

LIBRO COMUNICACIONES

XXXIII CONGRESO SVN|FNCV

27-28 MARZO 2026 **Calpe**



PROGRAMA	7
RESÚMENES PONENCIAS	14
PATOLOGÍA PLEURAL: “TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS Y PRÁCTICA ENFERMERA”	15
Sanz Francés, M. C.	
FISIOPATOLOGÍA PLEURAL. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA: PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALIZADA	16
Navarro Colom, M.	
LA EVOLUCIÓN HUMANA A TRAVÉS DEL TÓRAX	17
García Río, F.	
CUANDO LA EVIDENCIA HABLA, REDEFINIENDO LA PREVENCIÓN ANTIGRIPIAL EN NEUMOLOGÍA	19
Mascarós Balaguer, E.	
BREVE PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS TIPOS DE SUMINISTRO DE OXÍGENO Y SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN	19
Salcedo, R. , Rodríguez, A. A.	
OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA	19
Celis Pereira, C. E.	
QUÉ NOVEDADES HAY EN ASMA Y EPOC Y CÓMO AFECTAN A ATENCIÓN PRIMARIA	20
López Brull, H.	
PÍLDORAS DEL CONOCIMIENTO. NUEVAS GUÍAS EN TELEMONITORIZACIÓN PARA LA VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA	21
Fernández Martínez, P.	
TRATAMIENTO DE LA HTP ASOCIADA A EPID: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL	22
Gayá García-Manso, I.	
ESTUDIO MESILICO: IMPLICACIONES PARA LA REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES ASMÁTICOS	22
Chiner Vives, E.	
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ¿QUÉ HALLAZGOS NOS HACEN TOMAR DECISIONES?	24
Salelles Climent, P.	
RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES	26
DILATACIÓN EN ESTENOSIS GRAVE TRAQUEOBRONQUIAL. TÉCNICA CON BALÓN NO OCLUSIVO Y VENTILACIÓN CONTINUA.	27
ELSIE DAVIANA, M. P. , Martínez, R. , Briones, A. , Sanz, M. , Sánchez, M. , Saiz, E. , Marnol, C. , Cases, E.	
CRIOEBUS VERSUS EBUS-TBNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS.	28
Rivas, A. , Parra, E. , Cruz, D. A. , De Casimiro, E. , Barranco, M. J. , Boix, M. J. , Fernandez, E.	
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.	29
Climent Campos, C. , Sala, A. , Raheb, C. , Lillo, E. , Martínez Moragón, E.	
MÁS ALLÁ DEL ÍNDICE DE APNEA-HIPOPNEA: LA CARGA HIPÓXICA Y EL SCORE HARPA COMO PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.	31
Martínez Pérez, R. , Mompean Rodríguez, S. , Beauperthuy Levy, T. , Oscullo Yepez, G. , Gómez-Olivas, J. D. , Inglés Azorín, M. , Oscullo Yepez, V. , Sánchez de la Torre, M. , Martínez-García, M. Á.	
VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE INTEGRACIÓN NUMÉRICA CON UN REDUCIDO NÚMERO DE NODOS PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA BAJO LA CURVA EN LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA	32
Vales, A. , Ferrer, S. , Sancho, J. , Signes-Costa, J.	

ANÁLISIS MÚLTIPLE DEL PERFIL DE BIOMARCADORES ASOCIADOS A FIBROSIS PULMONAR EN LAVADO BRONCOALVEOLAR	34
Vales, A. , Ferrer, A. , Herrera, A. , Boluda, E. , Mulet, A. , Ordóñez, P. , Ortiz, E. , Signes-Costa, J.	
EL RESVERATROL AUMENTA LA SECRECIÓN DE Z-AAT Y DISMINUYE SU POLIMERIZACIÓN EN UN MODELO CELULAR DE DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA	36
Dasí, F. , Gómez, M. , Esteve, M. Á. , Magallón, M. , Herrero, M. J. , Castillo-Corullón, S. , González-Villaescusa, C. , Signes-Costa, J.	
ANÁLISIS DEL CURSO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA EN PACIENTES RESIDENTES EN ÁREAS AFECTADAS POR LA DANA	37
Sanz Herrero, F. , Méndez, R. , Aguar, M. del C. , Lizazábal, P. , Novella, L. , Lera, R. , Ballester, M. , Carrión, N. , Giménez, P. , Mata, C. , Mokachir, L. , Cifre, P. , Prieto, D. , Fernández, E.	
HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO 3 EN EL REGISTRO NACIONAL REHAR: PERFIL CLÍNICO, GRAVEDAD Y MANEJO TERAPÉUTICO	38
MOKACHIR MOHSENIN, L. , MARTIN NUÑEZ, M. , LÓPEZ REYES, R.	
IMPACTO DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO MEDIANTE UN ASISTENTE VIRTUAL BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS COSTES Y LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES EPOC	40
Cercós González, R. , Alonso Ruza, C. , Bernaola Garrido, M. , González Villaescusa, C. , Signes-Costa Miñana, J.	
RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (FINALISTAS)	41
EMPIEMA NECESSITATIS: SERIE CLÍNICA EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, A LO LARGO DE 30 AÑOS.	42
Martínez, A. , Chiner, E. , Boira Enrique, I. , Llombart Cantó, M. , Pastor Esplá, E. , Sancho Chust, J. N. , Chacín, Y. , Mínguez Ramón, R.	
INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD EN EL CONTROL CLÍNICO DE LA EPOC	43
Villagrasa Guarch, M. , Atarés López, S. , Greses Burguera, M. , Rico Martínez, C. , Alnos Tomás, L. , Morera Barrios, A. , Soler Cataluña, J. J.	
ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN LA EVALUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN LA EPOC	43
Atarés López, S. , Villagrasa Guarch, M. , Rico Martínez, C. , Alonso Tomás, L. , Morera Barrios, A. , Posadas Blázquez, T. , Soler Cataluña, J. J.	
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA HOSPITALARIA CON MOTIVO DEL DÍA MUNDIAL DEL SUEÑO	45
Fernández Martínez, P. , Chiner, E. , Boira, I. , Chacín, Y. , Martínez, A. , Pastor, E. , Blanco, L. , Navarro, S. , Vañes, S. , García, S. , Gigliarano, F.	
PATRONES DE CUMPLIMIENTO CON CPAP EN AOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO	46
Riquelme Gracia, C. , Chiner, E. , Boira, I. , Pastor, E. , Castelló, C. , Fernández, P. , Esteban, V. , Vañes, S. , García, S. , Gigliarano, F. , García, M. , Navarro, S.	
SISTEMA DE AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES (CDSS) EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	48
Chacín Marcano, Y. , Boira, I. , Chiner, E. , Flores, E. , López, M. T. , Martínez, A. , Hernández, M. , Esteban, V. , Fernández, P. , Pastor, E.	
¿PODEMOS UTILIZAR EL TEST DE PASOS DE CHESTER EN LUGAR DEL T6MM EN LOS PACIENTE CON EPID?	49
Parra Rodas, E. , Galera, E. , Sanfont, B. , Sabater, C. , Lluch, A. , Rivas, A. , Tobar, A. , Salcedo, A. , Tercero, E. , Fernandez, E.	
ADHERENCIA AL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PROPUESTO POR LA SEPAR EN UNA COHORTE DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPOC	50
Chiquiza Mora, J. P. , Fabregat, S. , Flor, A. , Martínez, C. , Sarrión, L. , Marin, M.	
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO QUE HAN INICIADO TRATAMIENTO CON TEZEPelumab EN LA UNIDAD DE ASMA GRAVE DEL HU CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA.	51
Casas Maldonado, F. , Castrillo Álvarez, A. , Rubio Calvo, E. , Santos Martínez, J. , Gómez Martín, C. , Cassini Gómez de Cádiz, L. F.	
COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB VS MEPOLIZUMAB EN COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.	52
Sarrión Palop, L. , Flor Perez, A. , Martínez Navarro, C. , Chiquiza Mora, J. P. , Garcia Sidro, P. , Golfe Bonmatí, A.	
VARIABILIDAD DEL CONTROL CLÍNICO EN PACIENTES CON EPOC Y SU RELACIÓN CON BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y FUNCIÓN PULMONAR	53
Rico Martínez, C. , Atarés, S. , Villagrasa, M. , Morera, A. , Rodríguez, M. del V. , Posadas, T. , Alonso, L. , Soler, J. J.	

LA DENSIDAD CAPSULAR DEL SEROTIPO MODULA LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y LAS COMPLICACIONES GRAVES EN LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA	54
Carrión Collado, N. , Sanz, F. , Gimenez, P. , Ruiz, L. , Fernandez, E.	
FACTORES ASOCIADOS A UNA CARGA HIPÓXICA ELEVADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS).	55
Cantarella Bongiovanni, R. F. , Leon, J. M. , Soler, M. J. , Díez, A. , Huelamo, P. P. , Lucas, P. , Hernandez, L. M.	
LA VIDEOLLAMADA COMO INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN AL INICIO DE CPAP Y EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	56
Fernández González, F. , Chiner, E. , Boira, I. , Fernández, P. , Monteiro, M. , Fernández, M. , Rodríguez, A. A. , Lekerikabeaskoa, I. , Vañes, S. , Navarro, S. , Gigliarano, F. , García, S.	
IMPLEMENTACIÓN DE SOTATERCEPT EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN HAP: RESULTADOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD A 12 MESES	57
MOKACHIR MOHSENIN, L. , MARTIN NUÑEZ, M. , SANFELIU CUENCA, P. , LÓPEZ REYES, R.	
RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (NO FINALISTAS)	60
CAUSA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE HAN REQUERIDO INGRESO POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.	61
Caña, J. L. , Ibarra, A. M. , Pérez, F. J. , Zamora, L. , Baeza, C. , Galán, M. , Grau, J.	
NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: DESCRIPCION DE UNA COHORTE DE PACIENTES Y SU EVOLUCIÓN CLÍNICA	62
Castro Bravo, V. , Túnez Castillo, C. , García Sevilla, R. , Hernández Blasco, L. , Soler Sempere, M. J. , Gayá García-Manso, I.	
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA	64
Martínez, C. , Lahosa, C. , Fabregat, S. , Marín, M.	
USO DE PSEUDOTERAPIAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS EN ASMA Y EPOC	66
Pérez Remacho, F. J. , Ibarra Maciá, A. , Caña Hernandez, J. L. , Galán Negrillo, M. , Zamora Molina, L. , Bordallo Vázquez, P. , Grau Delgado, J.	
ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE BAJO TRATAMIENTO CON TEZEPelumab CON PERFIL T2 ALTO O BAJO	67
Boira Enrique, I. , Chiner Vives, E. , Martinez, A. , Esteban Ronda, V. , Chacín, Y. , Antón, M. , Bernabeu Martínez, M. Á. , Riquelme Gracia, M. del C. , Fernández, P.	
EFICACIA DE DUPILUMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO.	68
Boira Enrique, I. , Chiner Vives, E. , Chacín, Y. , Antón Gironés, M. , Bernabéu Martínez, M. Á. , Castelló Faus, C. , Llombart Cantó, M. , Fernández, P. , Pastor, E. , Martinez, A.	
PATRONES DE ADHERENCIA A LA PRESIÓN POSITIVA (CPAP), EN PACIENTES CON APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO (AOS) DE EDAD AVANZADA.	69
Martinez, A. , Chiner Vives, E. , Boira Enrique, I. , Esteban Ronda, V. , Hernández Padilla, M. , Castello Faus, C. , Pastor Esplá, E. , Vañes Baños, S. , García Ferrer, S. , Gigliarano, F. , Navarro Marín, S.	
PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS TERAPIAS RESPIRATORIAS (TRD) EN EL DEPARTAMENTO 17 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.	70
Riquelme Gracia, M. del C. , Martinez, A. , Chiner Vives, E. , Boira Enrique, I. , Pastor, E. , Esteban Ronda, V. , Vañes Baños, S. , Navarro Marín, S. , García Ferrer, S. , Gigliarano, F.	
NIVELES DE EOSINÓFILOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC	71
IBARRA MACIA, A. M. , Pérez Remacho, F. J. , Caña Hernández, J. L. , GALAN, M. , BAEZA MARTINEZ, C. , BORDALLO VAZQUEZ, P. , GRAU DELGADO, J.	
PACIENTES JÓVENES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES: PERFIL RESPIRATORIO Y NECESIDADES ASISTENCIALES	72
Fernández Martínez, P. , Chiner, E. , Boira, I. , Martínez, A. , Chacín, Y. , Riquelme, C. , Esteban, V.	
VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VENTILACIÓN	73
Flor Pérez, A.	
ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ERRADICACIÓN DIFÍCIL DE LA INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA	75
Madera, N. , March, L. , Prieto, D. , Martinez, E. , Lera, R.	

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÁCIDO ÚRICO Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR	77
Diez De León, A. , Huélamo, P. P. , Soler, M. J. , Lucas, P. , Cantarella, R. , León, J. M. , Hernández, L. M.	
ANÁLISIS COMPARATIVO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF): FORMAS FIBROSANTES FRENTE A NO FIBROSANTES.	79
ESQUERDO SERRANO, P. , CAMARA, I. , PEREZ, J. , BARROSO, M. E. , GAYÁ, I. , SOLER, M. J. , GARCIA, R.	
IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN LAS EXACERBACIONES Y EL USO DE CORTICOIDES EN 114 PACIENTES CON ASMA GRAVE A LOS SEIS MESES.	80
Cifre Villalonga, P. , Landaeta, S. K. , Boris, C. K. , Boira, I. , Chiner, E. , Garcia, M. del M. , Fernandez, C. , Martinez, M. D. , Sanchez, F. , Lluch, I. , Dahmazi, L. , Martinez, E.	
UTILIDAD DE LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS PARA LA VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ARTRITIS REUMATOIDE SIN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.	81
Cifre Villalonga, P. , Climent, C. , Taberner, L. , Landaeta, S. K. , Prieto, D. , Andujar, P. , Herrejon, A. , Alegre, J. J. , Herrera, S. , Rissi, G.	
HERRAMIENTA “EXACTO” APLICADA A 12 MESES EN PRÁCTICA REAL EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)	82
Cotúa, M. J. , Barandica, D. , Salcedo, A. , Valle, P. , Medina, I. , Fernández, E.	
ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO UTILIZANDO LA ESCALA EXACTO	83
Casas Maldonado, F. , Santos Martínez, J. , Rubio Calvo, E. , Castrillo Álvarez, A. , Gómez Martín, C. , Cassini Gómez de Cádiz, L. F.	
CARGA ASISTENCIAL Y TENDENCIA DE LAS HOSPITALIZACIONES NO PROGRAMADAS POR ASMA EN LA COMUNITAT VALENCIANA (2016–2023) EN EL CONTEXTO DEL PATRÓN NACIONAL.	86
Martínez Pérez, R. , Martínez Valle, A. M. , Martín Núñez, M. , de Diego Damià, A. , de la Cuadra Garcia-Lliberos, P. , Gisbert Soler, J. , González, M. M. , de la Vega, A. , Roncero Martín, A. , Nuevo, J.	
RENTABILIDAD DEL ESTUDIO FUNCIONAL RESPIRATORIO EN LA CONSULTA DE TABAQUISMO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET.	88
Taberner Lino, L. , Landaeta Ortega, S. K. , Herrejón Silvestre, A. , Cifre Villalonga, P. , Climent Campos, C. , De Juana Izquierdo, C. , Lera Álvarez, R. , Abella Sanchís, V. , Abril Ródenas, E. , Martínez Moragón, E.	
PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN.	89
Gil, M. , Saura, A. , Romero, S. , García, M. Á. , Martínez, A. , Valentin, V.	
RESPUESTA CLÍNICA A TEZEPELUMAB EN ASMA GRAVE EN FUMADORES Y NO FUMADORES.	90
LANDAETA ORTEGA, S. K. , Dahmazi, L. , Boria, I. , García, M. del M. , García, D. , Sánchez, F. , Lluch, I. , Chiner, E. , Fernández, C. , Cifre, P. , Martínez, E.	
CAUSAS DE MORTALIDAD DE PACIENTES EPOC SEGÚN LA CLASIFICACIÓN STAR	91
BARRA MACIA, A. M. , Pérez Remacho, F. J. , Caña Hernández, J. L. , Ruiz Torregrosa, P. , Grau Delgado, J.	
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA REGISTRADA DE EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y CONTEXTUALIZACIÓN CON EL INFRADIAGNÓSTICO	92
Esteban, V. , Chiner, E. , Castelló, C. , Fernandez, P. , Rodríguez, R. , Sánchez-Covisa, J. , de las Heras, A. , Moreno, J.	
RELACION ENTRE HIPERURICEMIA Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	93
Huelamo Lopez, P. P. , Díez, A. , Cantarella, R. , Lucas, P. , Soler, M. J. , León, J. M. , Hernández, L.	
ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABACO DE UN HOSPITAL TERCARIO A LO LARGO DE UN AÑO	94
March, L. , Madera, N. , Landaeta, S. , Prieto, D. , Martinez, E. , Lera, R. , de Juana, C. , Lillo González, E.	
EFFECTO A MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN LA FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO	95
Cuenca, A. , Martínez, R. , Martínez, A. M. , De Diego, A.	
DÉFICIT DE INMUNOGLOBULINAS SECUNDARIO A RITUXIMAB EN EL ESPECTRO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON RASGOS AUTOINMUNES (IPAF)	96
PEREZ AMOROS, J. , Cámara, I. , Esquerdo, P. , Barroso, E. , Gayá, I. , García, R. , Soler, M. J.	
USO DE RECURSOS SANITARIOS POR ASMA EN LA COMUNITAT VALENCIANA SEGÚN DATOS RECOGIDOS DEL CMBD.	98
PRIETO POZO, D. , Cifre, P. , de Juana, C. , Dahmazi, L. , Martínez, E. M. , Gisbert, J. , Sánchez, J. S. , Niza, G. , Alegría, M. , de las Heras, A.	

EFFECTO DE TEZEPELUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN UNA UNIDAD DE ASMA DE UN HOSPITAL TERCIARIO	99
Ruiz Matutano, G. , Alaeddine, V. , Tarrasó, J. , Monclou, E. , Vales, A. , Signes-Costa, J.	
LA PIEL COMO ÓRGANO CENTINELA: MICOSIS CUTÁNEAS PROFUNDAS EN TRASPLANTE PULMONAR Y DE ÓRGANO SÓLIDO	101
Cuenca Navarro, A. , Balaguer, M. N. , Martín, D. , García, V. , Ruiz, A. , Mansilla, M. , Martínez, V. , Montull, B. , Anguera, G. , Solé, A.	
EVOLUCIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SILICOSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	102
Tobar Peñaherrera, A. C. , Safont Muñoz, B. , Fernandez Fabrellas, E. , Valle Dávalos, P. , Salcedo Patricio, A.	
COMPARACIÓN DEL SPECT-CT DE VENTILACIÓN/PERFUSIÓN FRENTE AL SPECT-CT DE PERFUSIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA.	103
PRIETO POZO, D. , Madera, N. , Cifre, P. , Cavagna, F. , Infante, J. R. , García, A.	
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA MEDIANTE ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN: ACTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO	103
MOKACHIR MOHSENIN, L. , MARTIN NUÑEZ, M. , LÓPEZ REYES, R. , SANFELIU CUENCA, P.	

PROGRAMA



PROGRAMA

XXXII CONGRESO SVN | FNCV

VIERNES 27 MARZO | CONGRESO

9:40 - **CURSO DE RESIDENTES:**
14:15 **CURSO PRÁCTICO DE PATOLOGÍA DEL SUEÑO**

PRESENTACIÓN Y REPARTO DE GRUPOS

Grace Oscullo Yopez (*H. La Fe, Valencia*).

GRUPO A: SLEEP ON THE ROAD:

INMERSIÓN PRÁCTICA EN LA UNIDAD MÓVIL DEL SUEÑO

Ana M^a Fortuna Gutiérrez (*H. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*)

PAUSA CAFÉ

GRUPO B: DEL TRAZADO AL DIAGNÓSTICO: INTERPRETACIÓN
AVANZADA DE POLIGRAFÍA Y ESTUDIOS DEL SUEÑO

José Daniel Gómez Olivas (*H. La Fe, Valencia*)

GRUPO C: MÁS ALLÁ DE LA CPAP: PAPEL ACTUAL DE LOS
DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR EN LA APNEA
OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Juan Francisco Priego Fernández (*Managing Director OrthoApnea Iberia*)

CONCLUSIONES

14:30 **ALMUERZO DE TRABAJO TIPO CÓCTEL**

15:45 - **INAUGURACIÓN DEL CONGRESO**
16:00

16:00 - **MESA CONJUNTA EPID E HIPERTENSIÓN PULMONAR**

16:50

Modera:

Cristina de Juana (*H. Dr. Peset, Valencia*).

Antonio Quezada (*H. General Universitario, Castellón*).

HTP ASOCIADA A EPID: VISIÓN INTEGRAL DE UNA
ENTIDAD COMPLEJA

Alberto García Ortega (*H. Peset, Valencia*).

TRATAMIENTO DE LA HTP ASOCIADA A EPID: EXPERIENCIA EN LA
VIDA REAL

Ignacio Gayá García-Manso (*H. General Universitario, Alicante*).

16:55 - PILDORAS DE LOS BIOLÓGICOS

18:25

Modera:**Marta Acosta Dávila** (*H. de La Plana, Castellón*).**Ignacio Boira Enrique** (*H. Universitario de San Juan, Alicante*).**EXPLORANDO ADVANTAGE: EL GRAN ESTUDIO EUROPEO DE VIDA REAL****Fernando Sánchez-Toril** (*H. Arnau de Vilanova, Valencia*).**MÁS ALLÁ DE LA INFLAMACIÓN EOSINOFÍLICA, LO QUE MUESTRAN LAS IMÁGENES****Patricia García Isidro** (*H. General Universitario, Castellón*).**ALCANZANDO EL CONTROL DUAL DEL ASMA GRAVE Y LA COMORBILIDAD ASOCIADA: EL INICIO DE UN NUEVO HORIZONTE TERAPÉUTICO****Inmaculada Lluch Tortajada** (*H. Universitario de la Ribera, Alzira*).**ESTUDIO MESILICO: IMPLICACIONES PARA LA REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES ASMÁTICOS****Eusebi Chiner Vives** (*H. Universitario San Juan, Alicante*).**EL BIOLÓGICO EN LA EPOC: AHORA SÍ PUEDES****M^a Carmen Ferrando Siscar** (*H. Virgen de los Lirios, Alcoy*).**18:25 CAFÉ****18:50 - 19:20 AÑO SEPAR TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO****Moderador: Santos Ferrer Espinosa** (*H. Clínico Universitario, Valencia*).**TERAPIAS FARMACOLÓGICAS EN LA OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN****Carlos Egea Santolalla** (*H. Quirónsalud, Vitoria*).**19:20 CONFERENCIA MAGISTRAL**

- 20:00

Modera: Enrique Cases Viedma (*Presidente de la SVN*).**LA EVOLUCIÓN HUMANA A TRAVÉS DEL TÓRAX****Ponente: Francisco García Río** (*H. La Paz, Madrid*).

20:00

- 20:45

ASAMBLEA**SÁBADO 28 MARZO | CONGRESO****09:00 MESA INFECCIONES**

- 9:30h

Modera: David de la Rosa Carrillo (*H. San Pau, Barcelona*).**CLAVES DE LA NUEVA NORMATIVA SEPAR DE BRONQUIECTASIAS****Luis Maiz Carro** (*H. Universitario Ramón y Cajal, Madrid*).**9:35 - MESA EPOC**

10:30h

Modera:**Cruz Gonzalez Villaescusa** (*H. Clínico Universitario, Valencia*).**Marta Solé Delgado** (*H. Manises, Valencia*).**NOVEDADES EN LA GESEPOC****José Luis López-Campos Bodineau**(*H. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*).**IA EN LA EPOC****Emilio Monte Boquet** (*H. La Fe, Valencia*).

10:35– MESA EROM

11:00h Modera: María Elia Gómez Merino (*H. Universitario General Dr. Balmis, Alicante*).

NEUMOLOGÍA OCUPACIONAL Y MEDIOAMBIENTAL EN ESPAÑA:
CONTRIBUCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SILICOSIS
Daniel Martínez Gonzalez (*Instituto Nacional de Silicosis, Oviedo*).

11:05 CAFÉ**11:35 – MESA ASMA**

12:25h Modera:
Ignacio Boira Enrique (*H. Universitario de San Juan, Alicante*).
Ángela Martínez Soriano (*H. de Denia, Alicante*).

RESULTADOS DEL ESTUDIO MAPA DE MONOCLONALES
Francisco Casas Maldonado (*H. Clínico Universitario
San Cecilio, Granada*).

NUEVAS TÉCNICAS EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO
DEL ASMA GRAVE
Eva Martínez Moragón (*H. Peset, Valencia*).

12:30 – TÉCNICAS

13:20h Modera:
Eva García del Olmo (*H. Universitario General, Valencia*).
María Cleofé Fernández Aracil (*H. Universitario General, Alicante*).

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL DERRAME PLEURAL INFECCIOSO
Raquel Martínez Tomás (*H. La Fe, Valencia*)

ACTUALIZACIÓN EN LA OBSTRUCCIÓN MALIGNA DE LA VÍA AÉREA
Beatriz Amat Humarán (*H. del Vinalopó, Elche*).

13:25 – PÍLDORAS DEL CONOCIMIENTO I

14:20h Modera:
Sandra Fábregat Nebot (*H. General de Castellón*).
Alfredo de Diego Damiá (*H. La Fe, Valencia*).

CUANDO LA EVIDENCIA HABLA: REDEFINIENDO
LA PROTECCIÓN ANTIGRIPIAL EN NEUMOLOGÍA
Enrique Mascarós Balaguer (*Centro de Salud Ruzafa, Valencia*)

INNOVACIÓN CONTINUA: IMPULSANDO UNA NUEVA ERA EN EL
MANEJO INTEGRAL DE LA EPOC
Cruz Gonzalez Villaescusa (*Hospital Clínico Universitario, Valencia*).

NUEVAS GUÍAS EN TELEMONITORIZACIÓN PARA LA VENTILACIÓN
NO INVASIVA DOMICILIARIA
Paula Fernández Martínez (*H. Universitario San Juan, Alicante*).

14:20 ALMUERZO DE TRABAJO TIPO CÓCTEL**15:30 – MESA EPID: CUIDADOS PALIATIVOS EN EPID: CUÁNDO, CÓMO Y POR QUÉ**

16:20h Modera:
Estefania Galera (*H. Universitario General, Valencia*).
Manuela Martínez (*H. La Fe, Valencia*).

VISIÓN DESDE NEUMOLOGÍA
Raquel Pérez Rojo (*H. 12 de Octubre, Madrid*).

VISIÓN DESDE UHD
Daniel Gainza Miranda (*H. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares*).

16:25 – PÍLDORAS DEL CONOCIMIENTO II

16:45h Modera: Fernando Sánchez-Toril López (*H. Arnau de Vilanova, Valencia*)

NUEVA ERA EN EL CONTROL SOSTENIDO Y EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA INFLAMACIÓN

Eva Martínez Moragón (*H. Dr. Peset, Valencia*).

16:45 – SESIÓN SOLIDARIA

17:05h Modera: María Dolores Martínez Pitarch (*H. de Játiva, Valencia*)

VENTILACIÓN NO INVASIVA SOLIDARIA. PROYECTO TUMANI IKONDA SEPAR

Juan Pablo Reig Mezquida (*H. La Fe, Valencia*)

17:10 – PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

18:10h Inmaculada Lluch Tortajada (*H. Universitario de la Ribera, Alzira*).

José Noberto Sancho Chust (*H. Clínico Universitario, Valencia*).

18:15 – PRESENTACIÓN COMUNICACIONES POSTER

19:30h Violeta Esteban Ronda (*H. Universitario San Juan, Alicante*).

19:30 – CLAUSURA

19:45h

20:45 – CENA

21:45h

PROGRAMA

CURSO DE ENFERMERÍA

SÁBADO 28 MARZO

9:30 – EL SUEÑO Y EL INTERVENCIONISMO

11:00h Modera: Estefanía Fernández Gonzalez (*H. Universitario San Juan, Alicante*).

BIENVENIDA

Enrique Cases Viedma (*Presidente de la SVN*).

SOSPECHA DE AOS EN EL PACIENTE RESPIRATORIO

Asunción Guillén (*H. General Universitario, Elche*).

LA FUNCIÓN PULMONAR Y LA APNEA DEL SUEÑO

Lía Maestre (*Centro de Salud de Busot, Alicante*).

NOCIONES BÁSICAS DE SUEÑO PARA ENFERMERÍA Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Estefanía Fernández (*H. Universitario San Juan, Alicante*).

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DE SUEÑO EN NIÑOS

Isidoro Cortell Aznar (*H. La Fe, Valencia*).

11:05 – CAFÉ

11:35 - PATOLOGÍA PLEURAL

14:05h

Modera:

M^a Consuelo Sanz Francés**Marta Navarro Colom****FISIOPATOLOGÍA PLEURAL****Marta Navarro Colom** (*H. San Pau, Barcelona*).**TÉCNICAS PLEURALES****M^a Consuelo Sanz Francés** (*H. La Fe, Valencia*).**TALLER PRÁCTICO 1: DRENAJES PLEURALES PERMANENTES, MANEJO, SEGUIMIENTO Y CUIDADOS****Marta Navarro Colom** (*H. San Pau, Barcelona*).**TALLER PRÁCTICO 2: TIPOS DE DRENAJES, AGUJAS DE BIOPSIA PLEURALES Y MANEJO DE MUESTRAS****Lía Maestre** (*Centro de Salud de Busot, Alicante*).**TALLER PRÁCTICO 3: DRENAJES PLEURALES, TORACOCENTESIS Y TRATAMIENTOS****M^a Consuelo Sanz Francés** (*H. La Fe, Valencia*).**CONCLUSIONES****14:20 ALMUERZO DE TRABAJO TIPO CÓCTEL****VISITA A LA UNIDAD MÓVIL DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**

PROGRAMA

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SÁBADO 28 MARZO**08:15 -**

09:00h

REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO**10:00 -**

11:05h

BIENVENIDA**María Elía Gómez Merino** (*H. General Universitario Dr. Balmis, Alicante*).**Ester Nofuentes** (*H. del Vinalopó, Elche*).**QUÉ NOVEDADES HAY EN ASMA Y EPOC Y CÓMO AFECTAN A ATENCIÓN PRIMARIA****Helena López Brull** (*H. del Vinalopó, Elche*).**EL SUEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿QUÉ DEBEMOS SABER?****José Manuel León** (*H. General Universitario Dr. Balmis, Alicante*).**11:05****CAFÉ**

11:35 - 14:05h **ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

Laura Novella Sánchez (*H. Universitario de la Ribera, Alzira*).
Carmen Castelló Faus (*H. Universitario San Juan, Alicante*).

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ¿QUÉ HALLAZGOS NOS HACEN TOMAR DECISIONES?

Pablo Salelles (*H. Clínico Universitario, Valencia*).

OXÍGENO DOMICILIARIO ¿CUÁNDO INDICAMOS EL OXÍGENO Y POR QUÉ?

Carly Celis Pereira (*H. Universitario Marina Baixa, Alicante*)

TALLER DE APARATOS DE OXÍGENO

Sr. Raul Salcedo (*Clinical Specialist Linde Médica*).

CONCLUSIONES

VISITA A LA UNIDAD MÓVIL DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

RESÚMENES **PONENCIAS**



PATOLOGÍA PLEURAL: “TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS Y PRÁCTICA ENFERMERA”

Sanz Francés, M. C. (1)

(1) H. La Fe, Valencia

Tipo de comunicación

PONENCIA

Palabras clave

Práctica Enfermera. “Principales técnicas diagnósticas y terapéuticas en patología pleural”

Objetivos

Actualizar los conocimientos sobre las principales técnicas diagnósticas y terapéuticas en patología pleural (toracocentesis, manometría pleural, toracoscopía diagnóstica y terapéutica, biopsia pleural, punción transtorácica ecoguiada y drenaje pleural), destacando el papel estratégico de la Enfermería especializada en la seguridad, calidad asistencial y optimización de resultados clínicos. Asimismo, poner en valor la necesidad de formación avanzada y subespecialización enfermera en este ámbito.

Metodología

Revisión narrativa de la literatura científica y de guías clínicas internacionales de referencia (British Thoracic Society, American Thoracic Society), así como análisis de estudios clave sobre seguridad en procedimientos pleurales, ecografía torácica y terapias intrapleurales. Se integran recomendaciones basadas en la evidencia y su aplicación práctica en el contexto asistencial enfermero.

Desde la perspectiva enfermera, esta sesión cobra especial relevancia porque pone en valor el papel fundamental de la Enfermería en todas las fases del proceso: preparación del paciente, asistencia durante el procedimiento, control del dolor y la ansiedad, monitorización de posibles complicaciones, manejo de dispositivos pleurales y educación sanitaria posterior. La seguridad clínica, la calidad asistencial y la humanización del cuidado dependen en gran medida de una actuación enfermera experta y actualizada.

Resultados

La evidencia demuestra que la implementación de técnicas ecoguiadas reduce significativamente las complicaciones asociadas a la toracocentesis y al drenaje pleural. El uso de manometría pleural permite prevenir el edema pulmonar por reexpansión y mejorar la seguridad del procedimiento. La toracoscopía y la biopsia pleural aumentan el rendimiento diagnóstico en derrames pleurales de etiología incierta, mejoran los resultados clínicos y reduce la necesidad de cirugía.

Desde la práctica enfermera, la capacitación específica se asocia a una mejor monitorización hemodinámica y respiratoria, detección precoz de complicaciones, manejo adecuado de sistemas de drenaje, control del dolor y educación al paciente, contribuyendo a una atención más segura y eficiente.

Conclusiones

Esta sesión, junto con el taller práctico, no solo actualiza conocimientos técnicos, sino que refuerza la necesidad de impulsar la formación continua y la especialización enfermera en el ámbito de la patología pleural y sus técnicas de abordaje, garantizando así una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

Referencias

- ¹ BTS Pleural Disease Guideline Group. British Thoracic Society Guideline for pleural disease. Thorax. 2023.
- ² Feller-Kopman D, Light R. Pleural Disease. N Engl J Med. 2018. Justificación: Revisión clínica integral que resume fundamentos fisiopatológicos y abordaje diagnóstico-terapéutico de la enfermedad pleural.
- ³ Light RW. Pleural effusion. N Engl J Med. 1972. Justificación: Publicación clásica que describe los criterios de Light, base actual para la diferenciación de trasudados y exudados.
- ⁴ Feller-Kopman D et al. Management of Malignant Pleural Effusions. Am J Respir Crit Care Med. 2018. Justificación: Documento conjunto ATS/STS/STR que establece recomendaciones sobre drenaje, pleurodesis y catéteres pleurales permanentes.

- ⁵ Rahman NM et al. Intrapleural use of tissue plasminogen activator and DNase in pleural infection (MIST2). N Engl J Med. 2011. Justificación: Ensayo clínico fundamental que respalda la terapia intrapleural en empiema, relevante para la práctica asistencial y el manejo enfermero.
- ⁶ Hooper C, LEE YC, Maskell N. Investigation OF a unilateral pleural effusion IN adults. Thorax. 2010. Justificación: Documento clave para EL algoritmo diagnóstico DEL derrame pleural Y la indicación DE procedimientos invasivos.
- ⁷ LICHTENSTEIN DA. LUNG ULTRASOUND IN THE CRITICALLY ILL. ANN INTENSIVE CARE. 2014. JUSTIFICACIÓN: EVIDENCIA SOBRE EL USO DE ECOGRAFÍA TORÁCICA COMO ESTÁNDAR DE SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS PLEURALES.

FISIOPATOLOGÍA PLEURAL. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA: PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALIZADA

Navarro Colom, M. (I)

(I) H. San Pau, Barcelona

Tipo de comunicación

PONENCIA

Objetivos

Describir los principales mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades pleurales y analizar la importancia del trabajo multidisciplinar en las unidades de Neumología Intervencionista, destacando el papel de las consultas enfermeras y los cuidados específicos en el manejo integral del paciente.

Metodología

Revisión narrativa de literatura científica y guías clínicas internacionales sobre fisiopatología pleural, manejo del derrame pleural, neumotórax e infección pleural, así como documentos de consenso sobre organización de unidades de pleura y modelos de atención multidisciplinar.

Resultados

Las enfermedades pleurales se originan por un desequilibrio entre la formación y reabsorción del líquido pleural, alteraciones en la permeabilidad capilar, presión hidrostática y oncótica, inflamación o infiltración tumoral. Estos mecanismos conducen a entidades como derrame pleural (trasudado y exudado), empiema o neumotórax, con impacto directo en la mecánica ventilatoria y el intercambio gaseoso.

El abordaje actual se desarrolla en unidades de Neumología Intervencionista, donde neumólogos, cirujanos torácicos, radiólogos, oncólogos y Enfermería especializada trabajan de forma coordinada. En este contexto, las consultas enfermeras adquieren un papel central en la valoración integral, educación sanitaria, seguimiento de pacientes con drenajes o catéteres pleurales permanentes, control de síntomas, detección precoz de complicaciones y apoyo emocional. Los cuidados específicos incluyen manejo avanzado de sistemas de drenaje, técnicas asépticas, control del dolor, monitorización respiratoria y capacitación del paciente para autocuidados domiciliarios.

Conclusiones

La comprensión de la fisiopatología pleural permite optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas. El modelo multidisciplinar en Neumología Intervencionista mejora la eficiencia y los resultados clínicos. La enfermera especializada constituye un pilar esencial en la continuidad asistencial, seguridad del paciente y humanización del cuidado, consolidando su papel en las unidades de patología pleural.

Referencias

- ¹. LIGHT RW. PLEURAL DISEASES. 6TH ED. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS 2013. Referencia fundamental sobre fisiopatología y clasificación de las enfermedades pleurales.

- ². Feller-Kopman D, LIGHT R. PLEURAL DISEASE. N ENGL J MED. 2018;378:740–751. Revisión actualizada sobre mecanismos fisiopatológicos y manejo clínico.
- ³. British Thoracic Society Pleural Disease Guideline Group. BTS Guideline for Pleural Disease. Thorax. 2023. Guía clínica actual que establece estándares diagnósticos, terapéuticos y organizativos.
- ⁴. Rahman NM, et al. Intrapleural use of tPA and DNase in pleural infection. N Engl J Med. 2011;365:518–526. Evidencia clave sobre tratamiento de la infección pleural.
- ⁵. Davies HE, Mishra EK, et al. Management of malignant pleural effusions. Am J Respir Crit Care Med. 2018. Recomendaciones internacionales sobre manejo multidisciplinar del derrame pleural maligno.

LA EVOLUCIÓN HUMANA A TRAVÉS DEL TÓRAX

García Río, F. (1)

(1) H. La Paz, Madrid

Tipo de comunicación:

PONENCIA

La evolución humana constituye un proceso biológico complejo condicionado por transformaciones anatómicas progresivas que permitieron el tránsito desde primates con marcada dependencia arborícola hasta homínidos plenamente adaptados a la locomoción bípeda. Aunque las modificaciones del aparato locomotor, especialmente pelvis y extremidades inferiores, han sido ampliamente estudiadas, el papel de la caja torácica como elemento clave en la función respiratoria y en el rendimiento metabólico ha recibido comparativamente menor atención. Sin embargo, el tórax representa una estructura determinante para la ventilación pulmonar, la economía energética y la capacidad de sostener esfuerzos prolongados, por lo que su análisis resulta esencial para comprender las ventajas fisiológicas que acompañaron el éxito adaptativo de *Homo sapiens*.

En los mamíferos cuadrúpedos, la respiración se encuentra estrechamente vinculada a la locomoción y a la termorregulación. Durante la carrera, el desplazamiento cíclico del contenido abdominal condiciona el movimiento del diafragma, de manera que los ciclos ventilatorios tienden a sincronizarse con los ciclos locomotores. Este acoplamiento mecánico limita la independencia funcional del sistema respiratorio y restringe la capacidad de mantener ejercicio prolongado. Asimismo, en numerosas especies la termorregulación se basa en el jadeo, lo que refuerza la dependencia entre ventilación y actividad física. La adquisición del bipedismo supuso un cambio biomecánico fundamental, ya que permitió desacoplar el patrón ventilatorio del patrón de marcha y favoreció la transición hacia mecanismos termorreguladores más eficientes, como la sudoración. Esta independencia respiratoria habría proporcionado una ventaja adaptativa relevante en ambientes abiertos como la sabana, donde la resistencia física y la capacidad de desplazamiento prolongado pudieron resultar decisivas para el acceso a recursos y para el desarrollo de estrategias de subsistencia basadas en la obtención de proteína animal. Dicho aporte energético habría sido crucial para sostener tanto el aumento de masa corporal como el progresivo incremento del tamaño encefálico observado en el linaje humano.

La importancia del tórax en este contexto radica en que la ventilación pulmonar depende de manera notable de la postura corporal. En humanos actuales se observan diferencias ventilatorias y hemodinámicas relevantes entre la posición erguida y otras posturas como el decúbito, lo que sugiere que la transición hacia el bipedismo habitual impuso exigencias mecánicas específicas sobre la organización torácica. La caja torácica humana moderna presenta una configuración relativamente cilíndrica y aplanada, con costillas curvadas y orientadas hacia abajo, así como una cintura abdominal estrecha y alargada. Este diseño favorece una elevada movilidad diafragmática, una espiración activa potente y una buena flexibilidad costal, configurando un sistema respiratorio eficiente para sostener incrementos ventilatorios durante esfuerzos de larga duración. Desde una perspectiva funcional, el análisis filogenético y ontogénico del tórax aporta información valiosa para comprender cómo se alcanzó esta optimización biomecánica.

Los primeros homínidos bípedos, representados por especies del género *Australopithecus*, aparecieron hace aproximadamente cuatro millones de años y presentaban una combinación de rasgos primitivos y adaptaciones iniciales al desplazamiento erguido. Especies tempranas como *Australopithecus anamensis* y posteriormente *Australopithecus afarensis*, ejemplificado por el conocido fósil “Lucy”, mostraban esqueletos compatibles con el bipedismo, pero conservaban una morfología torácica claramente cónica, estrecha en su región superior y ensanchada en la porción inferior, similar a la observada en los grandes simios actuales. Este patrón anatómico se asocia a limitaciones ventilatorias para el ejercicio sostenido, ya que restringe la expansión torácica superior y condiciona una mecánica respiratoria menos eficiente. La forma cónica favorece la movilidad del miembro superior, lo que resulta coherente con un estilo de vida parcialmente arborícola, pero implica una menor torsión costal y una flexibilidad reducida del tórax inferior, lo que limita la eficiencia diafragmática y el rendimiento ventilatorio durante el esfuerzo. Incluso en especies

posteriores como *Australopithecus africanus*, pese a mostrar algunos cambios morfológicos generales hacia una constitución más grácil, es probable que la organización torácica mantuviera esta configuración primitiva.

En el ser humano moderno, el desarrollo del tórax durante el crecimiento muestra un proceso dinámico de reorganización funcional. Durante la ontogenia se produce una expansión progresiva del tórax superior, mientras que la región inferior incrementa su tamaño en menor medida y tiende a estrecharse en términos relativos. Este patrón conduce finalmente a la configuración cilíndrica adulta, optimizada para maximizar el espacio funcional asociado a la movilidad diafragmática y a la eficiencia ventilatoria. El hecho de que este proceso esté presente en el desarrollo individual sugiere que la forma torácica adulta de *Homo sapiens* representa el resultado de una adaptación evolutiva compleja en la que la biomecánica respiratoria pudo desempeñar un papel selectivo determinante.

Las primeras especies del género *Homo*, como *Homo habilis* y *Homo rudolfensis*, constituyen formas transicionales que, pese a conservar numerosos rasgos similares a los australopitecinos en tamaño corporal y organización esquelética, presentaron un incremento relevante del volumen craneal, lo que implicaba mayores requerimientos energéticos. Sin embargo, la morfología torácica de estos homínidos probablemente permanecía cercana al patrón primitivo, sugiriendo que las mejoras ventilatorias asociadas al tórax moderno aún no se habían consolidado. Un paso evolutivo significativo se produjo con *Homo ergaster*, considerado frecuentemente la forma africana de *Homo erectus*. Estos individuos alcanzaron mayores tamaños corporales, con estructuras robustas y evidencias indirectas de un estilo de vida más activo y de una dieta con mayor contenido proteico. El esqueleto del denominado “Turkana boy”, excepcionalmente bien conservado, ha permitido reconstrucciones tridimensionales detalladas que muestran un tórax considerablemente mayor que el de los australopitecinos, pero aún con una organización claramente cónica: estrecho en su porción superior y muy ensanchado y profundo en su región inferior. Esta morfología sugiere que, aunque existió una expansión torácica significativa, la transición hacia el tórax cilíndrico característico de *Homo sapiens* todavía no se había completado, probablemente en relación con una constitución corporal globalmente más maciza.

Homo neanderthalensis, que habitó Europa y Asia occidental durante un largo periodo del Pleistoceno superior, representa una fase intermedia relevante en la evolución torácica. Los neandertales presentaban una adaptación clara a climas fríos, con cuerpos bajos, musculosos y extremidades relativamente cortas, así como pelvis amplias y estructuras óseas robustas. Las reconstrucciones anatómicas muestran que su tórax superior era relativamente parecido al humano moderno, pero el tórax inferior estaba marcadamente expandido en el plano transversal y presentaba gran profundidad, en consonancia con su pelvis ancha. Esta configuración se asocia con estimaciones elevadas de capacidad pulmonar total, lo que podría interpretarse inicialmente como una ventaja respiratoria. Sin embargo, la menor torsión costal y la disposición profunda de la región caudal del tórax habrían reducido la movilidad de la caja torácica y limitado la eficiencia diafragmática, aumentando el coste mecánico de la ventilación durante el esfuerzo. En consecuencia, a pesar de disponer de grandes volúmenes pulmonares, la ventilación neandertal pudo ser menos económica y menos favorable para el mantenimiento de actividad aeróbica prolongada en comparación con *Homo sapiens*.

Los humanos modernos, surgidos hace aproximadamente 300.000 años, alcanzaron el máximo grado de optimización torácica dentro del linaje humano. La configuración más aplanada del tórax, con costillas curvadas y descendentes y una menor expansión relativa de la región inferior, favorece la movilidad costal, la excursión diafragmática y una ventilación más eficiente desde el punto de vista energético. Estas características pudieron conferir una ventaja funcional decisiva en estrategias de resistencia, como la caza por persistencia o los desplazamientos prolongados, particularmente relevantes en entornos abiertos. Durante el periodo de coexistencia entre neandertales y *Homo sapiens* en Europa, las condiciones climáticas fluctuaron intensamente, con fases glaciares que transformaron ecosistemas y exigieron elevada capacidad de adaptación. Aunque la desaparición neandertal probablemente respondió a múltiples factores ecológicos, demográficos y sanitarios, es plausible considerar que una menor eficiencia ventilatoria y locomotora limitara su resiliencia en escenarios de alta exigencia metabólica. Por el contrario, *Homo sapiens* habría contado con una mayor economía energética para sostener viajes de larga distancia, cooperación social compleja y el coste biológico asociado a un cerebro altamente desarrollado.

En conjunto, la historia evolutiva de la caja torácica refleja la interacción estrecha entre locomoción, respiración y metabolismo desencadenada por el bipedismo. Los primeros homínidos conservaron una configuración cónica primitiva, mientras que en el curso de la evolución se produjo una transición progresiva hacia un tórax cilíndrico, más flexible y optimizado para el rendimiento ventilatorio durante el ejercicio sostenido. Los neandertales, pese a su gran capacidad pulmonar y robustez corporal, no culminaron esta transición, mientras que *Homo sapiens* representa la expresión final de este proceso adaptativo. La eficiencia biomecánica respiratoria derivada de la morfología torácica moderna pudo constituir un factor relevante en la expansión global y en el éxito ecológico de nuestra especie.

CUANDO LA EVIDENCIA HABLA, REDEFINIENDO LA PREVENCIÓN ANTIGRIpal EN NEUMOLOGÍA

Mascarós Balaguer, E. (1)

(1) Centro de Salud Ruzafa, Valencia

Tipo de comunicación:

PONENCIA

La gripe representa el 67% de la carga de enfermedad prevenible en España, con un impacto relevante en pacientes con patología respiratoria previa. En estos pacientes, la infección gripal no solo exacerba la enfermedad de base, sino que aumenta significativamente el riesgo de complicaciones graves. Los pacientes con EPOC o asma son especialmente vulnerables, con tasas de hospitalización entre 15-64% asociadas a infecciones víricas. La vacunación antigripal es una estrategia clave para la salud respiratoria, especialmente en pacientes con patologías crónicas. En personas con EPOC, esta inmunización reduce significativamente la incidencia de exacerbaciones agudas, frecuentes y graves. En pacientes con asma, la vacuna ayuda a prevenir entre un 59% y un 78% de los ataques que derivan en visitas a urgencias u hospitalizaciones.

El estudio FLUNITY-HD, el mayor ensayo pragmático de aleatorización individual sobre efectividad de vacuna antigripal hasta la fecha, ha demostrado la superioridad de la vacuna de alta dosis (HD) frente a la dosis estándar (SD) en la prevención de hospitalizaciones. Con más de 466,000 participantes durante tres temporadas, mostró una reducción relativa del 8.8% en hospitalizaciones por gripe/neumonía y un 39,6% en hospitalizaciones por gripe.

La extensa base de datos generada por FLUNITY-HD ofrece una oportunidad sin precedentes para conocer el beneficio diferencial de la vacuna de alta dosis en subgrupos de riesgo, como pacientes con enfermedad respiratoria.

La evidencia acumulada durante más de una década confirma que la vacuna de alta dosis es la única que ha demostrado consistentemente superioridad en eficacia y efectividad frente a la vacuna de dosis estándar, siendo especialmente prometedora para la prevención de complicaciones respiratorias graves en pacientes neumológicos.

BREVE PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS TIPOS DE SUMINISTRO DE OXÍGENO Y SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN

Salcedo, R. (1), Rodríguez, A. A. (2)

(1) Clinical Specialist Linde Medical, (2) Linde Alicante

Tipo de comunicación:

PONENCIA

Objetivos

Explicar los diferentes tipos de suministro de oxígeno domiciliario, botellas, concentradores, oxígeno líquido y concentradores portátiles.

Explicar a su vez los diferentes fungibles para administrar el oxígeno, gafa nasal, mascarilla simple, venturi y reservorio.

Analizar los riesgos de seguridad y las posibles soluciones.

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

Celis Pereira, C. E. (1)

(1) H. Universitario Marina Baixa, Alicante

FORMAS DE ADMINISTRACION DE OXIGENO DOMICILIARIO

- Concentradores de oxígeno tipo fijo y portátil

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO?

- En pacientes con EPOC e hipoxemia grave en reposo ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$).
- PaO_2 entre 55 y 60 mmHg con cor pulmonale, insuficiencia cardíaca derecha o poliglobulia.
- En pacientes con HTP, EPID con $\text{paO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ o desaturación de o_2 durante el ejercicio.
- En pacientes con ICC y respiración de Cheyne Stokes.

¿POR QUÉ OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA?

- Aumenta la supervivencia en pacientes con EPOC con hipoxemia grave.
- Mejora tolerancia al ejercicio y previene el deterioro clínico

RE-EVALUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE OXIGENOTERAPIA

Se debe realizar mediante pulsioximetría y/o Gasometría arterial a los 2 meses de la prescripción y luego de forma anual.

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- Oxigenoterapia domiciliaria 15 h al día, incluyendo el descanso nocturno.
- Si no hay criterios de insuficiencia respiratoria no está recomendada la oxigenoterapia continua domiciliaria(OCD).
- Un fumador activo no es candidato a OCD.
- La OCD mejora la supervivencia en pacientes con EPOC e hipoxemia grave.

QUÉ NOVEDADES HAY EN ASMA Y EPOC Y CÓMO AFECTAN A ATENCIÓN PRIMARIA

López Brull, H. (1)

(1) H. del Vinalopó, Elche

Tipo de comunicación:

PONENCIA

Objetivos

La atención primaria es el lugar ideal para la detección y en manejo inicial de patologías respiratorias como el asma y el EPOC. El manejo eficaz requiere certeza diagnóstica, una ejecución terapéutica precisa y el conocimiento de las últimas guías.

Metodología

Se realiza un resumen de las últimas guías en el manejo de asma y EPOC, poniendo en el foco el manejo desde atención primaria.

Resultados

En el asma, las guías actuales exigen confirmar la variabilidad del flujo aéreo antes de iniciar un tratamiento a largo plazo, priorizando la estrategia de ICS-formoterol a demanda antes que la monoterapia con SABA para reducir el riesgo de exacerbaciones graves. Por su parte, el diagnóstico de la EPOC requiere obligatoriamente una espirometría pos-broncodilatadora ($\text{FEV}_1/\text{FVC} < 0,70$) y su tratamiento se basa en la doble broncodilatación (LAMA/LABA), reservando los corticoides inhalados solo para pacientes de alto riesgo con niveles de eosinófilos $\geq 300 \text{ células}/\mu\text{L}$.

Conclusiones

Las novedades más recientes introducen el uso de terapias biológicas, la redefinición del alto riesgo ante una única exacerbación moderada y la actualización del calendario vacunal (incluyendo VRS y VCN20), todo ello bajo un enfoque holístico que prioriza la educación en la técnica inhalatoria, la gestión de comorbilidades y la adecuada coordinación asistencial para la derivación a neumología.

PÍLDORAS DEL CONOCIMIENTO. NUEVAS GUÍAS EN TELEMONTORIZACIÓN PARA LA VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA

Fernández Martínez, P. (1)

(1) H. Universitario San Juan, Alicante

Tipo de comunicación

PONENCIA

Palabras clave

Telemonitorización, ventilación mecánica domiciliaria, enfermedad neuromuscular, EPOC, enfermedad restrictiva, SOH

Objetivos

En esta píldora de conocimiento analizamos la guía de práctica clínica publicada en 2025 en la Sociedad Europea de Neumología (ERS) sobre telemedicina en ventilación mecánica domiciliaria (VMD).

Esta guía analiza cómo la telemedicina puede optimizar la atención domiciliaria frente al aumento de pacientes con VMD y la escasez de recursos hospitalarios.

Metodología

Mediante el análisis de un grupo de trabajo compuesto por 20 expertos y la aplicación de la metodología GRADE en búsquedas sistemáticas, el documento evalúa dos escenarios clave: el inicio de la terapia y su seguimiento a largo plazo.

Resultados

Basándose en estudios de no inferioridad en seguridad y eficacia, la guía emite una recomendación condicional a favor de iniciar la VMD en domicilio mediante telemonitorización en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedades neuromusculares o patologías restrictivas, aunque no se pudo establecer una recomendación similar para el síndrome de hipoventilación por obesidad (SOH).

Respecto al seguimiento, aunque se considera una opción válida para mejorar la comodidad y calidad de vida del usuario sin comprometer los resultados del tratamiento, la evidencia actual todavía es de baja certeza y no permite recomendar parámetros específicos de monitorización.

Conclusiones

En última instancia, la guía destaca que la evolución tecnológica (especialmente el uso de nuevos sensores, algoritmos avanzados de procesamiento de datos y la Inteligencia Artificial), será el motor fundamental para superar las limitaciones actuales y lograr una atención remota más personalizada y eficiente en el futuro.

Referencias

- ¹ DUVERMAN ML, RIBEIRO C, TONIA T, HAZENBERG A, VAN MEERLOO S, VAN MEERLOO H, ET AL. EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE ON TELEMEDICINE IN HOME MECHANICAL VENTILATION. EUR RESPIR J [INTERNET]. 2025;66(5):2500094. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00094-2025>

² LÓPEZ-PADILLA D, POBEREZHETS V, ROCHE N, MOOR CC, BRUYNEEL M, RIBEIRO C, ET AL. TELEMONITORING IN RESPIRATORY DISEASES: CURRENT EVIDENCE, CLINICAL EXPERIENCE, AND FUTURE CHALLENGES. ARCH BRONCONEUMOL [INTERNET]. 2026 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2026.01.001>

TRATAMIENTO DE LA HTP ASOCIADA A EPID: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL

Gayá García-Manso, I. (1)

(1) Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Tipo de comunicación

PONENCIA

Conclusiones

La hipertensión pulmonar asociada a enfermedad pulmonar intersticial (HTP-EPID) constituye una complicación frecuente y de mal pronóstico. En pacientes con fibrosis pulmonar, la prevalencia de HTP puede alcanzar hasta un 50 % en estadios avanzados, asociándose a peor capacidad funcional, mayor utilización de recursos sanitarios y reducción significativa de la supervivencia.

Durante años, los ensayos clínicos con terapias vasodilatadoras dirigidas a la circulación pulmonar en HTP-EPID mostraron resultados inconsistentes o incluso perjudiciales, lo que limitó su utilización en la práctica clínica.

El ensayo fase III INCREASE, que incluyó 326 pacientes con HTP-EPID, demostró por primera vez el beneficio clínico del treprostinil inhalado, con una mejoría significativa en la distancia recorrida en el test de la marcha de 6 minutos a las 16 semanas (+31 m frente a placebo) y una reducción del riesgo de empeoramiento clínico del 39 %.

Subanálisis posteriores del estudio mostraron además una menor incidencia de eventos de progresión de la enfermedad en los pacientes tratados, con menor caída en la distancia recorrida en el test de la marcha, menos hospitalizaciones de causa cardiopulmonar y menos exacerbaciones de la enfermedad pulmonar subyacente. Los datos del estudio de extensión abierto confirmaron un beneficio funcional mantenido hasta 52 semanas adicionales de tratamiento y una reducción del riesgo de exacerbaciones de la EPID. En un estudio retrospectivo multicéntrico con datos de práctica clínica real que comparó pacientes con HTP-EPID tratados con treprostinil inhalado frente a pacientes no tratados, el tratamiento se asoció a una reducción del 30 % en el riesgo de hospitalización y a una menor necesidad de ingreso en UCI durante el seguimiento.

En conjunto, la evidencia disponible sitúa al treprostinil inhalado como la primera terapia con beneficio demostrado en HTP-EPID, respaldada tanto por ensayos clínicos como por estudios en práctica clínica real. Tras INCREASE, no existen aún otros ensayos positivos robustos en esta entidad. No obstante, el campo continúa evolucionando con nuevas estrategias terapéuticas, como soralutinib inhalado (fase 3), nuevas formulaciones de prostaciclina como treprostinil palmitil inhalado y programas que exploran un posible efecto antifibrótico del treprostinil (TETON). En contraste, otras aproximaciones fisiopatológicamente prometedoras, como el óxido nítrico inhalado, no han demostrado beneficio clínico en ensayos fase 3.

ESTUDIO MESILICO: IMPLICACIONES PARA LA REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES ASMÁTICOS

Chiner Vives, E. (1)

(1) H. Universitario San Juan, Alicante

Tipo de comunicación:

PONENCIA

Objetivos

Ponencia basada en estudio: MESILICO (Efficacy of Mepolizumab in patients with late-onset Severe eosinophilic asthma and fixed obstruction). Este estudio es el primero en demostrar que, en pacientes con asma grave y fenotipo eosinofílico, el tratamiento

con mepolizumab revierte de forma significativa el remodelado de la vía aérea. Estos resultados evidencian el efecto pleiotrópico de la IL-5 en la fisiopatología del asma y sugieren que los biológicos podrían tener un efecto modificador de la enfermedad.

El objetivo fue investigar el impacto del tratamiento con mepolizumab durante 12 meses sobre el remodelado estructural de la vía aérea en pacientes con asma grave eosinofílica

Metodología

Estudio multicéntrico, prospectivo, abierto, no controlado. Realizado en los servicios de neumología de 8 hospitales en Grecia. Se estudiaron 47 pacientes con asma grave eosinofílica de ≥ 20 años de evolución, con obstrucción fija ($FEV_1/FVC < 0.7$ postbroncodilatador) y al menos una exacerbación en el año previo. Se realizaron broncoscopias con biopsias de mucosa bronquial en 41 pacientes. Análisis pareado de muestras pre- y post-tratamiento en 34 pacientes.

Resultados

- Reducción del 67% en exacerbaciones graves/año (de 2.1 a 0.7)
- Mejora en ACT (de 18.4 a 21.8 puntos; $p < 0.001$)
- Incremento del FEV_1 del 69.5% al 80.0% ($p < 0.001$)
- Disminución significativa de eosinófilos en sangre y FeNO
- Resultados histológicos pareados, obtenidos de biopsias realizadas antes y 12 meses después del tratamiento con mepolizumab ($n=34$):
- Grosor membrana basal (sBMT): disminución del 17.6% (-17.6%)
- Área músculo liso bronquial: disminución del 24.4% (-24.4%)
- ASMLT (grosor de capa muscular): disminución del 26% (-26.0%)
- Daño epitelial: disminución del 38.8% (-38.8%)
- Eosinófilos submucosos/ mm^2 : disminución del 47.9% (-47.9%)
- El cambio en ASMLT se correlacionó significativamente con la reducción de eosinófilos submucosos ($r = 0.599$, $p < 0.001$). Relación remodelado-función pulmonar: 1. Reducción en ASMLT correlacionada con aumento de la FVC y MMEF. 2. Reducción en sBMT asociada con mejora en PEF y puntuación ACT.

Conclusiones

El estudio MESILICO demuestra el impacto del tratamiento con mepolizumab, no solo en el control clínico del asma grave eosinofílica de inicio tardío con obstrucción fija, sino también en el remodelado estructural de la vía aérea.

Referencias

- ¹ DOMVRI K, TSIROUPROU I, BAKAKOS P, STEIROPOULOS P, KATSOUKIS K, KOSTIKAS K, ET AL. EFFECT OF MEPOLIZUMAB IN AIRWAY REMODELING IN PATIENTS WITH LATE-ONSET SEVERE ASTHMA WITH AN EOSINOPHILIC PHENOTYPE. J ALLERGY CLIN IMMUNOL. 2025;155(2):425–35. doi:10.1016/j.jaci.2024.10.024.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ¿QUÉ HALLAZGOS NOS HACEN TOMAR DECISIONES?

Salelles Climent, P. (1)

(1) H. Clínico Universitario de Valencia

Tipo de comunicación:

PONENCIA

Palabras clave:

radiografía , tórax, patrón alveolar, intersticial, nódulo pulmonar , masa pulmonar , mediastino, pleura.

Objetivos

La radiografía de tórax es la exploración radiológica más utilizada en el estudio torácico. La universalidad y accesibilidad de la Rx de Tórax es una de sus ventajas pero también supone un peligro , ya que es compleja de interpretar y se requiere de un nivel elevado de entrenamiento.

Reviso aspectos básicos de la interpretación de la radiografía de Tórax.

- Proyecciones PA y AP. Anatomía básica en la RX tórax .
- Sistemática de Lectura de la Radiografía de Tórax
- Veremos diferentes formas de afectación pulmonar , mediastino y pleura en la radiografía de tórax. Por cuestión de tiempo no reviso ni la pared torácica ni estructuras óseas.
- Utilizo radiografías de hospitales y de la literatura médica.

Metodología

Realizo una introducción a la interpretación y lectura básica de la Radiografía de tórax. Recuerdo las proyecciones PA y AP, con sus principales referencias anatómicas. Reviso la sistemática de lectura con la aproximación de dentro a fuera.

- Una primera parte de la presentación se basa en la revisión de diferentes formas de afectación pulmonar, mediastino y de la pleura.

1) Afectación pulmonar:

- Aumento de la densidad pulmonar-opacidad: patrón alveolar, patrón intersticial, nódulos y masas pulmonares, atelectasia.
- Disminución de la densidad pulmonar: localizado (cavidad, enfisema bulloso), difuso (enfisema pulmonar, atrapamiento aéreo)

2) Mediastino. Diferenciando sus compartimentos : Anterior, Medio y posterior y patología.

3) Pleura: Derrame pleural , neumotórax y otras lesiones pleurales (ej: mesotelioma pleural)

Resultados

- En una segunda parte de la ponencia revisaremos de forma rápida y práctica 16 casos diferentes de Radiografías de tórax de pacientes que han generado una Interconsulta entre Atención Primaria y el Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro hospital. En estos casos ya contamos con la ayuda de la IA en las Radiografías de Tórax.
- Repaso de los diferentes tipos de TC de tórax con sus diferentes indicaciones y contraindicaciones .

Conclusiones

- Un patrón/afectación puede tener diferentes causas. Correlación clínica.

- Radiólogos supervisar a la IA.
- Conocer los valores estadísticos de la IA en radiografía de tórax / Lo que “ no detecta “ la IA.
- Tipos de TC de tórax e indicaciones
- Comunicación entre diferentes profesionales- especialidades / Algoritmos y Protocolos-Guías . Circuitos.

Referencias

¹ CORRAL J. ALGORITMOS EN NEUMOLOGÍA. 4ª ED. MADRID: ERGON 2024

² BAYO A, SÁNCHEZ I, MELERO C. GUIA PRÁCTICA DE RADIOLOGÍA DE TÓRAX PARA ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID : ADELIA 2005.

³ HERRING W. RADIOLOGÍA BÁSICA. 3ª ED. BARCELONA: ELSEVIER 2016.

⁴ DEL CURA JL, PEDRAZA S, GAYETE A .RADIOLOGÍA ESENCIAL. TOMO I. 1ª ED.MADRID: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA 2010.

⁵ [HTTPS://RADIOLOGYASSISTANT.NL/](https://radiologyassistant.nl/)

⁶ [HTTPS://RADIOPAEDIA.ORG/](https://radiopaedia.org/)

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES



DILATACIÓN EN ESTENOSIS GRAVE TRAQUEOBRONQUIAL. TÉCNICA CON BALÓN NO OCLUSIVO Y VENTILACIÓN CONTINUA.

ELSIE DAVIANA, M. P. (1), Martínez, R. (2), Briones, A. (2), Sanz, M. (2), Sánchez, M. (2), Saiz, E. (2), Marnol, C. (2), Cases, E. (2)

(1) SERV. NEUMOLOGÍA, AV. FERNANDO ABRIL MARTORELL, (2) Hospital Universitario y Politécnico La FE

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave:

Balón no oclusivo. Dilatación. Estenosis traqueobronquial. Ventilación. Oxigenación. estenosis grave

Objetivos

La obstrucción de la vía aérea central, definida como la reducción del lumen a nivel de tráquea, carina y bronquios principales, es potencialmente mortal, limita el flujo aéreo, se asocia a elevada morbilidad y afecta la calidad de vida. Entre las estrategias terapéuticas, la dilatación con balón mejora rápidamente el calibre luminal y alivia los síntomas. Sin embargo, los dilatadores tradicionales provocan oclusión completa, impidiendo la oxigenación y la ventilación. El balón no oclusivo Trachealator® mantiene ventilación y oxigenación continuas, permitiendo ciclos prolongados con un perfil de seguridad favorable. El objetivo es describir la experiencia con la dilatación mediante balón no oclusivo en pacientes con estenosis traqueobronquial grave en nuestro centro.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal que incluyó a todos los pacientes con estenosis traqueobronquial $\geq 50\%$ tratados con balón no oclusivo (diciembre 2023-agosto 2025). Se analizaron variables demográficas, saturación de O_2 , características de la estenosis, de los procedimientos y complicaciones.

Resultados

Se realizaron 16 procedimientos en 11 pacientes (edad media 55 ± 23 años; 55% mujeres). En 6 pacientes (54,5%) la estenosis fue maligna (5 neoplasias pulmonares, 1 síndrome linfoproliferativo) y en 5 (45,5%) benigna (2 postradioterapia, 1 idiopática, 1 schwannoma, 1 tuberculosis). Según tipo de estenosis: 4 intrínsecas, 1 extrínseca y 6 mixtas. Localización: traqueal en 73% (4 en 1/3 proximal, 1 medio, 3 distal) y bronquio principal izquierdo en 27%. Mediana del grado de estenosis 83% (IQR 70–94%). En 14 procedimientos (87%) se realizaron 3 ciclos consecutivos de dilatación: 13 de 45 segundos (s) y 1 de 240 s. En 2 (13%) se aplicó un único ciclo: 300 s y 600 s. Hubo intervenciones adicionales en 11 procedimientos: colocación de prótesis en 6 (38%) y terapias complementarias en 7 (crioterapia 2, electrobisturí 2, asa de diatermia 1, láser 1, asa + láser 1). Todos los procedimientos se realizaron en quirófano bajo anestesia general, el 75% con broncoscopia rígida. La saturación mínima fue $96,1\% \pm 3,6\%$ y la final $98,6\% \pm 0,8\%$ ($p=0.009$). Se registraron 2 complicaciones (12,5%): un sangrado leve y otro moderado, ambos tratados con terapias adicionales.

Conclusiones

El balón no oclusivo permite una dilatación eficaz sin interrumpir la ventilación ni la oxigenación, posibilitando ciclos de mayor tiempo de duración, con un perfil de seguridad favorable y mejoría de la saturación al finalizar el procedimiento.

Referencias

- MAHMOOD K, FRAZER-GREEN L, GONZALEZ AV, SHOFR SL, ARGENTO AC, WELSBY I ET AL. MANAGEMENT OF CENTRAL AIRWAY OBSTRUCTION: AN AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. CHEST 2025;167:283-295.
- HOFMEYER R, MCGUIRE J, PARK K, PROXENOS M, PEER S, LEHMANN M, ET AL. PROSPECTIVE OBSERVATIONAL TRIAL OF A NONOCCLUSIVE DILATATION BALLOON IN THE MANAGEMENT OF TRACHEAL STENOSIS. J CARDIOTHORAC VASC ANESTH. 2022;36:3008-14.
- D'OTO AD, MARSHALL CR, CROSBY TW, ROSEN CA, YOUNG VN, MA Y. SIMULTANEOUS UPPER AIRWAY DILATION AND VENTILATION WITH THE TRACHEALATOR: TECHNICAL PEARLS AND PITFALLS. LARYNGOSCOPE. 2025;135:1-6.
- WIJERMARS LGM, HOEKSTRA CEL, NGUYEN TTT, STEVENS MF, DIKKERS FG. NEW TREATMENT STRATEGY FOR SUBGLOTTIC STENOSIS USING THE TRACHEALATOR, A NOVEL NON-OCCLUSIVE BALLOON. LARYNGOSCOPE. 2022;132:2202-5.

- ⁵ PEER S, BROOKS A, MCGUIRE J. "HOW I DO IT": NOVEL NON-OCCLUSIVE BALLOON DILATION IN PAEDIATRIC AIRWAY STENOSIS: A PARADIGM SHIFT (WITH VIDEO). EUR ANN OTORHINOLARYNGOL HEAD NECK DIS. 2021;138:S21-2.
- ⁶ HOFMEYER R, LUBBE D. HOW WE DO IT: ENDOSCOPIC TRACHEAL DILATATION TECHNIQUE USING A SUPRAGLOTTIC AIRWAY DEVICE AND NON-OCCLUSIVE BALLOON. J LARYNGOL OTOL. 2023;137:219-21.
- ⁷ CHADDHA U, AGRAWAL A, MURGU S, GHORI U, TRIAS-SABRIA P, ORTIZ-COMINO R, ET AL. WORLD ASSOCIATION FOR BRONCHOLOGY AND INTERVENTIONAL PULMONOLOGY (WABIP) GUIDELINES ON AIRWAY STENTING FOR BENIGN CENTRAL AIRWAY OBSTRUCTION. RESPIROLOGY. 2025;1-18. doi:10.1111/resp.70068.

CRIOEBUS VERSUS EBUS-TBNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS.

Rivas, A. (1), Parra, E. (2), Cruz, D. A. (2), De Casimiro, E. (1), Barranco, M. J. (1), Boix, M. J. (1), Fernandez, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, (2) Consorcio Hospital General de Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave

CrioEbusEBUS-TBNA

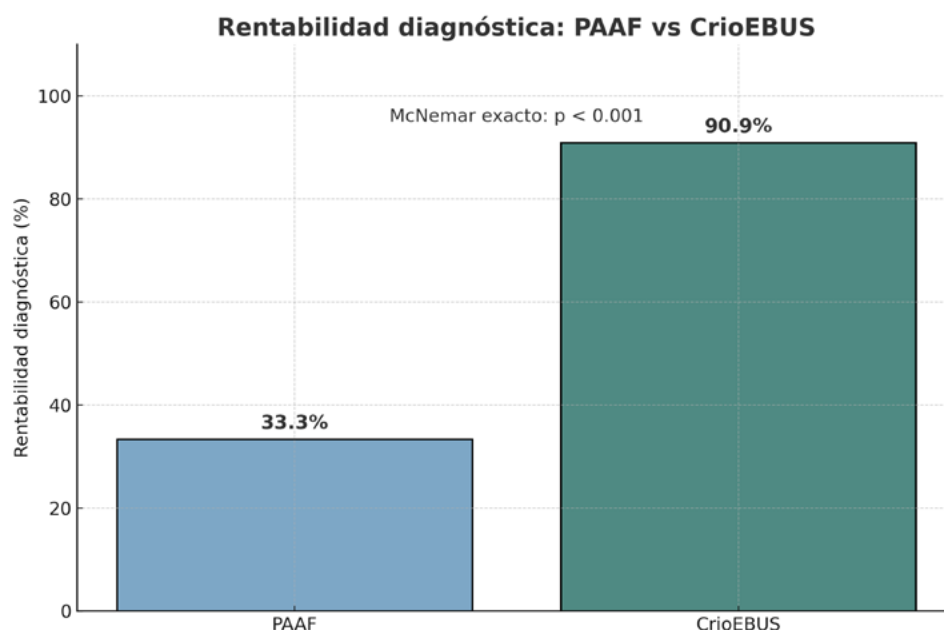
Objetivos

Determinar si el CriEbus aumenta el rendimiento diagnóstico del EBUS-TBNA en el estudio de adenopatías mediastínicas.

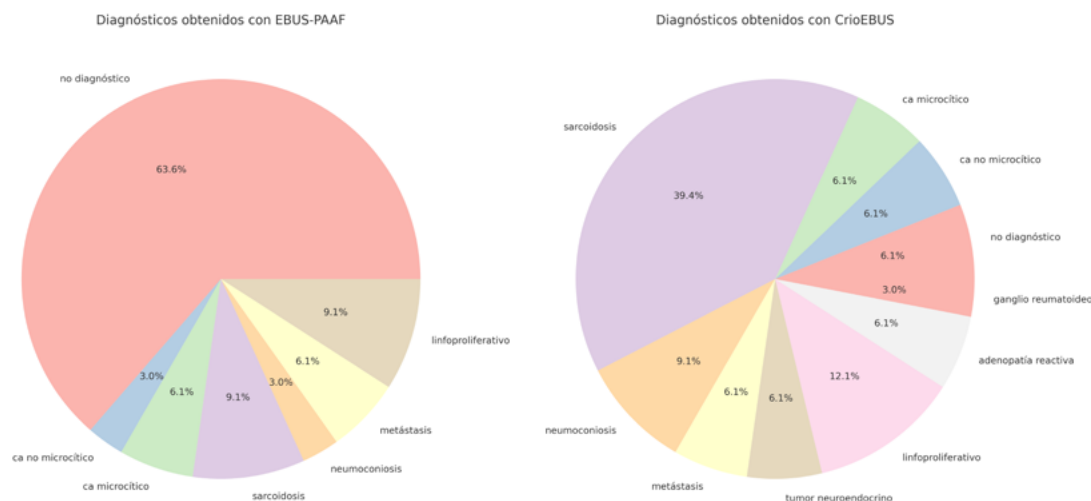
Metodología

Se realizó un estudio prospectivo observacional entre noviembre de 2024 y octubre de 2025. Se incluyeron pacientes con adenopatías mediastínicas ≥ 10 mm y sospecha de neoplasias poco frecuentes o metastásicas, enfermedad granulomatosa (sarcoidosis/silicosis), enfermedad linfoproliferativa o EBUS-TBNA previo negativo. Los procedimientos se realizaron bajo sedación en sala de broncoscopia. En cada paciente se efectuaron: 3 punciones EBUS-TBNA (19/22G) para citología, 4 criobiopsias mediastínicas guiadas por EBUS (criosonda 1,1 mm, túnel previo con aguja). El análisis comparativo de ambas técnicas se realizó mediante el test de McNemar para una variable dicotómica sobre un mismo paciente.

Resultados



Se incluyeron 33 pacientes con edad media 60 años $\pm$ 13, siendo la mayoría varones 60%. Como complicaciones del procedimiento se registró 1 caso de broncoespasmo sin precisar ingreso. El EBUS-TBNA mostró una rentabilidad diagnóstica del 33.3% (11/33 casos). En contraste, el CrioEBUS con tamaño medio de muestra 3.9 mm $\pm$ 0.7, alcanzó una rentabilidad diagnóstica del 90.9% (30/33 casos), triplicando el rendimiento de la PAAF, especialmente en patología benigna como la sarcoidosis donde la PAAF no diagnosticó hasta 78% de los casos vs el 100% diagnosticado con criobiopsia. En el análisis de concordancia entre ambas técnicas el índice de Coeficiente kappa fue baja ($\kappa=0,095$), indicando que CrioEBUS aportó diagnósticos adicionales no detectados por TBNA. El análisis comparativo de ambas técnicas se muestra en la figura1. En la figura2 se muestran los diagnósticos por patologías en ambas técnicas.



Conclusiones

En nuestra serie, la EBUS-TBNA mostró fallos en patologías benignas y granulomatosas, mientras que la CrioEBUS mantuvo una eficacia elevada en todas las categorías diagnósticas. Esto demuestra que, en nuestra experiencia, la CrioEBUS incrementa de manera sustancial el rendimiento diagnóstico. Por ello, deben considerarse técnicas complementarias en determinadas patologías.

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.

Climent Campos, C. (I), Sala, A. (I), Raheb, C. (I), Lillo, E. (I), Martínez Moragón, E. (I)

(I) Hospital Doctor Peset, Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave

Terapia psicológica, ansiedad, asma grave.

Objetivos

La ansiedad es más prevalente en los pacientes asmáticos respecto a la población general. Además, la sintomatología asmática puede generarla y agravarla. Esto influye en el manejo del asma, afectando negativamente la calidad de vida y el control de la enfermedad.

En el presente estudio, aplicamos un programa estructurado de reducción de la ansiedad en pacientes con diagnóstico de asma grave no controlada pese a tratamiento médico óptimo, con el objetivo de mejorar el bienestar psicológico y, en consecuencia, el manejo de su enfermedad.

Metodología

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyen pacientes con asma grave no controlada, seleccionados desde nuestra unidad de asma del Hospital Dr. Peset de Valencia. Son incluidos en función de la entrevista personal, situación-evolución del asma y puntuaciones obtenidas en el HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión). Los pacientes incluidos tenían una puntuación mayor o igual a 8 en la subescala de ansiedad de la HADS.

Gracias a la incorporación de una psicóloga clínica en la unidad de asma multidisciplinar de nuestro centro, los participantes fueron sometidos a un programa de intervención individualizada de 13 sesiones centrada en la inoculación del estrés, el entrenamiento de relajación, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva.

Se evaluó el funcionamiento psicológico antes y después del tratamiento mediante las pruebas LSB-50 (INT), IRE-32 (IRE TOT) e ICPA-R (Cpsi), para evaluar ansiedad, reactividad al estrés y conductas problemáticas relacionadas con el asma.

Resultados

Participaron 18 pacientes, con una edad media de 54 años, 15 eran mujeres y 3 eran hombres. Tras la intervención, se observó una reducción significativa en los índices evaluados. El índice de intensidad de síntomas psicológicos (LSB-50) disminuyó de 79,28 a 50,22 ($p < 0,001$), el índice total de reactividad al estrés (IRE-32) de 1,91 a 1,53 ($p < 0,01$) y las consecuencias psicológicas del asma (ICPA-R) de 30,28 a 25,06 ($p < 0,05$).

Variable	Pre intervención	Post intervención	p-valor
LSB-50 (INT)	79,28	50,22	<0,001
IRE-32 (Total)	1,91	1,53	<0,01
ICPA-R (Cpsi)	30,28	25,06	<0,05

Tabla 1: Resultados principales antes y después de la intervención.

LSB-50 (INT): índice de intensidad de síntomas psicológicos.

IRE-32 (Total): índice total de reactividad al estrés.

ICPA-R (Cpsi): consecuencias psicológicas del asma.

Estos resultados reflejan que la intervención produjo mejoras significativas en la sintomatología ansioso-depresiva y en el afrontamiento psicológico de la enfermedad, con una disminución media en escala HADS de 3 ± 3 puntos para ansiedad y de 3 ± 4 en depresión.

Variable	Pre intervención	Post intervención	p-valor
Puntuación HADS subescala de ansiedad.	12 +/- 2	10 +/- 4	<0,036
Puntuación HADS subescala de depresión.	9 +/- 3	7 +/- 4	<0,059

Tabla 2: Puntuaciones en la escala HADS antes y después de la intervención.

Conclusiones

La intervención psicológica estructurada en pacientes con asma grave, se reduce la sintomatología ansiosa, mejora la regulación emocional y las respuestas desadaptativas asociadas al asma.

Los resultados proporcionan evidencia preliminar que respalda la integración de intervenciones psicológicas en el manejo multidisciplinario del asma grave.

MÁS ALLÁ DEL ÍNDICE DE APNEA-HIPOPNEA: LA CARGA HIPÓXICA Y EL SCORE HARPA COMO PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Martínez Pérez, R. (1), Mompean Rodríguez, S. (2), Beauperthuy Levy, T. (3), Oscullo Yopez, G. (1), Gómez-Olivas, J. D. (1), Inglés Azorín, M. (4), Oscullo Yopez, V. (5), Sánchez de la Torre, M. (6), Martínez-García, M. Á. (7)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, (2) Hospital Universitario del Vinalopó, Alicante, (3) Hospital General de Requena, Valencia, (4) Hospital Universitario de la Plana, Castellón, (5) Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, (6) Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla la Mancha, IDISCAM, (7) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, IISLaFE, Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave

Apnea obstructiva del sueño; carga hipóxica; desaturación; poligrafía; eventos cardiovasculares.

Objetivos

La gravedad de la apnea obstructiva del sueño (AOS) se evalúa generalmente mediante el índice de apnea-hipopnea (IAH) y el índice de desaturación. Sin embargo, estas métricas predicen de manera inadecuada los eventos cardiovasculares (ECV) ya que solo se centran en la frecuencia de los eventos respiratorios. La carga hipóxica (HB) es una métrica novedosa que abarca el impacto acumulado de las desaturaciones nocturnas en términos de frecuencia, profundidad y duración, puede proporcionar un mejor valor pronóstico cardiovascular. Este estudio tiene como objetivo comparar las capacidades predictivas de la HB, IAH y la desaturación nocturna (CT90%) para los ECV incidentes en pacientes con AOS.

Metodología

Realizamos un estudio longitudinal prospectivo unicéntrico en pacientes con AOS (IAH ≥ 5 eventos/h). Se excluyó a las mujeres embarazadas y a aquellos con CPAP bien tolerado (≥ 4 horas/noche). Los participantes se agruparon por terciles de HB, IAH y Tsat90%. Se registraron los ECV incidentes, incluyendo enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares, arritmias, insuficiencia cardíaca y crisis de hipertensión durante una mediana de seguimiento de 15 meses. Se realizó un análisis de supervivencia de Cox/Kaplan Meier para evaluar comparativamente el impacto pronóstico de HB, IAH y CT90% en el riesgo de ECV.

Resultados

De los 739 pacientes incluidos, aquellos en el tercil más alto de HB mostraron un riesgo significativamente mayor de ECV (2º tercil (25.6-70.2 %min/h) HR 2,4 [IC95%: 1.7-4.2; $p < 0.001$] y 3º tercil (> 70.2 %min/h): HR 3.1 [IC95%: 1.9-4.1; $p < 0.001$]) superando al IAH (2º y 3º tercil no significativos) en valor pronóstico. El tercer tercil de CT90% también predijo de forma independiente ECV incidentes (HR 2.1 [IC95%: 1.1-3.8]; $p = 0.023$). Se desarrolló una nueva escala de pronóstico, la escala HARPA (TABLA 1), basada en los valores de HB y CT90%, la edad, la hipertensión y el historial previo de ECV, que demostró una alta área bajo la curva ROC (AUC-ROC 0,86), lo que indica una capacidad predictiva superior en comparación con cada componente individual (TABLA 1).

TABLA 1: HARPA Score para valorar la capacidad pronóstica para eventos cardiovasculares incidentes.

	HR	IC 95%	P	HARPA score puntuación
Hipertensión arterial	2.203	1.369-3.546	0.001	2
ECV previos	2.697	1.803-4.034	0.0001	3
Edad > 63 años	1.737	1.030-2.296	0.036	2

CT90% >12%	1.723	1.030-2.296	0.031	2
HB terciles				
1ºT	--	--	--	
2ºT: (25.6-70.2 %min/h)	2.396	1.375-4.045	0.001	2
3ºT: (>70.2 %min/h)	3.423	1.991-3.236	0.0001	3

ECV: eventos cardiovasculares; CT90%: Porcentaje de tiempo de registro con saturación de oxígeno por debajo del 90%; HB: carga hipóxica; T: tercil; HR: Hazard ratio; IC: intervalo de confianza.

Conclusiones

HB y CT90% son predictores independientes de ECV en pacientes con AOS, capturando, mejor que el IAH distintos aspectos de la hipoxemia intermitente y sostenida. El score HARPA, que combina estas métricas con otros factores de riesgo cardiovascular establecidos (ECV previos e HTA) y la edad >63 años, proporciona una gran capacidad pronóstica (AUC-ROC del 86%) para la ECV incidente, mayor que sus componentes por separado.

Referencias

- ¹ KAINULAINEN S, TÖYRÄS J, OKSENBERG A, KORKALAINEN H, SEFA S, KULKAS A, LEPPÄNEN T. SEVERITY OF DESATURATIONS REFLECTS OSA-RELATED DAYTIME SLEEPINESS BETTER THAN AHI. J CLIN SLEEP MED. 2019 AUG 15;15(8):1135-1142
- ² BALDWIN CM, GRIFFITH KA, NIETO FJ, O'CONNOR GT, WALSLEBEN JA, REDLINE S. THE ASSOCIATION OF SLEEP-DISORDERED BREATHING AND SLEEP SYMPTOMS WITH QUALITY OF LIFE IN THE SLEEP HEART HEALTH STUDY. SLEEP. 2001;24(1):96-105
- ³ CAPLES SM, ANDERSON WM, CALERO K, HOWELL M, HASHMI S. USE OF POLYSOMNOGRAPHY AND HOME SLEEP APNEA TESTS FOR THE LONGITUDINAL MANAGEMENT OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN ADULTS: AN AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE CLINICAL GUIDANCE STATEMENT. J CLIN SLEEP MED 2021 17: 1287-1293
- ⁴ AZARBARZIN A, SANDS SA, STONE KL, TARANTO-MONTEMURRO L, MESSINEO L, TERRILL PI, ANCOLI-ISRAEL S, ENSRUD K, PURCELL S, WHITE DP, REDLINE S, WELLMAN A. THE HYPOXIC BURDEN OF SLEEP APNOEA PREDICTS CARDIOVASCULAR DISEASE-RELATED MORTALITY: THE OSTEOPOROTIC FRACTURES IN MEN STUDY AND THE SLEEP HEART HEALTH STUDY. EUR HEART J. 2019 APR 7;40(14):1149-1157
- ⁵ AZARBARZIN A, SANDS SA, TARANTO-MONTEMURRO L, VENA D, SOFER T, KIM SW, STONE KL, WHITE DP, WELLMAN A, REDLINE S. THE SLEEP APNEA-SPECIFIC HYPOXIC BURDEN PREDICTS INCIDENT HEART FAILURE. CHEST. 2020 AUG 15;158(2):739-750.

VALIDACIÓN DE MÉTODOS DE INTEGRACIÓN NUMÉRICA CON UN REDUCIDO NÚMERO DE NODOS PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA BAJO LA CURVA EN LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA

Vales, A. (1), Ferrer, S. (1), Sancho, J. (1), Signes-Costa, J. (2)

(1) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia; INCLIVA instituto de investigación biomédica, Universitat de València, (2) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia; Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología; INCLIVA instituto de investigación biomédica, Universitat de València

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave

Ecografía diafragmática, integración numérica, área

Objetivos

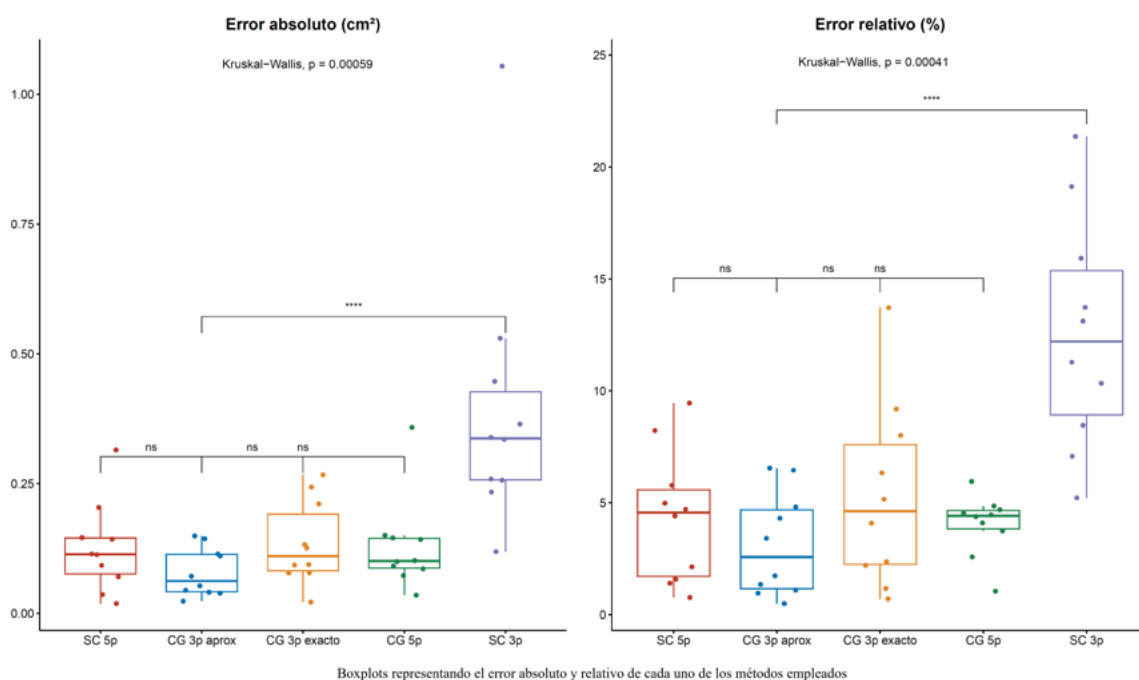
La excursión diafragmática medida por ecografía permite valorar el desplazamiento cráneo-caudal del diafragma en cada ciclo respiratorio. Actualmente no existe un método analítico validado para determinar el área bajo la curva en la excursión diafragmática. El objetivo de nuestro estudio es encontrar un nuevo índice ecográfico y describir el método más eficiente para su obtención.

Metodología

Estudio transversal observacional sobre 10 voluntarios sanos. Estimaremos el área bajo la excursión diafragmática con métodos clásicos de integración numérica (Simpson compuesto con paso fijo (SC) y método de cuadratura gaussiana (CG)). Se obtendrá el valor de la función en múltiples puntos midiendo manualmente la altura y se calcularán las áreas estimadas. Emplearemos el mayor número de nodos para ambos métodos y compararemos las estimaciones obtenidas con un menor número de puntos. La elección de los nodos de integración se ha realizado dividiendo el intervalo de tiempo de forma proporcional para los métodos de SC con paso fijo. Para las fórmulas de cuadratura gaussiana se usarán nodos específicos (11,27, 50 y 88,73% del intervalo temporal en el CG de 3 puntos) pero para facilitar la aplicación práctica se tomarán nodos aproximados (10, 50 y 90% CG3p; 5, 25, 50, 75 y 95% CG5p), comparando en el caso del gaussiano de 3 nodos el cálculo obtenido empleando los nodos exactos (CG3p exacto) con los nodos aproximados (CG3p aprox).

Resultados

Se utilizó como valor de referencia las áreas calculadas con SC de 21 nodos, obteniendo un área media de 3,21 cm². Los errores absoluto y relativo obtenidos se muestran en la gráfica y tabla anexas. Se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa respecto al método más simple (SC de 3 nodos) utilizando los métodos SC de 5 nodos y CG de 3 y 5 nodos, destacando en todos los casos el método de CG de 3 nodos ya que presenta un error absoluto y relativo más bajo (0,079 cm², 3,12%) con errores máximos de 0,149 cm² y 6,55% respectivamente, sin que el uso de los nodos aproximados haya supuesto una penalización significativa en cuanto a precisión.



Conclusiones

El método gaussiano estimado de 3 puntos emerge como un método robusto y preciso para calcular el área bajo la excursión diafragmática.

Área media de referencia: 3,21 cm ² (1,797)					
Método	Área (cm ²)	Error absoluto (cm ²)	EA máx (cm ²)	Error relativo (%)	ER máx (%)
SC 5p	3,084 (1,789)	0,125 (0,086)	0,315	4,35% (2,94)	9,46%
CG 3p aprox	3,242 (1,774)	0,079 (0,046)	0,149	3,12% (2,31)	6,55%
CG 3p exacto	3,325 (1,788)	0,134 (0,080)	0,267	5,31% (4,11)	13,72%
CG 5p	3,338 (1,874)	0,128 (0,088)	0,358	4,04% (1,35)	5,95%
SC 3p	3,603 (2,026)	0,394 (0,259)	1,054	12,57% (5,17)	21,36%

Los valores se expresan como media (desviación estándar) excepto que se indique lo contrario

Valores de área media y errores medios y máximos obtenidos para cada uno de los métodos empleados comparados con el valor de referencia

ANÁLISIS MÚLTIPLEX DEL PERFIL DE BIOMARCADORES ASOCIADOS A FIBROSIS PULMONAR EN LAVADO BRONCOALVEOLAR

Vales, A. (1), Ferrer, A. (1), Herrera, A. (2), Boluda, E. (1), Mulet, A. (1), Ordóñez, P. (1), Ortiz, E. (2), Signes-Costa, J. (3)

(1) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia; INCLIVA instituto de investigación biomédica, Universitat de València, (2) Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Medicina y Odontología; INCLIVA instituto de investigación biomédica, Universitat de València, (3) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia; Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología; INCLIVA instituto de investigación biomédica, Universitat de València

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave

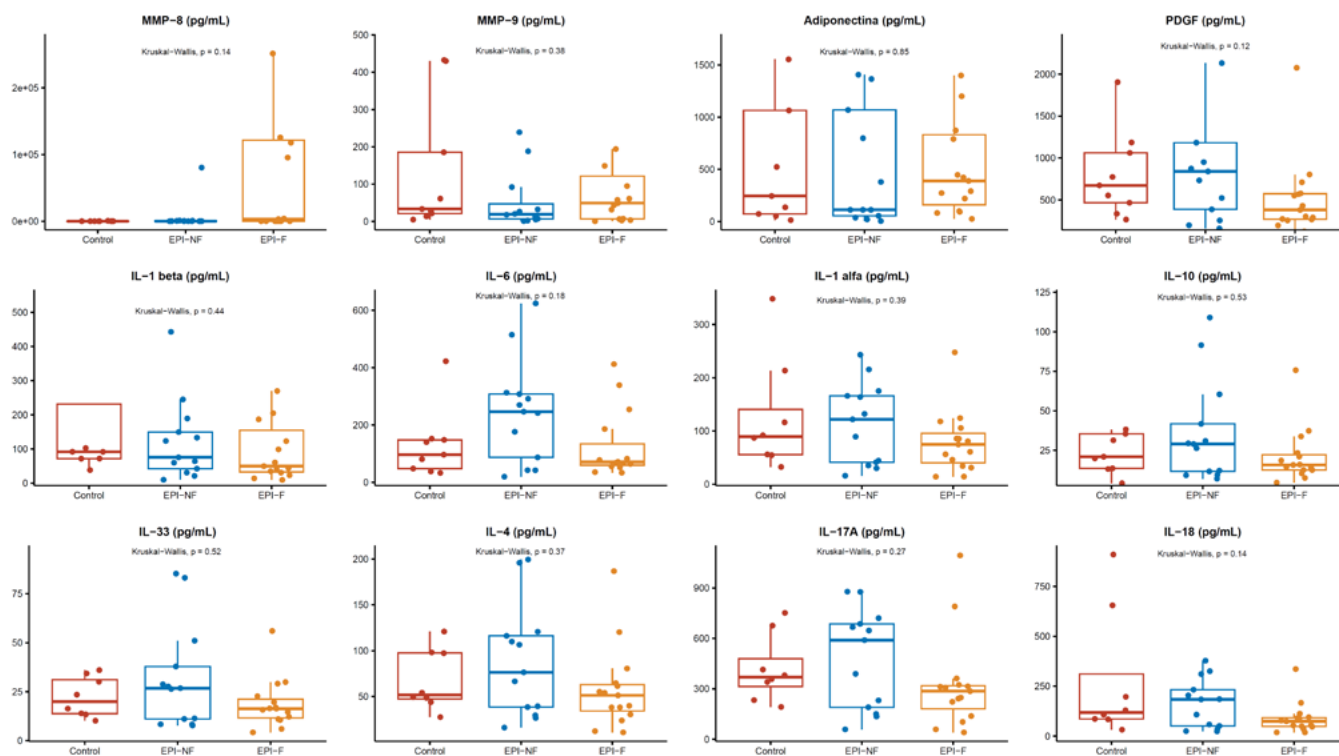
Biomarcadores, fibrosis pulmonar, lavado broncoalveolar

Objetivos

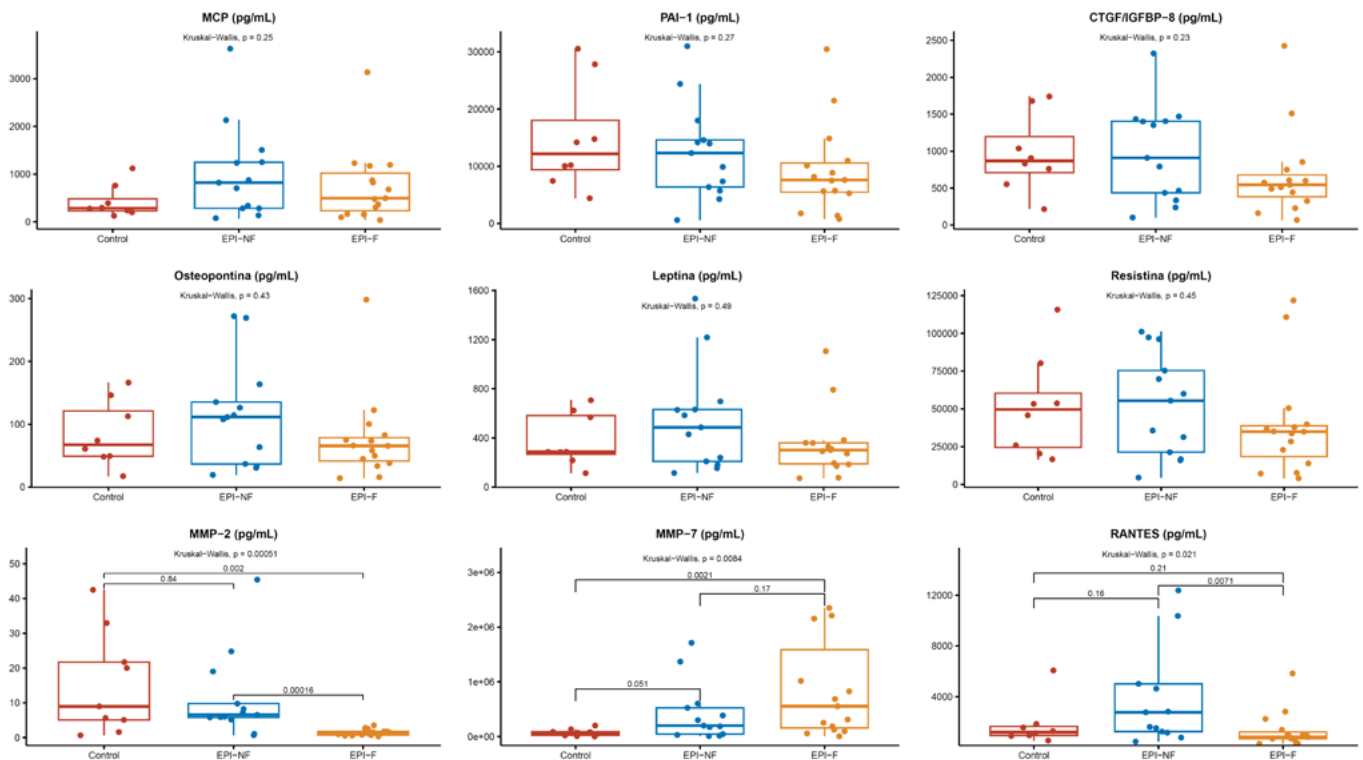
En las enfermedades intersticiales pulmonares (EPI) existe un subgrupo de pacientes que pueden presentar progresión hacia fibrosis pulmonar. Actualmente no se disponen de marcadores precoces de progresión. El objetivo del estudio es analizar biomarcadores en lavado broncoalveolar (LBA) que permitirían identificar pacientes que desarrollarían 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).



Boxplots correspondientes a las concentraciones de cada biomarcador



Se han separado por centrifugación las muestras de LBA en sobrenadante y pellet. Del sobrenadante se han analizado un total de 21 marcadores mediante ensayo múltiple de inmunoadsorción ligado a enzima (ELISA múltiplex). El estudio de las diferencias entre las medias obtenidas se ha realizado mediante análisis de Kruskal-Wallis. En los casos en los que se ha alcanzado la significación estadística se ha ampliado el estudio implementando comparaciones por pares mediante el test de Wilcoxon, ajustando por multiplicidad con el método FDR.

Biomarcador (pg/mL)	Control (n=9)	EPI-NF (n=13)	EPI-F (n=15)	p-valor
MMP-8	79,45 (195,63)	6411,73 (22255,57)	132642,00 (268968,50)	0,14
MMP-9	134,53 (176,78)	53,59 (79,31)	4285,61 (15814,92)	0,38
Adiponectina	842,80 (1272,22)	1092,28 (2355,30)	671,30 (880,01)	0,85
PDGF	802,30 (515,53)	1452,20 (1903,54)	520,80 (472,79)	0,12
IL-1 β	502,62 (1001,22)	122,15 (119,05)	200,49 (453,72)	0,44
IL-6	128,82 (119,58)	244,36 (180,31)	124,58 (118,09)	0,18
IL-1 α	124,89 (105,98)	113,25 (76,32)	78,47 (58,23)	0,39
IL-10	144,42 (367,13)	35,99 (32,49)	21,17 (17,49)	0,53
IL-33	22,21 (10,17)	31,82 (26,62)	18,77 (12,59)	0,52
IL-4	67,47 (33,19)	87,83 (60,95)	57,85 (45,10)	0,37
IL-17A	418,40(198,12)	478,68 (296,21)	322,84 (276,76)	0,27
IL-18	275,10 (323,81)	163,13 (123,56)	87,90 (78,55)	0,14
MCP	428,00 (339,70)	1021,47 (988,82)	747,78 (775,78)	0,25
PAI-1	14926,00 (9440,41)	12507,40 (8413,83)	9372,40 (7894,75)	0,27
CTGF/IGFBP-8	966,20 (522,95)	974,20 (651,84)	672,60 (592,45)	0,23
Osteopontina	84,57 (52,15)	114,23 (83,25)	75,99 (68,19)	0,43
Leptina	386,20 (215,66)	546,60 (424,44)	346,70 (269,58)	0,49
Resistina	51460,00 (33437,58)	52367,00 (33912,93)	39029,00 (34254,59)	0,45
MMP-2	15,46 (14,80)	11,12 (12,25)	1,45 (0,95)	0,002
MMP-7	71544,50 (64114,86)	426883,00 (534175,90)	1202861,00 (1854111,00)	0,0021
RANTES	1784,90 (1780,95)	5381,20 (7016,65)	1331,90 (1424,62)	0,021

Los valores se expresan como media (desviación estándar) excepto que se indique lo contrario

Resultados

Se analizan un total de 31 muestras de LBA mediante ELISA múltiplex. En el análisis estadístico de las muestras se obtienen los resultados que se presentan en la tabla y gráficas inferiores. Se identificaron diferencias en la expresión de marcadores en los distintos grupos. Vemos diferencias significativas de proteínas en función de si la EPI es fibrótica o no en un total de 3 marcadores: MMP2, MMP7 y RANTES.

Conclusiones

Algunos biomarcadores en LBA como MMP2 y RANTES se expresan en mayor cantidad en pacientes con EPI-NF y podrían tener relevancia en la predicción de progresión a fibrosis.

EL RESVERATROL AUMENTA LA SECRECIÓN DE Z-AAT Y DISMINUYE SU POLIMERIZACIÓN EN UN MODELO CELULAR DE DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

Dasí, F. (1), Gómez, M. (1), Esteve, M. Á. (1), Magallón, M. (1), Herrero, M. J. (2), Castillo-Corullón, S. (3), González-Villaescusa, C. (4), Signes-Costa, J. (4)

(1) Universidad of València. Facultad de Medicina. Departamento de Fisiología. IIS INCLIVA, (2) Universidad of València. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología. IIS La Fe, (3) Hospital Clínico Universitario Valencia. Universidad of València. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. . IIS INCLIVA, (4) Hospital Clínico Universitario Valencia. Departamento de Neumología. IIS INCLIVA

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave:

Déficit de Alfa-1 antitripsina, Enfermedades Raras, Enfisema, Resveratrol, Polifenoles.

Objetivos

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad hereditaria caracterizada por niveles plasmáticos bajos de alfa-1 antitripsina (AAT), asociada al desarrollo de enfisema y enfermedad hepática. En el hígado, la variante mutada Z-AAT polimeriza y se acumula en los hepatocitos, desencadenando inflamación crónica. Aunque la terapia de aumento se utiliza para tratar el enfisema, no existen tratamientos farmacológicos aprobados para la afectación hepática del DAAT. Dado que el estrés oxidativo está aumentado en estos pacientes, las terapias antioxidantes representan una posible estrategia terapéutica. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del resveratrol, un polifenol con propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, sobre la expresión, polimerización, secreción y estado oxidativo de la AAT en un modelo celular de DAAT.

Metodología

Se evaluó la viabilidad celular, la secreción de AAT, el estado de oxidación de AAT y la expresión del gen SERPINA1 en células Z-HEK293 productoras de la proteína humana Z-AAT, incubadas con resveratrol a concentraciones de 1.25; 2.5; 5.0 y 10.0 μM durante 24 h, 72 h y 6 días.

Resultados

El resveratrol no afectó la viabilidad celular a concentraciones de 1.25–5.0 μM , aunque a 10.0 μM resultó citotóxico al sexto día. Con respecto a la secreción de AAT, se observó un aumento significativo a partir de las 24 horas alcanzándose un máximo a las 72 horas, especialmente a 5 μM , y manteniéndose elevada hasta el sexto día. Paralelamente, la oxidación de la AAT disminuyó con el tiempo, de forma más marcada a 2.5 y 5.0 μM , mientras que la expresión del gen SERPINA1 siguió un patrón similar, alcanzando un pico a las 72 horas (particularmente a 2.5 μM). Asimismo, el tratamiento con resveratrol redujo la polimerización de AAT a partir de las 24 horas.

Conclusiones

El resveratrol aumenta la secreción y la expresión de la AAT y disminuye tanto la oxidación como su polimerización, lo que sugiere un efecto potencialmente beneficioso sobre la funcionalidad de la AAT.

Financiación: Financiado por una subvención de la Generalitat Valenciana #CIAICO/2023/099.

ANÁLISIS DEL CURSO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA EN PACIENTES RESIDENTES EN ÁREAS AFECTADAS POR LA DANA

Sanz Herrero, F. (1), Méndez, R. (2), Aguar, M. del C. (3), Lizazábal, P. (4), Novella, L. (5), Lera, R. (6), Ballester, M. (7), Carrión, N. (1), Giménez, P. (1), Mata, C. (8), Mokachir, L. (8), Cifre, P. (6), Prieto, D. (6), Fernández, E. (1)

(1) Consorci Hospital General Universitari de València, (2) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, (3) Hospital Arnau de Vilanova, (4) Hospital de Manises, (5) Hospital de la Ribera, Alzira, (6) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, (7) Hospital de Requena, (8) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave:

DANA. Gripe. Neumonía. Pronóstico.

Objetivos

Las inundaciones derivadas de la DANA del 29 de octubre de 2024 impactaron severamente en diversos departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, creando un escenario crítico con potencial repercusión en la asistencia y el pronóstico de las patologías respiratorias.

El presente estudio se propone evaluar si la residencia en las áreas damnificadas condicionó la evolución clínica de los pacientes ingresados por infección por el virus Influenza.

Metodología

Estudio observacional multicéntrico de pacientes ingresados por virus Influenza en siete departamentos de salud valencianos afectados por la DANA de octubre de 2024 (población de referencia de 1,77 millones). Los casos fueron analizados comparando su perfil demográfico, comorbilidades y evolución clínica, estratificando la muestra según el lugar de residencia en zonas de catástrofe, conforme a los criterios del Decreto 16/2025 del Consell de la Generalitat.

Resultados

Se analizaron 640 pacientes hospitalizados por gripe, de los cuales 358 (55,9%) procedían de zonas afectadas por la DANA. No se hallaron disparidades significativas en el perfil demográfico ni en la carga de comorbilidad basal según la zona de residencia. En la serie global, 369 pacientes desarrollaron complicaciones, destacando la insuficiencia respiratoria aguda (45,9%), complicaciones cardíacas (21,3%) y fracaso renal agudo (13,6%). Los residentes en poblaciones afectadas mostraron una tasa de complicaciones significativamente mayor (61,2% vs. 53,2%; $p=0,042$). Asimismo, el lugar de residencia se identificó como un factor asociado de forma independiente a una mayor incidencia de insuficiencia respiratoria aguda [51,1% vs. 39,4%; (OR 1,63, IC95% 1,17-2,27); $p=0,003$] y de eventos cardiovasculares adversos mayores [4,2% vs. 1,1%; (OR 4,05, IC95% 1,13-15,52); $p=0,018$]. La mortalidad hospitalaria fue del 9,2%, sin diferencias estadísticas significativas según la zona (10,1% vs. 8,2%; $p=0,409$).

Conclusiones

Los desastres naturales incrementan la fragilidad de los pacientes ante la infección por virus Influenza, traducándose en una mayor morbilidad. Es fundamental integrar la prevención de infecciones respiratorias en los planes de respuesta ante emergencias y asegurar una infraestructura sanitaria resiliente para proteger a las poblaciones más expuestas.

HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO 3 EN EL REGISTRO NACIONAL REHAR: PERFIL CLÍNICO, GRAVEDAD Y MANEJO TERAPÉUTICO

MOKACHIR MOHSENIN, L. (1), MARTIN NUÑEZ, M. (1), LÓPEZ REYES, R. (1)

(1) Hospital La Fe

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN ORAL

Palabras clave:

Hipertensión pulmonar grupo 3 Enfermedad pulmonar crónica Treprostinil inhalado Hemodinámica pulmonar

Objetivos

Describir las características clínicas, funcionales y hemodinámicas de los pacientes con hipertensión pulmonar (HP) grupo 3 incluidos en el registro nacional REHAR en nuestro centro, analizando su gravedad y estrategias terapéuticas, con especial atención a las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) candidatas a treprostinil inhalado.

Metodología

Estudio observacional de los pacientes con HP grupo 3 incluidos en REHAR. Se analizaron 33 pacientes. Se recogieron variables demográficas, hábito tabáquico y enfermedad respiratoria subyacente. Se evaluaron clase funcional y disnea (mMRC), pruebas de función respiratoria, test de la marcha de 6 minutos (T6MM), NT-proBNP y datos de cateterismo cardíaco derecho. Se analizó la evolución clínica, funcional y hemodinámica durante el seguimiento.

Resultados

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS BASALES

(n = 33)

Variable	Resultado
Edad media (años)	61,2
Sexo	
Masculino, n (%)	22 (66,7%)
Femenino, n (%)	11 (33,3%)
Hábito tabáquico, n (%)	
Fumador activo	6 (18,2%)
Exfumador	23 (69,7%)
No fumador	4 (12,1%)
Obesidad, n (%)	
Normopeso	26 (79%)
Obesidad	7 (21%)
mMRC, n (%)	
Grado I	1 (3%)
Grado II	8 (24,2%)
Grado III	7 (21,2%)
Grado IV	2 (6%)
Enfermedad respiratoria subyacente, n (%)	
EPOC	18 (54,5%)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa	8 (24,2%)
Síndrome combinado fibrosis–enfisema	4 (12,1%)
Síndrome obesidad–hipoventilación	1 (3%)
Patología de la caja torácica	1 (3%)
Otras etiologías	1 (3%)

TABLA 2. PARÁMETROS FUNCIONALES, HEMODINÁMICOS Y BIOMARCADORES BASALES**(n=33)**

Variable	Resultado (media)
FEV1 (%)	63,25 %
FVC (%)	77,5 %
DLCO (%)	38%
Presión arterial pulmonar media (mmHg)	42,3
Resistencia vascular pulmonar (UW)	8,24
pro-BNP (pg/mL)	2460,5
Distancia T6MM (m)	333,6

TABLA 3. PARÁMETROS FUNCIONALES, HEMODINÁMICOS Y BIOMARCADORES POST-TRATAMIENTO**(n=33)**

Variable	Resultado (media)
FEV1 (%)	60,5%
FVC (%)	79,8%
DLCO (%)	37,8%
Presión arterial pulmonar media (mmHg)	43,3
Resistencia vascular pulmonar (UW)	8,6
pro-BNP (pg/mL)	1225,9
Distancia media T6MM (m)	343,8

Se incluyeron 33 pacientes, edad media 61,2 años; 66,7% varones. El 69,7% eran exfumadores y el 18,2% fumadores activos; 21% presentaban obesidad. La patología subyacente fue EPOC en 54,5%, EPID en 24,2% y síndrome combinado fibrosis-enfisema en 12,1%, con otras etiologías menos frecuentes. Funcionalmente, predominaban grados mMRC II-III. La FEV1 media fue 63,25%, FVC 77,5% y DLCO 38%, reflejando afectación respiratoria moderada. La distancia media en el T6MM fue 333,6 m y el NT-proBNP 2460,5 pg/mL. Hemodinámicamente, la PAPm media fue 42,3 mmHg y la RVP 8,24 UW, indicando HP significativa (Tablas 1,2). Durante el seguimiento la mayoría de los pacientes fueron tratados con fármacos vasodilatadores pulmonares y se observaron discretas mejorías en el NT-proBNP y el T6MM, con estabilidad global de los parámetros funcionales respiratorios (TABLA 3). Fallecieron 14 pacientes, principalmente por progresión respiratoria o complicaciones asociadas. Cinco pacientes fueron sometidos a trasplante pulmonar. Nueve pacientes con EPID y síndrome combinado, iniciaron treprostinil inhalado. En este subgrupo se observaron tendencias favorables en capacidad funcional y reducción de NT-proBNP, en línea con el beneficio descrito en esta población, aunque con elevada mortalidad asociada a la enfermedad de base.

Conclusiones

La HP grupo 3 en nuestra cohorte REHAR se asocia a importante deterioro funcional, afectación hemodinámica significativa y elevada mortalidad, especialmente en pacientes con EPOC y EPID. En pacientes con EPID, el uso de treprostinil inhalado muestra señales de beneficio clínico en práctica real, apoyando su papel terapéutico en esta población seleccionada (1,2).

Referencias

- ¹Humbert M, KOVACS G, HOEPER MM, BADAGLIACCA R, BERGER RMF, BRIDA M, ET AL. 2022 ESC/ERS GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY HYPERTENSION. EUR RESPIR J. 2022;60(4):2101290.
- ²WAXMAN AB, RESTREPO-JARAMILLO R, THENAPPAN T, RAVICHANDRAN A, ENGEL P, BAJWA AA, ET AL. INHALED TREPROSTINIL IN PULMONARY HYPERTENSION DUE TO INTERSTITIAL LUNG DISEASE. N ENGL J MED. 2021;384(4):325–34.

IMPACTO DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO MEDIANTE UN ASISTENTE VIRTUAL BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LOS COSTES Y LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES EPOC

Cercós González, R. (1), Alonso Ruza, C. (1), Bernaola Garrido, M. (1), González Villaescusa, C. (1), Signes-Costa Miñana, J. (1)

(1) Hospital Clínico Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN ORAL

Objetivos

Las exacerbaciones de la EPOC (AEPOC) representan uno de los principales determinantes de morbilidad, mortalidad y uso de recursos sanitarios, con el consiguiente aumento de costes de la enfermedad. El uso de asistentes virtuales basados en inteligencia artificial (IA) permite un seguimiento continuo del paciente y la detección precoz de cambios clínicos. El objetivo del estudio es evaluar si la implementación de un asistente virtual basado en IA disminuye los costes sanitarios asociados a las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de 9 meses en un hospital terciario que analizó la repercusión sobre los costes sanitarios de la implementación del uso de un asistente virtual basado en IA para la detección precoz de las AEPOC. Se incluyeron 81 pacientes con EPOC y agudizaciones frecuentes monitorizados durante 9 meses mediante un asistente virtual basado en IA conversacional (LOLA®-Tucuví), con llamadas quincenales. El sistema registra signos y síntomas de alarma creando alertas clasificadas por gravedad que permite priorizar intervenciones y resolver incidencias de forma remota. Se analizaron visitas a urgencias de atención primaria y hospitalarias, así como los ingresos hospitalarios, en los 9 meses previos y en los 9 meses de telemonitorización, empleándose Wilcoxon y χ^2 para el análisis estadístico. La reducción de costes sanitarios se estimó según datos proporcionados por el Servicio de información económica del centro incluyendo los asociados a urgencias, ingresos y del personal médico para la supervisión del programa.

Resultados

En el periodo previo a la telemonitorización, el 62,1% de las agudizaciones moderadas se atendieron en atención primaria y el 37,9% en urgencias hospitalarias. Tras implementar el asistente virtual estas proporciones descendieron a 24,5% (-37,6%; χ^2 $p < 0.05$) y 20,8% (-17,1%; χ^2 $p < 0.05$) con una reducción de gasto del 27,8% y 33% respectivamente. Los ingresos hospitalarios se redujeron un 43,1% disminuyendo la mediana de exacerbaciones graves por paciente de 1 a 0 (Wilcoxon, $p < 0.05$) y los costes en un 42,6%. El gasto total estimado se redujo desde 412.960 euros en el periodo previo a 238.616 euros tras la telemonitorización, representando una reducción del 42,2%.

Conclusiones

La implementación de un asistente virtual basado en IA puede contribuir a la reducción de costes sanitarios asociados a AEPOC al reducir las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios, optimizando la gestión de las agudizaciones.

RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (FINALISTAS)



EMPIEMA NECESSITATIS: SERIE CLÍNICA EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, A LO LARGO DE 30 AÑOS.

Martínez, A. (1), Chiner, E. (1), Boira Enrique, I. (1), Llombart Cantó, M. (1), Pastor Esplá, E. (1), Sancho Chust, J. N. (2), Chacín, Y. (1), Mínguez Ramón, R. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave:

Empiema necessitatis; empiema pleural; Infección pleuropulmonar, masas torácicas

Objetivos

El empiema necessitatis (EN) es una complicación infrecuente del empiema pleural, caracterizada por la extensión del material purulento más allá del espacio pleural hacia tejidos blandos de la pared torácica u otras localizaciones. El objetivo de este estudio fue analizar la presentación y evolución del empiema necessitatis según etiología

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de EN entre 1994 y 2025. Se analizaron variables clínicas, manifestaciones, localización, hallazgos radiológicos, procedimientos terapéuticos y evolución. El diagnóstico se confirmó mediante Rx, TAC torácica, combinado con ecografía torácica y estudio microbiológico

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes, (8 hombres y 2 mujeres), edad media de 57 ± 22 años. Las principales enfermedades de base fueron carcinoma broncogénico(2), EPOC(1), discinesia ciliar(1), VIH(1), neumonía(1), s. Hiper IgE(1), colapsoterapia(1), ninguna(2). Las manifestaciones más comunes fueron dolor torácico(100%), masa o absceso de pared(100%), astenia(100%), s. constitucional(100%), tos(90%), fiebre(80%), disnea(60%), expectoración(50%), hemoptisis(10%). La localización más frecuente fue la pared torácica lateral o posterior derecha con o sin extensión abdominal(50%), torácica anterior izquierda(30%) y lateral izquierda(20%), con fistulización espontánea(40%). En la TAC se observó derrame pleural con extensión extrapleural en 80% y en 20% absceso extrapleural con condensación alveolar subyacente. La etiología fue M. tuberculosis(2), Staphylococcus aureus(2), polimicrobiana anaerobia(2), Actinomyces(1), S. constellatus(1), Prevotella oralis(1), Corynebacterium jeikeium(1). El tratamiento incluyó drenaje pleural con desbridamiento en 80% y conservador en 20%, con antibioterapia dirigida, principalmente betalactámicos y terapia antituberculosa, durante 82 ± 54 días. La evolución fue favorable en 9 pacientes(90%), con recidiva en 30% casos y mortalidad del 0%. Al comparar los de etiología tuberculosa con el resto, existieron diferencias significativas en la edad (23 ± 1 vs 65 ± 15 años, $p=0.005$) y la estancia hospitalaria (38 ± 4 vs 19 ± 9 días, $p=0.000$)

Conclusiones

El EN debe sospecharse ante masas torácicas con signos infecciosos y antecedentes pleuropulmonares. Su etiología ha evolucionado, con predominio actual de microorganismos no tuberculosos, especialmente anaerobios. El tratamiento basado en drenaje, desbridamiento y antibioterapia dirigida permite altas tasas de resolución y baja mortalidad.

Referencias

- ¹ C. SENENT, I. BETLLOCH, E. CHINER, M. LLOMBART, M. MORAGÓN. TUBERCULOUS EMPYEMA NECESSITATIS. A RARE CAUSE OF CUTANEOUS ABSCESS IN THE XXI CENTURY. DERMATOL ONLINE J, 14 (2008), pp. 11
- ² MOLINA, V., ARLANDIS, M., CHINER, E. (2018). EMPYEMA NECESSITATIS CAUSED BY CORYNEBACTERIUM JEIKEIUM: 19TH CENTURY QUESTIONS, 21ST CENTURY ANSWERS. EMPIEMA NECESSITATIS POR CORYNEBACTERIUM JEIKEIUM: PREGUNTAS DEL S. XIX, RESPUESTAS DEL S. XXI. ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA, 54(1), 53–54. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.ARBR.2017.06.015](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.06.015)
- ³ MARTÍNEZ-GÓMEZ, A., BOIRA, I., CHINER, E. (2025). EMPYEMA NECESSITATIS AND HYPER IGE SYNDROME: AN UNUSUAL ASSOCIATION. OPEN RESPIRATORY ARCHIVES, 7(3), 100431. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.OPRESP.2025.100431](https://doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100431)

INFLUENCIA DE LA FRAGILIDAD EN EL CONTROL CLÍNICO DE LA EPOC

Villagrasa Guarch, M. (1), Atarés López, S. (1), Greses Burguera, M. (2), Rico Martinez, C. (1), Alnoso Tomás, L. (1), Morera Barrios, A. (1), Soler Cataluña, J. J. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova, (2) Universidad de Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Objetivos

La fragilidad y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) están interconectadas a través de múltiples mecanismos fisiopatológicos que se retroalimentan. El objetivo del presente estudio fue valorar la influencia que tiene la fragilidad sobre el control clínico de la EPOC.

Metodología

Estudio prospectivo observacional sobre una cohorte ambulatoria de pacientes con EPOC (tabaquismo ≥ 10 años-paquete, FEV1/FVC ≤ 0.7). Para valorar el estado de fragilidad, se utilizó el cuestionario de cribado de FRAIL y el cuestionario fenotípico de FRIED. Para evaluar el control, se empleó el cuestionario de control clínico, de perfil cualitativo, y el RADAR (Rescate, Agudizaciones, Disnea, Actividad y Riesgo) score, que es su variante cuantitativa. Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utilizó el cuestionario COPD Assessment Test (CAT). Se realizó una regresión logística para identificar los factores asociados al control.

Resultados

Se incluyeron 88 pacientes (31,8 % mujeres y 68,2 % hombres), con una edad media de 71 ± 9 años y un FEV1% promedio de 54 ± 21 . Según el índice FRAIL, 12 pacientes (13,6 %) presentaban criterios de fragilidad, 38 (43,2 %) eran prefrágiles y 38 (43,2 %) restantes se clasificaron como robustos. De acuerdo con la escala fenotípica de FRIED, se identificaron 11 pacientes (15,1 %) frágiles, 41 (56,2 %) prefrágiles y 21 (28,8 %) robustos. La concordancia entre ambas escalas fue baja ($\kappa = 0,180$). La fragilidad se asoció de forma independiente con la ausencia de control clínico en pacientes con EPOC, tras ajuste por múltiples variables de confusión. Esta asociación se observa independientemente del instrumento de medida de la fragilidad y del tipo de cuestionario de control clínico empleado. Los pacientes frágiles también presentaron peor CAT, tras ajustar por variables de confusión (HR: 1,19; IC95 %: 1,05–1,36). Los pacientes prefrágiles no mostraron peor estado de control.

Conclusiones

La fragilidad se asocia de forma independiente con la ausencia de control clínico en pacientes con EPOC y con peor estado de salud. Esta asociación es independiente del instrumento de medida empleado.

ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN LA EVALUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN LA EPOC

Atarés López, S. (1), Villagrasa Guarch, M. (1), Rico Martinez, C. (1), Alonso Tomás, L. (1), Morera Barrios, A. (1), Posadas Blázquez, T. (1), Soler Cataluña, J. J. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Objetivos

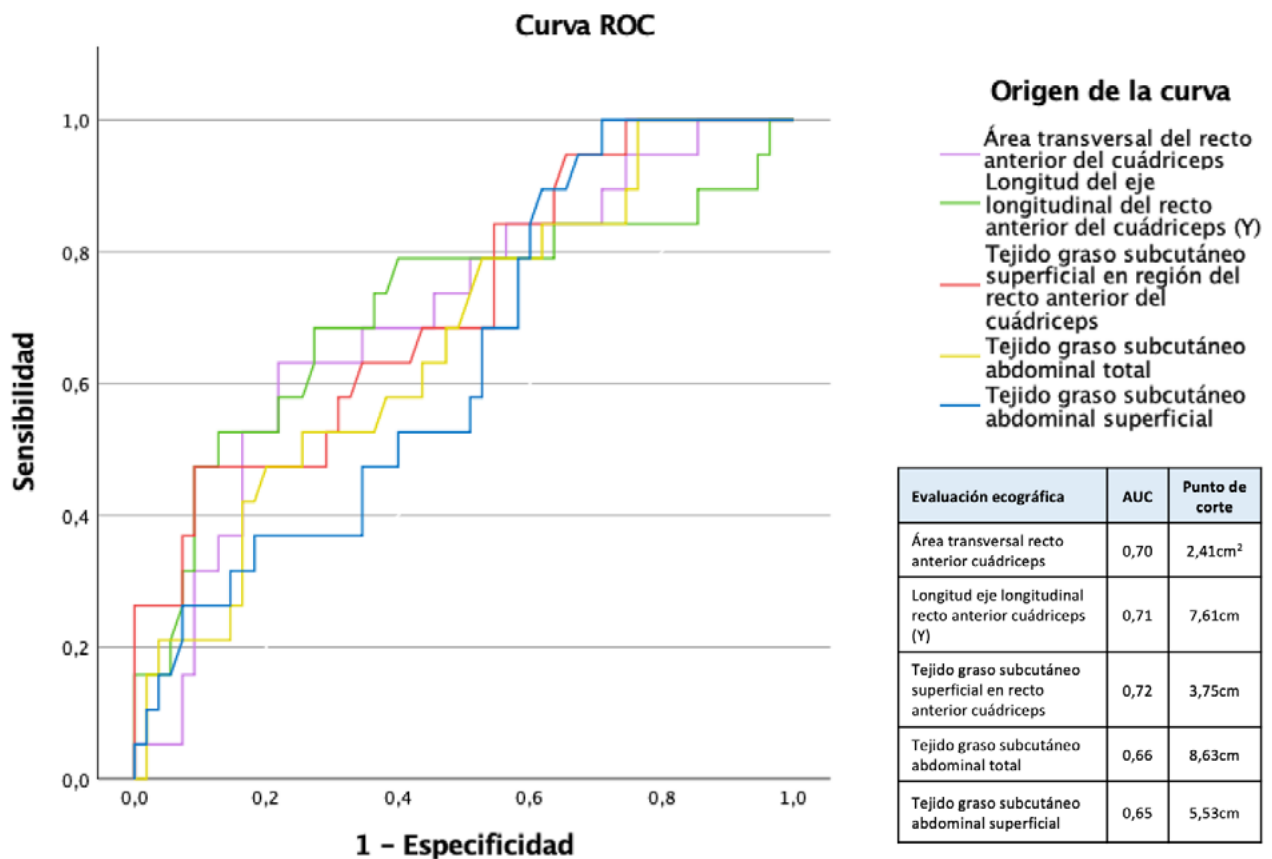
La desnutrición, especialmente la asociada a la reducción de la masa magra, es más prevalente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que en la población general. El objetivo del presente estudio fue evaluar la utilidad diagnóstica de la ecografía nutricional para identificar desnutrición en pacientes con EPOC.

Metodología

Estudio prospectivo observacional sobre una cohorte ambulatoria de pacientes EPOC a los que se les realizó bioimpedancia eléctrica (BIE) y ecografía nutricional (EN), de manera simultánea. Se consideró que un paciente estaba desnutrido cuando el índice de masa libre de grasa (FFMi) fue inferior al percentil 25, medido por BIE. La EN incluyó el registro de la masa muscular del recto anterior del cuádriceps en el eje transversal, valorando el área, el perímetro, la longitud del eje transversal (X) y la longitud del eje longitudinal (Y); para valorar la masa grasa se midió la grasa subcutánea a nivel de recto del cuádriceps, y en el área abdominal la grasa subcutánea total, la grasa subcutánea superficial y la grasa visceral pre-peritoneal. Los parámetros obtenidos mediante EN se compararon con los obtenidos mediante BIE. Se calcularon curvas ROC para identificar los mejores puntos de corte identificativos de desnutrición con la EN.

Resultados

Se incluyeron 74 pacientes (32,6 % mujeres y 67,4 % hombres), con una edad media de 70 ± 10 años, un FEV1% promedio de $54\% \pm 21$ y un índice de masa corporal (IMC) medio de $27,7 \pm 5$ kg/m². Según el FFMi, 19 pacientes (25,7%) cumplían criterio de desnutrición. Un 18,8% de los pacientes con sobrepeso/obesidad presentaron FFMi bajo (obesidad sarcopénica). La tabla 1 muestra los hallazgos en la EN. En la figura 1 se muestra la rentabilidad diagnóstica de las diferentes medidas ecográficas.



Evaluación ecográfica	Pacientes desnutridos (FFMI <P25)	Pacientes sin desnutrición (FFMI >P25)	p
Área transversal del recto anterior del cuádriceps (cm ²)	2,46 ± 0,86	3,18 ± 1,13	0,013
Perímetro transversal del recto anterior del cuádriceps (cm)	89,84 ± 11,03	93,35 ± 17,15	0,311
Longitud del eje transversal del recto anterior del cuádriceps (X) (cm)	47,24 ± 31,38	42,75 ± 12,93	0,55
Longitud del eje longitudinal del recto anterior del cuádriceps (Y) (cm)	7,36 ± 3,17	9,98 ± 5,16	0,041
Tejido graso subcutáneo superficial en región del recto anterior del cuádriceps (cm)	4,93 ± 2,90	7,93 ± 3,99	0,001
Tejido graso subcutáneo abdominal total (cm)	10,31 ± 4,88	14,20 ± 6,72	0,024
Tejido graso subcutáneo abdominal superficial (cm)	3,38 ± 1,37	4,49 ± 2,25	0,008
Tejido graso visceral preperitoneal (cm)	5,06 ± 3,22	6,72 ± 4,27	0,092

Conclusiones

La ecografía nutricional constituye una herramienta útil para la valoración del estado nutricional en pacientes EPOC. Los pacientes desnutridos presentan una reducción significativa en el área transversal y la longitud del eje longitudinal del recto anterior del cuádriceps, así como una disminución en la cantidad de tejido graso subcutáneo tanto en el cuádriceps como en la región abdominal. Aunque ninguna de las mediciones mostró buena rentabilidad diagnóstica, el tejido graso subcutáneo superficial en el recto anterior del cuádriceps fue la variable con mayor capacidad discriminativa para identificar desnutrición en esta población.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA HOSPITALARIA CON MOTIVO DEL DÍA MUNDIAL DEL SUEÑO

Fernández Martínez, P. (1), Chiner, E. (1), Boira, I. (1), Chacín, Y. (1), Martínez, A. (1), Pastor, E. (1), Blanco, L. (1), Navarro, S. (2), Vañes, S. (3), García, S. (3), Gigliarano, F. (3)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Linde Médica, ALicante, (3) Linde Médica, Alicante

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

campana hospitalaria, apnea del sueño, cribado.

Objetivos

El Día Mundial del Sueño ofrece una oportunidad para obtener datos epidemiológicos y sensibilizar a la población sobre la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS).

Metodología

Se instaló una mesa informativa en el hall del hospital atendida por especialistas y personal de enfermería, invitando a la participación voluntaria para completar una encuesta con variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas así como la escala de Somnolencia

de Epworth (ESE), STOP-Bang e Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). Se realizó un análisis descriptivo de variables cuantitativas mediante medias o medianas según distribución y de cualitativas mediante porcentajes. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados

Se incluyeron 47 voluntarios adultos, con una edad media de $60,8 \pm 15,9$ años; 28 mujeres (59,6%) y 19 hombres (40,4%). De ellos, 3 (6,4%) habían utilizado CPAP nocturna y 8 (17%) eran seguidos por Neumología. 18 presentaban hipertensión arterial (38,3%), 15 un IMC ≥ 35 kg/m² (31,9%) y 22 (46,8%) un perímetro cervical elevado. La media de horas de sueño fue de $6,5 \pm 1,4$. La nicturia estuvo presente en 11 (23,4%) y 23 tomaba medicación para dormir (48,9%). La mediana de ESE fue 9 (RIC 5), la de STOP-Bang 4 (RIC 3) y la de PSQI 8 (RIC 5). 6 (12,8%) participantes presentaron somnolencia al volante. 25 dormían acompañados (53,2%). Según STOP-Bang, 21 (44,7%) mostraron riesgo intermedio y 13 (27,7%) riesgo alto de AOS. 16 (34%) tuvieron somnolencia diurna relevante. La calidad del sueño fue buena en 7 (14,9%), moderada en 25 (53,2%) y mala en 15 (31,9%).

Los pacientes con fármacos para dormir presentaron puntuaciones significativamente más altas en el PSQI ($p < 0,001$). No hubo asociación entre PSQI ≥ 5 y somnolencia diurna ($p = 0,741$) ni con nicturia ($p = 0,726$). La somnolencia al volante mostró una tendencia con ESE ≥ 10 sin alcanzar significación ($p = 0,071$). El uso de hipnóticos se asoció a peor calidad del sueño (PSQI ≥ 5) ($p = 0,003$). La mala calidad de sueño (PSQI ≥ 11) fue más frecuente en mujeres ($p = 0,05$). El riesgo alto de AOS (STOP-Bang ≥ 5) fue más prevalente en hombres ($p < 0,05$).

Conclusiones

A pesar del sesgo de no abordar población general y la muestra analizada emplazarse en ubicación hospitalaria, la campaña permitió identificar una elevada prevalencia de mala calidad del sueño y riesgo de AOS en la población con la consiguiente derivación a consulta de Neumología. Estos datos apoyan la utilidad de estas campañas como actividad de cribado.

Referencias

- 1 WESSELIUS HM, VAN DEN ENDE ES, ALSMA J, ET AL. QUALITY AND QUANTITY OF SLEEP AND FACTORS ASSOCIATED WITH SLEEP DISTURBANCE IN HOSPITALIZED PATIENTS. JAMA INTERN MED. 2018;178(9):1201–1208. doi:10.1001/jamainternmed.2018.2669
- 2 DELROSSO LM, HAN F, ALLEN RP, CULEBRAS A, GUILLEMINAULT C, PARRINO L, ET AL. AWAKENING TO SLEEP: SIXTEEN YEARS OF WORLD SLEEP DAY GLOBAL INITIATIVES AND FUTURE DIRECTIONS. SLEEP MED. 2025;129:118–121. doi:10.1016/j.sleep.2025.02.022.

PATRONES DE CUMPLIMIENTO CON CPAP EN AOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Riquelme Gracia, C. (1), Chiner, E. (1), Boira, I. (1), Pastor, E. (1), Castelló, C. (1), Fernández, P. (1), Esteban, V. (1), Vañes, S. (2), García, S. (2), Gigliarano, F. (2), García, M. (1), Navarro, S. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Linde Médica, Alicante

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

AOS, apnea obstructiva, mujeres, adherencia, CPAP.

Objetivos

Existen escasos datos y discordantes en cuanto a la adherencia al tratamiento con presión positiva en la vía aérea (PAP) en mujeres.

Metodología

Se evaluó el cumplimiento de todos los pacientes con AOS del departamento 17 (población SIP: 250000 habitantes) recogiendo edad, género, tiempo de tratamiento, lecturas del contador horario, clasificando a los pacientes en: incumplidores (< 1 hora diaria), cumplidores parciales (1-3 horas diarias), cumplidores (≥ 3 horas) y grandes cumplidores (≥ 6 horas). Se analizaron las diferencias

entre hombres y mujeres, para el total, y para mayor o menor de 50 y de 70 años. Se empleó la t-student para las numéricas y χ^2 para cualitativas.

Resultados

Hubo 4408 hombres y 1495 mujeres, con una edad media de 61 ± 14 años, y una media de meses en tratamiento de 63.5 ± 49 . La presión media fue de 8 ± 2 cm H2O. El cumplimiento medio fue 4.6 ± 2.9 horas diarias. Fueron cumplidores de ≥ 3 horas 4336 (73.5%), cumplidores parciales 597 (10.1%) e incumplidores 970 (16.4%). Fueron grandes cumplidores 2722 pacientes (46.1%). Hubo diferencias significativas en la edad entre hombres y mujeres (60 ± 13 vs 64 ± 14 , $p < 0.001$), IMC (29 ± 5 vs 31 ± 7 , $p < 0.000$), en IAH (24 ± 19 vs 18 ± 17 , $p < 0.000$), así como en los meses de tratamiento (67 ± 50 vs 53 ± 42 , $p < 0.001$). La adherencia fue superior en hombres que en mujeres (4.7 ± 3 vs 4.2 ± 3 , $p < 0.001$). Respecto a los patrones de cumplimiento, existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres (15.6%, 9.2%, 75.3% vs 18.9%, 12.9%, 68.2% respectivamente, $p = 0.047$) con menor proporción de mujeres cumplidoras, y mayor proporción en los grupos de cumplimiento bajo y parcial (tabla 1). Igualmente, cuando comparamos los cuatro grupos de cumplimiento, hubo diferencias significativas ($p = 0.013$), siendo menor en el grupo de mujeres grandes cumplidoras (tabla 2). Al comparar entre mujeres menores o mayores de 50 años, hubo diferencias en horas de cumplimiento (3.16 ± 3 vs 4.2 ± 3 , $p = 0.003$) y en los meses (39 ± 31 vs 55 ± 43 , $p < 0.000$). Asimismo, el cumplimiento en esta franja de edad fue inferior en mujeres (3.16 ± 3 vs 4.4 ± 3 , $p = 0.001$), y en tiempo en tratamiento (41 ± 33 vs 52 ± 39 , $p = 0.009$). Cuando analizamos el grupo de ≥ 70 años hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en las horas de cumplimiento (5.1 ± 2.9 vs 4.5 ± 3.2 , $p = 0.016$).

Tabla 1. Comparación por grupos de adherencia entre hombres y mujeres.

	< 1 hora n (%)	1- 3 horas n (%)	>3 horas n (%)
Hombre	687 (15.6)	404 (9.2)	3017 (75.3)
Mujer	283 (18.9)	193 (12.9)	1019 (68.2)

Tabla 2. Comparación por grupos de adherencia entre hombres y mujeres, cuando incluimos el grupo de grandes cumplidores.

	< 1 hora n (%)	1- 3 horas n (%)	>3 horas y <6 horas n (%)	>6 horas n (%)
Hombre	687 (15.6)	404 (9.2)	1221 (27.7)	2096 (47.5)
Mujer	283 (18.9)	193 (12.9)	393 (26.2)	626 (41.9)

Conclusiones

La adherencia a CPAP es menor en mujeres que en hombres, tanto en jóvenes como en edad avanzada. Las mujeres son una población diana para establecer programas de cumplimiento.

Referencias

- FABOZZI A, PASQUALOTTO F, LAGUARDIA M, NATUZZI PF, CAPONE R, STEFFANINA A, ET AL. GENDER DIFFERENCES IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME: A PILOT STUDY. SLEEP BREATH [INTERNET]. 2024;28(4):1645-50. <http://dx.doi.org/10.1007/s11325-024-03052-x>
- CAMPOS-RODRIGUEZ F, MARTINEZ-GARCIA MA, REYES-NUÑEZ N, CABALLERO-MARTINEZ I, ALMEIDA-GONZALEZ CV, CATALAN-SERRA P, ET AL. LONG-TERM CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE COMPLIANCE IN FEMALES WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA. EUR RESPIR J [INTERNET]. 2013;42(5):1255-62. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00165812>
- TONDO P, SCIOSCIA G, CAMPANINO T, SABATO R, HOXHALLARI A, SORANGELO S, ET AL. A PRELIMINARY REPORT OF GENDER DIFFERENCES IN RESIDUAL SLEEPINESS OF CPAP-TREATED OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA. SLEEP EPIDEMIOL [INTERNET]. 2024;4(100077):100077. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleepe.2024.100077>

SISTEMA DE AYUDA EN LA TOMA DE DECISIONES (CDSS) EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Chacín Marcano, Y. (1), Boira, I. (1), Chiner, E. (1), Flores, E. (1), López, M. T. (1), Martínez, A. (1), Hernández, M. (1), Esteban, V. (1), Fernández, P. (1), Pastor, E. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

CDS, asma grave, detección temprana, urgencias.

Objetivos

El sistema de ayuda en la toma de decisiones clínicas (CDSS) es una herramienta que permite la conexión a distintas bases de datos para aportar soluciones a problemas de la práctica clínica. Es por ello que disponer de un sistema de detección precoz de pacientes con asma grave desde urgencias puede permitir optimizar el tratamiento y disminuir las exacerbaciones.

Metodología

Se incluyeron a todos pacientes de 18-80 años con visita al servicio de urgencias de 11/24 a 05/25. Los criterios de detección fueron: pacientes con dos visitas a urgencias con diagnóstico codificado de: asma (CIE-10 J45), bronquitis o bronquitis aguda (CIE-10 J40 o CIE-10 J20), pacientes con diagnóstico de asma previo a la admisión (CIE J45) con tratamiento inhalado prescrito, inclusión de los siguientes términos en el informe de urgencias: asmático, bronquitis, tos, asma, dificultad respiratoria, disnea, dolor torácico, pitos, sibilancias y eosinofilia ≥ 300 células/ μ L. Tras la detección se hizo una valoración en consultas externas de Neumología en los siguientes 7 días para optimizar el tratamiento.

Resultados

De 71280 pacientes incluidos se detectaron 21 (15 mujeres y 6 hombres) con una edad media de 53 ± 14 años, eosinofilia de 645.7 ± 465.3 células/ μ L, IgE de 375.6 ± 411.2 UI/mL, número de visitas a urgencias de 1.8 ± 1.2 . El 38% perdieron el seguimiento en las consultas de Neumología y el 33% continuaban seguimiento en las consultas de Alergología.

De los 21 pacientes detectados, el 81% tenían prescrito tratamiento broncodilatador al momento de la detección: SABA 2 pacientes (9.5%), LABA+GCI a dosis media 4 pacientes (19%), LABA+GCI a dosis alta 4 pacientes (19%), triple terapia a dosis media 2 pacientes (9.5%) y triple terapia a dosis alta 5 pacientes (24%).

En los pacientes detectados se realizó espirometría: FEV1 preBD: 2462 ± 635 (85 $\pm$ 20%), FEV1/FVC (%) preBD: 74 ± 7 , FEV1 postBD: 2793 ± 681 (97 $\pm$ 15%), FeNO (ppb): 14 ± 11 . El valor predictivo positivo del CDSS fue del 90%.

Tras implementación del CDSS, respecto a los 6 meses previos, hubo una reducción de los ingresos hospitalarios por asma en un 44% (19 vs 43).

Conclusiones

El CDS es una herramienta con adecuada fiabilidad para la detección de pacientes con asma grave no controlado desde el servicio de Urgencias sin seguimiento en la consulta de Neumología. Además, el CDS permite detectar a aquellos pacientes seguidos previamente en las consultas de Neumología con pérdida en el seguimiento por lo que puede ser una herramienta útil para disminuir los ingresos hospitalarios.

Referencias

¹ SUNJAYA AP, ANSARI S, JENKINS CR. A SYSTEMATIC REVIEW ON THE EFFECTIVENESS AND IMPACT OF CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS FOR BREATHLESSNESS. NPJ PRIM CARE RESPIR MED. 2022 Aug 2032(1):29. doi:10.1038/s41533-022-00291-x

- ² DRAMBURG S, MARCHANTE FERNÁNDEZ M, POTAPOVA E, MATRICARDI PM. THE POTENTIAL OF CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS FOR PREVENTION, DIAGNOSIS, AND MONITORING OF ALLERGIC DISEASES. FRONT IMMUNOL. 2020 SEP 10;11:2116. doi:10.3389/fimmu.2020.02116.
- ³ DAINES L, CANNY A, DONAGHY E, MURRAY V, CAMPBELL L, STONHAM C, MILNE H, PRICE D, BUCHNER M, NELSON L, MAIR FS, SHEIKH A, BUSH A, MCKINSTRY B, PINNOCK H. USE AND ACCEPTABILITY OF AN ASTHMA DIAGNOSIS CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM FOR PRIMARY CARE CLINICIANS: AN OBSERVATIONAL MIXED METHODS STUDY. NPJ PRIM CARE RESPIR MED. 2024 NOV 27;34:40. doi:10.1038/s41533-024-00401-x.
- ⁴ MATUI P, WYATT JC, PINNOCK H, SHEIKH A, MCLEAN S. COMPUTER DECISION SUPPORT SYSTEMS FOR ASTHMA: A SYSTEMATIC REVIEW. NPJ PRIM CARE RESPIR MED. 2014 MAY 2024;14:005. doi:10.1038/hnpjpcrm.2014.5.

¿PODEMOS UTILIZAR EL TEST DE PASOS DE CHESTER EN LUGAR DEL T6MM EN LOS PACIENTE CON EPID?

Parra Rodas, E. (1), Galera, E. (2), Sanfont, B. (2), Sabater, C. (2), Lluch, A. (2), Rivas, A. (2), Tobar, A. (2), Salcedo, A. (2), Tercero, E. (3), Fernandez, E. (2)

(1) Consorci Hospital General Universitari de Valencia, (2) Consorci Hospital General Universitari Valencia, (3) Fundación Investigación Consorci Hospital General Universitari Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Objetivos

La disminución de la capacidad funcional es un rasgo frecuente en las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). El test de pasos de Chester (CST) se propone como una alternativa al test 6 minutos marcha (T6MM) para la evaluación de la supervivencia y progresión de la enfermedad. El objetivo fue evaluar la concordancia y reproducibilidad del CST en relación al T6MM en pacientes con EPID.

Metodología

Estudio observacional transversal que incluyó pacientes atendidos en la consulta monográfica de EPID entre enero y octubre del 2025. Se analizaron variables antropométricas, demográficas, radiológicas clínicas, y funcionales. Análisis estadístico mediante test de Wilcoxon para muestras apareadas, se comparó los resultados del CST con los del T6MM realizados por los mismos pacientes en un intervalo igual o inferior a tres meses. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de p ajustados inferiores a 0,05.

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes, de los cuales 14 fueron analizados y 12 excluidos por limitaciones en la coordinación. La edad media fue 74 [70-77] años. El 71% (10) hombres y el 79% (11) ex fumadores. Tenían diagnósticos de: fibrosis pulmonar idiopática 57% (8), síndrome enfisema-fibrosis 14% (2), neumonitis por hipersensibilidad 14% (2), IPAF 7% (1) y EPI inclasificable 7% (1). El 57% de los casos estaba diagnosticado por TCAR torácico, el patrón radiológico de probable NIU fue el más frecuente. La FVC media era 96% [91-101] y la DLCO 56% [44-78].

Solo el 7% (1) de los pacientes completan el CST. El 21% (3) interrumpió la prueba por imposibilidad para continuar el ritmo, el 29% (4) por fatiga muscular, 21% (3) por disnea y 21% (3) por combinación de ambas. En el T6MM la distancia media recorrida fue 461 metros [393-498], SpO2 final media aire ambiente era de 91.0 % [89.0-93.0] y la frecuencia cardíaca final de 100 lpm [91-109]. En el CST la media de pasos era 89 [41-155], Spo2 ambiente final 92.5% [89.0-95.0] y FC final 123 lpm [93-131]. El 43% (6) de los pacientes alcanzaron el 80 % de su frecuencia cardíaca máxima.

Tras aplicar la corrección de Benjamini-Hochberg, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tests en los parámetros analizados.

Conclusiones

El CST y el T6MM desencadenan una respuesta cardiovascular y respiratoria similar en los individuos estudiados.

En nuestra experiencia, las dificultades de coordinación y de seguimiento de instrucciones durante la realización del CST limitan su desempeño en pacientes con EPID.

ADHERENCIA AL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PROPUESTO POR LA SEPAR EN UNA COHORTE DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPOC

Chiquiza Mora, J. P. (1), Fabregat, S. (2), Flor, A. (2), Martínez, C. (2), Sarrión, L. (2), Marin, M. (2)

(1) Hospital General Universitario de Castellón, (2) Hospital General de Castellón

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

VacunasEPOCInfluenzaNeumococoCOVID-19Virus sincitial respiratorioHerpes zosterTos ferina

Objetivos

La vacunación es una herramienta de salud pública útil para la prevención de infecciones respiratorias. Reduce el riesgo de hospitalización y de mortalidad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este estudio fue evaluar la tasa de vacunación y la adherencia a las recomendaciones de la SEPAR en pacientes valorados por la consulta monográfica de EPOC.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a 90 pacientes diagnosticados de EPOC en seguimiento por la consulta monográfica del Hospital General Universitario de Castellón, valorados de enero hasta abril de 2025. Se analizaron variables demográficas (edad y género), clínicas y funcionales (FEV1%, exacerbaciones, eosinofilia periférica y grado de disnea). Se realizó el análisis estadístico para variables cuantitativas paramétricas mediante la t de Student usando SPSS.

Resultados

Se incluyeron 90 pacientes con edad media 71,4 años (SD 9,1) la mayoría hombres (74,4%) y exfumadores (86,7%). La tasa de vacunación para gripe fue 73,3%, SARS-COV2 58,9%, neumococo 41,1%, herpes zóster 17,8%, DPTa 14,4% y VRS 3,3% (gráfico 1). El 58,9% de los pacientes tenían la vacuna estacional para gripe y COVID-19. Solamente un paciente completó el esquema de vacunación recomendado por la SEPAR. La recomendación activa registrada en la historia clínica para la vacunación se realizó en el 27,8% de los casos. Los pacientes vacunados frente a influenza y SARS-COV2 presentaron menor grado de obstrucción (FEV1 45,4%, p-valor 0,001), menor grado de disnea (mMRC) (2,08, p-valor 0,001), menor valor de eosinofilia periférica (306 células, p-valor <0,001). Por otro lado, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de exacerbaciones moderadas - graves entre los dos grupos.

Conclusiones

1. La adherencia al esquema completo recomendado por la SEPAR es baja en nuestra cohorte.
2. Las vacunas más administradas fueron frente a la influenza y SARS-COV2. La que menos se administro fue frente al VRS.
3. La recomendación activa del calendario vacunal debe realizarse de forma sistemática en el paciente con EPOC

Referencias

- ¹ J. DE MIGUEL-DÍEZ, R. TORRES-CASTRO, F. SANZ HERRERO ET AL., SEPAR RECOMMENDATIONS ON VACCINATION FOR CHRONIC RESPIRATORY PATIENTS, ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.ARBRES.2025.06.005](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2025.06.005)

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO QUE HAN INICIADO TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN LA UNIDAD DE ASMA GRAVE DEL HU CLÍNICO SAN CECILIO DE GRANADA.

Casas Maldonado, F. (1), Castrillo Álvarez, A. (2), Rubio Calvo, E. (3), Santos Martínez, J. (3), Gómez Martín, C. (3), Cassini Gómez de Cádiz, L. F. (3)

(1) HU Clínico San Cecilio, Granada, (2) Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada., (3) HU Clínico San Cecilio de Granada

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

asma gravetezepelumabTSLP

Objetivos

Describir las características de una cohorte de pacientes con AGNC que han iniciado tratamiento con Tezepelumab en la Unidad de Asma Grave del HUC San Cecilio de Granada, y analizar diferencias entre naïve vs tratados previamente con mAbs, y pacientes con tratamiento activo vs suspendido.

Metodología

Han sido incluidos 79 pacientes diagnosticados de AGNC tratados con tezepelumab, con datos de seguimiento de al menos 12 meses previo al inicio del mAb. Son recogidos edad, sexo, IMC, tabaquismo con índice paquetes-año, fenotipo, %corticodependencia y dosis media de GCO, RSCcPN, triple terapia, tratamientos previos con otros mAB y motivo del cambio, tratamientos activos y suspendidos con causa de la suspensión, y número de exacerbaciones moderadas-graves, ciclos de GCO, ACT, IgE, recuento de eosinófilos, % Eosinófilos <150, FENO, % FENO <25 ppb, FEV1 (ml) y FEV1 (%). Se comparan las características basales de los pacientes naïve vs aquellos con mAb previo, y con tratamiento activo vs suspendido. Análisis mediante SPSS 21.0.

Resultados

Se han incluido 79 pacientes con una edad media de 53,0 (DE=1,7) años, 74,7% mujeres, IMC 29,7 (DE=0,7), no fumadores 73,4%, exfumadores 24,1% y fumadores 2,5%, NO-T2 38,0%, T2 alérgico 24,0%, T2 alérgico-eosinofílico 19,0% y T2 eosinofílico 19,0%. Corticodependientes 13,9% con una dosis media de 10,7 mg/día (DE=2,9) en los 12 m previos, 2,5 agudizaciones (DE=0,2) y 2,5 ciclos de GCO (DE=0,2), RSCcPN 11,4% y triple terapia 98,7%. Naïve 57,0% y mAbs previo 43,0%: Omalizumab 12 (35,3%), Mepolizumab 1 (2,9%), Benralizumab 1 (2,9%), Dupilumab 3 (8,9%), 2 mAbs 35,3%, 3 mAbs 11,8% y 4 mAbs 2,9%. ACT 11,9 (DE=0,6), IgE 154,4 UI/L (DE=21,1), 252,5 eosinófilos/mcl (DE=204,1), % Eosinófilos <150 38,0%, FENO 32,3 ppb (DE=4,7), % FENO <25 ppb 53,2%, FEV1 2018,7 ml (DE=97,0) y FEV1 71,7% (DE=2,3).

Se comparan las características basales de los pacientes naïve (n=45) vs aquellos con mAb previo (n= 34), y con tratamiento activo (n=65) vs suspendido (n=14).

Conclusiones

- Los pacientes NAIVE son de forma significativa más NO-T2, menos corticodependientes y menos eosinofílicos. Observamos una tendencia a mayor edad y menor valor del FENO.
- Los pacientes que no continúan en tratamiento con Tezepelumab son de forma significativa corticodependientes, agudizadores y han recibido más ciclos de GCO.

Referencias

- WENZEL S. SEVERE ASTHMA: FROM CHARACTERISTICS TO PHENOTYPES TO ENDOTYPES. CLIN EXP ALLERGY 2012 MAY 42(5): 650-658.
- SKLOOT GS. ASTHMA PHENOTYPES AND ENDOTYPES: A PERSONALIZED APPROACH TO TREATMENT. CURR OPIN PULM MED 2016 JAN 22(1): 3-9.

³ CORREN J, PARNES JR, WANG L, MO M, ROSETI SL, GRIFFITHS JM, VAN DER MERWE R. TEZEPELUMAB IN ADULTS WITH UNCONTROLLED ASTHMA. N ENGL J MED. 2017 SEP 7377(10):936-946. doi: 10.1056/NEJMoal704064.

⁴ GAUVREAU GM, O'BYRNE PM, BOULET LP, WANG Y, COCKCROFT D, BIGLER J, ET AL. EFFECTS OF AN ANTI-TSLP ANTIBODY ON ALLERGEN-INDUCED ASTHMATIC RESPONSES. N ENGL J MED. 2014370:210210.

COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB VS MEPOLIZUMAB EN COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.

Sarrión Palop, L. (1), Flor Perez, A. (2), Martinez Navarro, C. (1), Chiquiza Mora, J. P. (1), Garcia Sidro, P. (1), Golfe Bonmati, A. (1)
(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLON, (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

AGNC, Dupilumab, Mepolizumab.

Objetivos

El asma grave no controlada (AGNC) representa un reto terapéutico debido a su coste sanitario y altas demandas de tratamiento para su control. Entre los tratamientos biológicos disponibles, Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL4 R α , mientras que Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL5.

Ambos han demostrado eficacia en reducción de exacerbaciones y en mejora del control clínico, función pulmonar y calidad de vida, aunque su efectividad comparativa en la práctica real sigue siendo un área de interés.

Nuestro objetivo es analizar la efectividad de estos dos fármacos en los distintos parámetros de control de AGNC en una cohorte de pacientes tratados en un hospital terciario.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo realizado en el HGU de Castellón, incluyendo pacientes con AGNC tratados con Dupilumab o Mepolizumab entre 2016-2025. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, biomarcadores y variables clínicas y analíticas de control de enfermedad, analizándolas en 3 momentos distintos: previo inicio del biológico, primera evaluación clínica tras tratamiento (6-12 meses) y posteriores controles (12-24 meses). Se han utilizado los análisis estadísticos T de Student para muestras independientes y test de Mann-Whitney U, según la variable. Se fijó un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 51 pacientes, un 43,2% se trataron Dupilumab mientras que un 56,8% lo hicieron con Mepolizumab. La edad media al diagnóstico fue de 46,7 años, siendo mayoritariamente mujeres (76,4%) con fenotipo eosinofílico (77,1%). Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas al comparar en ambos grupos la variable EOS en los tres momentos medidos: PRE ($p=0,002$), POST 6-12 meses ($p < 0,001$) y POST 12-24 meses ($p < 0,001$); y la variable IgE POST ($p=0,038$). En el resto de variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

- Ambos biológicos mostraron alta efectividad clínica, mejora de función pulmonar, control sintomático y reducción casi completa de exacerbaciones e ingresos.
- Dupilumab redujo con mayor intensidad FeNO, IgE y uso de corticoides, mientras que Mepolizumab produjo una depleción eosinofílica más profunda y estable, reflejando sus mecanismos diana.
- No se observaron diferencias significativas en FEV1 ni ACT, lo que sugiere eficacia global similar.

Los resultados apoyan la utilidad de los dos biológicos en práctica real y resaltan la necesidad de estudios comparativos de mayor tamaño para optimizar la selección terapéutica.

Referencias

¹ AL AT GRAP SEAIC SEFAC SEFC SEFH SEICAP SEMERGEN SEMES SEMFYC SEMG SENP SEORL-CCC SEPAR SEPEAP SPAIC SPP, A. (s/f). GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA. SEPEAP.ORG. RECUPERADO EL 7 DE FEBRERO DE 2026, DE [HTTPS://SEPEAP.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2025/07/GEMA_5.5.PDF](https://sepeap.org/wp-content/uploads/2025/07/GEMA_5.5.PDF)

VARIABILIDAD DEL CONTROL CLÍNICO EN PACIENTES CON EPOC Y SU RELACIÓN CON BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y FUNCIÓN PULMONAR

Rico Martínez, C. (1), Atarés, S. (1), Villagrasa, M. (1), Morera, A. (1), Rodríguez, M. del V. (2), Posadas, T. (1), Alonso, L. (1), Soler, J. J. (1)
(1) Hospital Arnau de Vilanova, (2) Universidad de Valencia

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

EPOC, control clínico, inflamación sistémica

Objetivos

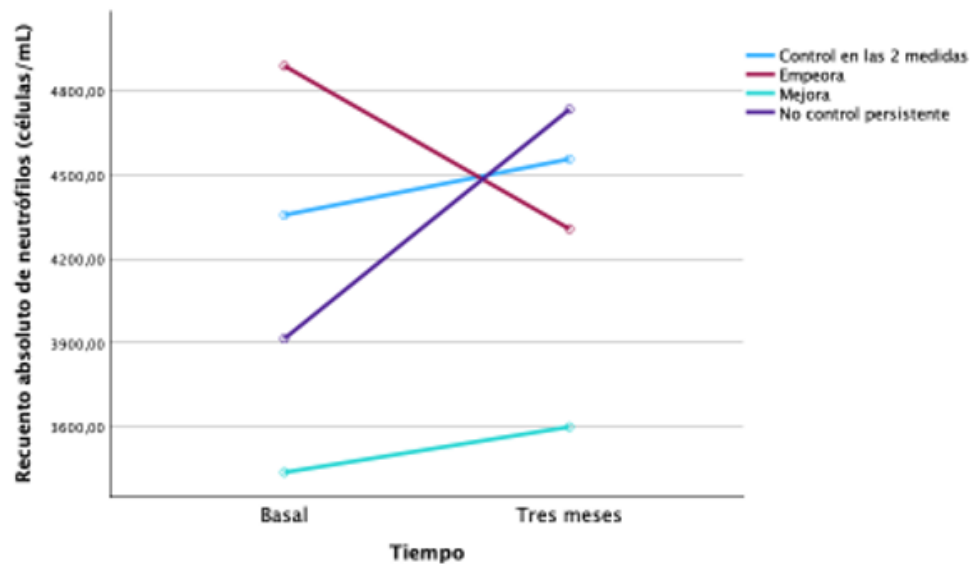
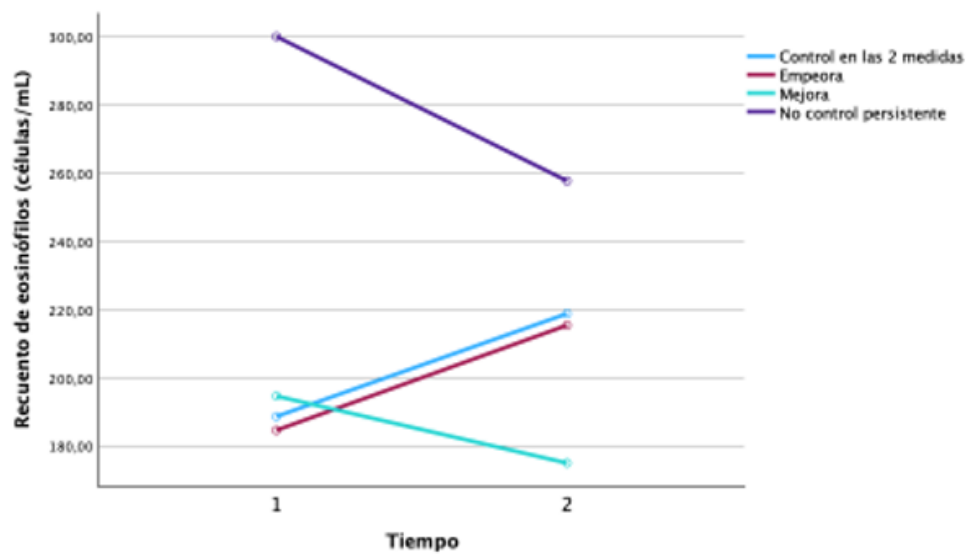
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye una entidad heterogénea en la que el control clínico de los síntomas es fundamental para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. A pesar de ello, se conoce poco acerca de cómo las variaciones en el control clínico se correlacionan con la actividad biológica subyacente. El objetivo principal fue comparar los cambios en biomarcadores de inflamación sistémica en función del estado de control clínico. Como objetivos secundarios, se evaluó la relación entre el control clínico y los cambios a corto plazo del FEV1, así como la asociación global entre control, inflamación y función pulmonar.

Metodología

Estudio prospectivo, observacional y longitudinal en una cohorte de pacientes con EPOC. Todos los participantes fueron evaluados en una visita basal (V0) y otra a los 3 meses (V1). Se valoró el control, a través del cuestionario clínico de control y la función pulmonar (FEV1 y FEV6) mediante un microespirómetro COPD-6. Se realizó análisis sanguíneo y biomarcadores de inflamación sistémica (PCR y fibrinógeno). Se analizó la evolución del control clínico durante 3 meses y su relación con cambios en actividad biológica y función pulmonar, mediante un ANOVA de medidas repetidas.

Resultados

Se incluyeron 75 pacientes (33.3% mujeres), con edad media de 71 ± 9 años y FEV1% basal de 54 ± 21 . Completaron el seguimiento 67 pacientes (89.5%). A los 3 meses, el 35% modificó su estado de control clínico. Un 20% presentó empeoramiento. Este grupo asoció un descenso medio del FEV1 de 241 ± 116 ml ($p=0.042$). En contraste, el 15% mejoró su control clínico, mostrando un aumento no significativo del FEV1. Los cambios en el control clínico no se asociaron con modificaciones en los biomarcadores inflamatorios evaluados. No obstante, los pacientes con mal control persistente presentaron un descenso significativo en el porcentaje de eosinófilos ($p=0.007$) y un aumento significativo del recuento absoluto de neutrófilos a los 3 meses ($p=0.030$) (FIGURA 1 y figura 2)



Conclusiones

El control clínico de la EPOC muestra variabilidad en más de un tercio de los pacientes en un periodo corto de seguimiento. El empeoramiento del control clínico se asocia a un deterioro de la función pulmonar, mientras que no se observan cambios relevantes en los biomarcadores de inflamación sistémica. El patrón específico de eosinófilos y neutrófilos en pacientes con mal control persistente podría sugerir fenotipos inflamatorios diferenciados.

LA DENSIDAD CAPSULAR DEL SEROTIPO MODULA LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y LAS COMPLICACIONES GRAVES EN LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA

Carrión Collado, N. (1), Sanz, F. (1), Gimenez, P. (1), Ruiz, L. (2), Fernandez, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, (2) Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Objetivos

Nuestro objetivo es evaluar si el grosor de la cápsula del serotipo influye de manera diferencial en la asociación entre inflamación elevada y complicaciones graves.

Metodología

Analizamos datos clínicos, analíticos y microbiológicos de una cohorte prospectiva de adultos con neumonía neumocócica bacteriémica adquirida en la comunidad (NNBAC). Se prestó atención a la densidad capsular de los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* y a su asociación con desenlaces graves como el shock y la afectación multilobar. Los serotipos con alta densidad capsular incluyeron 3, 6B, 11A, 18C, 19A, 19F y 23F.

Resultados

Se analizaron 938 casos de NNBAC, de los cuales 299 pacientes estaban infectados por serotipos clasificados como de alta densidad capsular. En total, se observó afectación radiológica multilobar en 306 pacientes y 157 desarrollaron shock séptico.

Los pacientes infectados por serotipos de alta densidad capsular presentaron una frecuencia significativamente mayor tanto de afectación multilobar (39,5% frente a 29,4% en aquellos infectados por otros serotipos; $p=0,002$) como de shock séptico (23,4% frente a 13,6% en el grupo de otros serotipos; $p<0,05$).

Cuando la inflamación sistémica era intensa ($\text{PCR} \geq 15 \text{ mg/dl}$), los serotipos de alta densidad capsular fueron sustancialmente más frecuentes en pacientes con neumonía multilobar (43,3% frente a 17,8%; OR 1,76; IC 95%: 1,22–2,54). Asimismo, el riesgo de shock séptico fue notablemente mayor en el grupo de alta densidad asociado a inflamación intensa: 27,2% frente a 13,3% (OR 2,41; IC 95%: 1,55–3,75).

Por el contrario, no se observaron diferencias significativas en la afectación multilobar ni en las tasas de shock en pacientes infectados por serotipos de densidad capsular baja o normal, independientemente de los niveles de PCR (multilobar: 23,1% frente a 30,3%, $p=0,296$; shock: 16,3% frente a 13,4%, $p=0,640$).

Conclusiones

1. Los serotipos con alta densidad capsular se asocian a una inflamación sistémica amplificada.
2. Las cápsulas polisacáridas gruesas pueden prolongar la estimulación antigénica, potenciando potencialmente la respuesta inflamatoria y contribuyendo a un mayor riesgo de shock y afectación pulmonar multilobar, lo que sugiere un papel modulador en la virulencia y patogenicidad.
3. Los serotipos con menor densidad capsular no muestran una relación significativa entre inflamación y complicaciones graves, lo que refuerza la hipótesis de que el grosor capsular podría ser un determinante clave en la progresión hacia la disfunción orgánica.

FACTORES ASOCIADOS A UNA CARGA HIPÓXICA ELEVADA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS).

Cantarella Bongiovanni, R. F. (1), Leon, J. M. (2), Soler, M. J. (2), Diez, A. (2), Huelamo, P. P. (2), Lucas, P. (2), Hernandez, L. M. (2)
(1) Hospital General de Alicante, (2) Hospital General Alicante

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Objetivos

La hipoxemia nocturna sostenida se ha asociado a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad. El objetivo fue analizar los factores asociados de forma independiente con una carga hipóxica elevada, definida como CT90 $\geq$ 10%, en pacientes remitidos por sospecha de AOS.

Metodología

Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes remitidos por sospecha de apnea obstructiva del sueño entre junio de 1995 y enero de 2019 al Hospital General Dr. Balmis (Alicante). Se recogieron variables demográficas, antropométricas, comorbilidades, espirometría y gasometría arterial. A todos se les realizó un estudio de poligrafía respiratoria o polisomnografía. Se definió carga hipóxica aumentada como CT90 $\geq$ 10%. Se realizaron estudios de asociación con variables demográficas, antropométricas y clínicas en un análisis univariado (t de Student y χ^2), y un modelo de regresión logística ajustado por edad, género, HTA, EPOC, IMC, perímetro cervical y IAH. La espirometría fue excluida del análisis multivariante por su asociación con la variable explicativa EPOC y la gasometría por su correlación con la variable de resultado, CT90.

Resultados

Se incluyeron 8581 pacientes, el 68% eran hombres, con una media de edad de $55,1 \pm 13,6$ años; el 49% presentaba tabaquismo significativo (≥ 10 paquetes-año), el 46% HTA y el 10,6% EPOC. El IMC medio fue de $32,8 \pm 7,1$ kg/m² y el IAH 32 ± 26 eventos/h. En el análisis univariante, todas las variables incluidas mostraron asociación significativa con CT90 $\geq$ 10% ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, los predictores independientes asociados a una mayor carga hipóxica fueron la edad (OR 1,036; IC 95% 1,030-1,042), el sexo masculino (OR 1,270; IC 95% 1,016-1,587), el IMC (OR 1,068; IC 95% 1,053-1,083), el perímetro cervical (OR 1,044; IC 95% 1,017-1,072) y el IAH (OR 1,046; IC 95% 1,043-1,050).

Conclusiones

La edad, el sexo masculino, la obesidad, el perímetro cervical y una mayor gravedad del AOS se asociaron de forma independiente con una mayor carga hipóxica nocturna. Estos predictores pueden ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo de mortalidad cardiovascular.

LA VIDEOLLAMADA COMO INSTRUMENTO DE INTERVENCIÓN AL INICIO DE CPAP Y EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Fernández González, F. (1), Chiner, E. (1), Boira, I. (1), Fernández, P. (1), Monteiro, M. (2), Fernández, M. (2), Rodríguez, A. A. (2), Lekerikabeaskoa, I. (2), Vañes, S. (2), Navarro, S. (2), Gigliarano, F. (2), García, S. (2)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Linde Médica Healthcare & Homecare, Alicante

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave

videollamada, CPAP, telemedicina, AOS, apnea obstructiva del sueño

Objetivos

La videollamada (VC) puede ser un instrumento útil para mejorar la calidad y la adherencia al tratamiento con CPAP, ya que permite solucionar problemas, resolver dudas y mejorar la adaptación.

Metodología

Se estableció un programa conjunto entre neumología y la empresa Linde Medical de Terapias respiratorias domiciliarias (TRD), desde 1 octubre de 2025 a 15 de enero 2026, consistente en VC a las nuevas altas de CPAP a la semana de su inicio. Se realizó un muestreo representativo de todo el territorio español. La VC fue realizada por enfermería, y consistió en preguntas abiertas acerca

de adaptación, cumplimiento (horas/contador), revisión, reposición de fungibles y resolución de dudas. Tras finalizar la VC se invitó a contestar de forma telemática 4 preguntas de satisfacción: a) contribución de VC a evitar una intervención; b) valoración de la atención; c) grado de preferencia por VC; d) recomendación de VC a otros usuarios. Se analizaron las encuestas cumplimentadas, la puntuación de satisfacción a cada pregunta y el porcentaje de respuestas a las mismas.

Resultados

Se analizaron 2660 VC, de las cuales contestaron a la encuesta 774 pacientes. Lo hicieron a una o más preguntas 98%, a dos o más 32%, tres o más 28% y cuatro o más 18%. Se apreció una correlación negativa entre el número de preguntas y el grado de respuesta ($r = -0.86$, $p < 0.001$). Respecto a la pregunta a), 92% respondió sí; a la pregunta b) sí o indiferente, 82%; a la c), la puntuación media (1-5) fue 4.81; a la d), 71% recomendarían la VC a otros pacientes.

Conclusiones

Las VC fueron muy útiles para efectuar intervenciones, mejorar la adaptación y contribuir a la adherencia a la CPAP. El grado de satisfacción por la VC fue muy elevado, aunque sólo la cuarta parte respondieron a las preguntas. El número de preguntas planteadas posteriormente no debería ser superior a dos. El impacto de la VC en términos de resultados de salud a largo plazo, debe evaluarse prospectivamente.

Referencias

- ¹ BAILLY S, MENDELSON M, BAILLIEU S, TAMISIER R, PÉPIN J-L. THE FUTURE OF TELEMEDICINE FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA TREATMENT: A NARRATIVE REVIEW. J CLIN MED [INTERNET]. 2024;13(9):2700. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm13092700>
- ² ALSAIF SS, KELLY JL, LITTLE S, PINNOCK H, MORRELL MJ, POLKEY MI, ET AL. VIRTUAL CONSULTATIONS FOR PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. EUR RESPIR REV [INTERNET]. 2022;31(166). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0180-2022>
- ³ CORREIA S, GONZALEZ M, DEGER M, PITTS P. THE VALUE OF IMPLEMENTING A DIGITAL APPROACH IN THE OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA PATIENT PATHWAY: A SPANISH EXAMPLE. OPEN RESPIR ARCH [INTERNET]. 2024;6(1):100289. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100289>

IMPLEMENTACIÓN DE SOTATERCEPT EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN HAP: RESULTADOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD A 12 MESES

MOKACHIR MOHSENIN, L. (1), MARTIN NUÑEZ, M. (1), SANFELIU CUENCA, P. (1), LÓPEZ REYES, R. (1)

(1) Hospital La Fe

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER FINALISTA

Palabras clave:

Hipertensión arterial pulmonar Sotatercept Capacidad funcional Resistencia vascular pulmonar

Objetivos

Sotatercept, modulador de la vía de la activina, constituye una alternativa terapéutica innovadora con potencial para modificar la historia natural de la hipertensión arterial pulmonar (HAP). El objetivo de este estudio fue describir la experiencia en práctica clínica real con Sotatercept en pacientes con HAP de riesgo intermedio, evaluando su impacto en la situación clínica, funcional, biomarcadora y hemodinámica, así como su perfil de seguridad, tolerabilidad y viabilidad de administración (1).

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes con diagnóstico de HAP tratados con Sotatercept en nuestro centro desde el inicio del programa de "Early access". Se recogieron variables demográficas,

etiología de la HAP, estratificación de riesgo según guías clínicas vigentes y tratamiento basal. Las variables de eficacia incluyeron la clase funcional (CF), la capacidad funcional mediante la prueba de marcha de 6 minutos (TM6M), los niveles de NT-proBNP y los principales parámetros hemodinámicos. La seguridad se evaluó mediante el registro sistemático de eventos adversos y complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 14 pacientes con HAP: 4 (28,6%) de riesgo intermedio-bajo y 10 (71,4%) intermedio-alto. El 93% recibía triple terapia con prostaciclina sistémica. Al inicio, el 57% estaba en CF III y el 43% en CF II, con TM6M media de 415,2 m, NT-proBNP de 542,8 pg/mL, PAPm de 50,2 mmHg y RVP de 6,5 UW (TABLA 1). Tras iniciar Sotatercept, se observó una mejoría clínica, funcional y hemodinámica sostenida. A los 3 meses, el 60% alcanzó CF I y el 40% CF II, manteniéndose a los 6 y 12 meses. La TM6M aumentó a 502,2 m y 512,4 m a los 3 y 6 meses, respectivamente, y el NT-proBNP descendió a 329 pg/mL. Se evidenció reducción de PAPm (39,8 mmHg) y RVP (4,1 UW). A los 12 meses se confirmó el beneficio mantenido (TABLA 2). El perfil de seguridad fue favorable, con dos eventos adversos relacionados (TABLA 3).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES TRATADOS CON SOTATERCEPT

Paciente	Perfil de riesgo	Tratamiento de base	Clase funcional basal	TM6M basal (m)	NT-proBNP basal (pg/mL)	PAPm basal (mmHg)	RVP basal (UW)
1	Intermedio-alto	Treprostinil sc	II	496	151	67	8,0
2	Intermedio-bajo	Epoprostenol iv	II	562	198	44	6,17
3	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	III	401	517	52	6,3
4	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	II	514	1755	42	4,4
5	Intermedio-bajo	Epoprostenol iv	II	451	100	39	5,0
6	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	III	435	250	50	9,0
7	Intermedio-alto	Treprostinil sc	III	454	1424	63	9,26
8	Intermedio-alto	Selexipag	III	175	1603	52	5,59
9	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	III	405	216	50	6,72
10	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	III	—	400	58	3,2
11	Intermedio-alto	Epoprostenol iv	III	95	28	33	4,7
12	Intermedio-bajo	Macitentan/Tadalafilo	II	426	285	45	8,28
13	Intermedio-bajo	Macitentan/Tadalafilo + Selexipag	III	517	480	54	7,3
14	Intermedio-alto	Macitentan/Tadalafilo + Selexipag	II	467	192	54	7,2

TABLA 2. EVOLUCIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y HEMODINÁMICA EN PACIENTES TRATADOS CON SOTATERCEPT

Paciente	CF a 3 meses	TM6M a 3 meses (m)	NT-proBNP a 3 meses (pg/mL)	CF a 6 y 12 meses	TM6M a 6 meses (m)	NT-proBNP a 6 meses (pg/mL)	TM6M a 12 meses (m)	NT-proBNP a 12 meses (pg/mL)	PAPm post-tratamiento (mmHg)	RVP post-tratamiento (UW)
1	I	-	90	I	550	52	454	52	42	4,85
2	I	567	48	I	568	42	568	69	38	4,9
3	I	540	54	I	480	51	515	42	34	2,66
4	I	505	771	I	530	659	530	609	33	4,28
5	I	501	63	I	511	111	467	53	29	3,72
6	I	450	19	I	498	8	450	28	37	4,4
7	II	450	523	II	450	233	467	176	51	6,85
8	II	-	1123	II	-	1888	-	-	47	3,6
9	II	-	362	II	-	208	-	-	-	-
10	II	-	237	II	-	203	-	203	48	2,13
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMBIO	CF I 60% CF II 40%	502,16	329	Sin cambios	512,4	345,5	493	155	39,8	4,1

TABLA 3. EFECTOS ADVERSOS OBSERVADOS CON SOTATERCEPT

Efecto adverso	Nº (%)	Manejo
Aumento de hemoglobina	1 (7%)	Suspensión de dosis
Derrame pericárdico	1 (7%)	Ingreso y pericardiocentesis

Conclusiones

En nuestra experiencia en práctica clínica real, Sotatercept demostró un perfil consistente de eficacia y seguridad, incluso en pacientes con HAP avanzada en tratamiento combinado, reforzando su papel como estrategia terapéutica con potencial modificador de la enfermedad, en consonancia con los resultados de los ensayos clínicos publicados (1,2).

Referencias

- ¹ HUMBERT M, ET AL. SOTATERCEPT FOR THE TREATMENT OF PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION. N ENGL J MED. 2021388(16):1478-1490.
- ² VILLANUEVA J, WADE J, TORRES A, ET AL. SOTATERCEPT: THE FIRST ACTIVIN A RECEPTOR IIA INHIBITOR USED IN THE MANAGEMENT OF PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION. AM J CARDIOVASC DRUGS. 202525(1):17-24.

RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (NO FINALISTAS)



CAUSA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE HAN REQUERIDO INGRESO POR AGUDIZACIÓN DE EPOC.

Caña, J. L. (1), Ibarra, A. M. (1), Pérez, F. J. (1), Zamora, L. (1), Baeza, C. (1), Galán, M. (1), Grau, J. (1)

(1) Hospital General Universitario de Elche

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

Describir las causas y el lugar donde se producen los fallecimientos de los pacientes que habían requerido un ingreso por su EPOC en nuestro centro.

Metodología

Es un estudio observacional prospectivo con seguimiento de los pacientes ingresados por agudización de EPOC entre junio de 2019 y diciembre de 2021. El seguimiento finalizó en febrero de 2025. Se incluyeron 197 pacientes en los que se pudo realizar el seguimiento mínimo de 3 años o hasta el fallecimiento si ocurría antes. Cuatro pacientes se habían excluido por pérdida de seguimiento (traslado a otro país).

Resultados

Fallecieron 91 pacientes (el 46% de los incluidos), 11 de 45 mujeres y 80 de 152 varones ($p<0.001$). La edad de los fallecidos era 77 ± 9 años vs 70 ± 9 años de los no fallecidos ($p<0.001$). En la TABLA 1 se detallan las causas a las que se atribuyeron los fallecimientos. La mayoría se debía a EPOC y cáncer de pulmón, mientras que las causas cardíacas (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica combinadas) fueron el 14%. En la TABLA 2 se detallan los lugares en los que se produjeron los fallecimientos. El 68% de los pacientes fallecieron en el hospital.

Tabla 1. Causas de fallecimiento

	Mujeres (n=11)	Varones (n=80)	Total (n=91)
EPOC	8 (73%)	36 (45%)	44 (48%)
Cáncer de pulmón	1 (9%)	9 (11%)	10 (11%)
Insuficiencia cardíaca	1 (9%)	8 (10%)	9 (10%)
Neumonía	1 (9%)	3 (4%)	4 (4%)
Cardiopatía isquémica		4 (5%)	4 (4%)
Otras neoplasias		4 (5%)	4 (4%)
Sepsis		4 (5%)	4 (4%)
Insuficiencia renal		3 (4%)	3 (3%)
COVID		2 (3%)	2 (2%)
Ictus		2 (3%)	2 (1%)
Broncoaspiración		1 (1%)	1 (1%)
Cirrosis hepática		1 (1%)	1 (1%)
Isquemia intestinal		1 (1%)	1 (1%)
Ignorado		2 (3%)	2 (2%)

Tabla 2. Lugar de fallecimiento

	Mujeres (n=11)	Varones (n=80)	Total (n=91)
Ingreso hospitalario	8 (73%)	43 (54%)	51 (56%)
Domicilio	2 (18%)	19 (24%)	21 (23%)
Urgencias hospital		6 (8%)	6 (7%)
Cuidados intensivos		5 (6%)	5 (5%)
Hospitalización domiciliaria	1 (9%)	1 (1%)	2 (2%)
Residencias geriátricas		2 (3%)	2 (2%)
Hospital larga estancia		1 (1%)	1 (1%)
Vía pública		1 (1%)	1 (1%)
Ignorado		2 (3%)	2 (2%)

Conclusiones

En nuestra muestra, la mayoría de los fallecimientos se deben a patología respiratoria. No hay ningún caso atribuido a TEP, lo que probablemente se debe a bajo índice de sospecha o a la no realización de técnicas diagnósticas en pacientes en situación paliativa. Un porcentaje muy elevado de pacientes fallecen en el hospital, mayor del descrito en otras series, lo que sugiere que no hay planes óptimos de cuidados al final de la vida.

NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: DESCRIPCION DE UNA COHORTE DE PACIENTES Y SU EVOLUCIÓN CLÍNICA

Castro Bravo, V. (1), Túnez Castillo, C. (2), García Sevilla, R. (1), Hernández Blasco, L. (1), Soler Sempere, M. J. (1), Gayá García-Manso, I. (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE DR BALMIS, (2) Universidad Miguel Hernandez, Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Neumonía intersticial descamativa, Neumonía alveolar macrófagica, enfermedad por tabaco, tabaquismo, Enfermedad pulmonar intersticial

Objetivos

La neumonía intersticial descamativa (NID) (actualmente neumonía por macrófagos alveolares) se caracteriza por la presencia difusa de abundantes macrófagos con pigmento en el interior de los espacios alveolares, inflamación y/o fibrosis del intersticial. Mayoritariamente se asocia al tabaquismo. La progresión hacia fibrosis pulmonar avanzada es poco frecuente, y la principal medida terapéutica es el abandono del hábito tabáquico, algunos casos requieren trasplante pulmonar. Este estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y evaluar la evolución de los pacientes con NID atendidos en nuestro centro.

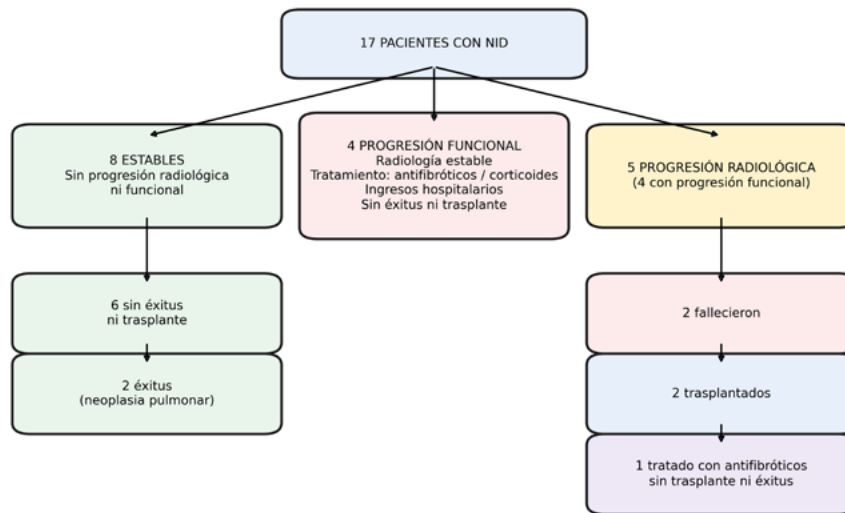
Tabla 1. Características de los pacientes con neumonía intersticial descamativa.	
	Población total (n=17)
Sexo masculino	14 (82,4)
Edad al diagnóstico (años)	54,4 ± 10,6
Antecedente de tabaquismo	
Fumador	14 (82,4)
Exfumador	3 (17,6)
Años-paquete (años)	38,4 ± 17,6
FVC, ml	3443,5 ± 703,5
FVC, % predicho	91,18 ± 20
FEV1 % predicho	85,1 ± 16,8
FEV1 ml predicho	2603,5 ± 601,3
FEV1/FVC	78,2 ± 11,4
DLCO %	58,9 ± 17,4
Progresión funcional	8 (47,1)
Progresión radiológica	5 (29,4)
Cese tabaco	9 (52,9)
Corticoides	5 (29,4)
Antifibrótico	5 (29,4)
Inmunosupresores	1 (5,9)
Referidos a trasplante	4 (23,5)
Trasplantados	2 (11,8)
Éxito	4 (23,5)
Para las variables cualitativas los valores se expresan como n (%) y para las variables cuantitativas como media ± desviación estándar, o mediana (p25-p75). BFC: Broncofibroscopia. BAL: Lavado bronquioalveolar.	

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de NID entre 2007 y 2024 en el Hospital General Universitario Dr. Balmis. Se recabaron datos clínicos, demográficos, funcionales, del tratamiento y la evolución. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 25

Resultados

Figura 1. Detalle de la evolución de los 17 pacientes con NID



Se incluyeron 17 pacientes con NID (características en la TABLA 1). La mayoría fueron hombres 14 (82,4%) y la edad media al diagnóstico fue de $54,4 \pm 10,6$ años. El 82,4% eran fumadores activos y el 17,6% exfumadores con un consumo acumulado de $38,4 \pm 17,6$ años-paquete. El cese del tabaco se logró en 9 (64,3%). La FVC media fue de $3443,5 \pm 703,5$ ml ($91,2 \pm 20,0\%$) y DLCO de $58,9 \pm 17,4\%$. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 54,5 meses (rango intercuartílico 33,9–98,0). En el seguimiento, se observó progresión funcional en 8 pacientes (47,1%) y radiológica en 5 pacientes (29,4%). Se indicaron corticoides en 5 pacientes (29,4%), antifibróticos en 5 pacientes (29,4%) e inmunosupresores en 1 paciente (5,9%). Cuatro pacientes (23,5%) fueron referidos a trasplante de los cuales 2 (11,8%) fueron trasplantados. Durante el seguimiento fallecieron 4 (23,5%) pacientes, de estos ninguno dejó de fumar tras el diagnóstico y se objetivó asociación significativa entre tabaquismo persistente y éxitus o trasplante. La FIGURA 1 muestra la evolución de cada paciente: ocho estables (2 fallecieron por neoplasias), cinco con progresión radiológica (2 trasplante, 2 fallecieron por exacerbación) y cuatro con progresión funcional sin cambios radiológicos (sin éxitus ni trasplante).

Conclusiones

Se diferenciaron dos grupos clínicos, uno con deterioro radiológico que, pese a recibir tratamiento, presentó fallecimiento o necesidad de trasplante, y otro con evolución estable, observándose una mayor persistencia del hábito tabáquico en los pacientes con evolución desfavorable.

Referencias

- ¹ SANKARI A, BASIT H, SHARMA S. DESQUAMATIVE INTERSTITIAL PNEUMONIA. 2025 APR 6. IN: STATPEARLS [INTERNET]. TREASURE ISLAND (FL): STATPEARLS PUBLISHING 2025 Jan–. PMID: 30252335.
- ² RYERSON CJ, ADEGUNSOYE A, PICIUCCHI S, HARIRI LP, KHOR YH, WIJSENBECK MS, WELLS AU, SHARMA A, COOPER WA, ANTONIOU K, BORIE R, FABRE A, INOUE Y, JOHANNSON K, JOHKOH T, KAWANO-DOURADO L, KAZEROONI E, MAHER TM, MOLYNEAUX PL, PROTTI R, RAVAGLIA C, RENZONI EA, SAITO-KOYAMA R, SVERZELLATI N, WALSH SLF, WOLTERS P, YANG SR, TRAVIS W, NICHOLSON AG. UPDATE OF THE INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY CLASSIFICATION OF THE INTERSTITIAL PNEUMONIAS: AN ERS/ATS STATEMENT. EUR RESPIR J. 2025 DEC 466(6):2500158. doi: 10.1183/13993003.00158-2025. PMID: 40774805.
- ³ UTSUNOMIYA T, KINOSHITA Y, YOSHIMURA M, KOIDE Y, WADA K, UEDA Y, YOSHIDA Y, KUSHIMA H, NIMURA S, ISHII H. DESQUAMATIVE INTERSTITIAL PNEUMONIA WITH PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS. INTERN MED. 2024 JAN 163(1):107-111. doi: 10.2169/internalmedicine.1802-23. Epub 2023 May 10. PMID: 37164667; PMCID: PMC10824656.

⁴ ALARCON-CALDERON A, VASSALLO R, YI ES, RYU JH. SMOKING-RELATED INTERSTITIAL LUNG DISEASES. IMMUNOL ALLERGY CLIN NORTH AM. 2023 MAY43(2):273-287. doi: 10.1016/j.iac.2023.01.007. Epub 2023 Mar 1. PMID: 37055089.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

Martínez, C. (1), Lahosa, C. (1), Fabregat, S. (1), Marín, M. (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La creación de unidades de referencia (UR) de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) ha demostrado prolongar la supervivencia, reducir los ingresos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El objetivo del estudio fue definir las características de los pacientes con ELA atendidos por Neumología en la UR del Hospital General de Castellón (HGUC).

Metodología

Estudio observacional transversal de un año de duración (noviembre 2024-noviembre 2025). Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ELA atendidos por Neumología en la UR del HGUC. Se recogieron variables demográficas, clínicas, y funcionales. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las variables continuas como media y desviación estándar.

Resultados

44 pacientes fueron incluidos, siendo el 52.3% mujeres con una edad de 64.66 $\pm$ 14.67 años. 34 pacientes (77.3%) tuvieron un inicio espinal, 18 inicio bulbar (22.7%) y ninguna presentó inicio respiratorio. El tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 18.6 meses $\pm$ 16.44. Se halló mutación genética en el 18.2% de los pacientes, siendo la más frecuente la mutación en el gen C9orf72 (75%).

La puntuación en la escala ALSFRS-R fue de 24 $\pm$ 7.45 puntos. Las pruebas funcionales respiratorias se recogen en la tabla 1. 37 pacientes (90.2%) cumplían criterios de VMNI, siendo portadores de la misma un 89.2% (33 pacientes), con 7.11 $\pm$ 5.31 de horas de uso. El tiempo transcurrido desde diagnóstico hasta inicio de VMNI fue de 13.26 $\pm$ 14.04 meses. En cuanto al modo ventilatorio, el modo por presión se utilizó en el 81.81% de los pacientes frente al 18.18% que se utilizó un modo volumétrico. El 93.2% de los pacientes utilizaban el asistente para la tos. De nuestros pacientes, 11 (25%) eran portadores de PEG y 3 (6.8%) de traqueostomía.

Conclusiones

Los resultados obtenidos refuerzan la utilidad de una atención multidisciplinar en la que Neumología desempeña un papel fundamental en la evaluación funcional, inicio de soporte ventilatorio y manejo de secreciones.

Tabla 1. Variables demográficas, clínicas y de función respiratoria.

Edad al diagnóstico	60,32 +/- 14,91 años
Edad al final de estudio	64,66 +/- 14,67 años
Sexo Mujeres Hombres	52,3% (n=23) 47,7% (n=21)
Tiempo de evolución hasta el diagnóstico	18,6 +/- 16,44 meses
Patrón inicial de ELA Espinal Bulbar Respiratoria	77,3% (n=34) 22,7% (n=10) 0% (n=0)
Mutaciones C9orf73 SOD1 FUS	18,2% (n=8) 13,6% (n=6) 2,3% (n=1) 2,3% (n=1)
Escala ALSF-R	24,00 +/- 7,45 puntos
FVC	63,79 +/- 25,14%
PIMax	59,65 +/- 28,25 cmH2O
PFT	152,19 +/- 85,71 Lpm
SNIP	30,65 +/- 16,19 cmH2O
pCO2	38,79 +/- 5,56 mmHg

Variables cuantitativas expresadas como % (n) y media +/- DS.

Tabla 2. Ventilación mecánica no invasiva, Cough Assist, PEG y traqueostomía.

Indicación de VMNI	90,2% (n=37)
Portadores de VMNI	89,2% (n=33)
Tiempo de evolución desde el diagnóstico hasta inicio VMNI	18,84 +/- 33,00 meses
Modo ventilatorio Presión control Volumen control	81,81% (n=27) 18,18% (n=6)
Uso de Cough Assist Si No	93,2% (n=41) 6,8% (n=3)
Portadores de PEG Si No	25% (n=11) 75% (n=33)
Portadores de traqueostomía Si No	6,8% (n=3) 93,2% (n=41)

Variables cuantitativas expresadas como % (n) y media +/- DS.

USO DE PSEUDOTERAPIAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS EN ASMA Y EPOC

Pérez Remacho, F. J. (1), Ibarra Maciá, A. (1), Caña Hernandez, J. L. (1), Galán Negrillo, M. (1), Zamora Molina, L. (1), Bordallo Vázquez, P. (1), Grau Delgado, J. (1)

(1) Hospital General Universitario de Elche

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

En asmáticos, la frecuencia descrita de uso de pseudoterapias y terapias alternativas o complementarias (PTAC) es del 4% y el 79% mientras que en pacientes con EPOC la frecuencia es inferior.

El objetivo de este estudio ha sido describir la frecuencia de uso de PTAC en nuestros pacientes y analizar si los que utilizan PTAC tienen características diferentes.

Metodología

Se realizó una encuesta presencial a pacientes con diagnóstico de asma o EPOC atendidos en la consulta de Neumología y con al menos un año de tratamiento. La encuesta incluía las versiones españolas del Cuestionario de Creencias Sobre los Medicamentos (CCSM) y de la Escala de Sensibilidad Percibida a los Medicamentos (ESPM). Se registraron, además, datos clínicos, de adhesión a medicamentos y sobre el uso de PTAC. Se compararon las características de los pacientes en función del uso de PTAC.

Resultados

Se incluyeron 134 pacientes con una edad de 64 ± 13 años. De ellos, 62 con asma y 72 con EPOC. De los 62 pacientes con asma, 15 referían haber utilizado PTAC (24%) y tres de los 72 con EPOC (4%) ($p < 0.001$). De los 18 pacientes que habían empleado PTAC, 10 referían algún efecto positivo. De los 15 asmáticos, 8 utilizaron herboterapia y 7 homeopatía. Los pacientes con EPOC usaron 1 herboterapia, 1 homeopatía y 1 acupuntura. Para diferenciar las características se analizan los pacientes con asma dado el escaso número de pacientes con EPOC. Los resultados se detallan en la Tabla. Los pacientes que utilizan PTAC son con más frecuencia mujeres, de más edad y con mayor tiempo de uso de inhaladores. Los que usan PTAC refieren haber tenido más efectos adversos, creen que, en general, se usan demasiados medicamentos y que éstos tienen peligro de uso y están más preocupados por tener que usar inhaladores. Además, en la ESPM, refieren ser más sensibles a los efectos de los fármacos. No se relacionaba su uso con el nivel de formación académica ($p=0.69$) ni con la gravedad del asma ($p=0.76$).

Conclusiones

En nuestro estudio, una proporción importante de pacientes con asma han empleado PTAC y es infrecuente en la EPOC. Algunas de sus características no habían sido previamente identificadas, como las creencias negativas sobre el uso de inhaladores o la percepción de mayor sensibilidad a sus efectos. No obstante, la muestra es pequeña, se circunscribe a pacientes atendidos en un hospital y de edad que probablemente no representa a la población general de asmáticos.

ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE BAJO TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB CON PERFIL T2 ALTO O BAJO

Boira Enrique, I. (1), Chiner Vives, E. (1), Martínez, A. (1), Esteban Ronda, V. (1), Chacín, Y. (1), Antón, M. (1), Bernabeu Martínez, M. Á. (1), Riquelme Gracia, M. del C. (1), Fernández, P. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Asma grave no controlado; Tezepelumab; Exacerbaciones; Corticoides

Objetivos

Evaluar la efectividad de tezepelumab en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) en práctica clínica real y comparar la respuesta clínica, funcional y de reducción de exacerbaciones entre pacientes con fenotipo T2 alto y T2 bajo.

Metodología

Se incluyeron pacientes con AGNC con ≥ 6 meses de tratamiento. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en cuestionarios (ACT, ACQ, VAS y AQLQ), ciclos, disminución, retirada de esteroides (EO) L exacerbaciones graves (ingresos+urgencias). Se empleó la escala FEOS y EXACTO. Los pacientes fueron divididos en fenotipo T2 bajo y fenotipo T2 alto (eosinofílico/alérgico). Se realizaron comparaciones entre ambos en T0 y T6

Resultados

Se analizaron 33 pacientes, edad 58 ± 12 años, índice de masa corporal (IMC), 29 ± 7 kg/m², IgE total 107 ± 184 , eosinófilos 356 ± 203 , FENO 28 ± 24 ppb, ACT 18 ± 14 , ACQ $4,2 \pm 3,5$, con una media de ingresos de $1,4 \pm 2$, visitas a urgencias $4,5 \pm 2,6$, exacerbaciones globales $6,4 \pm 4$, ciclos EO $4,5 \pm 3$, FVC% 86 ± 25 , FEV1% 65 ± 24 , cociente FEV1/FVC 64 ± 16 . La media de tratamiento fue de 6 ± 2 meses. Fueron T2 alto 20 pacientes (61%). Procedían de tratamiento biológico 15 pacientes (45,5%). Presentaban comorbilidad global 28 pacientes (88%): rinosinusitis con o sin poliposis nasal 79%, obesidad 41%, tabaquismo 37%, dermatitis atópica 30%, poliposis 22%, EREA 18%, AOS 15%, EPOC 15%, bronquiectasias 7%. Como medicación habitual: LABA+GCI dosis alta 100%, SABA 97%, LAMA 79%, antileucotrienos 76%, antihistamínicos 39%, esteroides orales de mantenimiento en 30%. Habían ingresado en el último año 49%, 97% había acudido a urgencias, 100% recibieron ciclos de EO. Comparando basal y tras tratamiento hubo diferencias en VAS ($8 \pm 0,8$ vs $2,4 \pm 1,1$, $p < 0,001$), ACT ($14,3 \pm 2,3$ vs $22,5 \pm 1,7$, $p < 0,001$) y ACQ ($3,5 \pm 0,5$ vs $0,8 \pm 0,6$, $p < 0,001$), eosinófilos (356 ± 203 vs 143 ± 102 , $p < 0,001$). Se redujeron las exacerbaciones graves ($6,7 \pm 4,2$ vs $0,3 \pm 0,6$, $p < 0,001$), visitas a urgencias ($4,5 \pm 2,6$ vs $0,1 \pm 0,4$, $p < 0,001$), ingresos ($1,4 \pm 2$ vs $0,1 \pm 0,2$, $p < 0,001$) y ciclos de EO ($4,5 \pm 2,9$ vs $0,1 \pm 0,3$, $p < 0,001$). En T0, el ACT, FEV1, FVC, eosinófilos y FeNO fueron mayores en T2. En T6 hubo un FEOS inferior en no T2, una menor respuesta completa en no T2 (17% vs 52%), con una mayor respuesta buena en no T2 (83% vs 48%, $p = 0,04$)

Conclusiones

Tezepelumab mejoró el control del asma en pacientes con AGNC con fenotipo T2 y no T2, disminuyendo los esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, alcanzando criterios de remisión clínica el 40%, siendo superior en T2

Referencias

¹ MENZIES-GOW A, CORREN J, BOURDIN A, ET AL. TEZEPELUMAB IN ADULTS AND ADOLESCENTS WITH SEVERE, UNCONTROLLED ASTHMA. N ENGL J MED. 2021;384(19):1800–09. doi:10.1056/NEJMoa2034975

² CORREN J, PARNES JR, WANG L, ET AL. TEZEPELUMAB IN ADULTS WITH UNCONTROLLED ASTHMA. N ENGL J MED. 2017;377(10):936–46. doi:10.1056/NEJMoa1704064

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

Boira Enrique, I. (1), Chiner Vives, E. (1), Chacín, Y. (1), Antón Gironés, M. (1), Bernabéu Martínez, M. Á. (1), Castelló Faus, C. (1), Llombart Cantó, M. (1), Fernández, P. (1), Pastor, E. (1), Martínez, A. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Asma Grave, Dupilumab, agudizaciones.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de dupilumab en asma grave no controlado (AGNC), asociado o no a rinosinusitis crónica (RSC), valorando el control clínico, la función pulmonar, la reducción de exacerbaciones y la remisión clínica

Metodología

Se incluyeron pacientes con AGNC que iniciaron dupilumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, FENO, SNOT-22, comorbilidad y cambios en ACT, ACQ, VAS, AQLQ, disminución, retirada de esteroides, ciclos de esteroides, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias respecto al año anterior. Se empleó la escala FEOS y EXACTO

Resultados

Se analizaron 152 pacientes (67% mujeres), edad media de 50±12 años, FEV1% 82±22%, IMC 26.4±5kg/m², seguimiento 21±8 meses, IgE 1040±336UI/mL, 612±577 eosinófilos, SNOT-22:52±34, FENO 55±46ppb. Habían seguido previamente benralizumab 18%, mepolizumab 1.3% y omalizumab 0.7%. El 75% presentó comorbilidades: rinitis 82%, anosmia/hiposmia 67%, poliposis nasal 51%, EREA 37%, dermatitis atópica 35%, alergia alimentaria 13%, obesidad 10%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 5.3%, AOS 3%, bronquiectasias 2%. Eran fumadores activos 19%. Recibían: dosis altas de ICS/LABA 100%, montelukast 65%, LAMA 51%, antihistamínicos 51%, esteroides orales en 12%. Habían ingresado en el último año 36%, 86% había acudido a urgencias, 90% recibieron ciclos de esteroides orales, con 9.4±5.5 exacerbaciones/año. Comparando basal y tras tratamiento, hubo diferencias en VAS(8±1vs2±1,p<0.001), ACT(16±2vs23±1,p<0.001) y ACQ(4±1vs0.3±0.3,p<0.001), AQLQ(2.2±0.35vs4.5±0.4,p<0.001), FENO(55±46vs22±15,p<0.001), FEV1%(82±22vs87±20,p<0.001), con una diferencia media en FEV1 de 275±180 ml. Se redujeron las exacerbaciones (9.4±vs0.7±2,p<0.001), visitas a urgencias (3±3vs0.3±0.9, p<0.001), ingresos (1±1.4 vs 0.1±0.3,p<0.001) y ciclos de esteroides (4±4vs0.3±0.1,p<0.001). De los 15 pacientes con esteroides orales se retiraron en 10 y redujeron en 5. Los síntomas nasales mejoraron significativamente con cambios en SNOT22 (52±34vs22±15,p<0.001), con mejoría de la anosmia/hiposmia en 60%. La puntuación media de FEOS fue 78±13. De acuerdo con EXACTO, alcanzaron respuesta completa/superrespuesta 95 pacientes (62.5%), buena en 48 (32%) y parcial en 9 (6%).

Conclusiones

Dupilumab mejoró el control del asma y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios. Dos tercios alcanzaron remisión clínica, mejorando la función olfatoria en aquellos con RSC.

Referencias

- WECHSLER, M. E., FORD, L. B., MASPERO, J. F., ET AL. (2022). LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF DUPILUMAB IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE ASTHMA (TRAVERSE): AN OPEN-LABEL EXTENSION STUDY. THE LANCET. RESPIRATORY MEDICINE, 10(1), 11–25. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S2213-2600\(21\)00322-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00322-2)
- RABE, K. F., NAIR, P., BRUSSELLE, G., MASPERO, J. F., ET AL. (2018). EFFICACY AND SAFETY OF DUPILUMAB IN GLUCOCORTICOID-DEPENDENT SEVERE ASTHMA. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 378(26), 2475–85. [HTTPS://DOI.ORG/10.1056/NEJMOA1804093](https://doi.org/10.1056/NEJMOA1804093)

PATRONES DE ADHERENCIA A LA PRESIÓN POSITIVA (CPAP), EN PACIENTES CON APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO (AOS) DE EDAD AVANZADA.

Martínez, A. (1), Chiner Vives, E. (1), Boira Enrique, I. (1), Esteban Ronda, V. (1), Hernández Padilla, M. (1), Castello Faus, C. (1), Pastor Esplá, E. (1), Vañes Baños, S. (2), García Ferrer, S. (2), Gigliarano, F. (3), Navarro Marín, S. (3)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Linde Médica, Alicante, (3) Linde Medica, Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Apnea del sueño, AOS, CPAP

Objetivos

La adherencia al tratamiento con presión positiva en la vía aérea (PAP) es necesaria en el tratamiento del síndrome de apnea de sueño (AOS), siendo poco conocida en edades avanzadas. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia al tratamiento con CPAP en pacientes con AOS del departamento 17

Metodología

Se evaluó el cumplimiento de todos los pacientes con PAP (CPAP, AutoCPAP, BIPAP S) dirigido exclusivamente al tratamiento con AOS del departamento 17 (población SIP: 250000 habitantes) recogiendo edad, género, tiempo de tratamiento, lecturas del contador horario (2 lecturas en el último año), clasificando a los pacientes en: incumplidores (< 1 hora diaria), cumplidores parciales (1-3 horas diarias), cumplidores (> 3 horas) y un grupo adicional de grandes cumplidores (≥6 horas). Se dividieron los pacientes en grupo A (<70 años) y grupo B (>70). Se compararon las horas y el cumplimiento en ambos grupos. Se empleó la t-student (muestras no pareadas) o ANOVA para las numéricas y χ^2 para cualitativas. Se accedió a través de un portal electrónico y se elaboró un fichero de los pacientes, depurando inconsistencias o datos incompletos.

Resultados

Se incluyeron 5903 pacientes (4843 CPAP, 1049 AutoCPAP y 11 BIPAP S), 4408 hombres y 1495 mujeres, edad 61 ± 14 años, 63.5 ± 49 meses de tratamiento (1-234), presión CPAP 8 ± 2 cmH₂O, adherencia 4.6 ± 2.9 h/día. La prevalencia de tratamiento fue 2361/100000. Fueron cumplidores de >3 horas 4336 (73.5%), parciales 597 (10.1%) e incumplidores 970 (16.4%). Fueron grandes cumplidores 2722 (46.1%). El grupo A estuvo constituido por 4225 pacientes (71.5%), edad 55 ± 11 años, 3247 hombres y 978 mujeres y el B por 1678 (29.1%) edad 77 ± 5 años, 1160 hombres y 518 mujeres ($p < 0.001$). La adherencia en B fue significativamente mayor (4.9 ± 2.9 h/día vs 4.5 ± 2.9 h/día, $p < 0.001$). Al comparar los 3 patrones de cumplimiento, existieron diferencias significativas a favor del grupo B ($p = 0.042$). Además, el número con cumplimiento ≥ 6 horas fue superior en B ($p = 0.004$).

Conclusiones

Un tercio de AOS con CPAP es mayor de 70 años. La adherencia en horas en estos pacientes es superior al de los más jóvenes y el cumplimiento óptimo (> 6 horas) es también superior. Por el contrario, los patrones de incumplimiento o de bajo cumplimiento son similares. Estos hallazgos han de ser tenidos en cuenta a la hora de valorar iniciar el tratamiento en pacientes de edad más avanzada.

Referencias

- ONEN, F., ONEN, S. H., LE VAILLANT, ET AL. (2023). ADHERENCE TO CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE TREATMENT IN A COHORT OF ELDERLY ADULTS WITH NEWLY DIAGNOSED OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA. SLEEP & BREATHING = SCHLAF & ATMUNG, 27(5), 1847–55. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s11325-023-02795-3](https://doi.org/10.1007/s11325-023-02795-3)
- MARTÍNEZ-GARCÍA MÁ, VALERO-SANCHA I, REYES-NUÑEZ N, ET AL. CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE ADHERENCE DECLINES WITH AGE IN ELDERLY OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA PATIENTS. ERJ OPEN RES. 20195(1):00178–2018. doi:10.1183/23120541.00178-2018

PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS TERAPIAS RESPIRATORIAS (TRD) EN EL DEPARTAMENTO 17 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Riquelme Gracia, M. del C. (1), Martínez, A. (1), Chiner Vives, E. (1), Boira Enrique, I. (1), Pastor, E. (1), Esteban Ronda, V. (1), Vañes Baños, S. (2), Navarro Marín, S. (3), García Ferrer, S. (3), Gigliarano, F. (3)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Linde Medica Alicante, (3) Linde Medica, Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

CPAP, oxigenoterapia, BIPAP, terapias respiratorias

Objetivos

El objetivo del trabajo es evaluar la prevalencia de las distintas terapias respiratorias (TRD), es clave para valorar las tendencias de las distintas modalidades y conocer la situación, con el fin de poner en marcha programas específicos

Metodología

Se obtuvieron los datos de las TRD en el Departamento 17 de la CV a través de la empresa suministradora, y se calcularon las distintas prevalencias por 100000 habitantes/año, ajustadas a un área de influencia de 250000 habitantes. Se distribuyeron en terapia de sueño, oxigenoterapia, aerosolterapia, ventiloterapia y otras. Se analizaron las diferentes modalidades para cada una.

Resultados

En terapia de sueño existían un total de 5903 usuarios, correspondiente a una prevalencia de 2361/100000 (CPAP 82%, AutoCPAP 17.8%, BIPAP-S 0.2%). Respecto a los 710 usuarios de oxigenoterapia, la prevalencia fue de 284/100000 (97% concentrador, 2% cilindros, 1% líquido), de los cuales 466 (66%) disponían de terapia móvil. Eran usuarios de aerosolterapia 636, prevalencia 254/100000 (71% ultrasónico, 17.5% alto flujo, 11.5% de malla). La ventiloterapia correspondió a 238 pacientes, con una prevalencia de 95/100000 (66% BIPAP-ST, 33.6% volumétricos, 0.4% servoventilación). Un 30% de pacientes disponían de 2 o más terapias combinadas (CPAP/BIPAP + oxigenoterapia + aerosolterapia). Además, 52 pacientes tenían equipos de tos asistida mecánica y 31 aspirador de secreciones. En conjunto, las terapias se distribuyeron en: terapia de sueño 78.8%, oxigenoterapia 9.5%, aerosolterapia 8.5% y ventilación 3.2%.

Conclusiones

Existe una prevalencia elevada de terapia de sueño y de ventilación. La oxigenoterapia y aerosolterapia comparten prevalencias semejantes, destacando un alto porcentaje de oxigenoterapia de movilidad. Es destacable que un tercio de la aerosolterapia es empleada para la nebulización de antibiótica. El hecho de que un tercio de pacientes dispone de terapias combinadas, añade complejidad a la población electrodependiente.

Referencias

- ¹ ORTEGA RUIZ F, GÓMEZ DE TERREROS CARO M, TENÍAS BONILLA M, ET AL. PREVALENCIA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN ESPAÑA: ESTUDIO EPISER-TRD. ARCH BRONCONEUMOL. 2021;57(5):336–43. doi:10.1016/j.arbres.2020.10.009
- ² MIRAVITLLES M, SOLER-CATALUÑA JJ, CALLE M, ET AL. TENDENCIAS EN EL USO DE TERAPIAS RESPIRATORIAS Y DISPOSITIVOS DOMICILIARIOS EN ESPAÑA: UN ANÁLISIS DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS. EUR RESPIR J. 2024;63(2):2004570. doi:10.1183/13993003.04570-2023

NIVELES DE EOSINÓFILOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC

IBARRA MACIA, A. M. (1), Pérez Remacho, F. J. (1), Caña Hernández, J. L. (1), GALAN, M. (2), BAEZA MARTINEZ, C. (1), BORDALLO VAZQUEZ, P. (1), GRAU DELGADO, J. (1)

(1) HGUE, (2) NEGRILLO

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

El objetivo de este estudio ha sido realizar una primera aproximación analizando la proporción de pacientes ingresados por exacerbación de EPOC con perfil eosinofílico.

Metodología

Estudio transversal descriptivo de los pacientes hospitalizados por agudización de EPOC durante un período de 30 meses (finalizado en diciembre de 2021). Habían sido diagnosticados de EPOC por espirometría con prueba broncodilatadora y eran fumadores o exfumadores. Se incluye en valor más alto

Resultados

Se incluyó un total de 200 pacientes (46 mujeres, 154 varones). De estos tenían eosinófilos < 300 , 107 pacientes y eosinófilos ≥ 300 , 93 (47%); sin diferencia significativa en sexo, edad y resto de características clínicas, funcionales y pronósticas excepto en el FEV1, que era significativamente mayor en los pacientes con el recuento más elevado de eosinófilos. Los datos se detallan en la tabla.

Tabla. Características de los pacientes según el nivel de eosinófilos

	Eos < 300	Eos ≥ 300	Valor de p
Número de paciente	107	93	
Sexo, F/M, %	54% / 53%	46% / 47%	0,90
Edad	72 $\pm$ 10	73 $\pm$ 10	0,47
Disnea mMRC	2,2 $\pm$ 0,9	2,1 $\pm$ 0,9	0,42
Índice de masa corporal	28 $\pm$ 6	27 $\pm$ 6	0,82
Agudizaciones en año previo	1,0 $\pm$ 1,5	1,1 $\pm$ 1,6	0,60
Duración del ingreso	6,2 $\pm$ 4,4	5,6 $\pm$ 3,1	0,26
Comorbilidad (Charlson modif.)	2,01 $\pm$ 1,1	2,01 $\pm$ 1,1	0,96
BODEx	3,8 $\pm$ 2,0	3,5 $\pm$ 2,0	0,33
FVC (% del teórico)	71 $\pm$ 18	74 $\pm$ 21	0,32
FEV1 (% del teórico)	44 $\pm$ 15	50 $\pm$ 18	0,01
FEV1/FVC (%)	48 $\pm$ 11	51 $\pm$ 10	0,09
Triple terapia inhalada, %	43	48	0,45
Fallecidos 1 año, %	17	14	0,58
Fallecidos 3 años, %	33	35	0,79

Conclusiones

Una elevada proporción de nuestros pacientes EPOC que requieren ingreso tienen valores elevados de eosinófilos. Aunque es probable que en algunos pacientes la optimización del tratamiento pueda controlar la enfermedad (recibía tripe terapia menos del 50%), es previsible que una elevada proporción de nuestros pacientes pueda requerir el empleo de fármacos biológicos con las consecuencias de organización de la asistencia y coste económico.

PACIENTES JÓVENES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES: PERFIL RESPIRATORIO Y NECESIDADES ASISTENCIALES

Fernández Martínez, P. (1), Chiner, E. (1), Boira, I. (1), Martínez, A. (1), Chacín, Y. (1), Riquelme, C. (1), Esteban, V. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

enfermedad neuromuscular, jóvenes, ventilación mecánica, apnea obstructiva del sueño

Objetivos

Las enfermedades neuromusculares (ENM) causan debilidad muscular respiratoria, tos inefectiva y trastornos del sueño, con riesgo de insuficiencia ventilatoria. La transición a la vida adulta es clave para decidir el inicio de la ventilación mecánica (VM) y otras terapias como el asistente de tos.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo realizado en una consulta especializada de ventilación domiciliar en pacientes de entre 14 y 40 años con ENM. Se recogieron características sociodemográficas, antropométricas y clínicas (tabla 1). Se aplicaron estadísticos descriptivos e inferenciales (U de Mann-Whitney).

Resultados

Se incluyeron 23 pacientes, edad media 28 ± 9 años; 13 varones (56,5%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: 4 atrofia muscular espinal (17,4%), 4 parálisis cerebral infantil (17,4%), 3 distrofia muscular de Duchenne (13,0%), 3 distrofia miotónica de Steinert (13,0%), entre otros (figura 1).

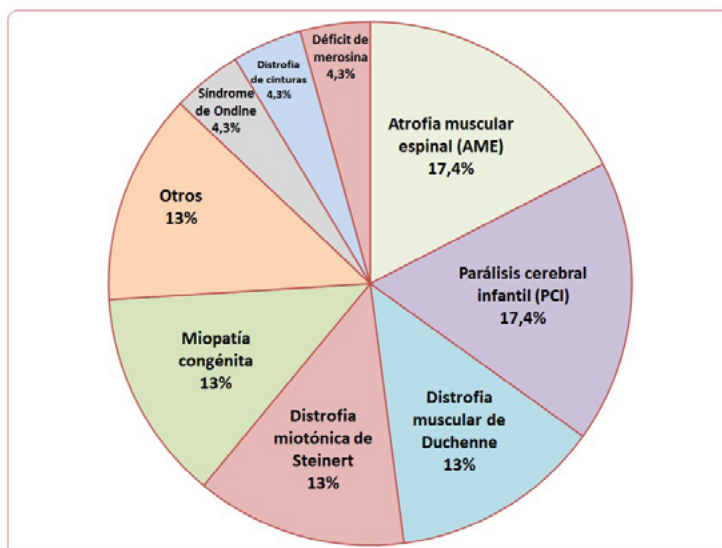


Figura 1. Distribución de ENM en la cohorte (n= 23 pacientes)

Tabla 1: Características sociodemográficas, antropométricas y clínicas de la cohorte (n=23).

Sexo	
▪ Varón	▪ 13 (56,5%)
▪ Mujer	▪ 10 (57,5%)
Edad (años)	28.35±9.10
IMC (kg/m²)	20.7 (18.2–32)
Afectación bulbar	5 (21,7%)
Cifoescoliosis severa	6 (26,1%)
Movilidad reducida	
▪ Andador	▪ 3 (13%)
▪ Silla de ruedas	▪ 9 (39,1%)
Actividad deportiva	6 (26,1%)
Actividad laboral	
▪ Estudiante	▪ 3 (13%)
▪ Trabajador	▪ 4 (17,4%)
Tabaquismo	
▪ Exfumador	▪ 1 (4,3%)
▪ Nunca fumador	▪ 22 (95,7%)
VM/día (horas)	8,3±5,9
Capnografía reposo (mmHg)	39.0 ± 5.19
FVC predicha (%)	63.0 (30.1–76.0)
Caída FVC decúbito (%)	4.0 (3–6)
PIM (cmH₂O)	54.0 (37–92)
PEM (cmH₂O)	63.0 (34.2–101)
Pico de tos (L/min)	250 (250–310)
IAH (eventos/h)	6.2 (3–8)
CT90 (%)	1 (0–12)
Nº visitas consulta/año	8 (4–13)
Nº ingresos/último año	0 (0–3)
Infecciones respiratorias/último año	0 (0–1)

La FVC respecto a predicho mediana fue del 63% (RIC 30,1–76), con una caída en decúbito de un 4% (RIC 3–6). La presión inspiratoria máxima (PIM) mediana fue de 54 cmH₂O (RIC 37–92) y la presión espiratoria máxima (PEM) mediana de 63 cmH₂O (RIC 34,2–101). El pico de tos mediano fue de 250 L/min (RIC 250–310). La capnografía media fue de 39 ± 5,2 mmHg.

Requerían VM no invasiva 13 pacientes (56,5%) y 1 VM invasiva a través de traqueostomía (4,3%), con un uso medio diario de 8,3±5,9 horas. Empleaban asistente de tos 9 (39,1%) y oxigenoterapia 2 (8,7%) pacientes. Los pacientes con VM mostraban tendencia a peor función respiratoria, aunque sin significación estadística.

Se realizó estudio de sueño en 16 pacientes (69,6%) con resultado de Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) leve en 9 (56,3%), moderada en 2 (12,5%) y grave en 1 (6,3%).

El número anual de visitas a consultas fue de 8 (RIC 4–13). Se registraron escasos ingresos hospitalarios en el último año: 4 neumonías (17,4%) y 1 bronquitis (4,3%). Los pacientes con VM realizaron más visitas a consulta ($p=0,04$), sin diferencias significativas en ingresos hospitalarios

($p=0,17$).

Conclusiones

En esta cohorte joven con ENM se observó una afectación respiratoria relevante junto a una alta prevalencia de trastornos del sueño. Los pacientes con VM mostraron peor función respiratoria y una mayor demanda asistencial en consulta, aunque sin un incremento de ingresos hospitalarios, que refuerza la importancia de realizar un seguimiento estrecho e intensivo en consulta de Neumología para evitar los mismos.

Referencias

- CAREY IM, NIRMALANANTHAN N, HARRIS T, DEWILDE S, CHAUDHRY UAR, ET AL. PREVALENCE OF CO-MORBIDITY AND HISTORY OF RECENT INFECTION IN PATIENTS WITH NEUROMUSCULAR DISEASE: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS OF UNITED KINGDOM PRIMARY CARE DATA. PLOS ONE. 2023;18(3):e0282513. doi:10.1371/journal.pone.0282513.
- MANN JR, ROYER JA, McDERMOTT S, HARDIN JW, OZTURK O, STREET N. HOSPITALIZATIONS AND EMERGENCY ROOM VISITS FOR ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH MUSCULAR DYSTROPHY LIVING IN SOUTH CAROLINA. MUSCLE NERVE. 2015 Nov;52(5):714–721. doi:10.1002/mus.24599.
- KHAN A, FRAZER-GREEN L, AMIN R, WOLFE L, FAULKNER G, CASEY K, SHARMA G, SELIM B, ZIELINSKI D, ABOUSSOUAN LS, MCKIM D, GAY P. RESPIRATORY MANAGEMENT OF PATIENTS WITH NEUROMUSCULAR WEAKNESS: AN AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE AND EXPERT PANEL REPORT. CHEST. 2023 Aug;164(2):394–413. doi:10.1016/j.chest.2023.03.011.
- HANSEN-FLASCHEN J, ACKRIVO J. PRACTICAL GUIDE TO MANAGEMENT OF LONG-TERM NONINVASIVE VENTILATION FOR ADULTS WITH CHRONIC NEUROMUSCULAR DISEASE. RESPIR CARE. 2023 Aug;68(8):1123–1157. doi:10.4187/respcare.10349.

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE VENTILACIÓN

Flor Pérez, A. (1)

(1) H. General Castellón

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es una enfermedad con afectación progresiva de la musculatura respiratoria, que contribuye a hipoventilación nocturna y supone una indicación para el inicio de ventilación no invasiva (VNI). La adherencia a VNI (>4h/día) ha sido evaluada en este grupo de pacientes con resultados heterogéneos en distintas series.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal de un año de duración. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Distrofia Miotónica tipo 1 en seguimiento en la consulta monográfica de ventilación domiciliaria del Hospital General de Castellón. Se recogieron variables demográficas, clínicas y funcionales y se realizó un análisis descriptivo e inferencial bivariado mediante la prueba de chi-cuadrado.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes, 56% de los cuales fueron mujeres con una edad media de 47 +/- 10 años. La genética (expansión de una repetición CTG) resultó positiva en el 96,6% de los casos.

El 86,6% de los pacientes presentaron un fenotipo neurológico de inicio adulto, con un predominio del nivel de estudios básico (57,7%). Los datos de las pruebas funcionales respiratorias se recogen en la TABLA 2.

22 pacientes (73,7%) presentaban criterios para uso de VNI, siendo la adherencia a la misma del 63,6%. La media de uso diario de la VNI fue de 4,08 +/- 3,3 horas. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y la adherencia a la VNI (χ^2 , $p = 0,020$), evidenciando que pacientes con menor nivel educativo presentaban una menor adherencia; así como aquellos con patología psiquiátrica ($p < 0,01$). La fuerza de esta relación, evaluada mediante la V de Cramer, fue moderada ($V = 0,498$), lo que indica una relación clínicamente relevante entre ambas variables.

Conclusiones

La VNI es una terapia ampliamente prescrita en pacientes con DM1, aunque presentan un subóptimo grado de cumplimentación.

De acuerdo con nuestros resultados, esto puede estar relacionado con el nivel de estudios aunque es preciso examinar otros factores neuropsicológicos como posibles determinantes de la adherencia al tratamiento.

TABLA 1. Datos descriptivos (n=30)

SEXO	- Hombres: 43,3% - Mujeres 56,6%
TIPO DISTROFIA MIOTÓNICA	- Tipo 1: 100% - Tipo 2: 0%
FENOTIPO NEUROLÓGICO DM 1 (Steinert)	- Congénita: 3% - Infantil: 10% - Adulto: 86,6%
NIVEL ESTUDIOS	- Básico: 57,7% - Medio: 15,4% - Avanzado: 26,9%
FRACCIÓN EYECCIÓN	- FEVI>50%: 96,6% - FEVI<50% 3,3%
PRESENCIA DE ARRITMIAS	- Sí: 13,3% - No: 86,6%
ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN	- Sí: 33,3% - No: 66,6%
PORTADOR MARCAPASOS	- Sí: 33,3% - No: 66,6%
PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	- Sí: 19,3% - No: 80,7%
Indicación VNI	73,3%
VNI domiciliaria	46,6%

Adherencia VNI	• >4h/día: 66,6% • <4h/día: 36,3%
COUGH-ASSIST	• Sí: 40% • No: 60%
OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA	• Sí: 23,3% • No: 76,6%
HOSPITALIZACIÓN EL ÚLTIMO AÑO	• Sí: 6,6% • No: 93,3%

TABLA 2. Resultados pruebas funcionales respiratorias (n= 30)

Variables	Media	DE
FVC (ml)	2,29	+/- 0,75
FVC (%)	61,7	+/- 17,68
FEV1 (ml)	2,03	+/- 0,85
FEV1 (%)	63,6	+/- 17,87
FEV1/FVC	80,2	+/- 8,35
PIM	52,75	+/- 25,07
PEM	34,8	+/- 19,57
PFT	184,2	+/- 94,7
IAH	9,14	+/-10,46
ODI	26,40	+/- 23,75
TC90	38,69	+/- 34,7
SPO2 MEDIA	91,00	+/- 11,9
SPO2 MIN	78,60	+/- 5,75

ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ERRADICACIÓN DIFÍCIL DE LA INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

Madera, N. (1), March, L. (2), Prieto, D. (1), Martinez, E. (1), Lera, R. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, (2) Hospital Universitario Dr Peset

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

bronquiectasias, antibióticos inhalados, colistina, quinolonas, pseudomonas aeruginosa

Objetivos

1. Analizar las características de la población con bronquiectasias (BQ) con esputos persistentemente positivos por microorganismos potencialmente patógenos (MPP) tras al menos 24 meses de tratamiento antibiótico inhalado de forma secuencial según nuestro protocolo.
2. Observar la efectividad para la erradicación, número de exacerbaciones moderadas/graves, tolerancia y efectos secundarios de las siguientes opciones terapéuticas.

3. Analizar las características clínicas de la población que usa colistina en polvo seco, así como la tolerancia, efectividad de dicho tratamiento.

Metodología

Estudio retrospectivo observacional en la consulta monográfica de bronquiectasias del Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia), que incluyó pacientes atendidos entre enero 2024 y septiembre 2025 con esputos persistentemente positivos tras ≥24 meses de tratamiento antibiótico inhalado manteniéndolos mínimo durante 12 meses. Aplicamos nuestro protocolo de antibioterapia secuencial que consistió en la modificación de la misma en este orden: Colistina (Colfinair®) (2mu/12h), Tobramicina (Bramitob®) 300mg/12h ciclos on/off, Levofloxaxino (Quinsair®) 240mg/12h ciclos on/off, Tobramicina (Vantobra®) 300mg/12h ciclos on/off. En pacientes laboralmente activos se ofreció colistina en polvo seco (Colobreathe®) como alternativa inicial.

Resultados

Antibiótico	Pacientes (n)
Colobreathe®	6
Quinsair®	16
Vantobra®	8

Los pacientes mayoritariamente eran mujeres con BQ difusas y predominantemente graves. Conseguimos negativización en un alto porcentaje de pacientes. El resto de las características analizadas se adjuntan en las tablas:

Características demográficas y clínicas	Colobreathe®	Quinsair®	Vantobra®
Edad media (años) p = 0,0184	48,3 (33-68) ±13.1	70,9 (54-83) ± 9.8	74,3 (59-90) ±12.8
% Mujeres	50%	64,7%	87,5%
BQ difusas n(%)	4 (66.7%)	14 (87.5%)	8 (100%)
E-faced (pts)	3.50 ± 1.3	3.56 ± 1.3	4.75 ± 2.3
Duración tto. (meses)	18,6 ± 15.9	15,8 ± 5.4	9,4 ± 4.6
Tolerancia buena	100%	100%	87,5%
Mejoría subjetiva	Mejoría subjetiva	81,3%	87,5%
FEV1/FVC<lt;70	2 (33.3%)	11 (68.8%)	6 (85.7%)
Obstrucción leve n(%)	0	6 (37.5%)	3 (37.5%)
Obs. moderada n(%)	1 (16.7%)	4 (25%)	3 (37.5%)
Obs. grave n(%)	1 (16.7%)	1 (6.3%)	1 (12.5%)

Efectos adversos y síntomas asociados

Variable	Colobreathe®	Quinsair®	Vantobra®
Broncoespasmo	50%	0%	12,5%
Broncorrea	50%	31,3%	37,5%
Esputos hemoptoicos	16,7%	6,3%	37,5%

Exacerbaciones

Variable	Colobreathe®	Quinsair®	Vantobra®
Media exac. Previas (n)	2,00	0,25	1,75
Media exac. Posteriores (n)	1,67	1,25	1,38

Datos microbiológicos

Antibiótico	P. Aeruginosa	Otros MPP	Negativización esputo frente a P. aeruginosa (n)	% Negativización
Colobreathe®	6 (100%)	0 (0%)	5	83,3% (p = 0,0975)
Quinsair®	13 (81,25%)	3 (18,75%)	4	30,8%
Vantobra®	5 (62,5%)	3 (37,5%)	2	40,0%

Conclusiones

La rotación de antibióticos inhalados permite negativizar los esputos frente a MPP en un porcentaje relevante de pacientes con BQ. La extensión y gravedad de la enfermedad podrían dificultar la erradicación. El antibiótico en polvo seco es una opción eficaz y bien tolerada, especialmente en pacientes jóvenes. Incluso sin erradicación microbiológica, muchos pacientes experimentan mejoría clínica significativa.

Referencias

- ¹ CHOREPSIMA, S., KECHAGIAS, K. S., KALIMERIS, G., TRIARIDES, N. A., & FALAGAS, M. E. (2018). SPOTLIGHT ON INHALED CIPROFLOXACIN AND ITS POTENTIAL IN THE TREATMENT OF NON CYSTIC FIBROSIS BRONCHIECTASIS. DRUG DESIGN, DEVELOPMENT AND THERAPY, 12, 4059–4066. [HTTPS://DOI.ORG/10.2147/DDDT.S168014](https://doi.org/10.2147/DDDT.S168014)
- ² XU, M.-J., & DAI, B. (2020). INHALED ANTIBIOTICS THERAPY FOR STABLE NON CYSTIC FIBROSIS BRONCHIECTASIS: A META ANALYSIS. THERAPEUTIC ADVANCES IN RESPIRATORY DISEASE, 14, 1753466620936866. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/1753466620936866](https://doi.org/10.1177/1753466620936866)
- ³ AMJAD, Z., ABAZA, A., VASAVADA, A. M., SADHU, A., VALENCIA, C., FATIMA, H., NWANKWO, I., ANAM, M., MAHARJAN, S., & PENUMETCHA, S. S. (2022). INHALED ANTIBIOTICS IN NON CYSTIC FIBROSIS BRONCHIECTASIS (NCFB): A SYSTEMATIC REVIEW OF EFFICACY AND LIMITATIONS IN ADULT PATIENTS. CUREUS, 14(10), e30660. [HTTPS://DOI.ORG/10.7759/CUREUS.30660](https://doi.org/10.7759/CUREUS.30660)
- ⁴ DALLAL BASHI, Y. H., MAIRS, R., MURTADHA, R., & KETT, V. (2025). PULMONARY DELIVERY OF ANTIBIOTICS TO THE LUNGS: CURRENT STATE AND FUTURE PROSPECTS. PHARMACEUTICS, 17(1), 111. [HTTPS://DOI.ORG/10.3390/PHARMACEUTICS17010111](https://doi.org/10.3390/PHARMACEUTICS17010111)

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÁCIDO ÚRICO Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Diez De León, A. (1), Huélamo, P. P. (1), Soler, M. J. (1), Lucas, P. (1), Cantarella, R. (1), León, J. M. (1), Hernández, L. M. (1)

(1) Hospital General Universitario Doctor Balmis

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

AOS, ácido úrico, riesgo cardiovascular

Objetivos

Una de las principales consecuencias en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) es su relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares debido a los episodios de hipoxia intermitente y a diferentes mecanismos como el estrés oxidativo, el aumento de la actividad simpática, la hipercoagulabilidad, la inflamación y disfunción endotelial [Lloberes et al., 2011; Mediano et al., 2021]. Por otro lado, estudios sugieren una relación entre niveles séricos de ácido úrico y enfermedad cardiovascular, siendo considerado un marcador indirecto de estrés oxidativo. Los pacientes con AOS e hiperuricemia podrían incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, realizado en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes estudiados en la Unidad de Sueño durante un periodo de 9 meses según el Documento Internacional de Consenso sobre Apnea Obstructiva del Sueño [Mediano et al., 2021]. Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes que recibían tratamiento hipouricemiante. Se compararon las demográficos, clínicos, analíticos y analíticos entre ambos grupos, y se evaluó el riesgo cardiovascular en los pacientes con AOS. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS. El nivel de significación fue de $p < 0.05$.

Resultados

De 409 pacientes atendidos en la Unidad de Sueño. Se excluyeron 15 pacientes al recibir tratamiento hipouricemiante, de los cuales, 14 no tenían AOS. De los 394 (96 %) que cumplieron los criterios de inclusión, fueron diagnosticados de AOS 338 (86%). En la TABLA 1 se muestran las características de los casos incluidos en el estudio. En el análisis de regresión logística se observó que los valores de ácido úrico se asociaron significativamente con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (OR = 1,27; IC 95 % 1.03–1,55; $p = 0.017$). Además, se identificó una interacción significativa entre AOS y ácido úrico (OR = 2,50; IC 95 % 1.08–5,8; $p = 0.03$), de manera que el riesgo cardiovascular fue más alto en pacientes con AOS que tenían cifras elevadas de ácido úrico.

	AOS (n = 338)	NO AOS (n = 56)	
Edad (años)	58 ±13	49±14	p=0,001
Sexo (mujeres)	151 (48 %)	34 (61%)	p=0,02
Tabaquismo	192 (56 %)	24 (43 %)	NS
IPA (a/p)	20 (10,35)	18 (10,31)	NS
Peso (Kg)	87 (75,101)	72 (62,86)	p=0,001
IMC (Kg/m²)	32 (28,37)	28 (23,31)	p=0,001
Ácido úrico (mg/dL)	5,5 (4,5, 6,5)	4,8 (3,9,5,9)	p=0,004
EPOC	26 (8%)	5 (9 %)	p=0,04
HTA	178 (53 %)	14 (25 %)	p=0,001
DM	58 (17%)	2 (4%)	p=0,009
Cardiopatía	29 (9 %)	3 (5 %)	NS
ICTUS	13 (4 %)	0 (0%)	p=0,13

Tabla 1. Características de los pacientes (IPA: índice tabáquico, DM: diabetes mellitus). Valores expresados como media ± DE; mediana (p25,75)

Conclusiones

En nuestra serie, los pacientes con AOS tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares si además presentan valores elevados de ácido úrico. Esta circunstancia podría tener implicaciones clínicas en la evaluación y manejo de pacientes con AOS.

Referencias

¹ LLOBERES ET AL., 2011

² MEDIANO ET AL., 2021

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF): FORMAS FIBROSANTES FRENTE A NO FIBROSANTES.

ESQUERDO SERRANO, P. (1), CAMARA, I. (1), PEREZ, J. (1), BARROSO, M. E. (1), GAYÁ, I. (1), SOLER, M. J. (1), GARCIA, R. (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS ALICANTE

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

IPAF, Fibrosis pulmonar, Función pulmonar, evolución, Supervivencia, Antifibróticos

Objetivos

El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes con IPAF que presentan un patrón fibrosante en el momento del diagnóstico y compararlas con aquellas IPAF sin afectación fibrosante.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, realizado en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes diagnosticados de IPAF entre los periodos de enero 2012 a enero 2025, según los criterios de Fisher A. et al, 2015. Se compararon los datos demográficos, funcionales, dominios diagnósticos de IPAF y la evolución entre ambos grupos de estudio.

Resultados

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 31 pacientes con IPAF, de los cuales el 74% (23 pacientes) presentó un patrón fibrosante al diagnóstico. En este grupo predominó el patrón de NINE (78%, 18 pacientes), seguido de NIU (13%, 3 pacientes) e indeterminado (9%, 2 pacientes). En la tabla 1 se muestran las características de ambos grupos.

Al comparar ambos grupos, se hallaron diferencias en la función pulmonar: los pacientes con IPAF fibrosante mostraron una FVC significativamente menor y una tendencia a valores de DLCO más bajos, aunque sin significación estadística.

Respecto a la evolución clínica, en el grupo fibrosante el 43% recibió tratamiento antifibrótico (9 nintedanib y 1 pirfenidona). La mortalidad fue superior en las IPAF fibrosantes (39,1% vs. 12,5%), mostrando la curva de supervivencia (Imagen 1) una tendencia a una menor supervivencia, si bien los resultados no alcanzaron significación estadística ($p=0,20$).

Tres pacientes fueron trasplantados (9,6%), todos con patrón radiológico de NINE, y dos de ellos con enfermedad pulmonar fibrosante.

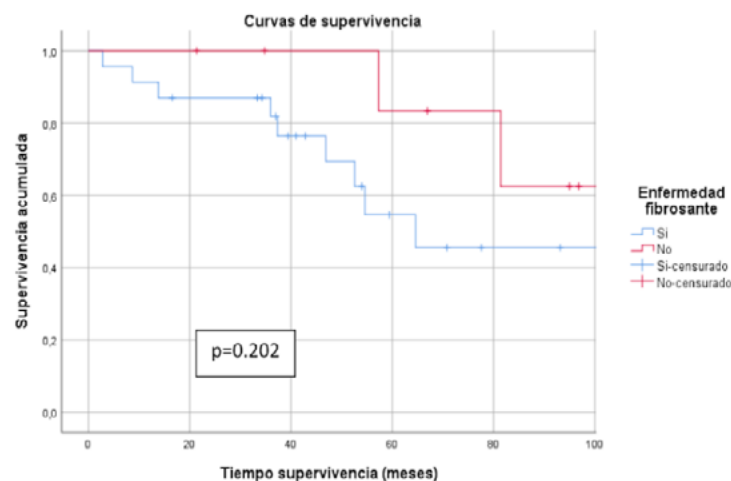


Imagen 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier de ambos grupos de comparación.

	IPAF FIBROSANTE (n= 23)	IPAF NO FIBROSANTE (n= 8)	p-valor
EDAD (años)	69,3 ± 13,6	59,5 ± 17,4	NS
SEXO (mujeres)	15 (65,2%)	6 (75,0%)	NS
ANTECEDENTE TABAQUISMO	8 (34,8%)	3 (37,5%)	NS
DOMINIO CLÍNICO	9 (39,1%)	4 (50%)	NS
DOMINIO SEROLÓGICO	22 (95,7%)	6 (75,0%)	NS
DOMINIO MORFOLÓGICO	22 (95,7%)	8 (100%)	NS
FVC (ml)	1978,7±766,9	2832,5±1489,2	p = 0,045
FVC (%)	74,0±20,6	87,2±33,7	NS
DLCO (%)	47,9±27,3	70,7±26,1	NS
EXITUS	9 (39,1%)	1 (12,5%)	NS
TRASPLANTE	2 (8,7 %)	1 (12,5%)	NS

Tabla 1. Características de los dos grupos de comparación en función de la presencia de enfermedad fibrosante pulmonar.

Conclusiones

- El patrón radiológico más frecuente en nuestro centro fue el de NINE.
- Las formas fibrosantes de IPAF representan un porcentaje elevado de los diagnósticos en nuestra serie.
- Los pacientes con IPAF fibrosante mostraron una peor función pulmonar, con una FVC significativamente menor.
- La identificación precoz del fenotipo fibrosante es crucial, ya que permitiría considerar estrategias terapéuticas específicas como los antifibróticos.

IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN LAS EXACERBACIONES Y EL USO DE CORTICOIDES EN 114 PACIENTES CON ASMA GRAVE A LOS SEIS MESES.

Cifre Villalonga, P. (1), Landaeta, S. K. (2), Boris, C. K. (2), Boira, I. (3), Chiner, E. (3), Garcia, M. del M. (4), Fernandez, C. (4), Martinez, M. D. (5), Sanchez, F. (6), Lluch, I. (7), Dahmazi, L. (1), Martinez, E. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, (2) Hospital Doctor Peset, (3) Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, (4) Hospital General Universitario Doctor Balmis, (5) Hospital Lluís Alcanyis, (6) Hospital Arnau de Vilanova, (7) Hospital Universitario de la Ribera

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

asma grave, tezepelumab, corticoides orales, exacerbaciones, seguridad

Objetivos

En el último trimestre de 2023 se aprobó en España la financiación de tezepelumab para el asma grave. Nuestro objetivo fue analizar el perfil de los pacientes en los que se indicó este tratamiento en servicios de Neumología y evaluar su efectividad y seguridad a los seis meses en la práctica clínica real.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en seis hospitales con Unidad de Asma acreditada por SEPAR, incluyendo pacientes que iniciaron tezepelumab en práctica clínica habitual y con al menos seis meses de seguimiento. Se evaluaron la respuesta clínica, funcional y biológica, así como la seguridad del tratamiento.

Resultados

De los 114 pacientes incluidos, el 73% eran mujeres, con una edad media de 55 ± 8 años y un IMC medio de 28 ± 6 kg/m²; el 52% presentaban atopía. 35 pacientes tenían un fenotipo no T2 y 79 un fenotipo T2 (25 eosinofílico, 21 alérgico y 33 mixto alérgico/eosinofílico). 22 pacientes (19%) presentaban rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RNScPN) y 17 (15%) eran corticodependientes. Solo 49 pacientes (43%) no habían recibido biológicos previamente; los 65 restantes (57%) habían sido tratados con omalizumab (32 casos), mepolizumab (16), dupilumab (20), benralizumab (24) y reslizumab (1).

Tras 6 meses se observó una reducción significativa de exacerbaciones, descenso de FeNO y eosinófilos, mejoría del FEV₁, del ACT y de la calidad de vida. La ganancia media de FEV₁ postbroncodilatador fue de 103 ml, alcanzando 305 ml en los pacientes con respuesta completa. En el subgrupo con RNScPN se objetivó una mejoría significativa del SNOT-22 y del olfato.

Según la escala EXACTO, la respuesta global a los 6 meses fue: respuesta completa en 17 pacientes (15%), buena en 39 (34%), parcial en 56 (48%) y ausencia en 2 (1,8%), ambos con fenotipo no T2.

Respecto a los criterios de remisión, 73 (64%) permanecieron sin exacerbaciones ni necesidad de corticoides orales, 61 (54%) alcanzaron un ACT ≤ 20 y 27 (24%) aumentaron el FEV₁ $\geq 10\%$ y ≥ 100 ml, logrando un FEV₁ $\geq 80\%$ del predicho. El 74% de los corticodependientes suspendieron los corticoides sistémicos. No hubo efectos adversos y el tratamiento se retiró en los dos casos sin respuesta.

Conclusiones

Tezepelumab demuestra eficacia en la práctica clínica real, reduciendo las exacerbaciones y permitiendo disminuir el uso de corticoides orales en un elevado porcentaje de pacientes con asma grave. Asimismo, mejora la función pulmonar, la calidad de vida y los síntomas rinosinusales, con un perfil de seguridad favorable.

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

Cifre Villalonga, P. (1), Climent, C. (2), Taberner, L. (2), Landaeta, S. K. (2), Prieto, D. (2), Andujar, P. (2), Herrejon, A. (2), Alegre, J. J. (2), Herrera, S. (2), Rissi, G. (2)

(1) Hospital Doctor Peset, (2) Hospital Universitario Doctor Peset

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

oscilometría, artritis reumatoide, esclerosis sistémica, espirometría, pequeña vía aérea

Objetivos

El objetivo del estudio fue describir las alteraciones de la pequeña vía aérea (AVAP) y compliance pulmonar en pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (ES) y artritis reumatoide (AR) sin enfermedad pulmonar intersticial (EPID) asociada y comparar la relación entre parámetros espirométricos y de la oscilometría de impulsos (IOS).

Metodología

Estudio prospectivo incluyéndose pacientes con ES y AR sin EPID asociada entre noviembre 2024 y enero 2026. Se excluyeron pacientes con patrón obstructivo. Para la oscilometría se utilizó el dispositivo TremoFlo C-100 Airwave Oscillometry System (Thorasys, Canada) Se analizaron datos clínicos y funcionales. Análisis descriptivo, T de student, Chi-cuadrado, aplicando el test exacto de Fisher, y coeficientes de correlación de Pearson y Spearman según test de normalidad. Nivel de significación $p < 0,05$

Resultados

Se incluyeron 21 pacientes (12 AR y 9 ES) de ellos el 81% eran mujeres, edad media de $60,24 \pm 12$ años, IMC de $27,85 \pm 4$ kg/m² y solo 2 pacientes con ES eran fumadores. A nivel funcional, la FVC media fue de 3,27L, el FEV1 de 2,63L, los MMEF de 2,39L y la DLCO media de 91,57%. En oscilometría la Z (R5-20) media fue de 2,07 y la ZAX de 1,08. Sin diferencias significativas en la espirometría entre ambos grupos, observando un mayor porcentaje de pacientes con DLCO $< 80\%$ en la ES respecto a la AR (55,6% vs 8,3%, $p < 0,05$)

Nadie con ES tuvo MMEF $< 60\%$ hallando AVAP (Z R5-20 $> 1,5$) en el 66,7% y sólo un paciente de AR tuvo MMEF $< 60\%$ afectándose la pequeña vía aérea por oscilometría en un 41,7%. En cuanto a la elasticidad pulmonar, el 55,6% de los pacientes con ES tenían ZAX $> 1,5$ frente a un 33,3% de los de AR.

Existe una correlación inversa significativa entre la Z R5-20 y el FEV1, FVC y MMEF, así como, entre la ZAX y dichas variables en los pacientes con ES. Sin embargo, en AR sólo encontramos correlación inversa significativa entre la ZAX y el FEV1 y FVC y no en la ZR5-R20.

Conclusiones

La IOS ha demostrado ser más sensible que el MMEF para la identificación de AVAP tanto en pacientes con AR como con ES sin EPID asociada. El empeoramiento de función pulmonar se correlaciona con un incremento de la pérdida de elasticidad valorada por IOS en ambos grupos de pacientes. Nuestros resultados apoyan la incorporación sistemática de la oscilometría en la monitorización multidimensional de ES y AR sin EPID ya que permite detectar de forma precoz alteraciones periféricas y cambios en la mecánica pulmonar que podrían pasar desapercibidos en pruebas convencionales.

HERRAMIENTA “EXACTO” APLICADA A 12 MESES EN PRÁCTICA REAL EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)

Cotúa, M. J. (1), Barandica, D. (1), Salcedo, A. (1), Valle, P. (1), Medina, I. (1), Fernández, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de València

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

Evaluar la respuesta al tratamiento con AbM a los 12 meses mediante el índice EXACTO, comparando los dominios clínicos y funcionales basales y tras un año de seguimiento, en una cohorte de pacientes con asma grave no controlada en práctica clínica real.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo y analítico de pacientes con AGNC tratados con AbM en una consulta monográfica entre febrero de 2020 y octubre de 2025. Se recogieron datos clínicos, funcionales y terapéuticos basales y a los 12 meses de tratamiento. La respuesta se evaluó mediante el índice EXACTO, analizando los dominios de control del asma (incremento del ACT ≥ 3 puntos), exacerbaciones (disminución $\geq 50\%$), uso de corticoides sistémicos (reducción $\geq 50\%$) y función pulmonar (mejoría del FEV1 $\geq 10\%$). La respuesta EXACTO se clasificó como no respuesta (0 dominios), respuesta parcial (1–2 dominios) o respuesta completa (≥ 3 dominios). El análisis estadístico utilizado fue Chi2 y Kruskal-Wallis.

Resultados

N=140. 66,40% eran mujeres. Edad al diagnóstico de asma de $29,54 \pm 17,36$ y de primera visita por AGNC $54,01 \pm 12,68$. IMC de $26,68 \pm 6,40$. 50% nunca fumadores; 10,70% fumadores activos; 39,30% exfumadores; el 40,90% tenía IPA ≥ 10 y el 19,30% enfisema radiológico. Valores basales de biomarcadores: eosinófilos en sangre (cel/mcL) $615,37 \pm 1037,21$; IgE total (KU/L) $491,27 \pm 943,41$; FeNO (n=59) $50,30 \pm 47,62$ ppb. Comorbilidades: AOS 23,60%; RSCcPN 43,60%; EREA 30,70%; sensibilización alérgica 67,90%; pneumoalérgenos positivos 56,40%; ansiedad 30,70% y RGE 46,40%. Los AbM utilizados fueron mepolizumab 54%, dupilumab 21%, omalizumab 17%, benralizumab 10,70% y tezepelumab 4%. 17% había recibido previamente otro AbM.

Los valores basales según EXACTO con datos disponibles: número de exacerbaciones/año $1,83 \pm 1,76$; ACT $18,90 \pm 4,13$; ciclos de GCS/año $2,21 \pm 1,76$ y FEV1 $67,90 \pm 19,77\%$. EXACTO, basado en 4 dominios, identificó respuesta completa en el 42,90%, parcial en el 41,80% y no respuesta en el 15,30%. Los cambios basal-12 meses de los dominios EXACTO se muestran en la tabla 1, mientras que la tabla 2 recoge las comparaciones de variables basales no incluidas en EXACTO según categoría de respuesta.

Tabla 1. Cambios basales y a 12 meses en dominios EXACTO en pacientes con datos cuantitativos emparejados.

Variable	No respuesta		Respuesta Parcial		Respuesta Completa		P <0.05
	Basal n=15	12 meses n=1	Basal n=41	12 meses n=10	Basal n=42	12 meses n=49	
No. Ciclos de GSC/año	1,33+-1,39	2,00	1,95+-1,70	0,5+-0,85	2,88+-1,72	0,16+-0,37	0,04
ACT	18,60+-5,59	11,00	14,32+-4,57	20,9+-3,67	12,98+-4,11	21,41+-3,35	0,003
FEV1	76,80+-18,55	62,00	66,26+-18,51	74,8+-20,82	65,46+-18,94	76,16+-24,77	0,001

Variable	No respuesta n=2		Respuesta Parcial n=13		Respuesta Completa n=41		P <0.05
	Basal	12 meses	Basal	12 meses	Basal	12 meses	
No. Exacerbaciones /año	2,00+-0,00	1,00+-1,41	1,46+-1,13	0,62+-1,04	1,90+-1,91	0,27+-0,55	0,946

Tabla 2. Diferencias en variables basales no incluidas en EXACTO según categoría de respuesta

Variable	No respuesta n=10	Respuesta Parcial n=19	Respuesta Completa n=27	P <0.05
Fumador activo	11,10%	88,90%	0%	0,034
Pneumoalérgenos Negativos	6,50%	41,30%	52,20%	0,047
Hombres (H), Mujer (M)	0,0% (H). 5,30% (M)	27,80% (H). 21,10% (M)	72,20% (H). 73,70% (M)	0,552
Edad al diagnóstico AGNC	50,00+-16,97	52,38+-13,04	50,24+-11,77	0,229

Conclusiones

En nuestra cohorte de vida real se observó una heterogeneidad en la respuesta a AbM durante 1 año de seguimiento. La valoración multidimensional mediante EXACTO aportó información adicional al análisis aislado de cada dominio y permitió identificar diferencias en algunas características basales según la categoría de respuesta.

ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO UTILIZANDO LA ESCALA EXACTO

Casas Maldonado, F. (1), Santos Martínez, J. (2), Rubio Calvo, E. (2), Castrillo Álvarez, A. (2), Gómez Martín, C. (2), Cassini Gómez de Cádiz, L. F. (2)

(1) HU Clínico San Cecilio, Granada, (2) HU Clínico San Cecilio de Granada

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

DupilumabEXACTORemisión clínica

Objetivos

Evaluar la efectividad del dupilumab en la práctica clínica habitual en una cohorte de pacientes con AGNC utilizando la escala EXACTO a las 16 y 52 semanas de su inicio.

Metodología

Estudio observacional ambispectivo en práctica clínica habitual, para evaluar la respuesta a las 16 (V1) y 52 (V2) semanas de iniciar dupilumab en una cohorte de 26 pacientes con AGNC mediante la escala EXACTO. Se evaluó la respuesta a dupilumab comparando V1 y V2 con la V0 mediante EXACTO. Análisis realizado con SPSS 21.0.

Resultados

Tabla 1. Características basales de la cohorte de pacientes

SD: desviación estándar
IMC: índice de masa corporal
IPA: índice paquetes/año
RSCcPN: rinosinupatía crónica con poliposis nasal
CENS: cirugía endoscópica nasosinusal
EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina
RGE: Reflujo gastroesofágico
AOS: Apnea obstructiva del sueño
PN: poliposis nasal.

Variables	n= 26
Edad, media (SD)	56,2 (12,6)
Sexo (mujer), n (%)	14 (53,8)
IMC, media (SD)	28,5 (7,7)
Ex-fumadores, n (%)	18 (69,2)
IPA, media (SD)	19,8 (16,6)
Tiempo evolución asma (años), media (SD)	27,1 (11,5)
Corticodependientes, n (%)	4 (15,4%)
Dosis mg GCS, media (SD)	11,5 (4,2)
Fenotipo	
T2 alérgico, n (%)	1 (3,8)
T2 eosinofílico, n (%)	10 (38,5)
T2 alérgico-eosinofílico, n (%)	15 (57,7)
RSCcPN, n (%)	15 (57,7)
CENS, n (%)	12 (46,2)
EREA, n (%)	6 (23,1)
Osteoporosis/osteopenia, n (%)	7 (26,9)
RGE, n (%)	5 (19,2)
Depresión-ansiedad, n (%)	5 (19,2)
Bronquiectasias, n (%)	2 (7,7)
AOS, n (%)	5 (19,2)
Naïve para DUPILUMAB, n (%)	10 (38,5)
Cambio a DUPILUMAB, n (%)	16 (61,5)
Omalizumab	7 (40,8)
Mepolizumab	8 (50,0)
Benralizumab	8 (50,0)
1 mAb	8 (50,0)
2 mAb	7 (43,8)
3 mAb	1 (6,2)
Motivo cambio:	
Efectos adversos	4 (25,0)
No respuesta en asma y/o PN	7 (43,8)
Respuesta parcial en asma y/o PN	9 (56,3)

La TABLA 1 muestra las características de la cohorte estudiada, la TABLA 2 los datos clínicos, funcionales y de laboratorio en las visitas inicial, V1 y V2, y la TABLA 3 el motivo de la suspensión del dupilumab. La FIGURA 1 muestra la respuesta en V1 y la FIGURA 2 en V2 según EXACTO.

A las 16 semanas se observa respecto a V0, mejoría en ACT (13,1 vs 19,5) y porcentaje con valor ≥ 20 (65,4% vs 15,4%), ganancia de 384,5 ml en FEV1 (2279,2 vs 1894,6) y 12,9% (79,8 vs 66,9). Se observa reducción del 50% de pacientes corticodependientes (4 vs 2) y de la dosis de GCS (3,8 vs 11,5 mg/día). Reducción media del 89,5% de los ciclos de GCS (1,9 vs 0,2) y del 85% de las exacerbaciones (2 vs 0,3). Disminución de IgE (220,6 vs 340,9) y FeNO (23,4 vs 75,6 ppb). Elevación de eosinófilos (514,6 vs 355,5). El 39%/42%/15%/4% mostraron respuesta completa/buena/parcial/no respuesta, respectivamente, según EXACTO.

Tabla 2. Características clínicas, funcionales y de laboratorio en las visitas V0, V1 y V2

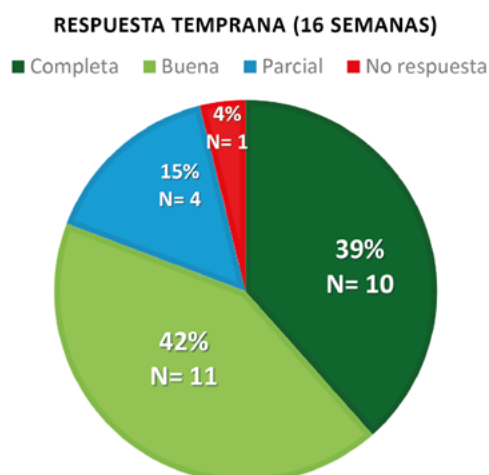
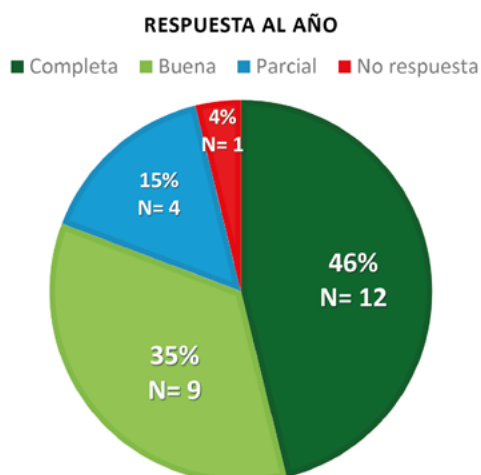
Variables	V0 (n=26)	V1 (n=26)	V2 (n=26)
ACT, media (SD)	13,1 (5,8)	19,5 (5,1)	20,4 (4,5)
ACT ≥ 20 , n (%)	4 (15,4%)	17 (65,4%)	19 (73,1%)
Corticodependientes, n (%)	4 (15,4%)	2 (7,7%)	2 (7,7%)
Dosis mg GCS, media (SD)	11,5 (4,2)	3,8 (1,8)	3,8 (1,8)
Nº ciclos GCS, media (SD)	1,9 (1,7)	0,2 (0,7)	0,3 (0,7)
Exacerbaciones, media (SD)	2,0 (1,8)	0,3 (0,8)	0,3 (0,7)
Eosinófilos (cells/ μ L), media (SD)	355,5 (247,2)	514,6 (425,3)	722,9 (695,3)
IgE, media (SD)	340,9 (572,7)	220,6 (445,9)	137,1 (175,1)
FeNO, media (SD)	75,60 (59,3)	23,4 (11,3)	31,5 (36,3)
FEV ₁ ml, media (SD)	1894,6 (760,7)	2279,2 (853,5)	2252,7 (856,9)
FEV ₁ %, media (SD)	66,9 (19,3)	79,8 (23,0)	79,1 (23,9)
Incremento FEV ₁ ml, media (SD)		384,5 (471,2)	358,1 (501,9)
Incremento FEV ₁ %, media (SD)		12,9 (16,1)	12,2 (17,1)

ACT: asma control test; SD: desviación estándar; GCS: glucocorticoides sistémicos; IgE: Inmunoglobulina E; FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; ppb: partes por billón; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

Tabla 3. Motivo suspensión del Dupilumab en las visitas V1 and V2.

Suspensión DUPILUMAB en V1 (n= 26)	n (%)
	0 (0,0)
Suspensión DUPILUMAB en V2 (n= 26)	n (%)
	3 (15,4)
Efectos adversos	2 (7,7)
No respuesta en asma	1 (3,7)

A las 52 semanas se observa respecto a V0, mejoría en ACT (13,1 vs 20,4) y porcentaje con valor ≥ 20 (73,1% vs 15,4%), ganancia de 358,1 ml en FEV1 (2252,7 vs 1894,6) y 12,2% (79,1 vs 66,9). Se observa reducción del 50% de los pacientes corticodependientes (4 vs 2) y de la dosis de GCS (3,8 vs 11,5 mg/día). Reducción media del 84,2% de los ciclos de GCS (1,9 vs 0,3) y del 85% en las exacerbaciones (2 vs 0,3). Disminución de IgE (137,1 vs 340,9) y FeNO (31,5 vs 75,6). Elevación de eosinófilos (722,9 vs 355,5). El 46%/35%/15%/4% mostraron respuesta completa/buena/parcial/no respuesta, respectivamente, según EXACTO. El 46% de los pacientes alcanzó la remisión clínica. Dupilumab fue suspendido en la V2 en 2 pacientes (7,7%) por eventos adversos y en uno (3,7%) por no respuesta en asma.

Figura 1. Escala EXACTO en V1 (n=26)**Figura 2. Escala EXACTO en V2 (n=26)**

Conclusiones

- Dupilumab es eficaz y seguro para el tratamiento de pacientes con AGNC.
- Según EXACTO, el 81% lograron una respuesta completa o buena a las 16 semanas y el 81% una respuesta completa o buena al año.
- El 46% de los pacientes alcanzaron la remisión clínica.

Referencias

- ¹ CASTRO M, ET AL. DUPILUMAB EFFICACY AND SAFETY IN MODERATE-TO-SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA. N ENGL J MED. 2018;378(26):2486–2496.
- ² WECHSLER, ET AL. LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF DUPILUMAB IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE ASTHMA (TRAVERSE): AN OPEN-LABEL EXTENSION STUDY. THE LANCET RESPIRATORY MEDICINE. 2022;10(1):11-25.
- ³ NUMATA T, ET AL. REAL-WORLD EFFECTIVENESS OF DUPILUMAB FOR PATIENTS WITH SEVERE ASTHMA: A RETROSPECTIVE STUDY. JOURNAL OF ASTHMA AND ALLERGY. 2022;15, 395–405.
- ⁴ F CASAS-MALDONADO, K BAHINOVA, G SOTO-CAMPOS, FJ GONZÁLEZ-BARCALA, M BLANCO-APARICIO, AR GONZÁLEZ-RAMÍREZ, FJ ÁLVAREZ-GUTIÉRREZ. EXACTO SCORE: DEVELOPMENT OF A MULTIDIMENSIONAL TOOL FOR THE ASSESSMENT OF THE RESPONSE TO TREATMENT WITH MONOCLONAL ANTIBODIES IN SEVERE UNCONTROLLED ASTHMA. EACCI CONGRESS PRAGA JULIO 2022
- ⁵ GEMA 5.5. GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA. AVAILABLE IN: [HTTPS://WWW.GEMASMA.COM/](https://www.gemasma.com/)

CARGA ASISTENCIAL Y TENDENCIA DE LAS HOSPITALIZACIONES NO PROGRAMADAS POR ASMA EN LA COMUNITAT VALENCIANA (2016–2023) EN EL CONTEXTO DEL PATRÓN NACIONAL.

Martínez Pérez, R. (1), Martínez Valle, A. M. (2), Martín Núñez, M. (2), de Diego Damià, A. (2), de la Cuadra García-Lliberos, P. (2), Gisbert Soler, J. (3), González, M. M. (3), de la Vega, A. (3), Roncero Martín, A. (3), Nuevo, J. (3)

(1) Hospital Universitario i Politecníc La Fe, (2) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España, (3) BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, España

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

El asma es una afección prevalente que implica un uso significativo de recursos sanitarios. El objetivo es describir la carga y la trayectoria reciente de las hospitalizaciones no programadas por asma en la Comunitat Valenciana (CV) y contrastarlas con el patrón nacional.

Metodología

Se revisaron datos públicos del Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE- CMBD) del Ministerio de Sanidad y las cifras poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) en enero 2026. Se presentan para el último año disponible (2023), el número y la tasa bruta de hospitalizaciones no programadas por asma (CIE 10-J45) en España, CV y su distribución por provincias; y, para la CV, la serie 2016–2023 de la tasa de hospitalizaciones no programadas y su estancia media. La clasificación diagnóstica se dividió en subcategorías: asma no especificada (J45.90); sin complicaciones (CIE 10-J45.909); con exacerbaciones (CIE 10-J45.901); y estado asmático (CIE 10-J45.902).

Resultados

En 2023 se registraron 17.253 hospitalizaciones no programadas por asma en España y 1.623 en la CV, con una tasa bruta de 3,08 por 10.000 habitantes, inferior a la nacional (3,57). La distribución provincial mostró una heterogeneidad en las tasas, siendo el valor más alto en Alicante (3,43) y el más bajo en Valencia (2,82) (TABLA 1).

Tabla 1. Hospitalizaciones no programadas por asma (J45) en la Comunitat Valenciana en 2023.

Zona geográfica	Número de hospitalizaciones*	Población**	Hospitalizaciones por asma por 10.000 habitantes***
España	17.253	48.320.520	3,57
Comunitat Valenciana	1.623	5.261.486	3,08
Alicante	676	1.971.285	3,43
Valencia	755	2.681.981	2,82
Castellón	192	608.223	3,16

*Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada.

**Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Población residente 01 Julio 2023): <https://www.ine.es/>. Datos extraídos en mayo 2025.

*** Cifra calculada con el nivel provincial (Alicante, Valencia y Castellón), con número de hospitalizaciones y población por 10.000 habitantes.

Predominaron las hospitalizaciones por asma no especificada, que representó el 83,8%; dentro de esta el 91,2% se debió a exacerbaciones, el 5,2% a episodios sin complicaciones y el 3,4% a estado asmático (FIGURA 1).

Figura 1. Hospitalizaciones no programadas por asma (CIE-10 J.45) y sus variantes en la Comunitat Valenciana, 2023.

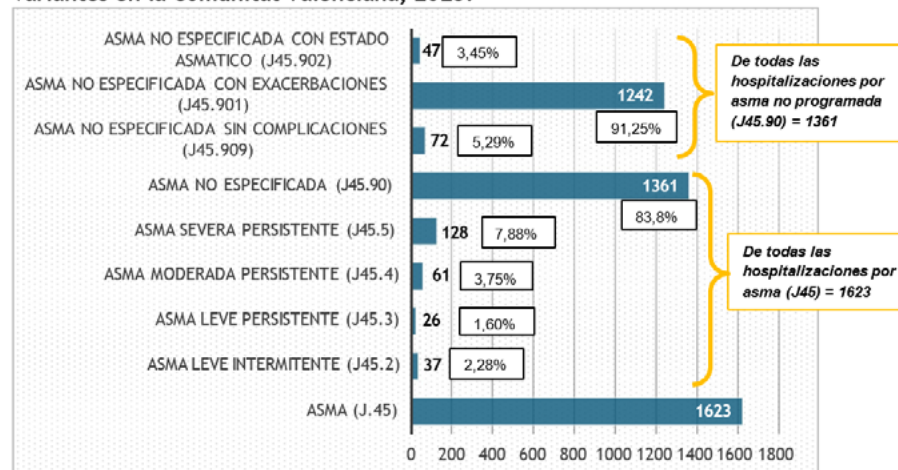
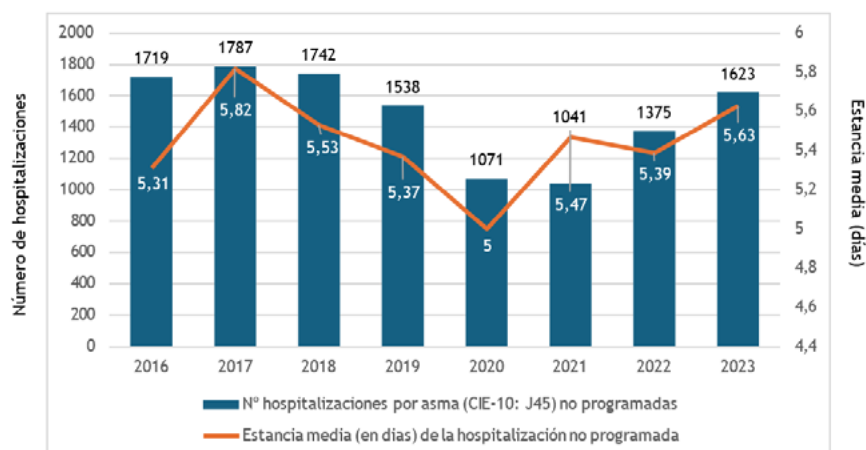


Figura 2. Tendencia de hospitalizaciones no programadas por asma (CIE 10: J45) en la Comunitat Valenciana, 2016-2023.



Como se muestra en la FIGURA 2, existe una caída en el número de hospitalizaciones no programadas entre 2017 y 2020, seguido de un aumento de 2021 a 2023, alcanzando valores próximos a los prepandémicos. La estancia media osciló entre 5,31 y 5,63 días, con máximos en 2017 (5,82), descenso en 2018-2020 (5,53 y 5,00) y repunte en 2021-2023 (5,47 y 5,63).

Conclusiones

Los datos sugieren que la CV mantiene una elevada carga de hospitalizaciones por asma, con tasas por debajo del promedio nacional y variabilidad provincial. El número de hospitalizaciones por asma no especificada, en particular por exacerbaciones, sugiere que existe margen de mejora en prevención y control.

Tras la reducción durante la pandemia por COVID-19, tanto el número de hospitalizaciones como la estancia media muestran una tendencia al alza hacia niveles previos a la pandemia, reforzando la necesidad de estrategias integrales para reducir exacerbaciones y evitar ingresos.

RENTABILIDAD DEL ESTUDIO FUNCIONAL RESPIRATORIO EN LA CONSULTA DE TABAQUISMO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET.

Taberner Lino, L. (1), Landaeta Ortega, S. K. (2), Herrejón Silvestre, A. (2), Cifre Villalonga, P. (2), Climent Campos, C. (2), De Juana Izquierdo, C. (2), Lera Álvarez, R. (2), Abella Sanchís, V. (2), Abril Ródenas, E. (2), Martínez Moragón, E. (2)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset Valencia, (2) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Tabaquismo. Estudio funcional respiratorio. Detección precoz. EPOC. Oscilometría. Espirometría forzada.

Objetivos

Evaluar la rentabilidad diagnóstica del estudio funcional respiratorio en fumadores presuntamente sanos atendidos en una consulta de deshabituación tabáquica, así como describir el perfil clínico y funcional de los pacientes en los que se detecta patología respiratoria no conocida o alteraciones funcionales subclínicas.

Metodología

Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en la consulta de deshabituación tabáquica de un hospital universitario. Se incluyeron fumadores activos de 30–80 años, con índice paquete-año ≥ 10 , sin diagnóstico previo de enfermedad respiratoria ni comorbilidades relevantes. Todos los pacientes fueron evaluados clínicamente y sometidos a estudio funcional respiratorio mediante espirometría forzada y oscilometría de impulso. La afectación de vías respiratorias pequeñas se definió por FEF25–75% $\leq 60\%$ del valor teórico y/o Z-score R5–R20 $\geq 1,65$. Se recogieron variables clínicas, demográficas y funcionales. El análisis estadístico se realizó con SPSS, considerándose significativo $p \leq 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 55 pacientes (87% de los 63 reclutados), con una edad media de $56 \pm 9,5$ años; el 46% fueron mujeres. El índice de masa corporal medio fue de 28 ± 7 kg/m² y la exposición tabáquica media de 34 ± 18 paquetes-año. El 68% presentaba síntomas respiratorios, principalmente tos (52%), expectoración (48%) y disnea (37%). El estudio funcional permitió un nuevo diagnóstico respiratorio en el 45%: EPOC en el 36%, asma en el 7% y otra patología en el 2%. Los pacientes con EPOC presentaron mayor edad (61 vs 56 años; $p=0,008$) y mayor exposición tabáquica (40 vs 30 paquetes-año; $p=0,024$). Entre los pacientes sin diagnóstico específico, el 40% mostró alteraciones funcionales de vías respiratorias pequeñas, detectadas con mayor frecuencia por oscilometría que por espirometría.

Conclusiones

El estudio funcional sistemático en la consulta de deshabituación tabáquica tiene alta rentabilidad diagnóstica, al permitir la identificación de un porcentaje relevante de pacientes con EPOC, especialmente en aquellos de mayor edad y con una mayor exposición tabáquica.

Una proporción significativa de fumadores sin diagnóstico respiratorio establecido muestra alteraciones funcionales subclínicas, principalmente a nivel de las vías respiratorias pequeñas detectadas con mayor frecuencia mediante oscilometría.

Se recomienda implementar la incorporación del estudio funcional respiratorio como parte del abordaje integral del fumador.

PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN.

Gil, M. (1), Saura, A. (1), Romero, S. (1), García, M. Á. (1), Martínez, A. (1), Valentin, V. (1)

(1) Hospital de Sagunto

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es esencial en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda. Su eficacia depende del perfil clínico y de la respuesta inicial al soporte. El objetivo fue describir a los pacientes tratados con VMNI y su evolución.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de 99 pacientes tratados con VMNI durante un año, se recogieron datos clínicos, indicación, respuesta inicial y evolución hospitalaria, con análisis descriptivo y comparativo posterior.

Resultados

La mediana de edad fue 73 años; el 53,5% eran mujeres y el IMC medio fue 31,6. El índice de Barthel fue 95 y el de Charlson 5. Un 38% había precisado VMNI en un ingreso previo y un 24% la utilizaba en domicilio; un 48% recibía oxigenoterapia domiciliaria.

El 76,8% presentaba antecedentes respiratorios: EPOC 43%, hipoventilación 36%, bronquiectasias 17%, asma 12%, HTP 10% y patología intersticial 5%.

Se obtuvo espirometría previa al ingreso hospitalario de 57 pacientes: FEV1 1,27L (47%), FVC 2,05L (67%) y FEV1/FVC 63%.

Las causas de insuficiencia respiratoria fueron EPOC 41%, edema agudo de pulmón 36%, hipoventilación 36%, neumonía 22% y alteración torácica 5%. La indicación de VMNI se basó en acidosis respiratoria en 68 pacientes, disnea en 47 e hipoxemia en 45.

La respuesta inicial mostró corrección del pH en 35 pacientes, reducción de la frecuencia respiratoria en 59 y disminución de la pCO₂ en 49. La mala tolerancia motivó retirada en 18 casos. El tiempo total de VMNI fue 40 horas. Ingresaron en UCI 6 pacientes. La estancia hospitalaria fue de 9 días. Diez pacientes fallecieron durante el ingreso.

Entre los fallecidos, un 80% no corrigió el pH tras la VMNI frente al 62,9% de los supervivientes. Aunque la diferencia podría ser clínicamente relevante (reducción absoluta del 17,1%), no alcanzó significación estadística ($p=0,28$). Por otro lado, la retirada de VMNI por mala tolerancia fue más frecuente en los fallecidos (40%) que en los supervivientes (15,7%), con una diferencia que sí mostró significación estadística limítrofe ($p = 0,059$).

Conclusiones

- Los pacientes tratados con VMNI mostraron edad avanzada, obesidad y elevada comorbilidad.
- Las causas predominantes fueron EPOC, hipoventilación y edema agudo de pulmón.
- La mortalidad hospitalaria fue del 10% y el 6% requirió ingreso en UCI.

- La ausencia de corrección del pH y la mala tolerancia al soporte parecen asociarse a peor evolución, aunque se requieren muestras mayores para confirmar su valor pronóstico.

RESPUESTA CLÍNICA A TEZEPELUMAB EN ASMA GRAVE EN FUMADORES Y NO FUMADORES.

LANDAETA ORTEGA, S. K. (1), Dahmazi, L. (2), Boria, I. (3), García, M. del M. (4), García, D. (5), Sánchez, F. (6), Lluch, I. (7), Chiner, E. (3), Fernández, C. (4), Cifre, P. (2), Martínez, E. (2)

(1) HOSP. UNIVERSITARIO DOCTOR PESET, (2) Hospital Universitario Doctor Peset, (3) Hospital Universitario San Joan de Alicante, (4) Hospital General Universitario de Alicante, (5) Hospital Lluís Alcanyis, (6) Hospital Arnau de Vilanova, (7) Hospital Universitario de la Ribera

Tipo de comunicación

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

Analizar la efectividad terapéutica de tezepelumab en una cohorte multicéntrica de pacientes con asma grave, estratificada según su historial de tabaquismo.

Evaluar si la exposición al humo de tabaco condiciona una respuesta diferencial en términos de control de síntomas, función pulmonar y marcadores de inflamación tipo 2.

Metodología

Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en seis hospitales con Unidades de Asma acreditadas por SEPAR. Se incluyeron pacientes con asma grave tratados con tezepelumab, evaluándose la respuesta al tratamiento a los 6 meses. Se analizaron el número de exacerbaciones, el control del asma mediante el Asthma Control Test (ACT), la función pulmonar (FEV1) y los biomarcadores inflamatorios (FeNO y eosinófilos). La respuesta global al tratamiento se clasificó mediante la escala EXACTO. Los resultados se analizaron según el hábito tabáquico, categorizando a los pacientes como nunca fumadores, exfumadores o fumadores activos.

Resultados

Se incluyeron 108 pacientes, de los cuales 55 eran nunca fumadores, 37 exfumadores y 16 fumadores activos. Cabe destacar que 35 pacientes presentaban asma T2 bajo y 14 tenían diagnóstico concomitante de EPOC. Estos últimos presentaban valores basales de FEV1 y FEV1/FVC más reducidos, sin diferencias relevantes en el número de exacerbaciones ni en los niveles de FeNO o eosinófilos respecto al resto de la población. En el conjunto de pacientes, el tratamiento con tezepelumab se asoció a una reducción de exacerbaciones, mejoría del control del asma y de la función pulmonar, así como a un descenso de los biomarcadores inflamatorios a los 6 meses. Al estratificar por hábito tabáquico, se observó un patrón de respuesta homogéneo entre los distintos grupos. Entre los fumadores activos, el 12% alcanzaron una respuesta completa y el 43% una buena respuesta según la escala EXACTO. La magnitud de los cambios clínicos, funcionales e inflamatorios fue comparable entre nunca fumadores, exfumadores y fumadores activos.

Conclusiones

Tezepelumab mostró una respuesta clínica y biológica consistente en pacientes con asma grave, independientemente del hábito tabáquico. Estos resultados sugieren que la inhibición de la TSLP puede ser una opción terapéutica eficaz también en pacientes asmáticos con exposición actual o previa al tabaco.

CAUSAS DE MORTALIDAD DE PACIENTES EPOC SEGÚN LA CLASIFICACIÓN STAR

BARRA MACIA, A. M. (1), Pérez Remacho, F. J. (1), Caña Hernández, J. L. (1), Ruiz Torregrosa, P. (1), Grau Delgado, J. (2)

(1) HGUE, (2) 4

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

El objetivo del estudio era analizar las causas de mortalidad en pacientes con EPOC tras hospitalización por agudización.

Metodología

Realizamos un análisis observacional retrospectivo de los datos de pacientes ingresados de forma consecutiva en el servicio de Neumología de un hospital universitario por una exacerbación aguda de la EPOC entre julio de 2019 y diciembre de 2021. La fecha de inclusión se definió como la fecha de alta hospitalaria del ingreso índice. El período de seguimiento se extendió hasta el 28 de febrero de 2025

Resultados

La cohorte final estuvo compuesta por 197 pacientes. El seguimiento varió desde un mínimo de 38 meses hasta un máximo de 68 meses, o hasta el fallecimiento si este ocurría durante ese periodo. De los 197 individuos incluidos, 45 eran mujeres (23%). Entre los pacientes supervivientes, la duración del seguimiento fue de 54 meses (mediana, rango intercuartílico [RIC] 43–61), y de 24 meses (mediana, RIC 11–37) entre los pacientes fallecidos. El número y porcentaje de supervivientes y fallecidos al año, a los tres años y al final del estudio fue: 166/31 (16% de mortalidad); 130/67 (34%) y 106/91 (46%), respectivamente. Se observó una diferencia significativa en la causa de muerte entre los grupos STAR: el 54% de los pacientes en los grupos STAR 1 y 2 fallecieron por causa respiratoria, en comparación con el 82% de los pacientes en los grupos STAR 3 y 4 ($p = 0,004$). En la Tabla se detallan los resultados.

	Causas respiratorias	Causas no respiratorias
STAR 1	EPOC, 5 Cáncer de pulmón, 1	Otro cáncer, 2 Insuficiencia cardíaca, 3 Insuficiencia renal, 2 Infección, 1
STAR 2	EPOC, 8 Cáncer de pulmón, 4 Neumonía, 2	Desconocido, 1 Otro cancer, 1 Insuficiencia cardíaca, 4 Infección, 3 Ictus, 1
STAR 3	EPOC, 16 Cáncer de pulmón, 1 Neumonía, 3	Desconocido, 1 Otro cáncer, 1 Enfermedad coronaria, 2 Insuficiencia renal, 1 Isquemia intestinal, 1
STAR 4	EPOC, 16 Cáncer de pulmón, 4 Neumonía, 2	Insuficiencia cardíaca, 2 Enfermedad coronaria, 1 Ictus, 1

Conclusiones

Los pacientes EPOC exacerbadores con mayor obstrucción en la espirometría medida por el cociente FEV1/FVC fallecen principalmente de causas respiratorias, mientras que en los pacientes con menor afectación del cociente el fallecimiento estas causas son responsables de la mitad de los fallecimientos.

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA REGISTRADA DE EPOC EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y CONTEXTUALIZACIÓN CON EL INFRADIAGNÓSTICO

Esteban, V. (1), Chiner, E. (1), Castelló, C. (1), Fernandez, P. (1), Rodríguez, R. (2), Sánchez-Covisa, J. (3), de las Heras, A. (4), Moreno, J. (2)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Madrid, (3) BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, (4) MediClin-IQVIA, Madrid

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La EPOC constituye una carga relevante en salud pública, y el diagnóstico oportuno es un paso clave para mejorar su manejo. EPISCAN II (2017-2019) evidenció un infradiagnóstico elevado en España y en la Comunidad Valenciana (CV), en torno al 74%. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la prevalencia registrada en la CV en los últimos años y valorar, de forma indirecta, si el infradiagnóstico reportado históricamente se ha modificado recientemente.

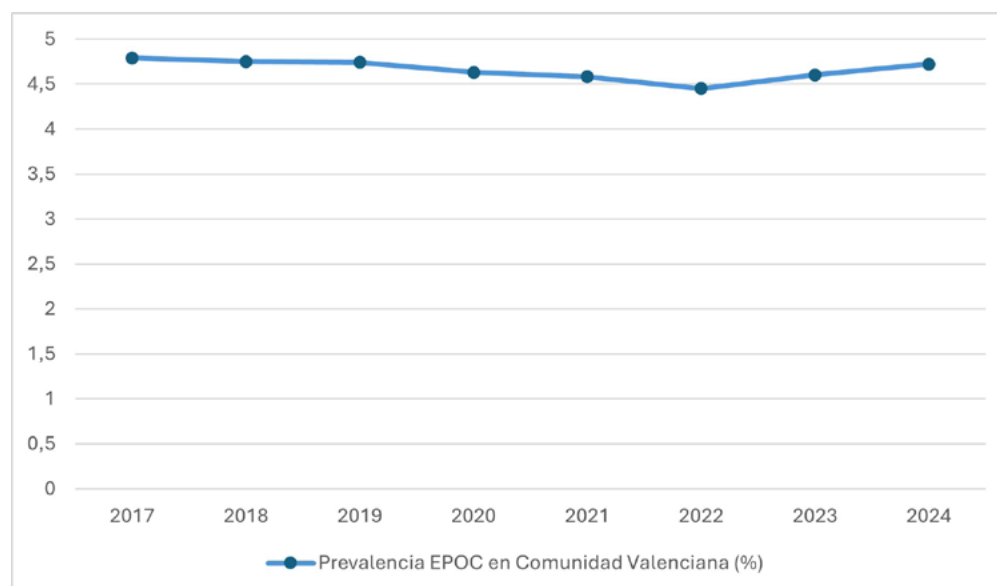
Metodología

Se utilizaron los datos públicos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad para la CV (acceso: enero 2026), seleccionando la prevalencia registrada de EPOC en población ≥ 40 años para el periodo 2017-2024. Se describió la tendencia temporal anual.

Resultados

En la figura 1, se muestra la prevalencia registrada de EPOC en población ≥ 40 años en la CV en la serie temporal 2017-2024. A pesar de un descenso moderado entre 2018-2022 y una recuperación parcial en 2023-2024, la serie se mantiene globalmente estable en el rango 4,5-4,8%.

FIGURA 1. Prevalencia de EPOC registrada en AP en la Comunidad Valenciana entre los años 2017-2024.



*Prevalencia de EPOC registrada en AP en la Comunidad Valenciana entre los años 2017-2024. La EPOC está codificada con su código CIAP2: R95. Se calcula como el número de pacientes con código activo en el año de estudio entre la población adscrita a la zona de salud básica, haya utilizado o no los servicios de salud. Datos obtenidos de la base de datos BDCAP del Ministerio de Sanidad.

Conclusiones

Considerando el elevado infradiagnóstico descrito por EPISCAN II en 2017-2019, la ausencia de un aumento relevante de la prevalencia registrada de EPOC en la CV desde entonces sugiere que dicho problema probablemente persiste. Aunque en el periodo reciente

pueden haber influido factores favorables (mayor concienciación, reducción del tabaquismo, cambios ambientales) y coyunturales (pandemia), la estabilidad de la prevalencia, cercana al 4,7% no indica una mejora significativa en la identificación de casos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de reforzar la detección y el registro de EPOC en AP en la CV mediante el uso sistemático de espirometría en población de riesgo, la armonización de la codificación y circuitos de cribado/derivación, y la mejora de la educación sanitaria y de la técnica inhalatoria, con el fin de aumentar el diagnóstico y optimizar el manejo terapéutico de la EPOC.

Referencias

- ¹ MIRAVITLLES M, ET AL. UNDERDIAGNOSIS OF COPD IN SPAIN: FINDINGS FROM EPISCAN II. ARCH BRONCONEUMOL. 2021;57(7):503-511. Publicaciones de prevalencia en España (2019–2022), utilizadas exclusivamente para contextualizar el infradiagnóstico y la falta de aumento de prevalencia durante 2017–2019.
- ² BASE DE DATOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (BDCAP), MINISTERIO DE SANIDAD. COMUNIDAD VALENCIANA, PREVALENCIA REGISTRADA DE EPOC EN POBLACIÓN ≥40 AÑOS (2017–2024).

RELACION ENTRE HIPERURICEMIA Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Huelamo Lopez, P. P. (1), Díez, A. (2), Cantarella, R. (2), Lucas, P. (2), Soler, M. J. (2), León, J. M. (2), Hernández, L. (2)

(1) Hosp. Gral Universitario Dr. Balmis, (2) Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La apnea obstructiva del sueño (AOS) se ha relacionado con determinadas enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares y con diversas alteraciones metabólicas como la diabetes [Lloberes et al., 2011; Mediano et al., 2021]. En estos pacientes, la hipoxia recurrente del AOS puede conducir a un aumento de la degradación de la formación de adenosina trifosfato (ATP) provocando la liberación de productos intermedios de purina, lo que puede incrementar los niveles de ácido úrico. El objetivo consiste en estudiar la asociación de los valores de ácido úrico en los pacientes con AOS y conocer su relación con la gravedad de la enfermedad.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, realizado en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes diagnosticados de AOS durante un periodo de 9 meses según el Documento Internacional de Consenso sobre Apnea Obstructiva del Sueño [Mediano et al., 2021]. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de AOS que recibían tratamiento hipouricemiante. Se analizarán variables demográficas, comorbilidades, analíticas, IAH y el porcentaje en el registro con una SpO₂ por debajo del 90 % (CT90 %). El análisis se llevó a cabo con el programa SPSS. El nivel de significación fue de $p < 0,05$.

Resultados

De 409 pacientes atendidos en la Unidad de Sueño, 338 (86 %) cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales, 151 (48 %) fueron mujeres. La edad media fue de 58 (± 13) años. Tenían antecedentes de tabaquismo 192 (56 %), HTA 178 (53 %), Diabetes mellitus 58 (17 %), cardiopatía 29 (9 %) y antecedentes de ICTUS 13 (4 %). La mediana de ácido úrico en pacientes con AOS 5,5 mg/dL (4,5-6,5) fue significativamente superior a los pacientes sin AOS 4,8 mg/dL (3,9-5,9) ($p < 0,05$). En cuanto a la gravedad, 156 (46 %) tenían AOS grave (IAH ≥ 30) y 181 (54 %) leve-moderado (IAH < 30). Las cifras de ácido úrico fueron superiores en el grupo con AOS grave 5,7 mg/dL (4,5-6,8) respecto a los pacientes con AOS leve-moderado 5,3 mg/dL (4,5-6,3) ($p = 0,004$), y se obtuvo una correlación significativa entre los valores de ácido úrico con la gravedad del AOS ($R = 0,14$, $p = 0,013$) y con la CT90 ($R = 0,174$, $p = 0,001$) (Fig 1).

Conclusiones

En nuestra serie, los pacientes con AOS presentan cifras de ácido úrico más elevadas, encontrando una asociación entre la gravedad de la enfermedad y la presencia de desaturaciones.

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABACO DE UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE UN AÑO

March, L. (1), Madera, N. (1), Landaeta, S. (1), Prieto, D. (1), Martinez, E. (1), Lera, R. (1), de Juana, C. (2), Lillo González, E. (3)
(1) Hospital Doctor Peset, (2) H. Peset, Valencia, (3) Enfermera del H. Dr. Peset

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

Analizar las características sociodemográficas de la población atendida en la consulta de tabaco en el periodo de diciembre de 2023 a diciembre de 2024.

Observar las tasas de éxito de los tratamientos prescritos a los 1, 2, 6 y 12 meses.

Comparar las tasas de abstinencia y su relación con el grado de dependencia y la motivación para el abandono.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo realizado en la consulta monográfica de tabaquismo del H. Universitario Doctor Peset, Valencia. Se incluyeron 276 pacientes atendidos entre diciembre de 2023 y diciembre de 2024, periodo condicionado por la Dana. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, función respiratoria, consumo, tratamiento y abstinencia a 1, 2, 6 y 12 meses, considerando la pérdida de seguimiento.

Resultados

El 51,4% fueron mujeres, con una edad media de 59 ± 11 años y alta prevalencia de EPOC (44,3%) e HTA (35,5%).

El consumo medio fue 18,9 ± 10,6 cig/día, con 1,66 intentos previos de deshabituación, puntuación en el test de Fagerström 6,13 ± 1,96 y Richmond 7,86 ± 1,83.

Características demográficas	
Pacientes atendidos (n)	276
Mujeres n (%)	142 (51.4%)
Edad media DS	58.97 +- 11.08 años
Comorbilidades	n (%)
EPOC	89 (44.3%)
HTA	71 (35.5%)
PSIQUIÁTRICO	47 (23.4%)
CÁNCER	37 (18.5%)
DM	36 (18.1%)
AOS	33 (16.5%)
INMUNODEPRIMIDO	19 (9.5%)
ASMA	18 (9%)
EPID	6 (3%)
HTP	2 (1%)
Consumo diario de tabaco (cigarrillos/día)	18.93 +- 10.56
IAP	36.85 +- 16.36
Intentos previos	1.66 +- 1.5
Máximo tiempo de abstinencia (meses)	13.93 +- 36.73
Test de Fagerström	6.13 +- 1.96
Test de Richmond	7.86 +- 1.83

El 98,5% de los pacientes consumía tabaco convencional, el uso de cannabis (3,5%) o dispositivos electrónicos (0,5%) fue anecdótico. Los tratamientos prescritos fueron citisiniclina (57,8%), TSN (18,6% monoterapia; 10,6% combinada), vareniclina (4%) y bupropión (0,5%). La TSN en monoterapia se usó en pacientes con menor consumo (15,2 vs 19,8 cig/día; $p = 0,017$). La pérdida de seguimiento fue temprana, un 48% al mes, 10% al segundo, 33% al sexto y 23% al año.

	ABSTINENCIA 1 MES		ABSTINENCIA 2 MESES		ABSTINENCIA 6 MESES		ABSTINENCIA 12 MESES		
TRATAMIENTO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	TOTAL
Vareniclina	1(33.3%)	2(67.7%)	1(33.3%)	2(66.7%)	1(50%)	1(50%)	1(100%)	0	1
Consejos antitabaco	3(60%)	2(40%)	2(50%)	2(50%)	2(50%)	2(50%)	3(75%)	1(25%)	4
Bupropion	0	1(100%)	0	1(100%)	0	1(100%)	0	1(100%)	38
TSN monoterapia	14(51.9%)	13(48.1%)	14(60.9%)	9(39.1%)	7(43.8%)	9(56.3%)	10(76.9%)	3(23.1%)	13
TSN combinada	12(70.6%)	5(29.4%)	12(70.6%)	5(29.4%)	6(60%)	4(40%)	4(44.4%)	5(55.6%)	9
Citisiniclina	34(37.4%)	57(62.6%)	30(36.6%)	52(63.4%)	28(52.8%)	25(47.2%)	25(65.8%)	13(34.2%)	38
TOTAL	64(44.4%)	80(55.6%)	59(45.7%)	70(54.3%)	44(51.2%)	42(48.8%)	43(65.2%)	23(34.8%)	66

No hubo diferencias significativas al año entre fármacos, aunque la TSN combinada mostró una tendencia favorable frente a citisiniclina.

La motivación no se asoció significativamente con abstinencia, mientras que una baja puntuación de Fagerström sí ($p = 0,022$). Mayor éxito en dependencia baja (22,2%) frente a moderada (3,5%) o alta (10,7%).

Conclusiones

En nuestros pacientes hay una alta exposición tabáquica, con presencia aún marginal de cannabis u otros dispositivos.

La consulta atiende a fumadores con alta carga comórbida y afectación respiratoria notable, obstrucción aérea en un 47,3%.

La citisiniclina fue el tratamiento más utilizado en la práctica real. El uso limitado de vareniclina se vinculó a su reintroducción en junio 2024.

No se observaron diferencias significativas en abstinencia según el tratamiento, probablemente condicionadas por la pérdida precoz de seguimiento, aunque la TSN combinada mostró una tendencia favorable.

La menor dependencia nicotínica se asocia a mayor abstinencia mantenida.

EFECTO A MEDIO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS EN LA FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO

Cuenca, A. (1), Martínez, R. (1), Martínez, A. M. (1), De Diego, A. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico "La Fe"

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Asma Grave No Controlada, Terapia Biológica, Función Pulmonar.

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio ha sido comparar el cambio en la función pulmonar de los diferentes tratamientos biológicos en pacientes con asma grave.

Metodología

Estudio retrospectivo en pacientes con AGNC que iniciaron terapia biológica durante el período 2015-2025. Las variables recogidas fueron: exacerbaciones, cuestionario ACT, tratamiento y función pulmonar mediante espirometría pre y post broncodilatador previo al inicio de tratamiento y tras un periodo entre 8-16 meses. Los pacientes que cambiaron de tratamiento después de un año fueron incluidos como casos diferentes. El análisis estadístico se realizó mediante Test de Wilcoxon para muestras pareadas pre y post tratamiento y comparando los cambios entre los diferentes biológicos.

Resultados

Se incluyeron 127 pacientes con AGNC, 32 pacientes recibieron secuencialmente dos o más biológicos. La edad media fue de 60,5 $\pm$ 12,7 años y predominio femenino (72%). Los biológicos fueron benralizumab (34,6%), mepolizumab (32,7%) y dupilumab (11,3%) tezepelumab (12,6%) y omalizumab (12,6%). No hubo diferencias en función pulmonar, número de exacerbaciones, edad, tipo de asma o tratamiento previos al biológico. No hubo diferencias significativas en la función pulmonar tras 12 meses de tratamiento a excepción de los pacientes tratados con benralizumab en los que se observó una mejoría significativa tanto en el FEV1 preBD ($\bar{x}$ =0,216 0,615L, p = 0,042) como postBD ($\bar{x}$ =0,2210,517 L, p = 0,020). En todos ellos, salvo omalizumab se observó una mejoría significativa del ACT con benralizumab (p < 0,001), mepolizumab (p 0,001), dupilumab (p = 0,020) y tezepelumab (p = 0,001). Todos los biológicos excepto omalizumab redujeron significativamente las agudizaciones en el primer año respecto al año previo: benralizumab (p < 0,001), mepolizumab (p < 0,001), dupilumab (p = 0,037) y tezepelumab (p = 0,001), sin encontrar diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones

Todos los tratamientos biológicos excepto omalizumab mejoraron de forma significativa el control del asma y las exacerbaciones en la mayoría de los pacientes. La función pulmonar se mantuvo estable al año de tratamiento, con una mejoría del FEV1 solo en los pacientes tratados con benralizumab.

DÉFICIT DE INMUNOGLOBULINAS SECUNDARIO A RITUXIMAB EN EL ESPECTRO DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES CON RASGOS AUTOINMUNES (IPAF)

PEREZ AMOROS, J. (1), Cámara, I. (2), Esquerdo, P. (2), Barroso, E. (2), Gayá, I. (2), García, R. (2), Soler, M. J. (2)

(1) HOSP. GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS, (2) Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

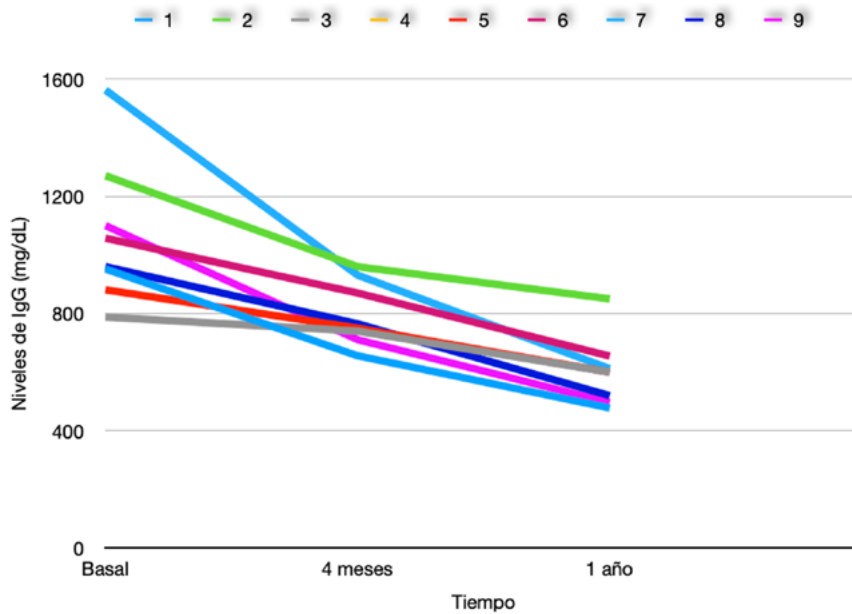
Objetivos

El Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal utilizado con éxito en enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Se ha descrito entre sus potenciales efectos adversos la hipogammaglobulinemia elevando el riesgo de infecciones graves que puede ensombrear el pronóstico en este grupo de pacientes. Sin embargo, este efecto, no ha sido tan estudiado en las IPAF. El objetivo es estudiar la variación de los niveles de inmunoglobulinas tras iniciar tratamiento con Rituximab en pacientes diagnosticados de enfermedades intersticiales con rasgos autoinmunes.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, realizado en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes diagnosticados de IPAF entre los periodos de enero 2012 a enero 2025, según los criterios de Fisher A. et al, 2015 que recibieron tratamiento con RTX. De este grupo de pacientes, se analizaron variables demográficas, funcionales, tratamientos concomitantes, los niveles de inmunoglobulinas (Igs), tratamientos sustitutivos y se analizaron la frecuencia de infecciones graves. Se consideró variables resultado principal la presencia de hipogammaglobulinemia si los valores de IgG fueron inferiores a 750 mg/dL.

Resultados



De 31 pacientes con IPAF, nueve recibieron RTX. De estos 9 casos, la mediana de edad fue de 55 (32-86) años y ocho (89 %) eran mujeres. Tres tenían antecedentes de tabaquismo (mediana 5 a/p). La mediana de la FVC fue 68 % (43-79) y una DLCO 43% (30-56). En cuanto a los tratamientos inmunosupresores concomitantes, 3 llevaron micofenolato, 2 ciclofosfamida y 1 ciclofosfamida con micofenolato. Ningún paciente recibió azatioprina. Tres pacientes recibieron tratamiento con nintedanib. En la Figura se describen los valores de IgG basal, a los 4 meses y al año del tratamiento. Ocho de los 9 pacientes, contaban con determinaciones seriadas de Igs. Todos ellos, presentaron un descenso de los valores de Igs. Tres pacientes sufrieron infecciones respiratorias (SARS CoV2, neumonía y TBC) y una infección urinaria que precisó ingreso. Ningún paciente recibió gammaglobulina sustitutiva. Dos pacientes de esta serie fueron trasplantados y cuatro fallecieron.

Conclusiones

N	Basal	4 meses	Año
1	952	656	478
2	1270	960	850
3	788	740	600
4	988		
5	881	750	600
6	1057	870	655
7	1562	931	612
8	960	765	520
9	1100	711	497

ANOTACIÓN

Los pacientes de nuestra serie que reciben rituximab, son jóvenes, en su mayoría mujeres y con gravedad funcional. En estos casos, la prevalencia de hipogammaglobulinemia es elevada tras el inicio de rituximab. Esta situación, se debe tener en cuenta ante el potencial riesgo de infecciones graves.

USO DE RECURSOS SANITARIOS POR ASMA EN LA COMUNITAT VALENCIANA SEGÚN DATOS RECOGIDOS DEL CMBD.

PRIETO POZO, D. (1), Cifre, P. (2), de Juana, C. (2), Dahmazi, L. (2), Martínez, E. M. (3), Gisbert, J. (4), Sánchez, J. S. (4), Niza, G. (4), Alegría, M. (4), de las Heras, A. (5)

(1) HOSPITAL DR. PESET, (2) Hospital Doctor Peset, (3) Hospital Universitario Doctor Peset, (4) Astraceneca Farmacéutica, (5) MediClin-IQVIA

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

El asma es una afección prevalente que implica un uso significativo de recursos sanitarios. El objetivo es describir el impacto del asma en el Sistema de Salud de la Comunitat Valenciana en el año 2023.

Metodología

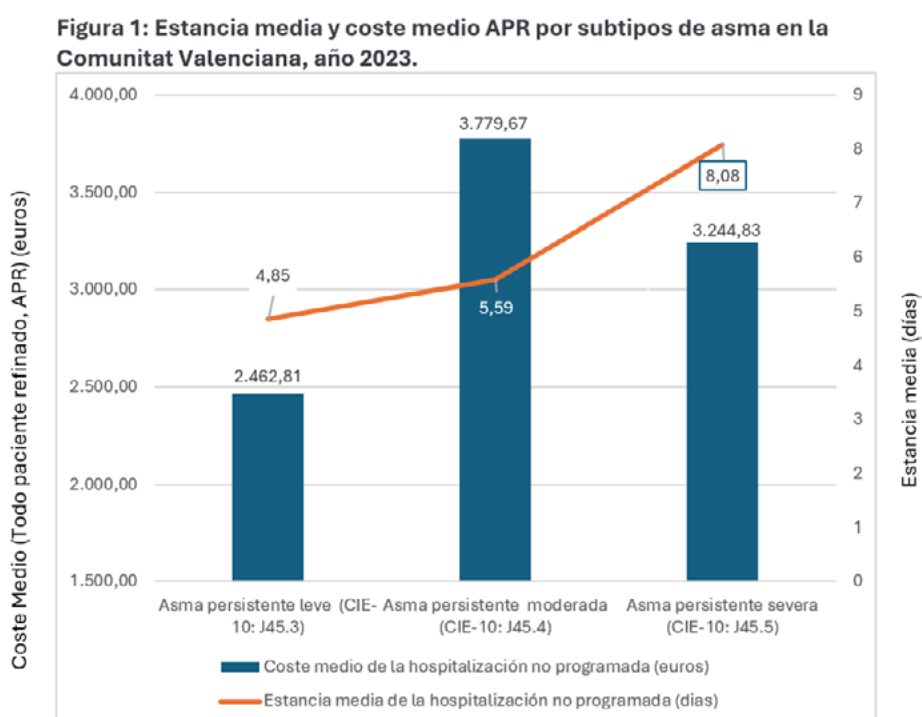
Se emplearon datos públicos del Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD.

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>, con extracción en mayo de 2025, y codificación CIE-10. Se presenta el número de hospitalizaciones, la estancia y el coste medios (All Patient Refined, APR) tanto en España como en la Comunitat Valenciana. A nivel regional, se desagregaron los resultados por grados de severidad: asma persistente leve (J45.3), moderada (J45.4) y grave (J45.5), con desglose regional y provincial.

Resultados

En 2023 se registraron en España 1.628 hospitalizaciones no programadas por asma persistente grave (J45.5), con una estancia media de 7,65 días y un coste medio de 3.567,22€. La Comunitat valenciana aportó 128 de estos ingresos, con estancia media de 8,08 días y coste medio de 3.244,83€, siendo el coste inferior al promedio nacional y superior la estancia media.

En la Comunitat Valenciana, el uso de recursos en las hospitalizaciones no programadas varía según la gravedad del asma: la forma persistente leve (J45.3) mostró un coste medio de 2.462,81€ y una estancia media de 4,85 días; la moderada (J45.4) alcanzó 3.779,67€ y 5,59 días; y la grave (J45.5) supuso 3.244,83€ y 8,08 días (FIGURA 1).



Del total de 128 ingresos no programados por asma grave persistente (J45.5) a nivel regional, Alicante registró 72, Valencia 48, y Castellón 8, variando de forma sustancial la estancia y coste medios de los episodios: Castellón presentó la estancia más prolongada (11,88 días), seguido de Alicante (8,31 días), y Valencia(7,10 días). En cuanto al coste medio por hospitalización, Castellón también encabezó con (5.960,18€), seguida de Alicante (3.219,69€), y Valencia (2.829,98€) (TABLA 1).

Tabla 1. Número de hospitalizaciones no programadas por asma persistente grave (J45.5), estancia media y coste medio APR en las provincias de la Comunitat Valenciana en 2023.

Zona geográfica	Número de hospitalizaciones (J45.5) no programadas	Estancia media de la hospitalización (J45.5) no programada (en días)	Coste medio de la hospitalización (J45.5) no programada (en euros)
España	1.628	7,65	3.567,52€
Comunitat Valenciana	128	8,08	3.244,83€
Alicante	72	8,31	3.219,69€
Valencia	48	7,10	2.829,98€
Castellón	8	11,88	5.960,18€

*Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada.

**Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Población residente 01 Julio 2023): <https://www.ine.es/>. Datos extraídos en mayo de 2025.

Conclusiones

En 2023, la CV muestra una carga hospitalaria por asma persistente,especialmente por J45.5, con estancias medias superiores a las nacionales y costes medios inferiores. La tendencia creciente en la estancia media, de asma persistente leve a grave, podría tener relación con la mayor complejidad de estos casos, reforzando la prioridad de prevenir exacerbaciones mediante optimización del tratamiento de base, adherencia y seguimiento estructurado tras el alta.

EFFECTO DE TEZEPELUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN UNA UNIDAD DE ASMA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Ruiz Matutano, G. (1), Alaeddine, V. (2), Tarrasó, J. (3), Monclou, E. (3), Vales, A. (3), Signes-Costa, J. (3)
(1) Hospital clínico universitario de valencia, (2) Hospital clínico universitario de valencia, (3) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto clínico en condiciones de vida real del empleo de tezepelumab en pacientes con asma grave en una Unidad de Asma de un hospital terciario, además de describir las características clínicas de los mismos.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo en pacientes con asma grave no controlada que iniciaron tratamiento con tezepelumab en la Unidad de Asma Grave de un hospital terciario. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, analíticas y funcionales desde los 12 meses previos al inicio del tratamiento y durante el seguimiento posterior hasta 6 meses después.

El control clínico se evaluó mediante la tasa de exacerbaciones y el consumo de corticoides sistémicos, mientras que el grado de control de síntomas se valoró mediante el Asthma Control Test (ACT). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa R®, describiendo las variables mediante frecuencias, medias y desviación estándar, y comparando los resultados antes y después del tratamiento mediante pruebas paramétricas para muestras apareadas (T Student), considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Las características demográficas y clínicas de la cohorte se muestran en la TABLA 1. Tras seis meses de tratamiento con tezepelumab, se observó una reducción significativa en la tasa de exacerbaciones (2,92 vs. 0,61; $p < 0,001$) (FIGURA 1), así como en la dosis acumulada de corticoides orales (604,5 vs. 177,5; $p < 0,001$) (FIGURA 2).

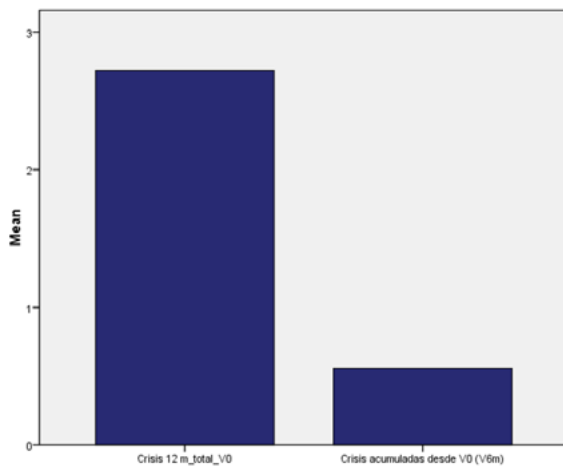


FIGURA 1 - Tasa-de-exacerbaciones

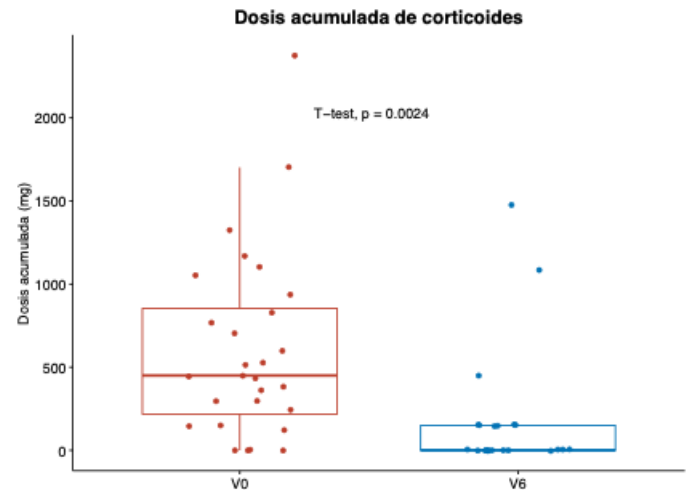


FIGURA 2 -Dosis-acumulada-de-corticoides

Tabla 1. Análisis descriptivo

n	28
Edad (años)	55,04 (14,59)
Sexo - mujeres	24 (85%)
IMC	27,10 (6,17)
Etnia (caucásicos)	26 (92%)
Tabaquismo: No fumadores	16 (57%)
Alérgicos	8 (28%)
Ácaros	7
Epitelio	6
Moho	2
Polen	3
Comorbilidades	
Rinitis	9
Poliposis	3
ERGE	9
Obesidad	6
SAHS	4
CCVV	2
Pacientes tto Biológico previo	8 (28,6%)
Omalizumab	1
Dupilumab	3
Benralizumab	1
Mepolizumab	1
Reslizumab	2
Pacientes corticodependientes	6 (21,4%)
Eosinófilos absolutos (células/ μ L)	199,82 (182,97)
FeNO (ppb)	23,03 (30,38)
IgE (UI/mL)	102,90 (100,08)
FVC (%)	87,78 (24,05)
FEV1 (%)	80,92 (25,41)
FEV1/FVC	75,25 (12)
Dosis media diaria de corticoide en pacientes corticodependientes (mg/24h)	16 (13,03)
Dosis de corticoide oral acumulado (mg/año)	604,54 (559,63)
Tasa agudizaciones en el año previo	2,92 (2,40)
ACT	12,87 (2,92)

El número de pacientes en tratamiento continuo con corticoides sistémicos fue reducido ($n = 6$), lo que limitó el análisis de este subgrupo; no obstante, se objetivó una disminución en la dosis media diaria (15,83 mg/día vs. 11,5 mg/día). Asimismo, se evidenció una mejoría significativa en el control de los síntomas, con un incremento medio de 4,5 puntos en el ACT ($p < 0,001$).

No se detectaron cambios estadísticamente significativos en los parámetros funcionales respiratorios ni en los biomarcadores analíticos evaluados.

Conclusiones

En nuestra experiencia, el tratamiento con tezepelumab ha sido efectivo en el control clínico de los pacientes con asma grave. La ausencia de cambios significativos en los parámetros funcionales y biológicos podría estar condicionada por el tamaño muestral y el limitado tiempo de seguimiento, por lo que serán necesarios más estudios con muestras más amplias y mayor duración de seguimiento.

LA PIEL COMO ÓRGANO CENTINELA: MICOSIS CUTÁNEAS PROFUNDAS EN TRASPLANTE PULMONAR Y DE ÓRGANO SÓLIDO

Cuenca Navarro, A. (1), Balaguer, M. N. (1), Martín, D. (1), García, V. (1), Ruiz, A. (1), Mansilla, M. (1), Martínez, V. (1), Montull, B. (1), Anguera, G. (1), Solé, A. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico "La Fe"

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

Trasplante Pulmonar, Micosis Cutánea, Infección Fúngica Diseminada.

Objetivos

Valorar la utilidad de la evaluación precoz y la confirmación histopatológica de lesiones cutáneas en trasplantados pulmonares y órgano sólido como posible primer indicio de infección fúngica sistémica como micosis cutánea profunda.

Metodología

Estudio retrospectivo unicéntrico con un periodo de inclusión de 20 años (2005–2025). Se incluyeron receptores de trasplante de órgano sólido (RTOS), con predominancia de pulmonar, adultos con diagnóstico confirmado de micosis cutáneas profundas (MCP) mediante estudio histológico y/o microbiológico. Se analizaron variables demográficas, factores predisponentes, características clínicas, especies fúngicas, hallazgos histopatológicos, abordajes terapéuticos y evolución clínica.

Resultados

Se incluyeron 16 RTOS (75% varones, mediana 61,5 años), predominante los receptores de trasplante pulmonar (TP) (50%). El intervalo mediano entre el trasplante y la aparición de las lesiones cutáneas fue de 4,5 meses. Los factores de riesgo más frecuentes fueron diabetes mellitus (50%), linfopenia (43,7%), hipogammaglobulinemia (43,7%), neutropenia (12,5%) junto con infecciones virales recientes, especialmente reactivación por citomegalovirus (43,7%) e infección por SARS-CoV-2 (18,7%). El 75 % de los pacientes fue diagnosticado de micosis subcutáneas y el 25% de micosis sistémicas (Aspergilosis o Tricosporonosis). Nódulos o pápulas en las extremidades inferiores fue el hallazgo más frecuente ($n=17$). El estudio histopatológico evidenció granulomas supurativos o de patrón sarcoideo ($n=14$). *Alternaria* spp. fue la etiología identificada con mayor frecuencia ($n=7$). El tratamiento antifúngico sistémico se administró en 13 pacientes y el quirúrgico en 9. En 2 casos, la intervención quirúrgica constituyó la única modalidad terapéutica con respuesta completa. En los 7 restantes, la cirugía se combinó con tratamiento antifúngico sistémico. Se documentó remisión completa en el 62,5% de los pacientes. Dos pacientes con enfermedad diseminada fallecieron.

Conclusiones

Las MCP pueden constituir un marcador cutáneo de enfermedad fúngica diseminada en TP. Toda lesión cutánea, independientemente de su morfología o tamaño, debe ser sometida a biopsia inmediata, dado su posible origen fúngico. Factores de riesgo como

diabetes mellitus, linfopenia, hipogammaglobulinemia o infección viral reciente obliga a extremar la vigilancia clínica. La biopsia diagnóstica precoz y el abordaje terapéutico combinado se asocian a una mejor evolución y pronóstico de estas infecciones potencialmente graves.

EVOLUCIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SILICOSIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Tobar Peñaherrera, A. C. (1), Safont Muñoz, B. (1), Fernandez Fabrellas, E. (1), Valle Dávalos, P. (1), Salcedo Patricio, A. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

La silicosis es una neumoconiosis progresiva por inhalación de sílice cristalina, con evolución clínica heterogénea y potencialmente grave. Identificar factores asociados a mala evolución permitiría optimizar el seguimiento. El objetivo fue analizar la progresión funcional anual de pacientes con silicosis en nuestro centro y evaluar factores relacionados con dicha progresión.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo analizando la evolución funcional de los pacientes con silicosis diagnosticados en el Hospital General Universitario de Valencia. Se incluyeron los pacientes con al menos un control funcional anual.

Se utilizó la prueba de t-test para muestras emparejadas, evaluando los cambios anuales y, regresión logística univariable para analizar los factores predictores de progresión, definida como una caída anual del 10% en la FVC.

Los datos se analizaron con Stata 12.1.

Resultados

Se incluyeron 19 pacientes con silicosis, todos varones, con una edad media de 55,6 (SD 10,9) años y un tiempo de exposición medio a sílice de 22,9 (SD 13,7) años. El 84% de los pacientes tenía índice GAP ≥ 1 . El 10,5% presentaban un patrón radiológico de fibrosis masiva. Funcionalmente, el 31,6% mostró patrón obstructivo, el 36,8% restrictivo y el 31,6% mixto. La disnea mMRC fue ≥ 2 en el 36,8%. En la evaluación basal, el FEV1 fue de 2,41L (74%), la FVC de 3,26L (81%) y la DLCO 64,5%, estando reducida en el 68% de los casos.

Durante el seguimiento medio de 4 años (rango 1-7) no se objetivó un descenso significativo de la FVC ni el FEV1 entre las distintas evaluaciones. Hubo una caída anual de la DLCO a los 3 años del diagnóstico de un 5,6% ($p=0.02$) con estabilidad posterior.

El 36,8% de los pacientes presentaron progresión funcional sin identificar variables predictoras, aunque la FVC% más baja al diagnóstico casi alcanzó significación ($p=0.056$). La edad, el índice GAP, la disnea, la presentación radiológica, el patrón funcional y ningún otro de los parámetros espirométricos se asociaron con la progresión.

Conclusiones

En nuestra experiencia, la silicosis mostró una evolución funcional globalmente estable, al menos durante el seguimiento realizado hasta ahora, con deterioro precoz de la DLCO.

Más de un tercio de los pacientes progresó sin factores predictivos claros, lo que subraya la necesidad de un seguimiento funcional estrecho e individualizado.

COMPARACIÓN DEL SPECT-CT DE VENTILACIÓN/PERFUSIÓN FRENTE AL SPECT-CT DE PERFUSIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA.

PRIETO POZO, D. (1), Madera, N. (1), Cifre, P. (2), Cavagna, F. (3), Infante, J. R. (3), García, A. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, (2) Hospital Doctor Peset, (3) Hospital Doctor Peset. Servicio Medicina Nuclear

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Objetivos

Comparar el rendimiento diagnóstico del SPECT-CT de V/Q frente al SPECT-CT de perfusión aislada en pacientes con sospecha de ETC.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 74 pacientes (21-86 años) con sospecha de ETC entre enero y septiembre de 2025, con seguimiento mínimo de 3 meses. Se realizó estudio de ventilación tras inhalación de 99mTc-Technegas y estudio de perfusión mediante administración intravenosa de 5 mCi de 99mTc-MAA. El criterio diagnóstico de ETC fue la presencia de ≥ 1 defecto segmentario o ≥ 2 subsegmentarios discordantes, sin alteraciones morfológicas explicativas en la CT. El SPECT-CT de V/Q se consideró referencia diagnóstica. Posteriormente, se realizó una segunda valoración excluyendo la información de ventilación. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados

El SPECT-CT V/Q identificó 12 pacientes (16,2%) como positivos para ETC y 62 como negativos. En la valoración basada únicamente en perfusión, 21 pacientes fueron clasificados como positivos y 53 como negativos. Respecto al estudio completo, la perfusión aislada mostró: Sensibilidad: 100%; Especificidad: 85,5%; Exactitud diagnóstica: 87,8%. Los 9 casos discordantes presentaban múltiples defectos de perfusión asociados a hipoventilación, sin correlato morfológico en CT, probablemente relacionados con patología de las vías respiratorias. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas estrategias ($p < 0,01$).

Conclusiones

El SPECT-CT de perfusión aislada mantiene una sensibilidad elevada para la detección de ETC, pero reduce significativamente la especificidad frente al estudio completo V/Q. La omisión de la ventilación puede incrementar el riesgo de sobrediagnóstico, especialmente en pacientes con patología respiratoria concomitante.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA MEDIANTE ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN: ACTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

MOKACHIR MOHSENIN, L. (1), MARTIN NUÑEZ, M. (1), LÓPEZ REYES, R. (1), SANFELIU CUENCA, P. (1)

(1) Hospital La Fe

Tipo de comunicación:

COMUNICACIÓN POSTER

Palabras clave:

HPTECTratamiento percutáneoHemodinámica pulmonarEstratificación de riesgo

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es analizar la experiencia de nuestro centro en el manejo de pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) tratados mediante angioplastia percutánea por balón (APB), evaluando sus características clínicas, hemodinámicas y funcionales; valorar la seguridad del tratamiento y sus complicaciones asociadas; y examinar los cambios en la capacidad funcional y el perfil de riesgo de los pacientes durante el seguimiento (1).

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a los pacientes evaluados por el comité multidisciplinar de hipertensión pulmonar de nuestro centro y que fueron remitidos a APB entre marzo de 2023 y septiembre de 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, funcionales y hemodinámicos previos y posteriores al procedimiento. Además, se registró el número de intervenciones por paciente y las complicaciones asociadas, con el fin de evaluar la seguridad y los resultados del tratamiento en la práctica clínica real.

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes (60% mujeres; edad media 64,6 años), con obesidad en el 40%. La mayoría estaba en clase funcional (CF) (III) (57,1%), seguida de CF II (28,6%). El 72,7% recibía monoterapia para hipertensión pulmonar (HP), el 18% biterapia y el 9,1% triple terapia. El 33,3% presentaba factores trombóticos y el 93,33% antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Doce pacientes (80%) tenían HP precapilar, 4 (26,7%) con afectación significativa (PAPm >30 mmHg y RVP >4 WU). El 54,5% eran de bajo riesgo y el 45,4% de riesgo intermedio (TABLA 1). Se realizaron 27 procedimientos (2,45/paciente), tratando 1,06 lóbulos y 4,09 segmentos por sesión, con una tasa de complicaciones del 18%, todas hemorrágicas e inmediatas, sin eventos tardíos (TABLA 2).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A ANGIOPLASTIA

Variable	Resultado
Pacientes candidatos a APB	15
Edad (años)	64,6
Mujeres	9 (60%)
Obesidad	40%
Clase funcional OMS	I: 7,14% II: 28,6% III: 57,1% IV: 7,14%
Medicación específica para HP	• 1 fármaco: 72,7% • 2 fármacos: 18% • 3 fármacos (incluyendo prostanoides): 9,1%
Factores de riesgo trombóticos	33,3%
Antecedentes de ETV	93,33%
Hipertensión precapilar	12 (80%)
Hipertensión significativa (PAPm > 30 mmHg, RVP > 4 WU)	4 (26,7%)
Perfil de riesgo	• Bajo: 54,5% • Intermedio: 45,4% • Alto: 0%

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA ANGIOPLASTIA Y COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO

Variable	Resultado
N.º de procedimientos realizados en total	27
Máx. n.º de procedimientos por paciente	4
Media de procedimientos por paciente	2,45
Media de lóbulos tratados por sesión	1,06
Media de segmentos tratados por sesión	4,09
Media de balones utilizados por sesión	2

Complicaciones	Resultado
Tasa de complicaciones	18%
Inmediatas	100%
Tardías	0%
Tipo	Hemorrágico

Conclusiones

La angioplastia pulmonar con balón es una opción terapéutica segura y eficaz en pacientes con HPTEC no candidatos a tromboendarterectomía. En nuestra serie, predominó un perfil de bajo riesgo y se registraron pocas complicaciones, todas leves e inmediatas. Aunque se requiere seguimiento a largo plazo, los resultados apoyan su eficacia en la mejora funcional, consolidándola como una alternativa terapéutica viable (2).

Referencias

- ¹ LANG IM, BRENOT P, BOUVAIST H, ET AL. BALLOON PULMONARY ANGIOPLASTY FOR CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION: RESULTS OF AN INTERNATIONAL MULTICENTER PROSPECTIVE REGISTRY. J AM COLL CARDIOL. 202585(23):2270-2284.
- ² KATAOKA M, INAMI T, KAWAKAMI T, FUKUDA K, SATOH T. BALLOON PULMONARY ANGIOPLASTY (PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL PULMONARY ANGIOPLASTY) FOR CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION. JACC CARDIOVASC INTERV. 201912:1382-1388.

ORGANIZA



Sociedad Valenciana
de Neumología

Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana

ISSN 2990-2746

XXXIII Congreso Sociedad Valenciana de Neumología. Libro comunicaciones

Editado por Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana
Valencia 2026