

LII REUNIÓN ANUAL
SOGAPAR

**XXXVI Reunión
Galaico Duriense**



Sogapar



Afundación Ferrol
24 y 25 de octubre 2025



#SOGAPAR25
www.sogapar.info

PROGRAMA

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta:	Dra. Marina Blanco Aparicio
Secretaria:	Dra. M ^a Isabel Otero González
Tesorera:	Dra. M ^a Elena Toubes Navarro
Vicepresidenta:	Dra. Eva M. García Fontán
Vocal de A Coruña:	Dra. Pilar Sanjuan López
Vocal de Ferrol:	Dra. Irene Nieto Codesido
Vocal de Lugo:	Dra. Nagore Blanco Cid
Vocal de Ourense:	Dra. Laura Pascual Canales
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. Carlota Rodríguez García
Vocales:	Dra. Ana Berriochoa Rodriguez
	Dr. Darien Duarte Busquet
	Dr. Honorio Martinez Martinez
	Dra. Noemí Mengual Macenlle
	Dra. Irene Nieto Codesido
	Dr. Guillermo Padin Pico
	Dr. Santiago Rodríguez-Segade Alonso
	Dr. Gabriel Romero Castro
	Dra. Raquel Ruiz Ferreras
	Dra. M ^a Luz Santalla Martínez

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta:	Dra. Cristina Represas Represas
Vocales:	Dra. Dolores Corbacho Abelaira
	Dra. María Delgado Roel
	Dra. Raquel Ruiz Ferreras
	Dra. Lucía Ferreiro Fernández
	Dra. Coral González Fernández
	Dra. Lara Fontán García-Boente

El Camión del Año del Sueño SEPAR “Sleep on the Road”

El Camión del Año del Sueño SEPAR “Sleep on the Road” estará en Ferrol durante la Reunión de la SOGAPAR, los días 24 de octubre (10:00–19:00 h) y 25 de octubre de 2025 (10:00–14:00 h).

Se trata de una iniciativa nacional de divulgación y sensibilización sobre los trastornos del sueño, con cinco zonas interactivas dedicadas al diagnóstico, tratamiento y prevención.

Profesionales de las Unidades de Sueño atenderán a los visitantes en turnos de 2 horas, mostrando las últimas tecnologías y promoviendo la educación sanitaria.

Una oportunidad para acercar a la ciudadanía la importancia del sueño saludable y el trabajo multidisciplinar de los equipos especializados.

Viernes 24 de octubre de 2025

- 09:00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN
09:20-09:30 BIENVENIDA Y APERTURA
09:30-11:30 COMUNICACIONES PÓSTER Y ORALES

COMUNICACIONES PÓSTER

PREVALENCIA DE MUTACIONES Y VARIANTES EN EL GEN SERPINA 1 DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (AAT) DETECTADAS MEDIANTE ALPHA ID (ORACOLLECT-DNA) EN UNA CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: CONCLUSIONES FINALES

Fanego Insua, Ainoa (1); Landín Rey, Elisa (1); Rodríguez García, Carlota (2); Rábade Castedo, Carlos (1); Carbajales Bouzón, María De La Cruz (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Soto Feijoo, Roi (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1)Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; (2)Hospital Arquitecto Marcide

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL GALLEGO

Duarte Busquet, Darien (1)

(1)CHUF

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN OURENSE: UNA "POLAROID" CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES... ¿ESTAMOS AL DÍA?

Fernandez Fernandez, Belen Maria (1); Cortez Montero, Maria Gabriela (1); Pascual Canales, Laura (1); Ramis Catalan, Marina (1); Oquelis Guerrero, Maria Gracia (1); Cabana Vazquez, Laura (1); Parente Lamelas, Isaura (1)

(1)CHUO

SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA CRIOBIOPSIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Sanchez Fernandez, Carlos Manuel (1); Martínez Martínez, Honorio Jorge (1); Soto Feijoo, Roi (1); Carreiras Cuiña, Maria (1); Fanego Insua, Ainoa (1); Golpe Gomez, Antonio Luis (1); Suarez Antelo, Juan (1); Ferreiro Fernandez, Lucia (1); Valdes Cuadrado, Luis (1)

(1)CHUS

IMPACTO DEL ASMA GRAVE EN GALICIA: USO DE RECURSOS SANITARIOS EN 2023

González Sierra, Marta (1); Domínguez Juncal, Luis (2); Blanco Aparicio, Marina (2); Mosteiro Añón, Mar (3); Pérez De Llano, Luis (4); Blanco Cid, Nagore (4); Calvo Álvarez, Uxio (5); González Fernández, Coral (6); Pallarés Sanmartín, Abel (3); Nuevo Rivero, Javier (1)

(1)BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, España; (2)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; (3)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (4)Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (5)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; (6)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

HOSPITALIZACIONES POR ASMA EN GALICIA: ANÁLISIS 2023 Y EVOLUCIÓN

González Sierra, Marta (1); Blanco Aparicio, Marina (2); Domínguez Juncal, Luis (2); Mosteiro Añón, Mar (3); Pérez De Llano, Luis (4); Corbacho Abelaira, Dolores (5); Rodríguez García, Carlota (6); González Fernández, Coral (7); Roncero Martín, Ana (1); Alegría Llorente, Marta (1)

(1)BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, España; (2)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; (3)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (4)Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (5)Hospital Ribera Poviá; (6)Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol; (7)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALON (ABAP) EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Castro Otero, María (1); Villar Aguilar, Laura (2); Dobarro Pérez, David (2); Gonzalez Ferreiro, Rocío (2); Rodriguez Fernandez, Paula (2); Casal Mouríño, Ana (2); Casal Guisande, Manuel (2); Fernandez Granda, Ignacio (3); Vargas Ursúa, Fernando (4); Fernández Villar, Alberto (2)

(1)H alvaro Cunqueiro; (2)H alvaro cunqueiro; (3)H Ourense; (4)H U La princesa

DE LA PRESCRIPCIÓN A LA UNIDAD DE ASMA GRAVE: IDENTIFICANDO PACIENTES NO CONTROLADOS

Ramis Catalán, Marina (1); Oquelis Guerrero, Maria Gracia (1); Fernández Fernández, Belén Maria (1); Pascual Canales, Laura (1); Cabana Vázquez, Laura (1); Garrido Estévez, Julieta (2); Gavilanes Blanco, Lucia (3); Dacal Quintas, Raquel (1); González Fernández, Coral Maria (1); Parente Lamelas, Isaura (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (2)Centro de Salud A Ponte; (3)Complejo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro

IMPACTO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PORTUGUÉS

Ferreira, Sara (1); Almeida, élin (2); Parreira, João (2); Silva, José Manuel (2); Ferreira, Luís (2)

(1)ULS Médio Tejo; (2)ULS Guarda

COMUNICACIONES ORALES

Dra. María Delgado Roel. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Dra. Coral González Fernández. *Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

COMPARACIÓN DE TÉCNICAS DE ANALGESIA INTERCOSTAL PARA CIRUGÍA TORÁCICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Sacristán Robles, Laura (1); Simon, Helen (1); Carrasco, Rommel (1); Blanco, Montserrat (1); Cañizares, Miguel ángel (1); Moldes, Milagros (1); Albort, Jesús (1); García-fontán, Eva María (1)

(1)Álvaro Cunqueiro

PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA EN DERRAME PLEURAL MALIGNO METASTÁSICO: SCORE GASENT

Suárez Antelo, Juan (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Landín Rey, Elisa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ricoy Gabaldón, Jorge (1); Lama López, Adriana (1); Álvarez-dobaño, José Manuel (1); Golpe Gómez, Antonio (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1)Hospital Clínico-Universitario de Santiago

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SÍNCOPE DE CAUSA NO ACLARADA MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO NO SUPERVISADO – ESTUDIO SINCOSAS

Muñoz Martínez, María Jose (1); Casal Guisande, Manuel (1); Torres Duran, María Luisa (1); Sopeña Argúelles, Bernardo (2); Fernández Villar, Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro; (2)Hospital Universitario Santiago de Compostela

IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON SÍNCOPE DE CAUSA NO ACLARADA: ESTUDIO SINCOSAS

Muñoz Martínez, María Jose (1); Casal Guisande, Manuel (1); Bernardo, Sopeña (2); Torres Duran, María Luisa (1); Garcia Campos, Enrique (1); Corbacho Abelaira, Dolores (3); Souto Alonso, Ana (4); Fernandez Villar, Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2)Hospital Universitario Santiago de Compostela; (3)Hospital Ribera Poviá; (4)Hospital Universitario A Coruña

RESULTADOS EN VIDA REAL TRAS INICIO DE BUDESONIDA/GLICOPIRRONIO/FORMOTEROL EN PACIENTES CON EPOC Y ANTECEDENTES DE EXACERBACIONES: ANÁLISIS DE DOS SUBGRUPOS DEL ESTUDIO ORESTES

Pallarés Sanmartín, Abel (1); Blanco Cid, Nagore (2); Bernabeu Mora, Roberto (3); Casitas Mateo, Raquel (4); Fuster Gomila, Antonia (5); García Clemente, Marta (6); Gotera Rivera, Carolina (7); Margallo Iribarnegaray, Juan (8); Marquez Martín, Eduardo (9); Velasco Garrido, Jose Luis (10)

(1)Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2)Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (3)Hospital General. Universitario Morales Meseguer, Murcia; (4)Hospital Universitario La Paz, Madrid; (5)Hospital Universitario Son Llatzer, Palma de Mallorca; (6)Hospital Universitario de Asturias, Oviedo; (7). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid; (8)Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid; (9)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; (10)Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ESTRATIFICACIÓN CLÍNICA Y LA PLANIFICACIÓN DIAGNOSTICA PRECOZ EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA DEL SUEÑO

Mosteiro Añon, Mar (1); Casal Guisande, Manuel (1); González Montaos, Almudena (1); Fernández Villar, Alberto (1); Rodriguez Fernández, Alba (1); Castro García, Daniel (1); Comesaña Campos, Alberto (2); Pou Álvarez, Cristina (1); Muñoz Martínez, M. José (1); Torres Durán, María (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro; (2)UVigo

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS (GEPa): TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN Y PREVIO AL INICIO DE BIOLÓGICOS EN UNA SERIE DE 21 CASOS

Blanco Aparicio, Marina (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Sanjuán López, María Pilar (1); Fernández Marrube, María Del Mar (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

11:30-12:00 Pausa café

12:00-13:45 COMUNICACIONES ORALES

EXPERIENCIA CON COLISTINA INHALADA EN POLVO SECO (COLOBREATHE®) EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL

Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Blanco Aparicio, Marina (1); Sanjuan López, María Pilar (1); Varona Galán, Berta (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Fernández Marrube, María Del Mar (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)CHUAC

IMPACTO DE LA RESPUESTA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN LA TRAYECTORIA DEL FEV1 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

López Pardo, Sonia (1); Pérez De Llano, Luis Alejandro (1); Dacal Rivas, David (1); Martínez-moragón, Eva (2); Plaza, Vicente (3); Cisneros Serrano, Carolina (4); Benchimol, Cristina (5); Izaguirre Flores, Hemily (6); Sánchez-cuéllar, Silvia (7); Blanco Hortas, Andrés (8)

(1)Hospital Universitario Lucus Augusti; (2)Hospital Universitario Doctor Peset; (3)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; (4)Hospital Universitario La Princesa; (5)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.; (6)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; (7)Hospital Universitario Ramón y Cajal; (8)Fundación Pública Galega Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (FIDIS). Lugo.

DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA. VISIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Villar Aguilar, Laura (1); Casal Guisande, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1); Priegue Carrera, Ana (1); García Rodríguez, Esmeralda (1); Tubío Pérez, Ramón Antonio (1); Casal Mouriño, Ana (1); Torres Durán, María (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro

EL TRASPLANTE PULMONAR MÁS ALLÁ DE LOS 68 AÑOS

Tirados Fernández, Alicia (1); Sanjuán López, Pilar (1); Otero González, Isabel (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Yoris Marín, María Laura (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)CHUAC

ANÁLISIS DE LOS GRANDES SUPERVIVIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

Castiñeira Gamborino, María (1); Tovar Durán, Héctor Manuel (1); García Pérez, Alejandro (1); Minasyan, Anna (1); Fernández Vagi, Luis (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernández Prado, Ricardo (1); García Rey, Rita (1); Delgado Roel, María (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)

(1)CHUAC

ANÁLISIS DE LOS GRANDES SUPERVIVIENTES TRASPLANTADOS UNIPULMONARES

Castiñeira Gamborino, María (1); Tovar Durán, Héctor Manuel (1); García Rey, Rita (1); García Pérez, Alejandro (1); Minasyan, Anna (1); Delgado Roel, María (1); Fernández Vago, Luis (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernández Prado, Ricardo (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)

(1)CHUAC

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A RITUXIMAB

Alvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Sanjuán López, María Pilar (1); Blanco Aparicio, Marina (1); Tirado Fernández, Alicia (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efen (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA + INMUNOTERAPIA BASADA EN INHIBIDORES DE PDL-1 EN EL CÁNCER DE PULMÓN CÉLULAS NO PEQUEÑAS

Tovar Duran, Hector Manuel (1); Delgado Roel, María (1); Castiñeira Gamborino, María (1); García Rey, Rita (1); Fernandez Vago, Luis (1); Garcia Perez, Alejandro (1); Minasyan, Ana (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernandez Prado, Ricardo (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)

(1)CHUAC

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR: DIFERENCIAS POR SEXO. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO VAPEPOC

Pou Álvarez, Cristina (1); Represas Represas, Cristina (1); González Piñeiro, Ana Lourdes (1); Tilve Gómez, Amara (1); Rodríguez Fernández, Paula (1); García Fontán, Eva María (1); Núñez Fernández, Marta (1); Priegue Carrera, Ana (1); Almeida Carrete, Liza (1); Fernández Villar, José Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro

USO DE TERAPIA "VACUUM ASSISTED CLOSURE (VAC)" EN PACIENTES CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO Y FUGA AÉREA PERSISTENTE

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

(1)CHUS

VALIDACIÓN CLÍNICA DEL FEOS RATE PARA MEDIR LA RESPUESTA A BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE

Morote Bravo, Belén (1); Blanco Cid, Nagore (1); Dacal Rivas, David (1); Arias Zas, Laura (1); Pérez De Llano, Luis (1); Dávila González, Ignacio (2); Martínez Moragón, Eva (3); Domínguez Ortega, Javier (4); Almonacid Sánchez, Carlos (5); García Rivero, Juan Luis (6)

(1)Hospital Universitario Lucus Augusti; (2)Hospital Universitario de Salamanca; (3)Hospital Universitario Doctor Peset; (4)Hospital Universitario La Paz; (5)Hospital Puerta de Hierro; (6)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

PREVALENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN SERPINA 1 EN INDIVIDUOS ADULTOS CON OBSTRUCCIÓN AL FLUJO AÉREO

Baloira Villar, Adolfo (1); Bea Sanmartín, Beatriz (1)

(1)Complexo Hospitalario de Pontevedra

13:45-15:30 **Almuerzo de trabajo**

16:00-16:15 **PRESENTACIÓN DEL CONGRESO Y BIENVENIDA**

16:15-17:15 **ASMA- REVISTA DEL AÑO**

Moderadores:

Dr. David Dacal. *Hospital Universitario Lucus augusti, Lugo. HULA*

Dr. Ricardo Lima. *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho*

16:15-16:30 **Papel de la tomografía computarizada en el asma.**

Dra. Noelia Aguiar Álvarez. *Complexo Hospitalario de Pontevedra. CHOP*

16:30-16:45 **Asma asociada a la obesidad.**

Dr. Luis Domínguez Juncal. *Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. CHUAC*

16:45-17:00 **Bronquiectasias y asma.**

Dra. Nagore Blanco Cid. *Hospital Universitario Lucus augusti, Lugo. HULA*

17:00-17:15 **Discusión.**

17:15-18:15 **EPOC- REVISTA DEL AÑO**

Moderadores:

Dr. Santiago Rodríguez. *Complexo Hospitalario universitario de Ferrol. CHUF*

Dra. Repesas Repesas. *Complexo Hospitalario Alvaro Cunqueiro. CHUVI*

17:15-17:30 **Nuevas dianas para la terapia biológica en la EPOC, ¿qué podemos esperar de la vía IL-33?**

Dr. Pedro J Marcos. *Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. CHUAC*

17:30-17:45 **Puede ayudar la IA a prevenir las exacerbaciones de la EPOC**

Dr. Adolfo Baloira. *Complexo Hospitalario de Pontevedra. CHOP*

17:45-18:00 **EPOC y riesgo cardiovascular. las exacerbaciones como desencadenante de eventos cardiovasculares.**

Dra. Rita Gomes. *Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira*

18:00-18:15 **DISCUSIÓN**

18:15-18:45 **Café**

18:45-19:45 TABACO-REVISTA DEL AÑO: NUEVAS FORMAS DE CONSUMO DEL TABACO Y NICOTINA

Moderadores:

Dr. Rafael Vázquez Gallardo. *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. CHUS*

Dra. Guadalupe Valladares. *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. CHUP*

18:45-19:00 El problema del tabaco calentado y otros productos de la nicotina en Europa.

Dr. Daniel Coutinho. *Coordinador del grupo de Tabaquismo de la SPP .*

19:00-19:15 ¿ Son los cigarrillos electrónicos eficaces y seguros para dejar de fumar?

Dr. Marcos García Rueda. *Director del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.*

19:15-19:30 Presentación del documento de consenso de SEPAR y las sociedades iberoamericanas sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de las nuevas formas de consumo de tabaco y nicotina.

Dr. Carlos Rábade Castedo. *Secretario General de SEPAR . Ex coordinador del área de Tabaquismo de SEPAR.*

19:30-19:45 DISCUSIÓN

19:45-20:30 ASAMBLEA

21:00 Cena

Sábado 25 de octubre de 2025

09:30-10:30 EPID-REVISTA DEL AÑO

Moderadores:

Dra. Raquel Duarte. *Centro de Saude Publica Doutor Gonçalves Ferreira - INSA Porto.*

Dr. Esteban Cano. *Hospital Universitario Lucus augusti, Lugo. HULA*

09:30-09:45 Impacto de la disfunción telomérica en FPI.

Dra. Ana Casal. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. CHUVI*

09:45-10:00 Del fenotipo a la endofenotipificación:hacia una clasificación molecular de la neumonitis por hipersensibilidad.

Dra. Iria Veiga. *Hospital Universitario Lucus augusti, Lugo. HULA*

10:00-10:15 EPID y EAS.

Dra. Noemí Mengual. *Complejo Hospitalario universitario de Ferrol. CHUF*

10:15-10:30 Discusión

10:30-11:30 TUMORES-TÉCNICAS REVISTA DEL AÑO

Moderadores:

Dr. Rommel Carrasco Rodríguez. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. CHUVI*

Dr. Daniel Otero Lozano. *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. CHUS*

10:30-10:45 Avances en la clasificación y tratamiento del cáncer de pulmón: la novena clasificación TNM y su impacto en el tratamiento.

Dr. Alejandro García Perez. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. CHUAC*

10:45-11:00 Desafíos y oportunidades en el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón.

Dr. Luis Miguel Seijo Maceiras. *Clínica Universidad de Navarra.*

11:00-11:15 Incorporación de tecnologías emergentes en Cirugía Torácica.

Dr. Sebastián Sevilla López. *Hospital Universitario de Jaén.*

11:15-11:30 Discusión

11:30-12:00 Pausa café

12:00-13:00 HIPERTENSIÓN PULMONAR-REVISTA DEL AÑO

Moderadores:

Dra. Isabel Otero González. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. CHUAC*

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

12:00-12:15 Tratamiento de la HP. Nuevos tratamientos.

Dra. Maria Castro Otero. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. CHUVI*

12:15-12:30 HP grupo 2 ó HP con comorbilidad, un reto diagnóstico.

Dra. Elva Mendoza Zambrano. *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. CHUS*

12:30-12:45 HP grupo 3 abordaje diagnóstico y terapéutico.

Dra. Pilar Sanjuan Lopez. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. CHUAC*

12:45-13:00 Discusión.

13:00-14:00 VENTILACIÓN Y SUEÑO

Moderadoras:

Dra. Marta Drummond. *Centro Hospitalar São João Porto.*

Dra. Mar Mosteiro. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. CHUVI*

13:00-13:15 VMNI en el paciente neuromuscular: cuándo y cómo.

Dra. Angélica Consuegra Vanegas. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

13:15-13:30 Soporte respiratorio no invasivo: OAF en el SAE de EPOC con hipercapnia.

Dr. Ramón Tubío Pérez. *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. CHUP*

13:30-13:45 Evaluación de la gravedad de la Apnea Obstruktiva de Sueño: más allá del IAH

Dra. Romina Abelleira París. *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. CHUS*

13:45-14:00 Discusión.

14:00 CIERRE

Dra. Carmen Diego. *Hospital Univeritario Central de asturias. HUCA*

COMUNICACIONES PÓSTER

PREVALENCIA DE MUTACIONES Y VARIANTES EN EL GEN SERPINA 1 DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (AAT) DETECTADAS MEDIANTE ALPHA ID (ORACOLLECT-DNA) EN UNA CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: CONCLUSIONES FINALES

Fanego Insua, Ainoa (1); Landín Rey, Elisa (1); Rodríguez García, Carlota (2); Rábade Castedo, Carlos (1); Carbajales Bouzón, María De La Cruz (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Soto Feijoó, Roi (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1)Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; (2)Hospital Arquitecto Marcide

Introducción

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es un trastorno hereditario grave, mundialmente frecuente y aún infradiagnosticado. Su detección precoz permite instaurar medidas preventivas y terapéuticas. El método Alpha ID (ORACollect-DNA) identifica alelos deficitarios mediante una muestra de saliva, facilitando el diagnóstico temprano.

Objetivo

Evaluar la utilidad de Alpha ID en la detección de alelos relacionados con DAAT, estimar su incidencia y analizar su asociación con síntomas respiratorios y función pulmonar.

Material

Estudio observacional prospectivo en pacientes con síntomas respiratorios crónicos atendidos en Neumología General. Se determinó el genotipo de AAT mediante ORACollect-DNA y se analizaron variables clínicas, función pulmonar (FEV1), niveles séricos y motivo de solicitud. Se aplicaron ANOVA, t de Student y chi cuadrado.

Resultados

Se incluyeron 277 pacientes (edad media $62 \pm 19,4$ años; mayoría varones y exfumadores). El FEV1 medio fue $61 \pm 27,7$ mL. Los principales motivos de estudio fueron EPOC y antecedentes familiares. El alelo más frecuente fue M/M (34,66%); se detectaron 6 mutaciones deficitarias raras (S/I, M/I, M/M herrén, Z/I, S/M Malton, Z/P Lowel). El ANOVA mostró diferencias significativas en edad, FEV1 y niveles séricos según el genotipo ($p < 0,05$). Los hombres presentaron niveles más altos de A1AT que las mujeres (12,98 g/dL; $p = 0,02$). El chi cuadrado evidenció asociación entre variantes deficitarias y motivo del test, destacando consanguinidad y niveles bajos como factores de riesgo (OR 11,0 y 16,4).

Conclusiones

Alpha ID es una herramienta sencilla y eficaz para el diagnóstico precoz de DAAT, incluso en mutaciones raras. Los genotipos deficitarios se asocian con peor función pulmonar y mayor gravedad clínica, observándose además influencia del tabaquismo en los niveles de A1AT.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL GALLEGO

Duarte Busquet, Darien (1)

(1)CHUF

Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular en el ámbito hospitalario. Su diagnóstico y manejo han evolucionado considerablemente en los últimos años, en gran parte gracias a la incorporación de escalas pronósticas validadas como el Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) y la escala de Hestia, las cuales permiten estratificar a los pacientes según su riesgo de complicaciones y decidir con mayor seguridad sobre el tratamiento ambulatorio en los casos apropiados [1,2].

A pesar de estas herramientas, diversos estudios han señalado una infrautilización de estas escalas en la práctica clínica real, especialmente en los servicios de urgencias, donde se concentra el diagnóstico inicial de la mayoría de los casos [3]. El manejo conservador, con ingreso hospitalario sistemático, sigue siendo predominante en muchos centros, lo cual podría estar limitando el uso de estrategias ambulatorias que han demostrado ser seguras, eficaces y coste-efectivas en pacientes seleccionados [4,5].

Objetivo

Analizar el perfil clínico y la conducta terapéutica de los pacientes diagnosticados de TEP en urgencias de un hospital comarcal gallego.

Material

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta en el Hospital da Mariña (Burela), con diagnóstico de TEP, ya fuera como diagnóstico principal o secundario, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024. Los datos se recopilaron a partir de los informes de alta hospitalaria y se completaron mediante revisión de historia clínica electrónica. Se excluyeron del análisis dos pacientes cuyos datos no se ajustaban a los criterios del estudio, bien por información incompleta o por tratarse de casos que no cumplían los criterios diagnósticos definidos para TEP agudo.

Resultados

En esta cohorte de 43 pacientes diagnosticados de TEP, se identificó una población predominantemente masculina (53,5%), con una edad media de 70,4 años (DE \pm 18,9), reflejando una alta carga de pacientes ancianos y potencialmente frágiles.

De forma crítica, se observa que en urgencias solo se calculó explícitamente algún score pronóstico (PESI o Hestia) en 5 de los 43 pacientes, lo que representa apenas el 11,6% de la muestra. Esta baja tasa de uso de herramientas validadas en el entorno de urgencias supone una limitación importante para la toma de decisiones objetivas y reproducibles.

Según el índice PESI, la mayor parte de los pacientes se clasificaron en clases III (n=11), IV (n=12) y V (n=9), lo que implica un riesgo intermedio o alto de complicaciones. Solo 11 pacientes presentaban PESI I-II, es decir, bajo riesgo.

Posteriormente, al revisar los datos retrospectivamente, se identificó que la escala de Hestia fue favorable (bajo riesgo) en 13 pacientes. Al cruzar esta información con el PESI (considerando bajo riesgo a PESI I-II), se observó que solo 7 pacientes cumplían criterios para alta precoz según las recomendaciones internacionales.

La conducta clínica predominante fue el ingreso hospitalario, incluso en pacientes de bajo riesgo. De los 7 candidatos ideales para manejo ambulatorio, todos fueron ingresados, sin que se registrara ningún caso de alta directa desde urgencias. Además, dos pacientes ingresaron en UCI, y uno falleció en urgencias antes de establecer conducta definitiva.

El tratamiento inicial fue uniforme en todos los casos: heparina de bajo peso molecular (HBPM). No se observó el uso de anticoagulantes orales directos (ACOD) como primera elección.

El 72% de los diagnósticos fueron realizados en urgencias, situando a este servicio como punto clave para la implementación de mejoras en el cribado, evaluación del riesgo y toma de decisiones.

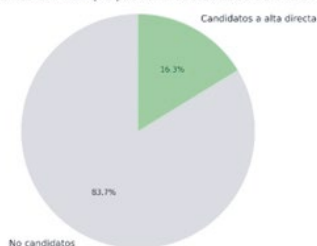
Conclusiones

Existe una oportunidad clara para mejorar el manejo del TEP en urgencias mediante la estratificación sistemática del riesgo y la promoción del tratamiento ambulatorio cuando sea seguro y viable. Además, debería valorarse la inclusión de ACOD como opción terapéutica inicial en los perfiles apropiados, siguiendo la evidencia y recomendaciones actuales.

Tabla 1. Distribución de pacientes con TEP

Variante	N (%)
Sexo (Masculino)	23 (53.5%)
Edad media (sexo)	70.4 ± 18.9
Escala PESI	
Clase I	4 (9.3%)
Clase II	7 (16.3%)
Clase III	11 (25.6%)
Clase IV	12 (27.9%)
Clase V	9 (20.9%)
Riesgo clínico	
Bajo	11 (26.2%)
Intermedio bajo	24 (57.1%)
Intermedio alto	6 (14.3%)
Alto	1 (2.4%)
Lugar del diagnóstico	
Urgencias	31 (72.1%)
Aten. Médica	7 (16.3%)
Otro (IR)	5 (11.6%)
Conducta clínica	
Ingreso UCI	2 (4.7%)
Ingreso planta	40 (93.0%)
Fallecido en urgencias	1 (2.3%)
Alta de Urgencias	0 (0.0%)
Tratamiento inicial	
HBPM	43 (100.0%)

Porcentaje de pacientes con TEP que podrían haberse dado de alta directa (n=43)



HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN OURENSE: UNA “POLAROID” CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES... ¿ESTAMOS AL DÍA?

Fernandez Fernandez, Belen Maria (1); Cortez Montero, Maria Gabriela (1); Pascual Canales, Laura (1); Ramis Catalan, Marina (1); Oquelis Guerrero, Maria Gracia (1); Cabana Vazquez, Laura (1); Parente Lamelas, Isaura (1)

(1)CHUO

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara y grave, predominante en mujeres de mediana edad.

Objetivo: Describir la población con hipertensión arterial pulmonar (HAP) del área sanitaria de Ourense y evaluar la aplicación de la estratificación de riesgo según las guías ESC/ERS 2022, incluyendo la posible integración sistemática de la ecocardiografía.

Material

Estudio descriptivo transversal que incluyó a todos los pacientes activos con HAP (Grupo 1) al 1 de agosto de 2025 (n=14). Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, clase funcional OMS, TM6M, NT-proBNP, ecocardiografía, cateterismo cardíaco derecho (CCD), tratamiento y desenlaces clínicos. La información se obtuvo de registros hospitalarios y se analizó con Excel y STATGRAPHICS.

Resultados

Al diagnóstico, los pacientes presentaron edad media de 47 años, predominio femenino (64%) y obesidad grado I. La HAP idiopática fue la más frecuente (36%), seguida de la asociada a cardiopatía (29%). La mayoría estaba clase funcional III, TM6M medio de 322 m y NT-proBNP elevado. Todos tenían hipertensión precapilar confirmada por CCD.

Al seguimiento, la clase funcional se evaluó en 79%, el TM6M en 86% y el NT-proBNP en 100%. La ecocardiografía se realizó en 79% en distintos momentos y el CCD de reevaluación en 43%. La estratificación de riesgo mostró mejoría, con transición de pacientes desde riesgos intermedio/alto a niveles inferiores. La supervivencia global fue del 93%, la supervivencia libre de hospitalizaciones del 21%. Trasplante y mortalidad afectaron al 7%.

Conclusiones

Nuestros pacientes presentan un perfil concordante con la literatura. La estratificación de riesgo se aplica principalmente mediante clase funcional, TM6M y NT-proBNP. Aunque la ecocardiografía se utiliza en la mayoría, no se realiza de forma universal ni con periodicidad óptima, limitando la detección temprana del deterioro del ventrículo derecho. Consideramos que una incorporación sistemática en el seguimiento constituirá una oportunidad clara de mejora en el tratamiento de los pacientes con HAP.

SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA CRIOBIOPSIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Sanchez Fernandez, Carlos Manuel (1); Martínez Martínez, Honorio Jorge (1); Soto Feijoo, Roi (1); Carreiras Cuiña, Maria (1); Fanego Insua, Ainoa (1); Golpe Gomez, Antonio Luis (1); Suarez Antelo, Juan (1); Ferreiro Fernandez, Lucía (1); Valdes Cuadrado, Luis (1)

(1)CHUS

Introducción

La criobiopsia pulmonar transbronquial (TBLC) es una alternativa válida en el diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) y menos invasiva que la biopsia pulmonar quirúrgica (SLB). La TBLC permite obtener muestras de tejido pulmonar más grandes y de mayor calidad sin los artefactos de aplastamiento que se observan con la biopsia pulmonar transbronquial (BTB) convencional utilizando pinzas flexibles.

Objetivo: El propósito de este estudio observacional es evaluar la calidad y seguridad de las muestras de biopsia obtenidas mediante la TBLC, implantada en 2017, en el diagnóstico de las EPID en nuestro servicio.

Material

Estudio observacional unicéntrico en el que se incluyen todos los pacientes a los que, desde el 1 de enero de 2017 y hasta el 30 de noviembre de 2024, se les realizó una TBLC para el diagnóstico de una EPID. Todos los pacientes se discutían previamente en un comité multidisciplinar donde se decidía si era necesaria una biopsia pulmonar para establecer el diagnóstico y qué tipo de biopsia era la recomendable (práctica clínica habitual).

Las variables que se extraerán de la base de datos asistencial serán las siguientes: edad, género, antecedentes de tabaquismo, índice de masa corporal, datos de función pulmonar (capacidad vital forzada (%) y difusión de CO (%)), patrón radiológico en la TAC de tórax antes del procedimiento, lóbulo (o lóbulos) pulmonar biopsiados, número de muestras obtenidas, diagnóstico patológico post-procedimiento y complicaciones.

Resultados

Se realizaron TBLC en 117 pacientes (edad mediana 68 años; 58,1% hombres). La mediana de la FVC% estuvo en rangos de normalidad (92%) pero la mediana de la DLCO% presentaba un valor reducido (58%). La TBLC en un solo lóbulo en el 86,3% de los pacientes; predominantemente en lóbulos inferiores. Mediana del número de muestras obtenidas fue de 5 por procedimiento.

La TBLC aportó un patrón histológico específico en el 62,4% de los casos; entre los cuales se encontraban la Neumonitis por hipersensibilidad (47,9%) y la Neumonía intersticial usual (NIU)/NIU probable (31,5%). En pacientes sin diagnóstico por TBLC, la VATS permitió diagnóstico en 82,8% (UIP en el 75%).

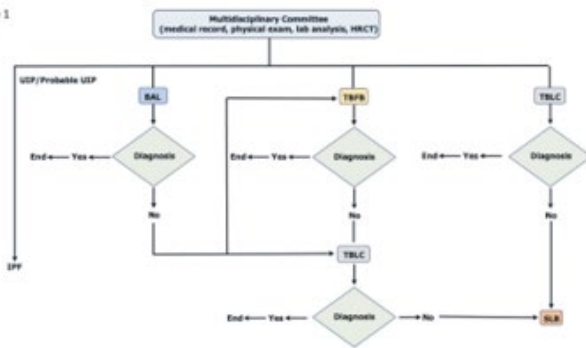
Las complicaciones ocurrieron en el 55,6% de los pacientes, siendo el sangrado en 37,6% (grave: 2,6%) y el neumotórax en 17,8% (52,4% requirieron drenaje) las más frecuentes. No

hubo ningún caso de mortalidad a 30 días Los factores asociados a mayor riesgo de complicaciones fueron para el Neumotórax y el sangrado moderado/grave; un mayor número de muestras (OR 2,09) y menor edad (OR 0,92) y mayor edad (OR 1,11) y menor número de biopsias (OR 0,35) respectivamente.

Conclusiones

La TBLC muestra una buena rentabilidad diagnóstica en EPI con un perfil de seguridad aceptable. Factores como la edad y el número de muestras deben considerarse para minimizar complicaciones.

Figure 1



IMPACTO DEL ASMA GRAVE EN GALICIA: USO DE RECURSOS SANITARIOS EN 2023

González Sierra, Marta (1); Domínguez Juncal, Luis (2); Blanco Aparicio, Marina (2); Mosteiro Añón, Mar (3); Pérez De Llano, Luis (4); Blanco Cid, Nagore (4); Calvo Álvarez, Uxio (5); González Fernández, Coral (6); Pallarés Sanmartín, Abel (3); Nuevo Rivero, Javier (1)

(1)BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, España; (2)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; (3)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (4)Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (5)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; (6)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción

El asma es una afección prevalente que implica un uso significativo de recursos sanitarios.

Objetivo

El objetivo es describir el uso de recursos en el Sistema de Salud de Galicia en el año 2023.

Material

Se utilizaron los últimos datos públicos disponibles del Ministerio de Sanidad (Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD) e Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en mayo de 2025. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>

Se presenta el número de hospitalizaciones, estancia media y coste medio (All Patient Refined, APR-GRD) de la hospitalización por asma (CIE-10: J45), así como por asma persistente leve (CIE-10: J45.3), asma persistente moderada (CIE-10: J45.4) y asma persistente grave (CIE-10: J45.5) en 2023 en España, y específicamente a nivel gallego para asma persistente grave.

Resultados

En 2023, España registró 17.253 hospitalizaciones no programadas por asma, con una estancia media de 5,82 días y un coste de 3.051,97 € por hospitalización. Galicia reportó 1.251 hospitalizaciones y en los hospitales públicos el 97,80% son no programadas. La estancia media y coste por hospitalización es diferente respecto a la media nacional, con valores de 6,44 días y 3.007,72 €

La estancia y coste medio (APR) de las hospitalizaciones no programadas en Galicia se muestran en la Figura 1. Se destaca que el coste y la estancia media por hospitalización aumentó con la gravedad de la enfermedad.

Entre las hospitalizaciones por asma persistente grave, existió cierta variabilidad en relación al coste y estancia media por hospitalización entre Galicia a nivel provincial y a nivel nacional. (Tabla 1).

Conclusiones

Estos hallazgos muestran que en Galicia en 2023 el coste de una hospitalización no programada por asma persistente grave fue de 427,19 €/día y subrayan la importancia de implementar estrategias efectivas de prevención y manejo del asma con un enfoque particular en el uso eficiente de recursos sanitarios.

Figura 1. Estancia media y coste APR según la gravedad del asma (J45.3, J45.4, J45.5) en Galicia en 2023.

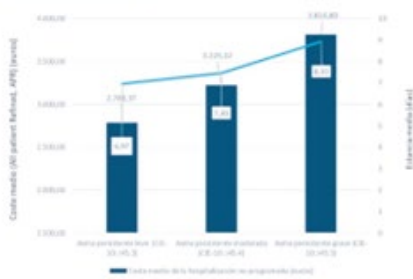


Tabla 1. Número de hospitalizaciones no programadas por asma persistente grave (J45.5), estancia media y coste APR-GRD en España y Galicia en 2023.

Zona geográfica	Número de hospitalizaciones (J45.5) no programadas	Estancia media de la hospitalización (J45.5) no programada (en días)	Coste medio de la hospitalización (J45.5) no programada (en euros)
España	1.628	7,65	3.567,22
Galicia	177	8,93	3.814,80
A Coruña	114	9,49	4.262,65
Pontevedra	58	8,23	3.014,54
Ourense*	---	6	3.035,60
Lugo	5	4	2.722,34

*Las provincias con ... hospitalizaciones es debido a la privacidad de datos.

HOSPITALIZACIONES POR ASMA EN GALICIA: ANÁLISIS 2023 Y EVOLUCIÓN

González Sierra, Marta (1); Blanco Aparicio, Marina (2); Domínguez Juncal, Luis (2); Mosteiro Añón, Mar (3); Pérez De Llano, Luis (4); Corbacho Abelaira, Dolores (5); Rodríguez García, Carlota (6); González Fernández, Coral (7); Roncero Martín, Ana (1); Alegría Llorente, Marta (1) (1)BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, España; (2)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; (3)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (4)Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (5)Hospital Ribera Povisa; (6)Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol; (7)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción

El asma es una afección prevalente que implica un uso significativo de recursos sanitarios.

Objetivo

El objetivo es describir la evolución de las hospitalizaciones por asma registradas en el Sistema de Salud de Galicia a lo largo del tiempo.

Material

Se utilizaron los últimos datos públicos disponibles del Ministerio de Sanidad (Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD) e Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en mayo de 2025. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS> y del Instituto Nacional de Estadística (Población residente 01 Julio).

Se presenta el número de hospitalizaciones no programadas causadas por asma (CIE-10: J45) y cada una de sus variantes, en España y Galicia en 2023. Asimismo, se calcula el número de hospitalizaciones por 10.000 habitantes a nivel nacional, regional y provincial en el 2023, y su evolución desde 2016.

Resultados

En 2023, se registraron 17.253 hospitalizaciones no programadas causadas directamente por asma en España. Específicamente, en Galicia se registraron 1.251 y en los hospitales públicos el 97,80% son no programadas.

A lo largo del tiempo, las hospitalizaciones por asma en las provincias gallegas han ido en aumento a excepción de la etapa pandémica por la COVID-19. (Tabla 1).

Conclusiones

Los datos indican un número considerable de hospitalizaciones por asma en Galicia, especialmente por asma no especificada. Esto resalta la urgencia de desarrollar estrategias de manejo y prevención eficaces, con un enfoque específico en la región.

Figura 1. Número de hospitalizaciones no programadas por cada variante de asma (J45) en Galicia en 2023.



Tabla 1. Tasa bruta de hospitalizaciones no programadas por asma (J45) por 10.000 habitantes en las provincias de Galicia.

Años	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
España	4,27	4,37	4,53	4,12	2,47	2,42	3,15	3,57
Galicia	5,33	5,97	6,51	6,67	3,72	3,62	4,58	4,63
A Coruña	5,58	5,84	6,74	6,54	3,46	3,50	4,46	4,29
Pontevedra	5,37	6,55	6,64	7,17	4,01	3,93	5,41	5,88
Ourense	5,85	6,32	7,34	8,44	5,20	4,44	4,34	3,56
Lugo	3,91	4,45	4,61	4,02	2,35	2,40	2,84	4,43

ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALON (ABAP) EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Castro Otero, María (1); Villar Aguilar, Laura (2); Dobarro Pérez, David (2); Gonzalez Ferreiro, Rocío (2); Rodriguez Fernandez, Paula (2); Casal Mouriño, Ana (2); Casal Guisande, Manuel (2); Fernandez Granda, Ignacio (3); Vargas Ursúa, Fernando (4); Fernández Villar, Alberto (2)
(1)H alvaro Cunqueiro; (2)H alvaro cunqueiro; (3)H Ourense; (4)H U La princesa

Introducción

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una forma potencialmente curable de hipertensión pulmonar, que aparece en un 2–3% tras una embolia pulmonar aguda que debe ser valorada y tratada en Unidades multidisciplinares con experiencia. .

La tromboendarterectomía pulmonar (TEA) constituye el tratamiento de elección en casos operables, con impacto demostrado en la reducción de presión pulmonar, mejoría funcional y supervivencia. En pacientes no candidatos a cirugía o con hipertensión residual tras la misma, la angioplastia pulmonar con balón (ABAP) se ha consolidado como alternativa eficaz desde su introducción en España en 2013, ofreciendo mejoría hemodinámica y funcional.

Objetivo

El objetivo principal de nuestro estudio fue analizar cambios hemodinámicos y funcionales tras inicio del programa de ABAP en 2021 en nuestro centro. La normalidad de los datos se evaluó con Shapiro-Wilk y se aplicaron pruebas t pareada o Wilcoxon, según distribución.

Material

Se incluyeron 9 pacientes con HPTEC tratados mediante ABAP con diagnóstico confirmado por cateterismo derecho, inoperabilidad para TEA o HP residual post-TEA tras valoración conjunta con centro C-SUR (Hospital 12 de Octubre). Se realizaron $5,2 \pm 1$ procedimientos/paciente (duración media: 126 min). Un caso correspondía a HPTEC residual post-TEA. Se describe en la tabla 1 la cohorte de pacientes.

Resultados

Mejoría de clase funcional a NYHA I–II en casi todos los pacientes (excepto 1 en NYHA III) sin mostrar diferencias significativas en el TM6M, y con mejoría hemodinámica significativa a los 6 meses como se describe en la tabla 1.

Permitió reducir el tratamiento vasodilatador en todos los pacientes y retirada de los prostanoïdes - 5 pacientes en doble terapia y 3 en monoterapia con riociguat.

La complicación más frecuente fue la hemoptisis leve en 6 procedimientos; un único caso de edema de reperfusión leve. Sin mortalidad relacionada.

Conclusiones

- La ABAP en nuestro centro demostró ser segura y eficaz, concordante con la experiencia reportada en otros centros experimentados
 - Proporciona mejoría hemodinámica, funcional y de biomarcadores, permitiendo reducción de tratamiento vasodilatador pulmonar, incluidos los prostanoides
- Limitaciones: pequeño tamaño muestral dado el inicio reciente del programa en nuestro centro y carácter de segunda opción tras la TEA o en pacientes inoperables.

Factores demográficos		Factores predisponentes						
Edad (años)	Sexo	Neuplasia	Trombofilia	Enfermedad tiroidea	Otros	TVP	TEP	
82	Varión	Si	Si	No		No	Si	
62	Mujer	No	No	No	Eclerectomía	No	Si	
68	Varión	No	No	No		Si	Si	
78	Mujer	No	No	Si		No	Si	
69	Varión	No	Si	No	Factor V Leyden	No	Si	
75	Mujer	No	No	Si		No	No	
81	Mujer	No	No	No		No	Si	
51	Varión	No	Si	No	Anticoagulante lipico	No	Si	
83	Varión	No	No	No		Si	Si	

Tabla 1. Características de los pacientes.

Parámetro	Valores Basales	Valores Finales	Variación (%)	p-valor
Clase funcional NYHA	2,78	1,78	-36	0,0339
T6MM - metros	370,11	375,11	1,35	0,849
NT-proBNP (pg/dl)	1177,11	301,78	-74,36	0,0195
PAPm - mmHg	41	27,22	-33,6	0,0027
Índice Cardíaco (IC) - l/min/m ²	2,55	2,86	12,38	0,467
RVP - UW	7,4	4,29	-41,96	0,0328

DE LA PRESCRIPCIÓN A LA UNIDAD DE ASMA GRAVE: IDENTIFICANDO PACIENTES NO CONTROLADOS

Ramis Catalán, Marina (1); Oquelis Guerrero, María Gracia (1); Fernández Fernández, Belén María (1); Pascual Canales, Laura (1); Cabana Vázquez, Laura (1); Garrido Estévez, Julieta (2); Gavilanes Blanco, Lucía (3); Dacal Quintas, Raquel (1); González Fernández, Coral María (1); Parente Lamelas, Isaura (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (2)Centro de Salud A Ponte; (3)Complejo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro

Introducción

El asma grave mal controlada puede permanecer infradiagnosticada limitando la optimización del tratamiento y el reconocimiento de candidatos a terapias biológicas.

Objetivo

Detectar pacientes con asma persistente moderada o grave mal controlada sin seguimiento en la Unidad de Asma Grave y analizar la evolución de quienes requirieron terapia biológica.

Material

Estudio observacional, transversal y analítico. Se revisaron 3.762 prescripciones de corticoides inhalados a dosis medias-altas con LABA o triple terapia durante 2023, cruzadas con ≥ 2 ciclos de corticoterapia oral. En los pacientes seleccionados se confirmó el diagnóstico, se evaluó el control y se ofreció seguimiento especializado. Se recopilaron datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, y se realizó un seguimiento prospectivo en los casos que iniciaron terapia biológica.

Resultados

De 3.762 pacientes, 31 fueron incluidos en el estudio. 9 padecían asma persistente moderada: 4 precisaron step up y 5 corrección de adherencia y factores de mal control.

Los 22 restantes tenían asma grave: en 12 se identificaron y corrigieron causas de mal control y 10 presentaban asma grave no controlada cumpliendo criterios para iniciar tratamiento biológico (ninguno había recibido monoclonal previamente). De estos 10, 6 eran mujeres, edad media de 60.6 años, IMC medio 30.2, 6 exfumadores y 4 nunca fumadores. 8 con fenotipo T2 eosinofílico, 1 no T2 y 1 mixto. Todos cumplían dosis acumulada de $>1g$ de corticoide oral. Las comorbilidades incluyeron: 4 RSCCPN, 2 bronquiectasias, 4 engrosamientos bronquiales, 2 tapones mucosos, 1 infección por MPP, 3 AOS, 3 ERGE, 6 atopia y 1 ansiedad-depresión. Se realizó seguimiento a los 4-6 meses tras inicio de monoclonal (resultados en tabla 1).

Conclusiones

La revisión sistemática de prescripciones permitió detectar pacientes con asma de difícil control sin seguimiento especializado y realizar educación y step up terapéutico optimizando el tratamiento y detectando 10 pacientes con indicación de terapia biológica logrando así el control del asma.

GÉNERO	EDAD	FENOTIPO	Biológico	Exacerbaciones	ACT	Cambio FEV1	Cambio FEV1%	EXACTO
F	65	No T2	TEZEPELUMAB	0	25	0,61	27,00 %	10
F	47	T2 Eos	BENRALIZUMAB	2	20	0,22	8,00 %	6
V	52	T2 Eos	TEZEPELUMAB	0	24	1,54	46,00 %	10
V	67	T2 Eos	BENRALIZUMAB	0	23	-0,03	0,00 %	8
F	57	T2 Eos	BENRALIZUMAB	0	24	0,51	21,00 %	10
V	63	T2 Eos	BENRALIZUMAB	2	24	-0,06	-10,00 %	6
V	75	T2 Eos	DUPIUMAB	0	23	-0,01	-3,00 %	8
F	71	T2 Eos	TEZEPELUMAB	0	24	0,01	1,00 %	8
F	59	T2 Mixto	DUPIUMAB	0	24	0,57	23,00 %	10
F	50	T2 Eos	BENRALIZUMAB	0	24	0,67	25,00 %	10

IMPACTO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PORTUGUÉS

Ferreira, Sara (1); Almeida, élin (2); Parreira, João (2); Silva, José Manuel (2); Ferreira, Luís (2)
(1)ULS Médio Tejo; (2)ULS Guarda

Introducción

Los anticuerpos monoclonales, denominados “fármacos biológicos”, representan una opción terapéutica en el tratamiento del asma grave. Además del control sintomático, uno de los principales objetivos es la mejoría de la función respiratoria.

Objetivo

Este estudio pretende evaluar la evolución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de su relación con la capacidad vital forzada (FEV1/FVC) en pacientes seguidos en nuestra institución tras el inicio de terapia biológica.

Material

Estudio observacional retrospectivo, con análisis de la historia clínica electrónica de los pacientes atendidos en consulta de asma grave bajo tratamiento biológico. Se analizaron los valores de FEV1 y FEV1/FVC antes del inicio del biológico y tras la reevaluación en el seguimiento. Las características demográficas y clínicas se describieron en la muestra total (n=37). Para el análisis de la variación de la función respiratoria se consideraron únicamente los pacientes con mediciones pre y post disponibles (pares completos, n=21). Se utilizó la prueba T para muestras apareadas ($p < 0,05$).

Resultados

Se identificaron 37 pacientes en tratamiento biológico (edad media de $55,2 \pm 13,8$ años; 59,9% mujeres). Predominó el asma alérgica (n=19; 51,4%), seguida de asma eosinofílica (n=17; 45,9%). Quince pacientes (40,5%) estaban en tratamiento con omalizumab, trece (35,1%) con mepolizumab, cuatro (10,8%) con benralizumab, tres (8,1%) con dupilumab, uno (2,7%) con tezepelumab y uno (2,7%) con reslizumab. En el análisis global se observó mejoría significativa en FEV1 ($p=0,033$) y FEV1/FVC ($p=0,006$) tras el inicio de biológico. El análisis por fármaco no mostró diferencias significativas, aunque con tendencia favorable especialmente con omalizumab y benralizumab.

Conclusiones

Estos resultados estuvieron limitados por el tamaño reducido de la muestra. Nuestros hallazgos, coherentes con la literatura internacional, refuerzan el papel positivo de los biológicos en la función respiratoria de pacientes con asma grave y confirman su eficacia en la práctica clínica real.

COMUNICACIONES ORALES

COMPARACIÓN DE TÉCNICAS DE ANALGESIA INTERCOSTAL PARA CIRUGÍA TORÁCICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Sacristán Robles, Laura (1); Simon, Helen (1); Carrasco, Rommel (1); Blanco, Montserrat (1); Cañizares, Miguel ángel (1); Moldes, Milagros (1); Albort, Jesús (1); García-fontán, Eva María (1) (1)Álvaro Cunqueiro

Objetivo

El control del dolor en cirugía torácica es crucial para una adecuada evolución y recuperación completa. Referente a la analgesia intercostal, se han descrito dos técnicas de infiltración. Nuestro objetivo es comparar ambos procedimientos en cuanto al manejo del dolor.

Material y métodos

Estudio observacional en donde se comparan aquellos pacientes intervenidos de resección pulmonar mediante VATS en los que se realizó una infiltración intercostal intratorácica de seis espacios entre junio y julio de 2024 (grupo A) y aquellos en los que se utilizó una infiltración intercostal únicamente de dos puertos entre julio y agosto de 2025 (grupo B).

Resultados

Se incluyeron en el estudio 50 pacientes, 17 mujeres (34%) y 33 hombres (66%). La mediana de la edad fue de 69,5 (62,3-77,4). En 25 pacientes (50%) se realizó un bloqueo intratorácico y en 25 un bloqueo de los puertos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a edad, sexo, presencia de síndrome ansioso-depresivo, toma de analgésicos previos, tipo de cirugía, días de drenaje ni duración del ingreso. Tampoco hubo diferencias referentes a los requerimientos de opioides en planta. Sí hubo diferencias clínicamente significativas en los requerimientos de rescates en REA a favor del grupo A, aunque no llegaron a la significación estadística (Tabla 1).

Conclusiones

La analgesia intercostal intratorácica es una técnica eficaz y rápida. En nuestro estudio no se han demostrados diferencias estadísticamente significativas en el manejo del dolor entre ambas técnicas.

	Todos (n=50)	Grupo A Intercostal múltiple (n=25)	Grupo B Intercostal de Puertos (n=25)	P-valor
Edad	66,5 (62,3-77,4)	66,0 (62,3-75,6)	71,0 (63,3-79,1)	0,998
Sexo femenino	17 (34%)	7 (28%)	10 (40%)	0,370
Calambantes previos	7 (14%)	3 (12%)	4 (16%)	0,684
Ansiedad	10 (20%)	5 (20%)	5 (20%)	1,000
Tipo de Cirugía				0,648
Cuña	20 (40%)	11 (44%)	9 (36%)	
Lobectomía	27 (54%)	12 (48%)	15 (60%)	
Subtotalar	3 (6%)	2 (8%)	1 (4%)	
Duración (d)	136,1 ± 66,1	134,8 ± 63,9	141,3 ± 87,4	0,730
Días de ingreso	2 (2-4)	3 (2-4)	2 (2-3)	0,987
Días de DCT	1 (1-2)	1 (1-3)	1 (1-3)	0,448
Dosis de fentanilo	400 (300-450)	399 (300-450)	387,8 (300-450)	0,078
Rescates REA				0,069
0	28 (56%)	18 (72%)	10 (40%)	
1-2	14 (28%)	4 (16%)	10 (40%)	
3-4	8 (16%)	3 (12%)	5 (20%)	
Rescates planta				0,360
0	40 (80%)	21 (84%)	19 (76%)	
1-2	9 (18%)	3 (12%)	6 (24%)	
3-4	1 (2%)	1 (4%)	0 (0%)	

PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA EN DERRAME PLEURAL MALIGNO METASTÁSICO: SCORE GASENT

Suárez Antelo, Juan (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Landín Rey, Elisa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ricoy Gabaldón, Jorge (1); Lama López, Adriana (1); Álvarez-dobaño, José Manuel (1); Golpe Gómez, Antonio (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)
(1)Hospital Clínico-Universitario de Santiago

Objetivo

El abordaje terapéutico del derrame pleural maligno metastásico depende de la esperanza de vida del paciente. ¿Es posible estimar con precisión la supervivencia en estos pacientes mediante un modelo de predicción de riesgo?

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, en un único centro, con el objetivo de evaluar el valor pronóstico de variables preestablecidas (modelo multivariante de Cox). Posteriormente, se desarrolló y validó una puntuación pronóstica. El periodo de inclusión fue de 11 años. El seguimiento se realizó hasta el fallecimiento o durante un mínimo de 12 meses.

Resultados

Las cohortes de derivación y validación incluyeron, respectivamente, a 475 y 205 pacientes. La puntuación pronóstica GASENT (Galicia, Age, Sex, ECOG-PS, Neutrophil/lymphocyte ratio, Tumor type) se derivó del análisis multivariante de la supervivencia. La categorización de los pacientes en la cohorte de derivación en grupos de bajo, moderado o alto riesgo mostró medianas de supervivencia de 477 días (377–665; $n = 159$), 108 días (83–156; $n = 158$) y 35 días (27–47; $n = 158$), respectivamente. Las tasas de supervivencia a 1, 3 y 6 meses fueron del 92%, 83% y 72% en el grupo de bajo riesgo; del 80%, 55% y 36% en el grupo de riesgo moderado; y del 55%, 23% y 13% en el grupo de alto riesgo, respectivamente. El análisis de las áreas bajo la curva reveló que el modelo GASENT fue superior al índice LENT como modelo predictivo de supervivencia a 1 (0,777 vs. 0,737; $p = 0,009$), 3 (0,810 vs. 0,778; $p = 0,009$) y 6 meses (0,812 vs. 0,780; $p = 0,007$).

Conclusiones

El modelo predictivo GASENT estima la supervivencia en pacientes con derrame pleural maligno metastásico con una precisión significativamente mayor que otros sistemas de puntuación basados en grupos de riesgo.

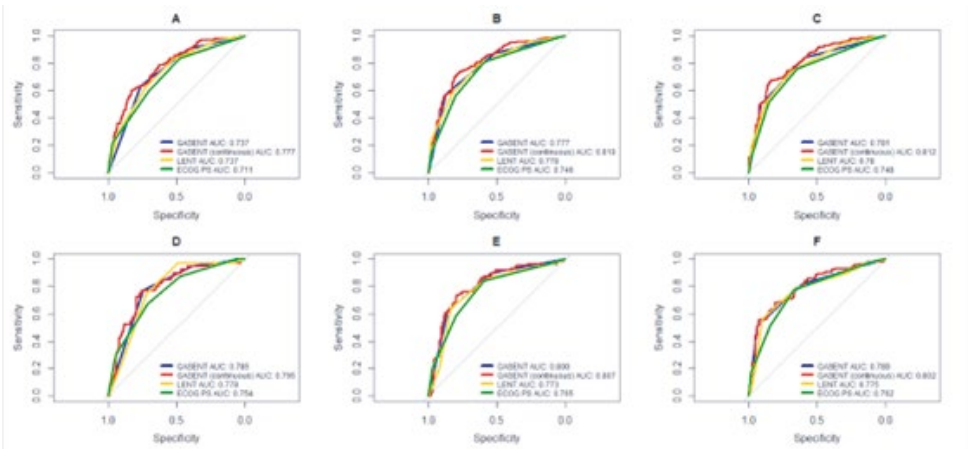


Figura. Análisis de las curvas ROC para las puntuaciones GASENT y el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-PS) en relación con los desenlaces de mortalidad.

a) Cohorte de derivación a 1 mes; b) Cohorte de derivación a 3 meses; c) Cohorte de derivación a 6 meses; d) Cohorte de validación a 1 mes; e) Cohorte de validación a 3 meses; f) Cohorte de validación a 6 meses.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SÍNCOPE DE CAUSA NO ACLARADA MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO NO SUPERVISADO – ESTUDIO SINCOSAS

Muñoz Martínez, María Jose (1); Casal Guisande, Manuel (1); Torres Duran, María Luisa (1); Sopena Argúelles, Bernardo (2); Fernández Villar, Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro; (2)Hospital Universitario Santiago de Compostela

Introducción

El síncope presenta heterogeneidad fenotípica y diagnóstico complejo. El aprendizaje no supervisado puede delinear clústeres integrando variables clínicas, autonómicas y poligráficas, mejorando estratificación de riesgo y guiando decisiones terapéuticas.

Objetivo

Identificar perfiles en pacientes con síncope de causa no aclarada (SCNA) empleando herramientas de Machine Learning (ML) no supervisado.

Material

Se parte de una cohorte con 179 pacientes reclutados en los servicios de cardiología, neurología y urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro entre 2019-2024. Incluye variables clínicas, demográficas, autonómicas (variabilidad de la frecuencia cardíaca) y respiratorias (poligrafía cardiorrespiratoria). Los grupos se determinaron con el algoritmo k-prototypes junto con el método del codo, el índice de silueta y UMAP. Posteriormente se evaluaron las diferencias entre grupos empleando pruebas estadísticas.

Resultados

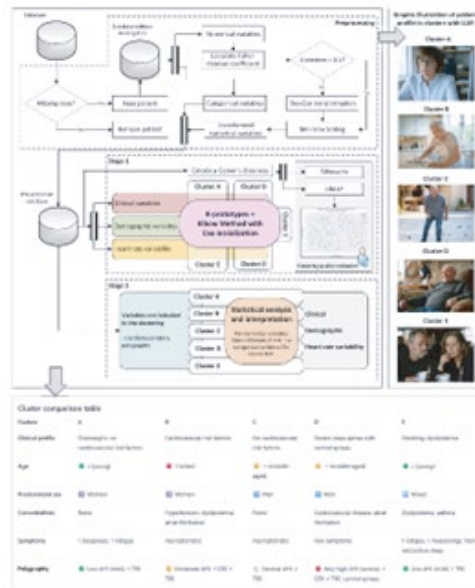
En el análisis se incluyeron finalmente 123 individuos sin datos faltantes. De ellos, el 55,3% correspondió a varones, con una edad media de $62 \pm 14,4$ años. Se identificaron cinco clústeres: el clúster A estuvo conformado principalmente por mujeres jóvenes con sobrepeso, fatiga diurna, somnolencia y signos de activación simpática nocturna; el clúster B agrupó a mujeres de mayor edad, con presencia de factores de riesgo cardiovascular, escasa sintomatología, reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) y apnea de moderada intensidad; el clúster C correspondió a hombres de edad intermedia, mayormente asintomáticos, sin comorbilidades y con VFC conservada; el clúster D incluyó a hombres obesos y de edad avanzada, con elevado riesgo cardiovascular, apnea grave de tipo central y/o obstructiva, además de alteraciones en la VFC; finalmente, el clúster E estuvo constituido por adultos jóvenes fumadores, con dislipidemia, mala calidad del sueño, somnolencia y predominio de la actividad simpática durante la noche.

Conclusiones

Este estudio muestra que el uso de herramientas de ML no supervisado permite identificar grupos de interés en pacientes con SCNA. Estos hallazgos sugieren un mejor diagnóstico y atención personalizada, si bien requieren confirmación en cohortes más amplias.

Resumen

Estudio piloto con 123 pacientes con síncope de causa no aclarada. Mediante clustering no supervisado (k-prototypes) identificaron cinco perfiles diferenciados. Tras agrupar, compararon poligrafía cardiorrespiratoria y variabilidad de la frecuencia cardíaca, sugiriendo patrones autonómicos y respiratorios distintos. Integrar datos clínicos, autonómicos y del sueño podría guiar estratificación y manejo personalizados.



IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON SÍNCOPE DE CAUSA NO ACLARADA: ESTUDIO SINCOSAS

Muñoz Martínez, María Jose (1); Casal Guisande, Manuel (1); Bernardo, Sopena (2); Torres Duran, María Luisa (1); García Campos, Enrique (1); Corbacho Abelaira, Dolores (3); Souto Alonso, Ana (4); Fernández Villar, Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2)Hospital Universitario Santiago de Compostela; (3)Hospital Ribera Povisa; (4)Hospital Universitario A Coruña

Introducción

La apnea de sueño (AS) es prevalente en el síncope de causa no aclarada (SCA). No se conoce el efecto del tratamiento de la AS en pacientes con SCA.

Objetivo

Evaluar el impacto del tratamiento de la AS en pacientes con SCA, analizando la recurrencia sincopal, la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) nocturna y la calidad de vida.

Material

Estudio prospectivo, multicéntrico y longitudinal realizado en tres hospitales gallegos (Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Hospital Ribera Povisa y Hospital Universitario de la Coruña). Se incluyeron 141 pacientes con SCA y diagnóstico de AS mediante poligrafía respiratoria domiciliaria. La indicación terapéutica se estableció según guías clínicas. Se recogieron variables clínicas, poligráficas, de VFC y de calidad de vida (SF-36 y escala visual analógica) en la evaluación basal y a los 12 meses.

Resultados

De los 141 pacientes, 99 cumplieron criterios de tratamiento y 67 completaron seguimiento. La edad media fue de 64,5 años; 59,6% varones; índice de apnea-hipopnea medio 25,9/h. Tras la intervención, se evidenció una reducción significativa en somnolencia diurna (puntuación de Epworth: de 8 a 5; $p=0,001$), fatiga (del 62,6% al 16,2%; $p<0,001$), despertares nocturnos (del 56,6% al 16,2%; $p<0,001$) y episodios sincopales (de 3 a 0; $p<0,001$). En la VFC se incrementaron el intervalo RR ($p<0,001$) y el RMSSD ($p=0,04$). La calidad de vida mostró mejoría en vitalidad (de 44 a 50; $p=0,02$) y en la escala analógica visual (de 50 a 70; $p=0,002$).

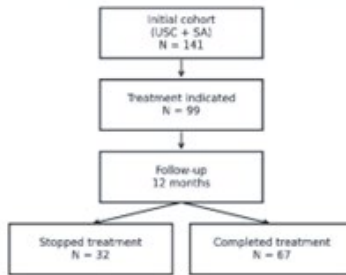
Conclusiones

En pacientes con SCA, el tratamiento de la AS se asocia con una reducción significativa de recurrencias sincopales, mejoría clínica y de calidad de vida, así como con cambios favorables en la VFC nocturna. Estos hallazgos respaldan la necesidad de incorporar la evaluación de la AS en el abordaje multidisciplinar del síncope.

Resumen

El tratamiento de la AS en pacientes diagnosticados de SCA+ AS redujo episodios sincopales, somnolencia, fatiga y despertares nocturnos, mejorando calidad de vida y parámetros de variabilidad cardíaca. Estos hallazgos apoyan evaluar sistemáticamente la apnea en el abordaje multidisciplinar del síncope.

Figure 1: Flowchart of patient selection and treatment outcomes



RESULTADOS EN VIDA REAL TRAS INICIO DE BUDESONIDA/GLICOPIRRONIO/FORMOTEROL EN PACIENTES CON EPOC Y ANTECEDENTES DE EXACERBACIONES: ANÁLISIS DE DOS SUBGRUPOS DEL ESTUDIO ORESTES

Pallarés Sanmartín, Abel (1); Blanco Cid, Nagore (2); Bernabeu Mora, Roberto (3); Casitas Mateo, Raquel (4); Fuster Gomila, Antonia (5); García Clemente, Marta (6); Gotera Rivera, Carolina (7); Margallo Iribarnegaray, Juan (8); Marquez Martín, Eduardo (9); Velasco Garrido, Jose Luis (10)

(1)Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2)Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (3)Hospital General. Universitario Morales Meseguer, Murcia; (4)Hospital Universitario La Paz, Madrid; (5)Hospital Universitario Son Llatzer, Palma de Mallorca; (6)Hospital Universitario de Asturias, Oviedo; (7). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid; (8)Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid; (9)Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; (10)Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga

Introducción

La triple terapia fija con formoterol/glicopirronio/budesónida (BGF) ha ampliado las opciones terapéuticas para EPOC en España. La evidencia en vida real es clave para complementar los ensayos clínicos.

Objetivo

ORESTES es un estudio observacional nacional sobre pacientes con EPOC que inician BGF. Aquí presentamos los resultados de dos subgrupos: 1) pacientes con ≥ 1 exacerbación moderada en el año previo (independientemente del número de graves) y 2) pacientes con ≥ 2 moderadas o ≥ 1 grave (GOLD E).

Material

Estudio retrospectivo en 20 hospitales españoles. Se incluyeron 718 pacientes ≥ 40 años, con EPOC confirmada por espirometría y datos ≥ 12 meses antes y después de iniciar BGF. El análisis se centra en subgrupos por perfil de exacerbaciones previas. Se recogieron características basales y evolución clínica, incluidas exacerbaciones y uso de medicación adicional.

Resultados

De los 718 pacientes, 337 presentaban ≥ 1 exacerbación moderada y 363 ≥ 2 moderadas o ≥ 1 grave en el año previo a BGF. Ambos subgrupos mostraban alta complejidad clínica: edad media 70 años, la mitad con FEV1 $< 50\%$ predicho y $\sim 95\%$ con ≥ 3 comorbilidades ($> 80\%$ con ≥ 1 cardiovascular). Más del 55% recibía triple terapia previa.

La persistencia con BGF a 12 meses fue alta (87,8% y 89,5%). La proporción de pacientes con exacerbaciones bajó de 100% a 66,2% y 65,0%, y la tasa anualizada de 2,25/2,31 a 1,61/1,59 por paciente/año, patrón observado también en graves y moderadas, por separado. El uso de SABA disminuyó 23% y 18%, corticoides orales 36% y 30%, y antibióticos 29% y 31%. (Ver tablas para detalles e IC95%).

Conclusiones

En pacientes de alto riesgo e historial exacerbador incluidos en ORESTES, la triple terapia con BGF mostró alta persistencia al año y se observó una notable reducción de exacerbaciones y del uso de medicación de rescate, corticoides orales y antibióticos tras 12 meses de tratamiento.

Resumen

El estudio ORESTES es un estudio multicentrico realizado en España sobre al triple terapia con BGF que ha demostrado reducción tanto de exacerbaciones, cómo de uso de medicación de rescate, antibióticos y de corticoides orales en pacientes exacerbadores con EPOC tras 12 meses de tratamiento.

Característica basal	≥1 exacerbación moderada [N=337]	≥2 moderadas o ≥1 grave [N=303]
Edad, media (DE), años	70.2 (9.2)	70.5 (9.5)
Sexo, mujeres, %	29.7%	30.9%
Evaluación EPOC, media (DE), años	7.3 (5.1) [N=333]	7.4 (5.3) [N=353]
Tabaquismo - Fumador / Exfumador, %	31.8% / 64.4%	38.6% / 59.0%
Packs-año, media (DE)	52.5 (23.7)	52.2 (24.2)
FEV1 % predicho, media (DE) [N=150]	50.5 (16.6)	50.3 (16.7)
<30% predicho, %	10.7%	9.2%
≥30-50% predicho, %	39.3%	41.8%
≥50-80% predicho, %	45.3%	44.7%
≥80% predicho, %	4.7%	4.3%
≥3 comorbilidades generales, %	95.6%	94.2%
≥1 comorbilidad cardiovascular*, %	82.5%	81.0%
Tratamiento mantenimiento previo, %		
Ninguno	5.9%	3.6%
Monoterapia	2.4%	3.3%
Doble terapia	36.8%	35.8%
Triple terapia abierta	32.1%	36.1%
Triple terapia cerrada	22.9%	21.2%

DE: desviación estándar; FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo

* Incluye: hipertensión pulmonar, sanguiotórax y otras afecciones, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, aneurisma, cardiopatía isquémica, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, hipertensión, obesidad, dislipemia y diabetes mellitus

Tabla 1. Características basales de ambos subgrupos

Resultados	≥1 exacerbación moderada [N=337]			≥2 moderadas o ≥1 grave [N=303]			
	Pre-BGF ^a	Post-BGF ^a	Diferencia relativa (IC95%)	Pre-BGF ^a	Post-BGF ^a	Diferencia relativa (IC95%)	
AEPDC	Total - ≥ 1 - % pacientes						
		300%	66.2%	-33.8% [-40.5% - 27.0%]	100%	65.0%	-35.0% [-41.3% - 28.9%]
	Total - tasas anualizadas						
		2,25	1,61	-29.3% [-34.0% - 24.6%]	2,31	1,58	-32.5% [-38.4% - 26.6%]
	Graves, ≥ 1 - % pacientes						
		34,3%	28,3%	-16,6% [-20,6%]	33,3%	26,3%	-15,3% [-19,3%]
	Graves - tasas anualizadas						
		0,48	0,43	-9,6% [-12,0%]	0,58	0,44	-23,6% [-27,6%]
	Moderadas, ≥ 1 - % pacientes						
		300%	55,3%	-44,7% [-51,0% - 38,4%]	66,6%	44,6%	-32,0% [-38,2% - 25,8%]
Moderadas - tasas anualizadas							
	1,77	1,17	-34,4% [-38,3% - 30,4%]	1,53	0,93	-38,6% [-42,5% - 34,7%]	
≥ 1 uso de SABA (resc) ^b - % pacientes							
	47,8%	36,90%	-23,9% [-28,3% - 19,2%]	52,3%	42,3%	-19,3% [-23,7% - 14,9%]	
SABA, pases/pacientes, utilizados (resc) ^b - tasas anualizadas							
	1,34	0,80	-40,9% [-45,0%]	1,54	1,19	-22,5% [-26,0% - 18,0%]	
≥ 1 uso de corticoide oral - % pacientes							
	66,8%	43,0%	-35,0% [-40,3% - 29,8%]	68,0%	47,4%	-30,6% [-35,8% - 25,4%]	
≥ 1 uso de antibiótico - % pacientes							
	74,8%	53,4%	-28,6% [-33,6% - 23,6%]	81,0%	56,3%	-30,6% [-35,7% - 25,5%]	

AEPDC: aparición de la EPOC ≥2 intervalos de consultas.

^a Definidos como los 12 meses previos al inicio de BGF (pre-BGF) o los 12 meses posteriores al inicio de BGF (post-BGF)

^b Se recogió el uso real de SABA (no simplemente los pases/pacientes por parte del médico)

Tabla 2. Resultados observados tras el inicio de BGF

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ESTRATIFICACIÓN CLÍNICA Y LA PLANIFICACIÓN DIAGNÓSTICA PRECOZ EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA DEL SUEÑO

Mosteiro Añon, Mar (1); Casal Guisande, Manuel (1); González Montaos, Almudena (1); Fernández Villar, Alberto (1); Rodríguez Fernández, Alba (1); Castro García, Daniel (1); Comesaña Campos, Alberto (2); Pou Álvarez, Cristina (1); Muñoz Martínez, M. José (1); Torres Durán, María (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro; (2)UVigo

Introducción

Objetivo

Explorar la aplicación de técnicas de Machine Learning (ML) en pacientes remitidos por sospecha de apnea del sueño (AS), con el fin de identificar subgrupos clínicos y desarrollar un sistema inteligente de apoyo a la decisión clínica (SIADC) que permita personalizar el proceso diagnóstico-terapéutico antes de realizar pruebas de sueño

Material

Se analizaron 5.385 pacientes consecutivos remitidos a la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo entre 2014 y 2024. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, comorbilidades y síntomas. El algoritmo k-prototypes permitió identificar agrupamientos, que se correlacionaron con hallazgos de poligrafía cardiorespiratoria y prescripción de CPAP. Posteriormente se desarrolló un SIADC apoyado en el algoritmo Random Forest y un conjunto reducido de variables seleccionadas mediante eliminación recursiva de características

Resultados

Se identificaron cinco subgrupos clínicos. Uno (A) corresponde a varones de mediana edad paucisintomáticos; otro (B) constituido por mujeres con importante consumo de psicótopos y sintomatología diurna relevante y moderada somnolencia; el grupo C son varones jóvenes con somnolencia diurna grave; el D varones de mediana edad con síntomas moderados y el E son varones mayores con elevada comorbilidad cardiovascular pero escasa sintomatología subjetiva. Estos grupos mostraron diferencias significativas en índice de apneas-hipopneas (IAH) y en tasas de prescripción de CPAP, que oscilaron entre el 47,9% y el 77,7%. El SIADC alcanzó un área bajo la curva entre 0,87 y 0,95 para la asignación de nuevos pacientes a los clústeres utilizando únicamente de 5 a 10 variables clave

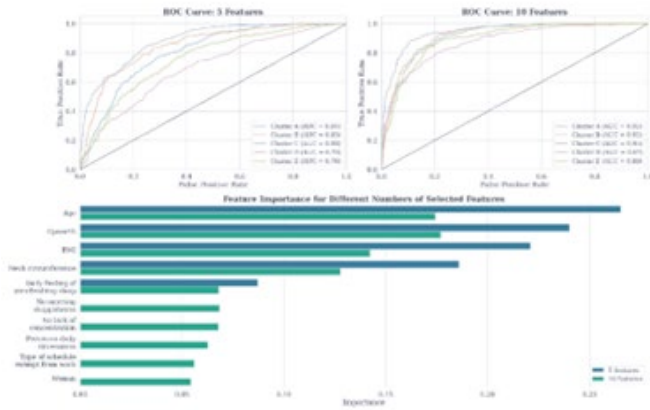
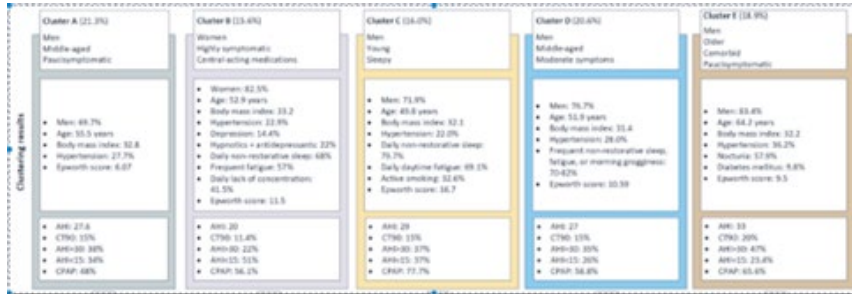
Conclusiones

La aplicación de ML a datos clínico-demográficos permite identificar subgrupos clínicamente relevantes en pacientes con sospecha de AS, lo que facilita estrategias diagnósticas y terapéuticas más allá del IAH.

Afundación Ferrol 24 y 25 de octubre 2025

Resumen

La aplicación de ML a datos clínico-demográficos permite identificar subgrupos clínicamente relevantes en pacientes con sospecha de AS, lo que facilita estrategias diagnósticas y terapéuticas más allá del IAH.



GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS (GEPA): TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN Y PREVIO AL INICIO DE BIOLÓGICOS EN UNA SERIE DE 21 CASOS

Blanco Aparicio, Marina (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Sanjuán López, María Pilar (1); Fernández Marrube, María Del Mar (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

La aprobación de fármacos biológicos anti-IL5/IL-5R para el tratamiento de la GEPA ha supuesto un cambio importante en el manejo de esta entidad diferenciándola cada vez más de las otras vasculitis asociadas a ANCA. Sin embargo, existen diferentes opciones de tratamiento según gravedad y fase de enfermedad que podría implicar cierta variabilidad en el manejo y en el inicio de fármacos biológicos.

Objetivo

Valorar las pautas de tratamiento iniciales y de mantenimiento previo al inicio de biológicos en una serie de 21 casos de GEPA seguidos en la Unidad de Asma.

Material

Estudio retrospectivo de todos los casos de GEPA con seguimiento actual en la Unidad de Asma. Se han recogido en la historia clínica electrónica las siguientes variables: edad actual y en el momento del diagnóstico, sexo, meses desde el diagnóstico hasta inicio de fármaco biológico, pauta de tratamiento inicial, pauta previa al inicio del biológico y tratamiento el 1º año. Se han utilizado estadísticos descriptivos.

Resultados

La edad media fue de 62 + 13,33 años (39-84); edad al diagnóstico 55,4 + 14 años (31-84); mujeres 7 (33%). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta inicio de biológicos fue 58,57 + 89,33 meses (2-276). En las tablas 1 y 2 pueden observarse las pautas de tratamiento en el momento del diagnóstico y previo al inicio de fármacos biológicos anti-IL5/IL5R. En la tabla 3 se muestran los tratamientos al año de inicio de biológicos.

Conclusiones

1. Las pautas de tratamiento de la GEPA son muy variadas reflejando la distinta gravedad de la enfermedad y la necesidad de homogeneizar el tratamiento en la era de los biológicos.
2. Un alto porcentaje de pacientes recibieron tratamiento inicial solo con glucocorticoides.
3. Al inicio del tratamiento biológico la mayoría de los pacientes recibían glucocorticoides orales en monoterapia o asociados a AZA.

Resumen

En 21 casos de GEPA, los tratamientos previos a biológicos fueron muy variados, predominando el uso de glucocorticoides, destacando necesidad de homogeneización.

Afundación Ferrol 24 y 25 de octubre 2025

Tabla 1. Tratamiento de inducción en GEM.n=21	N (n) pacientes
Bolas Metilprednisolona 1000 e 3 días + Ciclofosfamida 1000-1300 mg mensual x 6 meses y trimestral x 6 meses	3 (14)
Bolas Metilprednisolona 500 + Ciclofosfamida 1000 mensual x 3 meses	1 (4,7)
Bolas Metilprednisolona 250 mg + Ciclofosfamida 500 mensual x 6 meses y trimestral x 6 meses	2 (9,5)
Metilprednisolona 50 mg + Ciclofosfamida 1000 mensual x 6 meses	1 (4,7)
Metilprednisolona 50 mg + Ciclofosfamida 100 mg oral	1 (4,7)
Metilprednisolona/Prednisona 1 mg/kg + Azatioprina 100 mg	3 (14)
Metilprednisolona 30 mg + Mercaptopurina 25 mg	1 (4,7)
Prednisona 60 mg	9 (43)

Tabla 2. Tratamiento post-inducción biológico n=21	N (N) pacientes
Prednisona 2,5	1 (4,7)
Prednisona 5	3 (14)
Prednisona 10	2 (9,5)
Prednisona 15	1 (4,7)
Prednisona 30	2 (9,5)
Prednisona 35	1 (4,7)
Prednisona 3,5 + AZA 500	1 (4,7)
Prednisona 3,5 + AZA 750	1 (4,7)
Prednisona 3,5 + AZA 100	1 (4,7)
Prednisona 3,5 + AZA 100	1 (4,7)
Prednisona 5 + CIC	1 (4,7)
Prednisona 10 + CIC	1 (4,7)
Prednisona 30 + CIC	1 (4,7)
Prednisona + MTX 10 semanal	1 (4,7)
Prednisona + MTX 10 semanal	1 (4,7)
Prednisona 10 + AZA 100 + MTX 2,5	1 (4,7)

Tabla 3. Seguimiento de pacientes a 1 año. n= 17	N (n) pacientes
Monoterapia con tratamiento biológico	6 (35,2)
Corticoides + tratamiento biológico	7 (41,1)
Prednisona 2,5 mg	3
Prednisona 5 mg	3
Prednisona 7,5 mg	1
Monoterapia con AZA	1 (5,8)
Prednisona 10-15 mg + AZA 100 mg	2 (11,7)
Prednisona 5 mg + MTX	1 (5,8)

EXPERIENCIA CON COLISTINA INHALADA EN POLVO SECO (COLOBREATHE®) EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL

Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Blanco Aparicio, Marina (1); Sanjuan López, María Pilar (1); Varona Galán, Berta (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Fernández Marrube, María Del Mar (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)CHUAC

Introducción

El tratamiento con antibióticos inhalados en la infección bronquial (IB) por microorganismos potencialmente patógenos (MPP) constituye una práctica clínica habitual. Existen diferentes formulaciones y tipos de nebulizadores para su administración. La utilización de sistemas de polvo seco supone una ventaja clara en facilidad de uso pero la tolerancia es variable.

Objetivo

Analizar el perfil de pacientes tratados con antibióticos inhalados en polvo seco (colobreathe®) y su tolerancia en una consulta monográfica de bronquiectasias (BQ).

Material

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes tratados con colobreathe® desde agosto 2017 hasta septiembre 2025 con recogida de variables sociodemográficas, clínicas, tratamiento con corticoide inhalados, datos microbiológicos y efectos secundarios. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados

Se ha indicado colobreathe® en 55 pacientes con BQ no debidas a FQ. Disponemos de datos de 40 pacientes. La edad media 61.15 + 16.13 años (19-85) y el 57.5% son mujeres. En 20 pacientes fue el primer antibiotico inhalado administrado. De los 24 pacientes en los que se ha suspendido el tratamiento las causas han sido: erradicación bacteriana 14 (35%); mala tolerancia 8 (20%), exitus 1 y causa no especificada 1. En la tabla 1 pueden observarse los datos microbiológicos, comorbilidades, antibióticos inhalados previos y efectos secundarios.

Conclusiones

1. Aunque la principal indicación de antibióticos inhalados es la IB por Pseudomonas se indicó para otros MPP en 5 (12.5%) de los casos
2. Un 25% de los pacientes tenían diagnóstico de asma con buena tolerancia al colobreathe®
3. La hemoptisis fue poco frecuente incluso en pacientes con sangrado previo.
4. La Resistencia de Pseudomonas a colistina tras inicio de Colobreathe® se observó en 2 pacientes.
5. La erradicación bacteriana a 1 año fue de 35%

Resumen

En 40 casos de BQ tratados con colobreathe® hemos observado beneficios clínicos con pocos efectos adversos.

Tabla 1. Características de los 40 pacientes tratados con colibrato pulso seco (colibrato®)

Variante	Pacientes (N%)
Indicación	
• Pseudomonas aeruginosa	31 (77,5)
• Pseudomonas putida, fluorescens	4 (10)
• S. maltophilia	1 (2,5)
• E. coli	1 (2,5)
• Serratia marcescens	2 (5)
• Klebsiella pneumoniae	1 (2,5)
Coexistencia de otros MPO	
• S. aureus	4 (10)
• S. pneumoniae	2 (5)
• Serratia marcescens	1 (2,5)
Antibióticos inhalados previos	
• Promoxin con Inab	20 (50)
• Colistimetato en solución con compresor alto flujo®-flow	14
• Tobramicina solución para inhalación	3
Comorbilidades	
• Asma	10 (25)
• EPOC (2 (def.) de AAT)	9 (22,5)
• AR	1 (2,5)
• Déficit inmunoglobulinas	1 (2,5)
Efectos secundarios	
• Tos	8 (20)
• Disona	10 (25)
• Presión torácica	1 (2,5)
• Hemoptisis*	2 (5)
• Resistencia a colistina	2 (5)
Tratamiento con corticoides inhalados	
Suero hipertónico inhalado	11 (27,5)
15 (37,5)	
Continúa tratamiento	
• 15 año	27 (68)
• 25 año	13 (33)
• 35 año	15 (37)

*4 pacientes hemoptisis previa de los cuales solo 1 presentó hemoptisis tras inicio colibrato®

IMPACTO DE LA RESPUESTA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN LA TRAYECTORIA DEL FEV1 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

López Pardo, Sonia (1); Pérez De Llano, Luis Alejandro (1); Dacal Rivas, David (1); Martínez-moragón, Eva (2); Plaza, Vicente (3); Cisneros Serrano, Carolina (4); Benchimol, Cristina (5); Izaguirre Flores, Hemily (6); Sánchez-cuéllar, Silvia (7); Blanco Hortas, Andrés (8)

(1)Hospital Universitario Lucus Augusti; (2)Hospital Universitario Doctor Peset; (3)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; (4)Hospital Universitario La Princesa; (5)Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.; (6)Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; (7)Hospital Universitario Ramón y Cajal; (8)Fundación Pública Galega Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (FIDIS). Lugo.

Introducción

Los pacientes con asma grave presentan pérdida acelerada de FEV1. Aunque los biológicos mejoran el control de la enfermedad, su impacto a largo plazo sobre la función pulmonar es incierto.

Objetivo

Analizar cómo la respuesta al biológico a los 12 meses de su inicio influye en la trayectoria posterior del FEV1.

Material

Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico. Pacientes con asma grave con el mismo biológico durante 24 meses. Respuesta a los 12 meses: remisión clínica (sin exacerbaciones graves en 12 meses previos, ACT ≥ 20 , sin corticoides orales, FEV1 $\geq 80\%$), control clínico (criterios previos, FEV1 $< 80\%$) y respuesta subóptima (≥ 1 exacerbación grave en 12 meses previos o ACT < 20 o corticoides orales). Pérdida acelerada de FEV1: > 30 mL/año.

Resultados

Se analizaron 291 pacientes, seguimiento medio de $46,5 \pm 19,6$ meses. La trayectoria de FEV1 en cada grupo se muestra en la figura 1.

Previo al biológico, mediana de pérdida de FEV1 de 39,2 mL/año (RIC 1.12-150.0) y 54,4% con pérdida acelerada.

Tras el biológico, el FEV1 mejoró inicialmente con descenso progresivo a partir de 18-24 meses, manteniéndose por encima de los valores basales: +53 mL (RIC 0.0-206.0) remisión clínica, +31 mL (RIC 0.0-128.0) control clínico y +27 mL (RIC -35.0-113.0) respuesta subóptima. La pérdida acelerada se redujo al 19,4%: 17,1% remisión clínica (n 129), 13,1% control clínico (n 61) y 26,3% respuesta subóptima (n 101).

Conclusiones

La terapia biológica modifica la trayectoria de FEV1 en asma grave. La respuesta a los 12 meses conlleva diferentes trayectorias, con mayor preservación de función pulmonar en remisión clínica frente a control clínico y respuesta subóptima.

Resumen

Los biológicos modifican la pérdida acelerada de FEV1, presente en 54,4% de pacientes con asma grave. Tras su inicio, la trayectoria del FEV1 difiere según la respuesta a los 12 meses. Alcanzar una remisión clínica reduce la probabilidad de pérdida acelerada.

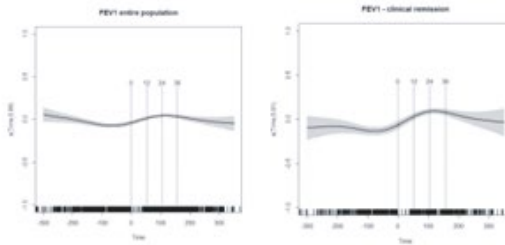


Figura 1. Trayectorias del FEV1 en toda la población y en los tres grupos de respuesta.

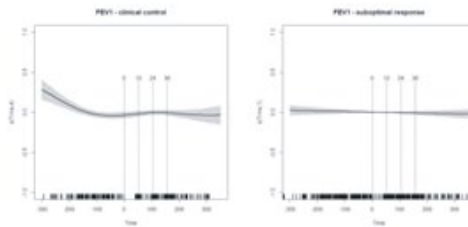


Figura 1. Trayectorias del FEV1 en toda la población y en los tres grupos de respuesta.

DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA. VISIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Villar Aguilar, Laura (1); Casal Guisande, Manuel (1); Fernández Villar, Alberto (1); Priegue Carrera, Ana (1); García Rodríguez, Esmeralda (1); Tubío Pérez, Ramón Antonio (1); Casal Mourinho, Ana (1); Torres Durán, María (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad genética infradiagnosticada, con manifestaciones clínicas heterogéneas a nivel pulmonar y hepático. Existen evidencias de diferencias clínicas según el sexo, con posibles implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Objetivo

El objetivo fue analizar estas diferencias en pacientes incluidos en el registro EARCO.

Material

Se incluyeron pacientes con DAAT grave, definido por niveles séricos de AAT <50 mg/dL y/o genotipos PIZZ, PISZ u otras variantes raras en heterocigosis u homocigosis, reclutados en la consulta monográfica de DAAT del Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo, España) entre 2020 y 2023. El estudio siguió el protocolo EARCO (NCT04180319). Las variables continuas se compararon mediante la prueba de Mann-Whitney U y se expresaron como media \pm DE; las categóricas con Chi-cuadrado, presentadas como porcentajes con IC95%. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

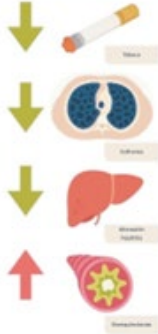
Se analizaron 225 participantes con una distribución por sexo equilibrada y una edad media de 51 años. Se representan las variables analizadas en la tabla 1. Las mujeres presentaron menor IMC, ausencia de diabetes y hepatopatía, menor consumo de alcohol y menor exposición tabáquica acumulada ($3,9 \pm 8,2$ vs. $14,9 \pm 19,1$ paquetes-año; $p < 0,001$). La exposición ocupacional a polvos inorgánicos fue más frecuente en hombres (29,6% vs. 7,5%).

En cuanto a la afectación respiratoria, las mujeres mostraron menor prevalencia de EPOC (14,5% vs. 33%; $p < 0,001$) y enfisema (39,3% vs. 64%; $p = 0,013$), pero mayor frecuencia de bronquiectasias (21,8% vs. 10,4%; $p = 0,028$). Los varones presentaron mayor obstrucción al flujo aéreo y deterioro de la difusión pulmonar.

Conclusiones

Existen diferencias clínicas relevantes por sexo en pacientes con DAAT grave, que deberían considerarse en la evaluación y manejo de la enfermedad.

El déficit de alfa 1 antitripsina en la mujer



Variables	Resumen general (n=295)	Hombres (n=133)	Mujeres (n=162)	P valor
Variables clínicas				
Edad	51.18 ± 16.27	50.67 ± 16.47	51.61 ± 16.11	0.424
BMC	27.26 ± 3.69	27.63 ± 4.38	26.86 ± 3.56	0.048
Índice masa/m ² (IMC)	8.56 ± 15.76	14.94 ± 15.10	3.54 ± 8.16	0.000
Consumo de alcohol	6.7% [IC95% 5.7–7.53]	14.7% [IC95% 9.2–22.3]	7.0% [IC95% 3.9–7.8]	0.003
Exposición a lo amare	2.7% [IC95% 1.2–5.7]	1.7% [IC95% 0.5–6.1]	3.0% [IC95% 1.4–6.8]	0.448
Exposición a lo que amare	28.5% [IC95% 24.3–34.6]	29.0% [IC95% 22.0–38.5]	7.5% [IC95% 3.8–14.1]	0.000
Duoden	4.9% [IC95% 2.8–8.5]	6.7% [IC95% 4.8–9.5]	0.0% [IC95% 0.2–0.5]	0.010
Enfermedad hepática	5.8% [IC95% 3.4–9.6]	7.8% [IC95% 4.2–14.2]	3.0% [IC95% 1.4–6.5]	0.214
EMC	24.0% [IC95% 18.5–30.5]	33.0% [IC95% 25.1–42.3]	14.5% [IC95% 9.2–22.8]	0.002
Dinero (mMRC)	0.54 ± 0.80	0.54 ± 0.82	0.54 ± 0.79	0.883
CAT	4.85 ± 4.26	4.90 ± 6.23	5.21 ± 4.26	0.301
Variables analíticas				
AAT (mg/dL)	51.35 ± 18.95	52.35 ± 17.83	50.26 ± 20.08	0.600
Encefalograma (TTP _A)	0.23 ± 0.16	0.25 ± 0.15	0.22 ± 0.17	0.029
Hemoglobina (g/dL)	14.25 ± 1.36	13.02 ± 1.17	15.08 ± 1.08	0.000
ALT (U/L)	30.14 ± 16.33	36.03 ± 19.11	24.15 ± 9.86	0.000
AST (U/L)	27.64 ± 22.04	29.05 ± 14.64	26.22 ± 27.59	0.000
GOT (U/L)	31.72 ± 30.64	38.14 ± 24.99	24.27 ± 23.86	0.000
FIB4	1.25 ± 1.07	1.24 ± 1.02	1.26 ± 1.16	0.865
LABOR				
Enfema	50.5% [IC95% 41.3–59.6]	64.0% [IC95% 50.1–79.6]	39.3% [IC95% 28.1–51.9]	0.013
Bronquitis crónica	38.0% [IC95% 33.8–42.1]	33.0% [IC95% 6.1–57.4]	21.8% [IC95% 15.1–30.4]	0.028
Engrosamiento de alve	12.3% [IC95% 4.0–24.5]	42.0% [IC95% 29.4–55.8]	46.7% [IC95% 48.5–71.9]	0.018
FEV1 (%)	84.34 ± 24.41	81.46 ± 27.52	87.17 ± 24.99	0.075
Función pulmonar				
FEV1/FVC (%)	0.71 ± 0.17	0.68 ± 0.19	0.75 ± 0.18	0.067
DLCO (%)	84.53 ± 23.81	85.21 ± 25.20	83.71 ± 22.36	0.390

EL TRASPLANTE PULMONAR MÁS ALLÁ DE LOS 68 AÑOS

Tirados Fernández, Alicia (1); Sanjuán López, Pilar (1); Otero González, Isabel (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Yoris Marín, María Laura (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)CHUAC

Introducción

La edad avanzada ha sido considerada tradicionalmente una limitación para el trasplante pulmonar. Sin embargo, el envejecimiento poblacional y los avances en la selección de candidatos han permitido ampliar las indicaciones más allá de los 65 años. En este contexto, consideramos relevante analizar la experiencia acumulada en nuestro centro.

Objetivo

Revisar características, supervivencia y complicaciones de los pacientes de 69 años o más trasplantados en nuestro hospital. Comparar nuestros datos de supervivencia con los de otras series publicadas en la literatura.

Material

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes trasplantados entre 2006 a 2025 en el CHUAC.

Resultados

Se trasplantaron 42 pacientes ≥ 69 años, con edad media de 70 años (rango 69–74). Predominó el trasplante unipulmonar (41/42), siendo la EPID la indicación más frecuente (71.4%). El 26.2% eran mujeres. Las principales comorbilidades de los pacientes se muestran en la tabla 2. El tiempo medio en lista fue de 77.4 ± 92.4 días. La estancia hospitalaria media tras el trasplante fue de 43.6 ± 31.0 días y en REA de 10.4 ± 9.9 . Se realizó traqueostomía en 5 casos. Se observó rechazo agudo durante el primer año en 1 caso (2.3%). Hasta la fecha, fallecieron 17 pacientes. Las causas de éxitus se muestran en la tabla 2. La supervivencia global media fue de 4.4 años (2.3-6.5). La tabla 3 muestra la supervivencia de nuestra serie a los 30 días, 1 año y 5 años, comparada con otras series publicadas.

Conclusiones

El trasplante pulmonar en pacientes ≥ 69 años es una opción viable con criterios de selección adecuados, alcanzando resultados comparables a los de otras series.

El trasplante unipulmonar fue la estrategia predominante en nuestra cohorte, con baja incidencia de rechazo agudo en el primer año.

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo de los TP en pacientes ≥ 69 años en el CHUAC (2006–2025). Se trasplantaron 42 pacientes (edad media 70 años), mayoritariamente unipulmonares (97.6%), siendo la EPID la principal indicación (71.4%). La estancia media fue de 43 días, con traqueostomía en 5 casos y rechazo agudo en el primer año en un solo paciente (2.3%). Fallecieron 17 pacientes, con una supervivencia media de 4.4 años. La supervivencia a 30 días, 1 y 5 años fue comparable a series internacionales. Por lo tanto, el TP en ≥ 69 años es factible con una adecuada selección.

Tabla 1: Comorbilidades previas al TP.

Anaerisopatía	1 (2.4%)
Cardiopatía isquémica	2 (4.8%)
Diabetes	6 (14.3%)
EMC	26.1 ± 3.5
SWT	200.2 ± 116.6
Fragilidad, SPPB (n=20)	10.85 ± 1.42
Hospitalización 90 días	5 (11.9%)
LUCI en el momento Tx	0

Tabla 2: Causas de éxodo.

COVID	3
Infecciones no COVID	5
DCI	3
ELA	1
Fu-AM	1
Hemorragia	1
Neoplasia	2
PCR	1

Tabla 3: Supervivencia a los 30 días, 1 año y 5 años, de nuestra serie y principales series publicadas.

Estudio	Edad	30 días	90 días	1 año	3 años	5 años
Kim 2012	60-69 ≥ 70			80 % 79 %		
Hayashi 2015	60-69 ≥ 70	86.6% 96.1%	90.3% 90.9%	81.0% 77.6%	63.3% 50.3%	48.2% 30.9%
Oron 2021	≥ 70			86.7%	64.4%	37.6%
Iyama 2023	≥ 70			63 %	62 %	
Kashim 2024		86.8		85.8		
Wangshen 2025	≥ 65	97.4%		85.2%	65.8%	49.2%
CHUAC	≥ 69	97.6%		81.1%		49.1%

ANÁLISIS DE LOS GRANDES SUPERVIVIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES

Castiñeira Gamborino, María (1); Tovar Durán, Héctor Manuel (1); García Pérez, Alejandro (1); Minasyan, Anna (1); Fernández Vagi, Luis (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernández Prado, Ricardo (1); García Rey, Rita (1); Delgado Roel, María (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)
(1)CHUAC

Introducción

El trasplante pulmonar ha demostrado ser una opción terapéutica válida para un grupo de pacientes con enfermedades pulmonares en situación terminal.

Objetivo

El objetivo de este trabajo pretende determinar factores pronósticos relacionados con el donante y el receptor para incrementar la supervivencia de estos pacientes.

Material

Se analizaron datos del registro electrónico de los pacientes trasplantados en nuestro servicio desde el 1999 hasta el 2014.

Se definieron dos grupos: gran superviviente aquellos con supervivencia superior a 10 años (140 pacientes). Estos se compararon con pacientes trasplantados en el mismo periodo de tiempo; escogiéndose el siguiente trasplante realizado del listado (140 pacientes) y excluidos aquellos con mortalidad postoperatoria. El procesamiento de los datos se realizó con el programa Stata 14.2.

Resultados

Análisis univariante se realizó empleando t Student para variables cuantitativas y Chi² para variables categóricas. Se muestran los resultados en la tabla 1. En la figura 1 podemos comparar las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con una $p < 0,05$.

Análisis multivariante, tanto considerando la variable gran superviviente como dicotómica y empleando regresión lineal múltiple (tabla 2), como en el análisis multivariante de supervivencia mediante una Regresión de Cox (tabla 3), evidenciamos respectivamente que la edad del receptor y el tipo de trasplante, ajustado por el resto de los parámetros con significación estadística en el análisis univariante, son los principales factores a la hora de incrementar la supervivencia de los receptores.

En ambos grupos el desarrollo de disfunción crónica es una de las principales causas de mortalidad, siendo más frecuente su incidencia en pacientes con una mayor supervivencia del injerto.

Conclusiones

Tras el primer año postrasplante la supervivencia a largo plazo, definida como ≥ 10 años, se asocia positivamente con una menor edad del donante y con un trasplante de pulmón bilateral, sin embargo no parece que la edad del donante sea determinante. Así mismo las causas de mortalidad son superponibles en ambos grupos.

ANÁLISIS DE LOS GRANDES SUPERVIVIENTES TRASPLANTADOS UNIPULMONARES

Castiñeira Gamborino, María (1); Tovar Durán, Héctor Manuel (1); García Rey, Rita (1); García Pérez, Alejandro (1); Minasyan, Anna (1); Delgado Roel, María (1); Fernández Vago, Luis (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernández Prado, Ricardo (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)
(1)CHUAC

Introducción

El trasplante pulmonar ha demostrado ser una opción terapéutica válida para un grupo de pacientes con enfermedades pulmonares en situación terminal

Objetivo

El objetivo de este trabajo pretende determinar factores pronósticos relacionados con el donante y el receptor para incrementar la supervivencia de estos pacientes en los trasplantados unipulmonares.

Material

Se analizaron datos del registro electrónico de los pacientes trasplantados en nuestro servicio desde el 1999 hasta el 2015. Se definieron dos grupos: gran superviviente aquellos con supervivencia superior a 10 años (72 pacientes). Estos se compararon con pacientes trasplantados en el mismo periodo de tiempo; escogiéndose el siguiente trasplante unipulmonar realizado del listado (72 pacientes) y excluidos aquellos con mortalidad postoperatoria. El procesamiento de los datos se realizó con el programa Stata 14.2.

Resultados

El análisis univariante se realizó empleando t Student para variables cuantitativas y Chi² para variables categóricas. Se muestran los resultados en la tabla 1.

En la figura 1 podemos comparar las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con una $p < 0,05$. En el análisis multivariante, tanto considerando la variable gran superviviente como dicotómica y empleando regresión lineal múltiple (tabla 2), como en el análisis multivariante de supervivencia mediante una Regresión de Cox (tabla 3), evidenciamos respectivamente que la edad del receptor, ajustado por el resto de los parámetros con significación estadística en el análisis univariante, es el principal factor a la hora de incrementar la supervivencia de los receptores. En ambos grupos el desarrollo de disfunción crónica es una de las principales causas de mortalidad, siendo más frecuente su incidencia en pacientes con una mayor supervivencia del injerto.

Conclusiones

Tras el primer año postrasplante la supervivencia a largo plazo, definida como ≥ 10 años, se asocia positivamente con una menor edad del receptor. Así mismo las causas de mortalidad son superponibles en ambos grupos.

HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SECUNDARIA A RITUXIMAB

Alvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Sanjuán López, María Pilar (1); Blanco Aparicio, Marina (1); Tirado Fernández, Alicia (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Balboa Mejuto, Cristina (1); Ruiz Pedrosa, Efrén (1); Marcos Rodríguez, Pedro Jorge (1)

(1)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

En los últimos años se han ampliado las indicaciones de Rituximab (RTX). Dirigido contra el antígeno CD20, conduce a un agotamiento de las células B periféricas durante un periodo estimado de 6 a 24 meses. Sin embargo, se ha descrito hipogammaglobulinemia prolongada en un subconjunto de pacientes.

Objetivo

Describir la prevalencia de la hipogammaglobulinemia secundaria a RTX en pacientes tratados en nuestro centro.

Material

Estudio retrospectivo de pacientes tratados con RTX en el CHUAC entre Enero/2008 y Junio/2024. Los datos se obtuvieron a través del registro realizado por el Servicio de Farmacia. La hipogammaglobulinemia fue definida como IgG < 650 mgr/dl y, se estratificó en leve, 400-650 mgr/dl; moderada, 200-399 mgr/dL; y grave, 0-199 mgr/dL.

Resultados

Se incluyeron 211 pacientes, 167 (79.1%) mujeres. La edad media fue 59.2+15.1 años. La indicación más frecuente de RTX fue la Artritis Reumatoide (78 casos; 36.9%). Se realizó determinación de Inmunoglobulinas (Igs) previo al inicio de RTX en 169 casos (80%), de los cuales 155 (91.7%) tenían niveles normales de IgG. En la Tabla 1, se muestra el número de pacientes en los que se realizó determinación anual de Igs tras el inicio de RTX. Excluidos los pacientes que mantienen tratamiento activo, la Figura 1 muestra la prevalencia de hipogammaglobulinemia en diferentes momentos temporales desde los 12 meses a 10 años tras el inicio del tratamiento. La dosis media acumulada de RTX fue 9327mg+11187 y la duración media del tratamiento 119+125 semanas. Se inició tratamiento sustitutivo con Ig exógena en 5 casos, la tabla 2 muestra los niveles de IgG en el momento de iniciarlo.

Conclusiones

1. La monitorización de inmunoglobulinas en pacientes tratados con rituximab tiende a disminuir con el tiempo.
2. La hipogammaglobulinemia puede persistir a largo plazo y, en determinados casos, requerir tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina.

Resumen

En los últimos años se ha descrito hipogammaglobulinemia prolongada asociada a rituximab. Nuestro objetivo fue analizar su prevalencia en pacientes tratados en nuestro centro mediante un estudio retrospectivo de 211 casos (2008–2024). Observamos que la monitorización de inmunoglobulinas disminuyó con el tiempo y que un subgrupo desarrolló hipogammaglobulinemia persistente, requiriendo reposición en algunos casos.

Pacientes	Nivel de IgG	Tiempo desde inicio RTX
Paciente 1	515 mgr/dl	9º año
Paciente 2	261 mgr/dl	7º año
Paciente 3	277 mgr/dl	18 meses
Paciente 4	475 mgr/dl	24 meses
Paciente 5	448 mgr/dl	18 meses

Tabla 2. Pacientes con tratamiento con Igs. Nivel de IgG previo al inicio de tratamiento.

Tiempo desde inicio de RTX	Pacientes con determinación de IgG	Con defecto (IgG < 650 mgr/dl) n (%)	Defecto leve (IgG 450-650) n (%)	Defecto moderado (IgG 300-450) n (%)	Defecto grave (IgG < 300) n (%)	Presencia global del defecto n (%)
12 meses	54	49 (90.7%)	6 (11.1%)	0	0	6 (11.1%)
24 meses	47	40 (85.1%)	7 (14.9%)	0	0	7 (14.9%)
36 meses	42	32 (76.2%)	7 (16.7%)	3 (7.1%)	0	10 (23.8%)
4 años	36	32 (88.9%)	3 (8.3%)	1 (2.8%)	0	4 (11.1%)
5 años	26	25 (96.2%)	3 (11.7%)	0	0	3 (11.7%)
6 años	23	19 (82.6%)	5 (21.7%)	0	0	5 (21.7%)
7 años	20	15 (75%)	4 (20%)	0	1 (5%)	5 (25%)
8 años	12	7 (58.3%)	3 (25%)	2 (16.7%)	0	5 (41.7%)
9 años	8	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	0	4 (50%)
10 años	7	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0	0	2 (28.6%)

Tabla 1. Nivel de IgG de 12 meses a 10 años tras inicio de RTX. Se incluyeron únicamente los pacientes sin tratamiento activo con RTX (n=138). La hipogammaglobulinemia se definió como un nivel bajo de IgG < 650 mgr/dl mgr/dl.

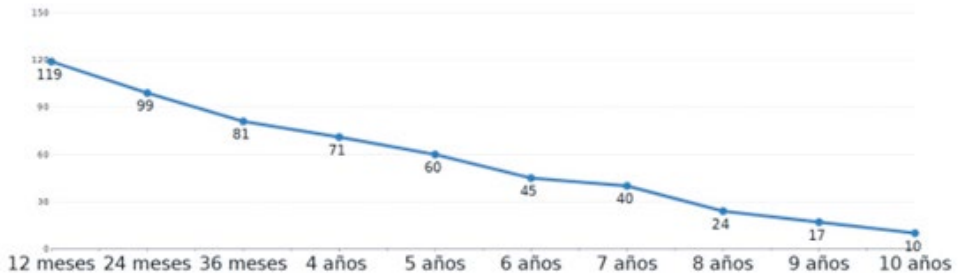


Figura 1. Número de pacientes con determinación anual de Inmunoglobulinas tras el inicio del tratamiento con RTX

RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA + INMUNOTERAPIA BASADA EN INHIBIDORES DE PDL-1 EN EL CÁNCER DE PULMÓN CÉLULAS NO PEQUEÑAS

Tovar Duran, Hector Manuel (1); Delgado Roel, Maria (1); Castiñeira Gamborino, Maria (1); Garcia Rey, Rita (1); Fernandez Vago, Luis (1); Garcia Perez, Alejandro (1); Minasyan, Ana (1); Fieira Costa, Eva (1); Fernandez Prado, Ricardo (1); De La Torre Bravos, Mercedes (1)

(1)CHUAC

Introducción

El cáncer de pulmón de célula no pequeñas (NSCLC) sigue siendo a día de hoy terminal en la mayoría de los pacientes con enfermedad en estadio localmente avanzado.

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de los pacientes intervenidos en nuestro servicio tras recibir tratamiento neoadyuvante con quimioterapia convencional o quimioinmunoterapia, analizando las diferencias en cuanto resultados perioperatorios y anatomopatológicos principalmente.

Material

Se analizaron datos del registro electrónico (NHC) de los pacientes intervenidos en nuestro centro que recibieron tratamiento neoadyuvante con quimioterapia versus los que recibieron quimioterapia + inmunoterapia entre el año 2019 y 2025.

Resultados

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, estadio clínico pretratamiento, incidencia de complicaciones postquirúrgicas, días de ingreso, días de drenaje o tiempo quirúrgico.

En todos los pacientes la cirugía se realizó mediante un procedimiento mínimamente invasivo, bien videotoracoscopia o cirugía robótica. No hubo fallecimientos durante el postoperatorio. Se evidencia mayor tasa de respuesta anatomopatológica en aquellos pacientes que recibieron quimioterapia + inmunoterapia con una mayor tasa de respuestas completas 43% frente a un 7% $p=0,001$, un menor porcentaje de neumonectomías con un 3% frente a un 17% con una $p=0,09$.

Así mismo el antecedente de tabaquismo mostró una frecuencia mayor en el grupo postquimioinmunoterapia 88% frente a un 71% con $p=0,02$.

En el análisis multivariante se mantiene como el estadio postratamiento en ambos grupos muestra una diferencia evidente a favor de los pacientes sometidos a quimioinmunoterapia.

Conclusiones

Nuestros resultados respaldan el empleo de inmunoterapia como tratamiento neoadyuvante a la quimioterapia estándar basada en platino en pacientes con CPCNP en los que se valore la posibilidad de reseccabilidad, con un mayor número de respuestas anatomopatológica y sin añadir morbilidad al procedimiento quirúrgico, permitiendo el uso de cirugía mínimamente invasiva como vía de abordaje.

Tabla 1.

	Postquimio+inmuno N=67	Postquimio N=42	P
Sexo	Mujer:21 (31%) Hombre:46 (69%)	Mujer:14 (33%) Hombre:28 (67%)	P=0,82
Edad	64,70±8,65	66,73 ± 10,31	P=0,26
tabaquismo	SI:59 (88%) NO: 8 (12%)	SI:30 (71%) NO:12 (29%)	P=0,02
Estirpe tumoral	Adenocarcinoma:40 (60%) Escamoso:27 (40%)	Adenocarcinoma:23(55%) Escamoso:19 (45%)	P=0,28
Estadio pretratamiento	IB:1 (1.5%) IIA:3 (4.5%) IIB:13 (19.5%) IIA:28 (42%) IIB:15 (22%) IV:7 (10.5%)	IIB:5 (12%) IIA:26 (62%) IIB:10 (24%) IV:1 (2%)	P=0,16
Estadio postratamiento	RC:29 (43%) IA:10 (15%) IIB:6 (9%) IIA:2(3%) IIB:4(6%) IIA:14(21%) IIB:2 (3%)	RC:3 (7%) IA:5 (12%) IIB:5 (12%) IIA:4 (10%) IIB:9(21%) IIA:11(26%) IIB:5 (12%)	P=0,001
Cirugía	Lobectomía:60 (90%) Neumonectomía:2 (3%) Bilobectomía:5 (7%)	Lobectomía:34 (81%) Neumonectomía:7 (17%) Bilobectomía:1 (2%)	P=0,029
Estaciones ganglionares	4,58±1,23	4,35±1,3	P=0,36

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	109
Model	18.9485925	4	4.73514813	F(4, 104)	=	5.84
Residual	84.3254625	104	.810821755	Prob > F	=	0.0003
				R-squared	=	0.1834
				Adj R-squared	=	0.1520
Total	103.266855	108	.956167176	Root MSE	=	.98046

Neoadyuván-a	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Estadiopost	-.2128346	.0555316	-3.83	0.000	-.3229558 - .1027133
Fumador	-.3856389	.2308888	-1.67	0.098	-.8434919 .0722302
Respuesta	-.4527888	.2730833	-1.66	0.100	-.9941564 .0885949
Cirugía	-.0425714	.0413582	-1.03	0.306	-.1245784 .0394277
_cons	3.631972	.4398317	8.26	0.000	2.759769 4.504175

Complicaciones	Cardiológicas:1 Infecciosas:2 Neurológicas:0 Fugas:7 dica:2 Dermató:0 Sanguíneo:1 Resucitación:0 Total:8 (19%) No mortalidad	Cardiológicas:2 Infecciosas:1 Neurológicas:2 Fugas:7 dica:2 Dermató:1 Sanguíneo:0 Resucitación:1 Total:9 (21%) No mortalidad	P=0,10
Días de ingreso	5,01±3,71Media 4 Mediana RANGO: 3-21	5,02±3,09 Media 4 Mediana RANGO: 2-18	P=0,98
Días de liberación	4,01±3,68 3 mediana RANGO: 1-30	3,47 ± 4,19 2 mediana RANGO: 1-31	P=0,51
Riesgo de mortalidad	31(3) (7%) No:34 (25%)	37 (27) (44%) No:35 (26%)	P=0,05
Tiempo quirúrgico	224±89	231±92	P=0,7

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR: DIFERENCIAS POR SEXO. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL ESTUDIO VAPEPOC

Pou Álvarez, Cristina (1); Represas Represas, Cristina (1); González Piñeiro, Ana Lourdes (1); Tilve Gómez, Amara (1); Rodríguez Fernández, Paula (1); García Fontán, Eva María (1); Núñez Fernández, Marta (1); Priegue Carrera, Ana (1); Almeida Carrete, Liza (1); Fernández Villar, José Alberto (1)

(1)Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción

El estudio de la vía aérea pequeña (VAP) constituye un área clave en el conocimiento de múltiples enfermedades respiratorias, y la combinación de pruebas funcionales, tomografía computarizada (TC) e histología permite caracterizarla de forma integral.

Objetivo

El objetivo del estudio es analizar las diferencias en la afectación de la vía aérea pequeña asociadas al sexo entre los pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar en nuestro centro.

Material

Se realiza un estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar entre febrero de 2024 y agosto de 2025, a los que se les realizó un cuestionario clínico, una exploración funcional pulmonar incluyendo una oscilometría forzada (FOT), una TC en inspiración y espiración previas a la cirugía y una analítica de sangre para estudio de subpoblaciones linfocitarias. Sus muestras fueron procesadas en Anatomía Patológica (AP) para el estudio de la VAP.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables incluidas, obteniendo el porcentaje para las cualitativas y la media y la desviación típica para las cuantitativas. En la comparación de variables se utiliza el test de Chi-cuadrado para las cualitativas y pruebas no paramétricas para las cuantitativas, fijado el nivel de significación estadística en 0.05.

Resultados

Se incluyeron 182 pacientes, de los cuales 69 son mujeres.

En la tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de hombres y mujeres.

En la tabla 2 se muestra la afectación de la vía aérea pequeña por FOT y AP.

Conclusiones

En nuestra muestra, objetivamos una mayor afectación de la VAP definida por oscilometría en mujeres, y mayor afectación de la VAP definida por AP en hombres. Se trata de los resultados preliminares de un estudio en desarrollo, por lo que esperamos poder perfilarlos mejor al completar la muestra.

Financiación: ISCIII (PI23/00387), SEPAR y SOGAPAR.

Afundación Ferrol 24 y 25 de octubre 2025

	Mujeres (n: 69)	Hombres (n: 113)	p
Etalol (X, DE)	66 (7.9)	69 (9.4)	0.123
Tabaquismo (n, N)	49 (71)	106 (91)	<0.001
Consumo acumulado (X, DE)	13 (17.4)	43 (29.3)	<0.001
Otros drogas (n, N)	2 (3)	21 (20)	0.008
Exposición laboral de riesgo (n, %)	25 (36)	63 (56)	0.038
Exposición a biomasa (n, %)	27 (45)	43 (42)	0.564
Etioxa (n, %)	23 (26)	42 (37)	0.392
Tos (n, N)	18 (26)	42 (37)	0.209
Expectoración (n, N)	13 (18)	40 (33)	0.036
EPOC (n, N)	16 (23)	50 (44)	0.004
Otras enfermedades respiratorias (n, %)	12 (17)	31 (27)	0.255
Eosinofilia (n, X, DE)	2.3	2.7	0.043
AAAT mg/dl (X, DE)	131 (47.2)	140 (47.3)	0.458
FEV1 (n, X, DE)	90 (28.3)	85 (37.4)	<0.001
FVC (n, X, DE)	96.5 (18.8)	97.7 (26.3)	0.641
FEV1/FVC (X, DE)	79 (8.3)	71 (9.5)	0.011
DLCO (n, X, DE)	15.5 (4.2)	18.9 (5.7)	0.790
KCO (n, X, DE)	92.8 (21.4)	89.5 (20.9)	0.123
NSM (n, X, DE)	94.3 (23.8)	95.9 (24.1)	0.375
DXNO (n, X, DE)	72 (17.1)	65.1 (23.8)	0.032
DANCO (n, X, DE)	67.4 (18.9)	53.3 (26.8)	<0.001
AND (n, X, DE)	82.1 (24.7)	78.8 (37.4)	0.287
OSNO/DANCO (X, DE)	4.4 (9.4)	4.4 (9.3)	0.451
FRC (n, X, DE)	133.5 (20.8)	134.6 (29.3)	0.839
TLC (n, X, DE)	168.7 (29.3)	161.9 (36.3)	0.133
VR (n, X, DE)	136 (21.5)	104 (28.1)	0.163
RS-20 (X, DE)*	0.86 (0.86)	0.51 (0.86)	0.006
Enfema en TC (n, N)*	7 (17)	39 (56)	<0.001
Quistes en TC (n, N)*	4 (9)	13 (21)	0.266
Nódulos en TC (n, N)*	10 (24)	15 (21)	0.984
Opacidades centrilobulillares en TC (n, N)*	13 (26)	25 (30)	0.575
Bronquiectasias en TC (n, N)*	6 (14)	18 (26)	0.359
Atenuación en mosaico en TC (n, N)*	11 (26)	19 (27)	0.984
Cálculos EOB-nulos (X, DE)	30.2 (23.5)	18.1 (23.9)	0.017

* Variable disponible solamente para una parte de la muestra

	Mujeres	Hombres	p
Afectación de VAP por FOT (n, %)	31 (66)	30 (39)	0.017
Afectación de VAP por AP (n, %)	13 (54)	26 (84)	0.038

USO DE TERAPIA “VACUUM ASSISTED CLOSURE (VAC)” EN PACIENTES CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO Y FUGA AÉREA PERSISTENTE

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

(1)CHUS

Introducción

El enfiseма subcutáneo es una complicación que puede ocurrir por ejemplo tras intervención quirúrgica pulmonar, traumatismo o neumotórax, que cursa generalmente de forma autolimitada. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan enfiseма subcutáneo masivo (ESM) a pesar de llevar un drenaje pleural funcionando. El ESM está asociado a un aumento de la morbilidad, incluyendo incapacidad para la apertura ocular y disnea.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el tratamiento del ESM mediante la terapia “Vacuum assisted closure” (VAC).

Material

Estudio descriptivo de 7 casos tratados entre 2023 y 2024. En todos ellos se objetivaba fuga aérea persistente, a pesar de drenaje pleural normoposicionado, y ESM que imposibilitaba apertura ocular.

Resultados

Se incluyeron 3 pacientes en los que se realizó una lobectomía pulmonar reglada, 1 paciente tras neumonectomía, 1 neumotórax espontáneo secundario, 1 neumotórax bilateral y 1 neumotórax espontáneo secundario tras ser intervenido de una cirugía cardíaca.

Se realizaron incisiones de 3 cm en piel en región pectoral, con disección de tejido celular subcutáneo hasta llegar a plano muscular. Posteriormente, se aplicó sistema VAC, con presiones negativas de -160 mmHg, en aspiración continua.

Se evidenció mejoría clínica de los pacientes el mismo día de la colocación del dispositivo, con mejoría progresiva los siguientes días.

La media fue de 4,85 días y la mediana 5 días de tratamiento con VAC.

No se identificaron complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Conclusiones

La terapia VAC puede ser una modalidad de tratamiento efectiva para el manejo del ESM, proporcionando mayor confort del paciente. No hemos identificado complicaciones. Son necesarios más estudios comparativos para corroborar la hipótesis.

Resumen

El enfisema subcutáneo (ES) es una complicación habitualmente de curso autolimitado. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan ES masivo (ESM) a pesar de drenaje pleural funcional. La terapia VAC puede ser un tratamiento efectivo mejorando el ESM y el confort del paciente.

Enfisema subcutáneo postlobectomía



Enfisema subcutáneo postlobectomía



VALIDACIÓN CLÍNICA DEL FEOS RATE PARA MEDIR LA RESPUESTA A BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE

Morote Bravo, Belén (1); Blanco Cid, Nagore (1); Dacal Rivas, David (1); Arias Zas, Laura (1); Pérez De Llano, Luis (1); Dávila González, Ignacio (2); Martínez Moragón, Eva (3); Domínguez Ortega, Javier (4); Almonacid Sánchez, Carlos (5); García Rivero, Juan Luis (6)

(1)Hospital Universitario Lucus Augusti; (2)Hospital Universitario de Salamanca; (3)Hospital Universitario Doctor Peset; (4)Hospital Universitario La Paz; (5)Hospital Puerta de Hierro; (6)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción

FEOS score (FEV1, exacerbaciones, corticosteroides orales (OCS) y síntomas) permite cuantificar la respuesta a biológicos en asmáticos graves respecto a la situación de partida. Sin embargo, la mejoría clínica potencial máxima (MCM) es diferente para cada paciente. FEOS rate (FEOS score/MCM x100) puede superar este inconveniente.

Objetivo

Analizar si FEOS rate predice correctamente los distintos tipos de respuesta y compararlo frente a FEOS score.

Material

Se clasificó respuesta a biológicos a los 12 meses en tres grupos:

- Remisión clínica (R1): No exacerbaciones graves, asma control test (ACT) ≥ 20 , no OCS de mantenimiento y FEV1 $\geq 80\%$.
- Respuesta parcial (R2): Pacientes no clasificados en remisión clínica o respuesta subóptima.
- Respuesta subóptima (R3): Reducción de exacerbaciones $< 50\%$ si ≥ 1 , incremento de ACT < 3 puntos si ACT < 20 o reducción de OCS $< 50\%$ en pacientes con OCS de mantenimiento.

Se elaboraron curvas ROC con los valores de FEOS rate y FEOS score para valorar la capacidad discriminativa entre tipos de respuesta. Se calculó el índice de Youden para establecer el mejor punto de corte.

Resultados

290 pacientes (R1: 118, R2: 80, R3: 92). El análisis ROC reveló superioridad de FEOS rate frente a FEOS score para discriminar entre R1-R2 (AUC 0.93 vs. 0.81; sensibilidad 91%, especificidad 91%, punto de corte 98%) (figura 1), entre R1-R3 (AUC 0.92 vs. 0.64; sensibilidad 91%, especificidad 89%, punto de corte 98.6%) (figura 2) y entre R2-R3 (AUC 0.76 vs 0.54; sensibilidad 70%, especificidad 76%, punto de corte 91%) (figura 3).

Conclusiones

FEOS rate cuantifica la respuesta al tratamiento biológico considerando la MCM individual con excelente capacidad de discriminación entre grupos.

Resumen

FEOS rate tiene gran precisión para clasificar a los pacientes con asma grave en diferentes niveles de respuesta a un biológico. Se complementa junto a FEOS score proporcionando un resultado cuantitativo ajustado al MCI.

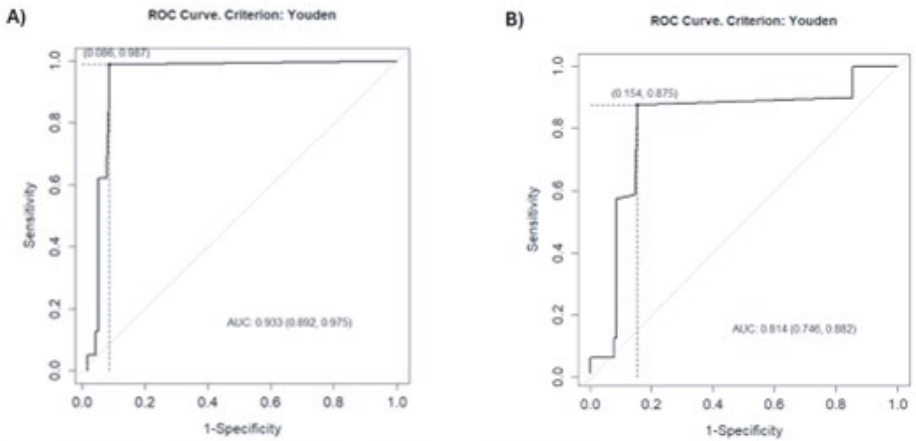


Figura 1. Curvas ROC entre R1-R2 usando FEOS rate (A) y FEOS score (B).

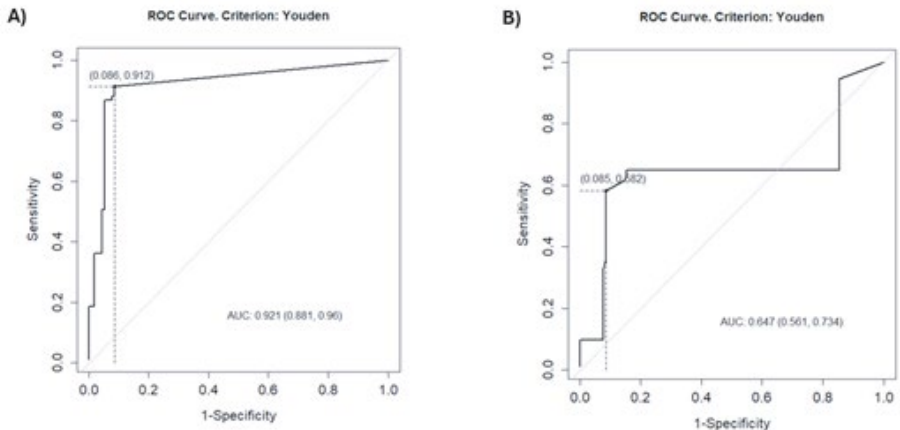


Figura 2. Curvas ROC entre R1-R3 usando FEOS rate (A) y FEOS score (B).

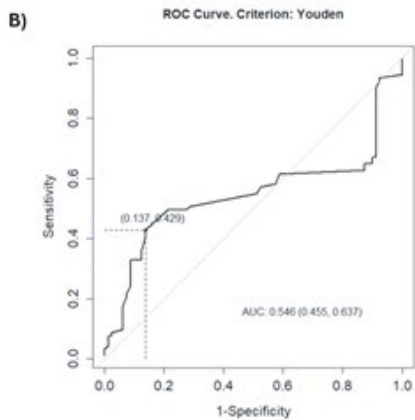
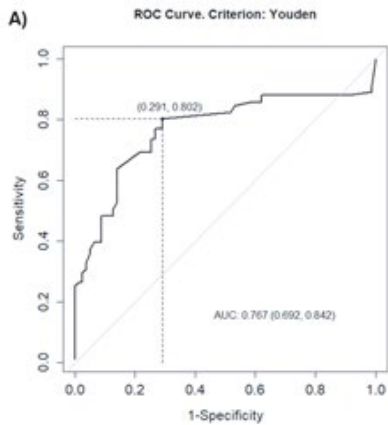


Figura 3. Curvas ROC entre R2-R3 usando FEOS rate (A) y FEOS score (B).

PREVALENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN SERPINA 1 EN INDIVIDUOS ADULTOS CON OBSTRUCCIÓN AL FLUJO AÉREO

Baloira Villar, Adolfo (1); Bea Sanmartín, Beatriz (1)

(1)Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción

El gen serpina 1 codifica para alfa-1 antitripsina, una proteína vital para controlar el daño tisular producido por algunas de las enzimas proteolíticas de los neutrófilos. Conocer la prevalencia de las principales mutaciones de este gen en población susceptible es de gran importancia.

Objetivo

Objetivos: conocer la prevalencia de alteraciones en el gen serpina 1 en individuos con obstrucción al flujo aéreo en espirometría simple

Material

Se incluyó de forma consecutiva, tras firmar consentimiento, a adultos > 18 años de edad que acudieron al laboratorio de Pruebas Funcionales Respiratorias enviados tanto desde servicios hospitalarios como desde Atención Primaria con capacidad de realizar una maniobra adecuada durante la espirometría forzada. En el momento de realizar la prueba los técnicos desconocían el motivo por el cual se solicitaba para evitar sesgos. En todos los casos se realizaron 3 maniobras escogiendo los valores más elevados de FVC y FEV1.

kit AlphaID enviando la muestra al laboratorio Progenika Biopharma sin datos personales con un número específico para cada muestra. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, peso, talla, nacionalidad, tabaquismo, síntomas respiratorios y enfermedades relevantes con reseña específica para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Resultados

se incluyeron en el estudio 1164 individuos, de los cuales 207 habían sido diagnosticados de EPOC. 744 no presentaron ningún tipo de alteración en el gen serpina 1. Los genotipos encontrados pueden verse en la tabla adjunta.

El hallazgo más frecuente fue un único alelo S (249 casos) seguido a bastante distancia por un alelo Z único (57 casos). S/Z (29 casos) y S/S (24 casos) fueron las combinaciones en heterocigosis más habituales. La prevalencia de Z/Z, la forma más habitual de déficit severo de alfa-1 antitripsina fue próxima al 2%, Encontramos un número significativo de variantes alélicas más raras.

Conclusiones

La presencia de mutaciones en el gen serpina 1 en pacientes con obstrucción al flujo aéreo de cualquier grado en nuestro medio es elevada.

Resumen

Tras estudiar un número significativo de individuos con obstrucción al flujo aéreo encontramos alguna mutación en más del 25% de los casos.

Genotipo	Resultado
-/-	788
-/S	249
-/Z	57
S/Z	29
S/S	24
Z/Z	22
-/I	10
S/I	5
-/M heerlen	4
-/P lowell	4
S/M malton	4
S/M heerlen	3
Z/I	3
-/M malton	1
-/OO mattawa	1
F/M heerlen	1
F/Z	1
S/OO mattawa	1
Z/M malton	1
Total	1164

INFORMACIÓN GENERAL

• Lugar y fechas de celebración

Sede: Salón de actos. AFundación Ferrol
Plaza Constitución s/n, 15402 Ferrol, A Coruña

Fechas: 24 y 25 de octubre de 2025

• Organiza



• Secretaría técnica



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

• Cuotas de inscripción

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	150 € +IVA

Política de cancelaciones:

Hasta el 01/08/25: Devolución del 100%

Hasta el 26/09/25: Devolución del 90%

Desde del 26/09/25: Sin devolución

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la **Secretaría Técnica hasta el 17 de octubre de 2025**. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

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

• Hoteles oficiales de la reunión

PARADOR DE FERROL

Praza do Contralmirante Azarola Gresillón, 15401 Ferrol, A Coruña

HABITACIÓN INDIVIDUAL	117 €
HABITACIÓN DOBLE	136 €

(Desayunos y 10% de iva incluidos)

HOTEL ALMIRANTE

Calle de María, 2, 15402 Ferrol, A Coruña

HABITACIÓN INDIVIDUAL	100 €
HABITACIÓN DOBLE	110 €

(Desayunos y 10% de iva incluidos)

Política de cancelación de alojamientos:

Hasta el 30/05/25: Devolución del 100%

Hasta el 23/07/25: Devolución del 60%

Después del 23/07/25: Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento:

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica hasta el 13 de octubre de 2025.

A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaria técnica (noaformoso@tramasolutions.com)

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

• Comunicaciones:

Fecha límite para el envío de comunicaciones: **8 de septiembre de 2025**. El envío de comunicaciones se podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad: www.sogapar.info

• Acreditación

Solicitada al sistema acreditador de la formación continua de las profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

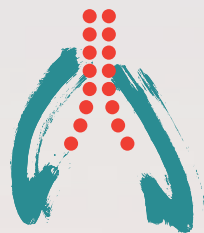
COLABORADORES



www.sogapar.info



Sogapar



FUNDACIÓN
SOGAPAR

#SOGAPAR25

www.sogapar.info