

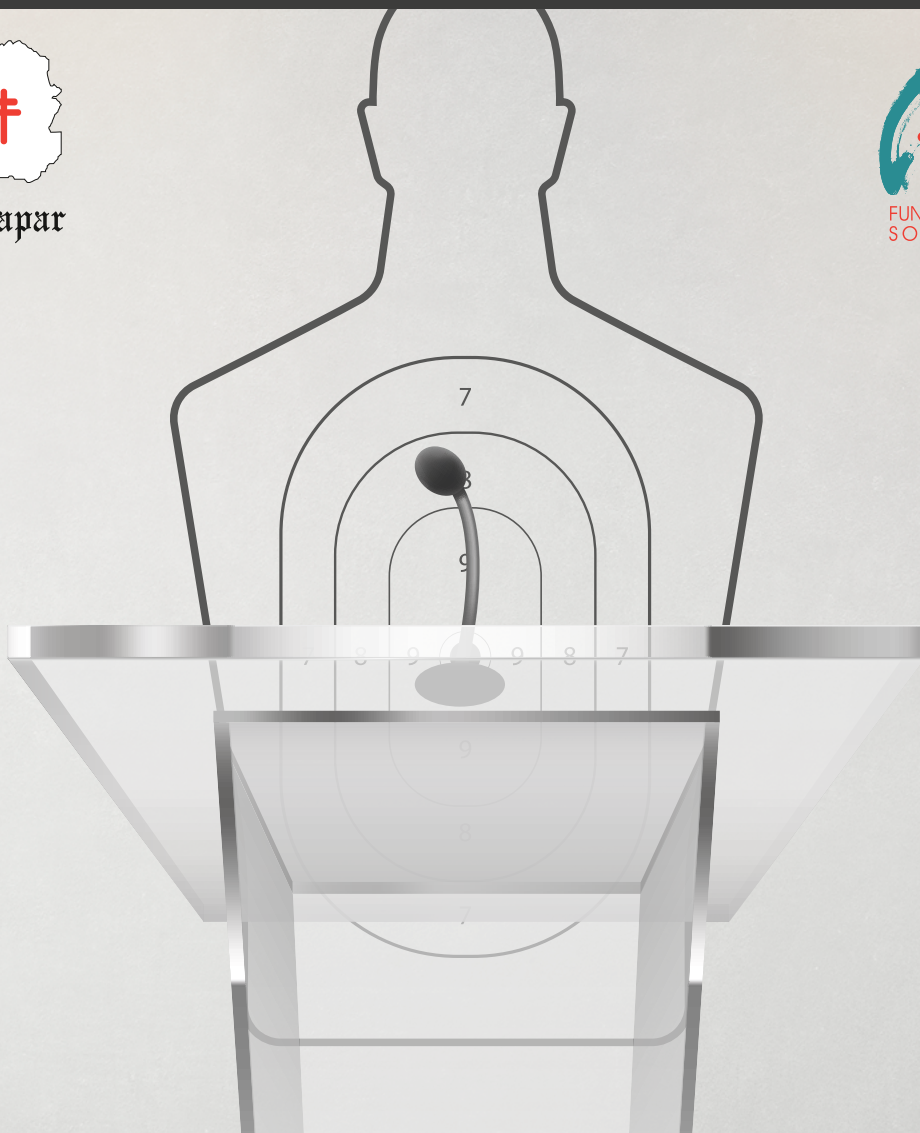


Reunión Anual **SOGAPAR**

25 y 26 de octubre de 2024 • Deputación Provincial de Lugo



Sogapar



PROGRAMA

#SOGAPAR24

www.sogapar.info



JUNTA DIRECTIVA

Presidenta	Marina Blanco Aparicio
Secretaria	M ^a Isabel Otero González
Tesorera	M ^a Elena Toubes Navarro
Vicepresidenta	Eva M. García Fontán
Vocal de A Coruña	Pilar Sanjuan López
Vocal de Ferrol	Santiago Rodríguez-Segade Alonso
Vocal de Lugo	David Dacal Rivas
Vocal de Ourense	José Manuel Álvarez Torres
Vocal de Pontevedra	Christian Anchorena Díaz
Vocal de Santiago	Adriana Lama López
Vocal de Vigo	Montserrat Blanco Ramos

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente	Luis Alejandro Pérez de Llano
Vocales	Nagore Blanco Cid
	David Dacal Rivas
	Esteban Cano Jiménez
	Olalla Castro Añón
	Rafael Golpe Gómez
	Lidia Méndez Marote
	Sonia Paredes Vila
	Antón Penas Truque
	Marco Francisco Pereyra Barrionuevo
	Iria Veiga Teijeiro
	Alejandro Veres Racamonde
	Antonio Mazaira Riocobo

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta	Cristina Represas Represas
Vocales	David Barros Casas
	Dolores Corbacho Abelaira
	María Delgado Roel
	Raquel Ruiz Ferreras
	Lucía Ferreiro Fernández
	Coral González Fernández
	Lara Fontán García-Boente



09:30h - 10:00h | ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

10:00h - 10:15h | BIENVENIDA Y APERTURA

10:15h - 11:00h | **COMUNICACIONES PÓSTERS**

Moderadores:

Dr. David Dacal Rivas. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Dra. Iria Veiga Teijeiro. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

RELACION ENTRE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira Paris, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Lama López, Adriana (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INFLUENCIA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN LAS AGUDIZACIONES Y GRAVEDAD DEL ASMA

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira Paris, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Lama López, Adriana (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

EL TRANSPLANTE DE PULMÓN COMO TRATAMIENTO DE LA SILICOSIS

Berriochoa Rodríguez, Ana (1); Otero González, Isabel (1); Sanjuan López, Pilar (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Duarte Busquet, Darien (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Montero Martínez, Carmen (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

DERRAME PLEURAL NO FILIADO TRAS VIDEOTORACOSCOPIA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Simon, Helen (1); Magdalena Iglesias, Carlos (1); Sacristán Robles, Laura (1); Blanco Ramos, Montserrat (1); Carrasco Rodríguez, Rommel (1); Cañizares Carretero, Miguel Ángel (1); Moldes Rodríguez, Milagros (1); García Fontán, Eva (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN EN SITUACIÓN DE URGENCIA.

Tirados Fernández, Alicia (1); Otero González, Isabel (1); Sanjuán López, Pilar (1); Berriochoa Rodríguez, Ana (1); Duarte Busquet, Darien (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); García Louro, Carmen (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Montero Martínez, Carmen (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO PLEURAL SECUNDARIO A LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Carreiras Cuiña, María (1); Soto, Roi (1); Landín-rey, Elisa (1); Martínez Martínez, Honorio (1); Fanego, Ainoa (1); Ferreiro, Lucía (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Toubes, María Elena (1); Valdés, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

11:00h - 11:30h | PAUSA CAFÉ



11:30h - 13:30h

COMUNICACIONES ORALES

Moderadores:

Dr. David Dacal Rivas. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Dra. Iria Veiga Teijeiro. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

PROPUESTA Y DEFINICIÓN DE UN SISTEMA INTELIGENTE DE SOPORTE A LA DECISIÓN APLICADO EN EL MANEJO DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON UN POSIBLE CUADRO DE COVID-19 BASADO EN TÉCNICAS DE DEEP LEARNING

Corbacho Abelaira, Dolores (1); Casal Guisande, Manuel (2); Corbacho Abelaira, Fernando (3); Arnaiz Fernández, Miguel (3); Trinidad López, Carmen (1); Delgado Sánchez Gracián, Carlos (1); Sánchez Montañés, Manuel (4); Ruano-Raviña, Alberto (5); Fernández-villar, Alberto (6)

(1) Hospital Ribera POVISA; (2) Universidad de Vigo; (3) Cognodata Consulting, Madrid; (4) Universidad Autónoma de Madrid; (5) Universidad de Santiago de Compostela; (6) Hospital Álvaro Cunqueiro

CLUSTERIZACIÓN CLÍNICO-SOCIAL DE PACIENTES CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING Y SU RELACIÓN CON REINGRESOS Y MORTALIDAD

Casal-Guisande, Manuel (1); Represas-represas, Cristina (2); Golpe-Gómez, Rafael (3); Fernández-García, Alberto (4); González-Montaos, Almudena (2); Comesaña-campos, Alberto (5); Pazos-area, Luis (2); Fernández-Villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (4) Hospital Ribera Povisa; (5) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo

ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON EPOC: DESARROLLO DE UN SISTEMA INTELIGENTE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD A UN AÑO TRAS LA EXACERBACIÓN GRAVE

Casal Guisande, Manuel (1); Represas-represas, Cristina (2); Golpe Gómez, Rafael (3); Fernández García, Alberto (4); Villar Aguilar, Laura (2); Comesaña Campos, Alberto (5); Pou Álvarez, Cristina (2); Fernández-villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Hospital Lucus Augusti de Lugo; (4) Hospital Ribera Povisa; (5) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo

¿LA CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD ES SUFICIENTE PARA ESTABLECER CORRECTAMENTE EL PRONÓSTICO DE LAS FORMAS FIBROSANTES?

Vázquez Cortiñas, Eva (1); Villar Gómez, Ana (2); Aburto Barrenechea, Myriam (3); Sellarés Torres, Jacobo (4); Francesqui, Joel (5); Portillo Carroz, Karina (6); Jhuniór Solis Solis, Alan (6); Llanos González, Ana Belén (7); Acosta Fernández, Orlando (7); Cano Jiménez, Esteban (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.; (2) Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. CIBER de respiratorio (CIBERES), Madrid.; (3) Hospital Universitario Galdakao, Galdakao.; (4) Hospital Clínic, Barcelona. CIBER de respiratorio (CIBERES), Madrid.; (5) Hospital Clínic, Barcelona; (6) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.; (7) Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz De Tenerife.

DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL CÁLCULO E INTERPRETACIÓN DE LA CARGA HIPÓXICA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA APNEA DEL SUEÑO APOYADA EN UN SISTEMA EXPERTO

Casal Guisande, Manuel (1); Mosteiro Añón, Mar (2); Torres Durán, María (2); González Montaos, Almudena (2); Muñoz Martínez, María José (2); Santamaría López, Helena (2); Comesaña Campos, Alberto (3); Fernández Villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo



FALLO PRIMARIO Y SECUNDARIO DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

Dacal Rivas, David (1); Martínez Moragón, Eva (2); Plaza, Vicente (3); Cisneros Serrano, Carolina (4); Benchimol, Cristina (3); Izaguirre Flores, Hemily (5); Sánchez Cuéllar, Silvia (6); Martínez Pitarch, María Dolores (7); Fernández Aracil, Cleofé (8); Pérez De Llano, Luis (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Universitario Doctor Peset; (3) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; (4) Hospital Universitario de La Princesa; (5) Hospital Universitario de Canarias; (6) Hospital Universitario Ramón y Cajal; (7) Hospital Lluís Alcanyis; (8) Hospital Universitario Doctor Balmis

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN EL GENOTIPO DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN EL SUROESTE DE GALICIA

García Rodríguez, María Esmeralda (1); Torres Durán, María Luisa (1); Ruano Raviña, Alberto (2); Tubío Pérez, Ramón Antonio (3); Priegue Carrera, Ana (1); Almeida Carrete, Liza (1); Villar Aguilar, Laura (1); Vilariño Pombo, Carlos (4); Fernandez Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (4) Hospital Ribera Poviisa

LA DIABETES MELLITUS CON MAL CONTROL GLUCÉMICO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA LA NEUMONÍA EN LA EPOC.

Morote Bravo, Belén (1); Golpe Gómez, Rafael (1); Figueira Gonçalves, Juan Marco (2); Arias Zas, Laura (1); Dacal Rivas, David (1); Blanco Cid, Nagore (1); Castro Añón, Olalla (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

EXPERIENCIA CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) Y GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO (GNAF) COMO SOPORTE DURANTE FIBROBRONCOSCOPIA.

Rodríguez Otero, Iván (1); Botana Rial, Maribel (1); González Montaos, Almudena (1); Torres Durán, María (1); Muñoz Martínez, María José (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Mosteiro Añón, Mar (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

RESULTADOS DE PLEURODESIS CON TALCO SLURRY PARA EL MANEJO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM)

Gómez Corredoira, Eva (1); Botana Rial, María Isabel (1); Núñez Delgado, Manuel (2); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Fernández Granda, Ignacio (1); Vargas Ursua, Fernando (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Pintos Louro, Manuel (1); Fernández Villar, Jose Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON TEZEPELUMAB

Blanco Aparicio, Marina (1); Berriochoa, Ana (1); Duarte Busquet, Darien (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Montero Martínez, Carmen (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INFECCIÓN POR TRICHOSPORON INKIN EN TRASPLANTE PULMONAR: INFECCIÓN POCO FRECUENTE, ¿O NO TANTO?

Fernández Granda, Ignacio (1); Alonso Moralejo, Rodrigo (2); Quezada Loaiza, Carlos Andrés (2); Pérez González, Virginia Luz (2); De Pablo Gafas, Alicia (2); López-Medrano, Francisco (2); Martínez Serna, Iván (2); Pérez Ayala, Ana (2)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Hospital Universitario 12 de Octubre

13:45 - 15:30h

ALMUERZO DE TRABAJO



16:00h - 16:15h

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO Y EXPLICACIÓN DEL FORMATO

Dr. Luis Pérez de Llano. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

16:15h - 17:15h

EPOC

Moderadores:

Dra. Carlota Rodríguez García. *C.H.U. de Santiago de Compostela*

Dr. Adolfo Baloiira Villar. *C.H.U. de Pontevedra*

Ponentes:

Dr. Rafael Golpe Gómez. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Dr. Santiago Rodríguez-Segade Alonso. *C.H.U. de Ferrol*

17:15h - 17:30h

INAUGURACIÓN OFICIAL

17:30h - 18:30h

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Moderadores:

Dr. Juan Suárez Antelo. *C.H.U. de Santiago de Compostela*

Dr. Esteban Cano Jiménez. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Ponentes:

Dra. Virginia Leiro Fernández. *H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo*

Dr. Jacobo Sellares Torres. *Hospital Clínic de Barcelona*

18:30h - 19:00h

PAUSA CAFÉ

19:00h - 20:00h

ASMA

Moderadores:

Dra. Dolores Corbacho Abelaria. *Hospital POVISA, Vigo*

Dr. Luis Domínguez Juncal. *C.H.U. de A Coruña*

Ponentes:

Dra. Coral Gonzalez Fernández. *C.H.U. de Ourense*

Dra. Eva Martínez Moragón. *Hospital Dr Pesset de Valencia*

20:00h - 21:00h

ASAMBLEA SOGAPAR

21:30h

CENA Y ENTREGA DE PREMIOS



09:30h - 10:30h

CÁNCER DE PULMÓN

Moderadores:

Dra. Eva García Fontán. *H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo*

Dra Mercedes de la Torre Bravos. *C.H.U. de A Coruña,*

Ponentes:

Dra. Montserrat Blanco Ramos. *H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo*

Dra. María Delgado Roel. *C.H.U. de A Coruña*

Dr. Luis Ángel León Mateos. *C.H.U. de Santiago de Compostela*

10:30h - 11:30h

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Moderadoras:

Dra Isabel Otero. *C.H.U. de A Coruña*

Dra. Olalla Castro Añón. *H.U. Lucus Augusti, Lugo*

Ponentes:

Dra. Amaya Martínez Meñaca. *H.U. Marqués de Valdecilla, Santander*

Dr. Ricardo Aguilar. *Hospital Clínic de Barcelona*

11:30h - 12:00h

PAUSA CAFÉ

12:00h - 12:45h

LA CARRERA UNIVERSITARIA PARA CLÍNICOS

Dr. Jose Luis López Campos. *H.U. Virgen del Rocío*

12:45h - 13:45h

VENTILACIÓN Y SUEÑO

12:45h - 13:15h

Mesa VNI: Novedades y perspectivas futuras en las terapias de soporte no invasivas. ¿Realidad o ficción?

Moderadora:

Dra. Montserrat Díaz Gutiérrez. *C.H.U. de Ourense*

Ponente:

Dra. Angélica Consuegra Vanegas. *C.H.U. de A Coruña*

13:15h - 13:45h

Mesa Sueño: Apnea Obstructiva del sueño: nuevos dispositivos y tratamientos alternativos.

Moderadora:

Dra. Romina Abelleira París. *C.H.U. de Santiago de Compostela*

Ponente:

Dra. María José Muñoz Martínez. *H.U. Álvaro Cunqueiro, Vigo*



COMUNICACIONES POSTER

RELACIÓN ENTRE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira Paris, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Lama López, Adriana (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

La asociación entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y el metabolismo de la glucosa sigue siendo controvertida. Este estudio investiga la relación entre la AOS y la diabetes mellitus tipo 2 (DM) y prediabetes (preDM) incidentes, así como el efecto del tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) a largo plazo.

Métodos

Estudio de seguimiento en cohorte retrospectiva clínica de pacientes con AOS y controles seleccionados de manera aleatoria. Los datos sobre DM incidente y preDM, así como de la CPAP se obtuvieron de los registros hospitalarios. La relación entre AOS basal y la DM incidente se examinó con modelos de regresión de Cox.

Resultados

De un total de 356 pacientes, 169 con AOS y 187 controles fueron seguidos por una mediana de 98 meses; 47 enfermos (13,2%) desarrollaron DM y 43 (12,1%) preDM. La incidencia acumulada a los cinco años de DM fue de 10,7% (6,5-13,9%). De los sujetos con preDM en la muestra basal, 87% evolucionaron a DM incidente. Se demuestra que el índice de masa corporal (IMC), la hipoxia nocturna y el índice de apnea hipopnea (IAH) son factores de riesgo para el desarrollo de DM, y que la CPAP los disminuye.

Conclusiones

Los pacientes con AOS tienen mayor probabilidad de desarrollar DM. Los factores de riesgo implicados son el IMC, la hipoxia nocturna y el IAH. El uso regular de CPAP a largo plazo se asoció con una disminución de estos.



INFLUENCIA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN LAS AGUDIZACIONES Y GRAVEDAD DEL ASMA

Fanego Insua, Ainoa (1); Abelleira París, Romina (1); Zamarrón Sanz, Carlos (1); Riveiro Blanco, Vanessa (1); Toubes Navarro, María Elena (1); Rábade Castedo, Carlos (1); Lama López, Adriana (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Ferreiro Fernández, Lucía (1); Valdés Cuadrado, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivo

La apnea obstructiva del sueño (AOS) y el asma son dos patologías altamente prevalentes. Existe evidencia creciente de que ambas podrían tener una relación bidireccional por eso es importante averiguar los factores que las asocian para identificarlas de manera precoz.

Método

Estudio descriptivo observacional de pacientes a seguimiento en una consulta monográfica de sueño por una AOS. Se realizó un análisis descriptivo junto con un análisis univariante mediante test Chi-cuadrado y test t-Student para analizar variables predictoras de exacerbación asmática y asma grave. Para identificar variables asociadas a la gravedad y al riesgo de exacerbación se realizó una regresión logística binaria.

Resultados

Se seleccionaron un total de 51 pacientes. 55% varones y 45% mujeres. La edad media fue de $59 \pm 12,1$ (32-78) años, IMC $35,16 \pm 6,08$ (24,60-53,2), IAH: $47,17 \pm 20,48$ (16,5-93,1), PCR $0,57 \pm 0,71$ (0,04-2,8). El número de pacientes que presentaron agudizaciones de asma fue de 18 (35,3%). El número de pacientes con asma grave (escalón 5 y 6) fue 25 (49%). El sexo masculino, el uso de corticoides nasales y presentar un menor tiempo de SatO₂ <90% (CT90) por la noche se asocia a no presentar exacerbaciones asmáticas en el análisis univariante. Los factores predictores asociados a la gravedad del asma fueron: menor función pulmonar (FEV1), presencia de poliposis nasal y aumento del índice apnea-hipopnea (IAH).

Conclusiones

Ser varón, utilizar corticoides nasales y tener un menor CT90 se asocia a no presentar agudizaciones asmáticas. Un menor FEV1, tener poliposis nasal y mayor IAH son predictores asociados a la gravedad del asma.



EL TRASPLANTE DE PULMÓN COMO TRATAMIENTO DE LA SILICOSIS

Berriochoa Rodríguez, Ana (1); Otero González, Isabel (1); Sanjuan López, Pilar (1); Tirados Fernández, Alicia (1); Duarte Busquet, Darien (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); Montero Martínez, Carmen (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

La silicosis es una enfermedad profesional que aparece tras la inhalación repetida de partículas de sílice. En fases evolucionadas, el trasplante pulmonar es el único tratamiento disponible. El objetivo de este estudio es analizar las características de los trasplantados de pulmón por silicosis en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes trasplantados de pulmón por silicosis en el CHUAC entre 2010 y 2023. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes recogiendo las distintas variables.

Resultados

Se incluyeron 32 pacientes (30 hombres), con una edad media de 52.7 años en el momento del trasplante. El 53% fueron bipulmonares. El 18.8% tenía hipertensión arterial, el 31.3% dislipemia, el 3% diabetes mellitus y el 50% eran exfumadores. El motivo de inclusión en lista fue insuficiencia respiratoria y disnea invalidante en todos, y en uno, además, la existencia de neumotórax con fuga persistente. En el estudio pre-trasplante se observó una media de FVC del 53%, FEV1 del 33% y 261 metros recorridos en el test de la marcha de 6 minutos. La media de días en lista de espera fue 149, en Reanimación 15 y de ingreso en total 60. Precisarón soporte circulatorio 5 pacientes (16%): 4 circulación extracorpórea y 1 ECMO veno-arterial. El 9.4% de los pacientes presentaron parálisis frénica, requiriendo VMNI domiciliaria el 6.3%. Un paciente (3%) murió durante la cirugía y 2 (6%) durante el postoperatorio inmediato. En el seguimiento, el 23.3% tuvieron estenosis de la vía aérea y el 34,4% disfunción crónica del injerto (54.5% tipo BOS). La mediana de supervivencia fue 6 años, y la supervivencia a 1 y 5 años del 87.8% y 56.2% respectivamente.

Conclusiones

El trasplante pulmonar es una opción terapéutica válida en los pacientes con silicosis evolucionada con resultados a largo plazo similares a otras patologías.



DERRAME PLEURAL NO FILIADO TRAS VIDEOTORACOSCOPIA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Simon, Helen (1); Magdalena Iglesias, Carlos (1); Sacristán Robles, Laura (1); Blanco Ramos, Montserrat (1); Carrasco Rodríguez, Rommel (1); Cañizares Carretero, Miguel Ángel (1); Moldes Rodríguez, Milagros (1); García Fontán, Eva (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

Objetivo

Describir nuestra experiencia con aquellos derrames pleurales (DP) que presentaron una histología no concluyente tras la biopsia VTC comparando la supervivencia de estos casos con los que obtuvieron un diagnóstico de benignidad o de neoplasia.

Material y métodos

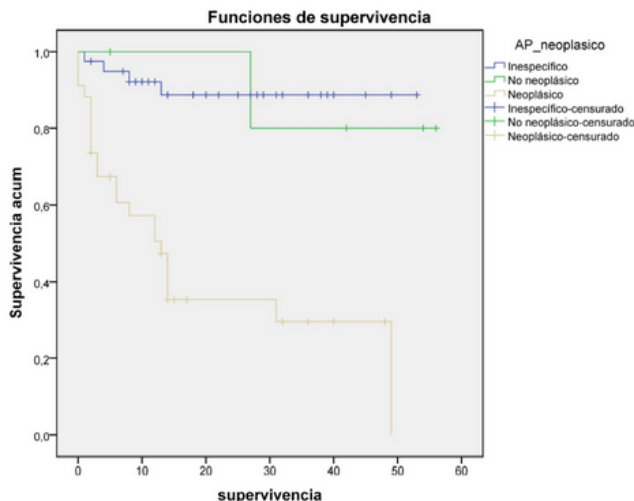
Análisis retrospectivo de 80 pacientes tratados entre los años 2019 y 2023 con el diagnóstico de DP.

Resultados

La edad media fue de 67,45 años. 55 eran hombres y 25 mujeres. El hemitórax más afectado fue el derecho (61%). 30 pacientes, presentaban antecedentes oncológicos, entre los que destacaban el adenocarcinoma de pulmón (6) y el adenocarcinoma de mama (5). La media de días de retirada del drenaje fue de 1,96 días. La estancia media de hospitalización fue de 5,96 días. En todos los casos se realizó una biopsia pleural vía VTC así como pleurodesis en 22 pacientes y decorticación en 4. El estudio anatomopatológico identificó a 34 biopsias como proliferaciones neoplásicas, 40 como inespecíficas y 6 no neoplásicas. En el grupo con biopsia inespecífica fallecieron 4 pacientes, dos de ellos por procesos neoplásicos y los otros dos por un proceso no oncológico. Al comparar la supervivencia de los tres grupos mediante análisis univariante (neoplásicos, no neoplásicos e inespecíficos), encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia fundamentalmente debida a los primeros -media estimada de 20,35 meses (IC95% 12,98 - 27,73) frente a 50,2 (IC95% 40,03 - 60,36) y 47,82 (IC95% 43,02 - 52,62) respectivamente- ($p < 0,0001$). Al eliminar los pacientes con diagnóstico neoplásico del análisis, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia global entre los dos grupos restantes -no neoplásicos e inespecíficos- ($p = 0,773$).

Conclusiones

En nuestra serie, podemos decir que los pacientes que tras una VTC presentan un diagnóstico de DP inespecífico no son infradiagnosticados y presentan una supervivencia similar a aquellos pacientes con diagnóstico de derrame pleural no neoplásico.





PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN EN SITUACIÓN DE URGENCIA.

Tirados Fernández, Alicia (1); Otero González, Isabel (1); Sanjuán López, Pilar (1); Berriochoa Rodríguez, Ana (1); Duarte Busquet, Darien (1); Álvarez Moyano, Enriqueta (1); Varona Galán, Berta (1); García Louro, Carmen (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Montero Martínez, Carmen (1)
(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

El trasplante pulmonar (TP) supone en una alternativa terapéutica consolidada para aquellos pacientes que sufren una enfermedad respiratoria avanzada cuya situación clínica ha empeorado a pesar del tratamiento médico máximo y que no presentan contraindicaciones para el procedimiento. La selección de los pacientes candidatos a TP es un proceso complejo y las decisiones son consensuadas por un comité multidisciplinar. De forma general, se debe plantear el TP en aquellos pacientes en los que el riesgo del trasplante, tanto por la intervención quirúrgica como por las posibles complicaciones futuras, sea menor que el propio riesgo de la enfermedad que padece. La ONT describe a los candidatos a trasplante pulmonar en preferencia nacional como aquellos pacientes en situación de riesgo vital, para poder objetivar este parámetro se requiere un LAS mayor de 50.

Objetivos

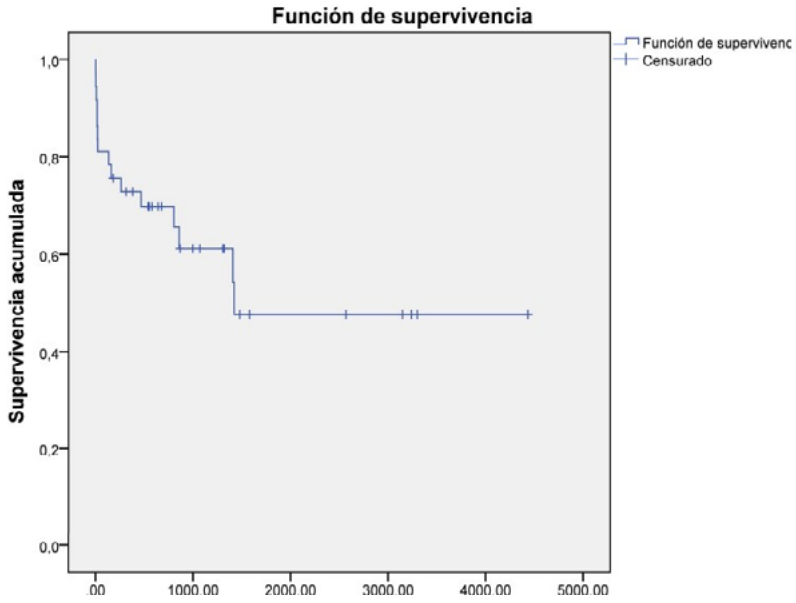
El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características y supervivencia de los pacientes trasplantados en situación de preferencia e investigar el impacto del uso previo de ventilación mecánica invasiva (VMI) en la supervivencia tras el trasplante.

Material y métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes que han sido trasplantados en nuestro centro en situación de preferencia. Las características de los receptores, de los donantes, procedimiento quirúrgico y complicaciones del mismo y las variables post-operatorias fueron recogidas de nuestra base de datos y de la historia clínica electrónica.

Resultados

Se realizaron 37 trasplantes en situación de preferencia desde 2012 a 2024. La edad media en el momento del trasplante fue de 43 años ($\pm 16,9$ años), siendo 19 hombres (51,4%) y 18 mujeres (48,6%). Se realizó trasplante bipulmonar en 24 casos (64,9%), unipulmonar izquierdo en 10 (27%) y unipulmonar derecho en 3 (8,1%). Entre los diferentes casos había 11 retrasplantes (29,7%), todos ellos realizados en situación de preferencia. Hasta la fecha de hoy (09/09/24) fallecieron 13 pacientes (35,1%). La supervivencia media de los pacientes fue de 31,8 meses, con un mínimo de un día y un máximo de 12 años. En los 11 pacientes (29,7%) que fueron sometidos a VMI previamente al trasplante hubo 4 fallecidos (10,8%) y entre los 26 que no necesitaron VMI (70,3%) fallecieron 9 (24,3%), sin resultar estadísticamente significativa su relación con la supervivencia.





CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO PLEURAL SECUNDARIO A LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Carreiras Cuiña, María (1); Soto, Roi (1); Landín-rey, Elisa (1); Martínez Martínez, Honorio (1); Fanego, Ainoa (1); Ferreiro, Lucía (1); Rodríguez Núñez, Nuria (1); Toubes, María Elena (1); Valdés, Luis (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos

Describir las características del líquido pleural en pacientes con infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos

Búsqueda sistemática de la literatura utilizando la metodología PRISMA de estudios que describen las características de DP de pacientes con SARS-CoV-2 y el tratamiento de la EP.

Resultados

Se incluyeron 18 artículos (32 pacientes y 37 muestras de DP). La mediana de edad fue 61 años (rango, 25-81), relación hombre/mujer 5,4:1. El derrame pleural (DP) fue predominantemente unilateral (71,4%), sin distinción entre un lado y otro; solía extenderse sobre 2/3 del hemitórax (50%) y su aspecto era variable [seroso (50%), hemático o serohemático (28,1%) y purulento (21,9%)]. El LP fue exudado en el 88,9% de los casos, pero con valores de proteína del LP y del cociente LP/proteína sérica inferiores a 3 g/dL y 0,5 en el 36,7% y el 54,5%, respectivamente. Los valores de pH y glucosa fueron inferiores a 7,20 y 60 mg/dL en el 28,6 y el 24% de los casos, respectivamente. El predominio ($\geq 50\%$) de neutrófilos fue mayor que el de linfocitos/monocitos [12/26 (46,2%) vs 7/26 (26,9%), respectivamente]. La PCR en LP fue positiva para SARS-CoV-2 en 6/23 casos (26,1%) y para otros gérmenes en 8 (5 bacterias y 3 hongos). A casi todos los pacientes se les realizó drenaje de líquidos y varió el tratamiento médico que recibieron los casos con PCR positiva para SARS-CoV-2 en LP. Se produjo una mejora evolutiva en 25 casos y 9 casos fallecieron (36%).

Conclusiones

El DP es más frecuente en varones de 50 a 80 años, generalmente unilateral y de gran tamaño. Su aspecto es variable, con características de exudado LDH-discordante, habitualmente de predominio neutrofilico, con tratamiento como el de cualquier otro EP y con una mortalidad importante.



COMUNICACIONES ORALES

PROPUESTA Y DEFINICIÓN DE UN SISTEMA INTELIGENTE DE SOPORTE A LA DECISIÓN APLICADO EN EL MANEJO DE PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON UN POSIBLE CUADRO DE COVID-19 BASADO EN TÉCNICAS DE DEEP LEARNING

Corbacho Abelaira, Dolores (1); Casal Guisande, Manuel (2); Corbacho Abelaira, Fernando (3); Arnaiz Fernández, Miguel (3); Trinidad López, Carmen (1); Delgado Sánchez Gracián, Carlos (1); Sánchez Montañés, Manuel (4); Ruano-Raviña, Alberto (5); Fernández-villar, Alberto (6)

(1) Hospital Ribera POVISA; (2) Universidad de Vigo; (3) Cognodata Consulting, Madrid; (4) Universidad Autónoma de Madrid; (5) Universidad de Santiago de Compostela; (6) Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción y objetivo

La pandemia de COVID-19 ha transformado drásticamente la visión sobre la integración de la tecnología en la medicina, poniendo a prueba la capacidad de los sistemas de salud para tomar decisiones rápidas y efectivas, especialmente en servicios de urgencias desbordados.

Presentamos un Sistema Inteligente de Soporte a la Decisión aplicado en el manejo de pacientes sospechosos de padecer neumonía COVID-19 a su llegada al servicio de urgencias.

Material y método

Se despliegan dos módulos que discurren de forma secuencial, basados en Redes Neuronales Convolucionales: (fig.1)

El primero: DIAGNÓSTICO: escala 0-100, emplea DenseNet-121, para identificar si se existe neumonía en la Radiografías de Tórax (RT)

El segundo: SEVERIDAD, utiliza COVID-Net CXR-S, busca cuantificar la severidad de la opacidad del espacio aéreo en la RT (ASOS): escala 0-24.

Esta arquitectura plantea la Generación de Alertas y Toma de Decisiones:

- Presenta neumonía y $0 \leq \text{ASOS} < 5$: seguimiento
- Presenta neumonía y $5 \leq \text{ASOS} < 15$: hospitalización.
- Presenta neumonía y $15 \leq \text{ASOS} \leq 24$: ingreso en UCI.

Base de RT Povisa: 2438 RT:1450 neumonía (59.5%) /988 no neumonía (40.5%).533 RT para pruebas test en el primer módulo y 200 para el segundo.

Resultados

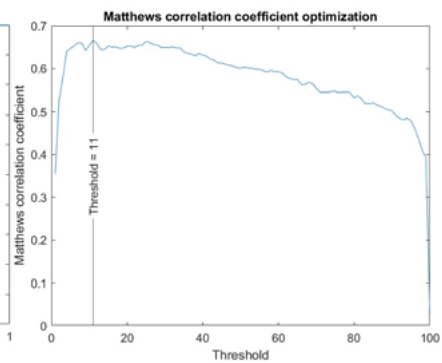
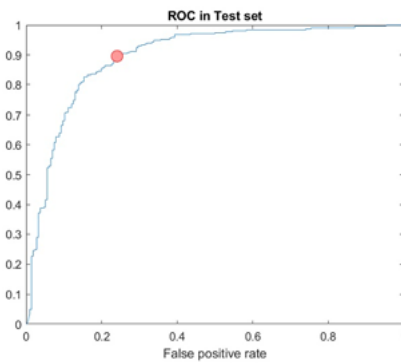
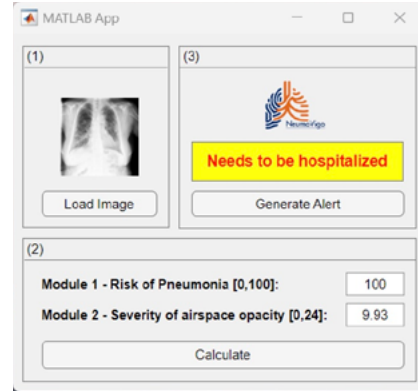
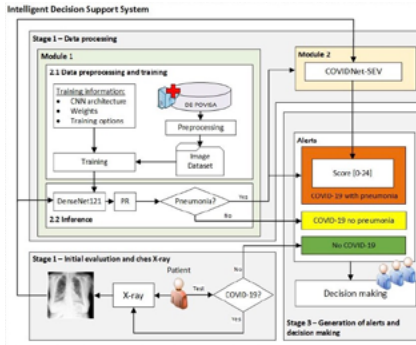
Los resultados obtenidos en el conjunto de prueba: (fig. 2)

AUC > 0.9 para módulo DIAGNÓSTICO.

Root Mean Squared Error próximos a 6 para módulo SEVERIDAD.

Conclusiones

Estos hallazgos subrayan la capacidad del sistema para actuar como aliado fiable en la lucha contra el COVID-19, mejorando significativamente la gestión de pacientes en entornos de urgencia. En el futuro, se plantea la necesidad de expandir y profundizar en la validación de este sistema en otras patologías, además de desarrollar técnicas de explicabilidad





CLUSTERIZACIÓN CLÍNICO-SOCIAL DE PACIENTES CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING Y SU RELACIÓN CON REINGRESOS Y MORTALIDAD

Casal-Guisande, Manuel (1); Represas-represas, Cristina (2); Golpe-Gómez, Rafael (3); Fernández-García, Alberto (4); González-Montaos, Almudena (2); Comesaña-campos, Alberto (5); Pazos-area, Luis (2); Fernández-Villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo; (4) Hospital Ribera Povisa; (5) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo

Objetivo

Identificar perfiles clínico-sociales en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC mediante Machine Learning (ML) no supervisado, evaluar su impacto en el consumo de recursos y pronóstico, y desarrollar un Sistema Inteligente de Soporte a la Decisión Clínica (SISDC) que permita asignar nuevos pacientes a los grupos con un conjunto reducido de variables.

Material y métodos

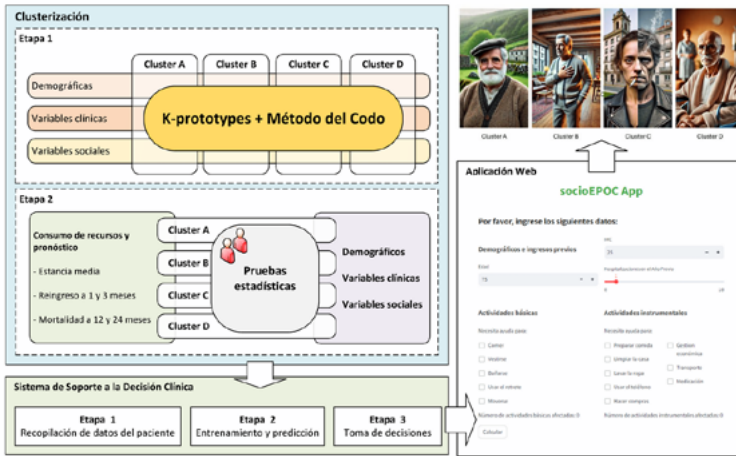
Se analizó una cohorte de 524 pacientes hospitalizados por AEPOC entre 2018 y 2022 en dos hospitales (Álvaro Cunqueiro y Lucus Augusti), con datos demográficos, clínicos y sociales. Se utilizaron k-prototypes y el método del codo para identificar cuatro clústeres, evaluando sus diferencias con pruebas estadísticas. Posteriormente, se desarrolló el SISDC basado en Random Forest y Recursive Feature Elimination, el cual se implementó en una aplicación web.

Resultados

Se identificaron cuatro clústeres. El clúster A, el más frecuente, incluye a varones con una enfermedad menos grave, que residen en zonas rurales, con buenas relaciones sociales y baja dependencia, mostrando un consumo moderado de recursos y un pronóstico favorable. El clúster B, formado por pacientes mayores, principalmente varones, con comorbilidades cardiovasculares y un alto uso de oxigenoterapia, residentes en áreas urbanas, presentó un riesgo intermedio de reingreso y mortalidad, respaldado por una mejor situación económica y social. El clúster C, el más joven, con una mayor proporción de mujeres, bajo IMC, tabaquismo y ansiedad, mostró un índice considerable de reingresos, aunque sin un pronóstico marcadamente desfavorable. Finalmente, el clúster D, compuesto por pacientes más dependientes y con relaciones limitadas al núcleo familiar, mostró el peor pronóstico y mayor consumo de recursos. El SISDC demostró una alta capacidad predictiva, asignando nuevos pacientes con solo 5 variables y alcanzando AUC superiores a 0.9.

Conclusiones

El uso de técnicas de ML permitió identificar perfiles heterogéneos de pacientes, subrayando la importancia de los factores sociales.



Variable	Resumen general (n = 524)	Clúster A (n = 182)	Clúster B (n = 92)	Clúster C (n = 86)	Clúster D (n = 164)	Comparaciones Significativas
% Sexo hombre	71.67 (73.63-81.72)	79.12 (73.22-85.03)	86.96 (80.07-93.84)	61.63 (51.35-71.91)	79.27 (73.06-85.47)	A ≠ B; p<0.004, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.004
Edad	70.30 ± 9.35	70.31 ± 7.80	73.62 ± 8.28	59.48 ± 7.76	74.11 ± 7.80	A ≠ B; p<0.002, A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
IMC	27.81 ± 6.18	29.01 ± 6.37	27.39 ± 5.76	25.30 ± 6.51	28.03 ± 5.63	A ≠ C; p<0.001, B ≠ C; p<0.008, C ≠ D; p<0.001
% Tabaquismo activo	35.31 (28.42-42.19)	30.22 (23.55-36.89)	21.74 (13.31-30.17)	79.07 (70.47-87.67)	25.61 (18.93-32.29)	A ≠ C; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% Etilismo	15.46 (7.59-23.33)	12.09 (7.36-16.82)	13.04 (6.16-19.93)	27.91 (18.43-37.39)	14.02 (8.17-19.24)	A ≠ C; p<0.002, B ≠ C; p<0.023, C ≠ D; p<0.012
% Otras drogas	5.53 (0.00-13.86)	1.65 (0.00-3.50)	1.09 (0.00-3.21)	24.42 (15.34-33.50)	2.44 (0.08-4.80)	A ≠ C; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
Nº hospitalizaciones año previo	0.83 ± 1.30	0.10 ± 0.33	1.67 ± 1.14	0.87 ± 1.23	1.16 ± 1.65	A ≠ B; p<0.001, A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001
% Cultivo esputo previo	24.24 (16.78-31.69)	14.29 (9.20-19.37)	38.04 (28.12-47.96)	17.44 (9.42-25.46)	31.10 (24.02-38.18)	A ≠ B; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.004, C ≠ D; p<0.030
% Vacunación antineumocócica	62.02 (56.75-67.30)	73.08 (66.63-79.52)	81.52 (73.59-89.45)	19.77 (11.35-28.18)	60.98 (53.51-68.44)	A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.022, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% Vacunación antigripal	78.82 (74.88-82.76)	88.46 (83.82-93.10)	93.48 (88.43-98.52)	36.05 (25.90-46.20)	82.32 (76.48-88.16)	A ≠ B; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.021
Eosinófilos totales	130.10 ± 170.24	127.97 ± 179.48	118.68 ± 151.96	159.78 ± 201.41	123.29 ± 150.28	No significativas
FEV1 porcentual	44.43 ± 15.45	47.64 ± 16.02	42.48 ± 14.24	43.35 ± 14.98	42.53 ± 15.26	A ≠ B; p<0.007, A ≠ C; p<0.040, A ≠ D; p<0.003
Dísculo mMRC	2.27 ± 0.89	1.79 ± 0.71	2.27 ± 0.81	2.07 ± 0.76	2.90 ± 0.80	A ≠ B; p<0.001, A ≠ C; p<0.005, A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
Puntuación CAT	20.87 ± 7.29	18.96 ± 7.20	20.46 ± 6.62	20.08 ± 7.72	23.65 ± 6.73	A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% Anemia	11.83 (3.79-19.87)	8.24 (4.25-12.24)	16.30 (8.76-23.85)	0.00 (0.00-0.00)	19.51 (13.45-25.58)	A ≠ C; p<0.014, A ≠ D; p<0.004, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% Cardiopatía	29.58 (22.40-36.77)	19.78 (13.99-25.57)	55.43 (45.22-65.59)	4.65 (0.20-9.10)	39.02 (31.56-46.49)	A ≠ B; p<0.001, A ≠ D; p<0.002, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% AOS	17.56 (9.78-25.33)	17.58 (12.05-23.10)	17.39 (9.65-25.14)	12.79 (5.73-19.84)	20.12 (14.95-25.29)	No significativas
% Depresión/Ansiedad	22.14 (14.58-29.69)	14.84 (9.67-20.00)	14.13 (7.00-21.25)	27.91 (18.43-37.39)	31.71 (24.59-38.83)	A ≠ C; p<0.017, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.038, C ≠ D; p<0.001
% HTA	47.14 (40.91-53.36)	42.31 (35.13-49.49)	71.74 (62.55-80.94)	18.60 (10.38-26.83)	53.66 (46.03-61.29)	A ≠ B; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.007
% Arteriopatía	19.27 (11.58-26.97)	14.29 (9.20-19.37)	22.83 (14.26-31.40)	10.47 (4.01-16.93)	27.44 (20.61-34.27)	A ≠ D; p<0.045, B ≠ D; p<0.004, C ≠ D; p<0.003
% Diabetes	21.95 (14.38-29.51)	20.88 (14.97-26.78)	26.09 (17.11-35.06)	8.14 (2.36-13.92)	28.05 (21.17-34.92)	A ≠ C; p<0.015, A ≠ D; p<0.003, C ≠ D; p<0.001
% Neoplasia activa	5.72 (2.59-8.85)	5.49 (2.18-8.81)	7.61 (2.19-13.02)	2.33 (0.04-4.66)	6.71 (3.14-10.27)	No significativas
% OCD	46.95 (40.71-53.18)	32.42 (25.62-39.22)	63.04 (53.17-72.91)	23.26 (14.33-32.18)	66.46 (59.24-73.69)	A ≠ B; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% VNI	14.89 (6.99-22.78)	11.54 (6.18-16.90)	19.57 (11.46-27.67)	8.14 (2.36-13.92)	19.51 (13.45-25.58)	No significativas
% Corticoides inhalados al alta	64.12 (59.00-69.25)	60.99 (54.40-67.58)	65.22 (55.87-74.56)	63.95 (54.37-73.54)	67.07 (60.09-74.05)	No significativas
% Nivel estudios: Primarios	83.59 (80.12-87.06)	83.52 (78.13-88.91)	82.61 (74.86-90.35)	76.74 (67.82-85.66)	87.80 (82.80-92.79)	C ≠ D; p<0.037
% Residencia en el rural	51.53 (45.57-57.49)	67.03 (60.20-73.86)	42.39 (32.29-52.49)	36.05 (25.90-46.20)	47.56 (39.92-55.20)	A ≠ B; p<0.001, A ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.019, C ≠ D; p<0.001
% Ingresos mensuales < 800€	57.44 (51.86-63.03)	57.14 (49.95-64.33)	44.52 (34.41-54.73)	69.77 (60.06-79.48)	58.54 (50.99-66.09)	B ≠ C; p<0.015, B ≠ D; p<0.004, C ≠ D; p<0.041
% Situación laboral activo	4.58 (0.00-12.93)	2.75 (0.37-5.12)	2.17 (0.00-5.15)	19.77 (11.35-28.18)	0.00 (0.00-0.00)	A ≠ C; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
% Vivienda en propiedad	70.42 (65.76-75.09)	84.62 (79.37-89.86)	71.74 (62.55-80.94)	32.56 (22.66-42.46)	73.78 (66.95-80.60)	A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.018, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.003, C ≠ D; p<0.001
% Vive solo	17.56 (9.78-25.33)	22.53 (16.46-28.60)	15.22 (8.80-21.64)	30.23 (20.53-39.94)	6.71 (3.14-10.27)	A ≠ B; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.048, C ≠ D; p<0.001
% Relaciones sociales restringidas a la familia	19.66 (11.98-27.33)	11.54 (6.90-16.19)	8.70 (3.29-14.12)	36.05 (25.90-46.20)	36.59 (28.99-44.19)	A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001
% Utilización de servicios sociales en los dos años previos	24.24 (16.78-31.69)	17.03 (12.05-23.10)	17.39 (9.65-25.14)	29.07 (19.37-38.77)	35.37 (28.12-42.62)	A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.004, C ≠ D; p<0.030
Nº ABVD alteradas	0.74 ± 1.28	0.01 ± 0.10	0.01 ± 0.10	0.05 ± 0.21	2.33 ± 1.24	A ≠ B; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, C ≠ D; p<0.001
Nº ABVD alteradas	3.06 ± 2.53	2.01 ± 1.99	2.78 ± 2.10	1.10 ± 1.57	5.42 ± 1.88	A ≠ B; p<0.005, A ≠ C; p<0.001, A ≠ D; p<0.001, B ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.001
Días de estancia	7.45 ± 6.05	6.69 ± 6.63	7.12 ± 3.63	6.40 ± 3.73	9.04 ± 7.07	A ≠ B; p<0.017, A ≠ D; p<0.001, C ≠ D; p<0.002
% Reingreso a 30 días	18.08 (10.30-25.86)	12.64 (7.81-17.46)	17.39 (9.65-25.14)	13.95 (6.63-21.28)	28.66 (21.74-35.58)	A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.041, C ≠ D; p<0.021
% Reingreso a 90 días	36.35 (29.49-43.21)	24.18 (17.96-30.40)	38.04 (28.12-47.96)	32.56 (22.66-42.46)	52.44 (44.80-60.08)	A ≠ C; p<0.045, A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.029, C ≠ D; p<0.006
% Muerte a 12 meses	17.94 (10.18-25.70)	9.89 (5.55-14.23)	18.48 (10.55-26.41)	8.14 (2.36-13.92)	31.71 (24.59-38.83)	A ≠ C; p<0.001, B ≠ D; p<0.033, C ≠ D; p<0.001
% Muerte a 24 meses	26.91 (19.59-34.23)	14.84 (9.67-20.00)	30.43 (20.99-39.84)	11.63 (4.85-18.40)	46.34 (38.71-53.97)	A ≠ B; p<0.004, A ≠ D; p<0.001, B ≠ D; p<0.019, C ≠ D; p<0.001



ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON EPOC: DESARROLLO DE UN SISTEMA INTELIGENTE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD A UN AÑO TRAS LA EXACERBACIÓN GRAVE

Casal Guisande, Manuel (1); Represas-represas, Cristina (2); Golpe Gómez, Rafael (3); Fernández García, Alberto (4); Villar Aguilar, Laura (2); Comesaña Campos, Alberto (5); Pou Álvarez, Cristina (2); Fernández-villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Hospital Lucus Augusti de Lugo; (4) Hospital Ribera Povisa; (5) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo

Objetivo

Diseñar un sistema inteligente de soporte a la decisión clínica (SISDC) para predecir la mortalidad a un año tras una exacerbación aguda de EPOC.

Material y métodos

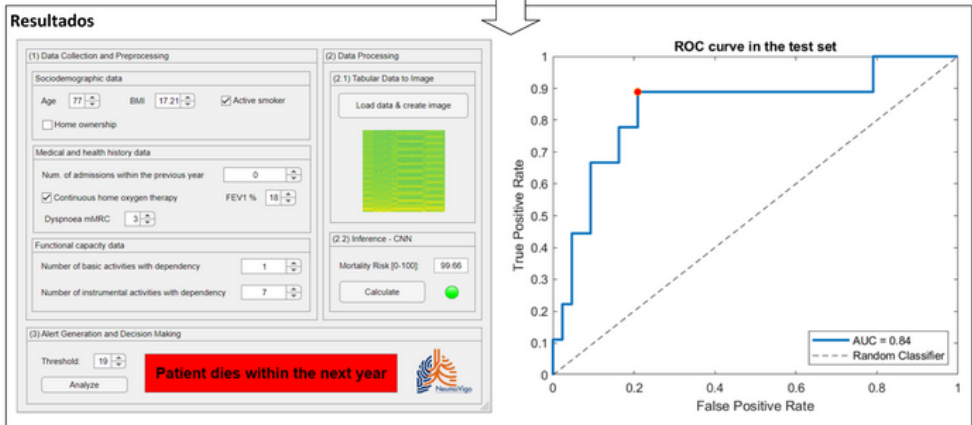
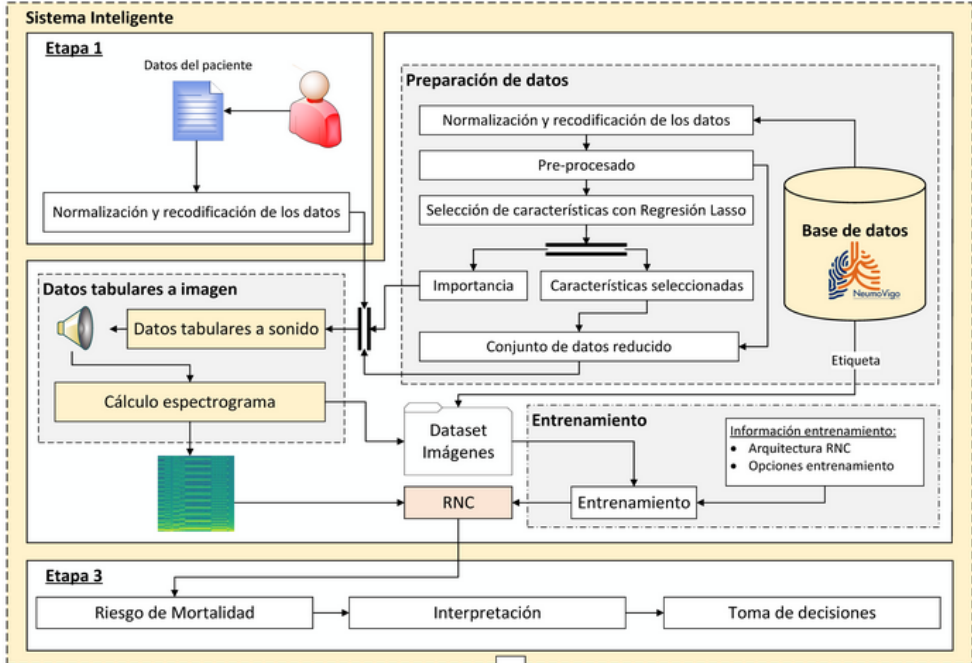
Se utilizó una base de datos con 524 pacientes, recopilada entre 2018 y 2022 en los hospitales Álvaro Cunqueiro y Lucus Augusti, que incluye variables clínicas, demográficas y sociales. Para el desarrollo del SISDC, primero se abordó un proceso de selección de características mediante Regresión Lasso (RL), para identificar las variables con mayor poder predictivo. Posteriormente, se desarrolló un contenedor estructurado pseudo-simbólico que encapsula la información de cada paciente. Su construcción contempla dos pasos: (1) se definió una estrategia para crear un lenguaje común sonoro basado en las características del paciente, y (2) se calculó el espectrograma asociado al sonido, generando una imagen por paciente. Estas imágenes, que actúan como pseudo-símbolos al integrar datos y conocimiento, fueron analizadas mediante una Red Neuronal Convolutiva, SqueezeNet, entrenada para calcular el Riesgo de Mortalidad. El análisis y procesamiento de los datos se realizaron en Python® y MATLAB®, reservando un 10% para pruebas.

Resultados

La RL permitió seleccionar las variables más relevantes, ordenadas según importancia: oxigenoterapia domiciliaria, número de actividades elaboradas para las que necesita ayuda, edad, IMC, disnea mMRC, número de actividades básicas para las que necesita ayuda, número de hospitalizaciones año previo, FEV1 porcentual, vivienda propia y tabaquismo activo. Posteriormente, se implementó una aplicación. En el conjunto de prueba, se alcanzó un área bajo la curva ROC próxima a 0.85.

Conclusiones

La propuesta es eficaz para predecir la mortalidad a un año, integrando variables de distintas esferas. Tiene el potencial para mejorar la planificación de los cuidados al final de la vida. No obstante, en el futuro será necesario realizar nuevos estudios para validar el SISDC.





¿LA CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD ES SUFICIENTE PARA ESTABLECER CORRECTAMENTE EL PRONÓSTICO DE LAS FORMAS FIBROSANTES?

Vázquez Cortiñas, Eva (1); Villar Gómez, Ana (2); Aburto Barrenechea, Myriam (3); Sellarés Torres, Jacobo (4); Francesqui, Joel (5); Portillo Carroz, Karina (6); Jhuniol Solis Solis, Alan (6); Llanos González, Ana Belén (7); Acosta Fernández, Orlando (7); Cano Jiménez, Esteban (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.; (2) Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. CIBER de respiratorio (CIBERES), Madrid.; (3) Hospital Universitario Galdakao, Galdakao.; (4) Hospital Clínic, Barcelona. CIBER de respiratorio (CIBERES), Madrid.; (5) Hospital Clínic, Barcelona.; (6) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.; (7) Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz De Tenerife.

Objetivo

Conocer si la presencia de signos radiológicos inflamatorios en las formas fibrosantes de neumonitis por hipersensibilidad (NH) influye en el pronóstico de dichas formas de neumonitis.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de pacientes diagnosticados en los últimos 10 años de neumonitis por hipersensibilidad fibrótica (NHf) cumpliendo los últimos criterios propuestos por la ATS/ERS 2020 y reclasificándolos según patrón TCAR para NHf de dicho consenso. Los datos se presentan como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas según la distribución sea normal o no. Se realizó un modelo de regresión de Cox multivariante ajustando por todas las variables de confusión que en el análisis univariante tenían un valor de $p < 0,2$. Se proporcionan los intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados

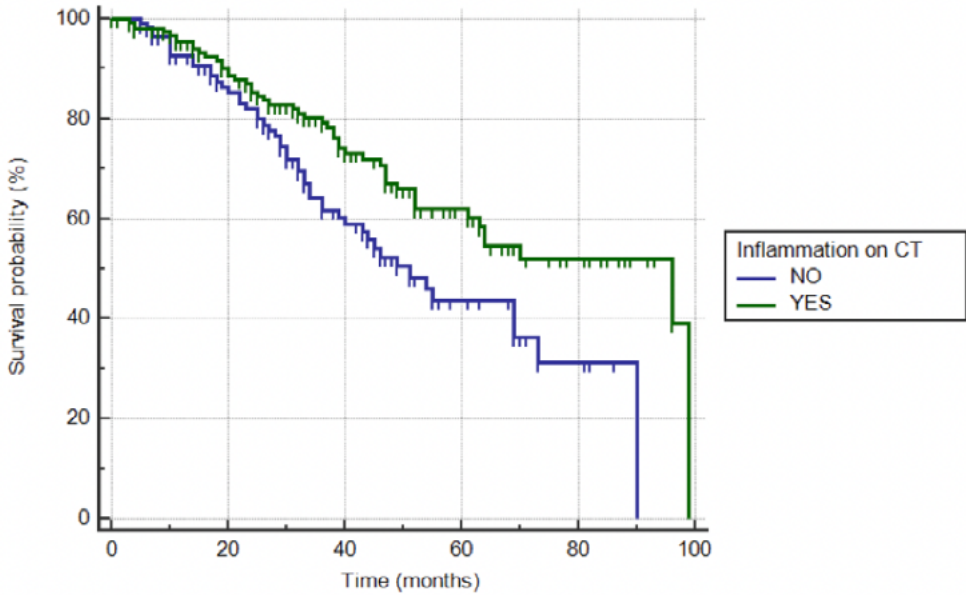
Se incluyeron 403 pacientes, de los cuales, 194 eran varones (48%) y la mediana de edad era de 65 años (RI 60-74). La FVC (%) media era de 71.5 ± 21 y la DLCO (%) media era de $47.3 \pm 17,2$.

Disponíamos datos de la presencia de inflamación en la TCAR en 266 pacientes. De estos pacientes con NHf, un 58% ($n=156$) presentaban inflamación asociada y un 42% ($n=110$) no.

En el análisis multivariado de COX la presencia de inflamación radiológica concomitante es un factor pronóstico independiente predictor de mortalidad en la NHf (HR 0.44, CI 0.23-0.83; $p=0.0126$). Otros factores predictores fueron el sexo, la edad, la FVC y DLCO en el momento del diagnóstico, la presencia de exacerbaciones, la linfocitosis en el LBA y el uso de tratamientos inmunosupresores y esteroideos.

Conclusiones

Parece no ser suficiente con clasificar las NH como inflamatorias o fibrosantes. Es necesario tener en cuenta los signos inflamatorios radiológicos en las formas fibrosantes para establecer correctamente su pronóstico.



Number at risk

Group: NO

110 79 42 16 5 0

Group: YES

156 111 68 36 15 0



DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA PARA EL CÁLCULO E INTERPRETACIÓN DE LA CARGA HIPÓXICA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA APNEA DEL SUEÑO APOYADA EN UN SISTEMA EXPERTO

Casal Guisande, Manuel (1); Mosteiro Añón, Mar (2); Torres Durán, María (2); González Montaos, Almudena (2); Muñoz Martínez, María José (2); Santamaría López, Helena (2); Comesaña Campos, Alberto (3); Fernández Villar, Alberto (2)

(1) Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (2) Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo; (3) Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Vigo

Objetivo

Este estudio tiene como objetivo desarrollar una herramienta computacional sencilla que, partiendo de registros poligráficos, facilite el cálculo e interpretación de la carga hipóxica (CH) en pacientes con sospecha de apnea del sueño (AS). La herramienta busca optimizar la detección de pacientes con riesgo cardiovascular.

Material y métodos

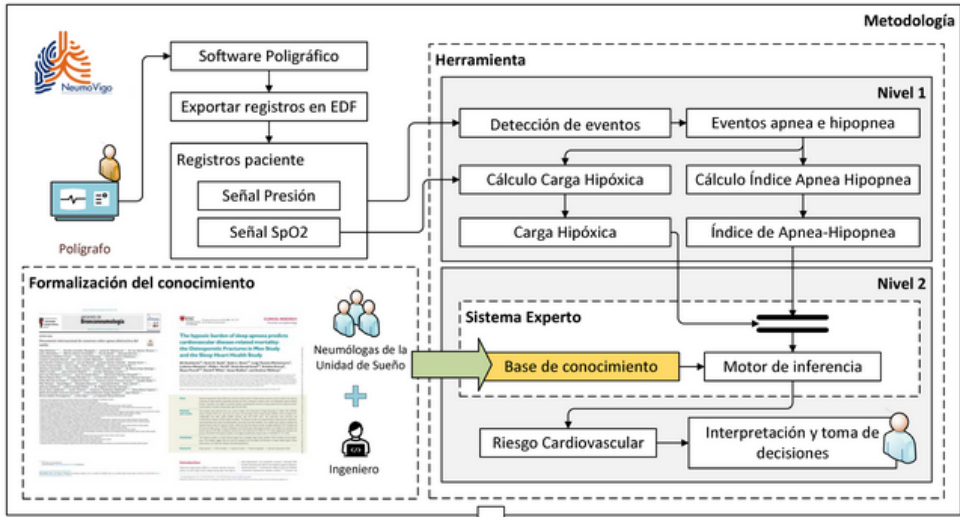
La metodología se basa en la integración de datos poligráficos, exportados en formato EDF (European Data Format) desde un software comercial (probado con Embletta®), en una aplicación diseñada para este fin. Primero, los registros se cargan en la aplicación, donde se calcula automáticamente la CH mediante: (1) el análisis de las señales para identificar eventos de apnea e hipopnea, y (2) el cálculo de la CH basado en los eventos y la señal de saturación de oxígeno (SpO₂). Se ha implementado un motor de cálculo de la CH disponible en Github®, adaptado para su integración. La herramienta también calcula el índice de apnea-hipopnea (IAH). En segundo lugar, la aplicación incorpora un Sistema Experto Difuso con un motor de inferencia del tipo Mamdani, utilizando reglas de implicación SI-ENTONCES, que facilita la interpretación de los resultados. La base de conocimiento se construyó con la información disponible sobre estas métricas en el estado del arte, permitiendo estratificar el riesgo cardiovascular.

Resultados

Los resultados muestran que la herramienta procesa eficientemente los registros poligráficos, calcula la CH y el IAH, y proporciona una interpretación clara del riesgo cardiovascular.

Conclusiones

La herramienta desarrollada supone un avance significativo en la evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con AS, especialmente en un contexto donde existen pocas herramientas que calculen de forma automática la CH. Su capacidad para integrar este cálculo con el IAH y un Sistema Experto la convierte en una herramienta valiosa e innovadora para el diagnóstico y tratamiento de la AS.



Fichero: Cargar

Configuración eventos

Duración mínima evento (s): Umbral apnea / umbral inferior hipopnea (%):

Duración máxima evento (s): Umbral superior hipopnea (%):

Eliminar artefactos SpO2 Umbral tiempo mínimo artefacto (s):

Tiempo previo fin evento(s) para detección de máxima SpO2:

Tiempo posterior fin evento (s) para detección de mínimo SpO2:

Resultados

Tiempo corregido (artefactos y ajustes usuario): Tiempo prueba:

Resultados con tiempo corregido | Resultados con tiempo prueba +

IAH: Carga Hipóxica (%SpO2-min/hora):

Estrategia detección eventos

Atrasar inicio análisis (s):

Anticipar fin análisis (s):

Ventana basal (s):

Umbral ampliación:

Umbral pendiente:

Visualización

Mostrar ventana carga hipóxica

Visualizar SpO2 y artefactos

Visualizar Flow y eventos

Interpretación y Toma de Decisiones

Analizar ● Nivel de Riesgo



FALLO PRIMARIO Y SECUNDARIO DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

Dacal Rivas, David (1); Martínez Moragón, Eva (2); Plaza, Vicente (3); Cisneros Serrano, Carolina (4); Benchimol, Cristina (3); Izaguirre Flores, Hemily (5); Sánchez Cuéllar, Silvia (6); Martínez Pitarch, María Dolores (7); Fernández Aracil, Cleofé (8); Pérez De Llano, Luis (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Universitario Doctor Peset; (3) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; (4) Hospital Universitario de La Princesa; (5) Hospital Universitario de Canarias; (6) Hospital Universitario Ramón y Cajal; (7) Hospital Lluís Alcanyis; (8) Hospital Universitario Doctor Balmis

Objetivo

Solo un tercio de los pacientes con asma grave logra una respuesta completa con biológicos. El objetivo del estudio es caracterizar dos tipos de fallo: primario (FP) y secundario (FS).

Material y métodos

Estudio multicéntrico retrospectivo. Incluye pacientes que reciben el mismo biológico durante al menos 24 meses. La respuesta se define como ausencia de exacerbaciones graves en el año previo, ACT ≥ 20 y no necesidad de corticoides sistémicos de mantenimiento. FP se define como la falta de respuesta a los 12 meses de inicio del biológico y FS como la pérdida de respuesta posterior en aquellos respondedores en el mes 12.

Resultados

Incluye 315 pacientes, de los que finalmente se analizan 272. El tiempo de seguimiento es de 46.1 ± 19.4 meses. En comparación con los pacientes que presentan respuesta a los 12 meses (175), los pacientes con FP (97) presentan menos frecuentemente poliposis nasal (34.7 vs 50.9%; $p < 0.05$), menos eosinofilia (458.7 vs 602.4; $p < 0.05$) y un asma más grave de inicio. El FP revierte en el 40% de los pacientes a lo largo del seguimiento sin cambiar el monoclonal (cambiando el inhalador en el 74%). De los 175 pacientes que alcanzan la respuesta a los 12 meses, 124 (70.8%) la mantienen durante el seguimiento. En comparación, los que presentan un FS (51, 29.21%) tienen menores valores de FEV1 a los 12 meses de iniciar el biológico. El FS revierte en un 42.8% (los inhaladores se cambiaron en un 41.6%).

Conclusiones

La terapia inhalada debe ser optimizada en pacientes con asma grave. La gran mayoría de los pacientes que presentan una respuesta a los 12 meses la mantienen a lo largo del tiempo, pero un 29% la pierden. La función pulmonar parece ser esencial para alcanzar y mantener la respuesta.



CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN EL GENOTIPO DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN EL SUROESTE DE GALICIA

García Rodríguez, María Esmeralda (1); Torres Durán, María Luisa (1); Ruano Raviña, Alberto (2); Tubío Pérez, Ramón Antonio (3); Priegue Carrera, Ana (1); Almeida Carrete, Liza (1); Villar Aguilar, Laura (1); Vilariño Pombo, Carlos (4); Fernandez Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela; (3) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; (4) Hospital Ribera Poviša

Introducción

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) incrementa el riesgo de enfisema pulmonar, especialmente en fumadores, y podría contribuir a la patogénesis del cáncer de pulmón (CP), asociado al consumo de tabaco y otros factores de riesgo conocidos. El objetivo de este estudio fue analizar características clínicas y del CP en pacientes portadores de alelos deficitarios de Alfa 1 Antitripsina (AAT) y pacientes portadores de un genotipo normal (PI*MM).

Material y métodos

Se incluyeron 407 pacientes con diagnóstico histológico de CP en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, entre noviembre de 2019 y noviembre de 2023. Se recopilaron datos clínicos y epidemiológicos mediante un cuestionario específico administrado por los investigadores y revisión de la historia clínica, obteniéndose también los resultados de estudios analíticos, radiológicos e histológicos. A todos los participantes se les recogió una muestra de saliva para el estudio del genotipo de la AAT y se les realizó una medición de radón en su domicilio.

Resultados

La muestra incluyó un 69,3% de varones, edad media: 66 años. El 87,3% eran fumadores o exfumadores, con consumo medio de 41,9 paquetes-año. La concentración plasmática media de AAT fue de 179,4 mg/dl, y los niveles de radón de 223,29 Bq/m³. La EPOC fue la enfermedad pulmonar más frecuente (30%). El 56,5% de los tumores fueron adenocarcinomas y el estadio IV fue el más común (48,2%). Los genotipos de AAT detectados fueron: MM (75,6%), MS (17,3%), MZ (3,3%), SS (1,8%) y genotipos raros (2%). En las tablas 1, 2 y 3 aparecen características basales de los pacientes, al diagnóstico y las características del tumor en portadores de genotipo Pi*MM y de alelos deficitarios.

Conclusiones

No se encontraron diferencias significativas en características clínicas, epidemiológicas, funcionales, analíticas, radiológicas, ni en niveles de radón y marcadores tumorales entre pacientes con CP con genotipo MM y deficitarios. La única diferencia significativa fue que el CP se presentó más frecuentemente en forma de masa en pacientes con genotipo MM.



Tabla 1. Características de los pacientes con CP según el genotipo de AAT

	Genotipo MM	Genotipos deficitarios	p
N	298 (75,6%)	96 (24,4%)	
Media Edad (RIC)	66 (60-73)	66 (60-74)	0,801
Sexo	68,7% ♂	70,8% ♂	0,931
Fumadores y exfumadores	86,9%	86,4%	0,992
Media Paquetes/año (IRC)	41 (17-55)	40 (14-55)	0,892
Media AAT (mg/dl) (RIC)	190,7 (151-224)	146 (114-161)	<0,01
Media radón Bq/m ³ (RIC)	220,6 (75-255)	220,5 (68-221)	0,998
Exposición Biomasa	47,6%	43,7%	0,349
IMC (KGR/M ²) (RIC)	25,9 (22-28)	27,4 (24-31)	0,005
EPOC	27,8%	36,4%	0,109
FEV1 (%) Media (IQR)	80,7 (67,6-95)	81,4 (68-96)	0,798

Tabla 2. Manifestaciones de la enfermedad en el momento del diagnóstico del CP

	Genotipo MM	Genotipos deficitarios	p
Tos	39%	35,4%	0,538
Disnea	28%	27%	0,785
Pérdida de peso	28%	22%	0,224
Asintomático	14%	12%	0,635
Nódulo	50%	55%	0,406
Derrame pleural	22%	19%	0,626
Masa	77%	66%	0,027
Infiltrado	22%	21%	0,901
Enfisema panlobulillar	3%	3%	0,820
Enfisema Paraseptal	22%	22%	0,955
Enfisema Centrolbulillar	28%	32%	0,333

Tabla 3. Características del CP según el genotipo de AAT

	Genotipo MM	Genotipos deficitarios	p
Adenocarcinoma	57 %	60,4%	0,613
Estadio TNM (8ª edición)	50,6% IV	40,6% IV	0,223
EGFR +	9%	9%	0,773
ALK +	3%	2%	0,915
ROS1 +	0,3%	2%	0,170
PDL1 (≥50%)	19%	27%	0,115
Media Supervivencia (meses) (RIC)	8,74 (2-13)	10,69 (1-16)	0,210



LA DIABETES MELLITUS CON MAL CONTROL GLUCÉMICO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA LA NEUMONÍA EN LA EPOC.

Morote Bravo, Belén (1); Golpe Gómez, Rafael (1); Figueira Gonçalves, Juan Marco (2); Arias Zas, Laura (1); Dacal Rivas, David (1); Blanco Cid, Nagore (1); Castro Añón, Olalla (1)

(1) Hospital Universitario Lucus Augusti; (2) Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Objetivo

Determinar si el mal control glucémico se relaciona con mayor riesgo de neumonía en la EPOC.

Material y métodos

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes seguidos en una consulta monográfica de EPOC. Se analizó la primera exacerbación grave tras la primera visita en la consulta. Se identificaron las exacerbaciones con infiltrados pulmonares. Se realizó un análisis de riesgos proporcionales de Cox incluyendo los valores de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac%) en diabéticos y variables que plausiblemente podrían relacionarse con riesgo de neumonía. Se analizó el mejor valor de Hb1Ac% para predecir neumonías mediante curvas ROC.

Resultados

N= 1124. Ingresaron 411 pacientes al menos una vez por exacerbación y 87 fueron diagnosticados de neumonía. Las variables asociadas a riesgo de neumonía fueron los ingresos por EPOC los 5 años previos (HR: 2.16, 95% CI: 1.12 - 4.17, p=0.02) y los valores de Hb1Ac% (HR: 2.33, 95% CI: 1.06 - 5.08, p= 0.03). Un mayor IMC se relacionó con menor riesgo de neumonía (HR: 0.77, 95% CI: 0.60 - 0.99, p=0.04). Mediante un análisis ROC se identificó el punto de corte para la Hb1Ac% asociado al índice de Youden (7.8%). Se clasificó a los pacientes en 3 grupos: (1) no DM, (2) DM controlada (Hb1AC < 7.8%), (3) DM no controlada (Hb1AC ≥ 7.8%). El riesgo de neumonía para el grupo 2 no fue diferente al grupo 1 (HR: 0.93, 95% CI: 0.27 - 3.16). El riesgo para el grupo 3 fue significativamente mayor que para los grupos 1 y 2 (HR: 4.52, 95% CI: 1.57 - 13.02).

Conclusiones

El mal control de la DM es un factor predictor de riesgo de neumonía en la EPOC. El punto de corte de 7.8% para esta variable parece el más útil para identificar a los pacientes de riesgo.



EXPERIENCIA CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) Y GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO (GNAF) COMO SOPORTE DURANTE FIBROBRONCOSCOPIA.

Rodríguez Otero, Iván (1); Botana Rial, Maribel (1); González Montaos, Almudena (1); Torres Durán, María (1); Muñoz Martínez, María José (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Mosteiro Añón, Mar (1); Fernández Villar, Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción

La broncoscopia es la prueba de elección para el estudio de las enfermedades to-rácicas, sin embargo, cada vez es más frecuente que la indicación de la prueba sea en pacientes con fallo respiratorio agudo y/o crónico o enfermedades respiratorias graves. El uso de soporte respiratorio no invasivo (SRNI) en determinadas situaciones podría evitar complicaciones incluyendo la necesidad de intubación orotraqueal.

Objetivo

Describir la seguridad y resultados de la broncoscopia en pacientes sometidos a SRNI en una Unidad de Neumología intervencionista de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos:

Se incluyeron todos los pacientes consecutivos sometidos a una fibrobroncoscopia bajo soporte de GNAF o VMNI desde octubre/2023 hasta agosto/2024. Los procedimientos fueron realizados bajo sedación consciente en la sala de endoscopias por endoscopistas expertos con apoyo de neumólogos con experiencia en SRNI. La indicación de GNAF o VMNI fue en función de la situación clínica y por criterio del neumólogo experto.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes, 7 (58%) ♂, 71 (64-77) años, IPA: 71 (41 - 100) e IMC mediana 27,5 (26 - 30). La mediana de la escala Charlson fue 6 (4-9), el 75% (9/12) eran EPOC moderado-grave, además había 1 asma grave. El 50% (6/12) eran pacientes oncológicos y 2 pacientes (17%) estaba inmunodeprimidos.

La pO₂ y pCO₂ mediana antes de la broncoscopia era de 63,5 [55 - 67]) y 43,5 [40 - 52] respectivamente. Presentaron acidosis 2 (17%) casos con pH mínimo de 7,27.

En cuanto a la función pulmonar el FEV₁ mediana fue de 46% (33 - 72) con un mínimo de 24% y en cuanto a la DLCO fue de 48% (36 - 65) con un mínimo de 24%.

La indicación de SRNI fue en 7 (59%) casos fallo respiratorio agudo y en 5 (41%) crónico. 2 pacientes estaban con BIPAP domiciliaria y 1 con CPAP.

El soporte se realizó en 7 ocasiones (58%) con VMNI y en 5 (42%) con GNAF.

La técnica broncoscópica más frecuente fue la biopsia bronquial en 4 (33%) casos, BAL en 3 (25%), BAS en 3 (25%) y en 2 (17%) pacientes se realizó EBUS.

En cuanto a los resultados de las broncoscopias, ambos EBUS fueron positivos para malignidad, el 66% (2/3) de los BAL y el 66% de los BAS (2/3) fueron positivos microbiológicamente y el 75% (3/4) de las biopsias bronquiales fueron diagnósticas.

Sólo 3 (25%) pacientes presentaron desaturación no inferior al 85%, siendo 2 de ellos los que presentaban peor función pulmonar con FEV₁ del 24% y 29% y DLCO del 33% y 44%; 2 de ellos con VMNI y el otro con GNAF.

Conclusiones

La realización de broncoscopias con SRNI realizada por un equipo experto es una técnica factible y segura que evita medidas de soporte invasivo y reduce potencialmente complicaciones para el paciente. Futuros estudios ayudarán a seleccionar a los candidatos idóneos para este procedimiento, así como mejorar las técnicas durante en el procedimiento.



RESULTADOS DE PLEURODESIS CON TALCO SLURRY PARA EL MANEJO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM)

Gómez Corredoira, Eva (1); Botana Rial, Maria Isabel (1); Núñez Delgado, Manuel (1); Cuña Delgado, Mercedes (1); González Vázquez, Belén (1); Fernández Granda, Ignacio (1); Vargas Ursua, Fernando (1); Rodríguez Otero, Iván (1); Pintos Louro, Manuel (1); Fernández Villar, Jose Alberto (1)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción y objetivos

El DPM es la segunda causa más frecuente de derrame pleural. Su presencia suele indicar enfermedad avanzada o diseminada y su manejo puede realizarse de formas distintas. Una de ellas se basa en la pleurodesis con talco slurry, una técnica que generó controversia respecto a otros procedimientos basados en pleurodesis química.

El objetivo principal de este estudio fue analizar la experiencia real sobre la pleurodesis slurry en nuestra Unidad de Técnicas Broncopleurales(UTBP).

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes hospitalizados con DPM de la UTBP del Hospital Álvaro Cunqueiro a los que se realizó pleurodesis a través de tubo de drenaje torácico (talco slurry) de 14Fr entre el 01/01/2022 y el 31/12/2023. Se analizaron las variables que se asociaron con el resultado del procedimiento.

Resultados

Se incluyeron 22 procedimientos de pleurodesis con talco, 11 de ellos varones con una mediana de edad 73 años. La estirpe tumoral principal fue adenocarcinoma de pulmón en 6 casos(27,2%), seguido de carcinoma de mama en 5 casos(22,7%).

La mediana de días total de drenaje fue 6(4-7,25), mientras que tras la instilación de talco fue de 2(1-4). La mediana de tiempo de ingreso fue 13(6,5-21) días.

El porcentaje de éxito de pleurodesis fue del 77,3%(17/22). En 5(22,7%) pacientes fracasó el procedimiento, siendo necesario en 4 de ellos un segundo procedimiento pleural.

En 1 solo caso(4,5%) se objetivó una complicación, siendo ésta la aparición de un empiema, en la que no fue preciso la retirada del drenaje ni ningún procedimiento pleural posterior.

La mediana de supervivencia fue de 43,5(24,7-141,5) días, el 90,9% fueron exitus(20/22).

Conclusiones

La pleurodesis con talco slurry ha demostrado en nuestro estudio ser un procedimiento efectivo y con bajo índice de complicaciones, con resultados superponibles a los descritos en la literatura.

La pleurodesis slurry es una alternativa terapéutica para el control del DPM recidivante.



	Éxito <u>pleurodesis</u> (N=17)	Fracaso <u>Pleurodesis</u> (N=5)	p
Citología positiva	12/17 (70,6%)	5/5(100%)	0,3
Tratamientos antiinflamatorios/corticoides o anticoagulantes	7/17 (41,2%)	3/5 (60%)	0,5
Carcinoma de mama o adenocarcinoma pulmón	8/17 (47,1%)	3/5 (60%)	0,5
Días DET	6 (4,5-7,5)	7 (3,5-8,5)	0,3
Días DET desde el talco <u>slurry</u>	2 (1-3,5)	2 (1,5-5)	0,2
Supervivencia (días)	41 (20-86)	46 (37-371)	0,3
LDH (UI/L)	466 (171-1057)	416 (232,7-657,7)	0,1
pH	7,41 (7,35-7,49)	7,37 (7,30-7,41)	
PMN (%)	10 (4,5-33)	40 (17,2-83,7%)	0,08



CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON TEZEPELUMAB

Blanco Aparicio, Marina (1); Berriochoa, Ana (1); Duarte Busquet, Darien (1); Varona Galán, Berta (1); Horjales Rodríguez, Iria (1); Montero Martínez, Carmen (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

El tezepelumab (TZP) es el último fármaco biológico aprobado para el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) con indicación tanto en fenotipo inflamatorio T2 como no T2 pero la experiencia en vida real es todavía limitada.

Objetivo

Analizar las características de los pacientes tratados con TZP en el servicio de Neumología del Hospital Universitario A Coruña.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo. Se han incluido 17 pacientes tratados con tezepelumab. Las variables recogidas de la historia clínica electrónica son: edad, sexo, comorbilidades asociadas a asma, fármacos biológicos previos, eosinófilos en sangre, Ig E total, FENO, datos espirométricos, ACT, nº de agudizaciones, corticoides de mantenimiento. Los resultados se expresan como porcentajes, media + desviación estándar (rango).

Resultados

La edad media fue de 56+13,89 (31-74) años, siendo la mayoría mujeres (82%). En 9 casos (53%) habían recibido otros biológicos previamente (1 en 2 casos, 2 en 3 casos, 3 en 2 casos y 4 en 2 casos). En los 8 casos tratados de inicio con TZP los valores de los biomarcadores fueron: eosinófilos 447 + 352/ul (110-1200) y solo 2 pacientes presentaron valores por debajo de 150; Ig E 291 + 274 (18-702) UI y FENO 6-81 (37.7 + 32.2) ppb. Las comorbilidades asociadas a asma fueron: rinitis alérgica 8 (47%); poliposis 4 (23.5%); EREA 4 (23.5%) y dermatitis 1 (6%). Todos los pacientes tenían mal control de síntomas (ACT 10,87 + 4,42 (5-18) y 10 (59%) recibían corticoides de mantenimiento.

Conclusiones

1. El 53% de los pacientes tratados con tezepelumab habían recibido previamente 1 ó más fármacos biológicos.
2. El 75% de los pacientes tratados de inicio con tezepelumab presentaban fenotipo inflamatorio T2
3. Las comorbilidades asociadas a asma estaban presentes en 10 de los 17 pacientes (59%).



INFECCIÓN POR TRICHOSPORON INKIN EN TRASPLANTE PULMONAR: INFECCIÓN POCO FRECUENTE, ¿O NO TANTO?

Fernández Granda, Ignacio (1); Alonso Moralejo, Rodrigo (2); Quezada Loaiza, Carlos Andrés (2); Pérez González, Virginia Luz (2); De Pablo Gafas, Alicia (2); López-Medrano, Francisco (2); Martínez Serna, Iván (2); Pérez Ayala, Ana (2)

(1) Hospital Álvaro Cunqueiro; (2) Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción

Las infecciones fúngicas invasivas están en aumento en pacientes trasplantados. El género *Trichosporon*, aunque poco frecuente, puede causar infecciones graves en inmunodeprimidos. *Trichosporon inkin* (T.inkin) es una especie rara, especialmente en pacientes trasplantados de pulmón. Este estudio describe nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de pacientes con infección por T.inkin en una unidad multidisciplinar de trasplante pulmonar.

Material y métodos

Análisis de los casos de infección por T.inkin en pacientes trasplantados de pulmón entre 2016 y 2023. Se evaluaron variables clínicas, epidemiológicas, analíticas y microbiológicas.

Resultados

Entre 2016 y 2023, se diagnosticaron 6 casos de infección por T.inkin en pacientes trasplantados de pulmón en nuestra unidad, con una incidencia acumulada del 1,25%(6/480). La mayoría de los casos(5/6) ocurrieron entre 2016 y 2017, con un caso aislado en 2023. La edad media de los pacientes fue de 59 años, y todos habían recibido trasplante bipulmonar. Dos pacientes presentaron rechazo celular agudo previo, tratado con bolos de esteroides. El 83,3% de los pacientes había tenido infecciones oportunistas antes del diagnóstico de T.inkin, con *Pseudomonas aeruginosa* como el patógeno más frecuente.

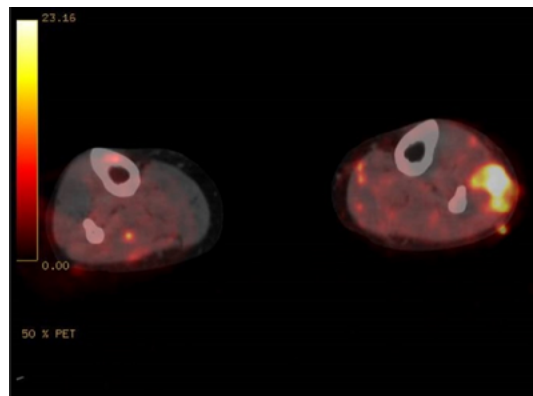
La mediana desde el trasplante hasta el diagnóstico fue de 53 días. El 50% de los casos mostró diseminación local, mientras que el 50% restante presentó diseminación hematológica, asociada con una mortalidad del 66,6%(2/3). Dos pacientes requirió desbridamiento esternal y terapia VAC por osteomielitis y colecciones purulentas submamarias. La neutropenia y los niveles elevados de tacrolimus se observaron en el 66,7% de los casos con diseminación hematológica.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con azoles, siendo el voriconazol el anti-fúngico principal. La mortalidad global fue del 33,3%.

Conclusiones

La infección por T.inkin es rara en trasplantados pulmonares, y la diseminación hematológica se asocia con alta mortalidad. Un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico, junto con azoles, son esenciales para mejorar el pronóstico.

Imagen 1 (PET/TC)
Afectación de la musculatura del compartimento antero lateral de la pierna izquierda en relación con piomiositis con depósitos focales hipermetabólicos en relación con diseminaciones fúngicas





INFORMACIÓN GENERAL

FECHAS Y LUGAR DE CELEBRACIÓN

25 y 26 de octubre de 2024

Deputación Provincial de Lugo

Rúa San Marcos, 8, 27001 Lugo

Tel: 982 26 00 00

www.sogapar.info

ORGANIZA



SECRETARÍA TÉCNICA



C/ Wenceslao Fernández Florez, 1 - 2º

15005 A Coruña | Tfno: 981 120 313

noaformoso@tramasolutions.com

sogapar@sogapar.info

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Socios SOGAPAR	Inscripción gratuita
No socios SOGAPAR	150 € + IVA

Política de cancelaciones

Hasta el 30/07/24	Devolución del 100%
Hasta el 30/09/24	Devolución del 90%
Desde el 30/09/24	Sin devolución

Fecha límite de inscripción

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica **hasta el 18 de octubre de 2024**. Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

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

www.sogapar.info



HOTELES OFICIALES DE LA REUNIÓN

HOTEL MÉNDEZ NÚÑEZ

C. de la Reina, 1, 27001 Lugo



Habitación Individual 76 €

Habitación Doble 84 €

(desayuno y 10% de IVA incluidos)

HOTEL MERCURE LUGO CENTRO

Rúa Marina Española, 29
27002 Lugo



Habitación Individual 90 €

Habitación Doble 95 €

(desayuno y 10% de IVA incluidos)

Política de cancelación alojamientos

Hasta el 31/05/24 Devolución del 100%

Hasta el 10/09/24 Devolución del 60%

Después del 10/09/24 Sin devolución

Fecha límite de reservas de alojamiento

Se tramitarán reservas de alojamiento en la Secretaría Técnica **hasta el 14 de octubre de 2024**. A partir de esa fecha consultar disponibilidad con la secretaría técnica (noaformoso@tramasolutions.com).

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

www.sogapar.info



COMUNICACIONES

Fecha límite para el envío de comunicaciones: **9 de septiembre de 2024**. El envío de comunicaciones se podrá hacer únicamente ONLINE, a través de la web de la sociedad:

www.sogapar.info

METODOLOGÍA REUNIÓN

Se trata de una propuesta de reunión con un concepto diferente al tradicional en que el que se busca incentivar el debate y el intercambio de ideas entre los profesionales:

- Sin diapositivas
- Interactivas
- Los moderadores “fusilarán” a los ponentes con preguntas de interés, que no conocerán de antemano, sobre la temática de cada mesa
- Los ponentes responderán de manera breve y concisa
- Se invitará a la audiencia a participar activamente en estas conversaciones pudiendo lanzar preguntas, hacer comentarios y dar su opinión en cualquier momento de la sesión

**Solicitada acreditación
a la Comisión de Formación Continuada del SNS**



PATROCINADORES





Sogapar



FUNDACIÓN
SOGAPAR



#SOGAPAR24