

LIBRO COMUNICACIONES

XXXII CONGRESO SVN|FNCV

4-5 ABRIL 2025 **Valencia**



ÍNDICE

PROGRAMA	8
RESÚMENES PONENCIAS	13
CURSO RESIDENTES PRECONGRESO DE LA SVN. TALLER DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA	
TORACOSCOPIA Briones Gómez, A.	14
INTUBACIÓN CON BRONCOSCOPIO FLEXIBLE (R1 Y R2) Sancho, J. N.	14
MESA EPID	
TOXICIDAD PULMONAR RELACIONADA CON LOS NUEVOS FÁRMACOS REUMATOLÓGICOS Romero Frances, L.	14
TOXICIDAD PULMONAR RELACIONADA CON LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS Llombart, M.	15
MESA VASCULAR. PUESTA AL DÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN Jove Lamas, A.	15
ESTRATIFICACIÓN RIESGO-EVOLUCIÓN PRONÓSTICA-SEGUIMIENTO López, R.	16
TRATAMIENTO EN LA HAP García Ortega, A.	16
MESA TABAQUISMO	
NUEVA FORMA DE CONSUMO. BOLSITAS DE NICOTINA De Granda, J. I.	16
CONFERENCIA MAGISTRAL	
EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA De la Peña, M.	17
MESA INFECCIONES. VACUNACIÓN EN PACIENTE RESPIRATORIO	
FUTURO DE LA VACUNACIÓN FRENTE A LA NEUMONÍA Y LA GRIPE Rivero Calle, I.	17
MESA EPOC	
INFLAMACIÓN T2 EN LA EPOC Cabrera, C.	17

MESA EROM

- POSICIONAMIENTO DE LA SVN FRENTE A LA CONTAMINACIÓN Y EL CAMBIO CLIMÁTICO** 18
Baeza, C.

MESA SAHS Y VMNI

- EVENTOS OBSTRUCTIVOS DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. CAUSAS, IMPLICACIONES Y SOLUCIONES** 18
Sancho, J.

- EVENTOS OBSTRUCTIVOS DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA ESCLEROSIS LATERAL. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO. ¿QUÉ PARÁMETROS UTILIZAR?** 19
Perez Ferrer, P.

PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO

- EFFECTO DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON N-ACETILCISTEÍNA EN BRONQUIECTASIAS** 19
Martínez García, M. Á.

- NUEVOS HORIZONTES EN EL TRATAMIENTO DE LA TOS CRÓNICA. GEFAPIXANT** 19
De Diego, A.

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA. NEUMOLOGÍA BÁSICA PARA LA CONSULTA DIARIA

- APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO** 20
Vañes, S.

- DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (DAAT). A PROPÓSITO DEL PAI DE GALICIA** 20
González Rey, J.

- TIPOS DE INHALADORES, ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO Y NOVEDADES** 21
Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Chiner Vives, E.

- INTERPRETACIÓN DE ESPIROMETRÍA** 21
Acosta, M.

- INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX** 21
Tarraso Castillo, J.

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES 22

- ÍNDICE DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO INTERNACIONAL MULTICÉNTRICO DE DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN** 23
Mengot Ruiz, N.; González, P.; Latorre, A.; Piqueras, M.; Knox, D.; Carr, J.; Dean, N.; Menéndez, R.; Méndez, R.

- DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD DE LA ESPIROMETRÍA POR Z – SCORE FRENTE A PORCENTAJE DEL TEÓRICO** 23
Mompeán Rodríguez, S.; Martínez Francés, M.; Martínez Valle, A. M.; Mengot, N.; Martínez Pérez, R.; Sanfeliu, P.; Compte Torrero, L.

- EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TEPROSTINIL INHALADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA DEL TREPOSTINIL INHALADO EN EL HGUA** 24
Díez, A.; Ruiz, P.; Huelamo, P. P.; Perez, J.; Gonzalez, M.; Gaya, I.; Garcia, M. del M.; Garcia, R.; Hernández, L. M.

- RESULTADO DE LA CIRUGÍA EN LESIONES PULMONARES SIN DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO** 25
Martin Nunez, M.; Luna, C.; Espinós, M.; Cerón, J. A.; Cerón, J. A.; Ansótegui, E.; Ansótegui, E.

- VALIDACIÓN DE SOFTWARE LIBRE PARA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA VIRTUAL COMO ASISTENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PERIFÉRICAS. PLANIFICACIÓN Y NAVEGACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO** 26
Ferrando, J. R.; Cabanes, L.; Moreno, R.; Meneses, E. D.; Lluch, I.; Meseguer, M.; Novella, L.; Andrés, F.; Peris, R.; Naval, E.

- TERAPIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE CON RESPUESTA SUBÓPTIMA A BIOLÓGICOS** 27
Climent, C.; Boris, C.; Sala Marín, A.; Raheb Vidal, C.; Lillo González, E.; De Juana Izquierdo, C.; Dahmazi Dahmazi, L.; Martínez Moragón, E.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA SAQ – COPD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC	28
Rico, C.; Miralles, C.; Atarés, S.; Villagrasa, M.; Alonso, L.; Soler, J. J.	
ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN (APB) EN HPTEC: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	28
Martin Nunez, M.; Sanfeliu, P.; Calvillo, P.; Gómez, F.; López, R.	
EXPERIENCIA CON SOTATERCEPT EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)	29
Martin Nunez, M.; Sanfeliu, P.; Martínez, M. J.; Silvestre, I.	
EL SEROTIPO DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE PARA DETERMINAR LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO TRAS UNA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA	30
Giménez Ruiz, P.; Sanz, F.; Carrión, N.; Parra, E.; Guna, R.; Gimeno, C.; Fernández, E.	
LA RESPIRACIÓN DISFUNCIONAL EN PRUEBAS DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR	31
Giménez Ruiz, P.; Lluch, A.; Navarro, R.; Galera, E.; Almiñana, J.; Fernández, E.	
APLICACIÓN DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA (PR) EN LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) DE PACIENTES QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO	31
Tobar Peñaherrera, A. C.; Navarro Soriano, C.; Lluch Bisbal, A.; Navarro Iváñez, R.; Fernandez Fabrellas, E.	
N-ACETILCISTEÍNA: NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA	32
Dasí Fernández, F.; Llaguna-Leonart, P.; Magallón, M.; Bañuls, L.; Herrero, M. J.; Castillo, S.	
EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN LA UNIDAD DE ASMA DEL HCUV	33
Alaeddine Marcano, V. W.; Tarrasó Castillo, J.; Monclou Garzón, E.; Mora Bastida, H.; Signes Costa, J.	
EFFECTIVIDAD DE LA PLEURODESIS MEDIANTE TORACOSCOPIA MÉDICA	34
Meneses Petersen, E. D.; Sánchez Samblancat, M.; Miravet Sorribes, L.; Martínez Tomas, R.; Briones Gómez, A.; Cases Viedma, E.	
EVALUACIÓN DE LOS METABOLITOS DERIVADOS DEL MICROBIOMA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA. RESULTADOS DEL ESTUDIO MICTEP	35
Pedro Tudela, A.; Taberner Lino, L.; De Juana Izquierdo, C.; del Campo, R.; Sánchez, V.; Hervás, D.; Avendaño, J.; Otero, R.; García Ortega, A.	
HALLAZGO DE MICROPLÁSTICOS EN EL LÍQUIDO PLEURAL	35
Ruiz Alcaraz, S.; Baeza, C.; Doval, M.; Gonzalez, M.; Guillén, M. A.; Soler, M. J.; Garcia, E.; López Castellanos, J.; Hernandez, L.; Bayo, F. J.	
ESTUDIO DE LA FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA EN MUESTRAS DE LAVADO BRONCOALVEOLAR	36
Vales, A.; Ferrer, A.; Mulet, A.; Ortiz, E.; Ordóñez, P. L.; Signes-Costa, J.	
RESÚMENES COMUNICACIONES POSTER FINALISTAS	38
FARMACOS ANTIFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL	39
Hernandez Padilla, M.; Sancho-Chust, J. N.; Martínez, A. del V.; Torba Kordyukova, A.; Chacín Marcano, Y. del V.; Pastor Esplá, E.; Senent, C.; Esteban, V.; Boira, I.; Fernandez, P.; Chiner, E.; Bernabeu, M. Á.	
TEZPELUMAB EN EL ASMA GRAVE EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO	39
Boris Bermeo, C. K.; García Rodenas, M. del M.; Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Fernández Aracil, C.; Martínez Pitarch, M. D.; Sánchez Toril, F.; Lluch Tortajada, I.; Martínez Moragón, E.	
APORTACIONES DE LA BRONCOSCOPIA CON BIOPSIA BRONQUIAL EN EL PACIENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	40
Boris Bermeo, C. K.; Climent Campos, C.; Naharro Gascón, M. J.; Dahmazi Dahmazi, L.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.; Rojas Ferrer, N.; Martínez Moragón, E.	
EFFECTO NOCEBO EN EL TRATAMIENTO CON INHALADORES	41
Ibarra Maciá, A. M.; García-Pachon, E.; Galan Negrillo, M.; Bordallo Vázquez, P.; Perez Remacho, F. J.; Grau, J.	
RELACIÓN BRONQUIECTASIAS Y EPOC MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE CRITERIOS ROSE	42
Parra Rodas, E.; Esteve, A.; Salcedo, A.; del Valle, P.; Fernandez, E.	

PRESIÓN INSPIRATORIA NASAL (SNIP). ESTUDIO DE COMPARACIÓN ENTRE DOS MÉTODOS DE MEDICIÓN EN PACIENTES NEUROMUSCULARES	43
Pérez Cabezas, A. J.; León, J. M.; Belda, M. I.; Pérez, J.; Candela, A.	
ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABACO DE UN HOSPITAL TERCIARIO	44
Landaeta, S.; Prieto, D.; Cifre, P.; Bonet, A.; Lillo, E.; Martínez, E.; De Juana, C.; Lera, R.	
ROL Y BENEFICIOS DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO	45
Martínez, M. J.; Sanjuan, R.; Silvestre, I.; Martín, M.; Sanfeliu, P.; Lopez, R.	
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN NEUMOLOGÍA DEL HGUA	46
Pérez Amorós, J.; Ruiz, P.; González, M.; Huélamo, P.; Díez, A.; Asensio, S.; García, R.; Pérez, A.; Hernández, L.	
EFICACIA DE TEZEPELUMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO	47
Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Lorenzo Aguilar, O.; Bernabeu Martínez, M. A.; Castello Faus, C.; Martínez Gomez, A.; Chacín Marcano, Y.; Fernandez Martínez, P.; Pastor Espla, E.; Sancho Chust, J. N.	
EXPERIENCIA CON TEZEPELUMAB EN LA CONSULTA DE ASMA GRAVE	47
González Montes, L.; Picazos, B.; Martínez-Valle, A. M.; Porcar, M.; Gimeno, Á.; De Diego, A.	
CREENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE MEDICAMENTOS Y SENSIBILIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES ASMA Y EPOC	48
Pérez Remacho, F. J.; Galán Negrillo, M.; Ibarra Macía, A. M.; Zamora Molina, L.; Baeza Martínez, C.; Grau Delgado, J.; García Pachón, E.	
EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA EN EL ESTUDIO DEL ASMA GRAVE	49
Lluch Tortajada, I.; Ferrando Gabarda, J. R.; Cabanes López, L.; Ogallar Villanueva, L.; Mascarell Roda, C.; Oyola Olguín, E.; Naval Sendra, E.; Dolz, R.	
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO 15 EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBRÓTICOS A FECHA DE JUNIO DE 2024	50
Arlandis Domingo, M. del M.; Camarasa, A.; Ferrando, M. del C.	
INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA CÁPSULA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA BACTERIEMICA EN PACIENTES CON LINFOPENIA	51
Parra Rodas, E.; Sanz, F.; Ruiz, L. A.; García, M. M.; Serrano, L.; Uranga, A.; Carrión, N.; Herrero, J.; Giménez, P.	
HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS DE ALICANTE EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS	52
Huelamo Lopez, P. P.; Ruíz, P.; González, M.; Pérez, J.; Díez, A.; Pascual, J. F.; García, M. del M.; Asensio, S.; García, R.; Hernández, L. M.	
LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIA PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA	52
Huelamo Lopez, P. P.; Pascual, J. F.; Ruíz, P.; García, M. del M.; González, M.; Pérez, J.; Díez, A.; García, R.; Hernández, L. M.	
ANÁLISIS DEL CP EN POBLACIÓN NO ANCIANA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	53
Martínez Navarro, C.; Golfe, A.; Segura, D.; Flor, A.; Saravía, A.; Chiquiza, J. P.; Torres, J. J.; Marín, M.	
RESÚMENES COMUNICACIONES POSTER NO FINALISTAS	54
P2 RESULTADOS CLÍNICOS DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE Y COMORBILIDAD EN EL H. U. SAN JUAN DE ALICANTE	55
Chacín Marcano, Y.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Sancho Chust, J. N.; Antón Gironés, M.; Lindo Gutarra, M.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Torba Kordyukova, A.; Martínez Cómez, A.; Fernández Martínez, P.	
RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DE ASMA	55
Martínez, A.; Chiner, E.; Boira, I.; Torba, A.; Antón, M.; Fernández, P.; Pastor, E.; Sancho, J. N.; Chacín, Y.; Hernández, M.	
EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS REMITIDOS PARA TRASPLANTE PULMONAR: RESULTADOS Y SUPERVIVENCIA	56
Gómez Román, M.; Cámara Martínez, I.; Martínez Picazo, J. R.; Gayá García-Manso, I.; Hernández Blasco, L. M.; García Sevilla, R.	

IMPACTO DE LA MIASTENIA GRAVIS Y EL SÍNDROME MIASTÉNICO CONGÉNITO EN LA FUNCIÓN RESPIRATORIA	58
Fernández Martínez, P.; Chacín, Y.; Esteban, V.; Martínez, A.; Torba, A.; Hernández, M.; Boira, I.; Castelló, C.; Sancho, J. N.; Chiner, E.	
UTILIDAD DE LA BIOPSIA PLEURAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL	59
Boris Bermeo, C. K.; Pedro Tudela, A.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.	
RENTABILIDAD, COMPLICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS A LA BIOPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS	60
Pedro Tudela, A.; Boris Bermeo, C. K.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.	
ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC ATENDIDAS EN PUERTAS DE URGENCIAS DE NUESTRO DEPARTAMENTO	60
Pedro Tudela, A.; De Juana Izquierdo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragón, E.	
UTILIDAD DE LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS PARA LA VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL	61
Cifre, P.; Herrejón, A.; Andujar, P.; Alegre, J. J.	
PREDICTORES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE	62
Castro Bravo, V.; Espinosa Gile, L.; Gayá García-Manso, I.; García Sevilla, R.; Hernandez Blasco, L.	
RENTABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LAS CÉLULAS FLUORESCENTES EN EXUDADOS PLEURALES	63
Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Sancho Chust, J. N.; Boira Enrique, I.; Pastor Espla, E.; Martinez Gomez, A.; Chacin Marcano, Y.	
EVOLUCIÓN HACIA FORMAS FIBROSANTES PROGRESIVAS (FFP) EN LA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD (NH)	63
Tobar Peñaherrera, A. C.; Galera Lozano, E.; Safont Muñoz, B.; Sabater Abad, C.; Fernandez Fabrellas, E.	
DAÑO HEPÁTICO RELACIONADO CON EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	64
Tobar Peñaherrera, A. C.; Carrión Collado, N.; Sanz Herrero, F.; Fernandez Fabrellas, E.	
UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA PLEURAL DURANTE LA TORACOCENTESIS TERAPÉUTICA	65
Maestre, L.; Pulido, A. M.; Hernández, M.; Torba, A.; Martínez, A.; Chacín, Y.; Sancho, J. N.; Chiner, E.	
ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA UBNI DEL HOSPITAL U. SANT JOAN D'ALACANT	66
Maestre, L.; Pulido, A. M.; Fernández, E.; Pozo, L.; Pastor, E.; Chiner, E.	
IMPACTO EN REDES SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DE ASMA	66
Maestre, L.; Pulido, A. M.; Aznar, V.; Torba, A.; Hernández, M.; Martínez, A.; Chacón, Y.; Boira, I.; Chiner, E.; Antón, M.	
MEPOLIZUMAB EN ENFERMEDADES DE LA VÍA RESPIRATORIA ÚNICA	67
Chiquiza Mora, J. P.; Cuenca, S.; Navarro, C.; Flor, A.; Saravia, A.; Segura, D.; Marín, M.	
COMPARACIÓN ENTRE ANTIFIBRÓTICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS (EPID)	68
Flor Pérez, A.	
RESÚMENES SPEED ORAL COMMUNICATIONS	69
SOI CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE NEUMOLOGÍA: UNA HERRAMIENTA RÁPIDA Y ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN	70
Martinez, A.; Sancho, J.; Torba, A.; Chacin, Y.; Hernández, M.; Boira, I.; Pastor, E.; Fernández, P.; Chiner, E.	
PERFIL DE PACIENTES QUE CAMBIARON DE OMALIZUMAB A BENRALIZUMAB POR FALTA DE RESPUESTA	71
Boira, I.; Chiner, E.; Martínez, A.; Chacín, Y.; Torba, A.; Hernández, M.; Pastor, E.; Senent, C.; Castelló, C.; Bernabeu, M. Á.	
RESPUESTA CLINICA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA	71
Boira Enrique, I.; Chiner, E.; Martínez, M.; Martínez, A.; Hernández, M.; Chacín, Y.; Fernández, P.; Pastor, E.; Torba, A.; Bernabeu, M. Á.	
COMO AFECTA LOS TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMICO EN PACIENTES CON EPOC GRAVE	72
Fernández Fabrellas, E.; Salcedo Patricio, A.; Verdejo Mengual, E.; Correa Lozano, N. A.; Parra Rodas, E.; del Valle, P.	

GESTIÓN DE EMERGENCIAS DURANTE LA DANA EN VALENCIA: ATENCIÓN POR VITALAIRE A PACIENTES CON TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA	73
Gómez Chinesta, C.; Chamarro Baños, E. M.; Ramos Marco, G.; Ferrer Ferrer, C.; Vergara Lahuerta, G.; Gallardo Román, A.; Villuendas Ros, A.; Portela Ferreño, I.	
EVALUACIÓN DEL SISTEMA STAR DE CLASIFICACIÓN DE LA EPOC COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN	74
Galan Negrillo, M.; Ibarra, A.; Pérez, F. J.; Ruiz Alcaraz, S.; Bordallo, P.; Grau, J.; García Pachón, E.	
ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PRONOSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI) Y COMPLEJO FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE)	75
Rivas Zelaya, A.; Parra, E.; Safont, B.; Cuota, M. J.; Correa, N.; Galera, E.; Sabater, C.; Fernandez, E.	
CONTROL CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: VALIDACIÓN DE UN NUEVO SCORE CUANTITATIVO	76
Villagrasa Guarch, M.; Alonso Tomás, L.; Atarés López, S.; Rico Martínez, C.; Catalán Serra, P.; Soler Cataluña, J. J.; Soler Cataluña, J. J.; Soler Cataluña, J. J.	
COMPARATIVA DE LAS PROPUESTAS DE CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD EN LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC: DECAF, ROMA Y GESEPOC	77
Atarés López, S.; Miralles, C.; Alonso, L.; Villagrasa, M.; Rico, C.; Soler, J. J.	
TORACOSCOPIA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LOS DERRAMES PLEURALES	77
Meneses Petersen, E.; Sánchez, M.; Martínez, R.; Briones, A.; Cases, E.	
SÍNDROME OBESIDAD HIPOVENTILACIÓN: IMPACTO DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN EL CURSO EVOLUTIVO	78
Correa Lozano, N. A.; Lluch Bisbal, M. A.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernández Fabrellas, E.	
ESTUDIO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS FINAS EN FUMADORES SIN PATOLOGÍA RESPIRATORIA DE LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA	79
Taberner Lino, L.; Climent, C.; Cifre, P.; Bonet, A.; De Juana, C.; Lera, R.; Abril, E. M.; Abellà, V.; Herrejón, A.; Martínez, E.	
CAMBIO EN LOS FLUJOS MESOESPIRATORIOS TRAS BRONCODILATADOR Y PROVOCACIÓN BRONQUIAL	80
Martínez, A. M.; Gimeno, Á.; Picazos, B.; Porcar, M.; Martínez, M. E.; Compte, L. F.	
ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA EN EL HGUA DR BALSIS DE ALICANTE	81
Gonzalez Moreno, M.; Pérez, J.; Huelamo, P. P.; Diez, A.; Ruiz, P.; García Sevilla, R.	
¿CÓMO LLEGAN LOS PACIENTES NEUROMUSCULARES AL LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR?	82
Salcedo Patricio, A. L.; Valle, P.; Almiñana, J.; Lluch, A.; Galera, E.; Honrubia, M.; Fernández, E.	

PROGRAMA



PROGRAMA

XXXII CONGRESO

SVN | FNCV

VIERNES 4 DE ABRIL | SALA CELESTE

09:30 – 13:45h **CURSO RESIDENTES PRECONGRESO DE LA SVN-TALLER DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA**

Presentación y reparto de grupos

Enrique Cases. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

¿Qué es la Neumología Intervencionista?

Enrique Cases. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Manejo de la patología obstructiva de la vía aérea central

Beatriz Amat. *H. Universitario del Vinalopó. Alicante.*

Toracoscopia

Andrés Briones. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Mesas-Taller

- Electrobisturí (R3 y R4)
Selene Cuenca. *H. General de Castellón. Castellón.*
- Intubación con broncoscopio rígido (R3 y R4)
Dario Alexander Cruz. *Consorcio H. General Universitario de Valencia. Valencia.*
- Drenaje pleural tipo Seldinger (R3 y R4)
Elsie Daviana Meneses. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*
- Intubación con broncoscopio flexible (R1 y R2)
José Norberto Sancho. *H. Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. Alicante.*
- Toracocentesis y manometría pleural (R1 y R2)
María Cleofe Fernández. *H. General Universitario Dr. Balmis. Alicante.*
- Ecografía diafragmática (R1 y R2)
Cristina Luna. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

14:00 – 15:30h **COMIDA**

15:40 – 16:00h **ACTO INAUGURAL**

16:00 – 16:55h **MESA EPID**

Moderador: Alba Mulet. *H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

Toxicidad pulmonar relacionada con los nuevos fármacos Reumatológicos

Laura Romero. *H. General de Castellón. Castellón.*

Toxicidad pulmonar relacionada con los nuevos fármacos Antineoplásicos

Mónica Llombart. *H. Marina Baixa. Alicante.*

Nerandomilast, nueva era en el abordaje de la fibrosis pulmonar

Claudia Valenzuela. *H. Universitario de La Princesa. Madrid.*

17:00 – 17:55h MESA VASCULAR: PUESTA AL DÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Moderadora: Cristina de Juana. *H. Universitario Dr. Peset. Valencia.*

Diagnóstico y clasificación

Alejandro Jove. *H. Universitario de La Plana. Villareal. Castellón.*

Estratificación riesgo-evolución pronóstica-seguimiento

Raquel López. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Tratamiento en HAP

Alberto García. *H. Universitario Dr. Peset. Valencia.*

18:00 – 18:30h COFFEE BREAK**18:30 – 19:00h MESA TABAQUISMO**

Moderadora: Esther Pastor. *H. Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. Alicante.*

Nueva forma de consumo. Bolsitas de Nicotina

José Ignacio de Granda. *H. Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

19:05 – 20:00h CONFERENCIA MAGISTRAL

Presenta: Cruz González. *H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

En las fronteras de la vida

Marcos de la Peña. *IBMCP (UPV-CSIC).*

20:15 – 21:00h ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS**SÁBADO 5 DE ABRIL | SALA CELESTE****08:15 – 09:00h REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO****09:00 – 09:55h MESA INFECCIONES. VACUNACIÓN EN PACIENTE RESPIRATORIO**

Moderador: Raúl Méndez. *H. Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Actualización VRS 2025

Francisco Sanz. *Consortio H. General Universitario de Valencia. Valencia.*

Futuro de la vacunación frente a la Neumonía y la Gripe

Irene Rivero. *H. Santiago de Compostela. A Coruña.*

10:00 – 10:35h MESA EPOC

Moderador: Juan José Soler. *H. Arnau de Vilanova. Valencia.*

Inflamación T2 en la EPOC

Carlos Cabrera. *H. Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria. Las Palmas.*

10:40 – 11:00h MESA EROM

Moderador: Enric Bures. *H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

Posicionamiento de la SVN frente a la Contaminación y el Cambio Climático

Carlos Baeza. *H. General Universitario de Elche. Alicante.*

11:05 – 11:30h COFFEE BREAK

11:30 – MESA ASMA

12:25h

Modera:**Eva Martínez.** *H. Universitario Dr. Peset. Valencia.***Inmaculada Lluch.** *H. Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia.***ASMA 2025: controversias, cuestiones pendientes y avances****Francisco Javier Bravo.** *H. General Universitario Santa Lucía de Cartagena. Murcia.***Fernando Sánchez.** *H. Arnau de Vilanova. Valencia.***María Cleofe Fernández.** *H. General Universitario Dr. Balmis. Alicante.***Abel Pallarés.** *H. Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo. Pontevedra***12:30 – MESA TÉCNICAS Y ONCOLOGÍA TORÁCICA**

13:00h

Modera: Beatriz Amat. *H. Universitario del Vinalopó. Alicante.***Actualización en las técnicas de diagnóstico en el nódulo pulmonar: navegación electromagnética, broncoscopia robótica****Dario Alexander Cruz.** *Consortio H. General Universitario de Valencia. Valencia.***13:05 – MESA SAHS Y VMNI**

14:00h

Modera: Silvia Ponce. *H. Universitario Dr. Peset. Valencia.***Eventos obstructivos durante la Ventilación No Invasiva en la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Causas, implicaciones y soluciones****Jesús Sancho.** *H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.***Eventos obstructivos durante la Ventilación No Invasiva en la Esclerosis Lateral. Oxigenoterapia de Alto Flujo. ¿Qué parámetros utilizar?****Patricia Pérez.** *H. Villajoyosa. La Villajoyosa. Alicante.***14:05 – COCTEL**

15:30h

15:30 – PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO

16:10h

Modera: Mario Giménez. *H. Universitario de Torrevieja. Alicante.***Efecto del tratamiento a largo plazo con N-Acetilcisteína en bronquiectasias****Miguel Ángel Martínez.** *H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.***Nuevos horizontes en el tratamiento de la Tos Crónica. Gefapixant****Alfredo de Diego.** *H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.***16:15 – DEFENSA COMUNICACIONES ORALES FINALISTAS**

18:05h

Modera:**Alberto Saura.** *H. de Sagunto. Valencia.***Blas García.** *H. Lluís Alcanyís de Xàtiva. Xàtiva. Valencia.***Paula Bordallo.** *H. General Universitario de Elche. Alicante.***Lucía Zamora.** *H. General Universitario de Elche. Alicante.***16:15 – DEFENSA COMUNICACIONES PÓSTER FINALISTAS**

17:30h

| SALA BURDEOS**Modera:****Violeta Esteban.** *H. Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. Alicante.***Thais Carolina Concepcion Beauperthuy.** *H. General de Requena. Valencia.***Enrique Cases.** *H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.***Lola Martínez.** *H. Lluís Alcanyís de Xàtiva. Xàtiva. Valencia.***20:45h CENA DE CLAUSURA****Restaurante Habitual.** *Mercat de Colón. C/ de Jorge Juan, 19. Valencia.*

PROGRAMA

CURSO ATENCIÓN PRIMARIA:

NEUMOLOGÍA BÁSICA PARA LA CONSULTA DIARIA

SÁBADO 5 DE ABRIL | SALA BURDEOS

Modera:

Elvira Bondía. *H. Universitario de La Plana. Villareal. Castellón.*

Lola Martínez. *H. Lluís Alcanyís de Xàtiva. Xàtiva. Valencia.*

9:30 - 11:00h **DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A LA DERIVACIÓN**

EPOC-ASMA

Patricia García. *H. Universitario de La Plana. Villareal. Castellón.*

Apnea Obstructiva del Sueño

Sandra Vañes. *Linde Médica España.*

Déficit de Alfa 1 Antitripsina. A propósito del PAI de Galicia

Jaime González. *Medicina de Familia y Comunitaria. Vigo.*

11:05 - 11:30h COFFEE BREAK

11:30 - 12:30h **TALLERES TEÓRICO-PRÁCTICOS**

Manejo de fármacos inhalados. Técnica inhalatoria. Tipos de inhaladores

Ignacio Boira. *H. Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. Alicante.*

Interpretación de espirometría

Marta Acosta. *H. Universitario de La Plana. Villareal. Castellón.*

Interpretación de Radiografía de tórax

Julia Tarraso. *H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

12:30 - 13:30h **VISITA CAMIÓN AÑO SEPAR. CONOCE LA NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA**

RESÚMENES PONENCIAS



CURSO RESIDENTES PRECONGRESO DE LA SVN. TALLER DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA

TORACOSCOPIA

Briones Gómez, A.

H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

La toracoscopia médica se considera el “gold standard” en el diagnóstico del derrame pleural de etiología no filiada. Bajo condiciones de asepsia la realización por parte de neumólogos intervencionistas adecuadamente entrenados, permite su uso en las salas de neumología intervencionista con adecuada sedación sin requerir hospitalización prolongada y con pocas complicaciones.

Para su implementación podemos usar el toracoscopio rígido o el semi-flexible, siendo necesario los conocimientos teóricos en el manejo del derrame pleural y el aprendizaje paso a paso del procedimiento, con el objetivo de extender esta técnica tan valiosa entre los neumólogos que se dedican a las técnicas endoscópicas y pleurales.

INTUBACIÓN CON BRONCOSCOPIO FLEXIBLE (R1 Y R2)

Sancho, J. N.

Hospital Universitario San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. Alicante.

El control de las vías respiratorias es una habilidad primaria que debe adquirir el neumólogo durante su formación, pues es un procedimiento propio de la neumología intervencionista. El uso del tubo endotraqueal facilita la ventilación durante los procedimientos quirúrgicos con anestesia general, permite un manejo seguro de la vía aérea durante procedimientos complejos de Neumología Intervencionista y puede ser necesario en caso de complicaciones como hemorragia.

El uso del broncoscopio como herramienta de asistencia para la intubación está indicado principalmente en casos de vía aérea difícil (tanto conocida/prevista como fallida/imprevista), intubación con paciente consciente (por alto riesgo de aspiración, inmovilización cervical o problemas de ventilación tras inducción), alto riesgo de rotura dental o traqueostomía previa y/o intubación prolongada.

La secuencia incluye los siguientes pasos: a) colocación previa del tubo endotraqueal superpuesto sobre el broncoscopio; b) sedación/anestesia tópica; c) introducción del broncoscopio (por vía oral o nasal); d) paso del broncoscopio por la vía aérea a través de las cuerdas vocales hasta llegar a la tráquea; e) deslizamiento suave del tubo endotraqueal utilizando el broncoscopio como guía; f) fijación del tubo endotraqueal y conexión al ventilador; g) comprobación visual del correcto posicionamiento del tubo endotraqueal con el broncoscopio.

Los principales problemas del procedimiento son que el tubo endotraqueal se quede atrapado en la epiglotis, en los cartílagos laríngeos (aritenoides, corniculados y cuneiformes) o en las cuerdas vocales, así como traumatismos que se puedan generar en la vía aérea (más frecuentemente en cuerdas vocales).

MESA EPID

TOXICIDAD PULMONAR RELACIONADA CON LOS NUEVOS FÁRMACOS REUMATOLÓGICOS

Romero Frances, L.

Hospital General de Castellón.

Encontrar alteraciones intersticiales en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas es frecuente, sin embargo el tratamiento farmacológico se va a reservar a aquellos casos con sintomatología relevante o enfermedad progresiva. No hay criterios de tratamiento claramente establecidos ni estandarizados, por lo que la indicación, respuesta al tratamiento y sus posibles complicaciones son complejas. Todo ello justifica la colaboración interdisciplinar. Los nuevos Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME) se han relacionado con toxicidad pulmonar. Haremos una revisión de los siguientes FAME y su perfil de seguridad pulmonar: los antagonistas de TNF, Tocilizumab, Rituximab, Etarnecept e inhibidores de JAK (Tofacitinib y Baricitinib). Seguiremos principalmente la guía Guipcar de 2018 y el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas y sintéticas dirigidas en la artritis reumatoide de 2024, dado que es la patología sobre la que se dispone de más datos de seguridad pulmonar.

La toxicidad pulmonar por antagonistas de TNF consistente en enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) está descrita con todos ellos (Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab y Certolizumab). Sin embargo, la evidencia de causalidad que sustenta la posible implicación es, en su mayoría, de baja calidad y de difícil interpretación por sesgos de confusión. Por ello, nos obliga a ser cautelosos, sin poder realizar una recomendación más consistente.

La EPID como toxicidad a Tocilizumab también se ha descrito, y aunque la Guipcar no recomienda su uso, estudios posteriores han demostrado que guarda un buen perfil de seguridad.

La toxicidad pulmonar por Rituximab se ha asociado al desarrollo de EPID en pacientes con neoplasias hematológicas tratados además con otros quimioterápicos. En enfermedades reumatológicas, se considera que es el fármaco más seguro junto con el Abatacept, dado que ambos muestran una estabilización e incluso mejoría de la afectación funcional pulmonar.

Por último, los inhibidores de JAK (JAK), si bien sus primeros ensayos de desarrollo se notificaron casos de EPID, los posteriores análisis no han detectado que provoquen toxicidad pulmonar de este tipo.

Por todo ello, las últimas recomendaciones son priorizar el uso de Rituximab y Abatacept en los pacientes con EPID secundaria a enfermedades reumatológicas, pero manteniendo a los antagonistas de TNF y los JAK como alternativas adecuadas.

TOXICIDAD PULMONAR RELACIONADA CON LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS

Llombart, M.

H. Marina Baixa. Alicante.

Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) inducidas por agentes antineoplásicos representan un grupo extenso y altamente heterogéneo de enfermedades pulmonares inducidas por fármacos. El número de terapias dirigidas e inmunoterapia está aumentando constantemente. Como consecuencia, el número de casos de EPI por éstos está aumentando. Es fundamental conocer los fármacos más comunes que causan toxicidad pulmonar y tener un marco diagnóstico claro para su identificación precoz. Estas reacciones adversas de baja frecuencia pero pueden ser graves, incluso mortales. Sus manifestaciones clínicas, radiológicas e histológicas son inespecíficas. Para el diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha y la exclusión de otras causas posibles (más difícil cuando se utilizan varios fármacos potencialmente tóxicos). La identificación del fármaco responsable y su discontinuación, a veces acompañada de glucocorticoides, es crucial para el tratamiento. Tras la suspensión hay que valorar el beneficio-riesgo de la reintroducción. En algunos casos, como con los inhibidores de los puntos de control inmunológico, la toxicidad pulmonar puede no llevar a la discontinuación del fármaco, especialmente si el beneficio potencial del medicamento es alto y no hay alternativas terapéuticas válidas. Es importante incrementar la educación de los pacientes para que presten atención a sus síntomas e indiquen cualquier cambio en su sintomatología. El manejo eficaz de la EPI por fármacos oncológicos se basa en la interacción multidisciplinar en todas las fases del proceso.

MESA VASCULAR. PUESTA AL DÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Jove Lamas, A.

H. La Plana. Castellón.

Las guías clínicas de las sociedades europeas de cardiología y neumología de 2022 y el simposio mundial de 2024 han sido las principales publicaciones sobre hipertensión pulmonar (HP) de los últimos años. El simposio mantiene la definición de HP con los cambios en los umbrales de la presión de la arteria pulmonar media (PAPm > 20 mmHg) y de las resistencias vasculares pulmonares (RVP > 0 ≤ 2 UW) que se produjeron en las últimas guías clínicas de 2022. En la clasificación, mantiene la estructura en 5 grupos, introduciendo de nuevo el subgrupo de “respondedores a largo plazo de los calcioantagonistas” dentro de la Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática (HAPI) y añadiendo la mitomicina-c y el carfilzomib como fármacos con “asociación definitiva” con HAP. Se proponen nuevos subgrupos dentro de la HP del grupo 2 y se diferencian los subgrupos del grupo 3 en función de la patología y no de su alteración funcional. No se aconseja realizar un subgrupo de pacientes con comorbilidades y en aquellos con múltiples condiciones que predispongan a su aparición, se recomienda clasificarlos según su causa predominante. Con respecto al diagnóstico, mantiene la estrategia de sospecha temprana y se hace hincapié en acelerar la derivación a centros de HP de los pacientes con probabilidad alta de HAP, HP tromboembólica crónica y otras formas de HP grave, manteniendo

el algoritmo diagnóstico con una fase de sospecha, una de detección y otra de confirmación con cateterismo cardíaco derecho en función de la probabilidad de HP.

ESTRATIFICACIÓN RIESGO-EVOLUCIÓN PRONÓSTICA-SEGUIMIENTO

López, R.

H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

La estratificación pronóstica es una herramienta esencial en el manejo de la hipertensión arterial pulmonar (HAP), ya que permite estimar el riesgo de mortalidad y orientar las decisiones terapéuticas en función del perfil clínico del paciente. Las guías conjuntas ERS/ESC 2022 recomiendan el uso de una estratificación multiparamétrica con tres estratos (bajo, intermedio, alto) en el momento del diagnóstico, y una herramienta simplificada basada en tres parámetros no invasivos —clase funcional, prueba de marcha de seis minutos y péptido natriurético (BNP/NT-proBNP)— durante el seguimiento clínico.

Esta intervención revisa la evolución de los modelos de estratificación, las evidencias que sustentan la herramienta simplificada y sus limitaciones, especialmente en el grupo de riesgo intermedio. Además, se analizarán las recomendaciones más recientes del 7º Simposio Mundial de HAP (Barcelona, 2024), que proponen una estratificación más dinámica y personalizada. Finalmente, se abordarán nuevas variables pronósticas emergentes —como los parámetros ecocardiográficos avanzados, biomarcadores adicionales y tecnologías basadas en inteligencia artificial— que podrían contribuir a una mejor discriminación del riesgo y a una toma de decisiones más precisa y adaptada al perfil individual del paciente.

TRATAMIENTO EN LA HAP

García Ortega, A.

Hospital Dr Peset. Valencia.

El manejo terapéutico específico de la Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) ha avanzado significativamente en los últimos años, mejorando la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Este manejo debe guiarse por la situación pronóstica, tanto al diagnóstico como durante el seguimiento, con el objetivo de alcanzar o mantener un estado de bajo riesgo, que se asocia con un mejor pronóstico.

Más allá del subgrupo de pacientes subsidiarios a tratamiento con calcio-antagonistas en monoterapia, el tratamiento farmacológico se centra en el uso de terapias combinadas dirigidas a actuar sobre las principales dianas de la enfermedad: 1) la vía del óxido nítrico: inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (sildenafil, tadalafil) y agonistas de la guanilato ciclasa soluble (riociguat); 2) la vía de la endotelina mediante antagonistas de los receptores de endotelina (bosentán, ambrisentán, macitentan); 3) la vía de la prostaciclina mediante análogos (epoprostenol, treprostinil, iloprost) y agonistas selectivos del receptor de la prostaciclina (selexipag).

Recientemente, se han desarrollado nuevas terapias que ofrecen esperanza para mejorar los resultados en pacientes con HAP. Entre estas, destaca sotatercept, un inhibidor de la señalización del receptor de activina tipo IIA que actúa sobre la vía de señalización de proteína morfogenética ósea/activina. Este fármaco tiene un efecto antiproliferativo, y ha demostrado una eficacia y seguridad significativas en ensayos clínicos, posicionándose como una novedosa herramienta en la optimización del manejo de la HAP. Por ello, la terapia médica máxima actual consiste en el tratamiento con cuatro fármacos específicos. Finalmente, el trasplante de pulmón sigue siendo una opción a considerar en pacientes seleccionados que presentan una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico.

MESA TABAQUISMO

NUEVA FORMA DE CONSUMO. BOLSITAS DE NICOTINA

De Granda, J. I.

H. Gómez Ulla. Madrid.

Las bolsitas de nicotina (BN) son bolsas de administración oral que contienen sales de nicotina (extraída directamente de las hojas del tabaco: contenido medio de nicotina por bolsa es alto junto con otras sustancias como celulosa microcristalina, glicerina vegetal, propilenglicol, carbonato de sodio, carbonato potásico, sorbato potásico, xilitol, goma arábica, alginato sódico, goma xantham, eritritol, acesulfam, y varios aromas y sabores (pipermint, menta, café, ácido cítrico, fresa, tabaco, canela, etc) y se han detectado nitrosaminas específicas del tabaco además de acetaldehído, nitrito, plomo, berilio, cadmio, cromo, cobalto, selenio y níquel. Las BN

son altamente adictivas, e incluso se ha demostrado que podrían ser una puerta de entrada para fumar cigarrillos. Al analizar la toxicidad in vitro de las BN se demuestra una mayor citotoxicidad, producción de especies reactivas de oxígeno diferencial y liberación de citoquinas proinflamatorias en las células epiteliales bronquiales humanas que también se observó en células epiteliales gingivales orales humanas. Se han observado alteraciones de la mucosa oral: ligeras arrugas, boca seca, dolor, ampollas gingivales, lesiones blancas asociadas con niveles elevados de biomarcadores inflamatorios como IL-6, IL-8, IL-1 beta y TNF-alfa, lo que sugiere un riesgo potencial de cáncer oral. Además, la nicotina promueve afecciones como la gingivitis, la enfermedad periodontal y destrucción ósea. La publicidad de las bolsitas de nicotina se dirige a los no fumadores y a los jóvenes. La industria tabacalera centra su publicidad en la reducción de daño, lo cual ya se ha demostrado totalmente falso. Por lo anterior estos productos deberían ser prohibidos.

CONFERENCIA MAGISTRAL

EN LAS FRONTERAS DE LA VIDA

De la Peña, M.

IBMCP (UPV-CSIC)

Podemos definir la virosfera como el conjunto de virus y otros elementos replicantes mínimos que existen en la Tierra. Aunque no cumplan todos los criterios para ser considerados seres vivos, estos agentes o entidades biológicas constituyen el ecosistema más abundante y diverso de la biosfera, y también el menos explorado. La pandemia de coronavirus que tuvo lugar en 2020 impulsó a la comunidad científica, y a la sociedad en general, a conocer un poco mejor toda esta "materia oscura" viral que nos rodea. En tan solo unos años se han conseguido resultados revolucionarios, y esto ha sido sobre todo gracias a las aproximaciones computacionales. Los análisis de los ingentes datos genómicos y metagenómicos obtenidos en los últimos 20 años nos han permitido aumentar en órdenes de magnitud el número de nuevas especies virales conocidas. Pero no solo eso, también hemos podido explorar los límites y la abundancia de todo un mundo de replicantes mínimos de RNA que cuestionan el concepto de lo que se considera virus y la frontera de lo que se considera vida.

MESA INFECCIONES. VACUNACIÓN EN PACIENTE RESPIRATORIO

FUTURO DE LA VACUNACIÓN FRENTE A LA NEUMONÍA Y LA GRIPE

Rivero Calle, I.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

¿Qué nos depara el futuro? A lo largo de esta presentación analizaremos los avances, nuevos desarrollos y perspectivas futuras de mejora en el área de la vacunología, y especialmente en el ámbito de las enfermedades infecciosas respiratorias. Para ello, hablaremos y exploraremos las nuevas tecnologías y estrategias en las que se está investigando, evaluaremos cómo se están optimizando plataformas vacunales ya conocidas para mejorar su eficacia, calidad y seguridad. Por otro lado, hablaremos de nuevas vías de administración, fundamentalmente la vía intranasal, en relación a vacunas en desarrollo. Comentaremos los nuevos patógenos respiratorios que están en el punto de mira, su carga de enfermedad, factores de riesgo asociados y candidatos en investigación para abordarlos. Además, comentaremos como se está trabajando en vacunas frente a diversos patógenos en el mismo preparado para afrontar estos retos de una forma combinada. Por otro lado, hablaremos de cómo el paradigma preventivo frente a la gripe avanza hacia la protección más allá de la infección, de nuevo modelos para evaluarlo en vida real y de criterios farmaco-económicos tenidos en cuenta. Finalmente hablaremos de big data, de inteligencia artificial y de vacunología de precisión.

MESA EPOC

INFLAMACIÓN T2 EN LA EPOC

Cabrera, C.

H.U Dr. Negrín de Gran Canaria. Las Palmas.

La inflamación de tipo dos es prevalente en la población general La inflamación de tipo dos puede ser alérgica o no alérgica. Dentro de la alérgica, intervienen de forma predominante los linfocitos Th2 y los linfocitos B, siendo las interleucinas más importantes la 5,

la 4 y la 13. Dentro de la inflamación T2 no alérgico, las células más relevantes serían las ILC2, que secretan las mismas citocinas que los linfocitos Th2. Hay datos controvertidos en cuanto a la inflamación de tipo dos en la EPOC. Desde su prevalencia, con artículos que la sitúan en el 30 y 40 % a su importancia en la evolución de la enfermedad. Existe mucha evidencia del efecto de los esteroides inhalados en sujetos con eosinofilia, pero aún no se conoce del todo el papel que juegan los mismos en la fisiopatología de la EPOC. En la población general de la EPOC hay aproximadamente un 15 % de sujetos con más de 300 eosinófilos en sangre, sin que parezca que tenga repercusión en los parámetros clínicos. La pregunta es si estos eosinófilos juegan un papel más allá de ser un rasgo tratable. Estudios con anticuerpos monoclonales no han conseguido mejorías en las exacerbaciones que superen a las dosis bajas de esteroides inhalados. Solamente dupilumab ha demostrado una disminución en la agudizaciones. Nuevos estudios sugieren que los eosinófilos en la EPOC no actúan igual que los de los sujetos asmáticos. La gran pregunta es si los eosinófilos de forma aislada son equivalentes a una señal T2 en la EPOC o no.

MESA EROM

POSICIONAMIENTO DE LA SVN FRENTE A LA CONTAMINACIÓN Y EL CAMBIO CLIMÁTICO

Baeza, C.

H. General Universitario de Elche. Alicante.

El cambio climático se define como la variación global del clima, cuyo incremento se debe principalmente a las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) por actividades humanas, lo que ha provocado un calentamiento global de hasta 1,5 °C por encima de los niveles preindustriales. Este aumento de temperatura, junto con fenómenos meteorológicos extremos, afecta especialmente a la Comunidad Valenciana, región vulnerable por su clima mediterráneo, litoral extenso y eventos como sequías, inundaciones y olas de calor, que pueden impactar de manera negativa en la población, especialmente, en los pacientes con enfermedades respiratorias.

Por otro lado, la contaminación atmosférica, producida en gran parte por la combustión de combustibles fósiles, ha demostrado ser el factor ambiental más perjudicial para la salud, estando relacionada con más de 9 millones de muertes prematuras anuales en todo el planeta. Resulta de vital importancia reducir la exposición de la población a contaminantes como el material particulado (PM), NO₂ y ozono, ya que su disminución podría salvar numerosas vidas en la región.

En todo ello, el sector sanitario tiene una doble responsabilidad: por un lado, su papel en la mitigación de los efectos del cambio climático mediante la educación, la investigación y la defensa de políticas públicas sostenibles; y por otro, la de reducir la enorme huella ambiental propia del sistema de salud.

La Sociedad Valenciana de Neumología, desde su creación, mantiene un férreo compromiso con la promoción de la salud respiratoria. Por este motivo, incluye el impacto climático y la calidad del aire entre sus líneas de actuación, y traslada este compromiso a todos sus miembros.

MESA SAHS Y VMNI

EVENTOS OBSTRUCTIVOS DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. CAUSAS, IMPLICACIONES Y SOLUCIONES

Sancho, J.

UCRI H. Clínico de Valencia. Valencia.

La ventilación no invasiva (VNI) es capaz de prolongar la supervivencia de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), sin embargo la aparición de eventos obstructivos de la vía aérea superior durante la utilización de la misma disminuye la efectividad de la técnica y repercute negativamente en la supervivencia de los pacientes. La afectación bulbar está directamente relacionada con la aparición de estos episodios, siendo los más característicos aquellos que se producen a nivel glótico y que se acompañan con una disminución del drive respiratorio. Diferentes estudios sugieren una posible disfunción del control de la ventilación o de las vías corticorespiratorias en los pacientes con ELA como implicadas en la génesis de estos eventos obstructivos generados por la VNI. El análisis del software del ventilador permite identificar estos eventos obstructivos siendo necesarias para tipificarlos otra serie de técnicas tanto de imagen (nasofibroscopia, ecografía) como respiratorias (capnografía, poligrafía, polisomnografía).

La modificación de los parámetros ventilatorios o del modo ventilatorio puede llegar a corregir estos eventos obstructivos durante la VNI y por tanto mejorar la supervivencia de los pacientes con ELA.

EVENTOS OBSTRUCTIVOS DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA ESCLEROSIS LATERAL. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO. ¿QUÉ PARÁMETROS UTILIZAR?

Perez Ferrer, P. (1)

H. Villajoyosa. La Villajoyosa. Alicante.

La terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN) es un dispositivo de soporte respiratorio no invasivo que se utiliza en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), junto con la oxigenoterapia convencional y la ventilación no invasiva (VNI).

Los beneficios de la TAFCN son tanto clínicos (p. ej., comodidad del paciente y facilidad de uso) como fisiológicos (p. ej., alta oxigenación, reclutamiento alveolar, humidificación y calentamiento, aclaramiento de secreciones, reducción del espacio muerto), pudiendo prevenir la intubación orotraqueal en distintos escenarios clínicos. Su principal indicación es en pacientes con neumonía grave y/o síndrome de distrés respiratorio agudo (por encima de la oxigenoterapia convencional y VNI).

Uno de las principales ventajas es su facilidad de uso. Se programan 3 parámetros: la temperatura, el flujo y la FiO₂. Se iniciará la terapia con el máximo flujo tolerado, con la FiO₂ necesaria para mantener SpO₂ > 92% (entre 88-92% en pacientes hipercápicos) y una temperatura entre 31-37 °C. Para el seguimiento de su eficacia es útil el uso del índice ROX (SpO₂/FiO₂: FR), en el que un valor ≥ 4,88 se asocia a mayor probabilidad de éxito.

PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO

EFFECTO DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON N-ACETILCISTEÍNA EN BRONQUIECTASIAS

Martínez García, M. Á.

H. Universitari i Politècnic La Fe Valencia.

La N-acetilcisteína (NAC) es un mucolítico utilizado en diversas enfermedades de la vía aérea desde hace años tanto en fase aguda como crónica. Además de su capacidad mucolítica algunos estudios han demostrado su capacidad antiinflamatoria, antifibrótica y antiinfecciosa, y aun mas incluso a dosis elevadas es un fármaco seguro. En pacientes con EPOC y fenotipo bronquitis crónica, ha demostrado reducir las exacerbaciones a dosis de 1200 mg/d.

Hay muy poca evidencia sobre el efecto a largo plazo de NAC en pacientes con bronquiectasias y expectoración crónica, si bien a un porcentaje elevado de estos pacientes se les prescribe. Aprovechando nuestro registro RIBRON con 2461 pacientes nuestro objetivo que valorar la eficacia de NAC prescrita al menos durante 6 meses (n=368) en pacientes con bronquiectasias que empiezan su tratamiento fuera de una exacerbación. La dosis habitual es de 600 mg/d aunque se realizó un subanálisis en aquellos pacientes (n=116) que llevaban 1200 mg/d. Los hallazgos principales es que (tras ajustar por confusores): 1) La NAC redujo un 27% las exacerbaciones, un 17% las hospitalizaciones, un 5% los pacientes con esputo purulento; en un 60% el volumen del esputo y un 12% de aislamientos de P. aeruginosa. Aquellos paciente bajo el tratamiento con 1200 mg/d redujeron en un 11% más las exacerbaciones, siendo el resto de resultados similares. En todo momento el fármaco se mostró seguro

En conclusión NAC es un fármaco seguro y eficaz para a reducción de las exacerbaciones, mejoría dela clínica y reducción del aislamiento de microorganismos patógenos en pacientes con bronquiectasias

NUEVOS HORIZONTES EN EL TRATAMIENTO DE LA TOS CRÓNICA. GEFAPIXANT

De Diego, A.

H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

La tos crónica refractaria e idiopática constituye una causa frecuente de consulta especializada. Los avances en el conocimiento de la neurofisiología de la tos, tanto a nivel periférico como en el sistema nervioso central han permitido el desarrollo de nuevas

herramientas diagnósticas y la aparición de nuevos fármacos en el arsenal terapéutico. El síndrome de hipersensibilidad tusígeno y el concepto de la tos como una neuropatía vagal ha permitido que nuevos fármacos con actividad en receptores de la transmisión neuronal como son los antagonistas purinérgicos hayan sido desarrollados. En esta ponencia se van a mostrar los ensayos realizados y publicados de uno de estos antagonistas, el Gefapixant, una antagonista de los receptores P2X3, ya comercializado, y en los que se ha demostrado su eficacia y seguridad en pacientes con tos crónica.

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA. NEUMOLOGÍA BÁSICA PARA LA CONSULTA DIARIA

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Vañes, S.

Linde Médica España.

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio crónico con una elevada prevalencia mundial. Se estima que afecta al 15% de los hombres y al 7% de las mujeres en España, con cifras similares en otros países desarrollados. Sin embargo, entre el 80% y el 90% de los casos permanecen sin diagnosticar, lo que incrementa el riesgo de complicaciones asociadas.

Las comorbilidades de la AOS incluyen hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular o cerebrovasculares entre otras, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Además, la obesidad es un factor de riesgo muy prevalente en la AOS, con una prevalencia del 70% en estos pacientes directamente relacionado con la gravedad de esta enfermedad.

Una actitud proactiva por parte de los médicos de atención primaria, basada en la identificación precoz de síntomas o comorbilidades asociadas a la apnea obstructiva del sueño y la derivación a neumología/unidades de sueño, puede mejorar significativamente los resultados en salud mejorando el infradiagnóstico y ser origen del inicio precoz de la terapia obteniendo los beneficios asociados.

Es por ello por ello que la implicación de los médicos de familia en la apnea obstructiva del sueño es fundamental para mejorar la calidad de vida y reducir la carga asistencial de las comorbilidades de esta enfermedad.

DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (DAAT). A PROPÓSITO DEL PAI DE GALICIA

González Rey, J.

Medicina de Familia y Comunitaria. Vigo.

Un Proceso Asistencial Integrado (PAI) es una herramienta que permite identificar y ordenar el conjunto de actuaciones del ámbito sanitario a través de las cuales se define la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial.

Está centrado en la persona como sujeto activo, por garantizar la continuidad asistencial.

Para detectar nuevos casos de DAAT, y hacerlo con mayor precocidad, así como mejorar la continuidad asistencial en el manejo del paciente con DAAT desde Atención Primaria hasta Atención Hospitalaria, se diseñó una participativa que incluyó a los profesionales médicos (especialistas en Neumología y Atención Primaria), Farmacia Hospitalaria y Enfermería, y, asimismo, la visión del paciente.

El DAAT es una alteración genética identificada como el trastorno hereditario más frecuente en adultos, caracterizada por niveles reducidos de alfa-1 antitripsina circulante, que predispone a la afectación pulmonar, hepática y, más raramente, cutánea y/o circulatoria sistémica.

Esto determina un estudio exhaustivo del portador de esta alteración, con una valoración integral entre distintas especialidades.

Se la incluye dentro de la clasificación de las enfermedades raras o minoritarias.

El reto más importante es su diagnóstico precoz, por lo que es preciso tener en mente su existencia para sospechar qué paciente pueda tener un DAAT. Esto es importante para todos los profesionales sanitarios, pero es especialmente relevante en el ámbito de la Atención Primaria.

El DAAT es una enfermedad crónica, sin tratamiento curativo, que indefectiblemente progresa de forma más o menos rápida.

Sin embargo, la terapia aumentativa previene la progresión del enfisema pulmonar y, en principio, se trata de un tratamiento de por vida.

TIPOS DE INHALADORES, ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO Y NOVEDADES

Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Chiner Vives, E.

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante.

La terapia inhalada es la ruta de elección principal para aplicar fármacos en Neumología. Los dispositivos presurizados de dosis medida (pMDI) precisan una coordinación entre el disparo y la inhalación, requieren un bajo flujo inspiratorio y contienen propelentes. En los pMDI convencionales el fármaco está en suspensión y puede ocurrir el efecto frío-freon mientras que en los pMDI de partícula extrafina el fármaco está en solución y el orificio de salida es más pequeño por lo que se facilita la coordinación y se disminuye el efecto frío-freon. En los inhaladores activados por la inhalación (BAI) existe un disparo automático de la válvula con la inspiración y se requiere un flujo mínimo inspiratorio. Los SMI contienen partículas finas y presenta un tiempo de la emisión de la neblina lento lo cual favorece la coordinación. Los inhaladores de polvo seco (DPI) precisan de flujos inspiratorios mayores y el fármaco se encuentra en depósito o en cápsulas. En los DPI monodosis el fármaco se encuentra en el interior de una cápsula y se requiere flujos inspiratorio más altos que los multidosis. Los dispositivos DPI multidosis pueden ser predosificadores (el fármaco está en pequeños alveolos individuales) y de depósito (el fármaco está en un dispositivo dentro del inhalador). La elección del tipo de dispositivo depende de la edad, situación clínica y condiciones del paciente, preferencias, técnica inhalatoria, experiencia previa con inhaladores y dispositivos disponibles.

Recientemente se han desarrollado inhaladores digitales los cuales se basan en sensores electromagnéticos que registran y transmiten datos.

INTERPRETACIÓN DE ESPIROMETRÍA

Acosta, M.

H. La Plana. Castellón.

La espirometría es una prueba clave para evaluar la función pulmonar, fundamental en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias como el asma y la EPOC. Mide la cantidad y velocidad del aire exhalado, proporcionando datos esenciales sobre la obstrucción o restricción de las vías respiratorias.

Los principales parámetros en la espirometría son:

1. FEV1 (Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo): Mide el aire exhalado en el primer segundo de la exhalación forzada.
2. FVC (Capacidad Vital Forzada): Representa el volumen total de aire exhalado después de una inspiración profunda.

La relación FEV1/FVC es crucial para detectar obstrucción. Un valor reducido de esta relación (menos del 70%) indica obstrucción, como en el asma o la EPOC.

La interpretación se clasifica en:

- Obstrucción: FEV1 bajo y FEV1/FVC < 70%.
- Restricción: FVC bajo con una relación FEV1/FVC normal.
- Patrón mixto: Obstrucción y restricción simultáneas.

Es vital considerar el contexto clínico del paciente al interpretar los resultados. La espirometría bien realizada permite un diagnóstico certero y una guía en el manejo terapéutico de enfermedades respiratorias.

INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Tarraso Castillo, J.

H. Clínico de Valencia. Valencia.

Repaso breve por los principales conceptos teóricos necesarios para la correcta lectura e interpretación de la radiografía simple de tórax. Identificación (colectiva y participativa) de los patrones radiológicos más frecuentes en la práctica médica a través de 10 casos clínicos especialmente seleccionados.

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES



ÍNDICE DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO INTERNACIONAL MULTICÉNTRICO DE DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN

Mengot Ruiz, N. (1); González, P. (2); Latorre, A. (3); Piqueras, M. (3); Knox, D. (4); Carr, J. (4); Dean, N. (4); Menéndez, R. (3); Méndez, R. (2) (1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. España; (2) Departamento de Neumología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. España; (3) Infecciones Respiratorias. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (Iislafe), Valencia. España; (4) Division Of Respiratory, Critical Care And Occupational Pulmonary Medicine. University Of Utah School Of Medicine. Salt Lake City, Ut, Usa. Estados Unidos.

Objetivos

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la principal causa de mortalidad por infección a nivel mundial. El riesgo de muerte acontece principalmente durante la fase aguda de la infección, sin embargo, el riesgo elevado de muerte también persiste a largo plazo en comparación con la población general. El objetivo del estudio ha sido la derivación y validación de una escala multidimensional del riesgo de mortalidad a largo plazo (1 año) tras el alta hospitalaria por NAC

Metodología

Estudio de derivación de la escala a partir de los datos de la cohorte prospectiva multicéntrica española NEUMONAC con 2471 pacientes con un año de seguimiento tras el alta hospitalaria por NAC y validada con una cohorte multicéntrica de Utah (EEUU) con 1 año de seguimiento que incluye 2863 pacientes. Se realizó una regresión logística para predecir la mortalidad al año tras el alta hospitalaria incluyendo variables seleccionadas en base a la literatura existente y los resultados de un modelo de regresión penalizado. El rendimiento del modelo se evaluó estimando el área bajo la curva (AUC) y la calibración comparando las probabilidades previstas frente las observadas. Además, se estableció un sistema de puntuación del modelo de predicción para facilitar su aplicación.

Resultados

De los 2783 pacientes de NEUMONAC, se excluyeron 123 con muerte intrahospitalaria y 189 sin datos de seguimiento al año. De los 2471 restantes la mortalidad al año fue del 6.3%. En la cohorte de Utah, de los 3012 pacientes incluidos inicialmente se excluyeron 149 con muerte intrahospitalaria, de los 2863 restantes la mortalidad al año fue del 17.4%.

Las variables relacionadas con el riesgo de muerte a 1 año e incluidas en la escala (0-28 puntos) fueron: demográficas (edad, tabaquismo, asilo), comorbilidades (índice de Charlson), gravedad inicial (CURB65), soporte respiratorio hospitalario (ventilación mecánica) y complicaciones intrahospitalarias (eventos cardiovasculares) (Fig 1)

La escala muestra una alta discriminación en la cohorte de derivación: AUC de 0.82 (intervalo de confianza [IC] del 95% 0.78-0.85). En la cohorte de validación el AUC es de 0.75 (IC 95% 0.73-0.77). Los pacientes se clasificaron según el riesgo de muerte en riesgo bajo (0-5 puntos), intermedio (6-10) y alto (>10) (Fig 2)

Conclusiones

La escala pronóstica multidimensional clasifica de manera precisa a los pacientes según el riesgo de muerte a largo plazo tras la fase aguda de la NAC para poder implementar estrategias preventivas y terapéuticas.

DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD DE LA ESPIROMETRÍA POR Z – SCORE FRENTE A PORCENTAJE DEL TEÓRICO

Mompeán Rodríguez, S.; Martínez Francés, M.; Martínez Valle, A. M.; Mengot, N.; Martínez Pérez, R.; Sanfeliu, P.; Compte Torrero, L. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. España.

Objetivos

La interpretación de las pruebas de función pulmonar ha evolucionado desde los criterios clásicos basados en el porcentaje del valor teórico (%) hacia el uso del Z-score (ZS), basado en una distribución de referencia que permite situar los resultados dentro de un rango de normalidad y cuantificar la desviación de la media esperada. El objetivo de nuestro estudio es averiguar si la clasificación de la gravedad entre ambos criterios presenta diferencias significativas.

Metodología

Estudio retrospectivo en 569 sujetos elegidos aleatoriamente que realizaron espirometría forzada en un hospital terciario de enero a mayo de 2024. Se recogieron datos demográficos básicos y de espirometría. Para facilitar la comparación entre el porcentaje y ZS se agruparon las categorías moderada y moderadamente grave en una sola "moderada" y las grave y muy grave en una "grave". Se presentan datos descriptivos, diferencia de medias, χ^2 y concordancia (kappa).

Resultados

Estudiamos 569 sujetos, con una media de edad de 58 años (316 H, 253 M). La gravedad del FEV1 por porcentaje fue: normal (N) 47,1%, leve (L) 19,3%, moderada (Mo) 19,3% y grave (G) 14,3%. La gravedad del FEV1 por ZS fue: Normal 54,1%, Leve 20,7%, Moderado 19,3% y Grave 5,8%. Las diferencias (χ^2) son estadísticamente significativas. 138 casos (24,3%) se catalogan como más graves por porcentaje que por ZS. El índice kappa es de 0,63. Los pacientes cuya gravedad era mayor por porcentaje eran significativamente de mayor edad ($63,9 \pm 10,9$ vs $56,4 \pm 14,9$).

Considerando solo a sujetos con obstrucción por ZS (N=212), el 39,2% (N=83) se categorizan de menor gravedad por ZS que por porcentaje. El grado de concordancia (kappa) baja a 0,41. La gravedad de la FVC por % fue: N 77,9%, L 12,1%, Mo 7,2%, G 2,4%.

La gravedad de la FVC por ZS fue: N 81,5%, L 12,3%, Mo 4,2%, G 1,6%. Las diferencias (χ^2) son estadísticamente significativas, kappa 0,73. El análisis de sujetos con FVC patológica por ZS (n=103) frente al % ha mostrado que la concordancia entre ambos métodos baja al 0,5.

Conclusiones

La concordancia entre la gravedad del FEV1 estimada por porcentaje y ZS es buena globalmente pero para pacientes obstruidos es solo moderada. Por ZS un 7% de pacientes que se hubieran diagnosticado de obstrucción están dentro de la normalidad. Los pacientes graves por porcentaje bajan a menos de la mitad por ZS. Para FVC las diferencias entre ZS y porcentaje son menores pero para valores patológicos la concordancia es también solo moderada.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TEPROSTINIL INHALADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA DEL TREPOSTINIL INHALADO EN EL HGUA

Diez, A.; Ruiz, P.; Huelamo, P. P.; Perez, J.; Gonzalez, M.; Gaya, I.; Garcia, M. del M.; Garcia, R.; Hernández, L. M.

Hospital General Universitario Doctor Balmis. España.

Objetivos

La Hipertensión Pulmonar es una enfermedad que puede aparecer en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa que causa un impacto en la calidad de vida y supervivencia de estos pacientes.

El objetivo de este estudio es el análisis de los pacientes con HP asociada a EPID que han recibido tratamiento con Teprostini inhalado en nuestro hospital.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes diagnosticados de HP y EPID tratados con Teprostini inhalado en el Hospital General Universitario Doctor Balmis. Se analizan variables demográficas, clínicas, analíticas, radiológicas y tratamiento.

Para el análisis de las variables se ha utilizado el SPSS Statistics v.22.

Resultados

Se incluyeron 6 pacientes (100% hombres). La edad media al diagnóstico de HP fue 75,0 años (DE 7,5). El tiempo medio entre el diagnóstico de la EPID y la HP fue de 32,6 meses (DE 39,5). Respecto al tipo de EPID, 3 (50%) fueron tienen diagnóstico de Fibrosis pulmonar idiopática, 1 (17%) síndrome combinado fibrosis-enfisema, 1 (17%) neumonitis por hipersensibilidad y 1 (17%) EPID secundaria a Artritis reumatoide.

Todos los pacientes son ex-fumadores con una media de IPA de 44,6 años (DE 26). En la espirometría, la FVC media fue de 2433 ml (DS 862,5), % FVC 84 (DE 31,6), DLCO 31,8 (DE 9,3) y FVC/DLCO 1,4 (DE 0,7).

En el cateterismo derecho, 5 pacientes (83%) tienen hemodinámica precapilar y 1 paciente (17%) combinada. La RVP media es de 8,2 uW (DE 3,1) y PAPm 38,5 mm Hg (DE 5,6).

Al diagnóstico de la HTP, 3 pacientes (50%) mostraban una CF III y 3 pacientes (50%) una CF IV. Actualmente, 1 paciente (20%) muestra CF IV, 3 (60%) CF III y 1 (20%) CF II y 1 ha fallecido. Los resultados del total de variables analizadas se muestran en la tabla 1.

Respecto al tratamiento previo al inicio de Teprostini, 3 pacientes (50%) llevaban Nintedanib; 3 (50%) Pirfenidona y 1 (17%) Prednisona.

Las características de cada paciente quedan resumidas en la tabla 2.

Conclusiones

La HTP asociada a EPID es una enfermedad poco frecuente que se diagnostica en fases avanzadas. En nuestra serie, todos los pacientes fueron hombres, con una HP con presiones y resistencias muy elevadas. Todos habían recibido previamente tratamiento con antifibróticos. Parece que el uso de teprostini ha condicionado una mejoría en la CF de estos pacientes.

RESULTADO DE LA CIRUGÍA EN LESIONES PULMONARES SIN DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Martin Nunez, M.; Luna, C.; Espinós, M.; Cerón, J. A.; Cerón, J. A.; Ansótegui, E.; Ansótegui, E.

Hosp. Universitari i Politecnic La Fe, Valencia. España.

Objetivos

El tratamiento de elección del cáncer de pulmón en etapas tempranas es la resección quirúrgica ya que tiene el mejor pronóstico. Sin embargo, el diagnóstico de algunas lesiones pulmonares continúa siendo un desafío clínico. En esta revisión nos proponemos describir una cohorte de pacientes con nódulos/masas pulmonares en los que no se realiza un estudio histológico de la lesión y se proponen para cirugía de exéresis.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en un hospital terciario (2019-2023). Se incluyeron pacientes con lesiones pulmonares sospechosas de malignidad tras evaluación en el comité de tumores multidisciplinar. Se analizaron características clínicas, radiológicas, quirúrgicas y anatomopatológicas mediante estadística descriptiva.

Resultados

Se analizaron 148 pacientes (56,8% hombres; edad media: 65 ± 9,1 años). El 43,9% eran exfumadores y el 35,8% fumadores activos (media: 42 años/paquete). El 17,7% había recibido radioterapia torácica previa y el 4,7% había tenido una exposición ocupacional a potenciales carcinógenos. La mayoría (90,5%) fueron hallazgos incidentales.

En cuanto a la localización, los tumores predominan en el lóbulo superior derecho (32,4%). Los bordes espiculados fueron la característica radiológica más frecuente (33,8%), con un tamaño promedio de 20,3 mm en TAC. En cuanto al estadio radiológico, el 47,3% se clasificó como T1b y el 99,3% como N0.

El 62,8% de los pacientes fueron intervenidos mediante VATS, siendo menos frecuente la toracotomía. La lobectomía fue la resección más frecuente (62,8%). No hubo complicaciones postquirúrgicas graves siendo la fuga aérea persistente la más frecuente (14,9%). Tampoco hubo mortalidad intra ni perioperatoria.

La mayoría de los tumores fueron malignos (89,9%), siendo el adenocarcinoma (68,2%) la histología más frecuente, otros como carcinoma escamoso (11,5%) y metástasis de otros tumores (4,1%). El 10,1% fueron lesiones benignas, destacando los tuberculomas y la bronquiolitis respiratoria.

Conclusiones

La cirugía sobre lesiones pulmonares sospechosas de malignidad, aún sin diagnóstico histológico previo, puede ser un buen tratamiento en pacientes seleccionados, que cumplan con una serie de criterios y que sean evaluados por un comité multidisciplinar.

VALIDACIÓN DE SOFTWARE LIBRE PARA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA VIRTUAL COMO ASISTENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PERIFÉRICAS. PLANIFICACIÓN Y NAVEGACIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Ferrando, J. R. (1); Cabanes, L. (1); Moreno, R. (2); Meneses, E. D. (3); Lluch, I. (1); Meseguer, M. (1); Novella, L. (1); Andrés, F. (1); Peris, R. (1); Naval, E. (1)

(1) Hospital de La Ribera. España; (2) Hospital de Kristiansund. Noruega; (3) Hospital U. i P. La Fe. España.

Objetivos

La broncoscopia virtual como herramienta para facilitar el diagnóstico de lesiones periféricas se ha analizado en varios trabajos, pero los estudios publicados se centran en opciones comerciales de elevado coste. Nuestro objetivo es validar 3 aplicaciones de software libre de procesamiento de imágenes en formato dicom, para realizar una broncoscopia virtual de calidad suficiente para su uso clínico.

Metodología

Estudio descriptivo en el que se realiza un análisis retrospectivo de una cohorte de 51 pacientes, en los que se realizó broncoscopia virtual para planificar el recorrido hasta la lesión objetivo. Se utilizó un software autorizado para uso médico, disponible en nuestro centro, denominado KDS, capaz de crear una reconstrucción tridimensional de la vía aérea a partir de un TAC, que permite su navegación libre, el guardado de rutas y su exportación en formato de vídeo. A continuación se realiza la broncoscopia en el paciente, reproduciendo la ruta ensayada, y confirmando, si el caso lo requiere, la ubicación con fluoroscopia o ebus radial.

Se analizan 3 programas de código libre: Horos (MacOS), Miele-Ixiv (MacOS), y Slicer3D (multiplataforma). Todos ellos permiten visualizar estudios en formato dicom, renderización volumétrica y navegación. El hardware empleado fue un mac mini M2.

Resultados

El tamaño medio de las lesiones es de 42 mm, el 84% con signo del bronquio y se logra IHQ completa en el 87%.

Nuestro rendimiento diagnóstico fue del 66,6% en lesiones <2 cm y del 81% en >3 cm, siendo el tamaño de la lesión y el signo del bronquio los factores más asociados con el éxito de la técnica.

En todos los pacientes que presentaban una lesión visible directamente o con el ebus-r, la ruta virtual se correspondió con la observada con el paciente.

Los programas analizados permiten la creación de modelos tridimensionales muy detallados a partir de las imágenes del TAC del mismo modo que con KDS. En todos los casos se logra reproducir la ruta a través de la vía aérea hasta la lesión objetivo, observándose limitados artefactos visuales.

Conclusiones

La broncoscopia virtual mejora el rendimiento diagnóstico de la biopsia bronquial en lesiones periféricas, particularmente en lesiones pequeñas y las más distales, pero su uso puede verse limitado por el elevado coste de las opciones comerciales.

Existen opciones de software libre, fáciles de implementar en un hospital, capaces de realizar esta técnica con calidad suficiente para ser útiles, no solo en planificación, sino también durante el procedimiento.

Referencias

- ¹ VIRTUAL BRONCHOSCOPIC NAVIGATION VERSUS NON-VIRTUAL BRONCHOSCOPIC NAVIGATION ASSISTED BRONCHOSCOPY FOR THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL PULMONARY LESIONS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. MOHAN GIRI, ANJU PURI, TING WANG, GUICHUAN HUANG AND SHULIANG GUO. *THE ADV RESPIR DIS* 2021, VOL. 15: 1-11 DOI: 10.1177/175.346.66211017048.
- ² VIRTUAL BRONCHOSCOPIC NAVIGATION COMBINED WITH ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND TO DIAGNOSE SMALL PERIPHERAL PULMONARY LESIONS: A RANDOMISED TRIAL. TAKASHI ISHIDA, FUMIHIRO ASANO, KOICHI YAMAZAKI, NAOFUMI SHINAGAWA, SATOSHI OIZUMI, HIROSHI MORIYA, MITSURU MUNAKATA, MASAHARU NISHIMURA, FOR THE VIRTUAL NAVIGATION IN JAPAN (V – NINJA) TRIAL GROUP. *THORAX* 201166:1072e1077. doi:10.1136/thx.2010.145490.

³ DIAGNOSTIC VALUE OF VIRTUAL BRONCHOSCOPIC NAVIGATION COMBINED WITH ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND GUIDED TRANSBRONCHIAL LUNG BIOPSY FOR PERIPHERAL PULMONARY LESIONS. Xu, C. Wang, Y.; Li, L.; Yuan, Q.; Wang, Y.; Hu, H.; Zhang, X. *Technol. Cancer Res. Treat.* 2021, 20.

⁴ PRE-CLINICAL VALIDATION OF VIRTUAL BRONCHOSCOPY USING 3D SLICER. *INTERNATIONAL JOURNAL OF COMPUTER ASSISTED RADIOLOGY AND SURGERY* · JUNE 2016. DOI:10.1007/s11548.016.1447-7

⁵ VIRTUAL BRONCHOSCOPY USING HOROS. *LUNG INDIA*. VOLUME 37. ISSUE 5. SEPTEMBER-OCTOBER 2020.

TERAPIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE CON RESPUESTA SUBÓPTIMA A BIOLÓGICOS

Climent, C. (1); Boris, C. (2); Sala Marín, A. (1); Raheb Vidal, C. (1); Lillo González, E. (1); De Juana Izquierdo, C. (1); Dahmazi Dahmazi, L. (1); Martínez Moragón, E. (1)

(1) H. Universitario Dr. Peset. Valencia. España; (2) Bermeo. España.

Objetivos

Desde 2023 hemos incorporado una psicóloga clínica en la unidad de asma multidisciplinar de nuestro centro con el objetivo de demostrar que resulta útil evaluar y tratar el equilibrio emocional de los pacientes. La presente investigación pretende comprobar si la terapia psicológica mejora la respuesta a los tratamientos biológicos en pacientes con asma grave no controlada. Es un trabajo financiado en parte con beca FNCV 2023.

Metodología

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con asma grave en tratamiento biológico al menos 6 meses que no habían conseguido la remisión de la enfermedad (respuesta subóptima: cuando el paciente había tenido alguna exacerbación, había tomado corticoides sistémicos o su ACT era < 20). Al inicio de la terapia psicológica el paciente rellena el cuestionario ACT, miniAQLQ, TAI y escala ansiedad-depresión HADS. Se propone un tratamiento cognitivo-conductual con sesiones cada 2 semanas durante 6 meses. Tras ello, se repiten los mismos cuestionarios y se evalúa el control del asma y la respuesta al biológico.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes, con una edad media de 61 años. El 95% eran mujeres. Un 15% eran fumadores y un 45% exfumadores. Las puntuaciones de los pacientes en la escala HADS de ansiedad y depresión al inicio del estudio se muestran en la figura 1.

El tiempo medio de tratamiento biológico fue de 12±8 meses y los biológicos fueron: mepolizumab, dupilumab, benralizumab y tezepelumab (con 8, 6, 5 y 1 un caso, respectivamente). Los resultados globales antes y después de la terapia psicológica se expresan en la figura 2. De forma significativa se ha reducido la ansiedad, las exacerbaciones, la toma de corticoides orales y el número de consultas médicas. El control de la enfermedad mejoró en 10 pacientes (mejorías medias en ACT 5±3 puntos), la calidad de vida en 9 (mejoría media de 1,33±1,13 puntos en miniAQLQ), la ansiedad y depresión en 15 (disminución media en escala HADS de 3±3 puntos para ansiedad y de 3±4 en depresión). En el resto de pacientes la puntuación en estos cuestionarios no se modificó o incluso empeoró. Tras la intervención, el biológico se cambió en 4 pacientes y se retiró en 2.

Conclusiones

Aunque hay que aumentar el número de casos para extraer conclusiones definitivas, los datos muestran que la intervención psicológica puede ayudar a mejorar el control de la enfermedad y la respuesta a los biológicos mejorando la ansiedad y reduciendo las exacerbaciones/consumo de corticoides/empleo de recursos.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA SAQ – COPD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC

Rico, C.; Miralles, C.; Atarés, S.; Villagrasa, M.; Alonso, L.; Soler, J. J.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Objetivos

El Spanish Activity Questionnaire para la EPOC (SAQ-COPD) es un cuestionario específico, breve y sencillo, diseñado para evaluar la actividad física (AF) en la EPOC estable. El objetivo de este estudio fue valorar la utilidad del SAQ-COPD en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC (AEPOC), analizando el nivel de AF de estos pacientes y su asociación con el riesgo de reingreso y de mortalidad.

Metodología

Estudio prospectivo observacional sobre una cohorte de pacientes con EPOC (tabaquismo ≥ 10 años-paquete, FEV1/FVC < 0.7) que precisaron ingreso hospitalario por AEPOC, de cualquier naturaleza. Se excluyeron los casos con cáncer activo. Al inicio de la hospitalización se les pasó el cuestionario SAQ-COPD para valorar el nivel de AF previo al ingreso. El SAQ-COPD es cuestionario que consta de 2 bloques, el primero mide la AF de los últimos 7 días en 4 categorías de distinta intensidad. La puntuación de cada categoría se obtiene al multiplicar el valor de una escala likert de 5 puntos por el número de días donde se realizó AF. La puntuación total oscila entre 0– 140. Se considera baja actividad (BAF) cuando la puntuación del SAQ-COPD es < 61.5 puntos. El segundo bloque es de carácter informativo solo para aquellos pacientes que se hayan identificado como BAF, definiendo el perfil de AF y su impacto. Todos los pacientes fueron seguidos durante 12 meses, analizando el tiempo hasta reingreso y la mortalidad mediante una regresión logística de Cox.

Resultados

Se incluyen un total de 158 pacientes, 36 mujeres y 122 hombres, con una edad media \pm DE de 71 ± 9 años y un FEV1(%) de 49 ± 17 . 146 (92.3%) pacientes presentaron BAF (SAQ < 61.5). La BAF se asoció con mayor riesgo de reingreso ($p = 0.032$) y de muerte ($p = 0.027$) (FIGURA 1). La puntuación total del SAQ-COPD demostró ser un factor predictivo de riesgo independiente tanto para reingreso (HR: 0.983, IC95%: 0.970– 0.996) como para mortalidad HR: 0.975, IC95%: 0.955– 0.995), tras ajustar el modelo por edad, FEV1% y número de agudizaciones en el último año. Entre los pacientes con BAF, el 77.6% indicaron que la AF estaba limitada por la disnea y un 12.6% declararon que era por voluntad propia.

Conclusiones

El cuestionario SAQ-COPD es útil para identificar a los pacientes con EPOC y baja actividad física que precisan ingreso. Los casos con AF baja, de acuerdo con este cuestionario, tienen mayor riesgo de reingreso y muerte.

Referencias

¹ SOLER-CATALUÑA JJ, PUENTE MAESTU L, ROMÁN RODRÍGUEZ M, ESTEBAN C, GEA, J, BERNABEU MORA R, ET AL. VALIDATION OF THE SPANISH ACTIVITY QUESTIONNAIRE IN COPD (SAQ – COPD) IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. INTERN J CHRONIC OBSTRUCT DIS 2022; 17:2835-46.

ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN (APB) EN HPTEC: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Martin Nunez, M.; Sanfeliu, P.; Calvillo, P.; Gómez, F.; López, R.

Hosp. Universitari i Politecnic La Fe. Valencia. España.

Objetivos

La angioplastia pulmonar con balón (APB) se ha establecido como una alternativa terapéutica eficaz y segura en pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no candidatos a endarterectomía pulmonar. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la experiencia en el tratamiento de pacientes con HPTEC remitidos a angioplastia pulmonar.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes presentados en el comité multidisciplinar de hipertensión pulmonar de nuestro centro, remitidos a tratamiento con APB entre marzo de 2023 y diciembre de 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, funcionales y hemodinámicos previos al tratamiento y durante el seguimiento, así como información sobre los procedimientos realizados y la seguridad del tratamiento.

Resultados

Durante el período de estudio, se evaluaron 49 pacientes con enfermedad tromboembólica crónica. De estos, 12 fueron considerados candidatos para APB y 9 han iniciado el tratamiento. La edad media de los pacientes fue de 65.3 años, 7 fueron mujeres y 5 hombres. La tabla 1 muestra las características basales de los pacientes. 11 pacientes presentaban HP precapilar por cateterismo siendo ésta en el 36,9% significativa. Radiológicamente, se observó una afectación segmentaria con carga trombótica significativa. Antes de la APB, el 70% de los pacientes estaban en tratamiento con riociguat en monoterapia, siendo este el fármaco más utilizado (80%). La estratificación del riesgo previa al tratamiento mostró que el 66.6% de los pacientes tenían un perfil de bajo riesgo, mientras que el 33.3% se encontraba en riesgo intermedio, sin casos de alto riesgo. La tabla 2 describe las características del procedimiento. El máximo número de procedimientos realizados en un mismo paciente actualmente es de 4, con una media de 2.22 procedimientos. En cuanto a las complicaciones, estas fueron inmediatas y se documentaron en solo dos de los pacientes tratados (22.2%).

Conclusiones

La angioplastia pulmonar con balón es una opción terapéutica segura para pacientes con HPTEC no candidatos a endarterectomía pulmonar. En nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes tratados presentaban un perfil de bajo riesgo y el procedimiento se realizó con un índice de complicaciones muy reducido. A pesar de la necesidad de un seguimiento a largo plazo, los datos actuales indican que la APB es segura y mejora la capacidad funcional en estos pacientes.

EXPERIENCIA CON SOTATERCEPT EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Martin Nunez, M.; Sanfeliu, P.; Martínez, M. J.; Silvestre, I.

Hosp. Universitari i Politecnic La Fe. Valencia. España.

Objetivos

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal que afecta a la circulación pulmonar, con aumento de la resistencia vascular y sobrecarga del ventrículo derecho. Sotatercept, un nuevo tratamiento biológico que modula la vía de la activina, ha emergido como una opción terapéutica prometedora. Su incorporación al esquema terapéutico podría modificar el curso de la enfermedad en pacientes con HAP de riesgo intermedio, mejorando su pronóstico y calidad de vida.

Describir la experiencia con el uso de Sotatercept en pacientes con hipertensión arterial pulmonar en nuestra unidad.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes con HAP que iniciaron tratamiento con Sotatercept en una consulta monográfica de hipertensión pulmonar. Se recopilaron datos demográficos, tipo de hipertensión pulmonar, perfil de riesgo y tratamientos de base administrados. Las variables clínicas analizadas incluyeron la clase funcional, la capacidad funcional medida mediante la prueba de caminata de 6 minutos y biomarcadores de insuficiencia cardíaca (NT-proBNP). La seguridad del tratamiento se evaluó a través del registro de efectos adversos y complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 8 pacientes con diagnóstico de HAP, clasificados como de riesgo intermedio según las guías. Todos recibieron Sotatercept como terapia adyuvante a su tratamiento estándar, que incluía inhibidores de la fosfodiesterasa-5, antagonistas de los receptores de endotelina y prostanoides sistémicos.

Se administró el fármaco en la consulta de enfermería cada 21 días tras la revisión del hemograma. Todos los pacientes han recibido al menos 4 dosis desde el inicio del tratamiento. La TABLA 1 muestra las características basales de los pacientes tratados con Sotatercept y su evolución.

En términos de seguridad, no se registraron efectos secundarios significativos, salvo en un paciente que requirió la suspensión de una dosis debido al aumento de niveles de hemoglobina. No se han registrado problemas por plaquetopenia ni otros efectos adversos reseñables.

Conclusiones

El Sotatercept como terapia adyuvante en pacientes con HAP de riesgo intermedio representa una opción segura. Los resultados preliminares muestran beneficios en términos de capacidad funcional y biomarcadores. No obstante, es necesario continuar evaluando su eficacia y seguridad a largo plazo mediante estudios controlados y en vida real, así como definir con más precisión el perfil de pacientes candidatos a esta terapia.

EL SEROTIPO DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE PARA DETERMINAR LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO TRAS UNA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA

Giménez Ruiz, P.; Sanz, F.; Carrión, N.; Parra, E.; Guna, R.; Gimeno, C.; Fernández, E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia. España.

Objetivos

La neumonía neumocócica bacteriémica (NAC-NB) puede tener un impacto en la supervivencia a largo plazo más allá del episodio inicial; sin embargo, no se sabe si el serotipo infectante podría estar relacionado con un aumento de la mortalidad a largo plazo. Nuestro objetivo fue determinar si el serotipo causante de la neumonía neumocócica bacteriémica tiene un papel en el pronóstico a largo plazo.

Metodología

Analizamos los datos de un estudio prospectivo de pacientes con NAC-NB. Se analizaron los datos clínicos y analíticos, así como las características microbiológicas de *Streptococcus pneumoniae* de los supervivientes de un episodio de NAC-NB durante un año de seguimiento.

Resultados

Analizamos 212 pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica en los que la mortalidad a los 30 días fue del 32,7% (69 pacientes). Los supervivientes (143 pacientes) fueron seguidos durante el primer año tras el episodio inicial, y la mortalidad fue del 15,4% (22 pacientes) (mediana de tiempo hasta la muerte: 128,5 días, RIC: 71,5-221,8).

Los factores de riesgo independientemente asociados con la mortalidad fueron: la edad mayor de 70 años [OR 3,20 (IC 95% 1,11-9,21); $p=0,031$], la presencia de neoplasia activa [OR 8,72 (IC 95% 2,64-28,83); $p<0,01$] y EPOC [OR 3,56 (IC 95% 1,17-10,81); $p=0,025$], y la infección por serotipo 3 [OR 4,96 (IC 95% 1,42-17,32), $p=0,012$].

Conclusiones

1. El impacto de la NAC-NB en la supervivencia a largo plazo se observa mucho más allá de un episodio agudo inicial.
2. Durante un año de seguimiento, la mortalidad a largo plazo fue significativamente mayor entre los pacientes infectados por el serotipo 3 del neumococo en comparación con otros serotipos.
3. El efecto de la vacunación antineumocócica en la prevención de estos eventos tardíos aún debe dilucidarse.

LA RESPIRACIÓN DISFUNCIONAL EN PRUEBAS DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR

Giménez Ruiz, P.; Lluch, A.; Navarro, R.; Galera, E.; Almiñana, J.; Fernández, E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia. España.

Objetivos

La respiración disfuncional se define como un trastorno heterogéneo caracterizado por diversas alteraciones en las variables que comprenden la mecánica y la dinámica respiratoria. Existe poca evidencia sobre la prevalencia de la misma, calculada en torno al 10% de la población general y que podría haber aumentado tras la pandemia COVID-19.

Nuestro objetivo es conocer la frecuencia del patrón de respiración disfuncional en las ergoespiometrías y las características clínicas asociadas.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo; se recogieron las ergoespiometrías realizadas de diciembre de 2020 a diciembre de 2023 y de las que presentaban respiración disfuncional se analizaron las características antropométricas, funcionales y diagnósticos asociados.

Resultados

N= 174 fue el número de cicloergometrías en el período estudiado, de las cuales en 28 (16,09%) se describe respiración disfuncional.

De éstas, 19 (67,86%) son mujeres y 9 (32,14%), hombres. La edad media es de 53,96 años con IMC medio de 26,5.

Respecto a datos funcionales: FEV1% media 88,3, FVC% media 86,54, MVV% media 66,45. El 25% tiene un FEV1% < 80%. Otro 25% tiene un FVC < 80%. La capacidad funcional media fue de 76,5 W, lo que supone una un 65% del predicho.

En el 89,29% de los casos la indicación fue estudio de disnea. El resto de casos fue valoración prequirúrgica (3,57%), valoración de capacidad funcional (3,57%) y valoración de incapacidad (3,57%).

En cuanto a los diagnósticos asociados: 10,71% de los pacientes asma bronquial, 3,57% EPOC, 39,29% ansiedad, 3,57% fibromialgia y 28,57% historia de COVID previa. Ninguno de nuestros pacientes tiene diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones

1. En nuestra serie la proporción de respiración disfuncional en las pruebas de esfuerzo cardiopulmonar es de 16.09%
2. El diagnóstico asociado más frecuente fue ansiedad, posicionándose COVID-19 en segundo lugar.

APLICACIÓN DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA (PR) EN LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) DE PACIENTES QUE REQUIEREN SOPORTE VENTILATORIO AGUDO

Tobar Peñaherrera, A. C. (1); Navarro Soriano, C. (2); Lluch Bisbal, A. (1); Navarro Iváñez, R. (1); Fernandez Fabrellas, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Univesitario. Valencia. España; (2) Hospital Doctor Peset. España;

Objetivos

Valorar la utilidad de la PR integrada en la VNI en pacientes ingresados en la unidad de ventilación de la sala de neumología del CHGUV.

Metodología

Estudio retrospectivo y descriptivo, desde diciembre 2023 hasta septiembre 2024, de pacientes que requirieron VNI por IRG aguda o crónica agudizada, con los parámetros inicialmente establecidos de forma empírica. Se realizó una PR nocturna integrada en el dispositivo VIVO 45, (BREAS). Se recogieron datos gasométricos antes y después de la PR y se analizó el registro: promedio de fugas, IAH residual, parámetros ventilatorios del software del respirador, y se realizó un análisis visual de las señales de presión,

flujo, saturación, banda torácica y abdominal. Para las asincronías, se analizaron las más frecuentes (doble trigger, auto-trigger, esfuerzos ineficaces, ciclado prematuro, desacoplamiento, retraso en el ciclado y las infra-asistencias).

Análisis estadístico: regresión lineal simple y múltiple para valorar la implicación de cada una de las variables y en su conjunto respectivamente. Se analizó la correlación entre las variables que fueron estadísticamente significativas en los análisis de regresión, mediante un test de Spearman. Se consideró significativo un p valor < 0.05.

Resultados

15 pacientes fueron incluidos: 46,7% hombres y 53,3% mujeres. El 80% con EPOC. Todos con hipercapnia y el 86,7% en acidosis respiratoria. Obtuvimos alta prevalencia de asincronías siendo el esfuerzo ineficaz la más frecuente. El 66,6% de la muestra tuvo un índice de asincronías (IA) > 10%. Los pacientes presentaron mejoría gasométrica tras la aplicación de la VNI. La única variable asociada de manera significativa a la mejoría de la hipercapnia fue la presión soporte (PS).

Conclusiones

1. La aplicación de la VNI conllevó una mejoría gasométrica a pesar de la alta prevalencia de asincronías y el elevado IA.
2. El estudio de la PR integrada al ventilador, ha permitido determinar objetivamente todas las alteraciones ocurridas durante la interacción paciente-ventilador, pudiendo realizar las intervenciones necesarias para resolver estos problemas.

N-ACETILCISTEÍNA: NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

Dasí Fernández, F. (1); Llaguna-Leonart, P. (2); Magallón, M. (2); Bañuls, L. (2); Herrero, M. J. (3); Castillo, S. (4)

(1) Universitat de València. Facultat de Medicina. Departament de Fisiologia. España; (2) Universitat de València. Departament de Fisiologia. IIS INCLIVA. Valencia. España; (3) Universitat de València. Departament de Farmacologia. Plataforma de Farmacogenética, IIS La Fe, Valencia. España; (4) Universitat de València. Departament de Pediatria, Obstetricia y Ginecologia. IIS INCLIVA. Servicio de Pediatria del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Objetivos

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad rara hereditaria (ORPHA:60) que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar y diversas patologías hepáticas como la cirrosis y el hepatocarcinoma. La mutación Z-AAT provoca la polimerización de la proteína AAT y su acumulación en los hepatocitos, lo que desencadena una respuesta inflamatoria sistémica. Actualmente, la única terapia farmacológica disponible para tratar el enfisema es la terapia de aumento de AAT, no existiendo tratamientos aprobados (más allá del trasplante hepático) para el tratamiento de la enfermedad hepática.

El aumento del estrés oxidativo observado en pacientes con DAAT sugiere que las terapias antioxidantes, como la N – acetilcisteína (NAC), podrían desempeñar un papel terapéutico al reducir la polimerización intracelular y aumentar la secreción de Z-AAT.

El **objetivo** del presente estudio fue evaluar el efecto de la NAC sobre la expresión, polimerización, secreción y estado oxidativo de la Z-AAT en un modelo celular de la enfermedad.

Metodología

Se utilizaron células HEK293 modificadas genéticamente para expresar la variante patológica Z-AAT. Estas células fueron tratadas con NAC (10 mM) durante 72 horas. La viabilidad celular se determinó mediante citometría de flujo. La expresión del gen SERPINA1, que codifica para la AAT, se evaluó mediante RT-qPCR, mientras que la secreción y oxidación de la AAT se analizaron por ELISA.

Resultados

El tratamiento con NAC no afectó la viabilidad celular a las dosis indicadas. Se observó un aumento significativo en la expresión del gen SERPINA1 ($p=0,003$), una tendencia al aumento en la secreción de AAT ($p=0,08$) y una reducción significativa de la oxidación de AAT ($p=0,03$).

Conclusiones

Nuestros resultados indican que la NAC podría tener un papel terapéutico en el DAAT al aumentar la expresión y secreción de AAT y reducir su oxidación. Estos hallazgos apoyan la necesidad de investigaciones adicionales utilizando modelos animales para explorar su aplicación en el tratamiento de la enfermedad.

Financiación

Estudio financiado por becas de la SVN 2023 y Generalitat Valenciana CIAICO/2023/099.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN LA UNIDAD DE ASMA DEL HCUV

Alaeddine Marcano, V. W. (1); Tarrasó Castillo, J. (1); Monclou Garzón, E. (1); Mora Bastida, H. (1); Signes Costa, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Objetivos

El dupilumab es un anticuerpo monoclonal frente a la interleucina 4 y 13, mediadora de la inflamación Th2 por lo que está indicado para el tratamiento del asma y de algunas de sus comorbilidades como la rinosinusitis crónica o la poliposis nasal. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar y analizar los resultados clínicos en vida real de los pacientes tratados con este fármaco.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de asma grave que iniciaron tratamiento con dupilumab en la Unidad de Asma Grave del HCUV. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y funcionales al inicio del tratamiento y hasta 12 meses después. La valoración del alcance de los síntomas asmáticos se realizó mediante el test ACT y la respuesta clínica de la poliposis se realizó por parte de otorrinolaringología con escalas clínicas específicas (SNOT, EVA, nasofibroscofia). El resto de comorbilidades se valoraron según la historia clínica. Para el análisis estadístico, se realizó una descripción de las variables categóricas (frecuencias) y continuas (medias y DS) y se compararon las variables clínicas mediante test paramétricos (t Student) con una significación del 0.05.

Resultados

Las características descriptivas de la cohorte se recogen en la TABLA 1. Tras recibir tratamiento, se objetivó una reducción del FeNO (57.7 vs. 21; p 0.002) y una mejoría significativa en la puntuación de ACT (13.7 vs. 19.3; p <0.001) [FIGURA 1]. También se redujo el número de agudizaciones, tanto de las que requirieron atención en urgencias (0.58 vs. 0.11; p 0.016), como las que requirieron ingreso hospitalario (0.25 vs. 0.05; p 0.033), así como la necesidad de corticoides sistémicos (2.43 vs. 0.44; p<0.001). De los pacientes con poliposis, se objetivó mejoría en 8/9 mediante escalas clínicas específicas.

Conclusiones

En nuestra serie, el dupilumab ha resultado ser una terapia eficaz para el tratamiento del asma grave, con mejoría significativa de los síntomas, además de la reducción de las agudizaciones y del consumo de corticoides.

EFFECTIVIDAD DE LA PLEURODESIS MEDIANTE TORACOSCOPIA MÉDICA

Meneses Petersen, E. D. (1); Sánchez Samblancat, M. (1); Miravet Sorribes, L. (2); Martínez Tomas, R. (1); Briones Gómez, A. (1); Cases Viedma, E. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España; (2) Hospital Universitario de La Plana Vila-Real. España.

Objetivos

La toracoscopia médica es un procedimiento mínimamente invasivo, realizada en salas de endoscopia, bajo anestesia local y sedación moderada. Permite intervenciones terapéuticas como la pleurodesis, asegurando distribución homogénea del talco. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de la pleurodesis mediante toracoscopia médica y caracterizar los hallazgos pleurales asociados.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que incluyó a pacientes sometidos a toracoscopia médica con pleurodesis entre enero de 2021 y septiembre de 2024. Se analizaron datos relacionados con el diagnóstico definitivo, efectividad del procedimiento, datos demográficos, hallazgos pleurales y complicaciones. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes, de los cuales el 71,43% eran varones, con una edad media de 68,37±12,29 años. La toracoscopia se realizó exclusivamente para pleurodesis en 20 casos (57,14%) y combinada con diagnóstico en 15 casos (42,86%).

Se calculó la elastancia pleural en 28 pacientes (80%), con una mediana de 6 cmH₂O/L. Se evidenciaron adherencias pleurales en el 47,06% de los pacientes. La etiología más frecuente fue adenocarcinoma de pulmón (37,14%), seguido de metástasis de tumores extratorácicos (28,57%) y mesotelioma (17,14%).

Se realizó pleurodesis en 33 pacientes (94,29%) y en dos casos se evidenció pulmón atrapado, por lo que se colocó drenaje tunelizado durante el procedimiento. La dosis más utilizada de talco fue de 6 g en 29 casos (87,88%). En todos los pacientes se colocó un drenaje de 20 Fr, con una mediana de permanencia del drenaje y de estancia hospitalaria de 2 días.

La pleurodesis fue efectiva en el 72,72% de los casos, con resolución completa en 8 pacientes (33,33%) y parcial en 16 (66,66%) evaluado por imagen, y con mejoría clínica en todos ellos. Solo 9 pacientes (27,27%) requirieron tratamiento adicional: a 4 se les colocó drenaje tunelizado posteriormente y en 5 se realizaron toracocentesis evacuadoras limitadas.

No se registraron complicaciones durante el procedimiento. Durante el ingreso, 4 pacientes (11,42%) refirieron dolor, uno presentó desaturación, uno disnea y uno empiema.

Conclusiones

La pleurodesis mediante toracoscopia médica es una opción efectiva para el tratamiento de los derrames pleurales, con una tasa de éxito del 72,72%. No se reportaron complicaciones asociadas al procedimiento. Estos hallazgos respaldan su uso como una estrategia viable en el manejo definitivo de los derrames pleurales.

Referencias

- ¹ 1. WAHIDI MM, OST DE, EDITORES. PRACTICAL GUIDE TO INTERVENTIONAL PULMONOLOGY. FILADELFIA, PA, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: ELSEVIER – HEALTH SCIENCES DIVISION 2022.
- ² 2. BROADDUS VC. MURRAY Y NADEL. TRATADO DE MEDICINA RESPIRATORIA, 2 VOLS. 7A ED. BROADDUS VC, ERNST JD, KING TE JR, LAZARUS SC, SARMIENTO KF, SCHNAPP LM, ET AL., EDITORES. ELSEVIER 2023.
- ³ 3. HERTH F, ERNST A, EDITORES. PRINCIPLES AND PRACTICE OF INTERVENTIONAL PULMONOLOGY. CHAM: SPRINGER NATURE SWITZERLAND 2013.
- ⁴ 4. MANUAL DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA. 4A EDICIÓN. SECCIÓN XI. ENFERMEDADES DE LA PLEURA [INTERNET]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://SEPAR.WADEMI.COM/NEUMO/CONTENIDO.PHP?ID_SE=25](https://separ.wademi.com/neumo/contenido.php?id_se=25)
- ⁵ 5. CONSENSO DE EXPERTOS SEPAR. 80 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL. CALLE PROVENÇA, 108, BAJOS 2A 08029 BARCELONA.: RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN SEPAR. 2022. Autores Dra. Maribel Botana Rial. Dr. Javier Pérez Pallarés. Dr. Enrique Cases Viedma. Dr. Francisco Julián López González. Dr. José Manuel Porcel. Dra. María Rodríguez. Dra. Beatriz Romero Romero. Dr. Luis Valdés Cuadrado. Dra. Victoria Villena Garrido. Dra. Rosa Cordovilla Pérez.

EVALUACIÓN DE LOS METABOLITOS DERIVADOS DEL MICROBIOMA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA. RESULTADOS DEL ESTUDIO MICTEP

Pedro Tudela, A. (1); Taberner Lino, L. (1); De Juana Izquierdo, C. (1); del Campo, R. (2); Sánchez, V. (3); Hervás, D. (4); Avendaño, J. (2); Otero, R. (3); García Ortega, A. (1)

(1) Hospital Universitari Dr. Peset. Valencia. España; (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. España; (3) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. España; (4) Departamento de Estadística Aplicada, Investigación Operativa y Calidad, Universitat Politècnica de València. España.

Objetivos

El análisis funcional del microbioma a través de metabolitos de origen microbiano (MDM) ha surgido como un componente clave en la génesis de diversas enfermedades inflamatorias y cardiovasculares. Sin embargo, el conocimiento de su papel en la tromboembolia pulmonar (TEP) es escaso. El objetivo fue comparar los niveles plasmáticos de distintos MDM en pacientes con TEP aguda frente a un grupo control, así como su asociación con factores de riesgo de trombosis.

Metodología

Se recogieron muestras de suero de 96 pacientes con TEP aguda y de 30 controles sanos y se analizaron diferencias en los niveles de MDM derivados de la dieta: trimetilamina N-óxido (TMAO), acetato, valerato, isovalerato, propionato, butirato e isobutirato. En el grupo de TEP se investigaron las diferencias en los niveles de estos MDM según la presencia de factores de riesgo, definidos en 3 grupos de riesgo (i.e., no provocada, provocada y asociada al cáncer). Los niveles de MDM se analizaron mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas.

Resultados

Se incluyeron 96 pacientes con TEP aguda (49% mujeres, 63±16 años, 81±16 kg) y 30 controles sanos (50% mujeres, 49±5 años, 77±9 kg). 67 pacientes tenían TEP no provocada. En comparación con los controles sanos, los pacientes con TEP aguda presentaron niveles plasmáticos significativamente más altos de TMAO (11,5 µM vs. 6,7 µM; p=0,02) y acetato (48,3 µM vs. 33,0 µM; p=0,04), y niveles más bajos de propionato (3,8 µM vs. 5,3 µM; p=0,007), butirato (4,03 µM vs. 7,68 µM; p=0,009), isobutirato (5,0 µM vs. 7,32 µM; p=0,002) y valerato (0,4 µM vs. 0,63 µM; p<0,001) (FIGURA 1). En el análisis multinomial, niveles más elevados de acetato y TMAO se asociaron con una mayor probabilidad de TEP no provocada (FIGURA 2).

Conclusiones

Nuestros resultados revelan la existencia de desequilibrios en las concentraciones de los MDM en los pacientes con TEP aguda y sugieren el papel del microbioma y sus metabolitos funcionales en la génesis de la TEP, como un factor de riesgo novedoso.

HALLAZGO DE MICROPLÁSTICOS EN EL LÍQUIDO PLEURAL

Ruiz Alcaraz, S. (1); Baeza, C. (1); Doval, M. (2); Gonzalez, M. (3); Guillén, M. A. (1); Soler, M. J. (1); Garcia, E. (1); López Castellanos, J. (2); Hernandez, L. (4); Bayo, F. J. (2)

(1) Hospital General Universitario de Elche. España; (2) Universidad Politécnica de Cartagena. España; (3) Departamento de Biología, Universidad Autónoma de Madrid. España; (4) Hospital General Universitario Dr. Balmis. España;

Objetivos

Los microplásticos (MPs) son abundantes en la atmósfera y fue demostrado, por nuestro grupo, su deposición en el tracto respiratorio inferior a partir de muestras de lavado broncoalveolar. Sin embargo, se desconoce si los MPs son capaces de alcanzar la pleura, al igual que hacen otros tipos de microfibras, como las de asbesto. Nuestro objetivo fue detectar la posible presencia de microplásticos en muestras de líquido pleural (LP) obtenidas mediante toracocentesis.

Metodología

Se analizaron muestras procedentes de pacientes adultos consecutivos a los que se les realizó una toracocentesis, según indicación de la práctica clínica habitual. Para su análisis, las muestras de LP se digirieron en KOH 10% y, tras filtración, se estudió la presencia

de MP mediante microscopio trinocular y micro-FTIR. Se trabajó con blancos procedimentales, tanto en el lugar de toma de muestra como en el laboratorio de análisis, para evaluar la posible contaminación externa.

Resultados

Se incluyeron 18 pacientes, de los cuales 8 (44%) eran mujeres. La edad media fue de $74 \pm 2,81$ años. La mayoría de los derrames fueron neoplásicos (50%), seguidos de los infecciosos (22%) y por sobrecarga hídrica (22%). Se detectaron MPs en 15 de las 18 muestras analizadas (83%), con una concentración media de 4.8 ± 0.1 MPs / 100 mL de LP. La mayoría en forma de fibra (84.6%). El polímero más frecuentemente encontrado fue el rayón (61.5%). Se observó un incremento en la concentración de MPs con la edad del paciente ($p < 0.01$). Atendiendo a los parámetros bioquímicos, los exudados presentaron mayores concentraciones de microfibras (5.0 ± 0.8 MPs/100 mL LP), que los trasudados (4.3 ± 0.2 MPs/100 mL LP) ($p < 0.05$). Además, se encontraron correlaciones bivariadas significativas ($p < 0.05$) entre diversas variables y los niveles de MPs: un mayor número de hematíes y un mayor porcentaje de PMN se asociaron con un incremento de MPs, mientras que un aumento en el porcentaje de linfocitos se relacionó con su disminución.

Conclusiones

Este es el primer estudio que evidencia la presencia de MPs en muestras humanas de líquido pleural, siendo un hallazgo frecuente en la población estudiada; especialmente, en pacientes de mayor edad y en derrames con criterios de exudado pleural y predominio PMN. [Financiado por la Fundación Valenciana de Neumología]

ESTUDIO DE LA FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA EN MUESTRAS DE LAVADO BRONCOALVEOLAR

Vales, A. (1); Ferrer, A. (1); Mulet, A. (2); Ortiz, E. (3); Ordóñez, P. L. (1); Signes-Costa, J. (4)

(1) Departamento de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. España; (2) Departamento de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria Incliva, Valencia. España; (3) Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria Incliva, Valencia. España; (4) Departamento de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria Incliva, Valencia. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia. España.

Objetivos

Existe un subgrupo de enfermedades intersticiales pulmonares (EPI) que progresan hacia la fibrosis pulmonar, sin disponer en el momento actual ningún marcador precoz para predecir esta evolución. El objetivo del estudio es analizar biomarcadores en lavado broncoalveolar (LBA) que nos permitan detectar qué pacientes van a desarrollar este fenotipo fibrosante progresivo.

Metodología

Se trata de un estudio observacional transversal con 3 grupos: el primero, pacientes sin afectación intersticial (Control); un segundo con enfermedad intersticial no fibrosante (EPI-NF); y un último con afectación intersticial fibrosante (EPI-F). Hemos obtenido las muestras del LBA de todos los pacientes y determinado su celularidad. Posteriormente se ha separado el sobrenadante por centrifugación, y se han analizado mediante un ensayo de inmunoabsorción ligado a enzima (ELISA) las concentraciones de osteopontina y las metaloproteinasas 1 y 7 (MMP-1, MMP-7). El estudio de las diferencias entre las medias obtenidas se ha realizado mediante el test de Kruskal-Wallis (K-W), ampliándolo con la comparación grupo a grupo por pares mediante un test de Wilcoxon y realizando ajuste del p-valor por multiplicidad utilizando el método FDR.

Resultados

Se seleccionan un total de 52 pacientes, cuyas características descriptivas se presentan en la tabla 1. En el análisis estadístico de las muestras de LBA no se han obtenido diferencias significativas en cuanto a celularidad ni en la distribución de las poblaciones celulares. En el estudio de biomarcadores (K-W) hemos obtenido diferencias significativas en las concentraciones de osteopontina ($p=0,0092$) y MMP-1 ($p=0,043$). En el análisis de comparación entre grupos (Wilcoxon con FDR) se obtiene una mayor concentración de osteopontina en el grupo de pacientes con EPI-F (11856 ± 8493 pg/mL) comparado al grupo control (2977 ± 2789 pg/mL, $p=0,0094$) y al grupo EPI-NF (5300 ± 5280 pg/mL, $p=0,015$); para la proteína MMP-1, en comparación con el grupo control ($167,5 \pm 111,5$ pg/mL), tanto el grupo EPI-NF ($506,1 \pm 435,1$ pg/mL, $p=0,031$) como el grupo EPI-F ($370,8 \pm 244,2$, $p=0,024$) presentan niveles más elevados. En cuanto a MMP-7 no se obtienen resultados significativos, pero se aprecia una tendencia a presentar concentraciones más altas en los grupos EPI-NF y EPI-F (FIGURA 1).

Conclusiones

Se identificaron diferencias en biomarcadores de fibrosis en el LBA en pacientes con EPI, con diferentes niveles de expresión dependiendo del fenotipo. MMP-1 muestra una tendencia como marcador predictivo.

Referencias

- ¹ MULET A, TARRASÓ J, RODRÍGUEZ-BORJA E, ET AL. BIOMARKERS OF FIBROSIS IN PATIENTS WITH COVID-19 ONE YEAR AFTER HOSPITAL DISCHARGE: A PROSPECTIVE COHORT STUDY. *AM J RESPIR CELL MOL BIOL*. 2023;69(3):321-327. doi:10.1165/rcmb.2022-0474OC
- ² ORTIZ-ZAPATER E, SIGNES-COSTA J, MONTERO P, ET AL. LUNG FIBROSIS AND FIBROSIS IN THE LUNGS: IS IT ALL ABOUT MYOFIBROBLASTS?. *BIOMEDICINES*. 2022;10(6):1423. Published 2022 Jun 15. doi:10.3390/biomedicines10061423
- ³ MOLINA-MOLINA M, BUENDIA-ROLDAN I, CASTILLO D, ET AL. NOVEDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA. *ARCH BRONCONEUMOL*. 2022 MAY;58(5):418-424. doi: 10.1016/j.arbres.2021.12.006
- ⁴ WIJSENBEEK M, COTTIN V. SPECTRUM OF FIBROTIC LUNG DISEASES. *N ENGL J MED*. 2020 SEP 3;383(10):958-968. doi: 10.1056/NEJMra2005230
- ⁵ ROCKEY DC, BELL PD, HILL JA. FIBROSIS—A COMMON PATHWAY TO ORGAN INJURY AND FAILURE. *N ENGL J MED*. 2015 MAR 19;372(12):1138-49. doi: 10.1056/NEJMra1300575
- ⁶ RIVERA-ORTEGA P, MOLINA-MOLINA M. INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN DEVELOPING COUNTRIES. *ANN GLOB HEALTH*. 2019;85(1):4. Published 2019 Jan 22. doi:10.5334/aogh.2414
- ⁷ MARTINEZ FJ, COLLARD HR, PARDO A, ET AL. IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS. *NAT REV DIS PRIMERS*. 2017;3:17074. Published 2017 Oct 20. doi:10.1038/nrdp.2017.74
- ⁸ RAJAN SK, COTTIN V, DHAR R, ET AL. PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS: AN EXPERT GROUP CONSENSUS STATEMENT. *EUR RESPIR J*. 2023;36(3):2103187. Published 2023 Mar 30. doi:10.1183/13993.003.03187-2021
- ⁹ RAGHU G, REMY-JARDIN M, RICHELDI L, ET AL. IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS (AN UPDATE) AND PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS IN ADULTS: AN OFFICIAL ATS/ERS/JRS/ALAT CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *AM J RESPIR CRIT CARE MED*. 2022;205(9):e18-e47. doi:10.1164/rccm.202.202.0399ST

RESÚMENES COMUNICACIONES POSTER FINALISTAS



FARMACOS ANTIFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Hernandez Padilla, M.; Sancho-Chust, J. N.; Martínez, A. del V.; Torba Kordyukova, A.; Chacín Marcano, Y. del V.; Pastor Esplá, E.; Senent, C.; Esteban, V.; Boira, I.; Fernandez, P.; Chiner, E.; Bernabeu, M. Á.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

La Pirfenidona y el Nintedanib son fármacos disponibles para el tratamiento de las enfermedades pulmonares difusas (EPID). El objetivo del trabajo es revisar la experiencia en nuestro centro con estos tratamientos.

Metodología

Estudio retrospectivo observacional, incluyendo todos los pacientes con EPID tratados con Pirfenidona o Nintedanib desde enero del 2019 a junio del 2024. Se recogieron variables demográficas, función pulmonar, efectos adversos (EA), evolución funcional y radiológica al año de la terapia y mortalidad.

Resultados

Se incluyeron un total de 43 pacientes con EPID tratados con Pirfenidona o Nintedanib, edad 73 ± 11 años, 67% varones. Al inicio del tratamiento presentaban FVC 2.31 ± 0.69 L, FVCPred $77 \pm 18\%$, DLCO 4.04 ± 1.94 ml/min/mmHg, DLCOPred $53 \pm 29\%$, distancia 6 minutos marcha 382 ± 133 m, con una disnea 0-2 mMRC en el 69% de los pacientes y de 3-4 en el 31%.

Los diagnósticos fueron fibrosis pulmonar idiopática (FPI) 72%, Sjögren 7%, esclerosis sistémica 5%, artritis reumatoide 5%, neumonía intersticial no específica (NINE) 5%, sarcoidosis 5% y conectivopatía indeterminada 1%. Recibieron tratamiento con Pirfenidona el 28% de los pacientes, con Nintedanib el 39% y ambos fármacos de forma secuencial el 33%.

La media de duración del tratamiento con Pirfenidona fue de 23 ± 23 meses. Se tuvo que modificar la dosis en el 42% de los pacientes, y acabó siendo retirada en un 39%, siendo las principales causas los EA digestivos 53% y cutáneos 24%.

La media de duración del tratamiento con Nintedanib fue de 14 ± 15 meses. Se tuvo que modificar la dosis en el 43% de los pacientes, y acabó siendo retirada en un 50%, siendo las principales causas los EA digestivos 91% y elevación de enzimas hepáticas 4%.

Se evaluó a 28 pacientes al año de tratamiento (65%), con FVC 2.52 ± 0.67 L, FVCPred $81 \pm 15\%$, DLCO 3.99 ± 1.33 ml/min/mmHg, DLCOPred $51 \pm 16\%$, distancia 6 minutos marcha 379 ± 119 m, con una disnea 0-2 mMRC en el 74% de los pacientes y de 3-4 en el 26%.

La evolución funcional al año fue mejoría 28%, estabilidad 52%, empeoramiento 20% de los casos. La evolución radiológica cualitativa fue mejoría 4%, estabilidad 69%, empeoramiento 27% de los casos.

Durante el seguimiento fallecieron 12 pacientes (28%), siendo un 33% de ellos de causa respiratoria.

Conclusiones

La terapia antifibrotica con Pirfenidona o Nintedanib consiguió estabilizar la enfermedad en un elevado porcentaje de los pacientes, aunque destaca la elevada tasa de retirada del fármaco, principalmente en relación con la aparición de efectos adversos.

TEZEPelumab EN EL ASMA GRAVE EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO

Boris Bermeo, C. K. (1); García Rodenas, M. del M. (2); Boira Enrique, I. (3); Chiner Vives, E. (3); Fernández Aracil, C. (2); Martínez Pitarch, M. D. (4); Sánchez Toril, F. (5); Lluch Tortajada, I. (6); Martínez Moragón, E. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. peset; (2) Hospital General Universitario de Alicante; (3) Hospital Universitario San Juan de Alicante; (4) Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva; (5) Hospital Arnau de Vilanova; (6) Hospital de La Ribera.

Objetivos

En el último trimestre 2023 tuvimos financiado en España el tratamiento con tezepelumab para asmáticos graves. Nuestro objetivo ha sido analizar el perfil de los pacientes en el que lo hemos indicado en neumología y efectividad del mismo a los 6 meses

Metodología

Estudio retrospectivo han participado 6 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado tezepelumab en periodo de seguimiento de 6 meses. Comparamos los resultados obtenidos en pacientes perfil T2 y no T2

Resultados

Se han incluido 64 pacientes, mujeres 75%, edad media 57 ± 13 años e IMC 27 ± 6 . El 43% eran atópicos. En cuanto al fenotipo, 21(33%) mostraron perfil no T2, mientras 43(67%) presentaban perfil tipo T2(17 eosinofílico, 14 alérgico y 12 alérgico/eosinofílico) Además, 12 pacientes(19%) tenían RNScPN y 14 (22%) eran corticodependientes.

Solo 27 pacientes (42%) no contaba con tratamiento biológico previo, mientras que 37 (57%) había recibido alguno, siendo Omalizumab el más frecuente (21 casos), seguido de Mepolizumab, Dupilumab y Benralizumab (11 casos cada uno) y Reslizumab (1 caso).

De forma global se obtuvo a los 6 meses reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución de FENO y eosinófilos, junto con mejoría en FEV1, ACT y calidad de vida tabla 1A. La ganancia media en FEV1postbroncodilatador fue 80 ml a los 6 meses. Destacamos mejoría significativa del SNOT-22 en pacientes con RNScPN.

A los 6 meses, la respuesta evaluada mediante escala EXACTO fue respuesta completa 14 pacientes (22%), buena respuesta 21 (33%), respuesta parcial 27 (42%) y no respuesta 2 (3%). La distribución de estas respuestas según la corticodependencia inicial se presenta en la FIGURA 1. No se observaron efectos adversos en el estudio. El tratamiento con tezepelumab se interrumpió después de 6 meses en 2 pacientes por falta de respuesta, ambos tenían perfil no T2.

Analizando por separado a los pacientes T2 y no T2, los primeros tienen FENO y eosinófilos mayores al inicio del tratamiento tabla 1B. La comparativa de respuesta entre pacientes con perfil T2 y no T2 muestra buena respuesta global en ambos grupos, pero la función pulmonar mejora significativamente únicamente en los T2

Conclusiones

En la práctica estamos obteniendo buena respuesta al tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma T2 y no T2, a pesar de usarlo mayoritariamente en aquellos donde han fallado otros biológicos y en un porcentaje alto de pacientes corticodependientes. Se confirma seguridad del fármaco

APORTACIONES DE LA BRONCOSCOPIA CON BIOPSIA BRONQUIAL EN EL PACIENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Boris Bermeo, C. K.; Climent Campos, C.; Naharro Gascón, M. J.; Dahmazi Dahmazi, L.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.; Rojas Ferrer, N.; Martínez Moragón, E.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos

La broncoscopia puede ser una herramienta valiosa en pacientes con asma grave no controlada, para dilucidar patologías subyacentes y ayudar a caracterización del fenotipo del asma, incluida evaluación del remodelado bronquial. En el presente trabajo describimos la utilidad de este procedimiento en nuestra práctica clínica habitual

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo pacientes con asma grave que se ha indicado broncoscopia en nuestra unidad de asma durante periodo 2018-2024. Las indicaciones de broncoscopia fueron fenotipaje, exclusión de comorbilidades o valoración de respuesta inadecuada al tratamiento biológico

Resultados

Se incluyeron 54 pacientes, 75,9% mujeres, edad media 67 años(DS ± 14). Fenotipo predominante T2 75,9%, ACT medio 15 (DS ± 6). El FEV1 basal medio 89,9%, FENO 25 ppb (RIC:15-40) y eosinófilos en sangre periférica 200 cel/ μ L(RIC:100-425). 9 pacientes estaban bajo tratamiento biológico con mala respuesta al mismo, distribuidos en 7 en tratamiento con omalizumab, 1 mepolizumab y 1 dupilumab

Los hallazgos más frecuentes identificados mediante broncoscopia fueron normalidad 40,7% y traqueobroncomalacia 29% (Gráfico 1). Por otro lado, se obtuvo aislamiento microbiológico en 59,3% muestras obtenidas del cultivo de lavado broncoalveolar. Etiología bacteriana predominó 55,6%, siendo *Haemophilus spp.* el patógeno más común, mientras la etiología fúngica se identificó en 3,7%.

Se realizaron biopsias bronquiales en 47 pacientes, mediana de 4 biopsias por paciente (RIC:3-5). Los hallazgos histológicos más destacados (Gráfico 2) incluyeron engrosamiento de membrana basal 70,3% y presencia de eosinófilos en submucosa 54,1%.

La biopsia bronquial fue determinante para fenotipado en 8 pacientes (18%): cambio de no T2 a T2 (6) y cambio de T2 a no T2 (2), tras este procedimiento, se inició o modificó tratamiento biológico en 6 pacientes. De 9 pacientes sometidos a biopsia bronquial durante tratamiento con agentes biológicos, sólo 1 presentó inflamación eosinofílica, mientras recibía Omalizumab. En los restantes, el mal control se asoció con etiologías infecciosas. En cuanto a complicaciones, ocurrieron en 14,8%, siendo más frecuente broncoespasmo leve (9,3%) y sangrado leve (5,6%).

Conclusiones

La broncoscopia con biopsia de tejido bronquial puede resultar clave en manejo del asma grave no controlada, permitiendo ajustes precisos en tratamiento biológico. Su baja tasa de complicaciones subraya necesidad de seguir investigando acerca del momento idóneo de su indicación en la práctica asistencial.

EFEECTO NOCEBO EN EL TRATAMIENTO CON INHALADORES

Ibarra Maciá, A. M.; Garcia-Pachon, E.; Galan Negrillo, M.; Bordallo Vázquez, P.; Perez Remacho, F. J.; Grau, J.

Hospital General Universitario de Elche.

Objetivos

Nuestro objetivo ha sido conocer la frecuencia de efectos adversos atribuidos al tratamiento con inhaladores que pudieran considerarse producidos por el efecto nocebo, sus posibles implicaciones y las creencias sobre los medicamentos de los pacientes que los pueden favorecer.

Metodología

Se ha realizado un estudio transversal en pacientes adultos en tratamiento con inhaladores durante al menos un año, atendidos en el servicio de Neumología de un hospital universitario. El estudio fue aprobado por el Comité ético de investigación y los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Se realizó una entrevista que incluía la pregunta de qué efectos adversos habían atribuido en algún momento a los inhaladores que utilizaban y qué actitud habían tenido con estos efectos. Se consideraron efectos adversos habituales: sequedad, irritación y micosis orofaríngea, disfonía, tos, disnea, temblor y palpitaciones. El resto de síntomas se evaluaron por dos de los autores para clasificarlos como no atribuibles a los inhaladores (por tipo de síntoma, asociación temporal y evolución).

Además, los pacientes completaron la escala de la Sensibilidad Percibida a los Medicamentos (SPM)⁵. La escala de SPM valora la percepción del paciente de ser sensible a los efectos de los medicamentos (de 5 a 25, mayor puntuación cuanto mayor es la percepción de sensibilidad).

La adherencia al tratamiento inhalado se estableció, de acuerdo a las recomendaciones publicadas⁶, con los datos de dos cuestionarios, uno subjetivo (test de adhesión a los inhaladores, preguntas 1 a 10, máximo 50 puntos)⁷ y otro objetivo obtenido en la historia clínica electrónica (porcentaje de retirada del fármaco en farmacia, PRF). La no adherencia se definió por un TAI(1-10) menor de 50 o el PRF menor del 80%⁶.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi-cuadrado y el test de Fisher para las variables categóricas y el test U de Mann-Whitney para las variables continuas. Se utilizó el software estadístico R (<http://www.R-project.org/>).

Resultados

Se incluyeron en el estudio 134 pacientes, 62 con asma (37 mujeres y 25 varones; edad promedio \pm DE 57 \pm 15 años) y 72 con EPOC (19 mujeres y 53 varones, de 70 \pm 8 años). De ellos, 21 (16%) atribuyeron síntomas a los inhaladores que se consideraron debidos al efecto nocebo (TABLA 1). De los 21 pacientes, dos abandonaron el tratamiento inhalado como consecuencia de estos efectos, uno redujo la dosis prescrita, tres consultaron con su médico por este motivo (con un cambio terapéutico) y el resto no tomó ninguna medida (síntomas leves y autolimitados en todos los casos).

Los pacientes que referían síntomas atribuibles al efecto nocebo diferían del resto en que referían tener mayor sensibilidad a los efectos de los medicamentos y mostraban una menor adhesión terapéutica (TABLA 2).

Conclusiones

En conclusión, una proporción significativa de pacientes atribuyen síntomas inespecíficos al uso de inhaladores que pueden afectar a su atención clínica. Nuestros hallazgos subrayan la importancia de abordar las creencias del paciente y la percepción de los tratamientos para mejorar la efectividad de la terapia inhalada.

Referencias

- [1] PLANÈS S, VILLIER C, MALLARET M. THE NOCEBO EFFECT OF DRUGS. PHARMACOL RES PERSPECT. 20164:e00208. doi: 10.1002/prp2.208.
- [2] COLLOCA L. THE NOCEBO EFFECT. ANNU REV PHARMACOL TOXICOL. 2023. doi: 10.1146/ANNUREV-PHARMTOX-022.723.112425.
- [3] CHAVARRIA V, VIAN J, PEREIRA C, DATA-FRANCO J, FERNANDES BS, BERK M, ET AL. THE PLACEBO AND NOCEBO PHENOMENA: THEIR CLINICAL MANAGEMENT AND IMPACT ON TREATMENT OUTCOMES. CLIN THER. 201739:477-486. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.01.031.
- [4] BELÉNDEZ-VÁZQUEZ M, HERNÁNDEZ-MIJARES A, HORNE R, WEINMAN J. ASSESSMENT BELIEFS ABOUT TREATMENT: VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SPANISH VERSION OF THE BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE. INT J CLIN HEALTH PSYCHOL. 20077:767-779.
- [5] BELÉNDEZ-VÁZQUEZ M, GARCÍA-PACHÓN E. CROSS-CULTURAL ADAPTATION TO SPANISH OF THE PERCEIVED SENSITIVITY TO MEDICINES SCALE. MED CLIN (BARC). 2023161:429-431. doi: 10.1016/j.medcli.2023.07.022.
- [6] SANTIBÁÑEZ M, RODRÍGUEZ I, LÓPEZ-CARO JC, RODRÍGUEZ-PORRES M, ASTRUGA MC, ARENAL S, ET AL. COMPARACIÓN DE LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN EL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES Y EL REGISTRO DE LA RETIRADA EN FARMACIA DE LOS FÁRMACOS PRESCRITOS EN PACIENTES ASMÁTICOS. ESTUDIO REFARMA. OPEN RESPIR ARCH. 20235:100238. doi: 10.1016/j.opresp.2023.100238.
- [7] PLAZA V, FERNÁNDEZ – RODRÍGUEZ C, MELERO C, COSÍO BG, ENTRENAS LM, DE LLANO LP, ET AL TAI Study Group. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for Asthma and COPD Patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2016;29:142-52. doi: 10.1089/jamp.2015.1212.
- [8] HELLER MK, CHAPMAN SC, HORNE R. BELIEFS ABOUT MEDICATION PREDICT THE MISATTRIBUTION OF A COMMON SYMPTOM AS A MEDICATION SIDE EFFECT. EVIDENCE FROM AN ANALOGUE ONLINE STUDY. J PSYCHOSOM RES. 201579:519-29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.10.003.
- [9] PAN Y, KINITZ T, STAPIC M, NESTORIUC Y. MINIMIZING DRUG ADVERSE EVENTS BY INFORMING ABOUT THE NOCEBO EFFECT. AN EXPERIMENTAL STUDY. FRONT PSYCHIATRY. 201910:504. doi: 10.3389/fpsy.2019.00504.
- [10] BARTLEY H, FAASSE K, HORNE R, PETRIE KJ. YOU CAN'T ALWAYS GET WHAT YOU WANT: THE INFLUENCE OF CHOICE ON NOCEBO AND PLACEBO RESPONDING. ANN BEHAV MED. 201650:445-51. doi: 10.1007/s12160.016.9772-1.

RELACIÓN BRONQUIECTASIAS Y EPOC MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE CRITERIOS ROSE

Parra Rodas, E.; Esteve, A.; Salcedo, A.; del Valle, P.; Fernandez, E.

CHGUV.

Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de la superposición EPOC y BQ al implementar criterios ROSE, valorar el sobre/infradiagnóstico y conocer si el desenlace clínico de estos pacientes difiere al de pacientes con BQ que no cumplen criterios ROSE.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes valorados en consulta monográfica de BQ entre junio/2023 a junio/2024 en el CHGUV. Se analizaron variables demográficas, etiológicas, espirometría, analítica, infección bronquial crónica (IBC), EFACED, tratamiento ambulatorio y mortalidad. Se comparó pacientes EPOC con BQ (que cumplan criterios ROSE) y pacientes con BQ por otras etiologías. Análisis descriptivo y estadístico mediante Chi cuadrado y test T para muestras independientes; $p < 0.05$.

Resultados

Se analizaron 120 pacientes, 75 (62.5%) mujeres. Edad media 69.3 años (± 14.31), el 50% tenía antecedente de tabaquismo. La etiología más frecuente de las BQ fue post-infecciosa 62 (51.7%), EPOC en 17 pacientes (14.2%), asma 5.8% y otras 28,3%. Tenían diagnóstico

de EPOC 43 pacientes (35.8%) de los cuales cumplían criterios ROSE 39 pacientes (90.7%), Los pacientes con BQ que cumplieron criterios ROSE tenían diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo que no cumplían en cuanto a: presencia de insuficiencia respiratoria parcial (10% vs 5.8% $p < 0.003$), hipoalbuminemia (5.8% vs 4.2% $p < 0.04$), menor FEV1 (56.2 vs 75.82%, $p < 0.01$), menor FVC (71.49 vs 83.73, $p < 0.01$), FEV1/FVC (69.6 vs 57.03, $p < 0.01$), el 45% de los pacientes que no cumplen criterios ROSE tienen EFACED leve, respecto a el 11% de los pacientes que cumplen criterios ROSE ($p < 0.008$). Ver diferencias en la tabla 1. No hubo diferencias en la presencia de IBC, las exacerbaciones e ingresos en el año previo, ni en exitus.

	Cumple ROSE	No cumple ROSE	p
Edad	76.6	65.7	<0.005
Insuficiencia respiratoria parcial	12 (10%)	7 (5.8%)	<0.003
Hipoalbuminemia	5.8%	4.2%	<0.04
EFACED	14 (11.7%)	54 (45%)	<0.07
FEV1	56.21	75.82	<0.01
FVC	71.49	83.63	<0.01
FEV1/CVF	69.6	57.03	<0.01

Conclusiones

Nuestros pacientes con superposición EPOC-BQ tienen peor puntuación en EFACED, mayor obstrucción al flujo aéreo, tienen insuficiencia respiratoria y datos de desnutrición. Sin embargo, no tienen IBC ni mayor tasa de ingresos/año y mortalidad.

Referencias

¹ L. TRAVERSI, M. MIRAVITLLES, M. MARTINEZ, MICHAL S, A. BOSSIOS, K. D. ET AL. ROSE: RADIOLOGY, OBSTRUCTION, SYMPTOMS AND EXPOSURE – A DELPHI CONSENSUS DEFINITION OF THE ASSOCIATION OF COPD AND BRONCHIECTASIS BY THE EMBARC AIRWAYS WORKING GROUP. ERJ OPEN RES 2021 7:

PRESIÓN INSPIRATORIA NASAL (SNIP). ESTUDIO DE COMPARACIÓN ENTRE DOS MÉTODOS DE MEDICIÓN EN PACIENTES NEUROMUSCULARES

Pérez Cabezas, A. J.; León, J. M.; Belda, M. I.; Pérez, J.; Candela, A.
Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Objetivos

La presión inspiratoria nasal (SNIP) con el orificio nasal contralateral ocluido se considera una prueba útil para medir la fuerza inspiratoria del diafragma. Sin embargo, algunos pacientes con enfermedad neuromuscular avanzada no consiguen hacer una adecuada oclusión nasal. El objetivo de este estudio fue comparar la presión inspiratoria nasal obtenida mediante dos métodos, con y sin oclusión del orificio nasal contralateral.

Metodología

Estudio de comparación de métodos de pacientes con enfermedad neuromuscular atendidos en consulta monográfica desde el 16 de mayo de 2018 al 5 de junio de 2019 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Se obtuvieron medidas de SNIP cerrado y abierto en cada una de las fosas nasales en varios intentos y se escogió el mejor resultado de cada uno de ellos. Se realizó un análisis de correlación de Pearson, un estudio de regresión lineal y un análisis de Bland-Altman. Se escogió el nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron los datos de 100 pacientes, con una mediana de edad de 55 años (45–69), el 52% eran hombres. El 25% refirió algún problema de obstrucción nasal y el 90% no declararon tener desviación ni cirugía previa en el tabique nasal. La mayoría de ellos, el 42%, presentaban ELA. (Tabla)

Se obtuvo una correlación fuerte entre los mejores valores obtenidos de SNIP cerrado y abierto, tanto en global (r de Pearson 0,859, $p < 0,001$), como por separado, en el orificio nasal izquierdo ($r = 0,867$, $p < 0,001$) y derecho ($r = 0,843$, $p < 0,001$). El análisis de regresión lineal obtuvo un coeficiente de determinación R^2 de 0,742 ($p < 0,001$), indicando que el 74,2% de la variabilidad en las mediciones de la SNIP cerrado puede ser explicada por las mediciones de la SNIP abierto. El gráfico de Bland-Altman muestra que los valores SNIP obtenidos por el método cerrado son más elevados (10,42 cm H₂O, IC95% – 15,89–36,73) que los de con SNIP cerrado. (Figura)

Conclusiones

Ambos métodos de SNIP, con y sin oclusión nasa, presentan una fuerte correlación y la diferencia entre ellos es menor para valores más bajos de presión. La SNIP abierta puede ser una alternativa útil en pacientes neuromusculares avanzados, con mayor debilidad muscular y peor colaboración.

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABACO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Landaeta, S. (1); Prieto, D. (1); Cifre, P. (1); Bonet, A. (1); Lillo, E. (1); Martínez, E. (1); De Juana, C. (1); Lera, R. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset.

Objetivos

1. Analizar las características sociodemográficas de la población atendida en la consulta de tabaquismo en el periodo de febrero 2023 a mayo de 2024.
2. Analizar los tratamientos prescritos, la adherencia a los mismos y las tasas de éxito a los 1, 3, 6 y 12 meses.
3. Comparar los cambios en la prescripción y las tasas de éxito respecto al periodo previo analizado (noviembre 2021 – febrero 2023)

Metodología

Estudio retrospectivo observacional analizando variables clínicas, sociodemográficas, pautas de tratamiento prescrito, y tasas de éxito, en los pacientes atendidos en una unidad de tabaquismo de un hospital terciario desde febrero de 2023 a mayo de 2024.

Comparación de las tasas de éxito y tratamientos pautados con los analizados en el periodo noviembre 2021 a febrero de 2023.

Resultados

Los principales tratamientos prescritos fueron citisina 91 (56.2%) TSN combinada 34 (21%), consejo antitabaco 20 (12.3%). Cabe destacar que en el 63.3% (58) se cumplían criterios de financiación por el SNS de la citisina. 109 (66.9%) iniciaron el tratamiento en la fecha prevista. Un 30% de los pacientes se perdieron a lo largo del año de seguimiento. No encontramos diferencias ($p=NS$) entre el tratamiento prescrito y la tasa de éxito a los 1, 2, 6 y 12 meses. Un 7.2% refirieron algún efecto secundario en relación con el tratamiento pautado sin ser necesario su abandono o cambio en ningún caso.

Si comparamos con los datos de la consulta de noviembre 21 a febrero 23 presentados en el anterior congreso observamos cómo ha aumentado la prescripción de citisina 27.3% vs 56.2% y ha disminuido de la TSN combinada 50.5% vs 21%. La tasa de abstinencia a los 12 meses ha aumentado (61.2% vs 46.5%) $p < 0.05$ pero no así en los periodos previos ($p=ns$).

Conclusiones

1. Nuestros pacientes tienen una exposición tabáquica alta y la mayoría habían intentado dejar de fumar previamente sin éxito
2. El porcentaje de pacientes que consigue dejar de fumar (12m) entre los que acuden a las consultas periódicamente es alto (61.2%) y ha aumentado en el último periodo analizado
3. En un 63% de los casos se financia el tratamiento prescrito.

4. No hay diferencias significativas en cuanto a la tasa de éxito de los diferentes tratamientos prescritos.
5. Las pérdidas durante el seguimiento son elevadas 30%.
6. Ha aumentado la prescripción de citisina y disminuido la de TSN combinada.

ROL Y BENEFICIOS DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Martinez, M. J.; Sanjuan, R.; Silvestre, I.; Martin, M.; Sanfeliu, P.; Lopez, R.

Hospital U. y P. La Fe.

Objetivos

La hipertensión pulmonar es una enfermedad grave y progresiva que requiere tratamientos complejos y una titulación de la medicación. Las guías de práctica clínica recomiendan un enfoque multidisciplinar para optimizar el manejo de estos pacientes. La consulta de enfermería desempeña un papel crucial en la atención integral, proporcionando educación terapéutica, seguimiento estrecho y apoyo en la titulación de fármacos. La implementación de una consulta de enfermería especializada permite optimizar la adherencia al tratamiento, reducir la carga hospitalaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión pulmonar. Objetivo: Describir la experiencia de una consulta especializada en hipertensión pulmonar en un hospital terciario

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con hipertensión pulmonar derivados a la consulta de enfermería desde su puesta en marcha. Se registraron las características demográficas, tipo de hipertensión pulmonar, perfil de riesgo, tratamientos empleados y motivo de derivación a la consulta

Resultados

Se incluyeron un total de 32 pacientes (21 mujeres, 11 hombres) con una edad media de 50.40 años. El 29 pacientes tenían Hipertensión arterial pulmonar(HAP): 5 de tipo hereditario, 4 portopulmonar, 4 c. congénita, 2 lupus, 1 VIH, 1 EVOP y 12 idiopáticas. 3 pacientes presentaban(HPTec). Se registraron 32 primeras visitas y 92 consultas sucesivas, así como 101 atenciones telefónicas. Los motivos de derivación más frecuentes fueron la necesidad de titulación de fármacos intravenosos/subcutáneos, seguimiento de pacientes con escalada terapéutica, soporte en la adherencia al tratamiento, manejo de efectos adversos relacionados con la terapia. Las principales intervenciones realizadas por enfermería incluyeron: Educación sanitaria y entrenamiento en la administración de prostanoides, Control periódico de efectos secundarios, valoración de la respuesta terapéutica, coordinación con el equipo multidisciplinar para ajuste terapéutico.

Conclusiones

La consulta de enfermería especializada en hipertensión pulmonar facilita la atención de pacientes complejos, especialmente aquellos en tratamiento con prostanoides intravenosos o subcutáneos, y mejora la adherencia terapéutica. Además, proporciona un soporte fundamental para pacientes con dificultades en la comprensión del tratamiento o con falta de apoyo familiar. La coordinación multidisciplinar es clave para optimizar la calidad asistencial y la evolución clínica de estos pacientes.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN NEUMOLOGÍA DEL HGUA

Pérez Amorós, J.; Ruiz, P.; González, M.; Huélamo, P.; Díez, A.; Asensio, S.; García, R.; Pérez, A.; Hernández, L.

Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante.

Objetivos

La hipertensión pulmonar (HP) es un síndrome causado por diferentes patologías que conduce al incremento de las resistencias vasculares pulmonares con la consecuente sobrecarga del ventrículo derecho y elevada mortalidad. El objetivo fue analizar el perfil de los pacientes diagnosticados de HP en nuestro centro en los últimos 10 años.

Metodología

Análisis descriptivo retrospectivo de 87 pacientes diagnosticados de HP en el HGUA entre 2014 y 2024. Se revisaron datos demográficos, clínicos, hemodinámicos y tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 88 pacientes: 60 (68%) fueron mujeres y 28 (32%) varones. La edad media en mujeres es 55 años (± 15) y en hombres 64 años (± 13).

La distribución por grupos fue: 51 (56%) grupo I, 11 (12,5%) grupo III, 22 (25%) grupo IV y 4 (4,5%) grupo V. En el grupo I, la causa más frecuente fue la idiopática con 29 pacientes (56,8%). TABLA 1

Fallecieron 23 pacientes, 14 de ellos (60,9%) a causa de la HP, 8 (34,8%) por otra causa: 14 (60,9%) eran del grupo 1, 5 (21,7%) del 3, 2 (8,7%) del 4 y 2 (8,7%) del 5. Fueron trasplantados 5 pacientes (5,7%): 4 pertenecían al grupo 1 y 1 al 5.

La media de resistencia vascular pulmonar (RVP) fue de 9,5 UW (± 4). El grupo con mayor RVP fue el 5 con una RVP media de 10,7 UW ($\pm 4,6$) y el de menor fue el 3 con 8,1 UW ($\pm 2,2$). Gráfica 1. En total hay 78 pacientes (88,6%) con HP precapilar y 10 (11,4%) con HP combinada.

En cuanto a la clase funcional (CF) al diagnóstico: 3 pacientes (3,4%) estaban en CF-1; 31 (35,2%) CF-2; 43 (48,9%) CF-3 y 11 (12,5%) CF-4. Actualmente, 21 (34,4%) pacientes están en CF-1; 23 (37,7%) CF-2; 12 (19,6%) CF-3 y 2 (3,2%) CF-4.

Gráfica 2

La estratificación del riesgo al diagnóstico fue: 18 pacientes (20,5%) estaban en riesgo bajo; 47 (53,4%) en intermedio y 23 (26,1%) en alto. Actualmente, 25 (41%) están en riesgo bajo; 19 (31,1%) en intermedio-bajo; 11 (18%) en intermedio-alto y 6 (9,8%) en riesgo alto.

Respecto al tratamiento, al diagnóstico 35 pacientes recibieron monoterapia (39,8%); 31 (35,2%) doble terapia oral, 2 (2,2%) triple oral, 5 (5,7%) triple con prostaciclina (PC) intravenosa (IV) y 1 (1,1%) triple con PC inhalada. En la actualidad 18 pacientes reciben monoterapia (29,5%); 18 doble oral (29,5%), 8 triple oral (13,1%) y 5 (8,2%) triple con PC IV. TABLA 2

Conclusiones

La HP es más frecuente en mujeres, en quienes se diagnostica a edades más tempranas. El grupo con RVP más elevadas y por tanto con peor pronóstico fue el grupo 5.

EFICACIA DE TEZEPELUMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO

Torba Kordyukova, A. (1); Chiner Vives, E. (1); Lorenzo Aguilar, O. (2); Bernabeu Martinez, M. A. (1); Castello Faus, C. (1); Martinez Gomez, A. (1); Chacin Marcano, Y. (1); Fernandez Martinez, P. (1); Pastor Espla, E. (1); Sancho Chust, J. N. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante; (2) Universidad Miguel Hernandez.

Objetivos

Tezepelumab se ha mostrado efectivo en el tratamiento del asma grave no controlado (AGNC) pero aún existe escasa evidencia en vida real

Metodología

Se incluyeron pacientes con AGNC que iniciaron terapia con Tezepelumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), AQLQ, ciclos, disminución, retirada de esteroides (EO) y de otra medicación, exacerbaciones graves (ingresos + urgencias) respecto al año anterior. Se empleó la escala FEOS y EXACTO para evaluar respuesta.

Resultados

Se analizaron 18 pacientes, 16 mujeres (89 %) y 2 hombres (11%), 57±13 años, FEV1% 68±22%, IMC 26±5 kg/m², seguimiento 10±3 meses, IgE 118±241 UI/mL (8-1047), 367±236 eosinófilos. Habían seguido omalizumab 5 (28%), benralizumab 3 (17%), mepolizumab 1 (6%) y 9 (50%) fue primer tratamiento. El fenotipo fue neutrofílico en 6 (33%), eosinofílico no alérgico en 8 (45%) y alérgico en 4 (22%). Presentaban comorbilidad 77%, con una o más: rinitis 83%, obesidad 28%, anosmia/hiposmia 50%, poliposis nasal 17%, dermatitis atópica 17%, AOS 17%, bronquiectasias 11%, EREA 6%. Como medicación recibían uno o más: dosis altas de ICS/LABA/LAMA 100%, montelukast 83%, antihistamínicos 22%, xantinas 22%, EO en 44%. Habían ingresado en el último año 61%, 100% había acudido a urgencias, 100% recibieron ciclos de esteroides orales, con 7±4 exacerbaciones graves/año. Comparando basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (8±1vs2.5±1, p<0.001), ACT (13±2vs22±1, p<0.001) y ACQ (3.4±0.5vs1.1±0.4, p<0.001), AQLQ (2.4±0.27vs5.6±0.24, p<0.001), eosinófilos (367±236 vs 82±71, p<0.001), FEV1% (68±23vs80±30, p=0.06), con una diferencia media en FEV1 de 218±173 ml. Se redujeron las exacerbaciones graves (7±4vs0.31±0.6, p<0.001), visitas a urgencias (5±3vs0.2±0.5, p<0.001), ingresos (2±2 vs 0.1±0.3, p<0.001) y ciclos de EO (6±3vs0.2±0.4, p<0.001). De los 8 pacientes con EO se retiraron en 7 y redujeron en 1. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente (p<0.001). La puntuación media de FEOS fue 79±8. De acuerdo con la escala EXACTO, alcanzaron respuesta completa/superrespuesta 10 pacientes (56%), buena en 8 (44%)

Conclusiones

Tezepelumab mejoró el control del asma y la función pulmonar en pacientes con AGNC con fenotipo T2 y noT2, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, alcanzando criterios de remisión clínica el 56%.

EXPERIENCIA CON TEZEPELUMAB EN LA CONSULTA DE ASMA GRAVE

González Montes, L.; Picazos, B.; Martínez-Valle, A. M.; Porcar, M.; Gimeno, Á.; De Diego, A.

Hospital U y P La Fe Valencia.

Objetivos

Evaluar el beneficio clínico, funcional y analítico de Tezepelumab en pacientes con asma bronquial grave no controlada y analizar la posible relación entre estos resultados y las características de los pacientes.

Metodología

Estudio prospectivo y observacional realizado en la Unidad de Asma Grave del servicio de Neumología del Hospital La Fe de Valencia entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024.

Se recogió datos clínicos, analíticos y de función pulmonar de pacientes con asma grave en tratamiento con Tezepelumab antes y a los 3-11 meses del inicio del mismo.

Resultados

Se analizaron 10 pacientes (9 mujeres y 1 hombre) con asma grave con una media de 16 años de evolución de enfermedad, 57.3 años de edad media e IMC medio de 28.3. 7 pacientes (70%) tenía asma de perfil eosinofílico y 3 (30%) no eosinofílico. La comorbilidad queda registrada en la gráfica.

El 90% de los pacientes estaba en **tratamiento** con triple broncodilatación, 1 de ellos (10%) con doble que incluía corticoide inhalado a dosis altas y ninguno con corticoide oral. 2 pacientes (20%) habían recibido previamente tratamiento con otro biológico, 1 (10%) termoplastia y ninguno había precisado estancia en UCI durante una agudización.

El año previo, 7 pacientes (70%) había tenido alguna **exacerbación** con tratamiento con corticoides sistémicos (media de 2.1/año); mientras que en el tiempo de estudio post tratamiento, 4 (40%) tuvo agudizaciones (media de 1.25/año).

El 80% de los pacientes refería mejoría subjetiva tras inicio de Tezepelumab. 6 pacientes (60%) mejoraron el test de **ACT 3** o más puntos (media de +6.8 puntos): 4 eran de perfil eosinofílico y 2 no eosinofílico.

Previo al tratamiento, el 70% de los pacientes no tenía obstrucción postbroncodilatación y con FEV1>80%. Tras tratamiento, sólo 2 pacientes (20%) aumentaron su **FEV1** +100ml tras tratamiento, ambos eosinofílicos.

No hubo **efectos secundarios** graves ni se precisó retirada del tratamiento por ello. 3 pacientes tuvieron efectos leves y resolvieron a los pocos meses.

Conclusiones

Tezepelumab, en nuestra experiencia, es un tratamiento que mejora el control del asma y disminuye el número de exacerbaciones en algunos pacientes con asma grave, si bien no hemos encontrado diferencias entre fenotipos ni cambios en función pulmonar.

Se precisa más estudios a largo plazo para la correcta evaluación en vida real del efecto de Tezepelumab en pacientes con asma grave.

CREENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE MEDICAMENTOS Y SENSIBILIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES ASMA Y EPOC

Pérez Remacho, F. J.; Galán Negrillo, M.; Ibarra Macia, A. M.; Zamora Molina, L.; Baeza Martínez, C.; Grau Delgado, J.; García Pachón, E. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivos

Distintos estudios demuestran que las creencias de los pacientes sobre los medicamentos y la sensibilidad percibida al efecto de estos se asocian a distintos niveles de adhesión terapéutica. Identificar a pacientes con mayor preocupación sobre su uso permite crear estrategias para mejorar los tratamientos. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la existencia de diferencias en las creencias sobre los medicamentos en pacientes con asma y EPOC.

Metodología

Se realizaron dos cuestionarios validados que analizan las creencias sobre el uso de fármacos y la sensibilidad percibida a los medicamentos en pacientes con diagnóstico de asma o EPOC atendidos en el servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Elche. De las encuestas una se divide en creencias sobre fármacos en general (si se produce abuso o no y el riesgo de daño si se emplea) y en creencias sobre estos fármacos específicos, en este caso inhaladores (creencias sobre necesidad de uso y preocupación sobre los riesgos de su uso), la otra encuesta es de sensibilidad percibida a los inhaladores.

Resultados

Se incluyeron un total de 134 pacientes, 62 con diagnóstico de asma y 72 con EPOC. Las creencias sobre el daño que pueden producir los fármacos se correlacionan con las creencias de preocupación específica del uso de inhaladores, pero sólo débilmente ($\rho=0,29$; $p<0,001$). La escala de Sensibilidad Percibida a los Medicamentos se correlaciona de forma significativa con cada uno de los apartados de las escalas de creencias sobre medicamentos (valores de Rho de Spearman entre 0,38 y 0,27, $p<0,01$).

Conclusiones

Aunque los pacientes con asma y EPOC no difieren de forma significativa en la puntuación de los cuestionarios de creencias sobre medicamentos, los pacientes con asma tienen una tendencia a mayor preocupación por el uso de inhaladores.

Los pacientes con asma sí tienen una mayor percepción de sensibilidad al efecto de los fármacos.

Los pacientes que perciben ser más sensibles a los medicamentos tienen una mayor preocupación sobre su uso y los riesgos asociados. Además, tienden a percibir que existe un uso excesivo de fármacos en general, lo que aumenta su temor al daño potencial. En particular, con los inhaladores, aquellos que consideran tener una mayor necesidad de usarlos son los que también muestran una mayor preocupación por su utilización.

Referencias

¹ GARCIA-PACHON E, GRAU-DELGADO J, BAEZA-MARTÍNEZ C, ZAMORA-MOLINA L, GALÁN-NEGRILLO M, BELÉNDEZ-VÁZQUEZ M. PATIENTS' BELIEFS ABOUT MEDICINES AND ADHERENCE TO INHALERS. *Open Respir Arch*. 2024 Apr 5;6(2):100322. doi: 10.1016/j.opresp.2024.

EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA EN EL ESTUDIO DEL ASMA GRAVE

Lluch Tortajada, I.; Ferrando Gabarda, J. R.; Cabanes López, L.; Ogallar Villanueva, L.; Mascarell Roda, C.; Oyola Olguín, E.; Naval Sendra, E.; Dolz, R.

Hospital Universitario de La Ribera.

Objetivos

Presentar la experiencia de la unidad de asma grave del Hospital universitario de la Ribera en la realización de broncoscopia para completar estudio de pacientes con asma grave durante el año 2024.

Metodología

Se han incluido las broncoscopias realizadas en pacientes con asma grave en seguimiento en la unidad de asma de nuestro centro. Se han registrado parámetros antropométricos, funcionales y clínicos, el resultado de broncoscopia, las muestras recogidas y los eventos adversos observados. Para el estudio anatómo-patológico de las biopsias bronquiales se ha utilizado el protocolo modificado de Gordon et al.

Resultados

Hemos realizado broncoscopia a 21 pacientes con asma grave durante el año 2024. Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1 así como el fenotipo establecido en la consulta previo a realización de broncoscopia. El 43% llevaban un biológico previamente. De los 12 pacientes que no llevaban biológico, 5 eran fenotipo T2 bajo. Respecto al motivo de realizar de la broncoscopia, en 5 pacientes fue para confirmar fenotipo, 9 pacientes por falta o pérdida de respuesta al biológico y 7 pacientes por sospecha de comorbilidad. Se realizó BAS en 15 pacientes, LBA en 17 y biopsia bronquial en 19 pacientes. La broncoscopia fue normal en 15 pacientes y se observaron alteraciones endoscópicas en 6 pacientes (tabla 2). Sólo 2 pacientes presentaron tos como complicación tras la realización de la prueba. El análisis microbiológico fue positivo en 4 pacientes (19%) (tabla 3). Se aisló *Streptococcus pneumoniae* en 1 paciente, *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente en 1 paciente y *Aspergillus* en 2 pacientes. En los 4 pacientes con fenotipo T2 bajo a los que se realizó biopsia bronquial se observó eosinófilos submucosos grado 2 (raro-leve) en el 100%. De los 8 pacientes con biopsia bronquial que ya llevaban tratamiento biológico se observó eosinófilos submucosos grado 2 en 5 pacientes (63%), grado 3 (moderado-grave) 3 pacientes (37%) (TABLA 3). Hemos observado que los pacientes que presentan una membrana basal engrosada tienen un FEV₁preBD menor que aquellos que no la tienen (73% vs 83%), aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones

La realización de broncoscopia como exploración complementaria en pacientes con asma grave es una prueba segura y bien tolerada. Permite descartar comorbilidades e infección bronquial que pueden influir en el mal control del asma o en el fracaso terapéutico, así como estudiar el fenotipo del asma.

Referencias

- ¹ COSIO BG, SHAFIEK H, IGLESIAS A, MOSTEIRO M, GONZALEZ-PIÑEIRO A, RODRÍGUEZ M, GARCÍA-COSÍO M, BUSTO E, MARTIN J, MEJÍAS L, BENITO A, LÓPEZ VILAR L, GÓMEZ C. VALIDATION OF A PATHOLOGICAL SCORE FOR THE ASSESSMENT OF BRONCHIAL BIOPSIES IN SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA: BEYOND BLOOD EOSINOPHILS. ARCH BRONCONEUMOL. 2023 AUG59(8):502-509. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2023.05.014. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37414638.
- ² COSÍO BG, SHAFIEK H, MOSTEIRO M, IGLESIAS A, GÓMEZ C, TOLEDO-PONS N, MARTINEZ R, LOPEZ M, ESCRIBANO GIMENO I, PÉREZ DE LLANO L. REDEFINING THE ROLE OF BRONCHOSCOPY IN THE WORKUP OF SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA IN THE ERA OF BIOLOGICS: A PROSPECTIVE STUDY. CHEST. 2023 OCT164(4):837-845. doi: 10.1016/j.chest.2023.03.012. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36921895.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO 15 EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBRÓTICOS A FECHA DE JUNIO DE 2024

Arlandis Domingo, M. del M.; Camarasa, A.; Ferrando, M. del C.

Hospital de Alcoy.

Objetivos

El objetivo principal es describir la población tratada con antifibróticos. El secundario conocer si la evolución es la esperada.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de pacientes tratados con antifibróticos en el Hospital Verge dels Liris de Alcoy, en junio de 2024.

Se creó una base de datos en el sistema SPSS Statistics® y se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro – Wilk por tener una $n < 50$ confirmando que las variables numéricas tenían una distribución normal.

Resultados

En junio de 2024 los pacientes tratados con antifibróticos en el departamento de Alcoy fueron 37.

El diagnóstico fue radiológico en el 92,3%; y en el 5% anatomopatológico mediante biopsia pulmonar. La BTB no fue diagnóstica en ningún caso.

El 21.6% tenían enfermedades reumatológicas o de tejido conectivo; el 50% artritis reumatoide, un caso de Síndrome de Sjögren, de dermatomiositis, de esclerosis sistémica y otro de lupus eritematoso sistémico; con $61,6 \pm 9$ años de media y una distribución por género de 50/50. El 50% eran exfumadores y el 50% nunca habían fumado. El 50% mostraron patrón NIU y el otro 50% NINE.

En el grupo de casos sin enfermedades reumatológicas el 80% eran varones y el 20% mujeres; el 70% exfumadores, el 10% fumadores activos y 20% nunca fumadores. La edad media era de 70 ± 7 años. El 70% tenían diagnóstico de FPI.

El 16% de los pacientes fueron comentados en el comité multidisciplinar. El 89% se trató con nintedanib y el resto con pirfenidona.

La FVC media pretratamiento fue $86 \pm 18\%$ y la DLCO media $53 \pm 17\%$.

En los 30 meses de seguimiento tras iniciar el antifibrótico los valores medios de función pulmonar fueron $84 \pm 18\%$ en FVC y $44 \pm 19\%$ en DLCO; mostrando un cambio de $3 \pm 12\%$ en el FVC y de $10 \pm 13\%$ en DLCO.

El 48,5% de los tratados con nintedanib tuvieron efectos adversos (EA), frente al 25% de los tratados con pirfenidona; la diarrea fue el EA más frecuente. A todos se les recomendó la harina de algarroba.

Del total de pacientes con EA tratados con nintedanib, el 29% acabó tolerando dosis plenas, el 36% mantuvo dosis bajas. El 14% cambió a pirfenidona y el 21% lo suspendieron.

La harina de algarroba evitó la suspensión en todos los casos.

Conclusiones

Los pacientes tratados antifibróticos fueron mayoría varones exfumadores con diagnóstico radiológico de FPI, con enfermedades reumáticas asociadas en el 21% de los casos.

La evolución funcional fue la esperada, con un descenso en el periodo de seguimiento de un $3 \pm 12\%$ en el FVC y de $10 \pm 13\%$ en DLCO.

Casi el 50% presentaron EA que se controlaron con harina de algarroba.

Referencias

- ¹ RICHELDI L, BOIS DU RM, RAGHU G, ET AL. EFFICACY AND SAFETY OF NINTEDANIB IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS. N ENGL J MED. 2014;370:2071-82
- ² RAGHU G, REMY-JARDIN M, RICHELDI L, THOMSON CC, INOUE Y, JOHKOH T, ET AL. IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS (AN UPDATE) AND PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS IN ADULTS: AN OFFICIAL ATS/ERS/JRS/ALAT CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. AM J RESPIR CRIT CARE MED. 2022;205(9):18-47.
- ³ COTTIN V, HIRANI NA, HOTCHKIN DL, NAMBIAR AM, OGURA T, OTAOLA M, ET AL. PRESENTATION, DIAGNOSIS AND CLINICAL COURSE OF THE SPECTRUM OF PROGRESSIVE-FIBROSING INTERSTITIAL LUNG DISEASES. EUR RESPIR REV. 2018;27(150).
- ⁴ CORRAL PEÑAFIEL J, CASTELLVÍ BARRANCO I, RUIZ CARRETERO M, ET AL. ALGORITMOS EN EPID. EN: CORRAL PEÑAFIEL J, EDITOR. ALGORITMOS EN NEUMOLOGÍA. 4ª ED. [LUGAR DE PUBLICACIÓN NO ESPECIFICADO]: EDITORIAL ERGON® 2024. p. 209-248.
- ⁵ RICHELDI L, COSTABEL U, SELMAN M, ET AL. EFFICACY OF A TYROSINE KINASE INHIBITOR IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS. N ENGL J MED. 2011;365:1079-1087.

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA CÁPSULA DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA BACTERIEMICA EN PACIENTES CON LINFOPENIA

Parra Rodas, E. (1); Sanz, F. (1); Ruiz, L. A. (2); García, M. M. (3); Serrano, L. (2); Uranga, A. (4); Carrión, N. (1); Herrero, J. (5); Giménez, P. (1) (1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; (2) Hospital de Cruces; (3) Hospital Central de Asturias; (4) Hospital de Galdakao-Usansolo; (5) Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue valorar si el grosor capsular de *Streptococcus pneumoniae* influye en el pronóstico de los pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica (NNB) que presentan linfopenia.

Metodología

Analizamos las características clínicas y microbiológicas de los pacientes ingresados por NNB en un estudio prospectivo multicéntrico. Se definió linfopenia a la cifra de linfocitos menor de 1000 mcL en el momento del diagnóstico. Se clasificaron los serotipos de neumococo como de alta densidad capsular (3, 6B, 11A, 18C, 19A, 19F, 23F) y se comparó la influencia en la mortalidad de la infección por estos serotipos en pacientes con linfopenia.

Resultados

Analizamos 938 casos de NNB. Tenían una edad media de 67 años (IQR 51-78.3). El serotipo más frecuente de neumococo fue el 3 (20,9%) seguido del 8 (12,3%). 299 pacientes (31,9%) presentaron infección por serotipos con alta densidad capsular. Al analizar la respuesta inmune de los pacientes observamos que 641 (68,3%) presentaron linfopenia en el momento del diagnóstico. El único factor de riesgo asociado de manera independiente con la presencia de linfopenia fue la insuficiencia renal crónica [OR 1,96 IC95%:1,09-3,51]. Las complicaciones más frecuentes fueron: la insuficiencia respiratoria aguda (45,8%), insuficiencia renal aguda (31,9%) y el ingreso en UCI (25,7%). La mortalidad de la serie fue del 15,9% (149 pacientes). La mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes con linfopenia que estaban infectados por serotipos de alta densidad capsular frente al resto [14,8% vs 26,2%; OR 2,05 (IC95% 1,37-3,07)].

Conclusiones

La presencia de linfopenia es muy frecuente en la NNB y ello conllevará un peor pronóstico.

La respuesta inmune en los pacientes con linfopenia ante la infección de serotipos de alta densidad capsular puede ser insuficiente y se traduce clínicamente en una mayor mortalidad.

Deberían estudiarse posibles tratamientos adyuvantes estimulantes de la respuesta inmune en los pacientes con NNB que presentan linfopenia, especialmente cuando existe infección por serotipos altamente encapsulados.

HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS DE ALICANTE EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS

Huelamo Lopez, P. P.; Ruíz, P.; González, M.; Pérez, J.; Díez, A.; Pascual, J. F.; García, M. del M.; Asensio, S.; García, R.; Hernández, L. M.
Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante.

Objetivos

Analizar las características de los pacientes con HAP-ES diagnosticados en nuestro centro en los últimos 10 años.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados mediante estudio hemodinámico de HAP-ES entre los años 2014-2024 en el HGUA. Se revisaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, funcionales, así como su evolución, teniendo en cuenta la estratificación del riesgo según criterios de la ESC/ERS 2022.

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes, 100% mujeres, con una edad media de $70,7 \pm 8,9$ años. El tipo más frecuente fue la forma limitada, presente en 8 de ellas (72,7%). En cuanto a los factores de riesgo (indicados en la tabla 1 en letra cursiva): 1 paciente (9,1%) no tuvo ninguna comorbilidad, 3 (27,3%) 1 comorbilidad, 4 (36,4%) 2 comorbilidades, 1 (9,1%) 3 comorbilidades, 2 (18,2%) 4 comorbilidades. La media de la PAPm fue de $46,2 \pm 13,2$ mmHg y de las RVP de $10 \pm 5,3$ UW, siendo el 81,8% precapilares y 18,2% combinadas. Se hizo test de sobrecarga de volumen en 1 paciente, negativo. En 5 pacientes (45,5%) se hizo coronariografía: 3 (60%) sin lesiones, 1 (20%) con lesiones coronarias agudas y 1 (20%) con lesiones agudas y crónicas; ninguno subsidiario de tratamiento. Al diagnóstico: 2 (18,2%) estaban en CF II, 7 (63,6%) en CF III y 2 (18,2%) en CF IV. En cuanto a la estratificación del riesgo al diagnóstico: 4 pacientes (36,4%) bajo, 3 (27,3%) intermedio, 4 (36,4%) alto. Han fallecido 5 pacientes: 4 (80%) secundario a HP y 1 (20%) a otra causa. Actualmente: 3 (50%) están en CF II, 3 (50%) en CF III. Actualmente: 3 (50%) riesgo bajo, 1 (16,7%) intermedio-bajo, 1 (16,7%) intermedio-alto, 1 (16,7%) alto. Del tratamiento, al diagnóstico 2 (18,2%) recibieron monoterapia, 6 (54,4%) doble oral y 3 (27,3%) triple con prostaciclina iv. En la última valoración: 1 (16,7%) recibe monoterapia, 3 (50%) doble oral, 1 (16,7%) triple oral y 1 (16,7%) triple con prostaciclina iv.

Conclusiones

En nuestra serie, el total de los pacientes con HAP-ES son mujeres en su mayoría con comorbilidades cardiorrespiratorias. A pesar del cribado de esta enfermedad, se diagnostican en clase funcional avanzada, lo que condiciona el pronóstico de la misma.

LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIA PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA

Huelamo Lopez, P. P.; Pascual, J. F.; Ruíz, P.; García, M. del M.; González, M.; Pérez, J.; Díez, A.; García, R.; Hernández, L. M.
Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante.

Objetivos

Analizar la relación entre la presencia de comorbilidades y la mortalidad en paciente con hipertensión arterial pulmonar asociada a esclerodermia (HTP-ESP).

Metodología

Estudio transversal, observacional retrospectivo, de los pacientes con esclerodermia y diagnosticados de hipertensión arterial pulmonar mediante estudio hemodinámico entre los años 2014 y 2024 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis, de Alicante. Variables recogidas: Sexo, edad (años), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DLP), antecedentes respiratorios (AR) y cardiacos e índice de masa corporal (IMC); tabaquismo (Fumador, exfumador, no fumador (categoría de referencia)), como factor de riesgo; y éxito como variable dependiente. Todas las variables categóricas se codificaron como Si vs No (categoría

de referencia) y se expresaron como valor absoluto y porcentaje. La variable IMC también se categorizó como obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) vs no obesos ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$). Las variables cuantitativas se expresaron como media (desviación estándar). La asociación entre la variable desenlace "éxito" y las variables predictoras se evaluó mediante un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. El análisis se llevó a cabo con los programas IBM® SPSS® Statistics 23 y Stata 18. El nivel de significación fue de $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes, todas mujeres (100%), con una edad media de 70,7 años (DE: 8,9; rango: 60-84), sin diferencias en el evento de éxito. De ellas, cinco (45,5%) fallecieron

La TABLA 1 presenta la distribución de frecuencias de las variables cualitativas y la descripción de las cuantitativas para el total de la muestra y según la ocurrencia del evento éxito. La TABLA 2 detalla las comorbilidades y el historial de tabaquismo de cada una de las 11 pacientes incluidas. Los resultados del análisis de regresión se muestran en la TABLA 3. Sólo DM y AR mostraron asociación estadísticamente significativa con el evento "éxito", así como el número de comorbilidades, pero sólo a partir de ≥ 2 comorbilidades dicha asociación fue estadísticamente significativa (FIGURA 1).

Conclusiones

La presencia de comorbilidades, incluido el tabaquismo, especialmente la diabetes mellitus (DM) y los antecedentes respiratorios, aumenta la prevalencia de éxito en pacientes con HTP-ESP. Cuanto mayor es el número de estos factores mayor es la prevalencia de éxito.

ANÁLISIS DEL CP EN POBLACIÓN NO ANCIANA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martínez Navarro, C.; Golfe, A.; Segura, D.; Flor, A.; Saravia, A.; Chiquiza, J. P.; Torres, J. J.; Marín, M.

Hospital General Universitario de Castellón.

Objetivos

El cáncer de pulmón (CP) representa la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial, con 1,8 millones en 2020 según el CIIC. El tabaquismo es factor de riesgo principal. La prevención, diagnóstico y tratamiento precoz marcan su evolución y pronóstico. El objetivo de este estudio es describir las principales características de la cohorte de pacientes menores de 60 años con diagnóstico de CP presentados en un Comité de Tumores de un hospital terciario desde enero hasta junio de 2023

Metodología

Análisis retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de características clínicas, epidemiológicas, radiológicas y anatomopatológicas de pacientes con confirmación histológica de CP. Se valoran pacientes según estadificación tumoral vigente (8ª Ed. TNM) junto con distintos tratamientos y evolución clínica tras diagnóstico. Se realiza análisis de supervivencia con gráfica tipo Kaplan-Meier y test Log-rank.

Resultados

De una base de datos de 174 pacientes diagnosticados de CP en este periodo, 43 fueron menores de 60 años. 39 presentan CP y 4 metástasis de origen extrapulmonar. Dentro de los pacientes con CP, 53% mujeres. 94% presentan antecedentes de tabaquismo. 43,6% de presentaron FRCV (HTA, DM, DLP, obesidad), presentándose en la mayor parte de la cohorte de manera combinada. El 28% presentaban antecedentes respiratorios, siendo más frecuente bronquitis, seguida de EPOC, AOS y TEP. PET-TC se solicita en el 71,8%. El 71,9% tuvieron diagnóstico de CP avanzado (IIIA, IIIB, IVA, IVB). El diagnóstico se realizó mediante examen AP a partir de distintas técnicas, la estirpe histológica predominante fue el adenocarcinoma (59%), seguido de escamoso, células pequeñas, indiferenciado y células grandes (TABLA 1). Recibieron tratamiento con distintos esquemas (TABLA 2), 25,7% se sometieron a resección quirúrgica, en su mayoría con tratamiento sistémico adyuvante. La mortalidad de la cohorte fue del 46,2%, siendo la causa más frecuente de éxito la progresión de enfermedad (30,8%). El sexo resultó significativo en el análisis de supervivencia (Log rank < 0.005).

Conclusiones

El CP en menores de 60 años se caracteriza por predominio femenino, diagnóstico en etapas avanzadas, siendo Adenocarcinoma el más frecuente de estos. A pesar de recibir distintos esquemas de tratamiento, la mitad de los pacientes fallecieron, siendo la causa de éxito más frecuente la progresión de enfermedad.

RESÚMENES COMUNICACIONES POSTER NO FINALISTAS



P2 RESULTADOS CLÍNICOS DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE Y COMORBILIDAD EN EL H. U. SAN JUAN DE ALICANTE

Chacín Marcano, Y.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Sancho Chust, J. N.; Antón Gironés, M.; Lindo Gutarra, M.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Torba Kordyukova, A.; Martínez Gómez, A.; Fernández Martínez, P.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

Analizar y describir las características clínicas de los pacientes presentados en el Comité Multidisciplinar de Fármacos Biológicos en Asma grave y comorbilidad, compuesto por Neumología, Alergia, ORL, Dermatología, Pediatría y Farmacia hospitalaria del Hospital Universitario San Juan de Alicante a lo largo de 18 meses.

Metodología

Se valoraron las características clínicas, funcionales, fenotipo, procedencia, comorbilidad, pacientes naïve, switch, ingresos, urgencias, ciclos corticoides orales (CO), suma de estos 3 como exacerbaciones globales (EG) en el año previo. Se realizaron comparaciones entre grupos.

Resultados

Se evaluaron 148 pacientes, de 52±18 años, IMC 27±7, ACT 18±3, ACQ 3.2±1.5, SNOT22 41±26, FEV1% 83±23, FENO: 38±16 ppb, eosinófilos 587±1187, IgE 572±1304, ingresos 2±1, urgencias 3±2, ciclos CO 3±2, exacerbaciones globales 5.2 ±4.7, procedentes de: Neumología 62%, Alergia 13%, ORL 13.5%, Dermatología 9.5%, Pediatría 2%. La indicación principal fue: AG 54%, AG+poliposis 18%, dermatitis atópica severa 11.5%, poliposis 9.5%, ABPA 3%, GEPA 1.4%, rinosinusitis+AG 1.4%, dermatitis atópica severa+AG 1.4%, esofagitis eosinofílica 0.7%. Los biológicos aprobados fueron Dupilumab 40% (D), Mepolizumab 23% (M), Benralizumab 14.2% (B), Tezepelumab 14.2% (T), Omalizumab 7.4% (O), Reslizumab 1.4% (R). Fueron de switch 40 pacientes (27%), procedentes en 47.5% de O, 22.5% de B, 15% de M, 12.5% de D, y 2.5% de T. La distribución de fenotipos fue T2 alérgico 35.4%, T2 eosinofílico 32%, T2 mixto 26%, no T2 7%. Al comparar los pacientes de switch frente a naïve se observaron diferencias significativas en ACT (17±2 vs 18.7±3, p=0.003), ACQ (3.8±1.2 vs 3±1.5, p=0.002), eosinofilia (423±618 vs 647±1341, p=0.014), ingresos hospitalarios (1.6±0.4 vs 0.8±0.2, p=0.04), urgencias (2.3±0.4 vs 1.8±0.2, p=0.013), EG (6.8±5.8 vs 4.7±4.1, p=0.015) sin diferencias en el resto de parámetros. Cuando se excluyeron los pacientes pediátricos y exclusivamente dermatológicos, la comparación entre los 38 pacientes switch y 79 naïve solo mostró diferencias en ACQ (p=0.04) y no de ingresos (p=0.03).

Conclusiones

El CMFB fue útil para la valoración multidisciplinar, tanto de los pacientes switch como naïve. Los pacientes switch en conjunto, presentan características muy similares aunque presentan mayor gravedad expresada en falta de control y exacerbaciones.

RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DE ASMA

Martínez, A.; Chiner, E.; Boira, I.; Torba, A.; Antón, M.; Fernández, P.; Pastor, E.; Sancho, J. N.; Chacín, Y.; Hernández, M.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

El día mundial del asma es una oportunidad para obtener datos epidemiológicos y sensibilizar a la población sobre la enfermedad.

Metodología

Coincidiendo con el día mundial, en los años 2023 y 2024 se instaló una mesa informativa, constituida por especialistas de neumología, alergología y enfermería, invitando a participar voluntariamente. En los que accedieron, se recogió edad, sexo, IMC, diagnóstico previo de asma, médico de seguimiento, comorbilidad, tabaquismo, tratamiento, severidad (si existía diagnóstico previo) y derivación a consultas según resultados. Se practicó espirometría, FENO y ACT. Se realizó un estudio descriptivo y se compararon las características entre pacientes con asma conocido o no, y se analizaron aquellos sin asma conocido y FENO ≥25 ppb.

Resultados

Se evaluaron 112 voluntarios, edad 57 ± 18 años (17-94), 84 mujeres (75%) y 28 hombres (25%), IMC 26.5 ± 5.5 , FVC% 100 ± 14 (59-132%), FEV1% 88 ± 15 (44-133%), FEV1/FVC% 75 ± 8 (34-90%), FENO 23 ± 20 ppb (4-114), ACT 22 ± 4 (8-25). Eran no fumadores 65%, 21% fumadores y 13% exfumadores, con IPA de 27 ± 17 . Presentaban asma conocido 45 (40%), con una media de años de asma de 8 ± 13 años (1-60), rinitis 46 (41%) y comorbilidad 51 (46%). La severidad en asmáticos fue intermitente leve 46%, persistente leve 4.5%, persistente moderada 32% y grave 11%. Se habían realizado alguna espirometría previa 40% del total. De los pacientes con asma, 34% no tenían seguimiento, 41% eran seguidos por primaria y 25% por especializada. Hubo diferencias significativas al comparar ambos grupos en género (mayor % de mujeres en asma conocido y de hombres en no conocido, $p=0.05$), (FEV1% 83 ± 16 vs 91 ± 14 , $p=0.011$), FENO (32 ± 26 vs 18 ± 16 , $p<0.0001$) y ACT (19 ± 5 vs 23 ± 3 , $p<0.0001$), sin diferencias en edad, IMC e IPA, con diferencias en rinitis (57% vs 3%, $p<0.0001$), espirometría previa (100% vs 0%, $p<0.0001$) y sin diferencias en comorbilidad, tabaquismo y especialista de seguimiento. 14 pacientes, 4 hombres (29%) y 10 mujeres (71%) no tenían asma conocida, no tenían espirometría previa y presentaban FENO ≥ 25 ppb, con FENMedio 36 ± 11 , FEV1% 89 ± 16 , ACT 20 ± 4 , de los cuales 2 tenían rinitis.

Conclusiones

Aun con el sesgo de no abordar población general y emplazarse en ubicación hospitalaria, existe un alto porcentaje de pacientes con asma (40%), muchos mal controlados y 12.5 % con posible asma no conocida, que fueron derivados a consultas especializadas. Estas campañas son útiles, no solo para detectar nuevos pacientes, sino para aumentar la sensibilización sobre la enfermedad.

Referencias

¹ BLANCO-APARICIO, M., GARCÍA-RÍO, F. J., GONZÁLEZ-BARCALA, F. J., JIMÉNEZ-RUIZ, C. A. ET AL. (2023). ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ASMA EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA [A STUDY OF THE PREVALENCE OF ASTHMA IN THE GENERAL POPULATION IN SPAIN]. OPEN RESPIRATORY ARCHIVES, 5(2), 100245. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.OPRESP.2023.100245](https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100245)

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS REMITIDOS PARA TRASPLANTE PULMONAR: RESULTADOS Y SUPERVIVENCIA

Gómez Román, M. (1); Cámara Martínez, I. (2); Martínez Picazo, J. R. (3); Gayá García-Manso, I. (1); Hernández Blasco, L. M. (4); García Sevilla, R. (4)

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, España; (2) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España; (3) Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España; (4) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan D'Alacant, Alicante, España.

Objetivos

El trasplante pulmonar (TP) es una terapia eficaz para enfermedades pulmonares avanzadas, que ha demostrado mejorar la supervivencia y la calidad de vida, cuyos resultados son dependientes de la selección adecuada de candidatos y la coordinación entre centros. Este estudio analiza las características de los pacientes de nuestro centro remitidos al programa de trasplante pulmonar de la Comunidad Valenciana y la supervivencia posterior de los trasplantados.

Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes remitidos del Hospital General Universitario Dr. Balmis a la Unidad de TP de referencia entre los años 2013 y 2024. Se recogieron los datos demográficos, funcionales, diagnósticos y la evolución de los pacientes. Se usó SPSS v.25 para el análisis estadístico, utilizando el método Kaplan – Meyer para el análisis de supervivencia.

Resultados

Se incluyeron los 87 pacientes que fueron propuestos para trasplante, 47 eran mujeres (54,0%), con edad media de $53,3 \pm 10,0$ años. La historia de tabaquismo estaba presente en 66 pacientes, con un consumo acumulado medio de $36,7 \pm 3,2$ años/paquete. Las principales causas de propuesta de TP fueron: EPID 39 (44,8%), EPOC 28 (32,3%) y HTP 15 (17,2%); menos frecuentemente bronquiectasias 4 (4,6%) y DIPNECH (hiperplasia difusa idiopática de células neuroendocrinas pulmonares) 1(1,1%).

Finalmente se trasplantaron 25 pacientes (28,7%) 15 de ellos mujeres (60,0%), cuya edad media al trasplante fue de 52,8±1,8 años. En estos pacientes, la historia de tabaquismo estaba presente en 9 pacientes (36,0%) con consumo acumulado medio de 39,0±6,4 años-paquete. De estos, 13 estaban diagnosticados de EPID (52,0%), 5 EPOC (20,0%), 5 HTP (20,0%), 2 bronquiectasias (8,0%) (ver tabla 1 y gráfico 1).

Respecto a los trasplantados, la mediana de tiempo transcurrido entre el envío de la propuesta y la inclusión en lista quirúrgica fue de 181,0 días (72,5-336,5), mientras que la de tiempo entre dicha inclusión y el trasplante fue de 132,0 días (57,0-280,5). La supervivencia global fue de 92,0% al año y de 65,5% a los 5 años. De los pacientes trasplantados, 7 han fallecido (28%), 5 de ellos por causa neumológica (71,4%) (ver tabla 2).

Conclusiones

En nuestro medio el grupo más trasplantado fue EPID, y en general, se trasplantaron más mujeres. En nuestra unidad la supervivencia global al año y a los 5 años fue ligeramente superior a la descrita en el registro internacional de trasplante pulmonar (ISHLT).

	EPID		EPOC		HTP	
	EPIDp n= 39	EPIDt n= 13	EPOCp n= 28	EPOCt n= 5	HTPp n=15	HTPt n=5
EDAD* (media ± DE)	54,6±1,8	51,7±3,0	58,3±1,2	56,3±0,9	47,5±3,01	50,0±3,5
MUJERES n (%)	18 (46,2%)	8 (57,1%)	15 (53,6%)	4 (80%)	10 (66,7)	4 (80%)
TABAQUISMO n (%)	37 (94,9%)	13 (92,9%)	28 (100%)	5 (100%)	6 (40%)	0 (0%)
IPA (media ± DE)	33,7± 4,6	37,8±8,6	46,1±4,7	58,3 9,3	16,2±5,5	0
FVC (ml) (media ± DE)	2659,1±169,0	2395,7±410,8	2240,0±217,9	1736,6±480,1	2933,3±398,3	2350,0±1125,9
FVC (%) (media ± DE)	68,5±3,4	67,5±7,8	65,6±3,7	51,9±9,5	79,7±6,1	73,5±9,6
FEV1 (ml) (media ± DE)	2057,3±118,7	1385,7±279,6	877,0 78,6	766,7± 157,6	2001,6±282,5	1727,5±915,1
FEV1 (%) (media ± DE)	66,2±2,9	48,3±8,8	34,1±2,4	28,4±2,3	71,1±6,7	63,9±9,6
DLCO% (media ± DE)	40,6± 2,8	30,8±5,6	37,1±4,8	34,5±10,3	44,9±6,3	54,5±10,9

Tabla 1. Características demográficas y funcionales por principales grupos diagnósticos entre el total de pacientes propuestos y aquellos finalmente trasplantados.

p: Pacientes propuestos para TP. t: pacientes trasplantados.

*Edad del paciente al envío de la propuesta de trasplante pulmonar.

Pacientes propuestos vs trasplantados por grupos diagnósticos

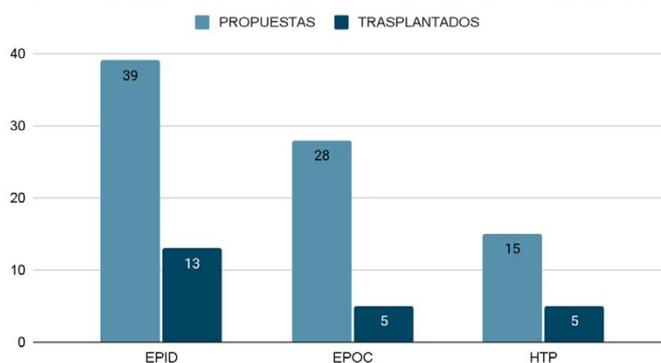


Gráfico 1. Pacientes propuestos vs trasplantados por grupos de diagnóstico.

CAUSAS DE EXITUS	n (%)
Rechazo del injerto	2 (28,5%)
Infección respiratoria por SARS-COV-2	1 (14,3%)
Neumonía	1 (14,3%)
Complicación de cirugía de resección de volumen	1 (14,3%)
Sepsis de origen no respiratorio	2 (28,5%)

Tabla 2. Causas de exitus de los pacientes trasplantados

IMPACTO DE LA MIASTENIA GRAVIS Y EL SÍNDROME MIASTÉNICO CONGÉNITO EN LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

Fernández Martínez, P.; Chacín, Y.; Esteban, V.; Martínez, A.; Torba, A.; Hernández, M.; Boira, I.; Castelló, C.; Sancho, J. N.; Chiner, E.
Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

La Miastenia Gravis (MG) (enfermedad autoinmune) y el Síndrome Miasténico Congénito (SMC) (trastorno genético) afectan a la unión neuromuscular y causan debilidad muscular fluctuante. En algunos casos, también ocasionan compromiso respiratorio, siendo su evaluación el objetivo del presente estudio.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes con MG o SMC atendidos en consulta especializada de ventilación mecánica domiciliaria (noviembre 2022–2024), realizándose un análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Se estudiaron 15 pacientes de 68±11 años, 89% hombres. Ninguno era fumador activo, pero el 60% eran exfumadores (21±16 paquetes-año).

El 87% presentaba MG y el 13% SMC (diagnóstico a los 63±10 y 38±2 años, respectivamente). Debut ocular en el 40% y generalizado en el 60%. Positividad para anticuerpos anti-acetilcolina en el 85,7% y anti-LPR4 en el 12,3% de los casos. Presentaba timoma el 27% de la muestra. La puntuación en la escala MG-ADL era de 4,5±3,8 puntos.

Presentaron Capacidad Vital Forzada de 78±27% (con caída en decúbito del 8±10%), Presión Inspiratoria Máxima de 46±21 cmH₂O y Presión Espiratoria Máxima de 74±33 cmH₂O. La mediana de pico flujo de tos era de 340 (RIC 132-548) l/min.

Estaban vacunados para Gripe en el 60%, COVID-19 en el 53% y neumococo en el 40%.

El 75% presentaba Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) leve y el 25% moderada. Sólo el 13,3% presentaba síntomas de hipoventilación nocturna.

El 53% se encontraba en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva y el 14% con asistente de tos. El 53% de los pacientes ha presentado alguna crisis miasténica con hospitalización media de 15±17 días, siendo en el 50% de los casos desencadenadas por infecciones bacterianas o víricas. El 38% necesitó VMNI y solo un caso ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos (30 días), con intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva y posterior traqueostomía.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con MG y SMC presentó alteraciones en la función respiratoria, lo que requirió un seguimiento estrecho en consulta y, en algunos casos, el inicio de ventilación mecánica no invasiva y/o asistencia para la tos. Además, muchos presentaron AOS con mínimos síntomas diurnos, recalcando la importancia de realizar estudios sistemáticos del sueño en estas patologías.

Subrayamos la importancia de referir tempranamente a los pacientes con MG y SMC a Neumología para un seguimiento adecuado, destacando la relevancia de la vacunación para prevenir crisis y el inicio oportuno de terapias respiratorias.

Referencias

- ¹ TANNEMAAT MR, HUIJBERS MG, VERSCHUUREN JJGM. MYASTHENIA GRAVIS—PATHOPHYSIOLOGY, DIAGNOSIS, AND TREATMENT. EN: HANDBOOK OF CLINICAL NEUROLOGY. ELSEVIER 2024. p. 283–305.
- ² NARAYANASWAMI P, SANDERS DB, WOLFE G, BENATAR M, CEA G, EVOLI A, ET AL. INTERNATIONAL CONSENSUS GUIDANCE FOR MANAGEMENT OF MYASTHENIA GRAVIS: 2020 UPDATE. NEUROLOGY [INTERNET]. 202196(3):114–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.000.000.0000011124>
- ³ CLAYTOR B, CHO S-M, LI Y. MYASTHENIC CRISIS. MUSCLE NERVE [INTERNET]. 202368(1):8–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/mus.27832>.
- ⁴ NELKE C, STASCHEIT F, ECKERT C, PAWLITZKI M, SCHROETER CB, HUNTEMANN N, ET AL. INDEPENDENT RISK FACTORS FOR MYASTHENIC CRISIS AND DISEASE EXACERBATION IN A RETROSPECTIVE COHORT OF MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS. J NEUROINFLAMMATION [INTERNET]. 202219(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12974.022.02448-4>.

⁵ DRESSER L, WLODARSKI R, REZANIA K, SOLIVEN B. MYASTHENIA GRAVIS: EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY AND CLINICAL MANIFESTATIONS. J CLIN MED [INTERNET]. 2021;10(11):2235. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10112235>.

UTILIDAD DE LA BIOPSIA PLEURAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL

Boris Bermeo, C. K.; Pedro Tudela, A.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos

La biopsia pleural a ciegas es una técnica económica, sensible y con baja incidencia de complicaciones. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar rentabilidad diagnóstica de la biopsia pleural en exudados pleurales, especialmente en discriminación malignidad como causa del mismo.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes con derrame pleural exudativo sometidos a biopsias pleurales entre 2019-2024 en unidad de técnicas. Las biopsias pleurales fueron realizadas ambulatoriamente con aguja Abrams y anestesia local. Se consideraron pacientes evaluables los que tuvieron diagnóstico por biopsia pleural durante seguimiento o los que se llegó al diagnóstico mediante biopsia quirúrgica. Se realizó seguimiento anual en pacientes sin diagnóstico y sin biopsia quirúrgica, considerándose benignidad si se identificó diagnóstico alternativo o resolución sin recurrencia.

Además, se estableció biopsia pleural no válida aquellas con ausencia de tejido pleural. En casos de biopsia no válida o no diagnóstica, y en ausencia de engrosamientos pleurales en ecografía o TC torácica, se indicó realización de videotoracoscopia

Resultados

Se incluyó 88 pacientes, de ellos 22 con biopsias pleurales no diagnóstica, se consideraron no evaluables, porque no fue posible completar el estudio por: pérdida durante seguimiento 8(9,1%), fallecimiento precoz por causas no relacionadas 2(2,3%), rechazo cirugía 3(3,4%) y contraindicación quirúrgica por edad o comorbilidades 9(10,2%).

De 66 pacientes considerados evaluables, tuvieron mediana edad 73 años(RIC15-89). De estos, 39(58,2%) eran hombres y 28(41,8%) mujeres. La biopsia pleural resultó válida en 55 casos (81%).

Los resultados diagnósticos de la biopsia pleural a ciegas, como se detallan en la gráfica 1, indicaron positiva para malignidad 24(36,4%); negativa a malignidad con diagnóstico específico 8(12,1%); negativa confirmada benignidad por evolución/ resolución 19(28,8%). Del restante no diagnósticas se enviaron a biopsia quirúrgica por videotoracoscopia 15(22,7%).

La sensibilidad para diagnóstico de malignidad fue 80% y especificidad 100%. En relación a complicaciones, se identificó 3 casos(4,5%) de neumotórax, uno preciso tubo de drenaje pleural.

Conclusiones

La biopsia pleural es una técnica efectiva para discriminar entre benignidad y malignidad, con un bajo coste y una baja incidencia de complicaciones. Su principal limitación radica en la confirmación de benignidad en casos inespecíficos, lo que en algunos pacientes requiere la realización de videotoracoscopia.

RENTABILIDAD, COMPLICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS A LA BIOPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS

Pedro Tudela, A.; Boris Bermeo, C. K.; Climent Gregori, M.; Inchaurreaga Álvarez, I.

Hospital Universitari Dr. Peset.

Objetivos

La biopsia transtorácica guiada por ecografía es una técnica mínimamente invasiva utilizada para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas. Nuestro objetivo es valorar la rentabilidad, las complicaciones asociadas e identificar factores que puedan tener relación con el procedimiento.

Metodología

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con lesiones pulmonares periféricas detectadas mediante tomografía computarizada entre enero de 2015 y julio de 2024. A estos pacientes se les realizó una biopsia transtorácica guiada por ecografía, en la unidad de técnicas de neumología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Clasificamos los resultados en cuatro categorías (maligno, benigno, benigno sin diagnóstico de certeza y muestra insuficiente). Calculamos el rendimiento diagnóstico global de la técnica, la tasa de complicaciones y las diferencias existentes según el tamaño de la lesión (menor o mayor a 3 cm) usando el Chi cuadrado o el test de Fisher

Resultados

Un total de 179 pacientes se sometieron a dicho procedimiento, siendo 123 (69%) varones con una media de 71±12 años (límites 34-93). La técnica se realizó de forma ambulatoria en 141 (79%), presentado el resto ingreso hospitalario por motivos diferentes a la realización de la biopsia. La tasa global de éxito diagnóstico fue de 77,10%, se obtuvo un resultado maligno definitivo en 126 (70,4%) de los pacientes y resultado benigno definitivo en 12 (6,7%), siendo el resto clasificados como biopsia no válida o diagnóstico benigno, pero sin diagnóstico de certeza. Con respecto a las complicaciones de la prueba se observaron en 8 (4,5%) casos, siendo en 4 de ellos hemoptisis y 4 neumotórax. El mayor tamaño de la lesión se relacionó de forma significativa con el diagnóstico de malignidad, sin observarse diferencias en cuanto a las complicaciones o el estado asistencial.

Conclusiones

La biopsia transtorácica guiada por ecografía es una técnica eficaz, segura y mayoritariamente ambulatoria para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas, con un alto rendimiento en la detección de malignidad. La asociación entre el tamaño de la lesión y el diagnóstico de malignidad refuerza su utilidad como herramienta clave en el manejo clínico de pacientes con sospecha de cáncer pulmonar.

ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC ATENDIDAS EN PUERTAS DE URGENCIAS DE NUESTRO DEPARTAMENTO

Pedro Tudela, A.; De Juana Izquierdo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragón, E.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos

Desarrollar un plan de mejora para la atención de pacientes con agudización de EPOC, realizamos un análisis del proceso asistencial actual en urgencias de nuestro departamento.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en urgencias por agudización de EPOC (enero-junio 2024), evaluando diagnóstico, factores de riesgo, tratamiento, antecedentes y remisión a neumología. Se analizó el tiempo hasta la revisión en atención primaria/especializada y se compararon los pacientes remitidos y no remitidos mediante ANOVA.

Resultados

Se incluyeron 159 pacientes, 64% hombres, edad media de 67 ± 19 años (límites 46-95), con antecedentes de tabaquismo e IET medio de 47 ± 26 paquetes/año. El 84% tenía diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría con FEV1% medio de 60 ± 19 (límites 22-125). Un 82,6% había sido valorado o seguía control por neumología. Entre las comorbilidades, 57,9% eran hipertensos y 25,2% tenían cardiopatía isquémica y/o arritmias. En el año previo, el 37% no recibió tratamiento con corticoides orales, el 29% no tuvo prescripción de antibiótico y el 31% no acudió a urgencias, el resto entre 1-10 veces.

Durante la agudización, la media de eosinófilos fue 137 ± 160 células/ μ L; 54 presentaron eosinófilos de 0, y 11 superan los 400, estos datos no fueron destacados en el informe de alta.

Respecto al tratamiento inhalado, el 55,9% utilizaba triple terapia, aumentando al 62% tras el alta. El 54% de los pacientes fue hospitalizado, 1 en UCI. Al alta, el 69% se remitió a neumología, aunque solo el 53% de los no diagnosticados fue derivado para estudio. El tiempo promedio hasta la revisión por atención primaria fue de 24 días (límites 1-136) y en neumología de 55 (límites 1-280). La remisión a neumología aumentó significativamente en los pacientes que acudieron a urgencias o recibido corticoides y/o antibióticos en el año previo, sin diferencias en edad o función pulmonar. Tras la revisión, el 18% de los pacientes fue citado para completar estudio o ajustar tratamientos.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con agudización de EPOC en urgencias tienen diagnóstico por espirometría y han sido evaluados por neumología, pero los tratamientos de mantenimiento y la remisión a neumología, especialmente en casos no estudiados o con eosinófilos elevados, necesita mejoras, al igual que los tiempos de revisión tras la exacerbación, particularmente en atención primaria.

UTILIDAD DE LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS PARA LA VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Cifre, P.; Herrejón, A.; Andujar, P.; Alegre, J. J.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos

Estudiar las alteraciones de la pequeña vía aérea y de la compliance pulmonar en pacientes diagnosticados de ES con EPID asociada y analizar la relación entre parámetros espirométricos y de la IOS.

Metodología

Se seleccionaron, en el Servicio de Reumatología del Hospital Doctor Peset, los pacientes diagnosticados de ES con EPID asociada realizando entre noviembre de 2024 y enero de 2025 una EF con test de DLCO y prueba de IOS con el dispositivo TremoFlo C-100. En la IOS, el parámetro que mide la resistencia de la pequeña vía aérea es el R5-20, y se considera patológico una z-score R5-20 $> +1.5$ SD, considerando $+2$ SD la presencia de obstrucción periférica marcada. El AX refleja la elasticidad pulmonar, una z-score AX $> +1.5$ SD se considera igualmente patológico. Se excluyeron los pacientes con patrón obstructivo en la EF (FEV1/FVC $< 70\%$)

El análisis estadístico se realizó mediante test de normalidad y coeficiente de correlación de Pearson utilizando el programa estadístico IBM SPSS v.27. El nivel de significación se fijó para $p < 0.05$.

Resultados

De 202 pacientes con ES, se detectaron 57 con EPID asociada. De los 31 incluidos, 3 rechazaron participar (1 afectado por la DANA), 2 no acudieron a la prueba y 7 se excluyeron por patrón obstructivo. Completaron el estudio 19 pacientes, 16 mujeres, 3 fumadores, con una edad media de 62,95 años, 5 con ES Difusa, 9 con Limitada (3 sin esclerodermia) y 5 con overlap. El tiempo medio de evolución de la ES fue de 105 meses (SD 67). El 95% presentaban patrón de NINE en el TCAR.

El valor medio del MMEF fue de 80,26 % (SD 21) y sólo el 5,3% presentaron valores de obstrucción ($\leq 60\%$ del previsto). En la IOS, el valor medio de z-score R5-20 fue de $+2.09$ SD, presentando el 63,2% valores compatibles con APVP.

Encontramos una correlación inversa entre los valores de z-score R5-20 y DLCO ($p < 0.001$), de forma que la DLCO disminuye a medida que se incrementa la afectación de las vías pequeñas. Por otro lado, el valor z-score AX medio en la IOS fue de 1,5 SD, con un 52,6% de los pacientes presentando valores patológicos. Encontramos una correlación negativa ($p < 0.001$) entre z-score AX y DLCO, lo que indicaría que a medida que se incrementa la rigidez pulmonar en pacientes con EPID, se reduce la DLCO.

Conclusiones

La IOS, una prueba sencilla de realizar, ha demostrado ser más sensible que la EF para detectar APVA en ES y EPID permitiendo valorar la rigidez pulmonar, por lo que debería considerarse su incorporación en el estudio basal y seguimiento de pacientes con ES.

PREDICTORES DE EVOLUCIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Castro Bravo, V. (1); Espinosa Gile, L. (2); Gayá García-Manso, I. (1); García Sevilla, R. (1); Hernandez Blasco, L. (1)

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, España; (2) Universidad Miguel Hernández, Alicante. España.

Objetivos

Identificar los factores asociados a la supervivencia de una cohorte de pacientes en seguimiento por Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID)–Artritis Reumatoide (AR) entre 2010 y 2024 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento por EPID-AR entre 2010 y 2024 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis. Se reconocieron datos clínicos, demográficos, funcionales, del tratamiento y la supervivencia, también se han explorado índices como el GAP (Gender-Age-Physiology) o CPI (índice fisiológico compuesto). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 25. Se realizó análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y un modelo de regresión de Cox.

Resultados

Se incluyeron 42 pacientes con AR y EPID con predominio de mujeres (27, 64,3%) y una edad media de $67,7 \pm 11,7$ años, la mayoría con antecedente de tabaquismo (25, 59,5%).

Presentaron AR seropositiva 36 (85,7%) y se diagnosticó antes AR que EPID en 34 pacientes con una mediana de tiempo entre los diagnósticos de 325,6 meses (rango intercuartílico 75,2-537,8). En los 8 pacientes (19,0%) que se diagnosticaron antes de la EPID, la mediana de tiempo fue de 108,9 meses (rango intercuartílico 10,0-330,1).

En las pruebas funcionales al diagnóstico, presentaban una FVC media de $2311 \pm 794,8$ ml ($83,8 \pm 22,1$ %) y una difusión pulmonar de $58,3 \pm 17,1$ %.

El índice GAP clasificó a 20 (58,8%) pacientes como de bajo riesgo, 13 (38,2%) riesgo moderado y 1 (2,9%) riesgo alto. El IPC medio fue de $33,7 \pm 15,8$.

Los pacientes recibieron una media de $4,7 \pm 2,5$ fármacos distintos, la gran mayoría algún FAME (40, 95,2%) seguido de tratamiento inmunosupresor (36, 85,7%). Un tercio (14, 33,3%) recibió antifibróticos.

Fallecieron 22 (52,4%), de los que 12 (54,5%) murieron por causas neumológicas: principalmente 6 (27,3%) infecciones respiratorias y 3 (13,6%) por progresión de la EPID.

En la TABLA 1 se describen los resultados de la regresión de Cox con los HR e IC 95%. Se encontraron diferencias significativas en las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier según el riesgo del GAP (FIGURA 1).

Conclusiones

En nuestra serie, el sexo masculino, la peor DLCO, el CPI más bajo y el GAP de moderado riesgo respecto al de bajo riesgo se asociaron a menor supervivencia.

Referencias

- ¹ LI Y, HE Y, CHEN S, WANG Q, YANG Y, SHEN D, MA J, WEN Z, NING S, CHEN H. ST00A12 AS BIOMARKER OF DISEASE SEVERITY AND PROGNOSIS IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS. FRONT IMMUNOL. 2022 FEB 413:810338. doi: 10.3389/fimmu.2022.810338. PMID: 35185901; PMCID: PMC8854978.
- ² RYERSON C, LEY B. PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. EN: FLAHERTY KR, DIEFFENBACH P, EDITORES. UPTODATE. WALTHAM, MA: UPTODATE INC. 2024. [Acceso 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

RENTABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE LAS CÉLULAS FLUORESCENTES EN EXUDADOS PLEURALES

Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Sancho Chust, J. N.; Boira Enrique, I.; Pastor Espla, E.; Martinez Gomez, A.; Chacin Marcano, Y. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

La presencia de células fluorescentes (CF) en líquido pleural (LP) se ha propuesto como técnica novedosa que puede mejorar la sensibilidad de la citología para malignidad.

Metodología

Se revisaron los exudados pleurales durante un año, en los que se determinó, además de los datos bioquímicos, las CF en LP mediante citometría de flujo de fluorescencia y técnica de impedancia con equipo XN-350 (Sysmex Corp. Japan). Los datos se analizaron de forma independiente utilizando las CF+ como prueba, y la certeza de malignidad como patrón oro para la correcta clasificación. Se calculó el número de verdaderos positivos (VP), falsos positivos (FP), falsos negativos (FN) y verdaderos negativos (VN). Se calcularon la sensibilidad (S), la especificidad (E), los valores predictivos positivos y negativos. También se obtuvo la precisión de CF+. Los datos numéricos se expresaron como valores medios y desviación estándar (DE).

Resultados

Se estudiaron 88 exudados, de los cuales 50 (57%) fueron neoplásicos y 38 (43%) no malignos (29.5% paraneumónicos, otros 16%, TBC 3.3%). La edad media fue 70±14 años, proteínas 4±1, LDH 1452 ±4311, glucosa 94±55, pH 7.30± 0.26, CEA 139±450, linfocitos 67±28, PMN 38±52, CF+ 41±81 (5.5-443). La media de CF+ para malignos fue 50±95 CF+ y para otras etiologías 21±26 CF+. En los malignos la citología fue positiva en 52% y el nivel de CEA>5 en 42%. Al evaluar la totalidad de los exudados, la positividad para tumor de CF+ presentó una S de 0.63, E 0.69, VPP 0.72, VPN 0.6, tasa de FP 0.31, tasa de FN 0.37 y una exactitud de 0.66.

Conclusiones

la presencia de CF+ en LP cuando hay sospecha de malignidad, mejora la rentabilidad de la citología y de CEA, por lo que es una técnica útil para obligar u orientar a confirmar malignidad, aunque la tasa de falsos positivos es alta.

EVOLUCIÓN HACIA FORMAS FIBROSANTES PROGRESIVAS (FFP) EN LA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD (NH)

Tobar Peñaherrera, A. C.; Galera Lozano, E.; Safont Muñoz, B.; Sabater Abad, C.; Fernandez Fabrellas, E.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

Describir las características de los pacientes con neumonitis por hipersensibilidad, establecer la frecuencia de formas FFP y analizar las diferencias entre FFP y no-FFP.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y longitudinal, de los pacientes con NH que pertenecen a la unidad multidisciplinar de EPI del Hospital General de Valencia, desde enero de 2012 hasta septiembre de 2023.

Se realizó un análisis estadístico aplicando chi cuadrado y Tstudent/ANOVA mediante el programa SPSS versión 22, así como una regresión logística para estudiar posibles factores de riesgo y se analizó la supervivencia de ambos grupos. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se han incluido 44 pacientes con diagnóstico de NH, de los cuales 54,5% eran mujeres con una media de edad al diagnóstico de 68,41 años y un grado de disnea 2 mMRC en la mitad de los casos. El patrón radiológico predominante fue el de NINE en 34,1% del total de pacientes. Un 48,7% de los pacientes cumplieron criterios de FPP durante el seguimiento, tanto por empeoramiento funcional, clínico y radiológico. No encontramos diferencias significativas en cuanto al tipo de lavado broncoalveolar, la identificación o no de exposición a antígeno, el patrón radiológico al diagnóstico, ni el éxito según FPP y no-FPP. Tampoco se encontraron factores de riesgo independientes para desarrollo de FPP ni hubo diferencias en la supervivencia entre ambos grupos.

Conclusiones

1. Un 48,7% de los pacientes con NH evolucionan a formas FPP durante el seguimiento.
2. El perfil de presentación de pacientes FPP y no-FPP es similar al momento del diagnóstico, lo que puede haber influido en que no se haya identificado factores de riesgo independientes para el desarrollo de FPP.
3. La evolución y resultados han sido similares a los establecidos en la literatura científica.

DAÑO HEPÁTICO RELACIONADO CON EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Tobar Peñaherrera, A. C.; Carrión Collado, N.; Sanz Herrero, F.; Fernandez Fabrellas, E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

- Determinar la incidencia y relación entre la afectación hepática y el tratamiento antibiótico utilizado en pacientes ingresados por NAC.
- Evaluar la relación entre la afectación hepática y el tratamiento antibiótico utilizado.
- Identificar factores de riesgo asociados a la hepatotoxicidad.
- Analizar la asociación entre la afectación hepática y desenlaces clínicos (mortalidad y estancia hospitalaria).

Metodología

Estudio observacional y prospectivo, realizado en un hospital terciario, en adultos ingresados con diagnóstico de NAC confirmado mediante criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos según guías SEPAR. Exclusión: enfermedad hepática crónica conocida, consumo de alcohol significativo ($>30\text{g/día}$) o hepatotoxicidad previa.

Estudio realizado con SPSS, utilizando chi-cuadrado para variables categóricas y T-student para variables continuas. Análisis multivariante: regresión logística para identificar factores independientes asociados a la hepatotoxicidad, regresión lineal para la asociación entre afectación hepática y duración de la hospitalización.

Resultados

Un total de 200 pacientes, con una media de edad de 68 años (+-12), 56% hombres. El 30% del total elevaron significativamente transaminasas. La hepatotoxicidad grave fue más frecuente en pacientes tratados con quinolonas (18%) frente a betalactámicos (5%) y macrólidos (6%) $p < 0,05$. Los antibióticos de amplio espectro mostraron asociación significativa (15%, $p < 0,05$). Como factores de riesgo destacan el uso de quinolonas (OR: 3,2; IC 95%: 1,8-5,7, $p < 0,001$) y la presencia de sepsis (OR:4,1; IC 95%: 2,3-6,9, $p < 0,001$). En cuanto al impacto en desenlaces destaca mortalidad: 15% en pacientes con hepatotoxicidad grave frente a 6% sin hepatotoxicidad ($p = 0,02$). La duración de la hospitalización con una mediana de 12 días, en pacientes con afectación hepática frente a 7 días en pacientes sin afectación ($p < 0,01$).

Conclusiones

La afectación hepática en pacientes hospitalizados con NAC es frecuente, especialmente en cuadros graves y en aquellos tratados con antibióticos potencialmente hepatotóxicos como las quinolonas.

Estos hallazgos, subrayan la importancia de monitorizar la función hepática durante el tratamiento, optimizar el manejo antibiótico y considerar los factores de riesgo individuales para reducir complicaciones y mejorar los desenlaces clínicos.

UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA PLEURAL DURANTE LA TORACOCENTESIS TERAPÉUTICA

Maestre, L.; Pulido, A. M.; Hernández, M.; Torba, A.; Martínez, A.; Chacín, Y.; Sancho, J. N.; Chiner, E.

Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

Objetivos

La manometría pleural puede ayudar a documentar la mecánica pleural en pacientes sometidos a toracocentesis terapéutica. El objetivo del trabajo fue analizar la utilidad de la manometría para extraer de forma segura la mayor cantidad de líquido pleural durante la toracocentesis terapéutica.

Metodología

Estudio de revisión de manometrías pleurales digitales durante toracocentesis terapéuticas (noviembre 2023-octubre 2024), analizando datos clínico-demográficos, tiempo de intervención, presión pleural (inicial, 1000mL, 1500mL, final), cambio de presión, elastancia, volumen drenado, motivo de finalización y complicaciones.

Resultados

Se realizaron 91 manometrías, 73±14 años, 54% mujeres. Diagnósticos: cáncer pulmón 30%, otras neoplasias 42%, trasudado 24% y otros 4%. Toracocentesis diagnóstica en mismo acto 57%. Espesor en ecografía 8±3cm. Tiempo intervención 23±6 minutos. Presiones (cmH₂O): inicial 6±6, 1000mL - 6±7, 1500mL - 9±7 y final - 14±8. Cambio de presión 20±8cmH₂O, elastancia 15±8cmH₂O/L, volumen drenado 1457±579mL. Se consiguió drenaje >1500mL en 36% y se obtuvo una elastancia pleural >14.5cmH₂O en 44%. Motivo de finalización: presión pleural 45%, ausencia salida líquido 29% y complicaciones 26% (dolor 21%, tos 4%, vasovagal 1%).

Los pacientes con drenaje >1500mL, respecto a los que no, presentaron menor edad (67±12 vs 75±14, p=0.004), mayor tiempo de intervención (27±6 vs 21±5, p<0.001), mayor espesor en ecografía 9±2 vs 7±3, p<0.001), mayor presión 1000mL (-4±5 vs - 8±8, p=0.008) y menor elastancia (10±3 vs 18±9, p<0.001).

Los pacientes con elastancia >14.5cmH₂O, respecto a los que no, tuvieron mayor edad (76±15 vs 70±12, p=0.025), menor tiempo de intervención (20±4 vs 25±6, p<0.001), menor espesor en ecografía (7±2 vs 9±3, p=0.029), menor presión 1000mL (-10±9 vs - 4±5, p=0.001), mayor cambio de presión (25±8 vs 16±6, p<0.001) y menor volumen drenado (1159±371 vs 1690±607, p<0.001). Los pacientes que presentaron complicaciones, respecto a los que no, mostraron mayor presión 1000mL (-3±6 vs - 8±8, p=0.019), mayor presión final (-9±6 vs - 16±8, p<0.001) y menor cambio de presión (13±6 vs 16±9, p=0.006).

Conclusiones

Gracias al uso de la manometría pleural, se consiguió de forma segura un drenaje muy elevado en aproximadamente un tercio de las toracocentesis terapéuticas realizadas. Fue útil para objetivar una elastancia pleural elevada en casi la mitad de los procedimientos. No se dieron complicaciones graves, apareciendo complicaciones leves en un cuarto de los procedimientos.

ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA UBNI DEL HOSPITAL U. SANT JOAN D'ALACANT

Maestre, L.; Pulido, A. M.; Fernández, E.; Pozo, L.; Pastor, E.; Chiner, E.

Hospital U.sant Joan d'Alacant.

Objetivos

Analizar los hábitos de consumo de tabaco de los pacientes que acudieron a la UBNI (Unidad de Broncoscopia y Neumología Intervencionista) y fueron diagnosticados de Cáncer de Pulmón (CP) para hacer una comparativa con los datos oficiales y literatura publicada.

Metodología

Se realizó un trabajo de carácter observacional y retrospectivo incluyendo a una cohorte de pacientes que acudieron a la UBNI del Hospital U. Sant Joan d'Alacant, entre marzo de 2022 y marzo de 2024, con indicación de Fibrobroncoscopia por Masa pulmonar (central) o Nódulo pulmonar (periférico) y diagnosticados de Cáncer de Pulmón (CP). Se recogió información de la historia clínica electrónica sobre las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, hábito tabáquico (fumador/exfumador/nunca fumador) y consumo de tabaco (paquetes/año) en fumadores y exfumadores.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 290 pacientes, 144 hombres y 146 mujeres. La edad media fue de 68'36 años. El hábito tabáquico registrado fue de 125 pacientes fumadores, 108 exfumadores y 57 nunca fumadores. El consumo medio de tabaco en fumadores y exfumadores fue de 50'8 paquete/año. La suma de fumadores y exfumadores es de 233 pacientes (80%). Se registró en la historia el hábito tabáquico de 216 pacientes fumadores y exfumadores de los 233, de los restantes, no aparece el consumo en la historia. El promedio de consumo entre fumadores y exfumadores fue de 50'8años/paquete.

De los datos recogidos en la historia clínica, 5 pacientes figuran como "fumadores pasivos", 2 registraron ser "fumadores sociales", 1 paciente "fumó 3 puros durante 20 años", 1 fumador de "hachís" y 1 fumador "1 puro al día".

Conclusiones

En el análisis se observa un aumento en la población femenina de casos diagnosticados de CP, presentando una proporción similar en ambos sexos. Los hombres exfumadores casi duplican a las mujeres. El porcentaje de mujeres nunca fumadoras es significativamente mayor con un 84% frente a un 16% en hombres. Los pacientes fumadores de la muestra representan el 43%. Este dato nos debe hacer reflexionar a los profesionales sanitarios sobre las medidas de prevención del hábito tabáquico y la importancia de hacer educación terapéutica en cualquier nivel del sistema de salud.

IMPACTO EN REDES SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DE ASMA

Maestre, L.; Pulido, A. M.; Aznar, V.; Torba, A.; Hernández, M.; Martínez, A.; Chacón, Y.; Boira, I.; Chiner, E.; Antón, M.

Hospital U. Sant Joan d'Alacant.

Objetivos

El día mundial del asma es una oportunidad para obtener datos epidemiológicos y sensibilizar a la población sobre la enfermedad.

Metodología

Coincidiendo con el día mundial, el 7 de mayo de los años 2023 y 2024 se instaló una mesa informativa en el hall del hospital, constituida por especialistas de neumología, alergología y enfermería, invitando a participar voluntariamente en la campaña. En los que accedieron, se recogió edad, sexo, IMC, diagnóstico previo de asma, médico de seguimiento, comorbilidad, tabaquismo, tratamiento, severidad (si existía diagnóstico previo) y derivación a consultas según resultados. Se practicó espirometría, FENO y ACT. Tras la jornada de 2024 se evaluó su repercusión en redes sociales y medios de comunicación.

Resultados

Se evaluaron 112 voluntarios, edad 57 ± 18 años (17-94), 84 mujeres (75%) y 28 hombres (25%), IMC 26.5 ± 5.5 , FVC% 100 ± 14 (59-132%), FEV1% 88 ± 15 (44-133%), FEV1/FVC% 75 ± 8 (34-90%), FENO 23 ± 20 ppb (4-114), ACT 22 ± 4 (8-25). Presentaban asma conocido 45 (40%), con una media de años de asma de 8 ± 13 (1-60), rinitis 46 (41%) y comorbilidad en 51 (46 %). La severidad en los pacientes con asma conocido fue intermitente leve en el 46%, persistente leve 4.5%, persistente moderada 32% y grave 11%. Se objetivó que 14 pacientes, 4 hombres (29%) y 10 mujeres (71%) no tenían asma conocida, no tenían espirometría previa y presentaban FENO ≥ 25 ppb, con FENO medio 36 ± 11 , FEV1% 89 ± 16 , ACT 20 ± 4 , de los cuales 2 tenían rinitis y el resto síntomas actuales o pasados compatibles con asma. La noticia se recogió en 5 medios de comunicación de prensa escrita y/o web. El alcance total en redes fue de 12500 usuarios, con 2300 Interacciones Totales (me gusta, comentarios y compartidos) y una tasa de compromiso de 18.4%. El alcance se distribuyó en Instagram (alcance: 8000 usuarios, interacciones: 1800) con comentarios destacados de alto nivel de participación, positivos sobre el contenido visual; en X (antiguo twitter) (alcance: 4500 usuarios, interacciones: 500). Los Retweets y menciones generaron conversaciones y contenidos compartidos relevantes.

Conclusiones

La campaña fue útil, no solo para detectar nuevos pacientes, sino para aumentar la sensibilización sobre la enfermedad, ya que tuvo un alto impacto en medios de comunicación y redes sociales, por lo que es importante concienciar a los profesionales sanitarios de su necesidad y continuidad.

MEPOLIZUMAB EN ENFERMEDADES DE LA VÍA RESPIRATORIA ÚNICA

Chiquiza Mora, J. P.; Cuenca, S.; Navarro, C.; Flor, A.; Saravia, A.; Segura, D.; Marín, M.

Hospital General Universitario de Castellón.

Objetivos

- Evaluar la efectividad del mepolizumab en una cohorte de pacientes con asma grave, poliposis nasal y rinitis.
- Conocer las principales características clínico-demográficas de nuestra cohorte de pacientes con asma grave, poliposis nasal y rinitis.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo en pacientes que iniciaron mepolizumab entre enero del 2016 hasta enero del 2024 y que además presentaban diagnóstico conjunto de asma grave no controlada (AGNC), poliposis nasal y rinitis en el Hospital General Universitario de Castellón. Las características clínico-demográficas estudiadas fueron edad, sexo, índice de masa corporal, reflujo gastroesofágico (RGE), apnea obstructiva del sueño (AOS), ansiedad, bronquiectasias, ABPA y GEPA. Se analizó la FEV1 (L), eosinofilia periférica, FENO, control de síntomas mediante ACT, uso de glucocorticoides sistémicos e ingresos hospitalarios antes y después de un año del tratamiento con mepolizumab (TABLA 1). Las medidas descriptivas y las pruebas inferenciales se realizaron según el tipo de variable. Se fijó p valor= 0,05.

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes con una edad media al momento del diagnóstico de 45 años. El 53,8% eran mujeres con un fenotipo mayoritariamente eosinofílico (73,1%). Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (23,1%), RGE (19,2%), AOS (19,2%), bronquiectasias (15,4%) y ansiedad (15,4%) (Gráfico 1). Ningún paciente presentaba diagnóstico de aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) ni granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA). En el análisis pre y post tratamiento con mepolizumab mostró diferencias estadísticamente significativas en la eosinofilia periférica ($p < 0,000$), fracción exhalada de óxido nítrico ($p < 0,001$), el puntaje cuestionario ACT ($p < 0,000$), la tasa de ingresos hospitalarios ($p < 0,000$) y uso de glucocorticoides sistémicos ($p < 0,013$). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el FEV1 y ni en los niveles de IgE antes y después del tratamiento. No se registraron efectos secundarios.

Conclusiones

Mepolizumab es un tratamiento seguro y eficaz que mejoró el control clínico y paraclínico del asma en pacientes con poliposis nasal y rinitis, reduciendo la necesidad de glucocorticoides sistémicos e ingresos hospitalarios. Sin embargo, no se observaron cambios estadísticamente significativos en la función pulmonar. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad.

Referencias

- ¹ ORTEGA, H. G., LIU, M. C., PAVORD, I. D., BRUSSELLE, G. G., FITZGERALD, J. M., CHETTA, A., HUMBERT, M., KATZ, L. E., KEENE, O. N., YANCEY, S. W., CHANEZ, P., & MENSA INVESTIGATORS. (2014). MEPOLIZUMAB TREATMENT IN PATIENTS WITH SEVERE EOSINOPHILIC ASTHMA. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 371(13), 1198–1207. [HTTPS://DOI.ORG/10.1056/NEJMOA1403290](https://doi.org/10.1056/NEJMOA1403290)
- ² CASTILLO VIZUETE, J. A., SASTRE, J., DEL CUVILLO BERNAL, A., PICADO, C., MARTÍNEZ MORAGÓN, E., IGNACIO GARCÍA, J. M., CISNEROS SERRANO, C., ÁLVAREZ GUTIÉRREZ, F. J., & MULLOL MIRET, J. (2019). RINITIS, POLIPOSIS NASAL Y SU RELACIÓN CON EL ASMA. ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA, 55(3), 146–155. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.ARBRES.2018.09.001](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.09.001)
- ³ GUIA ESPAÑOLA DE MANEJO DEL ASMA GEMA 5.4. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.GEMASMA.COM](http://www.gemasma.com) [ACCESSED 14.09.24].

COMPARACIÓN ENTRE ANTIFIBRÓTICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS (EPID)

Flor Pérez, A.

H. General Castellón.

Objetivos

El objetivo del estudio fue describir el perfil de los pacientes con fármacos antifibróticos y analizar la mejoría funcional tras el inicio del tratamiento (Nintedanib vs Pirfenidona), comparando si existen diferencias entre ambos.

Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, con análisis descriptivo simple y comparativo de variables funcionales al diagnóstico y al año de pacientes en tratamiento antifibrótico.

Resultados

45 pacientes de la consulta de EPID precisaron tratamiento antifibrótico. 65% fueron varones con una edad media de 69 años. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) fue el diagnóstico mayoritario (66.6%).

Como factores de mal pronóstico, 55% eran portadores de OCD y 40.6% asociaban HTP. 8 pacientes fallecieron durante el seguimiento y 7 fueron remitidos a Trasplante Pulmonar.

17.7% precisaron switch a otro antifibrótico por efectos secundarios. La causa más frecuente del cambio de Nintedanib fue la intolerancia digestiva mientras que la fotosensibilidad fue el motivo principal del switch de Pirfenidona. En 9 pacientes se evitó el cambio por remisión de efectos secundarios tras la reducción de dosis de Nintedanib a 100 mg/12h. (TABLA 1)

FVC, DLCO y distancia recorrida en T6MM disminuyeron de forma estadísticamente significativa a pesar del tratamiento antifibrótico. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos antifibróticos. (TABLA 2)

Conclusiones

- El diagnóstico mayoritario para inicio de antifibrótico fue FPI.
- Nintedanib es el fármaco que precisa más switch a otro antifibrótico y los efectos secundarios más frecuentes son la intolerancia digestiva y transaminasemia.
- La reducción en los parámetros funcionales es evidente a pesar de tratamiento antifibrótico.
- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en respuesta funcional entre Nintedanib vs Pirferidona.

RESÚMENES **SPEED ORAL** **COMMUNICATIONS**



SOI CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE NEUMOLOGÍA: UNA HERRAMIENTA RÁPIDA Y ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Martinez, A.; Sancho, J.; Torba, A.; Chacin, Y.; Hernández, M.; Boira, I.; Pastor, E.; Fernández, P.; Chiner, E.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

Las consultas de alta resolución intentan reducir los tiempos y estandarizar la atención de los pacientes con sospecha de cáncer. El objetivo del estudio es analizar la actividad de la consulta de alta resolución de Neumología en nuestro Departamento de Salud.

Metodología

Estudio retrospectivo-observacional de los pacientes atendidos en la consulta de alta resolución de Neumología entre enero 2018-septiembre 2024. Se revisaron datos demográficos, origen de la derivación, tiempo hasta la primera visita, consultas realizadas, procedimientos diagnósticos generados y diagnóstico final.

Resultados

Se evaluaron 753 pacientes, edad 66 ± 13 años, sexo masculino 59%. Los principales motivos de derivación fueron nódulos pulmonares (46%), masas pulmonares (18%) y hemoptisis (18%). Las derivaciones más frecuentes fueron desde Radiología (35%), Medicina Familiar (26%) y Urgencias (9%). El tiempo hasta la primera consulta fue de 3 ± 2 días, con 2 ± 1 visitas por paciente. El diagnóstico final fue cáncer de pulmón (30%), nódulos pulmonares en seguimiento (33%), hemoptisis benigna (12%), neumonía (6%), derrame pleural (5%) y otros cánceres torácicos (3%).

Los 224 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, comparados con el resto de pacientes, tuvieron significativamente mayor edad (69 ± 10 vs 65 ± 14 , $p<0.001$), menos días hasta la primera consulta (2.8 ± 1.9 vs 3.6 ± 2.4 , $p<0.001$), más visitas por paciente (2.6 ± 1 vs 1.7 ± 1 , $p<0.001$) y más procedimientos realizados (94% vs 27%, $p<0.001$); los tipos más frecuentes fueron adenocarcinoma (51%) y carcinoma epidermoide (20%); un 63% eran estadios avanzados y un 37% estadios tempranos.

De los 135 pacientes remitidos por hemoptisis, el 8% fue finalmente cáncer. De los 348 pacientes remitidos por nódulo, el 28% fue finalmente de cáncer. De los 52 pacientes con derrame pleural, el 45% fue neoplásico, el 28% trasudado y el 11% paraneumónico.

Se realizaron procedimientos diagnósticos en el 47% de los pacientes: broncoscopia 35%, biopsia transtorácica 22%, pruebas funcionales respiratorias 21% y toracocentesis 6%.

Conclusiones

La consulta de alta resolución de Neumología ha sido útil para atender de forma rápida a una gran cantidad de pacientes con sospecha de cáncer de pulmón. En la mitad de los pacientes se generaron procedimientos diagnósticos y fueron finalmente cáncer de pulmón aproximadamente un tercio, la mayoría de ellos en estadios avanzados.

Referencias

- ¹ MARTÍNEZ PILLADO, M., ORTIZ DE SARACHO, J., CASTRODEZA, R., REY, L., & GALÁN, J. (2007). EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO RÁPIDO DE CONSULTA PARA EL CÁNCER DE PULMÓN. REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, 22(2), 85–88. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S1134-282X\(07\)71198-3](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(07)71198-3)
- ² MARTÍNEZ, M. T., MONTÓN-BUENO, J., SIMON, S. ORTEGA, B., MORAGON, S. ET AL. (2021). TEN-YEAR ASSESSMENT OF A CANCER FAST-TRACK PROGRAMME TO CONNECT PRIMARY CARE WITH ONCOLOGY: REDUCING TIME FROM INITIAL SYMPTOMS TO DIAGNOSIS AND TREATMENT INITIATION. ESMO OPEN, 6(3), 100148. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.ESMOOP.2021.100148](https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100148)

PERFIL DE PACIENTES QUE CAMBIARON DE OMALIZUMAB A BENRALIZUMAB POR FALTA DE RESPUESTA

Boira, I.; Chiner, E.; Martínez, A.; Chacín, Y.; Torba, A.; Hernández, M.; Pastor, E.; Senent, C.; Castelló, C.; Bernabeu, M. Á.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

Analizar los pacientes con asma grave no controlado (AGNC) que habían recibido previamente omalizumab y cambiaron a benralizumab por mala respuesta clínica

Metodología

Comparamos edad, IMC, género, fenotipo, comorbilidad, niveles de IgE y eosinófilos, grado de control (ACT), ingresos, visitas a urgencias, medicación de mantenimiento, poliposis, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA), toma de esteroides, escala FEOS, mini AQLQ y EXACTO entre pacientes procedentes de omalizumab y en los que se indicó directamente benralizumab.

Resultados

Del total de 101 pacientes con benralizumab, 15 (14%) habían recibido previamente omalizumab con mala respuesta clínica. No existieron diferencias en edad (55 ± 12 vs 56 ± 15) ni en género (mujeres 60% vs 65,5%) ni en IMC (28 ± 5 vs 27 ± 7). Los pacientes de omalizumab presentaban más años de evolución del asma (33 ± 16 vs 21 ± 16 , $p=0.008$). Más pacientes tenían fenotipo alérgico ($p<0.05$), mayores niveles de IgE (665 ± 1369 vs 138 ± 123 $p<0.05$) sin diferencias en eosinofilia (632 ± 525 vs 703 ± 422). No existieron diferencias en función pulmonar (FEV1% 77 ± 24 vs 81 ± 22) ni en comorbilidad (73%vs72%). Presentaban más RAST positivos ($p<0.05$) y dermatitis atópica ($p<0.01$) sin diferencias en rinitis, tabaquismo (33% vs 38%), RS con/sin poliposis nasal (67% vs 60%), anosmia-hiposmia (60% vs 38%), o EREA (47% vs 38%). No hubo diferencias basales en medicación de mantenimiento, ni en corticodependientes, pero en el grupo de omalizumab había más número de ingresos previos ($p<0.001$), días de ingreso ($p<0.001$), visitas a urgencias ($p<0.001$), ciclos de esteroides ($p<0.001$) y exacerbaciones globales ($p<0.001$), sin diferencias en ACT (13 ± 1 vs 12 ± 2 $p<0.05$). Al valorar la respuesta clínica postratamiento, hubo diferencias entre grupos en mini AQLQ ($4,7\pm 1,5$ vs $5,3\pm 0,7$, $p<0.01$), en FEOS (64 ± 17 vs 74 ± 10 , $p<0.01$), en la diferencia de FEV1 en ml (87 ± 315 vs 216 ± 238 , $p=0.06$), así como en la respuesta por escala EXACTO (parcial 46%, buena 27%, completa 27%, vs 7%, 41%, 52%, $p<0.001$). Aunque en ambos grupos mejoraron significativamente todos los parámetros, en el grupo de omalizumab no hubo diferencias en FEV1 en ml (2141 ± 838 vs 2227 ± 804 , $p=0.3$).

Conclusiones

Los pacientes procedentes de omalizumab que cambiaron a benralizumab son adultos de predominio alérgico, con elevado componente eosinofílico, poliposis y EREA, alcanzan menos respuesta completa y mejoran menos la función pulmonar, en relación con más años de evolución de la enfermedad y probable remodelado.

RESPUESTA CLINICA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA

Boira Enrique, I.; Chiner, E.; Martínez, M.; Martínez, A.; Hernández, M.; Chacín, Y.; Fernández, P.; Pastor, E.; Torba, A.; Bernabeu, M. Á.

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Objetivos

Evaluar la efectividad y la respuesta clínica a benralizumab en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) cuando inician su administración en edad avanzada.

Metodología

Comparamos edad, IMC, género, fenotipo, comorbilidad, niveles de IgE y eosinófilos, grado de control (ACT), ingresos, visitas a urgencias, medicación de mantenimiento, poliposis, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA), toma de esteroides, escala FEOS, mini AQLQ y EXACTO entre pacientes mayores o menores de 70 años, antes y después del tratamiento.

Resultados

Del total de 101 pacientes con benralizumab, 19 (18.9%) tenían ≥ 70 años (78 ± 5 vs 51 ± 11 , $p < 0.0001$). No existieron diferencias en género (mujeres 68% vs 64%) ni en IMC (27 ± 4 vs 27 ± 7). Los pacientes mayores de 70 años presentaban más años de evolución del asma (55 ± 25 vs 26 ± 15 , $p < 0.0001$), menor ACT (14.4 ± 1.2 vs 16 ± 2 , $p < 0.01$), menos meses de tratamiento (9.5 ± 7 vs 14 ± 7 , $p < 0.01$). No existieron diferencias en fenotipo, niveles de IgE (375 ± 678 vs 293 ± 625) o eosinofilia (604 ± 184 vs 713 ± 474). Existieron diferencias en función pulmonar (FEV1: 1692 ± 339 vs 2603 ± 805 , $p < 0.0001$). Existieron diferencias en dermatitis atópica ($p < 0.05$) pero no en comorbilidad (74% vs 72%), rinitis, tabaquismo, RS con/sin poliposis nasal, anosmia-hiposmia o EREA. No hubo diferencias basales en medicación de mantenimiento, ni en corticodependientes, ni en número de ingresos previos, días de ingreso, visitas a urgencias, ciclos de esteroides y exacerbaciones globales, sin diferencias en AQLQ. Ambos grupos mejoraron significativamente todos los parámetros antes y después del tratamiento, aunque la mejoría en el miniAQLQ fue mayor en el grupo de mayores de 70 años (5.5 ± 0.6 vs 5.2 ± 0.9 , $p < 0.05$). Al valorar la respuesta clínica postratamiento, no hubo diferencias entre grupos en FEOS (73 ± 4 vs 72 ± 13), ni en la diferencia de FEV1 en ml (192 ± 126 vs 198 ± 275). Sin embargo, el grupo de mayor edad presentó menor respuesta por escala EXACTO (parcial 16%, buena 63%, completa 21%, vs 12%, 34%, 54%, $p = 0.03$) y menor en alcanzar FEV1% $> 80\%$ ($p = 0.002$).

Conclusiones

Los pacientes de mayor edad que inician benralizumab presentan escasas diferencias clínicas con los más jóvenes. Aunque el tratamiento es efectivo, alcanzan menos respuesta completa y normalizan menos la función pulmonar, probablemente en relación con más años de evolución de AGNC.

COMO AFECTA LOS TRASTORNOS DEL ESTADO ANIMICO EN PACIENTES CON EPOC GRAVE

Fernández Fabrellas, E.; Salcedo Patricio, A.; Verdejo Mengual, E.; Correa Lozano, N. A.; Parra Rodas, E.; del Valle, P.
 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

Según los estudios, el 37 % de los pacientes con EPOC presentan trastornos del estado anímico que podrían interferir en control de la enfermedad. El objetivo ha sido analizar la relación entre el control de la EPOC y la presencia de ansiedad y depresión, medida por la escala HADS así como la posible relación de los trastornos anímicos con los fenotipos clínicos y las diferentes variables clínicas y funcionales recogidas de manera habitual en los pacientes EPOC.

Metodología

Estudio prospectivo longitudinal desde Enero del 2022 hasta Septiembre del 2024 de una cohorte de pacientes EPOC de alto riesgo seguidos en la consulta monográfica. Se recogieron variables demográficas, fenotipos, exacerbaciones e ingresos en el último año, función pulmonar, rasgos tratables, comorbilidades asociadas a la EPOC. A todos los pacientes se le aplica la escala HADS al inicio del estudio. Análisis descriptivo y comparativo mediante Chi cuadrado y test T para muestras independientes. Nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados

Analizamos 109 pacientes, 68.8% hombres, con edad media 65.19 ± 9.61 años y FEV1% medio 35.34 ± 13.64 . El 30.3% de los pacientes puntuaron > 7 en la subescala de ansiedad de HADS, mientras que el 31.2% lo hizo en la subescala depresión. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto IMC, disnea, función pulmonar, fenotipo y control de la enfermedad en aquellos con subescala ansiedad > 7 . Las diferencias significativamente estadísticas entre los pacientes con y sin ansiedad y depresión se recogen en las tablas.

	ANSIEDAD SI	ANSIEDAD NO	p
Insuficiencia respiratoria	62.7%	32.8%	0.002
Tratamiento del estado anímico	47.6%	24.1%	0.019
Exitus	84.2%	15.8%	< 0.001

	DEPRESIÓN SI	DEPRESIÓN NO	p
Insuficiencia Respiratoria	61.1%	32.7%	0.003
Tratamiento del estado anímico	67.6%	32.4%	<0.001
Exitus	89.5%	10.5%	<0.001

Conclusiones

- En nuestra cohorte de pacientes de EPOC grave, detectamos trastornos del estado anímico mediante la escala HADS en una importante proporción de pacientes, tanto en la subescala de ansiedad como en la de depresión.
- Nuestros pacientes diagnosticados de EPOC grave que tienen trastornos del estado de ánimo presentan una enfermedad más evolucionada (insuficiencia respiratoria) y mayor mortalidad.

GESTIÓN DE EMERGENCIAS DURANTE LA DANA EN VALENCIA: ATENCIÓN POR VITALAIRE A PACIENTES CON TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA

Gómez Chinesta, C. (1); Chamarro Baños, E. M. (1); Ramos Marco, G. (1); Ferrer Ferrer, C. (1); Vergara Lahuerta, G. (1); Gallardo Román, A. (1); Villuendas Ros, A. (1); Portela Ferreño, I. (2)

(1) Vitalaire–Valencia; (2) Vitalaire–España.

Objetivos

La gestión de emergencias ante crisis es crucial para garantizar la atención adecuada de los pacientes que dependen de terapias respiratorias domiciliarias (TRD). Este análisis examina la respuesta de VitalAire ante los efectos de la DANA que sucedió en Valencia el 29 de octubre de 2024.

Metodología

Se realizó un análisis retrospectivo del servicio prestado por VitalAire desde el 29 de Octubre y con un seguimiento del primer mes tras la catástrofe. A partir de la base de datos de pacientes con TRD en la zona afectada, se iniciaron acciones para valorar necesidades, priorizar servicios extraordinarios (botellas de O2 facilitadas a la UME, traslado de nuestra unidad móvil a zonas de difícil acceso) e implementar los protocolos de emergencia para asegurar la continuidad de los tratamientos. Se realizó un análisis descriptivo utilizando bases de datos de gestión de terapias y ficheros creados ad hoc para la emergencia en Excel, incluyendo conteos (n) y porcentajes (%) de las variables de interés.

Resultados

El 29 de octubre VitalAire prestaba servicio a 77654 pacientes en la Provincia de Valencia con 87770 terapias instaladas, de las cuales, el 33% se encontraban en las poblaciones afectadas por la DANA. La coordinación con diversas entidades, como la Consellería de Sanitat, la Unidad Militar de Emergencia y diferentes hospitales de las zonas afectadas, fue esencial para mitigar el impacto en la salud de los pacientes.

Desde ese momento y tras un mes, se han realizado 13000 intervenciones de las que 4369 (34%) han sido en pacientes residentes en la zona, destacando la implementación de medidas para asegurar su autonomía frente a cortes de luz (entrega de baterías recargables y botellas de oxígeno de reserva). Se contactó con 132 pacientes frágiles para atender sus necesidades. Se reemplazaron 518 equipos. Se entregaron 410 botellas de O2 y se atendieron a 199 pacientes en nuestra unidad móvil situada en puntos estratégicos, realizando 33 inicios de terapia, 41 reemplazos y 125 intervenciones.

Conclusiones

Las inversiones realizadas previamente (dobles equipos, baterías y botellas de reserva), así como las acciones descritas, muestran un gran compromiso con la atención sanitaria y el bienestar de los pacientes más vulnerables, destacando la dedicación del personal. Esta evaluación resalta la importancia de una planificación y respuesta ágil para contribuir de manera directa en la reducción de los problemas derivados de la emergencia climática.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA STAR DE CLASIFICACIÓN DE LA EPOC COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN

Galan Negrillo, M.; Ibarra, A.; Pérez, F. J.; Ruiz Alcaraz, S.; Bordallo, P.; Grau, J.; García Pachón, E.

Hospital General Universitario de Elche.

Objetivos

Se ha propuesto que la estratificación de los pacientes con EPOC en función de su ratio FEV1/FVC podría ser una aproximación más fisiológica y tener ventajas con respecto al porcentaje FEV1.

El sistema STAR (Staging of Airflow obstruction by Ratio), identifica cuatro grados de severidad en individuos con FEV1/FVC menor de 0.70: grado 1 $\geq 0,60$ a $< 0,70$, grado 2 $\geq 0,50$ a $< 0,60$, grupo 3 $\geq 0,40$ a $< 0,50$, y grupo 4 $< 0,40$.

Distintos estudios han concluido que este sistema muestra una gradación más uniforme de la gravedad de la enfermedad, mejora la detección de hiperinsuflación, y ha demostrado ser un predictor confiable de mortalidad en los años siguientes en pacientes con EPOC estable. Sin embargo, no hay estudios para analizar su posible aportación en la valoración de la mortalidad de pacientes agudizados.

El objetivo de este estudio ha sido analizar si la clasificación STAR permite diferenciar el riesgo de mortalidad al año y a los tres años tras un ingreso por agudización de EPOC.

Metodología

Realizamos un estudio prospectivo en el que se incluyó a 118 pacientes que ingresaron por agudización de EPOC de forma consecutiva en el Servicio de Neumología del HGUE en el periodo comprendido entre junio de 2019 y diciembre de 2020; con un seguimiento posterior al alta de al menos 3 años.

Resultados

La edad promedio era de 73 años, con 25 mujeres y 93 varones.

El primer año fallecieron un total de 2 pacientes del grupo STAR 1, que corresponde a un 11%; 3 pacientes del grupo STAR 2 (7.9%), 5 pacientes STAR 3 (16.7%) y 8 de STAR 4 (15%).

A los 3 años, habían fallecido un total de 5 pacientes del grupo STAR 1 (27.8%); 9 pacientes del grupo STAR 2 (23.7%), 10 pacientes STAR 3 (33.3%) y 14 de STAR 4 (43.8%).

Conclusiones

A medida que aumenta la puntuación del sistema STAR los pacientes presentan mayor disnea, menor FEV1 y menor índice de masa corporal.

El sistema STAR muestra una tendencia al aumento de mortalidad al aumentar la gravedad de la obstrucción, aunque los grupos 1 y 2 probablemente no se diferencian.

Referencias

- ¹ HEGEWALD MJ, COLLINGRIDGE DS, DeCATO TW, JENSEN RL, MORRIS AH. AIRFLOW OBSTRUCTION CATEGORIZATION METHODS AND MORTALITY. ANN AM THORAC SOC. 2018;15:920–925. doi: 10.1513/AnnalsATS.201802-104OC.
- ² BHATT SP, NAKHMANI A, FORTIS S, STRAND MJ, SILVERMAN EK, SCIURBA FC, ET AL. FEV1/FVC SEVERITY STAGES FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. AM J RESPIR CRIT CARE MED. 2023;208:676–684. doi: 10.1164/rccm.2023.04500C.
- ³ AMBROSINO, PASQUALE ET AL. A COMPARISON OF GOLD AND STAR SEVERITY STAGES IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UNDERGOING PULMONARY REHABILITATION. CHEST 2024. IN PRESS.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI) Y COMPLEJO FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE)

Rivas Zelaya, A.; Parra, E.; Safont, B.; Cuota, M. J.; Correa, N.; Galera, E.; Sabater, C.; Fernandez, E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

Analizar las diferencias en las características clínicas, evolución y pronóstico de pacientes con diagnóstico de FPI y CFPE.

Metodología

Estudio analítico retrospectivo de pacientes con FPI Y CFPE atendidos en la consulta monográfica de intersticio en el CHGUV en los últimos 10 años. Se compararon variables demográficas, factores de riesgo, pruebas de función pulmonar, test de la marcha, complicaciones y mortalidad expresadas como media (SD) y porcentajes. Análisis comparativa mediante Chi cuadrado, T de student y supervivencia mediante test de Log-Rank estratificada por edad y estimación de curvas de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados

Analizamos 127 pacientes, 87(68.5%) con diagnóstico de FPI y 40 (31%) con CFPE con un seguimiento medio de 3.51 años (0.29) y 3.88 años (0.39) respectivamente. La edad fue de 74.51 (0.93) en la FPI y 69.65 (1.33) en CFPE ($p < 0.0036$) siendo la mayoría varones 79.31% y 80% ($p = 0.93$). Tenían disnea 81.61% con FPI y 76.92% con CFPE sin diferencias en la severidad. El 75.86% de FPI y 67.5% en el grupo CFPE recibieron tratamiento antifibrótico ($p = 0.323$).

En la TABLA 1 se muestran las diferencias encontradas entre los grupos, las variables funcionales y evolutivas.

Durante el seguimiento fallecieron el 57.47% de FPI y el 52.50% de CFPE con un tiempo de 2.76 (0.32) y 2.03 (0.61) desde el diagnóstico ($p = 0.26$) sin diferencias en la supervivencia ajustada por la edad ($p = 0.32$). En la gráfica 1 se muestran las curvas de supervivencia. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria, trasplante pulmonar ni cáncer de pulmón.

TABLA 1	FPI	CFPE	P
Exposición al tabaco	66.67%	95%	0.001
IPA	33.40 (3.46)	45.18 (3.83)	0.0267
Inhalación de polvos	37.8%	17.95%	0.028
Exploración funcional			
FVC %	78.75 (2.11)	81.39 (3.42)	0.4971
FEV 1%	85.99 (2.09)	81.98 (2.85)	0.2694
IT	84.22 (0.77)	78.3 (1.76)	0.0005
DLCO %	43.14 (2.01)	36.25 (2.70)	0.0473
TLC %	61.47 (1.47)	68.39 (2.62)	0.005
Test de la marcha metros	424.06 (15.28)	361.24 (31.88)	0.05
Remisión a TP	11.25%	32.35%	0.007
TP	3.8%	11.76%	0.107
Exacerbación	25.3 %	35.29%	0.275
Cáncer	10.34%	5%	0.30
HTP	39.76%	41.67%	0.846

Conclusiones

En este estudio los pacientes con CFPE, a pesar de una menor DLCO y capacidad de ejercicio, no presentaron diferencias en mortalidad frente a FPI, lo que podría tener relación con el inicio precoz del tratamiento antifibrótico en ambas entidades y una frecuencia similar de complicaciones (HTP y cáncer) durante el seguimiento.

CONTROL CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: VALIDACIÓN DE UN NUEVO SCORE CUANTITATIVO

Villagrasa Guarch, M.; Alonso Tomás, L.; Atarés López, S.; Rico Martínez, C.; Catalán Serra, P.; Soler Cataluña, J. J.; Soler Cataluña, J. J.; Soler Cataluña, J. J.

Hospital Arnau de Villanova-Llíria. Valencia.

Objetivos

El cuestionario de control de la EPOC se valora de manera cualitativa (control/no control), de acuerdo con el cumplimiento de 6 criterios diagnósticos categóricos (4 de impacto y 2 de estabilidad)¹. Calle et al², ha propuesto una transformación de este cuestionario en un score cuantitativo más sencillo. El objetivo del presente estudio es validar este nuevo score de control de la EPOC, analizando su capacidad de predicción de riesgo y del estado de salud.

Metodología

Estudio observacional prospectivo sobre una cohorte de pacientes seguidos en un consulta monográfica de EPOC. Se incluyen pacientes con EPOC (tabaquismo > 10 años-paquete, FEV1/FVC<0.7) y se excluyen aquellos con diagnóstico de neoplasia activa o incapacidad para seguimiento. Se recogen como variables incluidas en el score la utilización de medicación de rescate > 3 veces/semana (3 puntos), agudizaciones en los últimos 3 meses (2 puntos), nivel de disnea ajustado a la gravedad de la obstrucción ventilatoria (2 puntos) y caminar < 30 minutos/día (1 punto), de acuerdo con Calle et al². Se realiza una regresión logística de Cox, para evaluar la capacidad predictiva de riesgo de evento compuesto (visita a urgencias, hospitalización o muerte) a los 12 meses. El impacto sobre el estado de salud se determina con el cuestionario COPD Assessment Test (CAT).

Resultados

Se incluyen 265 pacientes (16.2% mujeres y 83.8% hombres) con una edad media de 68 ± 9 años y un FEV1 (%) promedio del 58 ± 17%. La figura 1 muestra la distribución de puntuación (0-8 puntos) en toda la muestra. De acuerdo con esta puntuación, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: control total (0-1 puntos), control parcial (2-5 puntos) y no control (≥ 6 puntos). El tiempo hasta evento compuesto fue significativamente diferente entre los tres grupos, con mayor riesgo a medida que empeora el control (p<0.001) (FIGURA 2). Tras ajustar el modelo, por edad, sexo y tabaquismo, la puntuación de control se confirmó como un factor predictivo independiente de riesgo (p < 0.005) (HR: 2.6, IC95%: 1.4-4.7 para control parcial y HR:4.25, IC95%:2.0-8.9, para mal control). La puntuación promedio del CAT a los 12 meses fue de 6±5 (control total), 10±5 (control parcial) y 17±9 (no control) (p<0.001).

Conclusiones

El nuevo score de control clínico de la EPOC permite clasificar a los pacientes en 3 grupos: control total (0-1 puntos), control parcial (2-5 puntos) y no control (≥ 6 puntos), con buena capacidad predictiva de riesgo y del estado de salud a los 12 meses.

Referencias

- MIRAVITLLES M, CALLE M, MOLINA J, ALMAGRO P, GÓMEZ JT, TRIGUEROS JA, ET AL. SPANISH COPD GUIDELINES (GESEPOC) 2021: UPDATED PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF STABLE COPD. ARCH BRONCONEUMOL. 2022;58:69-81
- CALLE M, SOLER-CATALUÑA JJ, MIRAVITLLES M, ALCÁZAR NAVARRETE B, LÓPEZ-CAMPOS J, FUENTES M, ET AL. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A QUANTITATIVE SCORE FOR THE CLINICAL CONTROL CRITERIA IN STABLE COPD. ARCH BRONCONEUMOL 2024 (SUBMITTED).

COMPARATIVA DE LAS PROPUESTAS DE CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD EN LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC: DECAF, ROMA Y GESEPOC

Atarés López, S.; Miralles, C.; Alonso, L.; Villagrasa, M.; Rico, C.; Soler, J. J.

Hospital Arnau de Vilanova.

Objetivos

La clasificación de gravedad de la agudización de EPOC se ha realizado tradicionalmente atendiendo al uso de recursos sanitarios. Sin embargo, recientemente se han realizado varias propuestas de clasificación que utilizan diferentes criterios fisiopatológicos.

El objetivo del presente estudio fue comparar la capacidad predictiva de riesgo de muerte entre la propuesta de Roma, GesEPOC y DECAF en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC (AEPOC)

Metodología

Estudio prospectivo observacional sobre una cohorte de pacientes con EPOC (tabaquismo >10 años-paquete, FEV1/FVC <0.7) que precisaron ingreso hospitalario por AEPOC, de cualquier naturaleza. Se excluyeron los casos con cáncer activo.

En todos los pacientes se evaluó el índice DECAF (Disnea, Eosinopenia, Consolidación, Acidemia, Fibrilación auricular) clasificando a los pacientes en 3 grupos: riesgo bajo (DECAF: 0-1 punto); intermedio (DECAF=2) o alto (DECAF>=3 puntos). Para la clasificación de Roma se evaluó el grado de disnea, frecuencia cardíaca, SaO₂, gasometría arterial y proteína C – reactiva (PCR). Se consideró disnea ≥3 (escala mMRC) como equivalente a una disnea ≥5 en la escala visual analógica.

Finalmente se evaluó la estratificación de riesgo, el nivel de disnea (mMRC), el nivel de consciencia, la SaO₂ y la gasometría arterial para realizar la clasificación según GesEPOC. Los pacientes fueron seguidos durante un año tras el ingreso hospitalario valorando la mortalidad por todas las causas.

Se realizó un análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier y se calculó el estadístico C de cada propuesta.

Resultados

Se incluyen un total de 189 pacientes, 40 (21,2%) mujeres y 149 (78,8%) hombres, con una edad media ± DE de 70±8 años y un FEV1 (%) de 46±16%. La tabla 1 presenta la concordancia entre las 3 clasificaciones y la figura 1 las curvas de supervivencia al año.

El estadístico C fue similar en las 3 propuestas: 0,576 para DECAF, 0,573 para Roma y 0,584 para GesEPOC.

Conclusiones

Las tres propuestas de clasificación de la gravedad de la exacerbación son útiles para estratificar el riesgo tras una hospitalización por exacerbación de EPOC. Sin embargo, la capacidad predictiva de riesgo fue moderada, sin grandes diferencias entre ellas. El grado de concordancia fue muy bajo, lo que sugiere un área de mejora en los modelos predictivos de riesgo.

TORACOSCOPIA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LOS DERRAMES PLEURALES

Meneses Petersen, E.; Sánchez, M.; Martínez, R.; Briones, A.; Cases, E.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Objetivos

La toracoscopia médica (TM) está indicada en derrames pleurales exudativos tras estudios previos no concluyentes. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas, radiológicas y diagnósticas en pacientes sometidos a TM en nuestro centro.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que incluyó pacientes sometidos a TM entre enero de 2021 y septiembre de 2024. Se analizaron datos demográficos, imagenológicos, hallazgos en TM, líquido pleural (LP), resultados histológicos y microbiológicos.

Resultados

Se incluyeron 48 pacientes (66,67% varones, edad media $66.69 \pm 14,17$ años). El 52,08% eran exfumadores, 33,33% no fumadores y 29,16% tenían antecedente de neoplasia. Se realizaron biopsias pleurales previas en 35 casos (72,91%), de los cuales el 77,15% no fueron diagnósticas.

El LP fue exudado linfocitario en el 50% de los casos, con citología negativa en 87,23%. Se realizaron TC torácicas en 46 pacientes, mostrando afectación pleural en 50%. En 10 casos con PET-TC, el 50% mostró captación pleural (mediana SUV: 3,2). El derrame pleural se localizó en el hemitórax derecho en el 68,75%.

La indicación de la TM fue diagnóstica en el 70,83% y diagnóstica-terapéutica en 29,16%. La pleura más afectada fue la parietal (95,83%), seguida de la diafragmática (52,08%), con afectación combinada parietal-diafragmática (31,25%) y compromiso de todas las pleuras (18,75%). Los hallazgos macroscópicos pleurales más comunes fueron nódulos (54,17%), placas (35,42%), engrosamiento (33,33%), y adherencias pleurales (45,83%). El LP fue seroso en 59,57% y serohemático en 36,17%.

Se logró un diagnóstico en 44 pacientes (91,68%): malignos 21 (43,76%) y benignos 23 (47,92%). La patología maligna más frecuente fue metástasis por adenocarcinoma de pulmón (16,67%) seguida de mesotelioma y metástasis por tumores extratorácicos (10,42% cada una). La patología benigna más común fue pleuritis/fibrosis (37,50%), seguida de infección por *Mycobacterium tuberculosis* (10,42%).

El diagnóstico de tuberculosis pleural se realizó en cinco casos: cuatro mediante biopsia (uno por hallazgo histológico y tres por microbiología) y uno por detección de ADN de *Mycobacterium tuberculosis* en LP.

La media de duración del drenaje torácico fue de 2,09 días y la mediana de hospitalización fue de 2 días. No se registraron complicaciones durante el procedimiento.

Conclusiones

La TM es una técnica con alta rentabilidad diagnóstica en derrames pleurales no concluyentes, sin complicaciones y una corta estancia hospitalaria.

Referencias

- 1 WAHIDI MM, OST DE, EDITORES. PRACTICAL GUIDE TO INTERVENTIONAL PULMONOLOGY. FILADELFA, PA, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: ELSEVIER-HEALTH SCIENCES DIVISION 2022.
- 2 BROADDUS VC, MURRAY Y NADEL. TRATADO DE MEDICINA RESPIRATORIA, 2 VOLS. 7A ED. BROADDUS VC, ERNST JD, KING TE JR, LAZARUS SC, SARMIENTO KF, SCHNAPP LM, ET AL., EDITORES. ELSEVIER 2023.
- 3 HERTH F, ERNST A, EDITORES. PRINCIPLES AND PRACTICE OF INTERVENTIONAL PULMONOLOGY. CHAM: SPRINGER NATURE SWITZERLAND 2013.
- 4 MANUAL DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA. 4A EDICIÓN. SECCIÓN XI. ENFERMEDADES DE LA PLEURA [INTERNET]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://SEPAR.WADEMI.COM/NEUMO/CONTENIDO.PHP?ID_SE=25](https://separ.wademi.com/neumo/contenido.php?id_se=25)
- 5 CONSENSO DE EXPERTOS SEPAR. 80 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL. CALLE PROVENÇA, 108, BAJOS 2A 08029 BARCELONA.: RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN SEPAR. 2022. Autores Dra. Maribel Botana Rial. Dr. Javier Pérez Pallarés. Dr. Enrique Cases Viedma. Dr. Francisco Julián López González. Dr. José Manuel Porcel. Dra. María Rodríguez. Dra. Beatriz Romero Romero. Dr. Luis Valdés Cuadrado. Dra. Victoria Villena Garrido. Dra. Rosa Cordovilla Pérez.

SINDROME OBESIDAD HIPOVENTILACIÓN: IMPACTO DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN EL CURSO EVOLUTIVO

Correa Lozano, N. A.; Lluch Bisbal, M. A.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernández Fabrellas, E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

Aunque se ha descrito la función pulmonar restrictiva como un factor de riesgo para SOH, no se conoce si la población SOH con restricción cursa de forma diferente que los obesos-hipoventiladores con función pulmonar conservada. El objetivo ha sido comparar dos grupos de obesos-hipoventiladores: un grupo con función pulmonar conservada y otro grupo con restricción, y describir si existen diferencias clínicas entre ellos.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal desde Septiembre de 2023 hasta Septiembre de 2024 de una cohorte de pacientes SOH seguidos en la consulta monográfica de VNI. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, ingresos hospitalarios, función pulmonar, y gasometría arterial al inicio del tratamiento y en el control ambulatorio más reciente y mortalidad. Análisis descriptivo y comparativo Chi cuadrado y test U de Mann-Whitney.

Resultados

Incluimos 44 pacientes, 65,9% mujeres y 34% hombres. La edad media global de toda la serie fue $70,55 \pm 13,18$ años e IMC medio $43,15 \pm 8,09$. Las comorbilidades más frecuentes son HTA (86,4%), ICC (61,4%), DM (56,8%). La mayoría eran no fumadores (63,6%). Precisarons ingreso hospitalario 86,4% y solo 9,1% requirieron IOT; mortalidad global del 13,6%. El 90,9% de la serie tienen adherencia a la VNI mayor de 4 horas.

La cohorte se dividió en dos grupos según su función pulmonar, un grupo con patrón restrictivo (n=27, 61,4%) y otro con función pulmonar conservada (n=17, 38,6%). Comparados ambos grupos, no hubo diferencias en comorbilidad, ingresos, mortalidad, ni diferencias gasométricas al inicio del tratamiento. Sin embargo, sí difieren en los resultados gasométricos en las visitas de control.

Los resultados más relevantes se muestran en la TABLA 1.

	PATRÓN RESTRICTIVO		p
	SI (n=27)	NO (n=17)	
No fumadores	77.8%	41.2%	0.024
FEV1 %	52.36% ± 14.88	70.94% ± 12.47	<0.001
FVC %	54.02%±16.48	77.06%±11.95	<0.001
TLC	63.19%±6.20	86.63%±11.23	<0.001
PO2 control	74.54±10.70	84.59±12.03	0.003
PCO2 control	46.65±7.98	40.41±4.63	0.003
HC03	29.16±5.03	25.76±2.20	0.006
Éxitus	18.5%	5.9%	0.380

Conclusiones

En nuestra serie, la función pulmonar restrictiva en pacientes con SHO tiene impacto en la corrección gasométrica tras el tratamiento con VNI, pero no parece influir en la mortalidad de este grupo.

ESTUDIO DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS FINAS EN FUMADORES SIN PATOLOGÍA RESPIRATORIA DE LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA

Taberner Lino, L.; Climent, C.; Cifre, P.; Bonet, A.; De Juana, C.; Lera, R.; Abril, E. M.; Abellà, V.; Herrejón, A.; Martínez, E.
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Objetivos

El objetivo principal es valorar la afectación de las vías aéreas pequeñas en sujetos fumadores que no tienen obstrucción bronquial.

Metodología

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Los criterios de inclusión son presentar tabaquismo activo con exposición tabáquica superior a 10 años-paquete y edad entre 30 a 80 años. Se excluye a sujetos con espirometría restrictiva u obstructiva, neumopatía o comorbilidad y ausencia de consentimiento. Se realiza oscilometría con medición de R5-20 con niveles de significación según z-score, difusión de DLCO y espirometría según normativa SEPAR con flujo mesoespiratorio alterado por debajo de 60%, se cumplimentan cuestionarios de tabaquismo y ansiedad-depresión (HADS). El análisis estadístico, descriptivo y estudio de correlaciones, se realiza mediante SPSS 25 con nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados

De un total de 39 pacientes remitidos se incluye una muestra de N=19. La mitad de las pérdidas son debidas a obstrucción espirométrica objetivada [FIGURA 1].

El 58% son hombres, con media de edad de 53 años (DE 10) e IMC medio de 27 (DE 6). Una exposición tabáquica alta con índice IPA \geq 20 está presente en un 58%. Las escalas puntuaron: Richmond 8 (DE 2), Fagerström 6 (DE 2), HADS total 8 (DE 6). Son sintomáticos un 74% con prevalencia descendente de tos y expectoración (53%), disnea (37%), sibilancias (5%). Se inicia Terapia sustitutiva de nicotina (32%), Todacitán (63%) y Citisina (5%).

Ningún paciente tiene alteración del flujo Mesoexpiratorio, sin embargo, se observa afectación de la DLCO en 26% y de R5-20 en 37% [TABLA 1 y FIGURA 2]. No se aprecia correlación significativa entre las variables funcionales.

Conclusiones

De acuerdo con nuestros resultados se recomienda realizar Oscilometría a todos los fumadores con espirometría normal para la detección precoz de disfunción de las vías finas.

CAMBIO EN LOS FLUJOS MESOESPIRATORIOS TRAS BRONCODILATADOR Y PROVOCACIÓN BRONQUIAL

Martínez, A. M.; Gimeno, Á.; Picazos, B.; Porcar, M.; Martínez, M. E.; Compte, L. F.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Objetivos

La valoración de la función de la pequeña vía aérea es habitualmente considerada como importante para el diagnóstico y manejo del asma. Una de las formas de aproximarse al estudio de la pequeña vía aérea es mediante los flujos mesoespiratorios (MEF). El patrón oro para el diagnóstico de asma es la provocación bronquial pero es un procedimiento con alto consumo de recursos humanos y tiempo. El objetivo de nuestro estudio ha sido averiguar si el cambio significativo en los MEF tras la administración de broncodilatador—en contexto de TBD negativo—es útil para predecir la presencia de hiperreactividad bronquial.

Metodología

Se estudiaron 83 pacientes (30 hombres y 53 mujeres, edad media de 41,9 años (rango 17-74) con síntomas respiratorios que tenían la espirometría normal y el test broncodilatador negativo y que se realizaron prueba de provocación bronquial con metacolina (PPB) de acuerdo al método de Cockcroft y registrando el cambio en el FEV1 con respecto del control post – salino. Se recogieron datos de la espirometría basal y postbroncodilatador y se obtuvieron datos de sensibilidad y especificidad.

Resultados

De los 83 pacientes, 39 (47%) presentaron una PPB positiva ($PC_{20} \geq 8$ mg/mL) y 44 negativa ($PC_{20} < 8$ mg/mL). Los casos con PPB positiva fueron 11 hombres y 20 mujeres. No hubo diferencias significativas en el FEV1 y FVC basales (% del teórico) entre los pacientes con PPB positiva y negativa. Establecimos tres puntos de corte en la mejoría de los flujos mesoespiratorios 25-75 (MEF) tras la administración del broncodilatador: $>20\%$, $>25\%$ y $>30\%$. La sensibilidad del aumento de los MEF al 20, 25 y 30% para una PPB positiva fue respectivamente del 30,8%, 20,5% y 12,8%. La especificidad del aumento de los MEF al 20, 25 y 30% para una PPB positiva fue respectivamente del 77,3%, 86% y 91%. El área bajo la curva ROC fue de 0,54. El valor predictivo positivo del aumento de los MEF al 20, 25 y 30% para una PPB positiva fue respectivamente del 5,32, 5,62 y 5,68. El valor predictivo negativo del aumento de los MEF al 20, 25 y 30% para una PPB positiva fue respectivamente del 77, 86 y 91.

Conclusiones

El porcentaje de cambio en los flujos mesoespiratorios en sujetos con test broncodilatador negativo es insuficiente para predecir aquellos que tendrán una PPB positiva y no deberían utilizarse en sustitución de la PPB.

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA EN EL HGUA DR BALMIS DE ALICANTE

Gonzalez Moreno, M.; Pérez, J.; Huelamo, P. P.; Diez, A.; Ruiz, P.; García Sevilla, R.

Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante.

Objetivos

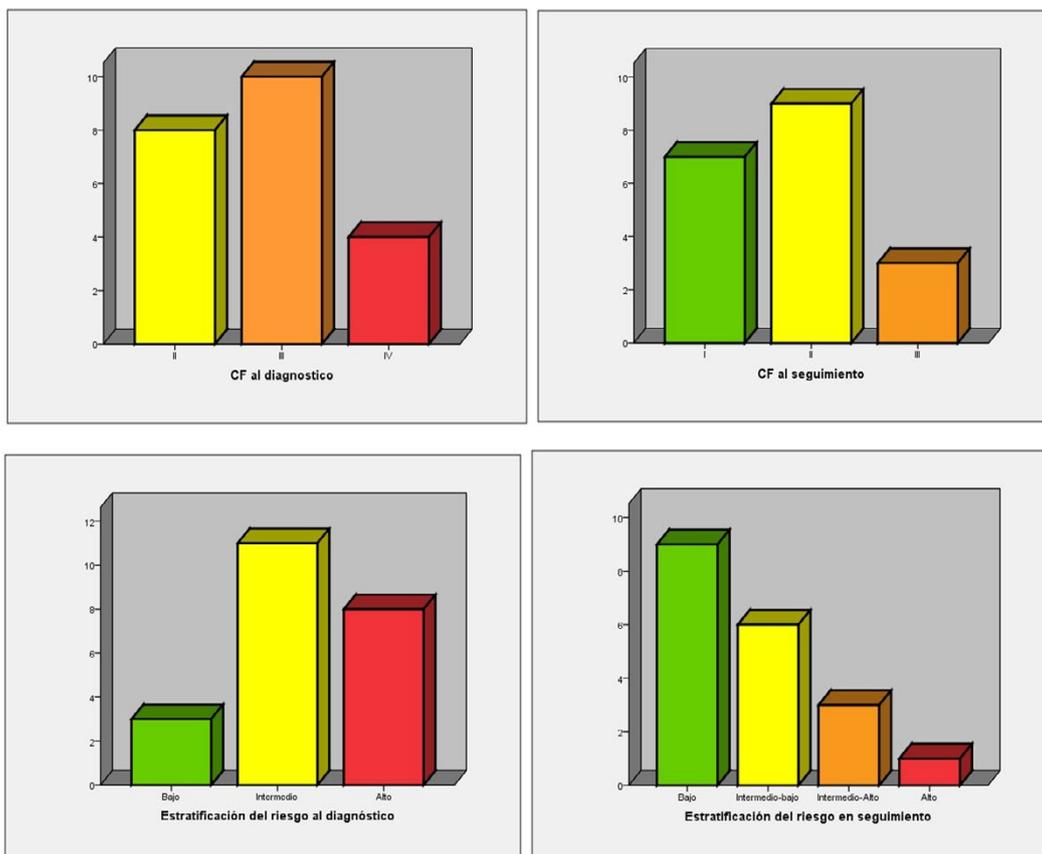
La HPTEC conforma un pequeño porcentaje del grupo de pacientes con disnea persistente tras un episodio de tromboembolismo pulmonar conocido. A diferencia de otros tipos de hipertensión pulmonar, su tratamiento es multimodal (farmacológico, quirúrgico e intervencionista) y ha cambiado el pronóstico de estos pacientes. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes diagnosticados de HPTEC en nuestro centro en los últimos 10 años.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con HPTEC diagnosticados desde enero 2014 hasta noviembre 2024 por el servicio de Neumología del HGUA. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, radiológicas y tratamiento. Se ha usado el programa estadístico SPSS Statistics 22

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes con edad media 66'6 años ($DS \pm 11.3$): 14 (63.6%) mujeres y 8 (36.4%) hombres. 17 (77.3%) tenían antecedente conocido de TEP. Se realizó estudio de trombofilia en 19 (86.4%): 2 (9.1%) diagnosticados de síndrome antifosfolípido, 2 (9.1%) con déficit de proteína C y 2 (9.1%) déficit de proteína S. Al diagnóstico: 9 (40.9%) presentaban clase funcional (CF) I, 9 (40.9%) CF II y 4 (18.2%) CF IV. Respecto a la estratificación del riesgo (guía ESC/ERS-2022): 3 (13.6%) riesgo bajo, 11 (50%) riesgo intermedio y 8 (36.4%) riesgo alto. 13 (59.1%) recibieron riociguat al diagnóstico y 9 (75%) de ellos lo mantuvo; de los 9 restantes 4 (44.4%) recibieron IPDE5 en monoterapia, 1 (11.1%) IPDE5 y Macitentán, 2 (22.2%) Epoprostenol iv y 2 (22.2%) fueron derivados a centro CSUR de forma urgente. Se realizó EAP en 7 (31.8%), de ellos 5 (71.4%) están pendientes de APB por presentar HTP residual, 1 (14.3%) está libre de enfermedad. Se realizó APB en 5 (22.7%). El tiempo diagnóstico-EAP fue de 6 meses ($DS \pm 9.1$) y del diagnóstico-APB 6 meses ($DS \pm 4.2$). Actualmente: 8 (36.4%) están en CF I, 9 (40.9%) en CF II, 4 (18.2%) en CF III y 2 éxitus (10.5%). Estratificación actual del riesgo: 9 (40.9%) en riesgo bajo, 6 (27.3%) en riesgo intermedio-bajo, 3 (13.6%) en riesgo intermedio-alto y 1 (4.5%) en riesgo alto.



Conclusiones

En nuestro centro, el manejo multimodal con una precoz derivación a centro CSUR permitió una reducción en el tratamiento médico y una mejoría en la clase funcional.

Referencias

- ¹ GUÍA ESC 2022 SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR
- ² KIM NH, DELCROIX M, JAIS X, MADANI MM, MATSUBARA H, MAYER E, ET AL. CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION. EUR RESPIR J 2019;33:1801915.
- ³ HSIEH WC, JANSÁ P, HUANG WC, NIZNANSKY M, OMARA M, LINDNER J. RESIDUAL PULMONARY HYPERTENSION AFTER PULMONARY ENDARTERECTOMY: A META-ANALYSIS. J THORAC CARDIOVASC SURG 2018;156:1275–1287.

¿CÓMO LLEGAN LOS PACIENTES NEUROMUSCULARES AL LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR?

Salcedo Patricio, A. L.; Valle, P.; Almiñana, J.; Lluch, A.; Galera, E.; Honrubia, M.; Fernández, E.

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos

Describir las características clínicas y el momento evolutivo en el que los diferentes enfermos neuromusculares llegan a su primera exploración funcional respiratoria.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes con diversas patologías neuromusculares remitidos al Laboratorio de Función Pulmonar para realizarse exploraciones. Se recogieron: datos antropométricos, diagnóstico, tiempo de evolución de síntomas y datos funcionales respiratorios: espirométricos (FEV1%, FVC%), presiones musculares (PIM% y PEM%) y gasométricos (pH, PaO₂, PaCO₂, EB, FiO₂).

Resultados

N = 144 pacientes, 54.9% hombres y 45.1% mujeres, con una edad media de 57.4 (±15) años y un IMC medio de 26 (±5.4), siendo significativamente más jóvenes los pacientes con D. miotónica de Steinert (media 37 años; p<0.05).

Los diagnósticos por orden de frecuencia fueron: ELA 45.1%, MG 18%, otras enfermedades de motoneurona 12.5%, D. miotónica de Steinert 9.7%, parálisis frénica 9%, otras 5.6%.

El tiempo medio de evolución de síntomas hasta la primera exploración funcional fue de 21 meses (±34), con diferencias significativas entre patologías: más corto para las enfermedades de motoneurona (media de 13 meses para ELA y 11 para sus variantes; p<0.05).

La FVC% media fue 76% (±23%) y el FEV1 medio 85% (±79%), sin diferencias significativas entre patologías. La PIM% media fue 55.72% (±31) y PEM% 68.8% (±35.7), con valores significativamente menores para la PEM% en la D. miotónica (PEM 37%; p<0.05).

La primera gasometría arterial fue realizada con FiO₂ 0,21 en todos los casos y los valores medios de PO₂ y PCO₂ estaban dentro de parámetros normales.

Conclusiones

- Las patologías más remitidas a nuestro Laboratorio y más precozmente son las enfermedades de motoneurona, aunque sería deseable una remisión más precoz tras el diagnóstico.
- La afectación funcional es ligera en todos excepto en la D. miotónica de Steinert, que llegan con más debilidad muscular espiratoria.
- Todos los pacientes llegan en buen estado nutricional y sin insuficiencia respiratoria ni signos indirectos de hipoventilación.

ORGANIZA



Sociedad Valenciana de Neumología

Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana

ISSN 2990-2746

XXXII Congreso Sociedad Valenciana de
Neumología. Libro comunicaciones

Editado por Fundación de Neumología
de la Comunidad Valenciana
Valencia 2025

