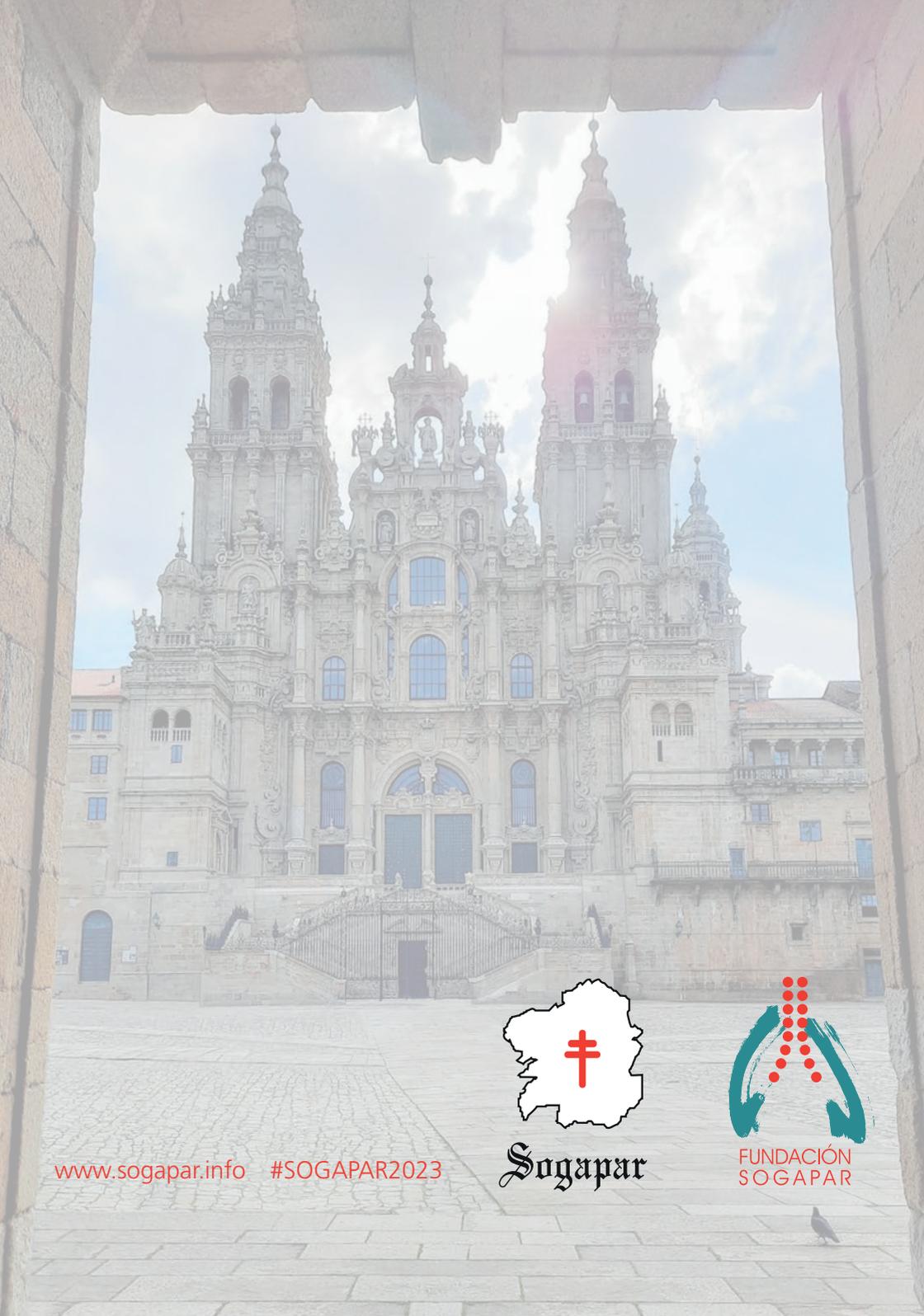
1. Oximesa	4. Chiesi	7. Boehringer Ingelheim
2. Sanofi	5. Gebro Pharma	8. GlaxoSmithKline
3. AstraZeneca	6. Boehringer Ingelheim	9. Grifols



COLABORADORES



WWW.SOGAPAR.INFO



www.sogapar.info #SOGAPAR2023

Sogapar



FUNDACIÓN
SOGAPAR