

LIBRO DE RESÚMENES

XXXI CONGRESO SVN|FNCV

19-20 ABRIL 2024
Castellón



PROGRAMA	7
RESÚMENES PONENCIAS	12
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): TODO LO QUE DEBERÍAN CONOCER LOS CEI 13 Urda, A.	
COMORBILIDADES EN HIPERTENSIÓN PULMONAR Melero, J.	14
TEZEPelumab EN EL TIEMPO DE LOS MÚLTIPLES MONOCLONALES. Pérez Grimaldi, F.	15
BIOLÓGICOS EN LA EPOC. DEL PRESENTE AL FUTURO Alcázar Navarrete, B.	15
DESAFÍOS DE LA IA EN LA AOS Almonacid, C.	16
INHIBIENDO LA IL4 E IL13 Cabrera, C.	16
OXIGENOTERAPIA CRÓNICA A DOMICILIO Gómez Chinesta, C.; Chamarro, E. M.	17
NUEVA GUÍA DE SEPAR DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO. Rábade, C.	17
CAMBIOS EN EL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO. Cases Viedma, E.; Figueroa, S.	18
OPTIMIZANDO RESULTADOS EN ASMA: POSICIONAMIENTO DE LA TRIPLE TERAPIA INHALADA EN LAS GUÍAS CLÍNICAS Fernandez, C.	18
ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRAQUEOBRONCOMALACIA. Luna Pardo, C.	19
IMPORTANCIA DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Pallardó, F.	19
UTILIDAD DE LA POLIGRAFIA/POLISOMNOGRAFÍA PARA EL AJUSTE DE LA VMNI. Luján, M.	20
PROTEGIENDO MÁS ALLÁ DE LA GRIPE. NUEVA EVIDENCIA EN VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL Tolosa, N.	20
ACTUALIZACIÓN TRATAMIENTOS FUTUROS EN EPID García Sevilla, R.	21
PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO VÍAS RÁPIDAS EN EPID DE LA COMUNIDAD VALENCIANA García Sevilla, R.; Arenas Jiménez, J. J.; Fernandez Fabrellas, E.; Forner, M. J.; Gonzalez Villascusa, C.	22
TALLER PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA Salcedo, R.	22
TALLER PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA PARA RESIDENTES DE NEUMOLOGÍA Salcedo, R.	22
LO LLEVAMOS EN LAS VENAS: PROGRAMA DE AUTOADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON DAAT González, R.	23
NORMATIVA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE. Menéndez, R.	23
ENTIENDO LA TERAPIA DE ALTO FLUJO Díaz Lobato, S.	24

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES**25****DAÑO CARDIOVASCULAR INICIAL Y RESIDUAL REMANENTE EN EL DÍA 30 DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 26**

Gimeno Peiró, Á.; Méndez Ocaña, R.; González Jiménez, P.; Mengot Ruiz, N.; Latorre Campos, A.; Porcar Moreno, M.; Picazos Pérez, B.; España Yandiola, P. P.; España Yandiola, P. P.; Uranga Echeverría, A.; Uranga Echeverría, A.; Almirall Pujol, J.; Boixeda Víu, R.; Martínez Dolz, L.; Menéndez Villanueva, R.

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN PACIENTES MUJERES: ADECUACIÓN DE LAS DECISIONES CLÍNICAS Y VALOR DE LAS CALCULADORAS DE RIESGO DE MALIGNIDAD.**26**

Galán Negrillo, M.; Galán Negrillo, M.; Ibarra Maciá, A.; Grau Delgado, J.; Ruiz Alcaraz, S.; Baeza Martínez, C.; Soler Sempere, M. J.; Zamora Molina, L.; Padilla Navas, I.; García Pachón, E.

PEROXIDO DE HIDRÓGENO EN LÍQUIDO PLEURAL: TEST RÁPIDO PARA DIFERENCIAR TRASUDADO Y EXUDADO**27**

Ibarra Maciá, A. M.; Zamora Molina, L.; Soler Sempere, M. J.; García Pachón, E.; García Valero, E.; Galan Negrillo, M.

PROM (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURE) EN OXIGENOTERAPIA: UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE**28**

Maestre Puerto, L.; Chiner Vives, E.; Torba Kordyukova, A.; Martínez Gómez, A.; Fernández González, E.; Boira Enrique, I.; Hernández Padilla, M.; Pulido Sánchez, A. M.; Fernández Navarro, J.; Boluda, E.; Fernández González, E.; Navarro, S.; García, S.; Vañes Baños, S.

ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA Y SU INFLUENCIA EN LA RESPUESTA A LOS BIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE.**29**

Ballesteros Vázquez, E.; Sánchez Vera, A.; De Juana Izquierdo, C.; Lillo González, E.; Taberner Lino, L.; Sala Marín, A.; Climent Campos, C.; Martínez Moragón, E.

ASOCIACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN Y LA INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE**30**

INGLES AZORIN, M.; Mompeán Rodríguez, S.; Oscullo Yepez, G.; Martínez Pérez, R.; Gómez Olivas, J. D.; Beauperthuy Levy, T.; Bekki, A.; García Ortega, A.; Soler-Cataluña, J. J.; De la Rosa, D.; Agustí, A.; Martínez-García, M. Á.

RISC CARDIOVASCULAR DESPRÉS DE L'HOSPITALITZACIÓ PER AGUDITZACIÓ DE MPOC**30**

Alonso Tomás, L.; Rosario Martín, C.; Solé Delgado, M.; Miralles Saavedra, C.; Catalán Serra, P.; Soler Cataluña, J. J.

DIFERENCIAS RELACIONADAS CON LA EDAD EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y RESULTADOS CLÍNICOS DE 100.000 PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL REGISTRO RIETE**32**

Pedro Tudela, A.; Taberner Lino, L.; De Juana Izquierdo, C.; Pérez Dúctor, C.; Demelo Rodríguez, P.; Guirado, L.; Pedrajas, J. M.; Fernández Capitán, C.; Pesces, M. L.; Pacheco Gómez, N.; Monreal, M.; García Ortega, A.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE MICROPLÁSTICOS EN LAVADO BRONCOALVEOLAR Y ESPUTO INDUCIDO DE PACIENTES NEUMOLÓGICOS**33**

Baeza Martínez, C.; Soler Sempere, M. J.; Zamora Molina, L.; Ruiz Alcaraz, S.; Doval Miñarro, M.; González Pleiter, M.; Bayo Bernal, F. J.

DISTRIBUCIÓN DE SEROTIPOS DE NEUMOCOCO POR GRUPOS DE EDAD EN LA NEUMONÍA: UN NUEVO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO Y UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN**33**

Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Ruiz Iturriaga, L. A.; García Clemente, M. M.; Serrano, L.; Serrano, L.; Carrión Collado, N.; Herrero Huertas, J.; Parra Rodas, E.; Fernández Fabrellas, E.; Zacaalín Jorge, R.

PATRÓN MICROBIOLÓGICO EVOLUTIVO EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE**34**

Mompeán Rodríguez, S.; Inglés Azorín, M.; Oscullo Yepez, G.; Gómez Olivas, J. D.; Martínez Pérez, R.; Beauperthuy Levy, T.; Bekki, A.; López Fornas, C.; García Ortega, A.; Soler Cataluña, J. J.; De La Rosa, D.; Agustí, A.; Martínez García, M. Á.

BRONCOSCOPIA VIRTUAL: UNA AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN PERIFÉRICA**35**

Ferrando Gabarda, J. R.; Cabanes Lopez, L.; Meneses Petersen, E. D.; Lluch Tortajada, I.; Novella Sanchez, L.; Meseguer Sisternes, M.; Andres Franch, F.; Peris Sanchez, R.; Naval Sendra, E.

RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (FINALISTAS)**37****RELACIÓN ENTRE LA INFLAMACIÓN BRONQUIAL Y LA ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS 38**

Mengot Ruiz, N.; Méndez Ocaña, R.; Latorre Campos, A.; González Jiménez, P.; Amara Elori, I.; Reyes Calzada, S.; Menéndez Villanueva, R.

ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC): DURACIÓN Y RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO**39**

Porcar Moreno, M.; González Jiménez, P.; Latorre Campos, A.; Mengot Ruiz, N.; Méndez Ocaña, R.; Picazos Pérez, B.; Gimeno Peiró, Á.; Piqueras Rodríguez, M.; Reyes Calzada, S.; Amara Elori, I.; Menéndez Villanueva, R.

COMPARACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 Y EN EL PERIODO POST-PANDEMIA**40**

Cifre Villalonga, P.; Bonet Ros, A.; Climent Campos, C.; Taberner Lino, L.; Lillo González, E.; Herrejón Silvestre, A.; Sala Marín, A.; Martínez Moragón, E.; Lera Álvarez, R.

DIFERENCIAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DEL REGISTRO RIETE. PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	41
Taberner Lino, L.; Pedro Tudela, A.; Gracia Ortega, A.; De Juana Izquierdo, C.; Pérez Ductor, C.; López Jiménez, L.; Hernández Blasco, L.; Francisco Albesa, I.; De Ancos Aracil, C.; Lorenzo Hernández, A.; Villares Fernández, P.; Monreal Bosch, M.; Martínez Moragón, E.	
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGÉITIS (GEPa) EN UN HOSPITAL TERCIARIO.	43
Martínez Valle, A. M.; Inglés Azorín, M.; Jove Lamas, A.; Sanfeliu Cuenca, P.; Martín Núñez, M.; Martínez Pérez, R.; de Diego Damiá, A.	
ÍNDICES ADO Y BODEX COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD A UN AÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC	44
Galán Negrillo, M.; Ibarra Maciá, A.; Zamora Molina, L.; Baeza Martínez, C.; Ruiz Alcaraz, S.; García Pachón, E.	
UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA PARA MEDIR LA PRESIÓN TRANSCUTÁNEA DEL ANHÍDRIDO CARBÓNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL CRÓNICA Y APLICABILIDAD PARA MONITORIZACIÓN Y AJUSTE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.	45
Peris Sánchez, R.; Cabanes López, L.; Meseguer Sisternes, M.; Lluch Tortajada, I.; Novella Sanchez, L.; Ferrando Gabarda, J. R.; Andres Franch, F.; Naval Sendra, E.	
VALIDEZ DE LA LECTURA AUTOMÁTICA DE POLISOMNOGRAFÍA MEDIANTE EL SISTEMA DE ANÁLISIS SOMNOLYZER	46
Torba Kordyukova, A.; Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Chiner Vives, E.; Pastor Espla, E.; Sancho Chust, J. N.; Castello Faus, C.; Martínez Gómez, A.	
RENDIMIENTO DE LA PRUEBA DE ESFUERZO EN LA CONSULTA DE ASMA GRAVE	46
Pérez Amorós, J.; Giménez Suau, M.; Pérez Cabezas, A. J.; Asensio Sánchez, S.; León Ramírez, J. M.; Martínez García, M. D. L. Á.; García Ródenas, M. D. M.; Fernández Aracil, C.	
VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN LINFOCITARIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-COV2	47
Parra Rodas, E.; Sanz Herrero, F.; Carrión Collado, N.; Giménez Ruíz, P.; Fernández Fabrellas, E.	
UTILIDAD DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL CANCER DE PULMÓN	48
Martínez Aracil, A.; Aguilar Peñaranda, P.; Barranco Simó, M. J.; De Casimiro Calabuig, E.; Comes Raga, A.; Morales Garces, M. M.; Doménech Peris, A.; Safont Muñoz, B.; Boix Cerda, M. J.; Chiva Deves, R.; Fernández Fabrellas, E.	
USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA	49
Bonet Ros, A.; Cifre Villalonga, P.; Pedro Tudela, A.; K. Boris Bermeo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Sala Marín, A.; Martínez Moragón, E.; Lera Álvarez, R.	
TRAS 3 AÑOS DEL INICIO DE LA PANDEMIA, ¿PODEMOS ESTABLECER QUE NO EXISTE PROGRESIÓN EN LAS ALTERACIONES RADIOLOGICAS?	50
Cabanes Lopez, L.; Lluch, I.; Meseguer, M.; Ferrando, J. R.; Novella, L.; Franch, F.; Peris, R.; Naval, E.	
EFICACIA DE BENRALIZUMAB EN RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL Y ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO.	51
Murcia Illán, M. F.; Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Boluda Verdú, E.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Torba Kordyukova, A.; Hernández Padilla, M.; Martínez Gómez, A. D. V.; Esteban Ronda, V.; Castelló Faus, C.	
ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES (PROMS) EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) EN TRATAMIENTO CON CPAP.	51
Maestre Puerto, L.; Pulido Sánchez, A.; Gil Martínez, B.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Boluda Verdú, E.; Fernández González, E.; Vañes Baños, S.; Torba Kordyukova, A.; Navarro Marín, S.; García Ferrer, S.	
NEUMOTÓRAX COMO COMPLICACIÓN TRAS CRIOBIOPSIA PULMONAR Y SU RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICO-RADIOLÓGICOS	52
Jove Lamas, A.; Inglés Azorín, M.; Cases Viedma, E.; Briones Gómez, A.; Martínez Tomás, R.; Mancheño Franch, N.; López Valdivia, C. M.; Martínez Francés, M.	
IMPACTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES EN LOS VALORES ESPIROMÉTRICOS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.	53
Taberner Lino, L.; Mayo Juanatey, A.; Boris Bermeo, C. K.; Climent Campos, C.; Perea Galera, L.; Lacasa Molina, J.; Martínez Ferrer, À.; Alegre Sancho, J. J.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragón, E.	
EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA INCIDENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	54
Martínez Pérez, R.; Oscullo Yopez, G.; Gómez Olivas, J. D.; Inglés Azorín, M.; Mompeán Rodríguez, S.; Beauperthuy Levy, T.; Bekki, A.; García Ortega, A.; Lopez Fornas, C.; Sanchez de la Torre, M.; Martínez García, M. Á.	
COMPARATIVA DEL MICOBIOOMA PULMONAR ENTRE PACIENTES CON Y SIN CÁNCER DE PULMÓN	55
Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Gálvez Martínez, B.; Sancho Chust, J. N.; Amat Humarán, B.; Fernández Aracil, C.; Orts Giménez, D.; Gómez Sánchez, N.; Valverde Urrea, M.; Ferrer Rodríguez, C.; Colom Valiente, M. F.	

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON VASCULITIS Y AFECTACIÓN PULMONAR ASOCIADA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALMIS DE ALICANTE	56
Torres Sanchez, A.; Gonzalez Moreno, M.; García Rodenas, M. D. M.; Rosillo Hernandez, E. M.; Rodriguez Galan, I.; Gayá García-Manso, I.; Gómez Román, M.; Perez Perez, J. L.; Garcia Sevilla, R.	
COMITÉ DE TUMORES TORÁCICOS: PERSPECTIVA DE UN AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL ALICANTE DR. BALMIS	57
Torres Sánchez, A.; Peña Zurdo, E.; García Ródenas, M. D. M.; Rodríguez Galán, I.; Pérez Pérez, J. L.; García Araque, M.; García Sevilla, R.; Martínez Banaclocha, N.; Massuti Sureda, B.	
CAUSA RESPIRATORIA DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA	58
Perez Cabezas, A.; Perez Perez, J. L.; Gaya Garcia-Manso, N.; Gómez Roman, M.; Garcia Sevilla, R.; Torres Sanchez, A.; Nofuentes Perez, E.; Perez Diaz, A.; Gonzalez Moreno, M.; Camara Martinez, I.	
INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN LA REMISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON UN BIOLÓGICO.	59
Sánchez Vera, A. F.; Ballesteros Vazquez, E.; Palop Cervera, M.; Lluch Tortajada, I.; Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Martínez Moragón, E.	
TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO(AOS) CON DISPOSITIVO DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR (DAM). DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES QUE SIGUEN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE LO ABANDONAN.	59
Giménez Ruiz, P.; Lluch Bisbal, A.; Navarro Iváñez, R.; Murillo Cortés, J.; Bagán Sebastián, J. V.; Fernández Fabrellas, E.; Parra Rodas, E.	
UTILIDAD DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE MONOCITOS EN LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	60
Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Carrión Collado, N.; Parra Rodas, E.; Fernández Fabrellas, E.	
RESÚMENES COMUNICACIONES POSTERS (NO FINALISTAS)	62
ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL COMITÉ DE MOTONEURONA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA 63	
Martínez Gómez, A. D. V.; Esteban Ronda, V.; Fernandez Martinez, P.; Chiner Vives, E.; Luri Prieto, M.; Martínez Martínez, J.; Fernández García, N.; Martín Estefanía, C.; Gavilà Lattur, T.; Ballesta Sánchez, C.; Velázquez Pérez, I.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Muñoz Parra, S.; López Bas, R.	
CLUSTERS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 SEGÚN LAS NECESIDADES DE SOPORTE RESPIRATORIO Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO (ESTUDIO RECOVID)	64
Pícazos Pérez, M. B.; Gimeno Peiro, Á.; Porcar Moreno, M.; Latorre Campos, A.; González Jiménez, P.; Méndez Ocaña, R.; Mengot Ruiz, N.; Torres Martí, A.; Menéndez Villanueva, R.	
ALTERACIONES INTERSTICIALES EN TCAR TORÁCICA EN PACIENTES FUMADORES: PROGRESIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y RADIOLÓGICA	64
Gómez Román, M.; Ferrández Ferrández, D.; Gayá García-Manso, I.; Arenas Jiménez, J. J.; Ureña Vacas, A.; Pérez Pérez, J. L.; Hataulina Derevyanchenko, Y.; González Moreno, M.; Torres Sánchez, A.; García Rodénas, M. D. M.; García Sevilla, R.	
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FILTRO DE VENA CAVA	66
Tobar Peñaherrera, A. C.; León Carrasco, F.; Safont Muñoz, B.; Fernandez Fabrellas, E.	
ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC) CON Y SIN ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA (EAS): ¿EXISTEN DIFERENCIAS BASALES?	66
Gimenez Ruiz, P.; Barandica Rangel, D. P.; Navarro Ibañez, R.; Salcedo Patricio, A.; Valle , P.; Fernandez Fabrellas, E.; Tobar Peñaherrera, A. C.; Fierro López, C. A.	
VALORACIÓN DE LA DISCINESIA CILIAR PRIMARIA EN UNA CONSULTA DE ADULTOS A LO LARGO DE 25 AÑOS	68
Torba Kordyukova, A.; Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Martinez Gomez, A.; Esteban Ronda, V.; Pastor Espla, E.; Sancho Chust, J. N.; Castello Faus, C.	
EVALUACIÓN DEL SWITCH DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO	68
Villagrasa Guarch, M.; Atarés López, S.; Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Sánchez-Toril López, F.	
IMPLICACIONES DE LA EXPOSICIÓN A AGLOMERADOS DE SÍLICE EN EL DESARROLLO DE SILICOSIS	69
Burés Sales, E.; Ferrer Pons, A.; Garcia Alfaro, M.; Bañuls Polo, P.; Signes-Costa Miñana, J.	
CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE BRONQUIECTASIAS EN FUNCIÓN DE LA EOSINOFILIA	70
Parra Rodas, E.; Esteve Villar del Saz, A.; Cervera Juan, Á.; Natalia, C. L.; Fernández Fabrellas, E.	
VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA: PREVALENCIA Y FACOTRES ASOCIADOS EN PACIENTES CON EPOC	71
Clíment Campos, C.; Boris Bermeo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Taberner Lino, L.; Martínez Moragón, E. M.	
FACTORES PRONÓSTICOS, VARIABLES CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES EPOC DE ALTO RIESGO SEGÚN SU FENOTIPO	72
Fernández Fabrellas, E.; Verdejo Mengual, E.; Rivas Zelaya, A.; Correa Lozano, N. A.	

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR EXACERBACIÓN DE ASMA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE ALICANTE	73
Machetti Morillas, C.; Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Boluda Verdú, E.; Esteban Ronda, V.; Pastor Esplá, E.; Sancho Chust, J. N.; Castelló Faus, C.; Torba Kordyukova, A.; Hernández Padilla, M.; Martínez Gómez, A. D. V.	
RECURRENCIAS DE ETV Y MANTENIMIENTO DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO A SARS-COV-2	74
Aguilar Peñaranda, P.; Martínez Aracil, A.; Safont Muñoz, B.; Fernández Fabrellas, E.	
DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A TOS CRÓNICA	75
Atarés López, S.; Nieto Cabrera, M. L.; Villagrasa Guarch, M. (I); Alonso Tomás, L.; Soler-Cataluña, J. J.	
GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGÉITIS Y ASMA	75
Atarés López, S.; Villagrasa Guarch, M.; Alonso Tomas, L.; Solé Delgado, M.; Sánchez-Toril López, F.	
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A CONECTIVOPATÍA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA	76
Giménez Samblás, E.; Mulet Arabí, A.; De la Morena Barrio, I.; Charca Benavent, L.; Planell Oliván, R.; Signes-Costa Miñana, J.	
IMPACTO DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADO	77
Villagrasa Guarch, M.; Atarés López, S.; Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Sánchez-Toril López, F.	
DERMATOMIOSITIS ANTI-MDA5 POSITIVO Y PATOLOGÍA PULMONAR	78
Perez Cabezas, A.; Perez Perez, J. L.; Gayá García-Manso, N.; Gomez Roman, M.; Garcia Sevilla, R.; Torres Sanchez, A.; Nofuentes Perez, E.; Perez Diaz, A.; Gonzalez Moreno, M.; Camara Martinez, I.	
COMPLICACIONES TRAS LA COLOCACIÓN DE VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES	79
Rodríguez Estrella, D.; Mengot Ruiz, N.; Luna Pardo, C.; cruz chamorro, D. A.; Martínez Tomás, R.; Briones Gómez, A.; Cases Viedma, E.	
PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA	80
Boris Bermeo, C. K.; Climent Campos, C.; Pedro Tudela, A.; Ballesteros Vazquez, E.; Sánchez Vera, A. F.; Herrejón Silvestre, A.	
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL TUMOR CARCINOIDE TÍPICO ENDOBRONQUIAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO	81
Mompeán Rodríguez, S.; Cruz Chamorro, D. A.; Martínez Tomás, R.; Briones Gómez, A.; Cases Viedma, E.; Mancheño Franch, N.; Bauza, M.	
RELACIÓN ENTRE FENOTIPOS DE ASMA GRAVE Y REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA SEGÚN HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA	83
Sanfeliu Cuenca, P.; Jove Lamas, A.; Inglés Azorín, M.; De Diego Damià, A.; Martínez Valle, A. M.	
EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DUPILUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO.	84
Lluch Tortajada, I.; Ogallar Villanueva, L.; Enguix Maresa, A.; Llanes Perona, M.; Novella Sánchez, L. ; Cabanes López, L.; Ferrando Gabarda, J. R.; Peris Sanches, R.; Mesesguer Sisternes, M.; Naval Sendra, E.	
BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS A TOS CRÓNICA	84
Alonso Tomás, L.; Nieto Cabrera, M. L.; Solé Delgado, M.; Villagrasa Guarch, M.; Atarés López, S.; Soler Cataluña, J. J.	

PROGRAMA XXXI CONGRESO SVN | FNCV

VIERNES 19 DE ABRIL | SALÓN NODO

12:00 –
14:00h

CURSO RESIDENTES TERAPIA INHALADA

Modera:

Alberto Saura. *S. Neumología. H. Sagunto. Valencia.*

Violeta Esteban. *S. Neumología. H. Universitario San Joan. Alicante.*

VÍA AÉREA, DINÁMICA DE FLUIDOS Y DEPÓSITO PULMONAR

Alberto Saura. *S. Neumología. H. Sagunto. Valencia.*

TIPOS DE INHALADORES, ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO Y NOVEDADES

Violeta Esteban. *S. Neumología. H. Universitario San Joan. Alicante.*

TALLER PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA DOMICILIARIA

Raúl Salcedo. *Fisioterapeuta. Tratamientos Respiratorios Domiciliarios. Linde Médica. Alicante.*

CASOS CLÍNICOS

Violeta Esteban. *S. Neumología. H. Universitario San Joan. Alicante.*

Alberto Saura. *S. Neumología. H. Sagunto. Valencia.*

RESOLUCIÓN DE DUDAS

14:00 –
15:30h

COMIDA DEL CONGRESO

Hotel Castellón Center (frente a la sede).

16:00 –
16:15h

INAUGURACIÓN Y PRESENTACIÓN

Cruz González. *Presidenta de la Sociedad Valenciana de Neumología.*

José Ramón Negre. *Director Territorial de Sanidad de Castellón.*

Juan M. Beltrán. *Director General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación.*

16:15 –
17:10h

MESA EPID

Modera: Cristina Sabater. *S. Neumología. Consorcio H. General Universitario. Valencia.*

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO VÍAS RÁPIDAS EN EPID DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M^º Jose Forner. *S. de Medicina Interna. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

Raquel García. *S. Neumología. H. General Universitario Dr Balmis. Alicante.*

ACTUALIZACIÓN TRATAMIENTOS FUTUROS EN EPID

Raquel García. *S. Neumología. H. General Universitario Dr Balmis. Alicante.*

17:15 –
17:50h

MESA VASCULAR

Modera: Paloma Ruiz. *S. Neumología. H. General Universitario de Alicante.*

COMORBILIDADES EN HIPERTENSIÓN PULMONAR

Josep Melero. *S. Cardiología. H. General Universitario de Valencia. Valencia.*

17:50 – 18:15h **COFFEE BREAK**

18:15 –
18:45h

MESA TABAQUISMO

Modera: Jaime Signes. Jefe del Servicio de Neumología del H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

NUEVA GUÍA DE SEPAR DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Carlos Rábade. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Coordinador del área de Tabaquismo de SEPAR.

18:50 –
19:35h

CONFERENCIA MAGISTRAL

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN CIENCIAS DE LA SALUD: AVANCES, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Antonio Urda. MD, PhD Chief Government affairs Officer. Savana.

19:45 –
21:00h

ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS

SÁBADO 20 DE ABRIL | SALÓN NODO

08:15 –
09:00h

REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO

09:00 –
09:55h

MESA INFECCIONES

Modera:

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

Eleuterio Lorca. Jefe de Sección de Neumología H. General Universitari d'Elda. Alicante.

NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE. IMPLICACIONES

Rosario Menendez. S. Neumología. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. Directora del PII de Infecciones Respiratorias de SEPAR.

BRONQUIECTASIAS. IBC. TERAPIAS NEBULIZADAS. CUANDO. CUÁL. CUÁNTO

Eva Polverino. H. Vall d'Hebron. Barcelona.

10:00 –
10:55h

MESA EPOC

Modera:

Juan Jose Soler. Jefe del Servicio de Neumología del H. Arnau de Vilanova. Valencia.

Jose Torres. Jefe de Sección de Neumología del H. General de Castellón. Castellón.

BIOLÓGICOS EN LA EPOC. DEL PRESENTE AL FUTURO

Bernardino Alcázar. Jefe de Sección del Servicio de Neumología del H. Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

EVITANDO COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN EL PACIENTE CON EPOC

Julio Nuñez. S. Cardiología. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

10:55 – 11:25h **COFFEE BREAK**

11:25 –
12:45h

MESA ASMA

Modera:

Eva Martinez. Jefa del Servicio de Neumología del H. Universitario Dr. Peset Aleixandre. Valencia.

Marta Palop. Directora Médica del H. de Sagunto. Valencia.

BIOLÓGICOS EN ASMA: CÓMO ELEGIMOS PARA OBTENER LOS MEJORES RESULTADOS. COMORBILIDADES Y OTRAS ENFERMEDADES PARA LAS QUE TAMBIÉN SON ÚTILES LOS BIOLÓGICOS

Hemily K. Izaguirre. H. Universitario de Canarias. Tenerife. Presidenta de Neumocan.

Francisco de Borja García-Cosío. H. Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

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

Francisco Pérez. S. Neumología. H. Universitario de Jerez. Jerez.

12:50 –
13:45h

MESA SAHS Y VMNI

Modera:

Sandra Vañes. S. Neumología. H. Universitario de San Juan. Alicante. Directora Médica de Linde.

Salvador Díaz. S. Neumología. H. Universitario HLA Moncloa. Director Médico de Oximesa & Nippon Gases Healthcare. Madrid.

Isabel Portela. Responsable Asistencial Nacional TRD VitalAire.

UTILIDAD DE LA POLISOMNOGRAFÍA / POLIGRAFÍA PARA EL AJUSTE DE LA VNI

Manuel Luján. Director del Servicio de Neumología del H. Universitari Parc Taulí. Sabadell.

DESAFÍOS DE LA IA EN LA AOS

Carlos Almonacid. S. Neumología. H. Puerta de Hierro. Madrid. Vicepresidente de SEPAR.

13:45 –
15:30h

COMIDA DEL CONGRESO

Hotel Castellón Center (frente a la sede).

15:30 –
16:30h

MESA TÉCNICAS Y ONCOLOGÍA TORÁCICA

Modera:

Paola Ordóñez. S. Neumología. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Beatriz Amat. S. Neumología. H. Universitario del Vinalopó, Elche. Alicante.

DEBATE PRO-CON: PROTOCOLO-CAMBIOS EN EL MANEJO DE DPMALIGNO: PLEURX, LENT, TORACOSCOPIA

Enrique Cases. Jefe Clínico de la Unidad de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista del H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Santiago Figueroa. S. Cirugía Torácica. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRAQUEOBRONCOMALACIA

Cristina Luna Pardo. S. Neumología. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

16:35 –
18:10h

PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO

Modera:

Eusebi Chiner. S. Neumología. H. Universitario San Juan. Alicante.

Ana Mas. S. Neumología. H. de La Plana. Villareal. Castellón.

OPTIMIZANDO RESULTADOS EN ASMA: POSICIONAMIENTO DE LA TRIPLE TERAPIA INHALADA EN LAS GUÍAS CLÍNICAS

Cleofe Fernandez. H. General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

IMPORTANCIA DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Federico Pallardó. Departamento de Fisiología de la Universitat de València. Valencia.

PERSPECTIVAS ACTUALES SOBRE EL DAAT: DEBATES Y DESAFÍOS

Carlota Rodriguez. Neumóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago Compostela. Santiago Compostela

PROTEGIENDO MÁS ALLÁ DE LA GRIPE. NUEVA EVIDENCIA EN VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL

Natividad Tolosa. Jefe de servicio de Medicina Preventiva. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

17:30 –
18:10h

DEFENSA COMUNICACIONES PÓSTERS NO FINALISTAS | Junto a las pantallas de pósters digitales

Modera:

Paula Fernández. S. Neumología. H. Universitario Sant Joan. Alicante.

Alejandro Golfe. S. Neumología. H. General Universitario de Castellón. Castellón.

Joan Llopis. S. Neumología. H. Vinaròs. Castellón.

18:10 –
20:05h

DEFENSA COMUNICACIONES ORALES

Modera:

Maria Elia Gomez. H. General Universitari d'Elda. Alicante.

Inmaculada Lluch. H. Universitario de la Ribera. Valencia.

Luis Miguel Miravet. H. de La Plana. Villareal. Castellón.

18:10 – 20:05h **DEFENSA COMUNICACIONES PÓSTERS FINALISTAS**
| SALA MIJARES

Modera:

Ana Ferrando. *H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Paola Lizarzabal. *H. Francesc de Borja de Gandía. Valencia.*

Selene Cuenca. *H. General de Castellón. Castellón.*

20:05 – 20:20h **CLAUSURA**

21:00h **CENA DE CLAUSURA**

Hotel Luz. Calle Pintor Oliet, 3. Castellón.

PROGRAMA

CURSO ENFERMERIA

SÁBADO 20 DE ABRIL | SALÓN MIJARES

Modera:

Juanjo Ventura. *Adjunto dirección de enfermería. H. de la Plana. Villareal, Castellón.*

María Valverde. *Enfermera. H. de la Plana. Villareal, Castellón.*

10:00 – 10:15h **BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN**

Pilar Arrufat. *Directora de Enfermería. H. de la Plana. Villareal, Castellón.*

Juanjo Ventura. *Adjunto dirección de enfermería. H. de la Plana. Villareal, Castellón.*

Elvira Bondia. *S. Neumología. Hospital General de La Plana. Villareal. Castellón.*

Enrique Cases. *Jefe Clínico de la Unidad de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista del H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

10:15 – 10:55h **OXIGENOTERAPIA CRÓNICA EN DOMICILIO**

Carlos Gómez. *Responsable Asistencial Local de VitalAire. Valencia. Coordinador Asistencial de Fisioterapia Respiratoria en la Asociación de Fibrosis Quística de la Comunidad Valenciana.*

Eva María Chamarro. *Responsable Asistencial Regional Delegación Este VitalAire. Valencia.*

10:55 – 11:25h **COFFEE BREAK**

11:25 – 12:05h **TERAPIA DE ALTO FLUJO**

Salvador Diaz. *S. Neumología. H. Universitario HLA Moncloa. Director Médico de Oximesa & Nippon Gases Healthcare. Madrid.*

12:05 – 12:45h **TERAPIA NEBULIZADA DOMICILIARIA**

Raúl Salcedo. *Fisioterapeuta. Tratamientos Respiratorios Domiciliarios. Linde Médica. Alicante.*

12:45 – 13:25h **LO LLEVAMOS EN LAS VENAS. PROGRAMA DE AUTOADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON DAAT**

Renata González. *Enfermera. Coordinadora Programa de Soporte en la formación de la técnica de autoadministración Intravenosa: MyAlpha1. Inizio Engage.*

RESÚMENES **PONENCIAS**



INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): TODO LO QUE DEBERÍAN CONOCER LOS CEI

Urda, A. (1)

(1) MD, PhD Chief Government affairs Officer. SAVANA

Objetivos

La investigación en medicina está siendo revolucionada por el uso de la Inteligencia Artificial (IA). En la conferencia se abordarán los conceptos de big data en medicina, las distintas fuentes de datos que existen, el concepto de inteligencia artificial, con especial énfasis en machine learning y en procesamiento del lenguaje natural (NLP), casos de uso de algoritmos ya aplicados en medicina, la necesidad de formar a los médicos para que comprendan y tengan capacidad crítica cuando se enfrenten a modelos publicados de IA, así como las consideraciones éticas y de protección de datos a tener en cuenta en el contexto de estudios de investigación.

Conceptos de Big Data en medicina

El término Big Data hace referencia a conjuntos de datos que son tan grandes y complejos que no pueden ser procesados con herramientas tradicionales de gestión de bases de datos. En medicina, los datos que se manejan son cada vez más grandes y complejos debido a la cantidad de información que se recopila de los pacientes. Estos datos incluyen información genética, clínica, de imagen y otros parámetros de salud, lo que hace que los conjuntos de datos sean enormes y complejos. Para manejar estos datos se requiere de tecnologías de procesamiento de datos y herramientas de análisis avanzado.

Metodología

Distintas fuentes de datos que existen

En medicina, existen diversas fuentes de datos que se utilizan para la investigación. Por ejemplo, los datos clínicos, presentes en la historia clínica, incluyen información sobre las enfermedades, los síntomas y el tratamiento, mientras que los datos genómicos proporcionan información sobre alteraciones o mutaciones genéticas de los pacientes. Además, existen otras fuentes de datos como las imágenes médicas, los registros electrónicos de salud, las aplicaciones móviles y los wearables, que nos permiten recoger datos de carácter sanitario no solo cuando las personas entran en contacto con el sistema sanitario, sino en su vida diaria.

Concepto de inteligencia artificial

La inteligencia artificial (IA) es un campo de la informática que se ocupa de desarrollar algoritmos y modelos que permitan a las máquinas realizar tareas que normalmente requieren inteligencia humana, como la percepción, el razonamiento y el aprendizaje. En medicina, la IA se utiliza para analizar grandes cantidades de datos y encontrar patrones que puedan ayudar a los médicos a tomar decisiones más informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Casos de uso de algoritmos ya aplicados en medicina

En la actualidad, existen varios casos de uso de algoritmos de IA en medicina. Por ejemplo, algunos modelos de aprendizaje automático se utilizan para diagnosticar enfermedades a partir de imágenes médicas, como tomografías o resonancias magnéticas. Otros modelos se utilizan para predecir el riesgo de enfermedades en pacientes con factores de riesgo específicos, lo que permite a los médicos tomar medidas preventivas tempranas.

Necesidad de formar a los médicos para que comprendan y tengan capacidad crítica cuando se enfrenten a modelos publicados de IA

Es esencial que los médicos y otros profesionales de la salud tengan un conocimiento sólido sobre cómo se aplica la IA en la investigación biomédica y en la atención médica. Si bien estas tecnologías tienen un gran potencial para mejorar la atención y la investigación médicas, también pueden presentar desafíos y riesgos, especialmente si no se utilizan de manera adecuada.

En este sentido, es fundamental que empiecen a entender cómo se aplican la IA y el aprendizaje automático en la investigación y la atención médica. Esto incluye comprender los conceptos fundamentales de la IA, como el aprendizaje supervisado y no supervisado, así como la aplicación de estas tecnologías en diferentes áreas de la atención médica, como la toma de decisiones clínicas y la predicción de resultados.

Además, los médicos deben tener la capacidad crítica para evaluar la calidad y la validez de los modelos de IA y los algoritmos utilizados en la investigación y la atención médica. Esto implica tener una comprensión sólida de los métodos estadísticos y de

la validez de los datos utilizados para entrenar los modelos, así como la capacidad de evaluar la precisión, la sensibilidad y la especificidad de los modelos y algoritmos utilizados en la toma de decisiones clínicas.

Resultados

Consideraciones éticas, de protección de datos y cómo mitigarlos

Por supuesto, es importante recordar que la IA tiene un gran potencial para mejorar la investigación biomédica. La IA puede ayudar a identificar patrones en grandes cantidades de datos médicos que podrían haber pasado desapercibidos por los médicos humanos, lo que podría llevar a nuevos descubrimientos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades.

Además, el uso de la IA en la investigación biomédica puede ayudar a acelerar el proceso de descubrimiento de nuevos medicamentos y terapias, lo que podría tener un impacto significativo en la salud pública. Por ejemplo, la IA puede utilizarse para identificar moléculas prometedoras para nuevas terapias y predecir su efectividad en pacientes específicos, lo que podría reducir significativamente el tiempo y el costo asociado con el desarrollo de nuevos medicamentos.

Sin embargo, es importante que estos avances se logren sin comprometer la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes. El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea es un marco legal que garantiza que los datos personales de los pacientes sean tratados de manera adecuada y segura. Este reglamento establece requisitos estrictos para el tratamiento de datos personales y la implementación de medidas de seguridad adecuadas para proteger los datos personales.

Es fundamental que los investigadores y las organizaciones involucradas en la investigación biomédica con IA cumplan con estas normas éticas y legales, para garantizar que los datos de los pacientes sean utilizados de manera responsable y para fines legítimos. Además, es importante que se fomente la transparencia en el uso de la IA en la investigación biomédica para fomentar la confianza de los pacientes en la tecnología y en la investigación biomédica en general.

Conclusiones

En conclusión, la IA está transformando la investigación biomédica y la práctica clínica en la medicina. Es importante que los profesionales médicos estén al tanto de los conceptos básicos de la IA y su uso en la medicina para tomar decisiones informadas en la práctica clínica. Además, se deben tomar todas las medidas necesarias para mitigar los riesgos éticos y de privacidad de los datos. Con una gestión adecuada de la IA, podemos aprovechar al máximo las oportunidades que ofrece para mejorar la atención médica y los resultados para los pacientes.

COMORBILIDADES EN HIPERTENSIÓN PULMONAR

Melero, J. (1)

(1) S. Cardiología. H. General Universitario de Valencia

Objetivos

En la última década los datos demográficos y las características de los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) han cambiado. En varios de los registros contemporáneos, como el COMPERA, la edad media de los pacientes diagnosticados con HAP super los 60 años. Las comorbilidades cardíacas y pulmonares son muy frecuentes en pacientes mayores, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial con los grupos 2 y 3 de hipertensión pulmonar.

Metodología

En este grupo de pacientes diagnosticados con HAP han emergido dos nuevos fenotipos de la enfermedad. Uno de ellos (llamado fenotipo de cardiopatía izquierda) consiste en pacientes mayores, predominantemente mujeres, con factores de riesgo para insuficiencia cardíaca (p. ej., hipertensión, obesidad, diabetes o enfermedad coronaria) pero presentan una hipertensión pulmonar precapilar más que poscapilar (35,8% pacientes). El otro fenotipo (llamado fenotipo cardiopulmonar) consiste en pacientes mayores, predominantemente varones, que tienen una DLCO baja (< 45% del valor previsto), a menudo están hipoxémicos, tienen una historia significativa de tabaquismo y factores de riesgo de cardiopatía estémica (51,6% pacientes).

Resultados

Los pacientes con comorbilidades responden peor a la medicación para la HAP, es más probable que abandonen la medicación por la falta de eficacia o intolerancia y es menos probable que alcancen un nivel de riesgo bajo. Por todo ello presentan un riesgo más alto de mortalidad.

Conclusiones

Las guías de práctica clínica recomiendan iniciar el tratamiento de vasodilatadores pulmonares en monoterapia (IiaC) siendo los inhibidores de la PD5 los fármacos más empleados. Las decisiones terapéuticas posteriores se deben tomar en función de cada paciente.

TEZPELUMAB EN EL TIEMPO DE LOS MÚLTIPLES MONOCLONALES.

Pérez Grimaldi, F. (1)

(1) S. Neumología. H. Universitario de Jerez. Jerez

Objetivos

Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra la linfopoyetina del estroma tímico (TSLP), una de las denominadas alarminas, citoquinas producidas a nivel del epitelio bronquial, que juega un papel determinante en la fisiopatología del asma bronquial.

Metodología

En los estudios de desarrollo, tezepelumab ha demostrado su eficacia para mejorar diversas variables en pacientes con asma moderado-grave mal controlado, como el control de la enfermedad, la calidad de vida, las agudizaciones y la función pulmonar. Uno de los aspectos más interesantes respecto a tezepelumab es la posibilidad de indicarlo en pacientes que presenten una respuesta T2 baja; esto es muy importante por la escasez de opciones terapéuticas disponible hasta el momento para este perfil de pacientes.

Resultados

No obstante, los mejores resultados de tezepelumab en los ensayos clínicos se han obtenido en pacientes que presenta una respuesta T2 alta; en este sentido, uno de los perfiles concretos de pacientes que más beneficio podría obtener sería el de aquellos que presenta un fenotipo mixto eosinofílico y alérgico; en estos pacientes tezepelumab puede aportar ventajas adicionales respecto al resto de anticuerpos monoclonales disponibles en asma, por su capacidad de afectar globalmente a más elementos implicados en la respuesta inflamatoria del asma gracias al bloqueo de la TSLP.

BIOLÓGICOS EN LA EPOC. DEL PRESENTE AL FUTURO

Alcázar Navarrete, B. (1)

(1) Jefe de Sección del Servicio de Neumología del H. Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos

A pesar de los avances logrados en el campo de la farmacología de la EPOC, un porcentaje significativo de pacientes persisten sufriendo exacerbaciones en el máximo de tratamiento inhalado (junto con fármacos orales como iPDE4 o macrólidos) que impactan claramente en el pronóstico a corto, medio y largo plazo.

Metodología

En este grupo de pacientes podemos identificar al igual que en los pacientes con asma bronquial grave no controlado la presencia de procesos inflamatorios de tipo 1 y tipo 2, y actuar contra dianas terapéuticas específicas mediante anticuerpos monoclonales. Frente a la inflamación T1 los ensayos clínicos hasta la fecha no han demostrado una eficacia clínica (a pesar de demostrar actividad sobre el proceso fisiopatológico).

Resultados

En cambio, actualmente tenemos un fármaco que ha demostrado eficacia frente a la inflamación tipo 2 (dupilumab) con reducción de la tasa de exacerbaciones moderadas y graves de forma consistente, y varios fármacos en pleno proceso de evaluación en ensayos de fase III (mepolizumab y benralizumab). Pero el futuro de los fármacos biológicos de la EPOC va más allá, con fármacos que bloquearán la cascada inflamatoria en sus procesos iniciales, como los fármacos anti-alarminas o los fármacos frente a la IL-33. Estos fármacos presentarán resultados en los próximos 2 años y podrán ayudar a controlar mejor la EPOC.

DESAFÍOS DE LA IA EN LA AOS

Almonacid, C. (1)

(1) S. Neumología. H. Puerta de Hierro. Madrid. Vicepresidente de SEPAR

Objetivos

La aplicación de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático (ML) en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sueño representa un salto cualitativo en la medicina del sueño. La revisión de Bazoukis G et al. (2023) resalta la eficacia de modelos de ML en el diagnóstico de la apnea del sueño usando datos de diversas fuentes médicas, mientras que Brennan HL y Kirby SD (2023) discuten cómo la IA puede personalizar el tratamiento de la OSA. Aiyer I et al. (2022) enfatizan la capacidad de la IA para abordar el subdiagnóstico de la apnea del sueño mediante modelos predictivos. Del Campo F et al. (2022) y Ferreira-Santos D et al. (2022) examinan la aplicación de la IA en el diagnóstico y cribado de OSA, respectivamente.

Metodología

Más allá de mejorar el diagnóstico y tratamiento, la IA y el ML están desplazando métodos tradicionales como la polisomnografía, con Brennan HL y Kirby SD (2022) abordando las barreras para su implementación. Pepin JL et al. (2021) destacan la importancia de terapias personalizadas y el avance hacia una medicina de precisión. Mallett J y Arnardottir ES (2021) señalan retos en el análisis automático de la OSA con ML y la necesidad de criterios diagnósticos mejorados.

Resultados

En conjunto, la IA y el ML están reformando la medicina del sueño, permitiendo diagnósticos más precisos y tratamientos personalizados para la apnea del sueño y otros trastornos relacionados, proponiendo un cambio paradigmático en el abordaje y manejo de estas condiciones.

INHIBIENDO LA IL4 E IL13

Cabrera, C. (1)

(1) H. Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos

Las citocinas inflamatorias son múltiples y permiten un sistema redundante de inflamación en el asma. Las interleucinas más importantes en la inflamación tipo dos son la IL5, IL4 e IL13. La inhibición de la IL4 y la IL13 por el dupilumab (que se une al receptor compartido por ambas) tiene múltiples efectos. Por un lado se disminuye el paso de Th0 a Th2 y además impide a su vez la activación de las células B para el cambio del isotipo de inmunoglobulinas. No solo actúan en este nivel, además IL13 está relacionada con la producción de moco en la vía aérea y en la producción de óxido nítrico.

Metodología

No es de extrañar pues la eficacia del dupilumab en el control del asma y como baja la IgE y el FeNo en los enfermos tratados con este fármaco biológico. Más aún, se ha demostrado que la IL4 está relacionada con la expresión de las VCAM que intervienen en la diapédesis del eosinófilo a los tejidos, demostrándose como en tejido pulmonar de asmáticos no existe una proporción ínfima de estas células. No solo es bueno en el asma, sino que dado su múltiple mecanismo de acción, está aprobado para dermatitis atópica y para poliposis nasal.

Resultados

En estos campos ha demostrado una efectividad importante, con datos solventes en el control de síntomas en ambas patologías. La elección del tratamiento biológico en los enfermos con asma grave no controlado ha de tener en cuenta los biomarcadores y las comorbilidades si persigue la máxima eficacia.

OXIGENOTERAPIA CRÓNICA A DOMICILIO

Gómez Chinesta, C. (1); Chamarro, E. M. (2)

(1) Responsable Asistencial Local de VitalAire. Valencia. Coordinador Asistencial de Fisioterapia Respiratoria en la Asociación de Fibrosis Quística de la Comunidad Valenciana; (2) Responsable Asistencial Regional Delegación Este VitalAire. Valencia

Objetivos

Toda terapia respiratoria en domicilio y en especial la oxigenoterapia (considerada medicamento desde el 2005), precisa de una correcta prescripción por un facultativo autorizado.

Metodología

En domicilio podemos encontrar distintos perfiles de pacientes: de corta duración para recuperarse después de una agudización, crónicos de larga evolución, que sólo precisan cuando realizan esfuerzos o paliativos. Para cada uno de ellos y según sus necesidades, actualmente contamos con distintos dispositivos que permiten cumplir el tratamiento de manera fiable, cómoda y segura. No obstante, existen casos clínicos menos frecuentes donde se hará necesario el uso de otros dispositivos. En estos casos será más importante que nunca atender al programa educativo del personal asistencial de la empresa suministradora, así como contar con un cuidador responsable y capaz de seguir las consignas de seguridad indicadas. Tan importante como el dispositivo para llevar a cabo el tratamiento, será la adaptación de los accesorios atendiendo al perfil del paciente (pediatría, silla de ruedas, andador, etc.).

Resultados

Durante el seguimiento de la terapia en domicilio es fundamental la comunicación entre el facultativo, la empresa suministradora y el paciente para poder detectar lo antes posible cualquier cambio en su situación clínica y así llevar a cabo la correcta adaptación con el objetivo de conseguir su estabilidad.

NUEVA GUÍA DE SEPAR DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO.

Rábade, C. (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Coordinador del área de Tabaquismo de SEPAR

Objetivos

El tabaquismo como enfermedad adictiva y crónica requiere una guía para profesionales sanitarios que ayude en la toma de decisiones en lo que se refiere a los tratamientos farmacológicos de cesación tabáquica. Dicho documento consta de todo un conjunto de recomendaciones según el sistema GRADE y algoritmos que facilitan su aplicación en la práctica clínica diaria.

Metodología

Para ello se ha realizado una revisión sistemática de los fármacos de cesación tabáquica de primera línea, de sus combinaciones y de aumento de dosis. Como ventajas, este documento destaca por su rigor científico. Pero además: a) Incluye los cuatro fármacos del tabaquismo (citisina, vareniclina, terapia sustitutiva con nicotina y bupropion) a dosis y duración estándar. Ello lo convierte a ser una guía a implementar no sólo por los profesionales sanitarios de España. b) Analiza las estrategias de optimización del tratamiento farmacológico del tabaquismo (combinaciones de fármacos nicotínicos más no nicotínicos, modificación de dosis y/o duración de los mismos) c) Tiene en cuenta los fármacos del tabaquismo en poblaciones y en situaciones especiales (comorbilidades psiquiátricas, cardiovasculares y respiratorias).

Resultados

En resumen, esta guía pretende mejorar las cifras de abstinencia a corto y a largo plazo de las intervenciones en tabaquismo mediante la evidencia científica y algoritmos fáciles de aplicar por parte de todos los profesionales sanitarios.

CAMBIOS EN EL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO.

Cases Viedma, E. (1); Figueroa, S. (2)

(1) Jefe Clínico de la Unidad de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista del H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia; (2) S. Cirugía Torácica. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos

El derrame pleural maligno (DPM) supone en torno a un 15 % de todos los derrames pleurales. Su incidencia ha ido incrementándose conforme lo han hecho también los diagnósticos oncológicos y la supervivencia global de los pacientes. Puede estar causado por un tumor primario de la pleura, como el mesotelioma pleural. No obstante, lo más frecuente es que se deba a metástasis pleurales de tumores de otro origen.

Metodología

Recientemente se han actualizado guías de práctica clínica por parte de diferentes sociedades científicas, con la intención de establecer unas pautas unificadas en el manejo del DPM. En los últimos años, el mayor número de intervenciones pleurales y la creciente experiencia en el enfoque de esta entidad ha conllevado también la aparición de nuevas dificultades y retos.

Resultados

En este contexto, considerando la incidencia del DPM, las repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, la variedad de opciones terapéuticas y la falta de uniformidad en la aplicación de las mismas, la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT) ha elaborado su propia guía clínica. Nuestra presentación discute algunas de las principales controversias que plantea el algoritmo propuesto en dicho documento, como:

- El papel actual de la biopsia pleural guiada por ecografía frente a la toracoscopia.
- La indicación de una toracocentesis evacuadora con manometría pleural como estrategia inicial de manejo.
- La determinación de la estrategia terapéutica considerando la escala LENT frente a la tradicional escala ECOG.
- La preferencia de utilizar un catéter pleural tunelizado frente a uno tradicional en un porcentaje elevado de casos.

OPTIMIZANDO RESULTADOS EN ASMA: POSICIONAMIENTO DE LA TRIPLE TERAPIA INHALADA EN LAS GUÍAS CLÍNICAS

Fernandez, C. (1)

(1) H. General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Objetivos

Las principales guías clínicas de asma posicionan la incorporación del LAMA (tanto tiotropio como glicopirronio), en el tratamiento del asma grave, en el estadio 4 y 5 de la GINA y 5 y 6 de la GEMA. Ambas guías dejan claro que la triple terapia inhalada (con corticoides a dosis máxima) es requisito mínimo previo a la introducción de cualquier fármaco monoclonal.

Metodología

No está claro, sin embargo, si la adición más temprana del LAMA a la combinación de corticoide inhalado a dosis media/LABA, frente a escalar a dosis máxima el corticoide inhalado, sería una estrategia con una efectividad similar (y con menos riesgo de efectos secundarios) y, por lo tanto, incorporable como de elección en las guías. En este sentido está en curso el estudio TRICORDA,

un ensayo multicéntrico, aleatorizado, prospectivo, de no inferioridad, abierto, en práctica clínica real, de 52 semanas de duración, dentro del PII de asma de la SEPAR.

Resultados

Por otro lado, la tripe terapia puede administrarse tanto en abierto como en un solo dispositivo inhalador. La triple combinación en un solo dispositivo incluye, en nuestro medio, beclometasona PF/formoterol/glicopirronio y mometasona/indacaterol/glicopirronio. Los ensayos clínicos al respecto han demostrado la no inferioridad en cuanto a exacerbaciones y función pulmonar, de la triple terapia en un solo dispositivo con glicopirronio frente a la convencional, con tiotropio +ICS/LABA

ACTUALIZACIÓN Y MANEJO DE LA TRAQUEOBRONCOMALACIA.

Luna Pardo, C. (1)

(1) S. Neumología. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos

La traqueobroncomalacia es una patología de la vía aérea central en la que existe una debilidad de la pared con disminución dinámica de la luz de la tráquea y grandes bronquios en la espiración. Puede ser congénita o adquirida. Tiene una prevalencia de hasta el 13% coexistente con otras enfermedades pulmonares. Tiene una evolución progresiva que tiende al empeoramiento, y se encuentra aun infradiagnosticada. La clínica consiste en tos persistente, disnea de reposo o esfuerzos e infecciones de repetición y puede confundirse con otras enfermedades más frecuentes como la EPOC o asma.

Metodología

El diagnóstico gold estándar es la broncoscopia dinámica, objetivando un colapso de la vía aérea en espiración forzada >70% realizada con mínima sedación. El TAC dinámico es complementario, con una exactitud diagnóstica de hasta el 97%, y permite calcular el índice de colapsabilidad de la vía aérea. Se clasifica la enfermedad en leve, moderada y grave según el grado de colapso (>70%, 70-80% y >90% respectivamente).

Resultados

El manejo inicial se basa en optimizar el tratamiento de las enfermedades subyacentes. Si el paciente continúa sintomático, y el grado de colapso es severo, se recomienda la realización de una prueba de stent para valorar el beneficio de realizar una cirugía definitiva. Si cumple los criterios objetivos y subjetivos 2 semanas de la colocación del stent dicho paciente sería candidato a cirugía mediante traqueobroncoplastia definitiva. Otros tratamientos alternativos serían la CPAP titulada con broncoscopia, stents definitivos, o traqueostomía.

IMPORTANCIA DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Pallardó, F. (1)

(1) Departamento de Fisiología de la Universitat de València. Valencia

Objetivos

El estrés oxidativo se define como un desequilibrio entre agentes prooxidantes y antioxidantes a favor de los primeros, bien por un exceso de oxidantes, por un déficit de antioxidantes o por una combinación de ambos. La principal fuente de sustancias oxidantes son los radicales libres tanto los procedentes del oxígeno como del nitrógeno.

Metodología

Dichas sustancias poseen electrones desapareados en su capa de valencia, lo cual los hace muy reactivos produciendo oxidación. Esto produce alteraciones tanto a las proteínas como a los glúcidos, los lípidos o al ADN. La oxidación de estas moléculas puede generar mutaciones en el caso del ADN, mala función de las proteínas, peroxidación de los lípidos (generando alteraciones

en las membranas celulares) o procesos de oxidación de glúcidos. Todos estos procesos deletéreos son frenados por los sistemas antioxidantes de nuestro organismo. De forma que se establece un equilibrio entre ambos. De hecho, un cierto grado de estrés oxidativo es beneficioso pues funciona como señal metabólica para activar procesos de proliferación celular, hipertrofia, apoptosis, etc. Los radicales libres no siempre son perjudiciales, depende de su concentración en un tejido determinado. Los radicales libres contenidos en agentes patógenos como el humo del tabaco, la polución atmosférica o los procesos inflamatorios pueden lesionar el sistema respiratorio.

Resultados

La recuperación de los niveles de glutatión, el antioxidante más importante en el tejido pulmonar, es la forma más habitual de luchar contra el estrés oxidativo patológico, siendo la N-acetil cisteína su precursor más adecuado.

UTILIDAD DE LA POLIGRAFIA/POLISOMNOGRAFÍA PARA EL AJUSTE DE LA VMNI.

Luján, M. (1)

(1) Director del Servicio de Neumología del H. Universitari Parc Taulí. Sabadell

Objetivos

La capacidad de monitorización de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) crónica ha aumentado considerablemente con la modernización de los nuevos ventiladores, que actúan a su vez como elementos de tratamiento y herramienta de monitorización de los pacientes ventilados. De hecho, muchos de ellos pueden incorporar sensores adicionales (pulsioxímetros, medidores de CO₂ transcutáneo, bandas toracoabdominales, etc) que transforman los dispositivos de ventilación en auténticos polígrafos portátiles.

Metodología

No obstante, el impacto de la monitorización en el pronóstico de los pacientes ventilados no está suficientemente avalado por los datos existentes en la literatura. A la vez, diversos grupos nacionales e internacionales de expertos defienden la monitorización sistemática de los pacientes bajo VMNI, tanto en el momento del inicio de la terapia como durante el seguimiento.

Resultados

Es importante para el clínico que trata pacientes bajo VMNI crónica conocer las virtudes y limitaciones de las herramientas de monitorización disponibles en el mercado, así como su uso adecuado en el contexto actual de sobrecarga asistencial de los laboratorios de sueño y ventilación. Los built-in-software son una herramienta sencilla pero que a la vez tiene complicaciones inherentes a la heterogeneidad entre fabricantes. La poligrafía y polisomnografía ofrecen una visión más completa, ya que integran señales del ventilador (curvas de flujo y presión) y del paciente (saturación, esfuerzo, etc) pero no son de aplicación universal por su complejidad y por ser registros de realización hospitalaria. Una aproximación basada en problemas del paciente durante el uso de la ventilación (hipercapnia persistente, eventos de vía aérea superior, fugas, etc) parece ser la solución más razonable.

PROTEGIENDO MÁS ALLÁ DE LA GRIPE. NUEVA EVIDENCIA EN VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

Tolosa, N. (1)

(1) Jefe de servicio de Medicina Preventiva. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Objetivos

La infección por gripe tiene consecuencias sistémicas y puede causar daños en los principales órganos, ocasionando complicaciones a largo plazo y una carga adicional para el sistema sanitario¹⁻³. Las vacunas antigripales deben proteger frente a las complicaciones graves de la gripe como son las hospitalizaciones por gripe o neumonía, así como eventos cardiorrespiratorios, descompensaciones metabólicas y pérdida de autonomía en personas mayores¹⁻³.

Metodología

La vacuna de alta dosis contiene 4 veces más carga antigénica que las de dosis estándar. Esta vacuna ha demostrado una reducción relativa del 24.2% de las infecciones confirmadas por laboratorio en comparación con la de dosis estándar⁴.

Asimismo, también ha mostrado una reducción de las hospitalizaciones por neumonía (28%), por causa cardiorrespiratoria (17%) y por todas las causas (8%)⁵. Estos resultados se han demostrado consistentemente a lo largo de 12 temporadas y en más de 45 millones de sujetos⁵.

Resultados

El estudio DANFLU-1 es un estudio piloto con una metodología innovadora que demostró la factibilidad de integrar un estudio aleatorizado individualmente en la práctica rutinaria a través del uso de los registros sanitarios de los participantes. Esto permitió obtener datos de eficacia, sin los sesgos típicos de los estudios de efectividad observacionales, en una muestra muy grande de sujetos en práctica clínica real. Se comparaba la vacunada de alta dosis y la de dosis estándar, demostrando una mayor reducción significativa frente a reducción hospitalizaciones por gripe/neumonía y mortalidad por cualquier causa para la vacuna de alta dosis⁶.

Referencias

- WARREN-GASH C, BLACKBURN R, WHITAKER H, McMENAMIN J, HAYWARD AC. LABORATORY-CONFIRMED RESPIRATORY INFECTIONS AS TRIGGERS FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND STROKE: A SELF-CONTROLLED CASE SERIES ANALYSIS OF NATIONAL LINKED DATASETS FROM SCOTLAND. EUR RESPIR J. 2018;51(3):1701794. doi:10.1183/13993003.01794-2017
- ANDREW MK, MACDONALD S, GODIN J, ET AL. PERSISTENT FUNCTIONAL DECLINE FOLLOWING HOSPITALIZATION WITH INFLUENZA OR ACUTE RESPIRATORY ILLNESS. J AM GERIATR Soc. 2021;69(3):696-703. doi:10.1111/jgs.16950
- SAMSON SI, KONTY K, LEE WN, ET AL. QUANTIFYING THE IMPACT OF INFLUENZA AMONG PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: A NEW APPROACH TO DETERMINE MEDICAL AND PHYSICAL ACTIVITY IMPACT. J DIABETES SCI TECHNOL. 2021;15(1):44-52. doi:10.1177/1932296819883340
- DIAZGRANADOS C EA. HIGH-DOSE TRIVALENT INFLUENZA VACCINE COMPARED TO STANDARD DOSE VACCINE IN ELDERLY ADULTS: SAFETY, IMMUNOGENICITY AND RELATIVE EFFICACY DURING THE 2009-2010 SEASON. VACCINE. 2013;31(36):861-866.
- LEE J, LAM GKL, YIN JK, LOIACONO MM, SAMSON SI. HIGH-DOSE INFLUENZA VACCINE IN OLDER ADULTS BY AGE AND SEASONAL CHARACTERISTICS: SYSTEMATIC REVIEW AND META- ANALYSIS UPDATE. VACCINE: X. 2023 doi:10.1016/j.jvaxc.2023.100327
- JOHANSEN ND, MODIN D, NEALON J, SAMSON S, SALAMAND C, LOIACONO MM ET AL. A PRAGMATIC RANDOMIZED FEASIBILITY TRIAL OF INFLUENZA VACCINES. NEJM EVID 2023;2(2). DOI: 10.1056/EVIDoa2200206

ACTUALIZACIÓN TRATAMIENTOS FUTUROS EN EPID

García Sevilla, R. (1)

(1) S. Neumología. H. General Universitario Dr Balmis. Alicante

Objetivos

Se ha demostrado que los tratamientos farmacológicos actualmente aprobados para la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), pirfenidona y nintedanib, enlentecen el deterioro de la función pulmonar y mejoran los resultados clínicos. Desde que se lograron avances significativos en la comprensión de los mecanismos patogénicos de la FPI, se están probando nuevos agentes potenciales para identificar nuevas estrategias terapéuticas dirigidas y mejor toleradas.

Metodología

Esta revisión describe la evidencia de los ensayos clínicos de fase II y III de FPI que se han completado o están en curso en los últimos años. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante Medline y Clinical Trials. Se presta especial atención al nuevo inhibidor de la fosfodiesterasa 4B (BI 1015550), que se encuentra en una fase de investigación más avanzada. Se destacan algunas cuestiones críticas emergentes de la investigación farmacológica teniendo en cuenta los recientes fracasos destacados de varios ensayos de fase III.

Resultados

Se está llevando a cabo un número exponencial de ensayos clínicos aleatorios que prueban nuevas moléculas prometedoras para aumentar las opciones de tratamiento para los pacientes con FPI. Los próximos objetivos deberían apuntar a una comprensión

más profunda de las vías patogénicas de la enfermedad con el desafiante objetivo de poder no sólo estabilizar sino también revertir el proceso fibrótico en curso en pacientes con FPI.

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO VÍAS RÁPIDAS EN EPID DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

García Sevilla, R. (1); Arenas Jiménez, J. J. (2); Fernandez Fabrellas, E. (3); Forner, M. J. (4); Gonzalez Villascusa, C. (5)

(1) S. Neumología. H. General Universitario Dr Balmis. Alicante; (2) Servicio de Radiología. H. General Universitario Dr Balmis. Alicante; (3) Consorcio Hosp. General Universitario Valencia; (4) S. de Medicina Interna. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia; (5) Servicio de Neumología. H. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos

Las EPID se han convertido en un reto para los médicos en general, y para los neumólogos en particular. Su diagnóstico es complejo y requiere de un conocimiento de la etiopatogenia, herramientas diagnósticas y de un comité multidisciplinar experto dado el requerimiento de tratamientos eficaces y de alto impacto económico. Esto supone poder proporcionar a los pacientes con EPID una calidad asistencial optimizada para mejorar la calidad de vida y la supervivencia, ya que durante mucho tiempo las EPID han sido consideradas enfermedades huérfanas dada su baja prevalencia y a la ausencia de tratamientos eficaces. Su evaluación diagnóstica ha sufrido también una enorme evolución representado por las pruebas de imagen, de la función pulmonar, de la broncofibroscopia (biopsias bronquiales, transbronquiales y criobiopsias), así como la biopsia pulmonar quirúrgica facilitando todas en su conjunto un diagnóstico y estratificación precoz.

Metodología

La investigación básica y traslacional ha permitido la búsqueda de respuestas relacionadas con la patogénesis, permitiendo la identificación de dianas terapéuticas. En los últimos años se han aprobado dos tratamientos antifibróticos (nintedanib y pirfenidona) que han demostrado frenar la evolución de la enfermedad, pero existen numerosas líneas de investigación con otras moléculas con un futuro prometedor. La rehabilitación respiratoria ha demostrado una mejora en la calidad de vida y por último, el trasplante pulmonar se presenta como una esperanza terapéutica en casos seleccionados.

Resultados

La realización de esta guía de derivación rápida en EPID en la Comunidad Valenciana pretende ofrecer herramientas ágiles y prácticas en el ámbito intrahospitalario, reduciendo la demora diagnóstica y garantizando el acceso precoz a un tratamiento adecuado.

TALLER PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Salcedo, R. (1)

(1) Fisioterapeuta. Tratamientos Respiratorios Domiciliarios. Linde Médica. Alicante

Objetivos

Un taller de carácter práctico para el personal de enfermería enfocado a las diferentes tubuladuras y posibles combinaciones con otras terapias respiratorias domiciliarias.

TALLER PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA PARA RESIDENTES DE NEUMOLOGÍA

Salcedo, R. (1)

(1) Fisioterapeuta. Tratamientos Respiratorios Domiciliarios. Linde Médica. Alicante

Objetivos

Un taller de carácter práctico para los residentes de neumología enfocado en los diferentes dispositivos para terapia con nebulizadores a nivel domiciliario y su óptimo uso dependiendo de las características del paciente.

LO LLEVAMOS EN LAS VENAS: PROGRAMA DE AUTOADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON DAAT

González, R. (1)

(1) Enfermera. Coordinadora Programa de Soporte en la formación de la técnica de autoadministración Intravenosa: MyAlpha1. Inizio Engage

Objetivos

DAAT (Deficiencia de Alfa-1 Antitripsina) es una condición genética que puede causar enfermedades pulmonares y hepáticas debido a la producción insuficiente o defectuosa de la proteína alfa-1 antitripsina, esencial para proteger ciertos tejidos corporales, como lo son los pulmones.

Metodología

Un paciente candidato a la autoadministración de este tratamiento para DAAT, tiene que tener un diagnóstico confirmado por su neumólogo, haberle sido prescrito el tratamiento de elección por el facultativo, y que demuestre la capacidad y la motivación para seguir una pauta de tratamiento de manera independiente, con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida y generarle una mayor independencia.

Resultados

El programa de soporte a pacientes de MyAlpha1 es una iniciativa de CSL Behring, compañía biofarmacéutica que lo patrocina, y diseñada para apoyar a pacientes con DAAT en el proceso de autoadministración de su tratamiento. Consiste en proporcionar la educación, el apoyo y los recursos necesarios para que los pacientes puedan administrarse su tratamiento de forma segura y efectiva en su domicilio.

Para entrar en el programa, los pacientes o sus cuidadores deben contactar a través de su médico de referencia con Inizio (empresa que desarrolla el programa). Una vez contacten le será asignada una enfermera cualificada en función de la zona geográfica para ofrecer a través de ella formación presencial y personalizada a los pacientes enrolados, asegurando que entiendan todo el procedimiento de autoadministración del tratamiento, el seguimiento de su patología y el manejo de posibles efectos secundarios.

Conclusiones

La experiencia de pacientes en autoadministración y su participación en el programa ha sido muy positiva, reportando una mayor autonomía y control sobre su tratamiento. Esto, a su vez, ha contribuido a una mejor adherencia y a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La labor de Inizio y las enfermeras cualificadas es crucial en este proceso, ofreciendo un soporte constante y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

NORMATIVA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE.

Menéndez, R. (1)

(1) S. Neumología. H. Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. Directora del PII de Infecciones Respiratorias de SEPAR

Objetivos

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave es la que requiere ingreso en la UCI y corresponde aproximadamente al 5-7% del total de episodios hospitalizados. Se acaba de publicar una normativa internacional para su mejor manejo con un modelo de preguntas PICO relacionadas con aspectos claves y metodología GRADE. En el apartado de estudios diagnósticos se recomienda, si la tecnología está disponible, realizar estudio de muestra respiratoria del tracto inferior (esputo o aspirado

endotraqueal) con PCR múltiple para detección de virus y/o bacterias). El uso de escalas (score PES) para descartar, o en caso de sospecha, microorganismos inusuales o con multiresistencia se deben realizar con factores de riesgo específicos basadas en la epidemiología local y/o la colonización previa de los pacientes a fin de guiar las decisiones iniciales de tratamiento.

Metodología

En el apartado de tratamiento de la insuficiencia respiratoria, en pacientes con CAP e insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda que no necesiten intubación inmediata, se sugiere utilizar O₂ de alto flujo en lugar de oxígeno estándar (recomendación condicional, muy baja calidad de evidencia). De forma similar, el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva podría ser una opción en ciertos pacientes con hipoxemia persistente respiratoria que no necesita intubación inmediata.

Resultados

El tratamiento antibiótico empírico se revisa en tres preguntas PICO. El tratamiento habitual es la combinación de dos antibióticos si bien se analiza si hay diferencias entre añadir macrólido o quinolonas. Se recomienda la adición de macrólidos, no fluoroquinolonas, a betalactámicos como terapia antibiótica empírica en pacientes hospitalizados con CAP. Durante el periodo estacional de gripe, se recomienda añadir oseltamivir y no es necesario el uso de tratamiento de anaerobios. De forma adicional, el uso de corticoides se recomiendan en caso de shock.

Conclusiones

La duración del tratamiento antibiótico y el uso de biomarcadores se analiza. La conclusión es en favor del uso de PCT para reducir la duración del tratamiento antibiótico en pacientes con CAP

ENTIENDO LA TERAPIA DE ALTO FLUJO

Díaz Lobato, S. (1)

(1) S. Neumología. Hospital Universitario HLA Moncloa. Director Médico de Oximesa & Nippon Gases Healthcare. Madrid

Objetivos

La terapia de alto flujo por cánula nasal (TAFCN) se presenta como una alternativa para tratar pacientes con insuficiencia respiratoria. Con esta técnica, el paciente recibe de una forma fácil y confortable un gas eficiente, optimizado y que asegura una FiO₂ constante en vía aérea.

Metodología

Los mecanismos de acción de la TAFCN son múltiples. Muchos de ellos nos recuerdan los mecanismos de acción de la ventilación mecánica no invasiva y existe una tendencia cada vez mayor a considerar la TAFCN como una nueva modalidad de soporte respiratorio no invasivo.

Resultados

La TAFCN se ha consolidado como un tratamiento de amplio espectro para pacientes con insuficiencia respiratoria tanto aguda como crónica, pudiendo ser utilizada desde niveles asistenciales de alta complejidad como las unidades de críticos, hasta el domicilio, y en todas las edades, desde neonatos hasta ancianos. La principal indicación de la TAFCN es el paciente con fallo respiratorio agudo hipoxémico, habiendo sido fundamental en el tratamiento de los pacientes afectados por COVID.

Conclusiones

Existe cada vez más evidencia acerca de su uso en pacientes con fallo respiratorio agudo hipercápnico y algunos estudios han abierto las puertas a su uso a largo plazo en el domicilio. Durante la ponencia se tratarán los fundamentos de la TAFCN, las indicaciones, los diferentes escenarios para su uso y los detalles técnicos que hay que tener en cuenta a la hora de su utilización.

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES



DAÑO CARDIOVASCULAR INICIAL Y RESIDUAL REMANENTE EN EL DÍA 30 DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Gimeno Peiró, Á. (1); Méndez Ocaña, R. (2); González Jiménez, P. (2); Mengot Ruiz, N. (1); Latorre Campos, A. (3); Porcar Moreno, M. (1); Picazos Pérez, B. (1); España Yandiola, P. P. (4); España Yandiola, P. P. (4); Uranga Echeverría, A. (4); Uranga Echeverría, A. (4); Almirall Pujol, J. (5); Boixeda Viu, R. (5); Martínez Dolz, L. (2); Menéndez Villanueva, R. (2)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe; (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe; Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; (3) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; (4) Hospital Galdakao-Usansolo; (5) Hospital Mataró

Objetivos

El principal objetivo de nuestro estudio es evaluar la carga del daño CV inicial y a los 30 días de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) medido por biomarcadores -proadrenomedulina (proADM), péptido natriurético tipo pro B (proBNP), troponina y proendotelina-1 (proET1)-, y su relación con factores del huésped, severidad inicial y microorganismos.

Metodología

Estudio prospectivo multicéntrico con pacientes hospitalizados con NAC. Los biomarcadores evaluados fueron proADM, proBNP, troponina y proET1 (en el día 1 y en el día 30). Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística.

Resultados

Los biomarcadores se midieron en 496 pacientes en el día 1 y en 445 en el día 30. 20 pacientes fallecieron y 46 presentaron eventos cardiovasculares (ECV) dentro de los primeros 30 días. Aproximadamente el 40% de los pacientes presentó un incremento de los niveles de biomarcadores en el día 30 (72,9% proADM, 29,8% proET1, 54,4% proBNP y 36,3% troponina). Los factores independientes asociados con niveles iniciales elevados de biomarcadores fueron la edad, cardiopatía previa, sepsis y etiología asociada a *Streptococcus pneumoniae* o infecciones mixtas. El factor más fuertemente relacionado con el daño CV a los 30 días fue un mayor daño CV inicial seguido por la edad, sepsis y otras comorbilidades.

Conclusiones

Uno de cada 3 pacientes presentó biomarcadores elevados en el día 30 tras el episodio de NAC, incluso aquellos sin cardiopatía conocida. La intensidad del daño inicial fue el predictor más fuerte junto con la edad y las comorbilidades. Hay, por tanto, un daño CV no reconocido después del episodio de NAC medido por biomarcadores.

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN PACIENTES MUJERES: ADECUACIÓN DE LAS DECISIONES CLÍNICAS Y VALOR DE LAS CALCULADORAS DE RIESGO DE MALIGNIDAD.

Galán Negrillo, M. (1); Galán Negrillo, M. (1); Ibarra Maciá, A. (1); Grau Delgado, J. (1); Ruiz Alcaraz, S. (1); Baeza Martínez, C. (1); Soler Sempere, M. J. (1); Zamora Molina, L. (1); Padilla Navas, I. (1); García Pachón, E. (1)

(1) Hospital General Universitario de Elche

Objetivos

El hallazgo incidental de nódulos pulmonares solitarios (NPS) es una consecuencia cada vez más común de la práctica clínica, siendo en su mayoría lesiones benignas. La decisión de realizar un seguimiento periódico por imagen u optar por un manejo invasivo (biopsia/cirugía) depende de la probabilidad de malignidad y de las características del paciente, tratando de no demorar el diagnóstico ni realizar técnicas invasivas evitables no exentas de riesgo.

El objetivo ha sido analizar el resultado de las decisiones clínicas en el subgrupo de pacientes mujeres con el hallazgo de un NPS para comprobar si se adecuaban al diagnóstico final de los pacientes. Además, se ha analizado el resultado de la calculadora de malignidad de la Mayo Clinic (CMC)

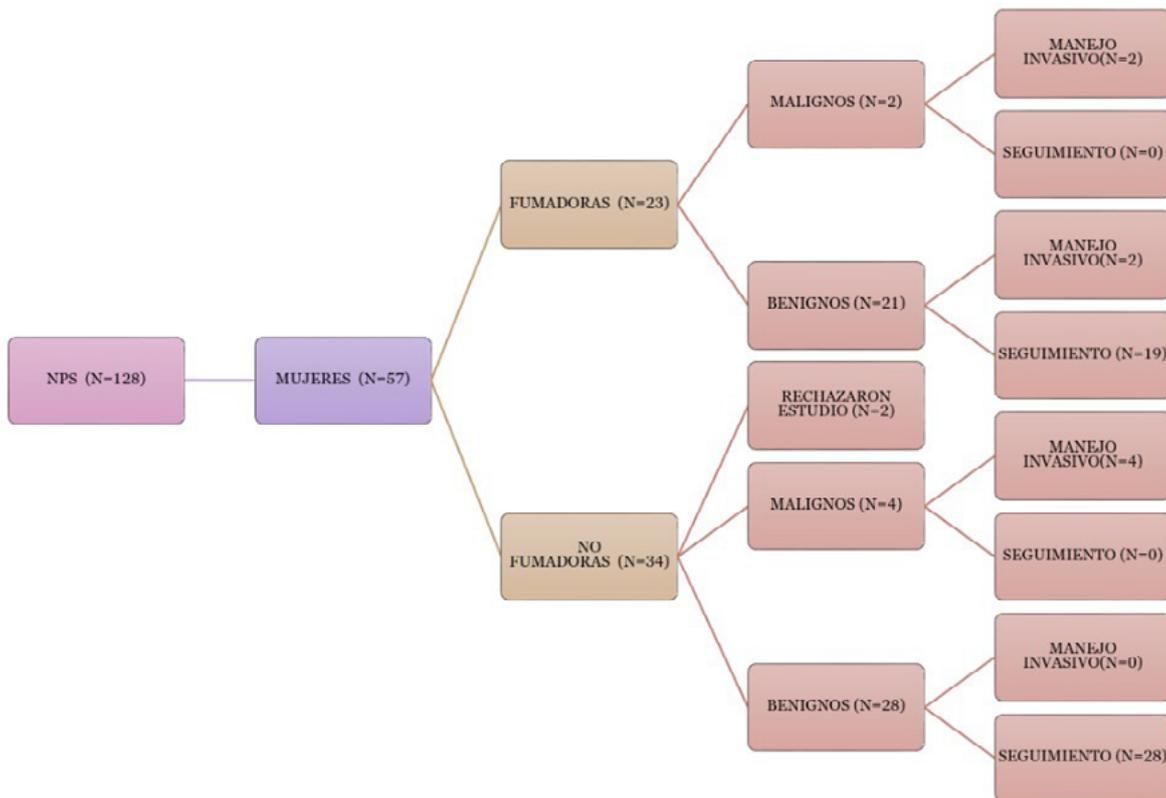
Metodología

Se han identificado los pacientes con diagnóstico de NPS en la base de datos de Abucasis del área correspondiente al HGUE durante los años 2016 a 2020. Se discriminó en dos grupos en función de antecedentes de tabaquismo y se realizó un seguimiento clínico mínimo de 2 años. Se han analizado las decisiones clínicas al diagnóstico y comparadas con el diagnóstico definitivo. Posteriormente, se ha valorado si la puntuación obtenida en el CMC era acorde a los resultados registrados.

Resultados

Se identificaron 128 pacientes con NPS. De ellos, 57 (44,5%) eran mujeres. En el grupo de fumadoras (N=23), se confirmó el diagnóstico de malignidad en 2 casos, ambos manejados de forma invasiva (1 mediante BAG y otro intervenido quirúrgicamente). De los restantes (N=21), se optó por manejo invasivo en 2 de ellos, con resultado final de benignidad (un hamartoma y un ganglio). El resto fue seguido por prueba de imagen. La CMC clasificó en riesgo intermedio a 15 NPS (65%), incluidos aquellos finalmente malignos. Ningún NPS fue clasificado como alto riesgo.

En las no fumadoras (N=34), 2 rechazaron continuar estudio, 4 casos fueron malignos (12%) (optándose en todos ellos por una actitud invasiva de forma inicial) y en los 28 restantes se realizaron seguimiento con pruebas de imagen. Ningún NPS benigno fue manejado de forma invasiva. Únicamente dos de los casos malignos fueron clasificados como alto riesgo mediante la CMC.



Conclusiones

Las decisiones clínicas de adecuación frente al NPS en mujeres fueron óptimas en 55/57 casos (96.5%) En 2 NPS benignos se realizó BAG. En estos, la puntuación de CMC no los clasificó como nódulos de bajo riesgo. Los resultados de la CMC no mejoran la decisión clínica y podrían retrasar el diagnóstico en caso de malignidad.

PEROXIDO DE HIDRÓGENO EN LÍQUIDO PLEURAL: TEST RÁPIDO PARA DIFERENCIAR TRASUDADO Y EXUDADO

Ibarra Maciá, A. M. (1); Zamora Molina, L. (1); Soler Sempere, M. J. (1); García Pachón, E. (1); García Valero, E. (1); Galan Negrillo, M. (1)
(1) Hospital General Universitario Elche (HGUE)

Objetivos

Evaluar si el uso de H₂O₂ en formulación comercial al 3% puede ser de utilidad para diferenciar trasudados y exudados pleurales a pie de cama de los pacientes.

Metodología

Se incluyeron pacientes de forma consecutiva a los que se les realizó una toracocentesis diagnóstica. Se añadió 1 ml de H₂O₂ al 3% a una alícuota de 2 ml de líquido pleural en un tubo de análisis inmediatamente tras la toracocentesis. Tras agitar la muestra ligeramente durante 10 segundos, se determinó la aparición de burbujeo y se midió el volumen de gas que se produjo al cabo de 1, 3 y 5 minutos. El líquido pleural fue estudiado siguiendo los métodos habituales.

Resultados

Se incluyeron 73 pacientes (38 mujeres, 52 %) de una edad (media \pm DE) de 67 (\pm 15). Los derrames fueron 13 (18%) trasudados y 60 (82%) exudados. En 64 (87,7 %) se observó formación de gas tras la instilación de H₂O₂. En trasudados se observó (8,15 \pm 20,81 mm de gas y en los exudados 23,43 (p=0,001). En la figura 1 se representa las curvas ROC en el minuto 1, 3 y 5 para diferenciar trasudado de exudado. Para clasificar exudados, con un valor de corte de 2,5 mm en un minuto la sensibilidad es 92 % y la especificidad 77 %. Para un valor de corte de 20,5 mm en un minuto, la sensibilidad es de 52 % y la especificidad 93 % (AUC 0,847, la mejor de las tres medidas). La tabla 1 muestra los derrames correctamente clasificados por los criterios de Light y por el Test de Peróxido de Hidrógeno.

Conclusiones

El test de peróxido de hidrógeno al 3 % en líquido pleural es una prueba rápida y muy eficiente para diferenciar exudados y trasudados no hemáticos a pie de cama del paciente.

PROM (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURE) EN OXIGENOTERAPIA: UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Maestre Puerto, L. (1); Chiner Vives, E. (1); Torba Kordyukova, A. (1); Martínez Gómez, A. (1); Fernández González, E. (1); Boira Enrique, I. (1); Hernández Padilla, M. (1); Pulido Sánchez, A. M. (1); Fernández Navarro, J. (2); Boluda, E. (2); Fernández González, E. (1); Navarro, S. (3); García, S. (3); Vañes Baños, S. (3)

(1) Hospital Universitari San Joan d'Alacant; (2) Universidad Miguel Hernández Elche; (3) Linde Medica Alicante

Objetivos

Los PROM para oxigenoterapia (OCD) valoran la percepción del paciente sobre dicha terapia pero están escasamente desarrollados.

Metodología

Proceso de validación en etapas: 1. Cuatro reuniones de consenso entre expertos, para definir ítems principales y un cuestionario provisional. 2. Entrevistas a pacientes y cuidadores en un taller de validación cualitativa y cognitiva para testar su comprensión mediante una escala cuantitativa. 3. Administración en un grupo de 25 pacientes con OCD para valorar su validez y reproductibilidad. 4. Administración en un grupo amplio de 120 pacientes.

Resultados

El cuestionario provisional incluyó 15 preguntas sobre las últimas 4 semanas: esfuerzo cotidiano, capacidad física, mejoría de disnea, estado de salud, confianza, mejoría vida social, necesidad psicológica, inquietud en la dependencia de oxígeno, inconveniente para dormir fuera de casa, incomodidad del equipo domiciliario, sequedad en vías respiratorias, sequedad nasal, mejoría en la movilidad, con posibilidad de respuesta tipo Likert (0, nada, 1 muy poco, 2 algo, 3 bastante, 4 mucho). El cuestionario fue testado en 25 pacientes, 22 con OCD móvil y 3 estática, con una edad media de 73 \pm 8 años, 16 hombres y 9 mujeres. Todos los ítems alcanzaron acuerdo, con α -Crombach de 0.74, 0.8, 0.8 para dimensión social, efectos adversos y suma global, respectivamente. Al analizar la reproductibilidad, los CCI para cada ítem fue >0.9, y para el sumatorio de ambas dimensiones 0.87. En las figuras 1 y 2 se muestran las respuestas en 120 pacientes, 62 hombres y 58 mujeres con una edad media de 78 \pm 13, años con un tiempo medio 40 \pm 32 meses de terapia.

Conclusiones

Los PROM específicos para OCD se mostraron útiles para proporcionar valiosa información cualitativa y ser administrados en muestras grandes de pacientes con esta terapia.

ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA Y SU INFLUENCIA EN LA RESPUESTA A LOS BIOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE.

Ballesteros Vázquez, E. (1); Sánchez Vera, A. (1); De Juana Izquierdo, C. (1); Lillo González, E. (1); Taberner Lino, L. ; Sala Marín, A. (1); Climent Campos, C. (1); Martínez Moragón, E. (1)

(1) H.U. Dr Peset

Objetivos

Según las guías de práctica clínica los asmáticos graves bajo terapia biológica deben seguir manteniendo su terapia inhalada con GCI/LABA pues ello condiciona los resultados. En las consultas de enfermería se realizan tareas educativas para el mantenimiento de esta terapia aunque algunos pacientes tiendan al incumplimiento por sentir que no la necesitan. Sin embargo, en una editorial reciente se sugiere que la falta de adherencia a los GCI de los pacientes con benralizumab no se asocia con empeoramiento de la respuesta. Por ello hemos querido indagar en nuestra serie de pacientes bajo terapia biológica cual era el grado de cumplimiento con el inhalador de GCI/LABA y su influencia en los resultados.

Metodología

Hemos analizado el cumplimiento con el inhalador de GCI/LABA según el cuestionario TAI en una serie de pacientes con más de 1 año de terapia biológica. Analizamos la respuesta en el último año medida por número de exacerbaciones, función pulmonar, FENO, ACT, miniAQLQ y escala FEOS.

Resultados

Se recogieron datos de un total de 62 pacientes consecutivos: 21 tratados con dupilumab, 21 con benralizumab y 20 con mepolizumab. La mayoría de pacientes (un 63%) tenía prescrito un inhalador único de mantenimiento (GCI/LABA o GCI/LABA/LAMA) con posología de una vez al día. El 64% de los pacientes tenían al año un TAI de 50 (buena adhesión), el 17% TAI entre 46-49 (adhesión intermedia) y el 19% TAI <45 (mala adherencia). En cuanto a resultados clínicos, la puntuación en TAI ha mostrado una correlación negativa con el FENO si el biológico no es dupilumab ($r: -0,352$, $p:0.026$). Ha sido esta la única diferencia encontrada entre biológicos. En el resto de variables analizadas no hay ninguna correlación ni diferencia significativa entre el cumplimiento con el inhalador y los parámetros de valoración de la respuesta al biológico.

Conclusiones

En la práctica habitual algunos pacientes con buena respuesta al tratamiento biológico pueden disminuir el cumplimiento de la terapia inhalada sin una repercusión sobre la enfermedad al menos a corto plazo. Necesitamos datos acerca de la repercusión del incumplimiento a largo plazo.

Referencias

- ¹ D'ANCONA G, KAVANAGH JE, DHARIWAL J, HEARN AP, ROXAS C, FERNANDES M, GREEN L, THOMSON L, NANZER AM, JACKSON DJ, KENT BD. ADHERENCE TO INHALED CORTICOSTEROIDS AND CLINICAL OUTCOMES FOLLOWING A YEAR OF BENRALIZUMAB THERAPY FOR SEVERE EOSINOPHILIC ASTHMA. ALLERGY. 2021 JUL76(7):2238-2241. doi: 10.1111/all.14737. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33432682.

ASOCIACIÓN ENTRE LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN Y LA INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE

INGLES AZORIN, M. (1); Mompeán Rodríguez, S. (1); Oscullo Yopez, G. (1); Martínez Pérez, R. (1); Gómez Olivas, J. D. (1); Beauperthuy Levy, T. (2); Bekki, A. (3); García Ortega, A. (4); Soler-Cataluña, J. J. (5); De la Rosa, D. (6); Agustí, A. (7); Martínez-García, M. Á. (8) (1) Hospital Univeristario y Politécnico La Fe (Valencia); (2) Hospital de Requena; (3) Hospital Vithas 9 de Octubre, Valencia; (4) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia; (5) Hospital Arnau de Vilanova-Lliria, Valencia; (6) Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; (7) IDIBAPS, Universidad de Barcelona; (8) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia

Objetivos

El cáncer de pulmón es 4-6 veces más frecuente en pacientes con EPOC que en la población general. Si bien el hábito tabáquico es el factor de riesgo más importante, otros factores asociados a un incremento en la inflamación bronquial también se han visto relacionados. El aislamiento de bacterias patógenas en pacientes con EPOC se produce en un 50% de los casos sobre todo en fases avanzadas produciendo un incremento demostrado en la inflamación bronquial. El objetivo de nuestro estudio es valorar la asociación entre el aislamiento de bacterias potencialmente patógenas y la incidencia de cáncer de pulmón en pacientes con EPOC estable.

Metodología

Estudio multicéntrico de cohortes históricas de pacientes con EPOC moderado-grave (estadios GOLD II-IV) capaces de expectorar seguidos cada 3-6 meses con recogida protocolizada y minuciosa de datos clínicos, analíticos, funcionales, microbiológicos y terapéuticos tanto basales como durante el seguimiento en fase de estabilidad clínica. Los factores asociados a la incidencia de cáncer de pulmón durante el seguimiento fueron calculados mediante una regresión de Cox.

Resultados

Fueron incluidos 201 pacientes con una edad media de 70,3 (SD: 8,9) años (90,5% de varones). El FEV1 postbroncodilatador medio fue de 47,8 (SD: 12,9) %. Fueron recogidos 517 esputos válidos a lo largo del estudio (*Pseudomonas aeruginosa* (27.8%), *Haemophilus influenzae* (23.5%), *Streptococcus pneumoniae* (17.8%) and *Moraxella catarrhalis* (7.4%). Tras un seguimiento mediano de 84 (RIQ: 44-108) meses, 21 pacientes desarrollaron cáncer pulmonar (10.5%) de los que 16 fueron adenocarcinomas. La tabla 1 muestra el análisis de Cox con las variables independientes asociadas a una mayor incidencia de cáncer pulmonar.

Variable	HR	IC95%	Valor de P
Hábito tabáquico, paquetes.año	1.03	1.02-1.05	0.001
Tasa de Agudizaciones graves anuales	1.58	1.18-2.11	0.003
Nº de bacterias patógenas aisladas por año	1.59	1.15-2.21	0.005

Tabla 1: Análisis de regresión Cox con las variables independientes asociadas a una mayor incidencia de cáncer pulmonar.

Conclusiones

Además del ya conocido hábito tabáquico, otros factores que implican un incremento en la inflamación bronquial como las agudizaciones y la infección bronquial crónica por bacterias potencialmente patógenas se asocian a un incremento en la incidencia de cáncer pulmonar en pacientes con EPOC estable.

RISC CARDIOVASCULAR DESPRÉS DE L'HOSPITALITZACIÓ PER AGUDITZACIÓ DE MPOC

Alonso Tomás, L. (1); Rosario Martin, C. (1); Solé Delgado, M. (1); Miralles Saavedra, C. (1); Catalán Serra, P. (1); Soler Cataluña, J. J. (1) (1) Hospital Arnau de Vilanova

Objetivos

Dades recents suggereixen que el risc d'esdeveniment cardiovascular després de l'hospitalització per agudització de MPOC (AMPOC) està augmentat respecte als pacients sense MPOC. L'objectiu d'aquest estudi fou avaluar els factors de risc associats a la presència d'esdeveniments adversos cardiovasculars majors (MACE) posteriors a un ingrés per AMPOC.

Metodología

Estudi prospectiu observacional sobre una cohort de pacients amb MPOC (tabaquisme>10 anys-paquet, FEV1/FVC<0,7) que precisaren ingrés hospitalari per AMPOC, de qualsevol naturalesa. Es van excloure els casos amb càncer actiu. Els pacients foren seguits després de l'ingrés hospitalari per avaluar la presència o no de MACE. Es definí MACE com la presència d'almenys 1 dels següents criteris: infart agut de miocardi, revascularització, angina inestable, ictus isquèmic, insuficiència cardíaca o mort de causa cardiovascular. En tots els casos es va avaluar la sintomatologia, comorbiditat, funció pulmonar, tant estable com en fase aguda, ECG, biomarcadors cardiovasculars (NT-pro-BNP, troponina), tomografia computeritzada (TC) toràcica i es calculà el QRISK3 score. Es realitzà una regressió logística de Cox, amb totes aquelles variables que demostraren associació significativa amb la presència de MACE en l'estudi bivariat previ.

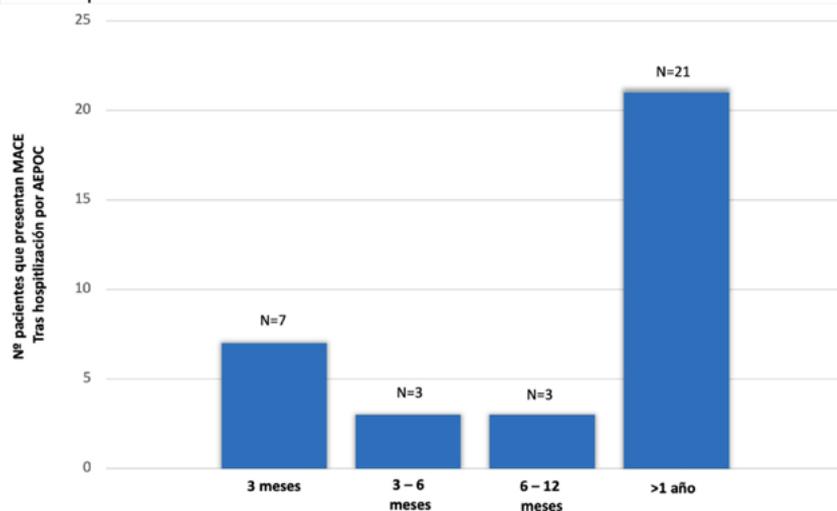
Resultados

S'inclouen un total de 165 pacients, 31 (18,8%) dones i 134 (81,2%) homes, amb una edat mitjana \pm DE de 70 ± 9 anys i un FEV1(%) de $49 \pm 17\%$. Trenta i quatre (20,6%) pacients presentaren MACE en els mesos posteriors a l'ingrés, 7 d'ells (4,2%) en els primers 90 dies (figura 1). Els factors de risc independents per a MACE es mostren en la taula 1.

Factores de riesgo per a MACE	HR	IC95% HR	p
• Antecedents de cardiopatia isquèmica	6,05	1,71 – 21,36	0,005
• Antecedents d'ictus	6,60	1,47 – 29,49	0,014
• Vessament pleural (Rx de tòrax)	27,47	7,00 – 107,93	<0,0001
• NT-proBNP>1200	5,79	1,77 – 18,93	0,004
• Caiguda del 20% en el FEV ₁	4,64	1,28 – 16,78	0,019
• Enfisema (TC toràcic)	0,13	0,04 – 0,42	0,019

Rx: radiografia; TC: Tomografia computeritzada. NT-proBNP: péptid natriurètic atrial; FEV1: volum en espirat forçat durant el primer segon

Figura 1: Distribució temporal de MACE després de presentar una hospitalització per descompensació de MPOC.



Conclusiones

Els esdeveniments cardiovasculars majors són freqüents després d'una hospitalització per MPOC. L'antecedent de cardiopatia isquèmica o ictus previ, la presència de vessament pleural en la radiografia simple de tòrax, un NT-proBNP elevat i la caiguda >20% en el FEV1 durant la fase aguda de la malaltia augmenten el risc de MACE. L'enfisema, per contra, disminueix sensiblement aquest risc.

Referencias

¹ KUNISAKI KM, DRANSFIELD M, ANDERSON JA, ET AL. EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CARDIAC EVENTS. AM J RESPIR CRIT CARE MED 2018 198:51-7.

DIFERENCIAS RELACIONADAS CON LA EDAD EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y RESULTADOS CLÍNICOS DE 100.000 PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL REGISTRO RIETE

Pedro Tudela, A. (1); Taberner Lino, L. (1); De Juana Izquierdo, C. (1); Pérez Dúctor, C. (1); Demelo Rodríguez, P. (2); Guirado, L. (3); Pedrajas, J. M. (4); Fernández Capitán, C. (5); Pesces, M. L. (6); Pacheco Gómez, N. (7); Monreal, M. (8); García Ortega, A. (1)
 (1) Hospital Universitari Dr. Peset; (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón; (3) Hospital Universitario Virgen de Arrixaca; (4) Hospital Clínico San Carlos; (5) Hospital Universitario La Paz; (6) Hospital General Universitario de Elda; (7) Hospital San Pedro de Alcántara; (8) Facultad de Ciencias de la Salud, UCAM–Universidad Católica San Antonio de Murcia. España. CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES)

Objetivos

A pesar de que un porcentaje alto de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) son ancianos, los datos de las diferencias relacionadas en la presentación clínica, el manejo terapéutico y los resultados de la ETV relacionados con la edad son escasos. Por ello, el objetivo del presente estudio es analizar la clínica, el tratamiento y los resultados de la ETV en función de la edad de los pacientes.

Metodología

Se analizaron datos de la base de datos del registro RIETE, registro observacional mundial de pacientes con ETV, para comparar las características clínicas basales, la presentación clínica, los tratamientos y los resultados entre los pacientes ancianos (≥ 70 años) frente a pacientes no-ancianos (<70 años).

Resultados

De enero de 2001 hasta marzo de 2021, se incluyeron 100.000 pacientes adultos en el registro RIETE. Los pacientes ancianos (47,9%) eran más frecuentemente mujeres (58,2% vs 43,5%), sin factores de riesgo desencadenantes (50,5% vs 45,1%) y se presentaban más frecuentemente con insuficiencia renal grave (10,2% vs 1,2%) y como tromboembolia pulmonar (TEP) (frente a trombosis venosa profunda) (54,3% vs 44,5%) en comparación con los pacientes <70 años ($p < 0,001$ para todas). En el subgrupo de pacientes con TEP, en los pacientes ancianos fue menos frecuente la TEP de bajo riesgo (21,1% vs 49,3%), y más frecuente la insuficiencia respiratoria (33,9% vs 21,8%) y la lesión miocárdica (40,0% vs 26,2%) en comparación con los pacientes <70 años ($p < 0,001$ para todas). La fibrinólisis (0,9% vs 1,7%) y los anticoagulantes orales de acción directa (8,8% vs 11,8%) se administraron con menor frecuencia en los pacientes ancianos ($p < 0,001$ para todas). Además, los pacientes ancianos mostraron más riesgo de mortalidad a los 30 días por todas las causas (odds ratio [OR] ajustada: 1,36; IC 95%: 1,22-1,52) y de hemorragias graves (OR, 2,08; IC 95%, 1,85-2,33), pero un menor riesgo de recurrencias trombóticas a los 30 días (OR 0,62; IC 95%, 0,54-0,71).

Conclusiones

En comparación con los pacientes <70 años, los pacientes ancianos presentan una ETV con un perfil clínico diferente y existe un menor uso de las terapias avanzadas. La edad fue un factor predictivo independiente de mortalidad.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE MICROPLÁSTICOS EN LAVADO BRONCOALVEOLAR Y ESPUTO INDUCIDO DE PACIENTES NEUMOLÓGICOS

Baeza Martínez, C. (1); Soler Sempere, M. J. (1); Zamora Molina, L. (1); Ruiz Alcaraz, S. (1); Doval Miñarro, M. (2); González Pleiter, M. (3); Bayo Bernal, F. J. (2)

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

Objetivos

Los microplásticos (MPs) son abundantes en la atmósfera, aunque los estudios sobre su deposición en el tracto respiratorio son todavía limitados. Su presencia en lavado broncoalveolar (BAL) ya ha sido previamente demostrada por nuestro grupo, así como su correlación con distintos parámetros ambientales y fisiológicos del paciente. Nuestro objetivo fue el de comparar la presencia de MPs en BAL y esputo inducido (IS) de pacientes neumológicos, con el fin de evaluar la utilidad de esta última técnica, como alternativa más sencilla y menos invasiva, asociándola también a factores ambientales, fisiológicos y clínicos de los pacientes incluidos en el estudio.

Metodología

Se analizaron muestras procedentes de pacientes adultos consecutivos a los que se les indicó una broncofibroscopia (BF) y un estudio de IS. Para su análisis, las muestras de BAL e IS se digirieron en KOH 10% y, tras filtración, se estudió la presencia de MP mediante microscopio trinocular y micro-FTIR. Siempre se trabajó con blancos procedimentales, tanto en el lugar de toma de muestra como en el laboratorio de análisis, para evaluar la posible contaminación externa.

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes, de los cuales, 12 (46%) eran mujeres. La edad media fue de 62 años. El 72% de los pacientes residía en zona urbana, y un 61% era fumador o exfumador. La concentración media de MPs en IS (16 MPs/100 mL) fue significativamente superior a la del BAL (1 MP/100 mL) ($p=0,002$). Los tipos de polímeros aislados fueron similares en ambos grupos, siendo los más frecuentes: rayón (77%), PDMS (9%), PET (5%), PES (4%) y ACRYL (4%). La mayoría de los MPs encontrados fueron en forma de fibra (83%), lo que va en consonancia con la mayoría de estudios ambientales.

Conclusiones

El IS es una técnica útil y fiable para el análisis de los MPs en el sistema respiratorio, lo que implica un amplio abanico de posibilidades para el estudio del papel de estos contaminantes en la patología respiratoria [Financiado por la Fundación Séneca – Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia – Proyecto N°: 21874/PI/22]

DISTRIBUCIÓN DE SEROTIPOS DE NEUMOCOCO POR GRUPOS DE EDAD EN LA NEUMONÍA: UN NUEVO FACTOR DE MAL PRONÓSTICO Y UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN

Giménez Ruiz, P. (1); Sanz Herrero, F. (1); Ruiz Iturriaga, L. A. (2); García Clemente, M. M. (3); Serrano, L. (2); Serrano, L. (2); Carrión Collado, N. (1); Herrero Huertas, J. (4); Parra Rodas, E. (1); Fernández Fabrellas, E. (1); Zacalaín Jorge, R. (2)

(1) Hospital General Universitario de Valencia; (2) Hospital Universitario de Cruces; (3) Hospital Universitario Central de Asturias; (4) Fundación Jiménez Díaz

Objetivos

Las personas de edad avanzada son un grupo de riesgo en la neumonía neumocócica bacteriémica (NNB). Sin embargo, existe poca información sobre la importancia de qué serotipos son los causantes de la neumonía en relación con la edad.

Nuestro objetivo fue analizar la distribución de serotipos de neumococo respecto a diferentes grupos de edad en pacientes con NNB y estudiar su implicación clínica.

Metodología

Análisis de los serotipos de neumococo en diferentes grupos de edad en un estudio prospectivo, multicéntrico de pacientes con NNB no vacunados. Se estratificaron según los serotipos (3,6A,6B, 9N, 19F, 19A, 23F) u otros. Se realizó un análisis multivariante para identificar los factores asociados con la infección por serotipos de alto riesgo.

Resultados

Analizamos los datos de 859 pacientes con NNB, con una mediana de edad de 66 años (IQR 51-78) y 447 pacientes (52%) eran mayores de 65 años. Se estratificaron los pacientes por cuartiles de edad: Q1: 18-51 años, Q2: 52-66 años y Q3: 67-98 años. Se detectó infección por serotipos de alto riesgo en 291 pacientes (33,9%). Comparando los serotipos entre sí, la mayoría de los serotipos de alto riesgo estarían incluidos en la vacuna PCV-20 (88,7% vs 75,2%; $p < 0,01$). Los serotipos de alto riesgo se asociaron con mayor frecuencia a la edad avanzada (mayores de 65 años: 60,8% vs 47,5%, $p < 0,01$), y su frecuencia se incrementó conforme aumentaba la edad (Q1: 16,2%, Q2: 25,4%, Q3: 58,4%; $p < 0,01$). La edad se asoció de manera independiente con la infección por serotipos de alto riesgo [OR 1,41, (IC95% 1,09-1,18)]. Los pacientes con infección por serotipos de alto riesgo mostraron mayor gravedad de la neumonía [PSI IV-V: 74,2% vs 58,1%, $p < 0,01$] y para un mismo cuartil de edad la gravedad fue mayor cuando la infección era por serotipos de alto riesgo (PSI IV-V Q3: 51,9% vs 38,2%; $p < 0,01$). La mortalidad de la serie fue mayor en los pacientes infectados por serotipos de alto riesgo tanto en la serie total (19,6% vs 12,2%, $p = 0,004$), como para un mismo grupo de edad (Q3: 23,5% vs 16,5%; $p < 0,01$).

Conclusiones

1. La distribución de los serotipos de neumococo cambia con la edad en los pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica.
2. La incidencia de infección por serotipos de alto riesgo aumenta con la edad y para un mismo grupo etario producen peores desenlaces.
3. Existe una oportunidad para la prevención de la infección por serotipos de alto riesgo ya que muchos de ellos están incluidos en la vacuna PCV-20.

PATRÓN MICROBIOLÓGICO EVOLUTIVO EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE

Mompeán Rodríguez, S. (1); Inglés Azorín, M. (1); Oscullo Yopez, G. (2); Gómez Olivas, J. D. (1); Martínez Pérez, R. (1); Beauperthuy Levy, T. (3); Bekki, A. (4); López Fornas, C. (1); García Ortega, A. (5); Soler Cataluña, J. J. (6); De La Rosa, D. (7); Agustí, A. (8); Martínez García, M. Á. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe; (2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; (3) Hospital de Requena; (4) Hospital Vithas 9 de Octubre; (5) Hospital Universitario Dr. Peset; (6) Hospital Arnau de Vilanova-Lliria; (7) Hospital Santa Creu i Sant Pau; (8) IDIBAPS, Universidad de Barcelona

Objetivos

Estudiar el patrón microbiológico temporal, en esputo de pacientes EPOC.

Metodología

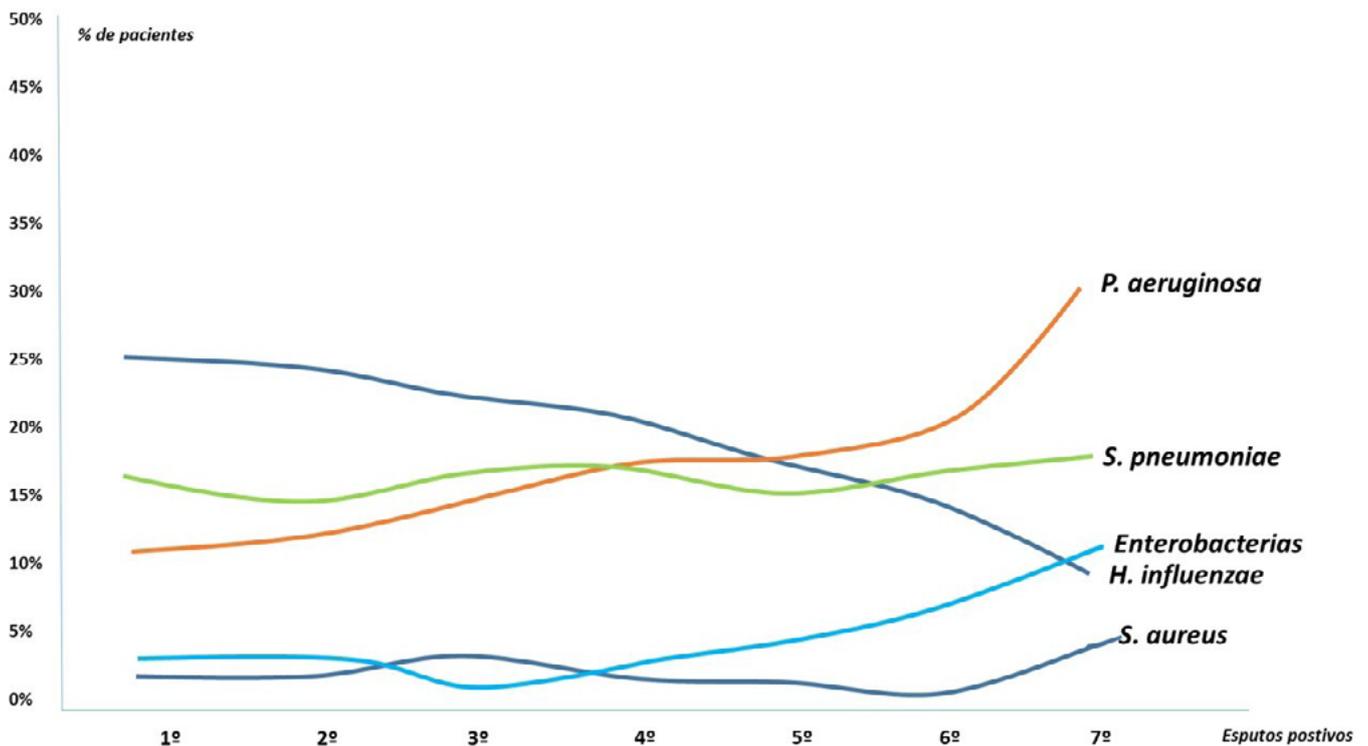
Estudio multicéntrico de cohortes históricas de pacientes con EPOC moderado-grave (estadios GOLD II-IV) capaces de expectorar seguidos cada 3-6 meses según su estado clínico y con recogida protocolizada y minuciosa de 2-3 esputos en cada visita médica para análisis microbiológico en fase de estabilidad clínica.

Resultados

Fueron incluidos 201 pacientes. Edad media de 70,3 (SD: 8,9) años (90,5% de varones). FEV1 medio: 47,8 (SD: 12,9) %. 517 esputos válidos a lo largo del seguimiento (Pseudomonas aeruginosa, PA (27,8%), Haemophilus influenzae, HI (23,5%), Streptococcus pneumoniae, SP (17,8%), otros (23,3%). 43,2% no presentaron aislamiento de bacterias patógenas.

Seguimiento mediano: 84 (RIQ: 44-108) meses. Mediana de esputos válidos anuales: 14,9 (IQR: 7,8-19,3). En la figura 1 se muestra la distribución temporal de los esputos positivos. HI es el primer microorganismo más frecuentemente aislado, si bien con el

tiempo disminuye su frecuencia mientras aumentan PA, enterobacterias y S aureus en estadios más avanzados. El aislamiento de SP se mantiene estable a lo largo del tiempo.



Conclusiones

La bacteria patógena inicialmente más frecuentemente aislada en pacientes con EPOC es Haemophilus influenzae, sin embargo, con el paso del tiempo ganan relevancia P. aeruginosa, S. aureus y las enterobacterias.

BRONCOSCOPIA VIRTUAL: UNA AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN PERIFÉRICA

Ferrando Gabarda, J. R. (1); Cabanes Lopez, L. (1); Meneses Petersen, E. D. (1); Lluch Tortajada, I. (1); Novella Sanchez, L. (1); Meseguer Sisternes, M. (1); Andres Franch, F. (1); Peris Sanchez, R. (1); Naval Sendra, E. (1)

(1) H. Universitario La Ribera

Objetivos

El diagnóstico de la lesión periférica es un desafío para el broncoscopista. En el siguiente trabajo analizamos la broncoscopia virtual como asistencia para planificar el recorrido hasta lesiones periféricas, confirmando ubicación en algunos casos con fluoroscopia o ebus radial.

Metodología

Estudio descriptivo en el que se analiza el rendimiento diagnóstico obtenido usando broncoscopia virtual en una cohorte de 51 pacientes con lesiones pulmonares periféricas en un periodo comprendido entre 2020 y 2024. Analizamos subgrupos según el tamaño de la lesión, uso de técnica complementaria (ebus-r o escopia), signo del bronquio, y calidad de la muestra (material suficiente para diagnóstico molecular). Realizamos una reconstrucción tridimensional de la vía aérea mediante renderización volumétrica de un TCAR con un software denominado KDS (Kanteron Systems). Con este modelo puede explorarse la vía aérea del paciente y marcar la ruta hasta la lesión, y en un segundo tiempo hacer la exploración reproduciendo la ruta memorizada, confirmando en algunos casos la llegada a la lesión con técnicas complementarias. Se utilizó un broncoscopio diagnóstico (Olympus Q190) y en las lesiones más distales un broncoscopio ultrafino (XP-190). En los procedimientos con ebus-r se utilizó sonda radial Olympus introducida a través de vaina guía de 2 mm de diámetro.

Resultados

Se analizaron los resultados de 56 muestras obtenidas de lesiones con un tamaño medio de 42 mm, sospecha de malignidad en un 87%, se usó fluoroscopia en un 21% y ebus-r en un 20%.

Nuestro rendimiento diagnóstico es del 66,6% en las lesiones <2 cm, e incrementándose al 81% en las >3cm. La presencia del signo del bronquio se observa en un 70% de los casos, siendo en este subgrupo la rentabilidad del 82%.

Se ha calculado a partir de nuestros resultados una S de 89% y E para malignidad de 73%, un VPP del 93%, VPN del 62%. Las complicaciones fueron similares a las habituales, siendo el sangrado leve el más frecuente.

Conclusiones

Según nuestros resultados la navegación por broncoscopia virtual mejora el rendimiento diagnóstico de la biopsia ciega, y su combinación con una técnica de confirmación de ubicación, ofrece un resultado similar al publicado para navegación electromagnética, con la ventaja de ser un procedimiento menos costoso en tiempo y recursos.

Referencias

- ¹ RADIAL-EBUS AND VIRTUAL BRONCHOSCOPY PLANNER FOR PERIPHERAL LUNG CANCER DIAGNOSIS: HOW IT BECAME THE FIRST-LINE ENDOSCOPIC PROCEDURE. LACHKAR ET AL. THORAC CANCER. 2022;13:2854–2860.
- ² DIAGNOSTIC YIELD OF FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY IN EVALUATING SOLITARY PULMONARY NODULES. BAAKLINI ET AL. CHEST . 2000 APR;117(4):1049-54. doi: 10.1378/chest.117.4.1049.
- ³ DIAGNOSTIC YIELD AND SAFETY OF ELECTROMAGNETIC NAVIGATION BRONCHOSCOPY FOR LUNG NODULES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. GET ET AL. RESPIRATION . 2014;87(2):165-76. doi: 10.1159/000355710. Epub 2014 Jan 3.



RESÚMENES
COMUNICACIONES
POSTERS
(FINALISTAS)

RELACIÓN ENTRE LA INFLAMACIÓN BRONQUIAL Y LA ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

Mengot Ruiz, N. (1); Méndez Ocaña, R. (1); Latorre Campos, A. (2); González Jiménez, P. (1); Amara Elori, I. (1); Reyes Calzada, S. (1); Menéndez Villanueva, R. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; (2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IISLAFE)

Objetivos

Las bronquiectasias presentan inflamación bronquial crónica de predominio neutrofílico. La activación de los neutrófilos se relaciona con la función plaquetaria pero no existen datos en esta patología. El objetivo del estudio fue evaluar la inflamación de la vía aérea y su asociación con la activación plaquetaria en pacientes con bronquiectasias.

Metodología

Estudio prospectivo observacional y unicéntrico en pacientes con bronquiectasias en situación de estabilidad clínica. Se recogieron datos sociodemográficos basales, de comorbilidad, microbiológicos, escalas pronósticas y encuestas de calidad de vida, con un año de seguimiento. Se evaluó la inflamación bronquial crónica a través del análisis de la elastasa del neutrófilo en esputo (mediante NeatStick®) y la activación plaquetaria a través de los agregados leucocito-plaqueta en sangre por citometría de flujo. Se realizó correlación de Spearman y test de U-Mann Whitney.

Resultados

Se reclutaron 52 pacientes con una mediana de edad de 66 años. El 67% eran mujeres, 19% con patología respiratoria crónica y 11% con inmunodeficiencia. La puntuación para el BSI fue de 7 y para el CAT de 14 puntos (TABLA 1). El porcentaje de elastasa positiva fue del 75%, con mediana de 6 (1-8), de los cuales el 25% tenía valores altos de elastasa (>8). De nuestra cohorte, la mediana del porcentaje de agregación leucocito-plaqueta y monocito-plaqueta fue del 11% y 28,3% respectivamente. Los pacientes con elastasa elevada presentaron más agregados leucocito-plaqueta y monocito-plaqueta ($p < 0.05$). Hubo una correlación entre la elastasa con las escalas de gravedad y calidad de vida, y de los agregados con la infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (TABLA 2). Pacientes con inmunodeficiencia o con infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* presentaron mayor activación plaquetaria, así como una tendencia a mayores niveles de elastasa.

Edad	66 (54-76)
Sexo mujer	35 (67,3%)
Enfermedades Respiratorias Crónicas	10 (19,2%)
Inmunodeficiencia	5 (10,6%)
BACI	1 (0-3)
IBC por P. Aeruginosa	19 (36,5%)
FEV1 (%)	78 (63-94)
BSI	7 (4-11)
FACED	2 (1-3)
E-FACED	2 (1-4)
CAT	14 (8-22)
BHQ	53 (45-58)

Tabla 1. Características basales.

BACI: Bronchiectasis Aetiology Comorbidity Index; IBC: Infección Bronquial Crónica; BSI: Bronchiectasis Severity Index; CAT: COPD Assessment Test; BHQ: Bronchiectasis Health Questionnaire.

NeatStick														
Agregados leucocito-plaqueta	0,242	Agregados leucocito-plaquetas												
Agregados monocito-plaqueta	0,121	0,846**	Agregados monocito-plaquetas											
BSI	0,504**	0,138	0,070	BSI										
FACED	0,477**	0,156	0,088	0,848**	FACED									
E-FACED	0,482**	0,096	0,040	0,906**	0,964	E-FACED								
Disnea mMRC	0,231	0,060	0,067	0,492**	0,513**	0,478**	Disnea mMRC							
CAT	0,309*	0,135	0,099	0,229	0,156	0,164	0,505**	CAT						
IBC PA	0,231	0,323*	0,359*	0,551**	0,507**	0,482**	0,386**	0,240	IBC PA					
NºExacerbaciones año previo	0,271	0,081	0,003	0,299*	0,079	0,175	0,074	0,293*	0,143	NºExacerbaciones año previo				
NºExacerbaciones 2 años previos	0,244	0,136	0,055	0,339*	0,133	0,219	0,108	0,336*	0,197	0,922**	NºExacerbaciones 2 años previos			
BACI	-0,044	-0,142	-0,134	0,398**	0,382**	0,386**	0,240	-0,023	0,069	-0,148	-0,104	BACI		
BHQ	-0,244	-0,221	-0,164	-0,199	-0,163	-0,146	-0,462**	-0,857**	-0,210	-0,473**	-0,497**	0,037	BHQ	
FEV1	-0,253	-0,120	-0,069	-0,476**	-0,500**	-0,470**	-0,542**	-0,532**	-0,260	-0,168	-0,219	-0,179	0,380**	FEV1

Tabla 2. Correlación de inflamación bronquial crónica y activación plaquetaria con escalas de gravedad, parámetros clínicos y encuestas de calidad de vida. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

BSI: Bronchiectasis Severity Index; CAT: COPD Assessment Test; IBC PA: Infección Bronquial Crónica por *Pseudomonas aeruginosa*; BACI: Bronchiectasis Aetiology Comorbidity Index; BHQ: Bronchiectasis Health Questionnaire.

Conclusiones

Existe una asociación entre la inflamación bronquial neutrofílica y la activación plaquetaria en pacientes con bronquiectasias. Queda por dilucidar si esta asociación tiene implicaciones pronósticas.

ACTIVACIÓN PLAQUETARIA EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC): DURACIÓN Y RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO

Porcar Moreno, M. (1); González Jiménez, P. (1); Latorre Campos, A. (1); Mengot Ruiz, N. (1); Méndez Ocaña, R. (1); Picazos Pérez, B. (1); Gimeno Peiró, Á. (1); Piqueras Rodríguez, M. (1); Reyes Calzada, S. (1); Amara Elori, I. (1); Menéndez Villanueva, R. (1)

(1) Hospital La Fe

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la activación plaquetaria, su duración y su relación con eventos cardiovasculares a largo plazo en pacientes con NAC hospitalizada mediante el análisis de biomarcadores, y su comparación con controles sanos.

Metodología

Estudio prospectivo con 321 pacientes inmunocompetentes con NAC hospitalizados en el Hospital La Fe (Valencia), comparados con 36 controles sanos. Como marcador de activación plaquetaria se analizó la expresión de P-selectina (CD61/CD62+) en la superficie plaquetaria mediante citometría de flujo en los días 1, 4/5 y 30. Se realizó seguimiento clínico de los pacientes hasta 1 año. Se llevó a cabo un análisis estadístico univariado mediante U-Mann Whitney.

Resultados

En los pacientes con NAC, la P-selectina se encuentra significativamente más elevada en el día 1 (mediana 1.58, RIQ 1.23-1.90), con respecto al día 4/5 (1.33, 1.02-1.71; $p < 0.001$) y al día 30 (1.45, 1.06-1.75; $p < 0.001$). Los valores de P-selectina en el día 1 fueron

significativamente superiores en los pacientes con respecto a los controles sanos. En los días 4/5 y 30, los valores de P-selectina se equiparan a los controles sanos (FIGURA 1).

Estratificando los pacientes por aquellos que han presentado un evento cardiovascular (ECV) durante la hospitalización o hasta el año de seguimiento, los niveles de P-selectina se mantenían elevados tanto en el día 1 (1.74, 1.28-1.96) como en el día 4/5 (1.53, 1.18-1.76; p: 0.107), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los niveles del día 4/5 de los pacientes con ECV eran significativamente superiores a aquellos pacientes sin ECV (1.30, 1.00-1.71; p: 0.045). Estas diferencias no fueron significativas en el día 1 y día 30 (FIGURA 2).

Conclusiones

La NAC induce mayor activación plaquetaria en los primeros días de hospitalización. Los pacientes que desarrollaron algún evento cardiovascular (intra o extrahospitalario) presentaron niveles más elevados de P-selectina en el día 4/5 con respecto a aquellos sin evento cardiovascular.

COMPARACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE TABAQUISMO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 Y EN EL PERIODO POST-PANDEMIA

Cifre Villalonga, P. (1); Bonet Ros, A. (1); Climent Campos, C. (1); Taberner Lino, L. (1); Lillo González, E. (1); Herrejón Silvestre, A. (1); Sala Marín, A. (1); Martínez Moragón, E. (1); Lera Álvarez, R. (1)

(1) Hospital Doctor Peset Valencia

Objetivos

1. Comparar las características sociodemográficas, comorbilidades, dependencia y motivación para dejar de fumar de la población atendida en pandemia y pospandemia.
2. Analizar los tratamientos prescritos, adherencia a los mismos y tasas de éxito a los 1, 3, 6 y 12 meses.

Metodología

Estudio retrospectivo observacional analizando las mismas variables en 2 periodos temporales: A- pandemia (junio 21- octubre 22) y B- pospandemia (noviembre 21-febrero 23) en los pacientes atendidos en una unidad de tabaquismo de un hospital terciario.

Resultados

El número de pacientes atendidos durante ambos periodos fue de 365, 115 en el periodo A y 250 pacientes en el B. Comparando A vs B, la edad fue similar en ambos grupos 56.5±10.2 vs 56.5±11 años, 52.2% vs 45.9% hombres. El consumo fue de 23.45±11.84 vs 19.17±10.2 cigarrillos, con un índice años paquete de 42.0±19.9 vs 37.7±19.1. La dependencia estudiada a través del test de Fagëstrom fue de 6.6±1.7 vs 6.0±2.0 (p=0.052) y la motivación medida por el test de Ritchmond fue de 7.4±2.0 vs 7.6±2.0. En cuanto a las comorbilidades asociadas, el número de pacientes con un trastorno psiquiátrico asociado fue de 35 (30,4%) vs 33 (13,2%) (p<0,001) no habiendo diferencias entre los factores de riesgo cardiovascular ni otras enfermedades pulmonares asociadas. En cuanto a los tratamientos pautados: consejo antitabaco 11 (13,3%) vs 18 (9,3%), vareniclina 16 (19,30%) vs 17 (8,8%) p<0,05, TSN 5 (6%) vs 7 (3,6%), TSN combinado 47 (56,6%) vs 98 (50,5%) p<0,05, bupropión 4 (4,8%) vs 1 (0,5%) y citisina 0 (0%) vs 53 (27,3%) p<0,05. Compraron el tratamiento pausado 58 (50,4%) vs 114 (45,6%) (p= 0,031). En cuanto al número de pacientes abstinentes tras el primer mes del inicio del tratamiento: 29 (38,2%) vs 71 (49,0%) (p<0,05). A los dos meses: 24 (36,4%) vs 65 (52,4%) (p<0,05). A los 6 meses: 18 (32,7%) vs 39 (41,5%) (p=ns) y a los 12 meses: 10 (33,3) vs 25 (34,2%) p=ns.

	Periodo A	Periodo B	p value
Pacientes atendidos	115	250	
Hombres (%)	52.2	45.9	ns
Edad (media± DS)	56.5±10.2	56.5±11.0	ns
Consumo Medio (nº cigarrillos)	23.5±11.8	19.2±10.2	ns
IAP	42.0±19.9	37.7±19.1	ns
Test Richmond	7.4±2.0	7.6±2.0	ns
Test Fagëstrom	6.6±1.7	6.0±2.0	p=0.052
Comorbilidades (%)			
HTA	32.2	28.5	ns
DM	14.8	13.3	ns
ASMA	15.7	12.4	ns
EPOC	37.4	24.1	ns
Cáncer	13.9	6.4	ns
T. Psiquiátricos	30.4	13.2	p<0.001
Tratamiento pautado (%)			
Consejo antitabaco	13.3	9.3	ns
TSN combinada	56.6	50.5	p<0.05
Vareniclina	19.30	8.8	p<0.05
Bupropion	4.8	0.5	ns
Citisina	0	53.0	p<0.05
TSN simple	6.0	3.6	ns
Todacitan		27.3	
Abstinencia al mes (%)	38.2	49.0	p<0.05
Abstinencia a los 2 meses (%)	36.4	52.4	p<0.05
Abstinencia a los 6 meses (%)	32.7	41.5	ns
Abstinencia al año (%)	33.3	34.2	ns

Conclusiones

1. El número de pacientes atendidos se ha duplicado en el periodo pospandemia.
2. El consumo de cigarrillos diarios y la dependencia a la nicotina fue ligeramente superior durante la pandemia.
3. El porcentaje de pacientes con un trastorno psiquiátrico asociado fue muy superior durante la pandemia.
4. Existe un claro cambio en la tendencia de tratamientos prescritos en ambos periodos.
5. El porcentaje de pacientes abstinentes a los 1 y 2 meses del primer día de tratamiento fue superior en el periodo pospandemia, igualándose posteriormente.

DIFERENCIAS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DEL REGISTRO RIETE. PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Taberner Lino, L. (1); Pedro Tudela, A. (1); Gracia Ortega, A. (1); De Juana Izquierdo, C. (1); Pérez Ductor, C. (1); López Jiménez, L. (2); Hernández Blasco, L. (3); Francisco Albesa, I. (4); De Ancos Aracil, C. (5); Lorenzo Hernández, A. (6); Villares Fernández, P. (6); Monreal Bosch, M. (7); Martínez Moragón, E. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; (2) Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (3) Universidad Miguel Hernández. ISABIAL, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante; (4) Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Gerona; (5) Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid; (6) Hospital Universitario La Paz, Madrid; (7) Facultad de Ciencias de la Salud, UCAM-Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia

Objetivos

La enfermedad tromboembólica venosa presenta diferencias biológicas entre hombres y mujeres de gran relevancia. Conocer en mayor profundidad estas diferencias específicas vinculadas al sexo dentro de la presentación clínica y evolución natural de la ETV contribuirá a optimizar el manejo de esta patología en función del sexo.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con ETV confirmada, extraídos de la base de datos del registro internacional multicéntrico RIETE, donde fueron incluidos desde enero de 2001 hasta marzo de 2021. Se describieron sus características generales, la forma de presentación clínica, los tratamientos empleados y los resultados obtenidos durante 1 mes de seguimiento comparados por sexo.

Resultados

Se incluyeron un total de 100.000 pacientes, provenientes de 421 centros de 31 países, con edad media de 65±17 años y IMC de 28±6kg. De ellos, 50.460 eran mujeres y 49.440 varones. Las mujeres fueron más jóvenes, sin diferencias en el IMC por sexo. Las mujeres presentaron de forma significativa con más frecuencia historia de varices, demencia/depresión, terapia hormonal e inmovilización reciente que los hombres, pero menos frecuentemente cáncer activo, enfermedad pulmonar crónica y cardiopatía isquémica (TABLA 1). Al diagnóstico, las mujeres se presentaron menos frecuentemente con insuficiencia renal grave, pero más frecuentemente con embolia pulmonar sintomática (51% vs 47%). Entre los pacientes con TEP sintomática, las mujeres presentaron más frecuentemente signos de gravedad incluyendo hipotensión (3,5% vs 3,1%), insuficiencia respiratoria (31% vs 26%), troponinas elevadas (35% vs 31%) y PESI simplificado >0 puntos (68% vs 63%). Los anticoagulantes orales de acción directa se administraron de inicio más a hombres (OR 1,20 IC95%: 1,12-1,29) que a mujeres, sin diferencias por sexo en el uso de terapias intervencionistas, incluyendo fibrinolíticos [OR 1,04 IC95%: 0,94-1,17], filtro de vena cava [OR 1,06 IC95%: 0,98-1,14], embolectomía pulmonar [OR 1,16 IC95%: 0,98-1,38], ECMO [OR 1,56 IC95%: 0,84-2,92], lisis mecánica [OR 0,81 IC95% 0,66-1]. A los 30 días, las mujeres presentaron menos recurrencias trombóticas, pero más sangrados graves y muerte por TEP que los hombres, sin diferencias en la mortalidad por todas las causas (TABLA 2).

Tabla 1. Características clínicas basales y presentación inicial de los primeros 100.000 pacientes del registro RIETE con TEV aguda, por género.

	N	Mujeres	Hombres
Pacientes	100,000	50,560	49,440
Características Demográficas			
Edad (media [DE])	65 [17]	63[16]	67[18] *
IMC (kg/m ²)	28 [6]	28[5]	28[6]
Factores de Riesgo de ETV			
Cáncer activo	19,459	9,124 (18%)	10,335 (21%)*
Cirugía reciente	10,843	5,654 (11%)*	5,189 (10%)
Inmovilización ≥4 días	21,635	12,055 (24%)*	9,580 (19%)
Viaje prolongado ≥ 6 horas	2,484	963 (2.0%)	1,521 (3.2%)*
Terapia hormonal	5,575	5,144 (10%)*	431 (0.90%)
Embarazo/posparto	1,235	1,235 (2.4%)*	0 (0.00%)
Antecedente de ETV	14,460	6,892 (14%)	7,568 (15%)*
Varices	16,571	10,275 (22%)*	6,296 (14%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	701	272 (0.54%)	429 (0.87%)*
Sin factor de riesgo conocido	47,677	21,662 (43%)	26,015 (53%)*
Comorbilidades			
Insuficiencia cardiaca crónica	6,394	3,669 (7.3%)*	2,725 (5.5%)
Enfermedad pulmonar crónica	11,144	4,317 (8.5%)	6,827 (14%)*
Diabetes	11,574	5,731 (11%)	5,843 (12%)
Enfermedad renal grave	5,507	1,735 (3.5%)	3,772 (7.5%)*
Cardiopatía isquémica	4,958	1,818 (3.6%)	3,140 (6.4%)*
Antecedente de ACV	4,625	2,355 (4.7%)	2,270 (4.6%)
Enfermedad arterial periférica	2,555	824 (2.3%)	1,731 (4.9%)*
Tabaquismo	10,165	3,281 (6.5%)	6,884 (14%)*
Sangrado mayor reciente	2,438	1,246 (2.5%)	1,192 (2.4%)
Enfermedad hepática	513	169 (0.33%)	344 (0.70%)*
Úlcera gastroduodenal	935	367 (0.73%)	568 (1.1%)*

Nivel de significancia estadística: *<0.001.

Abreviaturas: ETV, enfermedad tromboembólica venosa; IMC, índice de masa corporal; ACV, accidente cerebrovascular.

Tabla 2. Resultados a los 30 días del diagnóstico en los primeros 100.000 pacientes del registro RIETE con TEV aguda, por género.

	N	Mujeres	Hombres
Pacientes	100,000	50,560	49,440
TEV recurrente	907	408 (0.81%)	499 (1.0%)*
Sangrado mayor	1,278	729 (1.4%)*	549 (1.1%)
Muerte por todas las causas	3,703	1,913 (3.8%)	1,790 (3.6%)
Muerte por TEP	686	380 (0.75%)‡	306 (0.62%)

Nivel de significancia estadística: †<0.05; *<0.001.

Abreviaturas: TEV, tromboembolia venosa; TEP, tromboembolia pulmonar.

Conclusiones

Se observa variabilidad relevante vinculada al sexo en las características basales, forma de presentación, manejo y pronóstico de la ETV.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (GEPa) EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Martínez Valle, A. M. (1); Inglés Azorín, M. (1); Jove Lamas, A. (1); Sanfeliu Cuenca, P. (1); Martín Núñez, M. (1); Martínez Pérez, R. (1); de Diego Damiá, A. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Objetivos

La GEPa es una entidad poco frecuente, de diagnóstico difícil y que requiere un alto índice de sospecha. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la prevalencia, características clínicas, terapéuticas y pronóstico de pacientes con GEPa vistos en un hospital terciario con una unidad específica de asma.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de variables clínicas, gestión, evolutivas y pronósticas de pacientes con diagnósticos compatibles (CIE 10 M30.1, CIE 11 4A44.A2) vistos en consultas externas durante en el periodo 2000-2023, analizando la posible relación tras la incorporación de anticuerpos monoclonales

Resultados

Se han recogido 26 casos (11 varones, 15 mujeres), edad media al diagnóstico de 46 ± 17 años, 23% de ellos fumadores. Duración del asma previo al diagnóstico 14 ± 10 años. Gravedad de asma al debut de la enfermedad: 11,5% asma leve, 31% asma moderado y 31% asma grave. Especialidad que realiza el diagnóstico 38,5% realizado por neumología, 27% medicina interna y resto por otras especialidades (7,7% neurología, 7,7% cardiología, 3,8% cardiología, 3,8% reumatología).

Los valores de eosinofilia al diagnóstico mostraron una dispersión muy grande (media $3.910/\mu\text{L}$; desviación típica 2,5). La biopsia fue diagnóstica en un 65,6% de los casos (7 cutánea, 1 nervio, 6 pulmonar, 1 renal), y los ANCAS positivos en el 58%. Un 7,7% asociaron pericarditis mientras que un 42,3% mononeuritis múltiple.

Tratamiento actual: 14 casos con corticoides actualmente (dosis media 3,73 mg, desviación típica 3,31). Tiempo medio en tratamiento con corticoides de 108 meses. Durante el seguimiento un 20% fueron tratados con rituximab, un 23% con cilofosfamida y un 46% con azatioprina y el 11% micofenolato, solo 1 caso con tratamiento inmunosupresor combinado. Biológicos: un 35% han sido tratados con anticuerpos monoclonales, (34,6% mepolizumab, 3,8% benralizumab, 3,8% omalizumab, 7,7% reslizumab).

Actualmente se encuentran en situación estable un 69%. Se observa una correlación estadísticamente significativa entre la situación de estabilidad actual y la administración de anticuerpos monoclonales.

Conclusiones

En nuestra población la incidencia de diagnóstico sigue siendo baja y existe una gran variabilidad en cuanto al manejo, especialidades y tratamientos. Existe una asociación entre la administración de biológicos y la estabilidad clínica. Se requiere una mayor protocolización del manejo de estos pacientes.

Referencias

- ¹ CARR, T. F., ZEKI, A. A., & KRAFT, M. (2018). EOSINOPHILIC AND NONEOSINOPHILIC ASTHMA. AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE, 197(1), 22-37. [HTTPS://DOI.ORG/10.1164/RCCM.201611-2232PP](https://doi.org/10.1164/rccm.201611-2232PP)
- ² JACKSON, D. J., AKUTHOTA, P., & ROUFOSSE, F. (2022). EOSINOPHILS AND EOSINOPHILIC IMMUNE DYSFUNCTION IN HEALTH AND DISEASE. EUROPEAN RESPIRATORY REVIEW : AN OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY, 31(163), 210150. [HTTPS://DOI.ORG/10.1183/16000617.0150-2021](https://doi.org/10.1183/16000617.0150-2021)
- ³ COTTIN, V. (2023). EOSINOPHILIC LUNG DISEASES. IMMUNOLOGY AND ALLERGY CLINICS OF NORTH AMERICA, 43(2), 289-322. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.IAC.2023.01.002](https://doi.org/10.1016/j.iac.2023.01.002)
- ⁴ MCGREGOR, M. C., KRINGS, J. G., NAIR, P., & CASTRO, M. (2019). ROLE OF BIOLOGICS IN ASTHMA. AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE, 199(4), 433-445. [HTTPS://DOI.ORG/10.1164/RCCM.201810-1944CI](https://doi.org/10.1164/rccm.201810-1944CI)
- ⁵ DELLON, E. S., SIMON, D., & WECHSLER, M. E. (2022). CONTROVERSIES IN ALLERGY: THE POTENTIAL ROLE OF BIOLOGICS AS FIRST-LINE THERAPY IN EOSINOPHILIC DISORDERS. THE JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY. IN PRACTICE, 10(5), 1169-1176. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JAIP.2022.01.043](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.01.043)

ÍNDICES ADO Y BODEX COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD A UN AÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC

Galán Negrillo, M. (1); Ibarra Maciá, A. (1); Zamora Molina, L. (1); Baeza Martínez, C. (1); Ruiz Alcaraz, S. (1); García Pachón, E. (1)
(1) Hospital General Universitario de Elche

Objetivos

Predecir la mortalidad a un año en pacientes que ingresan por exacerbación de EPOC puede permitir personalizar tratamientos como los cuidados paliativos. Los índices ADO y BODEx son sencillos de aplicar en la práctica clínica y podrían ser útiles en esta situación.

Objetivo: Analizar si los índices ADO y BODEx son útiles para predecir la mortalidad a 1 año tras un ingreso por agudización de EPOC.

Metodología

Es un estudio prospectivo que incluyó a los pacientes consecutivos que ingresaron por agudización de EPOC entre 07/2019 y 10/2020. Si necesitaron más de un ingreso en el período, solo se registraron los datos del primero. Se excluyó a los pacientes en los que no se pudo realizar un seguimiento hasta el fallecimiento o de al menos 3 años. Los cálculos de los índices se establecen con la edad del paciente al ingreso, la disnea en situación basal según la escala mMRC, las exacerbaciones del año anterior y el IMC y el FEV1 en la exploración funcional más próxima al ingreso. La puntuación ADO (que oscila entre 0 y 10) se calcula de acuerdo a la propuesta de Puhan et al. (Lancet. 2009;374(9691):704-11) y el índice BODEx (0-9) según Soler-Cataluña et al. (Respir Med. 2009;103(5):692-9). Los pacientes se clasificaron en fallecidos y supervivientes al año del ingreso y la capacidad predictora se analizó mediante la curva ROC, estableciendo los valores de corte que mostraran la sensibilidad y la especificidad más próxima al 90%.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 117 pacientes (2 se habían excluido por seguimiento insuficiente). La edad fue de 73 ± 10 años (media ± DE), 25 (21%) eran mujeres, el FEV1 en porcentaje del teórico 44 ± 16, la disnea mMRC 2,3 ± 0,9, el índice BODEx 4,3 ± 2,1 y el índice ADO 5,3 ± 1,7.

Al año de seguimiento habían fallecido 18 pacientes (15%). El área bajo la curva (AUC) del índice ADO para clasificar a los pacientes

Índice ADO		Índice BODEx	
>7	E 0,96; S 0,39	>6	E 0,93; S 0,50
>5	S 0,89; E 0,56	>4	S 0,83; E 0,58

Conclusiones

Los índices ADO y BODEx son buenos predictores de mortalidad a 1 año en pacientes hospitalizados por EPOC. Valores superiores a 7 (ADO) o 6 (BODEx) indican una muy elevada probabilidad de caída en este período.

UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA PARA MEDIR LA PRESIÓN TRANSCUTÁNEA DEL ANHÍDRIDO CARBÓNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL CRÓNICA Y APLICABILIDAD PARA MONITORIZACIÓN Y AJUSTE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

Peris Sánchez, R. (1); Cabanes López, L. (1); Meseguer Sisternes, M. (1); Lluch Tortajada, I. (1); Novella Sanchez, L. (1); Ferrando Gabarda, J. R. (1); Andres Franch, F. (1); Naval Sendra, E. (1)

(1) Hospital Universitario de la Ribera

Objetivos

Evaluar la precisión y fiabilidad de la medición del nivel transcutáneo de CO₂ (TCO₂) comparando con los niveles de PaCO₂ en gasometría arterial mediante capnografía, así como su aplicabilidad en una consulta de monitorización y ajuste de ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Metodología

Se analizaron de forma prospectiva 31 pacientes consecutivos en una consulta de monitorización y ajuste de ventilación no invasiva. Los pacientes se valoraban directamente tras un ingreso en que se inició VMNI o bien pacientes ya portadores crónicos de VMNI, desde una consulta de monográfica de VMNI o bien de una consulta general de Neumología. Se realizaba una gasometría arterial y posteriormente se medía el nivel de TCO₂ mediante capnografía (capnógrafo SenTec Digital Monitoring System, constituido por el monitor SDM, los sensores, el sensor V-Sign™ 2 y el sensor OxiVenT™). También se analizaron datos de TCO₂ tras ajuste de su terapia respiratoria no invasiva (TRNI).

Resultados

Se analizaron 31 pacientes, 22 hombres y 9 mujeres, 11 procedentes de hospitalización, 6 procedentes de consulta monográfica VMNI y 14 de consulta general de Neumología. La patología constaba de 11 pacientes con EPOC, 3 con patología restrictiva, 16 con SOH y AOS y 1 paciente postcirugía torácica. 29 pacientes eran portadores de VNI y 2 de CPAP. No se encontraron diferencias entre la PaCO₂ basal (44.01 ± 6.5; 8.9) y la TCO₂ (43.78 ± 7.7), con una p=0.75. Se analizó mediante test correlación de Pearson la relación entre PaCO₂ y TCO₂, con una r=0.88. En 21 pacientes se realizó un ajuste de TRNI y se valoró la TCO₂, que tras el ajuste era de 38.5 ± 6.5, con diferencias con la TCO₂ inicial (p=0.004) y con la PCO₂ (P=0.003). Se modificaron parámetros ventilatorios en 18 pacientes, se cambió a tratamiento con CPAP en 1 paciente y se retiraron 2 VNI.

Conclusiones

El uso de la capnografía de forma rutinaria en pacientes con hipercapnia crónica es útil y fiable para poder realizar medición de niveles de CO₂, siendo por tanto una herramienta diagnóstica no invasiva de fácil uso en el día a día para pacientes con insuficiencia respiratoria global crónica, permitiendo el ajuste y monitorización ambulatoria.

Referencias

- RUIZ Y, FARRERO E, CÓRDOBA A, GONZÁLEZ N, DORCA J, PRATS E. TRANSCUTANEOUS CARBON DIOXIDE MONITORING IN SUBJECTS WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE AND SEVERE HYPERCAPNIA. RESPIR CARE. 2016 APR61(4):428-33. doi: 10.4187/respcare.04283. Epub 2016 Jan 19. PMID: 26786741.
- HERREJÓN A ET AL. UTILIDAD DE LA PRESIÓN TRANSCUTÁNEA DEL ANHÍDRIDO CARBÓNICO EN LA VALORACIÓN GASOMÉTRICA DE ADULTOS HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA. ARCH BRONCONEUMOL. 200642(5):225-9

VALIDEZ DE LA LECTURA AUTOMÁTICA DE POLISOMNOGRAFÍA MEDIANTE EL SISTEMA DE ANÁLISIS SOMNOLYZER

Torba Kordyukova, A. (1); Boira Enrique, I. (1); Esteban Ronda, V. (1); Chiner Vives, E. (1); Pastor Espla, E. (1); Sancho Chust, J. N. (1); Castello Faus, C. (1); Martínez Gómez, A. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Objetivos

La polisomnografía es la prueba diagnóstica empleada para el diagnóstico y clasificación del síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS). Sin embargo, además del tiempo que consume su análisis manual puede existir variabilidad interindividual. Por lo tanto, los algoritmos computerizados capaces de leer polisomnografía (PSG) de manera automática como Somnolyzer (Phillips, versión 4.0) podrían acelerar el proceso de corrección de PSG y mejorar la gestión en las unidades de sueño. El objetivo de este estudio fue determinar la validez del sistema Somnolyzer respecto a la lectura manual de PSG.

Metodología

Estudio observacional prospectivo realizado entre el 1 de junio de 2021 hasta el 20 de noviembre de 2023. Se incluyeron adultos con PSG realizada ante sospecha de AOS. Se analizaron variables demográficas, así como todas aquellas registradas en el estudio de sueño. Se analizó la concordancia entre la puntuación manual realizada por un neumólogo experto y la puntuación automática obtenida mediante el sistema Somnolyzer. Para evaluar la concordancia se empleó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y el método de Bland y Altman.

Resultados

Se incluyeron 67 pacientes, 49% hombres y 51% mujeres, edad media de 51 ± 16 años, IMC 27 ± 4 kg/m². Del total, 24% de los pacientes no padecieron AOS, 31% fue AOS leve, 31% moderado y 14% severo. La concordancia fue muy buena para TC90 (0,78), eficiencia de sueño (0,83), tiempo en fase N1 (0,8) y tiempo en fase REM (0,77). La concordancia fue buena para IAH (0,71) y tiempo en fase N3 (0,73). La concordancia fue suficiente para, ODI (0,55), tiempo total de sueño (0,47) y tiempo en fase N2 (0,30)

Las diferencias medias y los límites de concordancia fueron: IAH: -2.57 (IC95% -24, 19.5), ODI: -2.6 (IC95% -12.9, 7.7), TC90: -0.032 (IC95% -0.59, 0.53), eficiencia de sueño: 2.54 (IC95% -12.5, 8.2), tiempo en N1: 8.36 (IC95% -53.5, 70.2), tiempo en N2: 22.67 (IC95% -129.6, 175), tiempo en N3: 11.40 (IC95% -41.1, 63.9) y tiempo en REM: -0.58 (IC95% -39.1, 37.9).

Conclusiones

El análisis automático mediante el sistema Somnolyzer proporciona resultados similares a los obtenidos mediante la corrección manual, por lo que podría ser un sistema útil que permitiría facilitar la revisión y análisis de los estudios de sueño

RENDIMIENTO DE LA PRUEBA DE ESFUERZO EN LA CONSULTA DE ASMA GRAVE

Pérez Amorós, J. (1); Giménez Suau, M. (1); Pérez Cabezas, A. J. (1); Asensio Sánchez, S. (1); León Ramírez, J. M. (1); Martínez García, M. D. L. Á. (1); García Ródenas, M. D. M. (1); Fernández Aracil, C. (1)

(1) Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos

Es recomendable el manejo de los pacientes con asma grave en unidades especializadas, tanto por su complejidad, como por el gran número de patologías asociadas que con frecuencia presentan (que no solamente pueden impedir un adecuado control de la enfermedad asmática, sino que, en muchas ocasiones, también cursan con disnea). Aunque la correlación entre función pulmonar y disnea no es buena, a veces resulta difícil explicar su génesis y, por tanto, tratarla adecuadamente.

Nuestro objetivo fue revisar la utilidad de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) en el diagnóstico de disnea en pacientes con asma grave.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron los resultados de todas las PECP realizadas en el Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante entre enero de 2021 y octubre de 2023, indicadas desde la consulta monográfica de asma grave por disnea aparentemente no justificada, ni por exploración funcional respiratoria, ni por otras comorbilidades. Todos los pacientes tenían un test de adhesión a inhaladores = 50 y contaban con búsqueda activa y optimización de tratamiento de comorbilidades más frecuentemente asociadas al asma.

Resultados

Se incluyeron 6 pacientes, con una edad media de 63 ± 9 (51-77) años. La tabla muestra los resultados más relevantes. En dos casos se realizó ecografía diafragmática. En uno, por PECP no valorable por esfuerzo submáximo (atribuido a fatiga muscular secundaria a fibromialgia) y, en el segundo, por resultado de limitación ventilatoria. En ambos casos se encontró debilidad y paresia diafragmática bilateral, respectivamente. Tres pacientes fueron derivados a Cardiología por resultado de limitación cardíaca (en dos de ellos el diagnóstico final fue de disfunción diastólica y en uno, de angina vasoespástica. Los dos pacientes que presentaron hiperventilación durante la PECP, también mostraron otro resultado relevante en la prueba. En un caso la prueba resultó normal y el paciente mejoró con psicoterapia.

Conclusiones

Ni el mal control de la enfermedad asmática ni la hiperventilación por sí sola explicaron la presencia de disnea en nuestros pacientes. La PECP ayudó en todos los casos a filiar la etiología de la disnea, muchas veces tratable y de origen no sospechado.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN LINFOCITARIA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-COV2

Parra Rodas, E. (1); Sanz Herrero, F. (1); Carrión Collado, N. (1); Giménez Ruíz, P. (1); Fernández Fabrellas, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV)

Objetivos

Los linfocitos desempeñan un papel clave en la respuesta inmunitaria frente al SARS-COV2 y la linfopenia es factor de mal pronóstico. Valorar la función linfocitaria podría añadir información de la capacidad de respuesta a la infección. El objetivo fue determinar el papel pronóstico de la función linfocitaria medido por IGRA en pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV2.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad COVID del CHGUV entre Abril de 2020 hasta Junio de 2023 de pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV2 que tuvieran determinación de IGRA al ingreso. Estratificamos los pacientes de acuerdo a función linfocitaria: linfocitos funcionales (IGRA negativo/positivo) o disfuncionales (IGRA indeterminado). Se analizaron valores de linfocitos totales y poblaciones linfocitarias. Se contrastó mediante prueba Chi2 las variables clínicas y analíticas asociadas con la evolución.

Resultados

Se analizaron 362 pacientes, la edad media fue 67 años, 267(73.8%) pacientes tenían resultado IGRA negativo/positivo (IGRA N/P) y 95 (26.2%) pacientes tenían IGRA indeterminado (IGRA/I), referían alguna comorbilidad 241 (66.6%) pacientes. La media de linfocitos el primer día de ingreso fue $1105.52 (\pm 762)$, tenían linfopenia al ingreso 188 (51.9%) pacientes, 177 (48.9%) pacientes tuvieron complicaciones. Los pacientes IGRA/I tenían recuento de linfocitos normal al ingreso respecto al grupo con IGRA N/P (82.2% vs 17.8 $p < 0.001$), en cuanto a desenlaces hubo mayor ingreso en UCI en pacientes IGRA/I 30 (66.7%) respecto al grupo IGRA N/P 15(33.3%) ($p < 0.001$), desarrollaron shock en el grupo IGRA/I 12(75%) respecto a 4(25%) del grupo IGRA N/P ($p < 0.001$), requirieron intubación orotraqueal (IOT) 24 (66.7%) pacientes IGRA/I respecto a IGRA N/P 12 (3.3%) ($p < 0.001$). Fallecieron 44 pacientes (12.2%), no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por grupos.

Conclusiones

En el presente estudio se encontró que los pacientes ingresados por NAC secundaria a Sars-Cov2 con resultado IGRA indeterminado tuvieron peores desenlaces respecto a ingreso en UCI, necesidad de IOT y desarrollo de shock, al comparar con pacientes con IGRA negativo/positivo probablemente todo ello secundario a disfunción linfocitaria. Por lo tanto la valoración indirecta de función linfocitaria ofrece un valor pronóstico en la neumonía por SARS-CoV-2

Referencias

- ¹ AJAY GUPTA, SUMIT SURAL A, AYUSH GUPTA, ET AL. POSITIVE QUANTIFERON TEST AND THE SEVERITY OF COVID-19 DISEASE: A PROSPECTIVE STUDY, INDIAN JOURNAL OF TUBERCULOSIS. VOLUME 68, ISSUE 4, OCTOBER 2021, PAGES 474-480
- ² DIAO B, WANG C, TAN Y, CHEN X, LIU Y, NING L, ET AL. REDUCTION AND FUNCTIONAL EXHAUSTION OF T CELLS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19). FRONT IMMUNOL. 2020 MAY 11;11:827
- ³ NG CT, SNELL LM, BROOKS DG, OLDSTONE MB. NETWORKING AT THE LEVEL OF HOST IMMUNITY: IMMUNE CELL INTERACTIONS DURING PERSISTENT VIRAL INFECTIONS. CELL HOST MICROBE. 2013 JUN 12;13(6):652-64

UTILIDAD DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL CÁNCER DE PULMÓN

Martínez Aracil, A. (1); Aguilar Peñaranda, P. (1); Barranco Simó, M. J. (1); De Casimiro Calabuig, E. (1); Comes Raga, A. (2); Morales Garces, M. M. (2); Doménech Peris, A. (2); Safont Muñoz, B. (1); Boix Cerda, M. J. (1); Chiva Deves, R. (1); Fernández Fabrellas, E. (1)
(1) Servicio de Neumología del Hospital General de Valencia; (2) Servicio de Análisis Clínicos del Hospital General de Valencia

Objetivos

El cáncer de pulmón es a nivel mundial, una de las neoplasias más frecuentes y la que peor pronóstico conlleva. El uso de los marcadores tumorales (MT) sigue siendo un reto en cuanto al abordaje de este. Esto nos impele a tenerlos presentes como predictores de neoplasias pulmonares, seguir investigando acerca de estos y determinar su posible implicación en el manejo. Nuestro objetivo fue valorar la relación entre MT con el diagnóstico histológico de neoplasia pulmonar.

Metodología

Estudio retrospectivo en el que determinamos un panel que incluye seis marcadores tumorales (CEA, CA 15.3, SSC, CYFRA 21-1, NSE, ProGRP), obtenidos a través de muestras sanguíneas, en pacientes remitidos a nuestras consultas monográficas de tumores debido a la sospecha clínica de cáncer de pulmón (nódulo y/o masa pulmonar). Recogimos características morfológicas, radiológicas, histológicas, valores de los MT, así como tabaquismo y fallecimiento (junio22-septiembre23).

Análisis estadístico utilizado: test de Fisher y regresión logística.

Resultados

N	36
Edad media	69 (±10)
Sexo	61% mujeres.
Tabaquismo	86%
Diagnóstico histológico de carcinoma pulmonar	58,3%
Nódulos pulmonares	61%

Figura 1. Características de la muestra.

58,3% con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón, 61% presentaban nódulos pulmonares, 83,3% tenían apariencia de lesiones malignas por TC y en el 70% de estas se confirmó con la histología, captación media PET 7,2 SUV, 36,1% de las lesiones se encontraban

en LSI, 9% presentaban adenopatías mediastínicas, 77,8% se les realizó FBC. Tan solo 2 pacientes presentaban metástasis y el 8,3% fallecieron.

Tipo de lesiones	Benignas	Malignas
CEA	7 ($\pm 8,1$)	9($\pm 7,6$)
CA 15.3	11,8($\pm 7,6$)	17,4($\pm 9,2$)
SCC	1,4($\pm 0,8$)	2,2($\pm 1,9$)
CYFRA 21-1	2,6($\pm 1,4$)	6,3($\pm 5,2$)
NSE	13,7($\pm 2,9$)	18,4($\pm 5,9$)
ProGRP	49($\pm 22,9$)	66,8($\pm 28,9$)

Figura 2. Valores medios de los MT.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la elevación de los MT con el aumento de tamaño de las lesiones ($p < 0,05$). Demostramos relación significativa entre el panel combinado de MT con diagnóstico de cáncer ($p < 0,05$). Analizando malignidad con los MT de forma independiente, sí se alcanza la significación estadística con CA 15.3, SSC, CYFRA-21-1, NSE y ProGRP.

Conclusiones

1. El tamaño de las lesiones neoplásicas repercute en el valor de los MT.
2. El panel combinado de marcadores tumorales es útil en la predicción de malignidad.
3. CA 15.3, SSC, CYFRA 21-1, NSE y ProGRP podrían ser buenos predictores para la identificación de neoplasias pulmonares incipientes.

USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA

Bonet Ros, A. (1); Cifre Villalonga, P. (1); Pedro Tudela, A. (1); K. Boris Bermeo, C. (1); Herrejón Silvestre, A. (1); Sala Marín, A. (1); Martínez Moragon, E. (1); Lera Álvarez, R. (1)

(1) Hospital Doctor Peset Valencia

Objetivos

Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de Bronquiectasias (BQ) no fibrosis quística (FQ) con criterios de Infección Bronquial Crónica (IBC) y uso de antibióticos (atb) inhalados. Comprobar si existen diferencias en cuanto a la efectividad para negativizar los esputos dependiendo del tipo de antibiótico usado o el tipo de microorganismo causante de la IBC.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y no intervencionista.

Características clínicas y demográficas de los pacientes con diagnóstico de BQ e IBC que usan antibioticoterapia inhalada entre Enero de 2021 a Diciembre de 2023 atendidos en una consulta monográfica de BQ.

Cultivos de esputo a los 2, 4, 6 y 12 meses del inicio del tratamiento con el objetivo de observar si existen diferencias en su eficacia para negativizar los esputos frente a los diferentes microorganismos y su tolerabilidad.

Resultados

90 pacientes de 69.69 ± 10.50 años. 53 mujeres (58.9%). Comorbilidades: Hipertensión arterial, 39 (43.3%); Diabetes Mellitus tipo 2, 15 (16.7%); Dislipemia, 27 (30%); Asma, 17 (18.9%); Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 27 (30%). 23 exfumadores >15 a /p (25.6%). 67 (74.4%) con BQ difusas en TCAR. 68 (75.6%) con IBC por Pseudomonas Aeruginosa (PA). Los antibióticos usados fueron: Colfinair 32(35.55%); Bramitob 31 (34.44%); Promixin 24 (26.66%); Colobreathe 2 (2.22%); Tob1 1 (1.11%). Conseguimos negativizar los esputos en: 44 (48.9%) a los 2 meses; 51 (56.7%) a los 4 meses; 48 (53.3%) a los 6 meses; 51 (56.7%) a los 12 meses de iniciado el atb inhalado.

Los pacientes con IBC producida por PA (22 vs 68) negativizaron más a los 6 y 12 meses ($p < 0.001$), 10 vs 38 y 9 vs 42, respectivamente respecto a otros microorganismos potencialmente patógenos (MPP)). No encontramos diferencias en cuanto a la negativización

de los esputos en dichos periodos según el atb usado o la pauta utilizada ($p=ns$). Tuvieron broncoespasmo como efecto secundario 5 pacientes (5,55%) no habiendo diferencias entre los diferentes tratamientos ($p=ns$).

Conclusiones

1. Todos los antibióticos inhalados utilizados son bien tolerados.
2. Conseguimos negativizar los esputos en un alto porcentaje de nuestros pacientes desde los 2 meses de iniciado el tratamiento independientemente del antibiótico o pauta utilizada.
3. La efectividad de los antibióticos inhalados es mayor para la IBC producida por PAPA que frente a otros MPP que frente a otros MPP.

TRAS 3 AÑOS DEL INICIO DE LA PANDEMIA, ¿PODEMOS ESTABLECER QUE NO EXISTE PROGRESIÓN EN LAS ALTERACIONES RADIOLOGICAS?

Cabanes Lopez, L. (1); Lluch, I. (1); Meseguer, M. (1); Ferrando, J. R. (1); Novella, L. (1); Franch, F. (1); Peris, R. (1); Naval, E. (1)
(1) Alzira

Objetivos

Tras 3 años desde el inicio de la pandemia por el SARS-CoV-2, escasean estudios sobre la evolución de las secuelas pulmonares relacionadas con este virus. Nuestro objetivo es evaluar si las alteraciones radiológicas post-neumonía persisten, mejoran o progresan después de 2 años de seguimiento, evaluando su relación con características clínicas, funcionales y factores de riesgo.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de pacientes que acudieron entre mayo 2020- mayo 2022 a la consulta monográfica POSTCOVID para seguimiento tras neumonía por SARS-CoV-2. Se evaluaron 68 pacientes con un seguimiento mínimo de 2 años desde la primera consulta. Se recogieron datos demográficos, radiológicos y funcionales.

Resultados

Se examinaron 68 pacientes con antecedentes de Neumonía por SARS-CoV-2 que requirieron hospitalización entre marzo de 2020 y abril de 2022. Las características demográficas y funcionales se detallan en las Tablas 1 y 2. Las anomalías más comunes en la tomografía de tórax después de 2 años incluyeron bandas parenquimatosas periféricas (66%), bronquiectasias/bronquiolectasias (57%), reticulación (57%) y vidrio deslustrado (32%), sin una clara predominancia en la localización pulmonar, aunque la distribución periférica fue más frecuente (31%). Se observó mejoría radiológica en el 16% de los pacientes, mientras que el 84% restante no mostró progresión. No se registró empeoramiento radiológico durante el seguimiento. Funcionalmente, se observó una mejoría estadísticamente significativa en FVC, FEV1 y DLCO (TABLA 2). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas alteraciones radiológicas y la presencia de síntomas persistentes, estancia en UCI, función pulmonar o comorbilidades, excepto en la asociación de asma con mejora radiológica ($p < 0.001$).

Conclusiones

Las alteraciones del parénquima pulmonar son hallazgos frecuentes, pero no muestran signos de progresión ni tampoco existe una concordancia con síntomas persistentes, comorbilidades, estancia en UCI o alteraciones del patrón funcional. Según nuestros datos, podría no ser necesario realizar un seguimiento a largo plazo en pacientes clínicamente y funcionalmente estables.

EFICACIA DE BENRALIZUMAB EN RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL Y ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO.

Murcia Illán, M. F. (1); Boira Enrique, I. (1); Chiner Vives, E. (1); Boluda Verdú, E. (1); Bernabeu Martínez, M. Á. (1); Torba Kordyukova, A. (1); Hernández Padilla, M. (1); Martínez Gómez, A. D. V. (1); Esteban Ronda, V. (1); Castelló Faus, C. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan Alicante

Objetivos

El objetivo del trabajo es evaluar la eficacia de benralizumab en el tratamiento del asma eosinofílico grave no controlado (AEGNC) así como en rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RScPN).

Metodología

Se incluyeron pacientes con AEGNC y RScPN que iniciaron benralizumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y puntuación ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), AQLQ, EVA, SNOT-22, retirada de esteroides, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias. Se emplearon la escala FEOS y EXACTO para evaluar la respuesta.

Resultados

Se analizaron 58 pacientes (64% mujeres) con al menos 12 meses de tratamiento, de 55 ±13 años, FEV1% 84±18%, IMC 27.4±7kg/m², seguimiento 21±8 meses, IgE 360,9±806 UI/mL (16-3020), eosinófilos 786±503 (240-3020). Presentaban comorbilidad el 93% de los pacientes; rinitis 74%, anosmia/hiposmia 52%, dermatitis atópica 28%, alergia alimentaria 21%, asma relacionada con AINES (EREA) 34,5%, aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) 1,7%, obesidad 6%. En tratamiento con: 100% dosis altas de GCI, 98% LABA, 88% SABA, 45% montelukast, 45% LAMA, 21% antihistamínicos, 57% antileucotrienos y 5% esteroides orales. El 33% de los pacientes ingresaron el año previo, el 70% acudieron a urgencias y el 72% recibieron ciclos de esteroides, con 5,6±5 exacerbaciones/año de media. Tras benralizumab, se redujeron las exacerbaciones en 82% (5,6±5 vs 1±2,5 p<0.001), los ciclos de esteroides en 84% (3,16±3 vs 0,5±1, p<0.001), visitas a urgencias en el 83% (2,62±2,7 vs 0,45±1, p<0.001) e ingresos en 76% (0,84±1 vs 0,2±0,8, p<0.001). Mejoró el ACQ (3,19±1 vs 1,1±0,81, p<0.001), ACT (15,33±1,59 vs 22,48±2, p<0.001), AQLQ (2,4±0,38 vs 5,3±0,84, p<0.001) y VAS (7,57±1 vs 2,1±1, p<0.001). Hubo mejoría significativa en FEV1% (84,6±18 vs 91±18, p<0.001) y FEV1/FVC% (69,5±10 vs 74±10, p<0.001). En RscPN mejoró en SNOT 22 (54,66±17 vs 20,24±9, p<0.001), EVA obstrucción (7,91±1 vs 1,36±1, p<0.001), EVA goteo (7,76±1 vs 1,38±1, p<0.001), EVA anosmia (7,66±1 vs 1,38±1, p<0.001) y EVA presión facial (7,91±1 vs 1,22±1, p<0.001). El FEOS tras tratamiento fue 73±14. Según EXACTO alcanzaron respuesta completa/superrespuesta el 57% de los pacientes, respuesta buena el 28% y respuesta parcial el 15%.

Conclusiones

Benralizumab mejoró los síntomas nasales y control del asma en pacientes con RScPN y AGNC, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, tratamiento de rescate, visitas a urgencias e ingresos con remisión clínica del 57%.

ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES (PROMS) EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) EN TRATAMIENTO CON CPAP.

Maestre Puerto, L. (1); Pulido Sánchez, A. (1); Gil Martínez, B. (1); Chiner Vives, E. (1); Boira Enrique, I. (1); Boluda Verdú, E. (1); Fernández González, E. (1); Vañes Baños, S. (2); Torba Kordyukova, A. (1); Navarro Marín, S. (2); García Ferrer, S. (2)

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

Objetivos

Elaborar PROMs específicos para CPAP y su aplicación en pacientes con AOS para valorar la actividad y somnolencia diurna, aspectos psicofísicos y tolerancia para así predecir y mejorar la adherencia.

Metodología

Expertos en sueño seleccionaron las cuestiones. Se entrevistaron a pacientes con AOS para evaluar su comprensión. Se evaluó su validez y reproducibilidad mediante coeficiente de correlación intraclass (CCI). Posteriormente, se aplicó el cuestionario a un amplio grupo con una aplicación anónima. Los resultados se agruparon en: Actividad y somnolencia diurna Aspectos psicofísicos y Tolerancia al tratamiento. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas, test de consistencia interna (α -Cronbach), de correlación y normalidad. Se empleó la t-student o la U de Mann Whitney para comparar muestras independientes y chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados

Tras su elaboración, se evaluó la Consistencia Interna mediante el Alfa de Cronbach (Beneficio total 0.906 y Tolerancia 0.69) y la Reproducibilidad con CCI (Beneficio total 0.99 y Tolerancia 0.949). Posteriormente, se aplicó a 985 pacientes con edades entre 29 y 94 años, edad media de 64 ± 11 años, 757 hombres y 228 mujeres, 63 ± 11 vs. 66 ± 10 ($p < 0.001$), perímetro de cuello 43 ± 3 vs 38 ± 3 ($p < 0.001$), Epworth 12 ± 4 vs 11 ± 3 ($p = ns$). La puntuación media de Beneficio total fue 29 ± 8 puntos sobre 40, mediana de 32 puntos (8-40) no siguiendo una distribución normal, con puntuación favorable superior a 24 puntos el 75 %. La puntuación media de Tolerancia fue de 8.5 ± 3 puntos sobre 30, con mediana de 8 puntos (6-24), no siguiendo una distribución normal, presentando puntuación favorable inferior a 18 el 98.6 %. Al comparar hombres y mujeres, en Actividad y somnolencia, hubo diferencias significativas en reducción de cansancio ($p = 0.003$), mayor actividad ($p = 0.007$), menor somnolencia ($p = 0.005$), control ($p = 0.0001$) y conducción segura ($p = 0.0001$), con mayor mejoría en hombres. En la dimensión Psicofísica, hubo diferencias significativas en cambios anímicos ($p = 0.025$), con mayor mejoría en hombres. En la Tolerancia al tratamiento, hubo diferencias significativas en claustrofobia ($p = 0.016$), heridas cutáneas ($p = 0.013$), sujeción de cabello ($p = 0.000$), con mayor proporción en mujeres.

Conclusiones

Los PROMS elaborados son consistentes y reproducibles. La mayoría de los pacientes reportan beneficios y buena tolerancia siendo mayor en hombres. Pueden identificar un 25% de pacientes con baja percepción de beneficio para mejorar su adherencia.

NEUMOTÓRAX COMO COMPLICACIÓN TRAS CRIOBIOPSIA PULMONAR Y SU RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICO-RADIOLÓGICOS

Jove Lamas, A. (1); Inglés Azorín, M. (1); Cases Viedma, E. (1); Briones Gómez, A. (1); Martínez Tomás, R. (1); Mancheño Franch, N. (1); López Valdivia, C. M. (1); Martínez Francés, M. (1)

(1) Hospital Universitari i Politecnic La Fe

Objetivos

La criobiopsia es una técnica endoscópica diagnóstica para las enfermedades intersticiales pulmonares. Es una técnica segura pero que todavía se asocia con ciertas complicaciones como la hemorragia o neumotórax. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de neumotórax tras criobiopsia en relación con diferentes hallazgos clínico-radiológicos

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que requirieron una criobiopsia entre 2015 y 2022. Se recogen datos demográficos, funcionales, motivo de solicitud de la prueba, hallazgos radiológicos, técnicos, histológicos, complicaciones y diagnóstico final. Se analizó la correlación entre dichos hallazgos y la presencia de neumotórax tras la criobiopsia. Para ello se utilizaron los análisis estadísticos del χ^2 con el test exacto de Fisher y corrección de Yates y la prueba de t de Student. Los datos se expresan como N (%) y media (DE).

Resultados

Se incluyeron 138 pacientes, 53,6% mujeres, edad de $61,28$ ($13,35$) años con una FVC de $87,37$ ($18,98$) %, FEV1 $85,32$ ($20,09$) % y DLCO de $62,51$ ($17,09$) %. Se recogieron una media de $4,18$ ($1,31$) muestras por técnica con un tamaño medio de $0,67$ ($0,57$) cm. Los vidrios deslustrados (52,2%), la reticulación (51,4%) y las bronquiectasias de tracción (49,3%) fueron los hallazgos radiológicos más frecuentes. Los dos motivos más frecuentes de solicitud fueron afectación intersticial (38%) y fibrosis (21%). Las localizaciones más frecuentes

fueron lóbulo inferior derecho 34,1% e izquierdo 19,6%. En un 55,8% se realizaron en más de un segmento del mismo lóbulo y sólo en 7 pacientes (5,1%) en más de un lóbulo. 16,7% de las biopsias no fueron concluyentes. La histología más frecuente fue un 16,7% patrón de neumonía intersticial usual, 9,4% neumonía intersticial no específica y 13,8% fibrosis indeterminada. No se alcanzó un diagnóstico final en el 28,3% de los pacientes y el más frecuente fue Fibrosis Pulmonar Idiopática con un 19,6%. 8 (5,8%) presentaron neumotórax y 43 (31,1%) sangrado, 84% de ellos leves.

Conclusiones

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la aparición de neumotórax tras una criobiopsia y los diferentes hallazgos radiológicos, incluidas las lesiones de contenido predominantemente aéreo (enfisema, quistes, bullas, panalización), funcionales, localización, número de muestras, tamaño, presencia de pleura en la biopsia, histología o diagnóstico. Nuestros resultados sugieren que ninguno de estos parámetros debe ser una contraindicación para la realización de dicha técnica.

Referencias

- ¹ KHEIR F, URIBE BECERRA JP, BISSELL B, GHAZIPURA M, HERMAN D, HON SM, HOSSAIN T, KHOR YH, KNIGHT SL, KREUTER M, MACREA M, MAMMEN MJ, MARTINEZ FJ, POLETTI V, TROY L, RAGHU G, WILSON KC. TRANSBRONCHIAL LUNG CRYOBIOPSY IN PATIENTS WITH INTERSTITIAL LUNG DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW. ANN AM THORAC SOC. 2022 JUL19(7):1193-1202. doi: 10.1513/AnnalsATS.202102-198OC. PMID: 35499855.
- ² RAVAGLIA C, BONIFAZI M, WELLS AU, TOMASSETTI S, GURIOLI C, PICIUCCHI S, DUBINI A, TANTALOCCHIO P, SANNA S, NEGRI E, TRAMACERE I, VENTURA VA, CAVAZZA A, ROSSI A, CHILOSI M, LA VECCHIA C, GASPARINI S, POLETTI V. SAFETY AND DIAGNOSTIC YIELD OF TRANSBRONCHIAL LUNG CRYOBIOPSY IN DIFFUSE PARENCHYMAL LUNG DISEASES: A COMPARATIVE STUDY VERSUS VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC LUNG BIOPSY AND A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE. RESPIRATION. 201691(3):215-27. doi: 10.1159/000444089. Epub 2016 Mar 1. PMID: 26926876.
- ³ RAVAGLIA C, WELLS AU, TOMASSETTI S, GURIOLI C, GURIOLI C, DUBINI A, CAVAZZA A, COLBY TV, PICIUCCHI S, PUGLISI S, BOSI M, POLETTI V. DIAGNOSTIC YIELD AND RISK/BENEFIT ANALYSIS OF TRANS-BRONCHIAL LUNG CRYOBIOPSY IN DIFFUSE PARENCHYMAL LUNG DISEASES: A LARGE COHORT OF 699 PATIENTS. BMC PULM MED. 2019 JAN 1619(1):16. doi: 10.1186/s12890-019-0780-3. PMID: 30651103; PMCID: PMC6335717.
- ⁴ MONONEN M, SAARI E, HASALA H, KETTUNEN HP, SUORANTA S, NURMI H, RANDELL J, LAURIKKA J, UIBU T, KOSKELA H, KAARTEENAHO R, PUROKIVI M. RISK FACTORS OF CLINICALLY SIGNIFICANT COMPLICATIONS IN TRANSBRONCHIAL LUNG CRYOBIOPSY: A PROSPECTIVE MULTI-CENTER STUDY. RESPIR MED. 2022 AUG-SEP200:106922. doi: 10.1016/j.rmed.2022.106922. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35759888.

IMPACTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES EN LOS VALORES ESPIROMÉTRICOS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

Taberner Lino, L. (1); Mayo Juanatey, A. (1); Boris Bermeo, C. K. (1); Climent Campos, C. (1); Perea Galera, L. (1); Lacasa Molina, J. (1); Martínez Ferrer, À. (1); Alegre Sancho, J. J. (1); Herrejón Silvestre, A. (1); Martínez Moragón, E. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

Objetivos

Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica presentan un aumento en el riesgo de desarrollar osteoporosis y con ello fracturas vertebrales. El objetivo del estudio es analizar el impacto de las fracturas vertebrales dorsales en la función pulmonar de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo. Incluye a paciente vistos en las consultas externas de Neumología y Reumatología del Hospital Doctor Peset de Valencia desde enero hasta septiembre del 2023, todos ellos con diagnóstico de fractura vertebral dorsal y patología pulmonar crónica (asma o EPOC). Se recogieron datos demográficos, tipo de fractura y parámetros espirométricos pre-fractura y post-fractura: capacidad vital forzada (FVC), volumen espirado máximo en el primer segundo (FEV1) e índice (FEV1/FVC). El estudio estadístico se realizó con SPSS 25. Se determinó normalidad de las variables, realizando test paramétricos y no paramétricos. El nivel de significación fue establecido en <0,5.

Resultados

Se incluyó un total de 44 pacientes con una mediana de edad de 70 años (percentil 25-75: 63-80 años), las características de los cuales se encuentran recogidas en la TABLA 1.

Se analizaron los parámetros espirométricos en dos momentos del tiempo: previa y posteriormente a sufrir la fractura dorsal reflejados en la TABLA 2. Se observó un empeoramiento significativo en FVC ($p = 0,001$) y FEV1 ($p < 0,001$) medidas en litros tras la fractura. Sin embargo, no presentaban diferencias estadísticamente significativas en porcentaje: FVC% ($p = 0,296$), FEV1% ($p = 0,866$) y FEV1/FVC ($p = 0,177$).

La mediana de tiempo transcurrido entre la realización de ambas espirometrías fue de 3 años (percentil 25-75: 2-5 años). Tras la fractura la FVC empeoró en 76,7% de los sujetos y el FEV1 lo hizo en un 69,8%. La FVC se redujo anualmente en centímetros cúbicos con una mediana de 58,8 (percentil 25-75: 5,1-92,8) y el FEV1 lo hizo con una mediana de 22,6 (percentil 25-75: 2,0-90,2).

VARIABLE	N (%)	
Sexo	Hombres	17 (39%)
	Mujeres	27 (61%)
Fracturas	Fractura dorsal	44 (100%)
	Fractura lumbar	22 (50%)
	Fractura costal	6 (14%)
Patología pulmonar	Asma	20 (45%)
	EPOC	24 (55%)
IMC	Bajo peso (≤ 21)	1 (2%)
	Normopeso (21-25)	5 (11%)
	Sobrepeso-Obesidad (≥ 25)	38 (87%)
Fumador	Nunca fumador	20 (45%)
	Ex fumador	15 (34%)
	Fumador activo	9 (21%)
Uso de corticoides inhalados	No	3 (7%)
	Sí	41 (93%)
Déficit de vitamina D	Deficiente (<20 ng/ml)	9 (26%)
	No deficiente (≥ 20 ng/ml)	26 (74%)
Osteoporosis	T-Score $\leq -2,5$	18 (51%)
	T-Score $> -2,5$	17 (49%)

Tabla 1. Caracterización de la población muestral.

Variables	Previo a fractura vertebral	Posterior a fractura vertebral	p valor
	Mediana [percentil 25-75]		
FVC (L)	2,400 [1,860-3,210]	2,085 [1,692-2,897]	0,001
FVC (%)	98 [87-107]	95 [80-105]	0,296
FEV1 (L)	1,330 [0,980-1,810]	1,175 [0,927-1,555]	$< 0,001$
FEV1 (%)	68 [55-94]	65 [54-89]	0,866
FEV1/FVC	62[49-72]	60 [46-73]	0,177

Tabla 2. Análisis de las diferencias entre la espirometría previa y posterior a la fractura.

Conclusiones

En nuestro estudio, la presencia de fracturas vertebrales dorsales no parece tener repercusión significativa en la evolución espirométrica de las patologías pulmonares obstructivas crónicas. Se requiere ampliar la muestra para obtener resultados concluyentes.

EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA INCIDENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Martínez Pérez, R. (1); Oscullo Yopez, G. (1); Gómez Olivas, J. D. (1); Inglés Azorín, M. (1); Mompeán Rodríguez, S. (1); Beauperthuy Levy, T. (2); Bekki, A. (3); García Ortega, A. (4); Lopez Fornas, C. (1); Sanchez de la Torre, M. (5); Martínez García, M. Á. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; (2) Hospital de Requena, Valencia; (3) Hospital Vithas 9 de Octubre, Valencia; (4) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia; (5) Precision Medicine in Chronic Diseases, IRB, Lleida

Objetivos

Más de la mitad de los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) presentan hipertensión arterial (HTA), y hasta un 30% de los hipertensos padecen AOS. La AOS ha demostrado producir un mayor descontrol de las cifras tensionales, sin embargo, no se conoce si se relaciona con una mayor incidencia de crisis hipertensivas (CrHTA), y si el tratamiento con CPAP protege de las mismas, todo lo cual son los objetivos del presente estudio.

Metodología

Estudio unicéntrico y prospectivo en el que fueron incluidos pacientes consecutivos por sospecha clínica de AOS. Fueron divididos en tres grupos: no AOS-AOS ligero (IAH<15) sin CPAP, AOS con CPAP y AOS moderado-grave sin CPAP (o mal tolerada definida por utilización media inferior a 4 horas). El outcome principal fue la incidencia de CrHTA definidas como una visita médica con clínica aguda compatible y cifras tensionales por encima de 180/110 mmHg. Mediante análisis de supervivencia de Cox se analizaron las variables independientes asociadas a la incidencia de CrHTA.

Variable	HR	IC95%	p
HTA previa	2,85	1,31-6,12	0,007
Edad	1,03	1,0-1,05	0,045
Sexo (femenino)	1,89	1,07-3,37	0,030
Grupos AOS			
AOS<15	-	-	-
AOS>15 con CPAP	0,79	0,26-2,46	0,681
AOS>15 sin CPAP	1,97	1,19-5,89	0,015

Resultados

Fueron incluidos 752 pacientes (edad media 55.2 años; 62% varones). 46% fueron hipertensos. De ellos 262 (34,8%) presentaron un IAH<15 sin CPAP; 156 (20,7%) AOS moderado-grave con CPAP, y 334 fueron AOS moderados-grave sin CPAP o mala tolerancia (44,5%). El seguimiento mediano fue de 15 (IQR: 13-17) meses. Fueron diagnosticadas 48 CrHTA incidentes. Se introdujeron en el análisis de Cox: HTA previa, edad, sexo, índice de masa corporal, número de fármacos antihipertensivos y los grupos de AOS-CPAP. En la tabla se observa que la presencia de HTA previa, el sexo femenino, una mayor edad y padecer un AOS moderado-grave no tratado con CPAP (o con mala adherencia) fueron factores de riesgo de una CrHTA incidente. Sin embargo, el tratamiento con CPAP con buena adherencia normalizó el riesgo en pacientes con AOS moderado-grave.

Conclusiones

Además de la edad, el sexo femenino y la HTA previa, la presencia de un AOS moderado-grave es un factor de riesgo de una CrHTA futura, mientras que un tratamiento correcto con CPAP normaliza este exceso de riesgo en estos pacientes.

COMPARATIVA DEL MICROBIOMA PULMONAR ENTRE PACIENTES CON Y SIN CÁNCER DE PULMÓN

Boira Enrique, I. (1); Esteban Ronda, V. (1); Gálvez Martínez, B. (2); Sancho Chust, J. N. (1); Amat Humarán, B. (2); Fernández Aracil, C. (3); Orts Giménez, D. (4); Gómez Sánchez, N. (5); Valverde Urrea, M. (5); Ferrer Rodríguez, C. (5); Colom Valiente, M. F. (5) (1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante; (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario del Vinalopó; (3) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis; (4) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Elda; (5) Laboratorio de Micología Médica, Departamento de Producción Vegetal y Microbiología, Universidad Miguel Hernández, Alicante

Objetivos

Describir el microbioma (géneros y especies) en pacientes con cáncer de pulmón, comparándolo con pacientes sin cáncer. Otros objetivos fueron analizar si existe un perfil concreto de microbioma pulmonar asociado al carcinoma broncogénico y a los diferentes subtipos del mismo y ver si existen diferencias en función del estadio tumoral.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, realizado entre febrero de 2015 y noviembre de 2022 que incluye pacientes consecutivos adultos en los que se realiza una fibrobroncoscopia por sospecha de carcinoma broncogénico (casos) u otra patología

(controles). Se estudió el microbioma en muestras de lavado broncoalveolar (LBA). Se excluyeron los que padecían infección activa o inmunodepresión. Se realizaron cultivos, extracción de ácidos nucleicos y secuenciación de alto rendimiento del fragmento ITS2 (secuencia espaciadora del genoma ribosómico) mediante Illumina (FISABIO). Los amplicones se alinearon mediante el programa QIIME2 y se compararon con la base de datos UNITE para identificar las Unidades Taxonómicas Operativas (OTUs). Para comparar la diversidad de microbioma se realizó análisis de varianza (ANOVA). La diversidad individual o α se expresó mediante el índice Shannon y para comparar la diversidad intermuestras se empleó el análisis de coordenadas principales (PCoA).

Resultados

Se reclutaron 101 pacientes con 78 muestras de LBA válidas para realizar secuenciación de alto rendimiento (46 cáncer/32 controles). Las especies más prevalentes en pacientes con cáncer de pulmón fueron *Malassezia restricta*, *Candida parapsilosis*, *Naganishia albida*, *Rhodotorula Mucilaginosa* y *Cladosporium sp.* Se obtuvieron 188 especies con una α -diversidad mayor en controles que en cáncer de pulmón (1.52 ± 0.42 vs 1.17 ± 0.46 , $p=0.001$). No hubo diferencias en la composición del microbioma entre ambos grupos ($p=0.494$), ni en los subtipos de cáncer de pulmón ($p=0.417$). Tampoco encontramos diferencias en la α -diversidad según el estadio tumoral ($p=0.53$). La única especie componente del core del microbioma pulmonar, en ambos grupos, es *Malassezia restricta* (96.1%).

Conclusiones

Malassezia restricta es el hongo más prevalente en la vía respiratoria inferior. Su elevada presencia junto a su capacidad para utilizar lípidos pulmonares para crecer, nos plantea la hipótesis de que la vía respiratoria inferior pueda ser su nicho ecológico. No encontramos diferencias en la composición del microbioma entre los pacientes con cáncer de pulmón y aquellos que no lo padecen.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON VASCULITIS Y AFECTACIÓN PULMONAR ASOCIADA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR BALSIS DE ALICANTE

Torres Sanchez, A. (1); Gonzalez Moreno, M. (1); Garcia Rodenas, M. D. M. (1); Rosillo Hernandez, E. M. (1); Rodriguez Galan, I. (1); Gayá García-Manso, I. (1); Gómez Román, M. (1); Perez Perez, J. L. (1); Garcia Sevilla, R. (1)

(1) Hospital General de Alicante

Objetivos

Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por presencia de leucocitos en las paredes de los vasos que provocan daño consistente en inflamación y necrosis en las arterias, venas y capilares. La afectación respiratoria en algunos tipos es frecuente, fundamentalmente si anticuerpos ANCA. La presentación clínica, radiológica e histopatológica es heterogénea y condiciona la evolución clínica, siendo necesaria una orientación clínica y diagnóstica precoz, a pesar de los nuevos tratamientos y ser enfermedades potencialmente graves, su pronóstico ha mejorado de manera considerable en los últimos años. Nuestro objetivo fue conocer las características al diagnóstico y afectación pulmonar de nuestro entorno, tratamiento y las complicaciones presentadas durante el seguimiento.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de vasculitis con afectación pulmonar valorados por Neumología desde Junio 1995 hasta Noviembre 2023. Se analizan variables clínicas, de laboratorio, radiológicas, tratamiento recibido y evolución.

Resultados

48 pacientes con una edad media de $72,4 \pm 12,8$ años, 26 mujeres (54,2%) y 22 hombres (45,8%). 25 pacientes fumadores (52,1%) con una media de consumo $29,0 \pm 21$ p/a. Los diagnósticos por orden de frecuencia: PAM MPO (32 paciente, 66,7%), PAM PR3 (6 pacientes, 12,5%), antiMBG (6 pacientes, 12,5%), GEPA (3 pacientes, 6,2%) GP (1 paciente, 2,1%). El anticuerpo más prevalente fue p-ANCA (77,1%), seguido de antiMBG (14,6%) y c-ANCA (12,5%). La clínica al diagnóstico más frecuente fueron síntomas respiratorios (95,8%), síndrome constitucional (39,6%), cardiovasculares (14,6%) y con menos de un 12% respectivamente: afectación nasal, mononeuritis múltiple, hipoacusia neurosensorial y afectación cutánea (6,2%). Se realizó biopsia en todos los pacientes, realizando 20 pulmonares (41,7%), 30 biopsias renales (62,5%) y 3 cutáneas (6,2%). Los hallazgos anatomopatológicos se muestran en la TABLA 1. El tratamiento recibido

tanto en inducción como en mantenimiento se muestra en la TABLA 2. Los hallazgos radiológicos en TCAR se muestran en la FIGURA 1. La FIGURA 2 muestra las principales complicaciones según frecuencia

Conclusiones

La afectación pulmonar más frecuente fue PAM MPO. Las complicaciones más frecuentes fueron renales. El tratamiento en la mayoría de los pacientes fue combinado frente a la monoterapia en la inducción y en el mantenimiento. Pese a tratarse de enfermedades graves ningún paciente precisó intubación orotraqueal ni trasplante pulmonar

COMITÉ DE TUMORES TORÁCICOS: PERSPECTIVA DE UN AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL ALICANTE DR. BALMIS

Torres Sánchez, A. (1); Peña Zurdo, E. (2); García Ródenas, M. D. M. (1); Rodríguez Galán, I. (1); Pérez Pérez, J. L. (1); García Araque, M. (2); García Sevilla, R. (3); Martínez Banaclocha, N. (2); Massuti Sureda, B. (4)

(1) Neumología, Hospital general Universitario Dr. Balmis- Alicante Institute of Health and Biomedical Research (ISABIAL), 03010 Alicante, Spain; (2) Oncología, Hospital general Universitario Dr. Balmis; (3) Neumología, Hospital general Universitario Dr. Balmis- Alicante Institute of Health and Biomedical Research (ISABIAL), UMH; (4) Oncología Hospital general Universitario Dr. Balmis

Objetivos

Describir los pacientes con cáncer de pulmón presentados en el Comité de Tumores Torácicos del HGU Dr.Balmis de Alicante durante un año y analizar sus características al diagnóstico, alteraciones moleculares y opciones de tratamiento

Metodología

Estudio observacional descriptivo de los pacientes evaluados en el Comité de Tumores torácicos el período de enero de 2022 a enero de 2023

Resultados

Durante este período se han presentado 230 pacientes con una edad media de 65 ±10 años. 209 pacientes (90.9%) tenían antecedentes de tabaquismo. En la gráfica 1 se muestran los tipos histológicos, siendo el más frecuente el adenocarcinoma con 117 pacientes (52%) y dentro de éstos el subtipo acinar. En la figura 1 se exponen los estadios al diagnóstico de cáncer de pulmón de célula no pequeña. En cuanto al diagnóstico molecular, se realizaron 66 secuenciaciones (NGS), de las cuales 56 fueron positivas.

La mayoría presentaba mutación en KRAS G12C, en 21 pacientes (37%), seguida de mutación de EGFR Exón 19, en 10 pacientes (18%). El resto de resultados se muestran en la figura 2. Se realizó estudio de PDL-1 a 133 pacientes, de cuales, 84 (63%) tenían PDL1<1% con baja expresión (<50%) el 26% (35) y con alta expresión (≥50%) el 11% (14). Se realizaron un total de 90 cirugías (39%). Del total de pacientes operados, 12 (13%) recibieron tratamiento neoadyuvante y 15 (17%) tratamiento adyuvante.

Los no quirúrgicos recibieron por orden de frecuencia: Quimioterapia (siendo el esquema Platino + Pembrolizumab + Pemetrexed el más frecuente) 61 pacientes (43,6%), 37 pacientes (26,4%) quimioterapia y radioterapia, 12 pacientes (8,6%) SBRT, 11 pacientes (7,8%) tratamiento dirigido y 19 pacientes (13,6%) tratamiento paliativo.

Conclusiones

La población predominante del estudio fueron varones con importante hábito tabáquico.

El Adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente. La mayoría de los tumores presentados en el comité se diagnosticado en eran estadios no quirúrgicos. La mutación más frecuente fue la KRAS G12C.

CAUSA RESPIRATORIA DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Perez Cabezas, A. (1); Perez Perez, J. L. (1); Gaya Garcia-Manso, N. (1); Gómez Roman, M. (1); Garcia Sevilla, R. (1); Torres Sanchez, A. (1); Nofuentes Perez, E. (1); Perez Díaz, A. (2); Gonzalez Moreno, M. (1); Camara Martinez, I. (1)

(1) Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante; (2) Universidad Miguel Hernández

Objetivos

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad crónica fibrosante que genera un progresivo empeoramiento de la función pulmonar, conllevando un mal pronóstico. Provoca frecuentes hospitalizaciones que están asociadas a alta morbi- mortalidad y deterioro de la calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los ingresos por causa respiratoria en estos pacientes.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes del HGU Dr. Balmis con diagnóstico de FPI desde el año 2009 hasta 2020. Se analizaron los ingresos de causa respiratoria y la mortalidad durante los 2 primeros años de seguimiento.

Resultados

Fueron incluidos 88 pacientes en el estudio, 65 hombres (73,9%) y 23 mujeres (26,1%) con una edad media de $73,1 \pm 9,4$ años. Tenían antecedente de tabaquismo 67 pacientes (76,1%) con un consumo acumulado medio de $35,3 \pm 22,4$ a/p. La FVC media al diagnóstico fue de $2293 \pm 726,3$ ml, el (%) de FVC $74,2 \pm 21,1\%$ y la DLCO de $47,4 \pm 18,1\%$.

Durante los 2 primeros años de seguimiento se objetivaron un total de 82 ingresos de causa respiratoria. Un total de 40 pacientes (48,4%) ingresaron al menos una vez, de los que 13 (14,8%) ingresaron 2 veces y 11 (12,5%) tuvieron 3 o más ingresos.

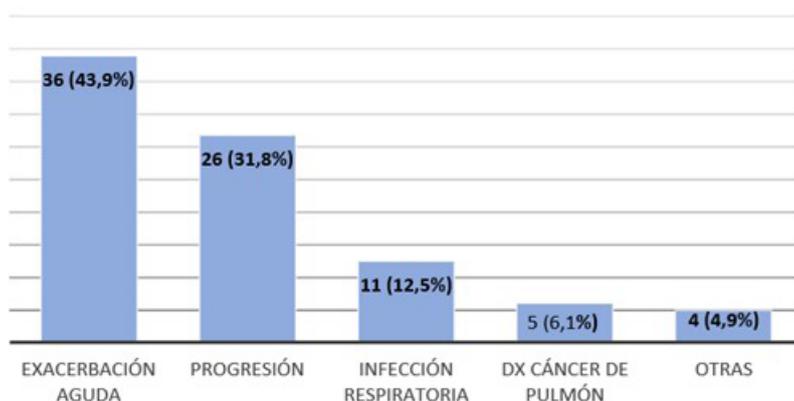
La causa más frecuente de ingreso fue la exacerbación aguda en 36 casos (43,9% de los ingresos), seguida de la progresión de la enfermedad en 26 (31,7%). Las causas de hospitalización se representan en la gráfica 1.

De los 36 ingresos por exacerbación, se trató con bolos de corticoide (0,5-1g) al 69,4% de los pacientes frente al 30,6% con corticoide a dosis de 1 mg/kg.

Un total de 17 pacientes fallecieron por causa neumológica, de los que 14 pacientes (82,3%) fallecieron hospitalizados. La causa más frecuente de éxito durante el ingreso fue la exacerbación aguda en 7 casos, 4 por progresión de la enfermedad, 1 por cáncer de pulmón, 1 tromboembolismo pulmonar y 1 por hipertensión pulmonar secundaria a la fibrosis pulmonar.

Hasta 7 de los 37 ingresos por exacerbación ocasionaron el fallecimiento del paciente.

Causa de ingreso



Conclusiones

En nuestra serie, casi la mitad de los pacientes ingresaron en los primeros dos años desde el diagnóstico, siendo la causa más frecuente la exacerbación aguda seguida de la progresión de la fibrosis pulmonar. La mayoría de los pacientes fallecieron hospitalizados y a causa de una exacerbación aguda.

INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN LA REMISIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON UN BIOLÓGICO.

Sánchez Vera, A. F. (1); Ballesteros Vazquez, E. (1); Palop Cervera, M. (2); Lluch Tortajada, I. (3); Boira Enrique, I. (4); Chiner Vives, E. (4); Martínez Moragón, E. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia; (2) Hospital de Sagunto, Valencia; (3) Hospital Universitario de la Ribera, Valencia; (4) Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante

Objetivos

Uno de los objetivos del tratamiento del asma (incluido en el concepto de remisión) es que el paciente mantenga una función pulmonar normal. Hemos querido averiguar la influencia en la remisión de la función pulmonar al inicio de la terapia biológica.

Metodología

Estudio retrospectivo. Han participado 4 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses. Se consideró remisión clínica al año si el ACT era > 20, no había ninguna exacerbación grave, el paciente no había tomado corticoides sistémicos y el FEV1 prebroncodilatador era > 80%. A través de regresión logística, se identificaron los elementos con mayor influencia en el proceso de remisión.

Resultados

Se recogieron un total de 139 pacientes, 51,5% mujeres, edad media 56±13 años. Las comorbilidades frecuentes fueron poliposis nasal (30%) y ansiedad (24%). El 26,1% había recibido algún biológico previo. El FEV1 promedio era de 75% y aumentó hasta el 81% al año (unos 300 ml de mejora media). El 38% de los pacientes tenían un FEV1 >80% al inicio en comparación con el 51% después del año de tratamiento (p=0,0009). Al año de seguimiento, el 44,1% estaban en remisión clínica; el 84,0%, 77,5%, 51,0% y 95,5% de los pacientes respectivamente no experimentaron exacerbaciones, tenían una puntuación ACT ≥20, un FEV1 prebroncodilatador ≥80% y no usaron corticosteroides sistémicos. Los factores basales iniciales, con mayor influencia individual en remisión clínica al año, fueron el número de comorbilidades (OR 0,69 [0,51-0,94], p=0,0172), FEV1 (OR 1,17, [1,10-1,25], p< 0,0001), número de visitas a urgencias (OR 0,49 [0,29-0,84], p=0,0092) y las puntuaciones ACT (OR 1,26 [1,03-1,54], p=0,0237) y la calidad de vida medida por el MiniAQLQ (OR 0,94 [0,87-1,00], p=0,0640). El análisis final de regresión logística múltiple por pasos indica que los valores basales más altos de FEV1 contribuyen más que el resto de los factores a alcanzar la remisión. Tener un valor inicial de FEV1 > 80% aumenta la probabilidad de remisión 9,7 veces al año en comparación con FEV1 <80%.

Conclusiones

En la práctica clínica, se observa que muchos pacientes tratados con Benralizumab logran remisión clínica al año. La probabilidad de éxito es mayor cuando se inicia con una función pulmonar normal. Para alcanzar la remisión como objetivo terapéutico, es recomendable monitorear la función pulmonar y intervenir antes de su deterioro.

TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON DISPOSITIVO DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR (DAM). DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES QUE SIGUEN EL TRATAMIENTO Y LOS QUE LO ABANDONAN.

Giménez Ruiz, P. (1); Lluch Bisbal, A. (1); Navarro Iváñez, R. (1); Murillo Cortés, J. (1); Bagán Sebastián, J. V. (1); Fernández Fabrellas, E. (1); Parra Rodas, E. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

El DAM es una alternativa para el tratamiento del AOS en pacientes que no han tolerado o no desean el tratamiento con CPAP o en pacientes con retrognatia. Hemos observado un bajo porcentaje de respuesta y mantenimiento del tratamiento con DAM. El objetivo es valorar las diferencias entre los pacientes que siguen y no siguen el tratamiento con DAM en nuestra práctica clínica.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con DAM en nuestro centro. Se comparan las variables edad, IMC, género y variables poligráficas del estudio basal (IAH, ODI, SPO2, SPO2 mínima, TC90%) y del estudio con DAM (D-IAH, D- ODI, D-SPO2, D-SPO2min, D-TC90%). Se estudian las diferencias entre grupos con t de Student o con U de Mann-Whitney según sigan distribución normal o no y X-cuadrado para variables cualitativas.

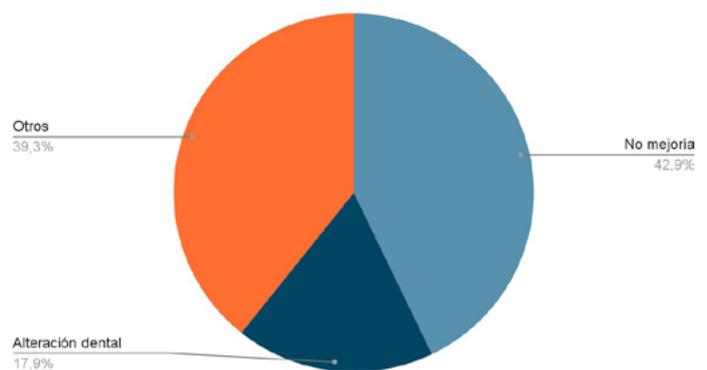
Resultados

Se estudian 56 pacientes, 51,8% hombres y 48,2 mujeres, con edad 59,5 (11,6) años e IMC 28,4 (3,8). Han continuado el tratamiento con DAM 28 (50%) pacientes. No hay diferencias significativas por género (p 0.78). Abandonan el tratamiento con DAM por alteración dental/dolor articulación temporomandibular 5 (17,86%) pacientes, por no mejoría 12 (42,86%) y otras causas 11 (39,29%), volviendo a tratamiento con CPAP 16 (28.6%) pacientes.

Al estudiar las distintas variables entre los que siguen con el DAM y los que no siguen con el DAM encontramos (tabla 1) diferencias significativas en IMC, SpO2 mínima, TC90%, D-ODI, D-SPO2min y D-TC90%.

	NO SIGUE DAM		SIGUE DAM		P
	MEDIA	SD	MEDIA	SD	
EDAD	60.9	11.78	57.2	11.30	NS
IMC	29.7	3.49	27.1	3.74	0.0097
IAH	29.6	20.49	26.3	15.37	NS
ODI	25.1	19.26	21.5	19.21	NS
SPO2	93.7	2.85	94.6	1.91	NS
SPO2min	78.7	9.75	86.5	4.34	0.013
TC90%	17.1	21.64	2.2	4.80	0.004
D-IAH	22.1	13.78	13.6	9.41	NS
D-ODI	20.2	14.62	8.4	5.90	0.003
D-SPO2	92.7	2.09	94.0	1.56	NS
D-SPO2min	80.7	6.40	87.4	3.66	0.001
D-TC90%	17.1	26.51	2.46	5.93	0.017

Points scored



Conclusiones

1. En nuestra experiencia, los pacientes que deciden discontinuar su tratamiento con DAM son los que presentan mayor IMC y parámetros oximétricos peores tanto en la poligrafía basal como con el DAM.
2. Una parte de pacientes que abandonan el DAM pueden ser readaptados al tratamiento con CPAP.

UTILIDAD DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE MONOCITOS EN LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Giménez Ruiz, P. (1); Sanz Herrero, F. (1); Carrión Collado, N. (1); Parra Rodas, E. (1); Fernández Fabrellas, E. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

Los biomarcadores inflamatorios son una herramienta de utilidad para el manejo y el pronóstico de los pacientes con neumonía. Recientemente se ha descrito que el ancho de distribución de monocitos (MDW) permite identificar a los pacientes con riesgo de progresión a sepsis, sin embargo, su valor respecto a otros biomarcadores en la neumonía no está bien establecido.

Nuestro objetivo fue analizar el valor pronóstico del MDW en pacientes ingresados por neumonía comunitaria (NAC).

Metodología

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por NAC. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, radiológicas, analíticas y de etiología. Los valores de MDW se determinaron en las primeras 24 horas del ingreso. Se consideró un valor elevado de MDW igual o superior a 20,5 mg/mL. Se consideró evolución desfavorable a la presencia de una PaO₂/FiO₂ <300, aparición de sepsis grave o shock séptico, ingreso en UCI o muerte.

Resultados

De una población de 131 pacientes con neumonía, 104 presentaban valores de MDW mayor de 20,5 mg/mL, con una media de 24,6 (5,6) mg/mL. La edad media de los pacientes fue 68,6 (16,9) años y presentaron una estancia media de 7,9 (5,6) días. 75 (57,3%) de los pacientes presentaron una evolución desfavorable, siendo la más frecuente fracaso renal agudo, seguido de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. 47 pacientes (35,9%) presentaron neumonías graves. El 3,1% precisaron ingreso en UCI. Encontrados valores significativamente más elevados de MDW en los pacientes que ingresaban en UCI respecto a los ingresados en sala (31,5 vs 24,4; p=0,011).

Conclusiones

El MDW elevado, en nuestra serie, es un biomarcador útil para predecir ingreso en UCI.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas de los valores de MDW para otro tipo de complicaciones.

RESÚMENES
COMUNICACIONES
POSTERS
(NO FINALISTAS)

ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL COMITÉ DE MOTONEURONA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Martínez Gómez, A. D. V. (1); Esteban Ronda, V. (1); Fernandez Martinez, P. (1); Chiner Vives, E. (1); Luri Prieto, M. (2); Martínez Martínez, J. (2); Fernández García, N. (3); Martín Estefanía, C. (4); Gavilà Lattur, T. (5); Ballesta Sánchez, C. (6); Velázquez Pérez, I. (6); Bernabeu Martínez, M. Á. (7); Muñoz Parra, S. (8); López Bas, R. (9)

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (2) Unidad de enfermería gestión de casos complejos, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (3) Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (4) Servicio de Neurología, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (5) Servicio de Neurofisiología, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (6) Servicio de Nutrición, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (7) Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (8) Unidad de Trabajo Social, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España; (9) Unidad de Hospitalización a domicilio, Hospital Universitario de San Juan, Alicante, España

Objetivos

Entre las enfermedades de motoneurona, la ELA es la más frecuente. Es una enfermedad neurodegenerativa que no tiene actualmente un tratamiento curativo. El manejo multidisciplinar de esta patología compleja y con mal pronóstico, permite mejorar la calidad de vida de los afectados.

El objetivo del estudio consiste en evaluar la actividad del comité integral de motoneurona (CIM) de nuestro hospital en la atención a pacientes con ELA, para tratar de mejorar la asistencia sanitaria que se presta.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes evaluados por el CIM del HUSJ. Se revisaron los pacientes con ELA atendidos en nuestro centro desde noviembre de 2021 a noviembre de 2023. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Se atendieron 31 pacientes con ELA (45% hombres y 55% mujeres) con una edad media de 68 ± 14 años, de los cuales el 77,4% tenía afectación bulbar. El 51,6% se trataron con VMNI, con asistente de la tos 48,4% de pacientes y únicamente en 3,2% se realizó traqueostomía.

Al evaluar las visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios durante el periodo constatamos que el 64,5% de los pacientes había acudido en algún momento de su enfermedad por caídas accidentales, presentando el 25,8% fracturas secundarias. El número de hospitalizaciones/año fue de 1 (0-1). Del total de pacientes, únicamente el 25,8% habían presentado las voluntades anticipadas.

Conclusiones

La asistencia multidisciplinar a pacientes con ELA permite ofrecer una atención centrada en la persona abordando cuestiones clínicas, éticas y psicosociales. El número de visitas a urgencias y hospitalizaciones de estos pacientes durante el periodo analizado fue bajo, posiblemente por el trabajo coordinado mediante enfermería gestión de casos y al apoyo en la unidad de hospitalización a domicilio. Posibles acciones de mejora serían reducir el número de caídas accidentales y aumentar la planificación anticipada de la atención al final de la vida.

Referencias

- 1 CHINER E, HERNÁNDEZ C, GÓMEZ E, BARROT E, FARRERO E, SERVERA E, ET AL. CONVIVIR CON LA ELA . RESPIRA, 2018
- 2 DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. REVISIÓN GUÍA ASISTENCIAL 2012. ACTUALIZACIÓN 2017. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD. DISPONIBLE EN: [HTTP:// WWW.ELAANDALUCIA.ES/WP/PUBLICACIONES/](http://www.ELAANDALUCIA.ES/WP/PUBLICACIONES/)
- 3 CASTRO-RODRÍGUEZ E, AZAGRA- LEDESMA R, GÓMEZ-BATISTE ALERTÓN X, AGUYÉ-BATISTA A, ZWART-SALMERÓN M, CABANAS- VALDÉS R, ET AL. ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS ACCIDENTALES Y LA INTEGRACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE CRONICIDAD DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. REV NEUROL 2022 75: 297-303. doi: 10.33588/rn.7510.2022327.

CLUSTERS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 SEGÚN LAS NECESIDADES DE SOPORTE RESPIRATORIO Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO (ESTUDIO RECOVID)

Picazos Pérez, M. B. (1); Gimeno Peiro, Á. (1); Porcar Moreno, M. (1); Latorre Campos, A. (2); González Jiménez, P. (1); Méndez Ocaña, R. (2); Mengot Ruiz, N. (1); Torres Martí, A. (3); Menéndez Villanueva, R. (2)

(1) Hospital Universitari i Politecnic La Fe; (2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; (3) Hospital Clinic de Barcelona

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil de los pacientes hospitalizados con COVID-19, las comorbilidades, los tratamientos de soporte respiratorio y el lugar de tratamiento. Además, se pretende identificar distintos perfiles de pacientes según los resultados y la complejidad del soporte respiratorio necesario.

Metodología

Se realizó un protocolo de recogida de datos demográficos, comorbilidades, soporte respiratorio, lugar de tratamiento (sala convencional, Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios [UCRI] y Unidad de Cuidados Intensivos [UCI]) y de seguimiento durante 1 año.

Resultados

En total, 2148 de los 2454 pacientes hospitalizados (87,5%) recibieron atención en la sala convencional, mientras que 126 lo hicieron en la UCRI y 180 en la UCI. En la UCRI, el 30% necesitó oxígeno nasal de alto flujo, el 25% ventilación mecánica no invasiva y el 17% ventilación mecánica invasiva. Se identificaron cuatro clusters de pacientes. Dos clusters tenían más probabilidad de requerir ingreso en la UCI/UCRI, aunque principalmente el cluster 2: el cluster (C) 1 estaba formado por pacientes con comorbilidades y el C2, por aquellos sin comorbilidades. Ambos presentaban mayores niveles inflamatorios y menor recuento de linfocitos y SpO₂/FIO₂; sin embargo, C2 mostró peores valores. Dos clusters diferentes identificaron a los pacientes que requerían un soporte respiratorio menos complejo. El C3 presentaba mayores comorbilidades y un recuento elevado de linfocitos, SpO₂/FIO₂ y proteína C reactiva (PCR) baja. El C4 incluía a los pacientes sin comorbilidades, salvo hipertensión arterial, linfopenia y PCR intermedia.

La mortalidad intrahospitalaria y la posterior a 1 año fueron mayores para C2 (28,6% y 7,1%) y C1 (11,1%, 8,3%) que para C4 (3,3%, 1,8%) y C3 (0%, 0%).

Conclusiones

El análisis de grupos identificó cuatro fenotipos clínicos que requieren distintos tipos de soporte respiratorio, con grandes diferencias presentes según sus características y resultados.

ALTERACIONES INTERSTICIALES EN TCAR TORÁCICA EN PACIENTES FUMADORES: PROGRESIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y RADIOLÓGICA

Gómez Román, M. (1); Ferrández Ferrández, D. (2); Gayá García-Manso, I. (1); Arenas Jiménez, J. J. (3); Ureña Vacas, A. (2); Pérez Pérez, J. L. (1); Hataulina Derevyanchenko, Y. (4); González Moreno, M. (1); Torres Sánchez, A. (1); García Rodéas, M. D. M. (1); García Sevilla, R. (5)

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante; (2) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante; (3) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant, Alicante; (4) Graduada en Medicina, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España; (5) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant, Alicante

Objetivos

Las alteraciones intersticiales pulmonares asociadas al tabaquismo incluyen entidades muy heterogéneas con un pronóstico muy diferente. Sus manifestaciones radiológicas son también variables, siendo en ocasiones difíciles de diferenciar, más aún en etapas iniciales de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas, funcionales y radiológicas y su progresión.

Metodología

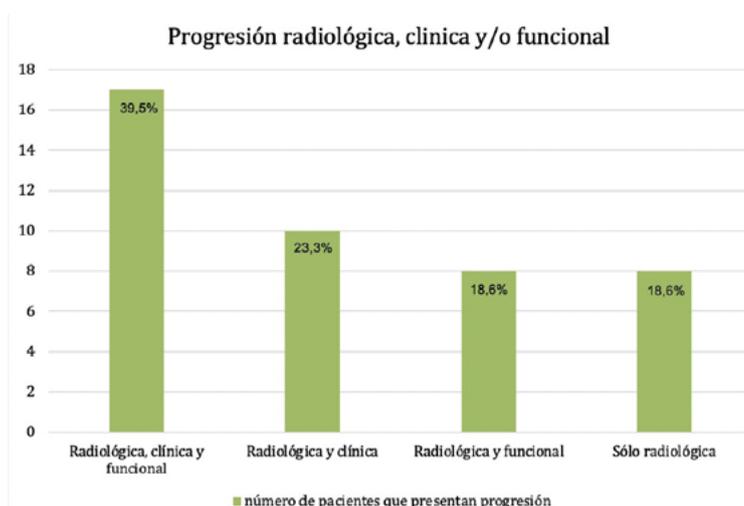
Se incluyeron pacientes fumadores o exfumadores (>10 años-paquete) con alteraciones intersticiales en TCAR torácica inicial y un control con al menos 1 año de diferencia. Se describieron los hallazgos radiológicos en TCAR inicial y la existencia de progresión (evidente empeoramiento de las alteraciones en TCAR de control). Además, se describió la presencia de progresión clínica (aumento de al menos 1 grado de la disnea según la escala mMRC) y funcional (pérdida de más de un 5% de la FVC) en el periodo de seguimiento entre las dos TCAR.

Resultados

Se incluyeron 64 pacientes, con predominio de hombres 58 (90,6%), con un consumo medio de tabaco de $46,6 \pm 20,8$ años- paquete. La mediana de tiempo entre la TCAR inicial y la de control fue de 51,0 (rango intercuartílico 33,0–67,2) meses.

Respecto a la clínica al diagnóstico, 29 pacientes (45,3%) no presentaban disnea y 34 (53,1%) referían una disnea leve (grado 1 o 2 de la mMRC). La tos estaba presente en 31 pacientes (50,8%), 37 pacientes (58,7%) tenían crepitantes secos a la auscultación pulmonar y 20 pacientes (31,7%) acropaquias. En las pruebas funcionales al diagnóstico, presentaban una FVC media $3227,8 \pm 851,8$ ml ($93,6 \pm 21,2\%$) y una difusión pulmonar $58,8 \pm 20,5\%$. En la TCAR basal los hallazgos más frecuentes fueron enfisema paraseptal 58 pacientes (90,6%), reticulación y vidrio leve 50 pacientes (78,1%) y enfisema centrolobulillar 49 pacientes (76,6%). El resto de hallazgos radiológicos se desarrollan en la tabla 1. Se describió progresión radiológica en 49 pacientes (76,6%), de los cuales 41 (83,7%) fueron por progresión de hallazgos fibróticos (bronquiectasias por tracción y/o panalización). En el gráfico 1 se detalla la proporción de pacientes con progresión radiológica que también presentaban empeoramiento clínico y/o funcional.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS TCAR BASAL	Pacientes n (%)
Enfisema paraseptal	58 (90,6%)
Reticulación y vidrio leve	50 (78,1%)
Enfisema centrolobulillar	49 (76,5%)
Enfisema centrolobulillar con paredes	34 (53,1%)
Bronquiectasias por tracción	23 (35,9%)
Quiistes finos no subpleurales	21 (32,8%)
Quiistes confluentes subpleurales	15 (23,4%)
Quiistes de enfisema traccional	9 (14,1%)
Reticulación grosera	6 (9,4%)
Vidrio deslustrado	6 (9,4%)
Panalización	5 (7,8%)



Conclusiones

En nuestra serie de pacientes fumadores con alteraciones intersticiales la progresión radiológica es frecuente. La mayor parte de los pacientes con progresión radiológica presentaban también progresión clínica y/o funcional.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FILTRO DE VENA CAVA

Tobar Peñaherrera, A. C. (1); León Carrasco, F. (1); Safont Muñoz, B. (1); Fernandez Fabrellas, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de los pacientes en los cuales se colocó filtro de vena cava y valorar las complicaciones a corto y largo plazo.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, desde julio 2017 hasta octubre 2023, de los pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, a los cuales se les colocó filtro de vena cava. Se recogieron datos demográficos y clínicos, posteriormente se analizaron mediante programa estadístico STATA 12.2 aplicando chi-cuadrado.

Resultados

Se colocó FVC en 66 pacientes, 59% eran varones con una media de edad de 67 años (SD 13). El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 23.37 meses (SD 38). Un 65% tenían diagnóstico de TEP, 23% TVP y 12% ambas. No hubo complicaciones durante la colocación.

El motivo más frecuente fue la contraindicación transitoria de anticoagulación 85%, seguido del fallo de la misma 15% y sólo 2 pacientes tuvieron contraindicación permanente.

Se inició la anticoagulación en el 71% con un tiempo medio tras la colocación del FVC de 3.7 meses. La retirada del filtro se realizó sólo en 16 pacientes (24%) tras 5.5m (SD 4.6) presentando 2 de ellos complicación. De los 50 pacientes que mantuvieron el filtro, 18 tenían una expectativa de vida menor de 6 meses o fallo de anticoagulación. De los 32 restantes, 25 pacientes (78%) iniciaron anticoagulación a los 3.2m (SD 8.8) de la colocación manteniendo el FVC durante el período de seguimiento.

No hubo recurrencia de TEP en el total de la cohorte. Un 8% de aquellos que mantuvieron el filtro presentaron TVP de nueva aparición (p=0.24) como complicación del mismo.

Conclusiones

La colocación de FVC es un procedimiento seguro con un porcentaje bajo de complicaciones. A pesar de la indicación de la retirada del filtro una vez resuelta la contraindicación que motivó su colocación, un 34% de nuestros pacientes mantuvieron el FVC a pesar de iniciar la anticoagulación, asociando en 4 de ellos TVP como complicación del mismo.

ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC) CON Y SIN ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA (EAS): ¿EXISTEN DIFERENCIAS BASALES?

Gimenez Ruiz, P. (1); Barandica Rangel, D. P. (1); Navarro Ibañez, R. (1); Salcedo Patricio, A. (1); Valle, P. (1); Fernandez Fabrellas, E. (1);

Tobar Peñaherrera, A. C. (1); Fierro López, C. A. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

Valorar si existen diferencias en las características clínicas, funcionales y analíticas de los pacientes con asma grave y EAS asociada y aquellos asmáticos graves sin dichas enfermedades autoinmunes.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo observacional de pacientes de consulta monográfica de AGNC quienes realizan tratamiento para asma en 5-6 de GEMA 5.3, incluidos consecutivamente entre enero de 2022 y octubre de 2023. Dividimos a los pacientes en 2 grupos: los diagnosticados de EAS y los no-EAS (No-EAS). Se evaluaron en ellos las características demográficas, analíticas, la presencia de comorbilidades (AOS, EREA, polisensibilización), FEV1 basal y Postbroncodilatador, ACT, uso de GCS para el asma (en ciclos o de mantenimiento), número de ingresos por crisis de asma, infecciones respiratorias y presencia de aislamiento microbiológico. Se recogieron datos demográficos, funcionales y analíticos. Se analizaron diferencias en características basales de ambos grupos. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados

Incluidos 134 pacientes con AGNC, 14 pacientes (10,4%) con diagnóstico asociado de EAS (grupo EAS) y 120 pacientes no (No-EAS, 89,6%). En el grupo No-EAS: 68,2% mujeres, 31,8% hombres y en la población EAS 85,7% eran mujeres, 14,3% varones. La EAS más frecuente fue la GEPA (35,7%) seguida de la artritis psoriásica (14,3%). El tratamiento inmunosupresor más frecuente fue el metotrexate, estando 11 pacientes (78,5%) además con GCS de mantenimiento por EAS, con una dosis media de prednisona o equivalente de 11mg. Las características basales y las diferencias entre ambos grupos es la siguiente: Imagen 1.

	EAS	No-EAS	P <0,05
Edad (años)AGNC	46,71±17,29	57,2±13,15	0,55
IMC	27,79±3,75	28,38±5,87	0,59
Nunca fumador	50%	59,1%	0,80
AOS	0%	11,8%	0,174
ACT	15,08±2,73	14,70±3,81	0,67
Polisensibilización	71,4%	63,6%	0,56
EREA	20,2%	21,8%	0,19
FVC (%) basal	86,28±13,05	83,23±17,83	0,53
FEV1 (%) basal	72,57±16,35	65,15±20,24	0,19
FEV1/FVC	68,78±10,20	63,49±12,14	0,18
% cambio FEV1 PostTBD	8,43±5,69	12,42±12,89	0,16
FEV1 (%) PostTBD	78,02±15,99	71,90±19,90	0,06
IgE total basal (kU/L)	537,67±1415,45	412,14±597,48	0,35
Eosinófilos (células/mcL)	607,14±873,07	441,45±390,80	0,026
Ingresos por crisis asma (media)	0,64±0,92	0,70±1,36	0,26
Ingreso UCI (media)	0,14±0,36	0,06±0,27	0,05
Ingreso Neumología (media)	0,50±0,94	0,64±1,32	0,54
Número infección respiratoria baja	0,71±0,91	1,59±1,76	0,042
Ciclos de GCS (media)	0,71±1,13	1,11±1,83	0,39

Conclusiones

Las características basales entre el grupo EAS y No-EAS fueron similares, si bien encontramos diferencias estadísticamente significativas en un mayor recuento de eosinófilos y de infección respiratorias en el grupo EAS. La diferencia de ingresos en UCI por crisis de asma, rozaron la significación estadística.

VALORACIÓN DE LA DISCINESIA CILIAR PRIMARIA EN UNA CONSULTA DE ADULTOS A LO LARGO DE 25 AÑOS

Torba Kordyukova, A. (1); Boira Enrique, I. (1); Chiner Vives, E. (1); Martinez Gomez, A. (1); Esteban Ronda, V. (1); Pastor Espla, E. (1); Sancho Chust, J. N. (1); Castello Faus, C. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante

Objetivos

La discinesia ciliar primaria (DCP) es una rara causa de bronquiectasias (BQ) que puede ser diagnosticada en edades tardías, y cursar con gran morbilidad.

Metodología

Se estudiaron los casos diagnosticados de DCP y en seguimiento en neumología de adultos, a lo largo de 25 años, analizando edad, clínica, diagnóstico, tipo y distribución de BQ, valoración por escalas FACED, E-FACED, BSI, función pulmonar, calidad de vida (SGRQ), evolución y complicaciones.

Resultados

Se evaluaron 410 pacientes afectos de BQ: 188 (46%) desconocida; 120 (29%) postinfecciosas; 45 (11%) secundarias a enfermedad respiratoria crónica; 23 (5.6%) secundarias a inmunodeficiencias; de las cuales 13 eran secundarias a DCP (3%). Se analizan 13 pacientes afectos de DCP, 12 con DCP propiamente y un síndrome de Young. 3 eran hombres (23.1%) y 10 mujeres (76.9%), con edad al diagnóstico 32 ± 16 años y un tiempo de seguimiento de 22 ± 15 , FVC% 64 ± 13 , FEV1% 57 ± 17 , 3 ± 2 exacerbaciones/año, ingresos 3 ± 6 /año, SGRQ 54 ± 23 . La expresión más frecuente en todos ellos fue: infecciones recurrentes de vías bajas (100%), otitis (61.5%), rinosinusitis (100%), rinitis alérgica y asma. Un paciente presentaba dextrocardia. Dos pacientes fueron intervenidos en la infancia (15.4%) realizándose lobectomía y neumonectomía. El 100% presentaron BQ, en 11 pacientes difusas (85%) y en 2 localizadas (15%). Tanto las BQ cilíndricas como las quísticas, se presentaron en 6 pacientes, respectivamente (46%) y en un paciente mixtas (8%). Se localizaron en los lóbulos inferiores en 6 pacientes (46%); 1 en lóbulos anteriores (8%); 4 en lóbulos superiores e inferiores (31%) y 2 en inferiores y anteriores (15%). El fenotipo más frecuente fue el grave con infección bronquial crónica (7 pacientes, 54%), moderado en 4 pacientes (31%), y fenotipos de BQ secas y de hipersecreción sin aislamiento bacteriano en 2 (15%). Según la escala FACED, 3 pacientes (23%) fueron clasificados como leves; 7 (54%) como moderados y 3 (23%) como graves. Según E-FACED, 12 (92%) presentaron exacerbaciones, por lo que variaron a 2 leves (15%), 8 moderados (63%) y 3 graves (23%). Al aplicar BSI, 3 pacientes (23%), fueron clasificados con BSI bajo; 2 (15%), como intermedio y 8 (62%) como elevado.

Conclusiones

La DCP cursa con importante deterioro en la calidad de vida y de la función pulmonar, exacerbaciones e ingresos hospitalarios principalmente en relación a las BQ.

EVALUACIÓN DEL SWITCH DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO

Villagrasa Guarch, M. (1); Atarés López, S. (1); Solé Delgado, M. (1); Alonso Tomás, L. (1); Sánchez-Toril López, F. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia)

Objetivos

Los fármacos biológicos han supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento de los pacientes con asma grave no controlada. No obstante, en algunos pacientes es necesario cambiar de fármaco biológico para conseguir un buen control de la enfermedad. El objetivo principal de este estudio es analizar las causas por las que se realiza un cambio de fármaco biológico (switch) en los pacientes con asma grave no controlada. Como objetivo secundario se evalúan las características asociadas que pueden estar relacionadas con estos cambios.

Metodología

Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes seguidos en consulta especializada de asma. Se han incluido a los pacientes con diagnóstico de asma grave mal controlada en tratamiento con fármacos biológicos en los que se ha precisado realizar un switch.

Resultados

Se incluyen 27 pacientes (33'3% de la totalidad de pacientes de la cohorte), 61% mujeres y 39% hombres con una edad media de 55 años, todos ellos con fenotipo T2 alto (42% con fenotipo T2 alérgico, 42% T2 eosinofílico y un 14% con fenotipo mixto).

Se ha estudiado de forma secuencial a los pacientes en el primer, segundo y tercer switch observando como causa principal la falta de respuesta (92'1%), mientras que un 7'9% de los cambios han sido propiciados por la presencia de efectos adversos.

En lo referente al primer switch (TABLA 1) el biológico inicial más frecuentemente sustituido ha sido el omalizumab (62'9%). A destacar un único cambio por efecto adverso en un paciente con reslizumab.

Por otro lado, en un menor porcentaje de pacientes, se precisó un segundo (26%) y un tercer switch (14'8%) (TABLA 2), observándose de nuevo como causa principal la falta de respuesta. El mepolizumab ha sido el fármaco más frecuentemente modificado en el segundo switch y el reslizumab en el tercero.

Por último, se han investigado las principales comorbilidades asociadas, observando como las más importantes la rinitis (57%), la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (39%), las bronquiectasias (39%), la patología psíquica (42%) y la obesidad (28%). Existe una menor asociación a EPOC (14'2%), SAOS (11%) y ABPA (11%).

Conclusiones

El cambio de fármaco biológico se observa principalmente en pacientes del sexo femenino, siendo la principal causa la falta de respuesta y precisando en la mayoría de casos solamente un único switch. En lo referente a las principales comorbilidades asociadas destacan la rinitis, la rinosinusitis crónica con poliposis nasal, la patología psíquica y las bronquiectasias.

IMPLICACIONES DE LA EXPOSICIÓN A AGLOMERADOS DE SÍLICE EN EL DESARROLLO DE SILICOSIS

Burés Sales, E. (1); Ferrer Pons, A. (1); Garcia Alfaro, M. (1); Bañuls Polo, P. (1); Signes-Costa Miñana, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos

La aparición en las últimas décadas de nuevos materiales ornamentales como los aglomerados de sílice pueden suponer un cambio en la gravedad de las formas de presentación de la enfermedad por su alta concentración de sílice cristalina respecto al resto de materiales tradicionales. El objetivo de este estudio es valorar el impacto de la exposición de aglomerados de sílice en nuestra área sanitaria.

Metodología

Estudio transversal, observacional y descriptivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de silicosis en seguimiento en una consulta monográfica de enfermedades ocupacionales en un hospital terciario. Se realiza una comparación de dos cohortes de pacientes en función de su exposición a aglomerados de sílice, empleando para el análisis estadístico test paramétricos mediante programa SPSS.

Resultados

Disponemos de una población de 53 pacientes con diagnóstico de silicosis, de las cuales 14 (26,4%) son clasificadas como complicadas (42,8% A, 50% B, 7,1% C) mediante lectura ILO. Del total de pacientes el 56,6% son hombres. La edad media es de 66 años (10,8 ds) y la edad media al diagnóstico de 59 años (11,7 ds). La media de años de exposición laboral a sílice es de 29 años (DS 14,3). Un 39,6% de pacientes nunca fueron fumadores.

En cuanto a la función pulmonar de nuestra muestra observamos un cociente medio de 72 (10,4); FEV1 90% (20%) ; FVC 100%(17%); TLC 85% (11,5%); DLCO 70% (19,5%); KCO 84% (21,4%).

En cuanto a la comorbilidad respiratoria: 60% no tiene ninguna; 17% son EPOC; 15% tiene historia de asma, 3,8% TBC y EPOC, 2% tiene una enfermedad intersticial descomatativa y 2% antecedentes de neoplasia pulmonar.

Del total de pacientes, un 30% estuvieron expuestos a aglomerados de sílice. Este subgrupo presenta una edad al diagnóstico significativamente menor (51,56 vs 61,89; p 0,002) pese a una exposición acumulada similar. Observamos una mayor incidencia de silicosis complicada (50% vs 16%, p 0,010; OR 5,16) con mayor grado de fibrosis masiva progresiva (grado mayor que A 75% vs 33,3%, p 0,009), así como una menor FVC y FEV1 (83% vs 93%; 92% vs 103%, respectivamente). No encontramos diferencias respecto a la difusión.

Conclusiones

En nuestra muestra, aquellos pacientes expuestos a aglomerados de sílice desarrollaron la enfermedad a una edad más temprana pese a tener similar exposición acumulada, con mayor prevalencia de silicosis complicada y mayor grado de FMP.

CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE BRONQUIECTASIAS EN FUNCIÓN DE LA EOSINOFILIA

Parra Rodas, E. (1); Esteve Villar del Saz, A. (1); Cervera Juan, Á. (1); Natalia, C. L. (1); Fernández Fabrellas, E. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV)

Objetivos

Las agudizaciones de bronquiectasias (ABQ) deterioran la calidad de vida, condicionan progresión de enfermedad y aumentan morbimortalidad. El objetivo de este estudio fue realizar una descripción de los pacientes ingresados por exacerbación de bronquiectasias. Así mismo determinar si existen diferencias en cuanto a características y evolución en función de la eosinofilia periférica (al ingreso y en fase estable).

Metodología

Estudio retrospectivo con pacientes ingresados en Neumología del CHGUV por ABQ entre enero 2020 y octubre 2023. Se analizaron variables demográficas, etiológicas, PFR, infección bronquial crónica. (IBC), E-FACED, tratamiento ambulatorio, analítica, reingresos en <30 días y mortalidad. Análisis estadístico descriptivo de la cohorte y comparativo entre ABQ con eosinofilia periférica o sin ella independientes; p<0.05. Se excluyeron en el análisis comparativo

TABLA 1	Eosinófilos sangre periférica al ingreso >300 cell/ug	Eosinófilos sangre periférica al ingreso < 300 cell/ug	p valor
N	12	42	
Edad (años)	75.5 ± 11.8	73.8 ± 9.83	NS
Varones (%)	58.3	64.3	NS
Tabaquismo Activo (%)	16.7	31%	NS
eosinofilia en fase estable (%)	100	0	<0.001
Rinosinusitis (%)	8.3	7.1	NS
FEV1 <50%	50.9	55.9	NS
E-FACED	Leve 50% Moderado 50% Grave 0%	Leve 40% Moderado 48.6% Grave 11.4	NS
Corticoides inhalados (%)	50	40.5	NS
IBC POR PA (%)	33	23	NS
Éxito al mes	16.7	4.8	NS
Ingreso en < 30 días (%)	33	4.8	0.018

La edad media fue 74.65 (±10.1) años, el FEV1 medio 57% (±24.4) y la mayoría activo en 15 pacientes (27.8%) y rinosinusitis en 4 (7.4%). La etiología fue por P. aeruginosa en 6 (10.5%); Asma 3 (5%). 23 pacientes (42.6%) usaban corticoides sistémicos de los cuales el 81% fue por P. aeruginosa. Tras excluir los 3 pacientes con eosinofilia periférica (>300 109/L) tanto en fase estable como al ingreso no observamos que tuvieron más reingresos en < 30 días respecto al resto de variables. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el resto de variables

De los 56 pacientes con exacerbación de bronquiectasias el 22.2% fueron eosinofílicos. La presencia de eosinofilia periférica >300 células/mm³ días tras el alta. No se encontraron diferencias estadísticamente

Referencias

- ¹ CHOI HAYOUNG, CHALMERS JAMES D. BRONCHIECTASIS EXACERBATION: A NARRATIVE REVIEW OF CAUSES, RISK FACTORS, MANAGEMENT AND PREVENTION. ANN TRANSL MED 202311(1):25
- ² CHEN W, RAN S, LI C, LI Z, WEI N, LI J, LI N. ELEVATED EOSINOPHIL COUNTS IN ACUTE EXACERBATIONS OF BRONCHIECTASIS: UNVEILING A DISTINCT CLINICAL PHENOTYPE. LUNG. 2024 FEB202(1):53-61
- ³ SHOEMARK A, SHTEINBERG M, DE SOYZA A, HAWORTH CS, RICHARDSON H, GAO Y, PEREA L, ET AL. CHARACTERIZATION OF EOSINOPHILIC BRONCHIECTASIS: A EUROPEAN MULTICOHORT STUDY. AM J RESPIR CRIT CARE MED. 2022 APR 15205(8):894-902.

VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA: PREVALENCIA Y FACOTRES ASOCIADOS EN PACIENTES CON EPOC

Climent Campos, C. (1); Boris Bermeo, C. (1); Herrejón Silvestre, A. (1); Taberner Lino, L. (1); Martínez Moragón, E. M. (1)

(1) Hospital Doctor Peset, Valencia

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es analizar la prevalencia de la vacunación antineumocócica y su relación con otros factores asociados en pacientes EPOC en una consulta monográfica de nuestro hospital.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo observacional en pacientes atendidos durante 2022 en una consulta de EPOC. Entre ellos hay pacientes vacunados (con la vacuna conjugada de 13 serotipos VCN13 y/o la vacuna polisacárida de 23 serotipos VNP23) y no vacunados. Hemos analizado en ambos grupos datos clínicos y la frecuencia y características de sus exacerbaciones. En el análisis comparativo utilizamos el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y la T de Student para cuantitativas paramétricas. Realizamos una regresión logística con diferentes parámetros que podrían estar asociados a la vacunación. Se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados

Incluimos 231 pacientes, de ellos 115 no estaban vacunados (49,8%) y 116 sí lo estaban (50,2%), 82 (35,5%) con la conjugada de 13 serotipos y 78 (33,8%) con la polisacárida de 23 serotipos. Comparamos la frecuencia de exacerbaciones totales, ambulatorias, en urgencias y hospitalizaciones entre pacientes vacunados y no vacunados, con un aumento significativo (p -valor 0,033) de exacerbaciones totales en los pacientes vacunados, el resto sin diferencias significativas [TABLA 1]. Lo analizamos también distinguiendo entre vacunación con VNC13 y VNP23, sin diferencias significativas. El análisis de la prevalencia de vacunación en función del sexo, IMC, gravedad de la EPOC y edad únicamente fue significativo para un mayor nivel de vacunación en pacientes mayores [TABLA 1]. Esto se confirma en la regresión logística, en la que el único factor independiente que se relacionaba con la vacunación fue la edad (p -valor 0,01).

	Vacunados	No vacunados	p-valor
Exacerbaciones ambulatorias	0,96 (SD 1,3)	0,68 (SD 1,19)	ns
Exacerbaciones urgencias	0,85 (SD 1,27)	0,71 (SD 1,34)	ns
Exacerbaciones hospitalarias	0,54 (SD 0,98)	0,39 (SD 0,9)	ns
FEV1	51,88 (SD 20,24)	53,44 (SD 19,47)	ns
IMC	26,86 (SD 5,5)	28,04 (SD 5,69)	ns
Edad	71,22 (SD 8,03)	68,17 (SD 9,76)	0,021

Tabla 1.

Conclusiones

Aproximadamente la mitad de la población que acude a nuestras consultas externas está vacunada. Los pacientes más vacunados son los de mayor edad y los que tienen un mayor número de exacerbaciones. Consideramos que el índice de vacunación en nuestras consultas es insuficiente, se debería ampliar a todos los pacientes independientemente de factores como la edad o la presencia de exacerbaciones previas.

FACTORES PRONÓSTICOS, VARIABLES CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES EPOC DE ALTO RIESGO SEGÚN SU FENOTIPO

Fernández Fabrellas, E. (1); Verdejo Mengual, E. (1); Rivas Zelaya, A. (1); Correa Lozano, N. A. (1)

(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos

La EPOC es una enfermedad progresiva donde, además del deterioro funcional, existe una amplia gama de fenómenos multidimensionales que impactan negativamente sobre la calidad de vida, el pronóstico y la supervivencia. El objetivo ha sido analizar las diferencias entre éxitos de pacientes con EPOC de alto riesgo y determinar la supervivencia a los 5 años según los fenotipos y comorbilidades de la enfermedad.

Metodología

Estudio retrospectivo y longitudinal desde Octubre-18 a Octubre-23 de una cohorte de pacientes EPOC de alto riesgo seguidos en consulta monográfica. Se recogieron variables demográficas y funcionales, fenotipos y rasgos tratables, exacerbaciones e ingresos y comorbilidades. Análisis descriptivo y comparativo Chi cuadrado, T student para muestras independientes, ANOVA, $p < 0.05$ y Kaplan-Meier.

Resultados

Analizamos 132 pacientes 84.1% hombres, con una edad media 69.55 años (8.95). El 45.5% eran no agudizadores con FEV1 en 2018 de 1L (0.51), el 43.2% agudizadores eosinofílicos con FEV1 0.92L (0.43) y un 11,4% agudizadores no eosinofílicos con FEV1 0.82L (0.27). El enfisema fue el rasgo tratable más frecuente en todos los grupos (no agudizadores: 76,7%, agudizadores eosinofílicos: 60%, agudizadores no eosinofílicos: 80,7%). La HTA (45.5%) y la DM (31.1%) fueron las comorbilidades más frecuentes en todos los grupos y en los fallecidos. La ICC fue mayor en los agudizadores eosinofílicos. En la tabla 2 se encuentran las diferencias estadísticamente significativas entre vivos y fallecidos. Durante los 5 años de seguimiento la mortalidad global fue de 41,7%, siendo menor en el grupo no agudizador (TABLA 1), con una mediana de supervivencia del 25±12.23 en comparación al grupo agudizador no eosinofílico 19±4.92 meses y a los agudizadores eosinofílicos 44±11.78 rozando la significancia estadística (p 0.053) (Gráfico 1)

TABLA 1

	Agudizador eosinofílico	Agudizador no eosinofílico	No agudizador	p
--	-------------------------	----------------------------	---------------	---

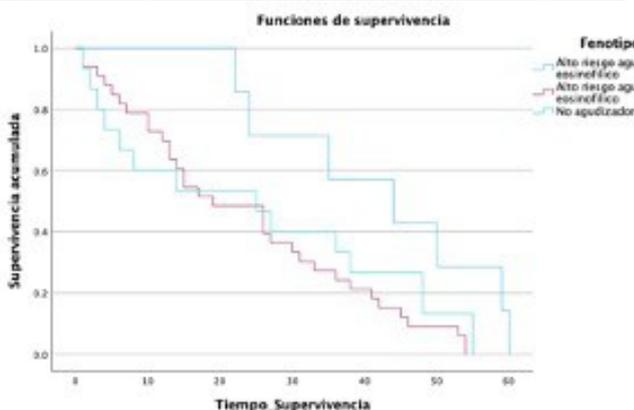


TABLA 2	FALLECIDOS	VIVOS	p
Edad	73.70±8.50	66.49±8.03	<0.001
>2 rasgos tratables	98.2%	89.5%	0.045
IR. Crónica	80.4%	59.2%	0.014
IR. Global	69.6%	43.4%	0.010
BODE	6.40±1.79	5.71±1.71	<0.047
HTA	60.7%	34.2%	0.002
	41.1%	23.7%	0.026
l % 2018	29.72±8.2	36.91±15.22	<0.001
l % 2023	21.40±4.97	40.13±23.27	<0.001
% 2018	56.88±13.78	70.17±17.85	<0.001
% 2023	46.20±11.71	70.04±19.98	0.012
ros recorridos 2018	282.90±129	374.05±118.61	<0.001
ros recorridos 2023	99.75±46.60	342.05±135.85	0.021

Conclusiones

1. En nuestra cohorte, la mortalidad global de los enfermos con EPOC es la esperable, siendo esta mayor en pacientes con enfermedad grave al momento del diagnóstico.
2. El EPOC grave no agudizador tiene menor mortalidad a los 5 años de seguimiento respecto al resto de fenotipos, encontrando una menor supervivencia en el grupo alto riesgo agudizador no eosinofílico rozando la significancia estadística.

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR EXACERBACIÓN DE ASMA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE ALICANTE

Machetti Morillas, C. (1); Boira Enrique, I. (1); Chiner Vives, E. (1); Boluda Verdú, E. (1); Esteban Ronda, V. (1); Pastor Esplá, E. (1); Sancho Chust, J. N. (1); Castelló Faus, C. (1); Torba Kordyukova, A. (1); Hernández Padilla, M. (1); Martínez Gómez, A. D. V. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan Alicante

Objetivos

A pesar de disponer de un tratamiento efectivo, las hospitalizaciones por asma siguen siendo relevantes en la actualidad siendo causa de morbilidad y altos costes económicos. Los objetivos del trabajo fueron analizar las características de los pacientes ingresados por exacerbación de asma y determinar la optimización, grado de adherencia al tratamiento y seguimiento en consultas de neumología.

Metodología

Se incluyeron pacientes ≥ 18 años ingresados en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario San Juan de Alicante de mayo de 2021 a junio de 2023 con diagnóstico principal de exacerbación de asma. Se excluyeron pacientes con diagnóstico secundario de exacerbación de asma y sin diagnóstico de certeza.

Resultados

Se analizaron 186 pacientes (237 ingresos), 63% mujeres, 49 ± 34 años ($>65a$: 40%), IMC 26.4 ± 5 kg/m², IgE 332 ± 435 UI/mL (25-3041), 180 ± 443 eosinófilos y estancia media $8,6 \pm 5$ días. Comorbilidades: rinitis 66%, poliposis nasal 63%, anosmia/hiposmia 64% y dermatitis atópica 40%. En tratamiento con: dosis altas de ICS/LABA 100%, montelukast 45%, LAMA 48%, biológico 20%, antihistamínicos 15%, xantinas 3%, esteroides orales en 8%. Presentan asma intermitente 3%, persistente leve 13%, persistente moderado 64% y persistente grave 20% con ACT (15 ± 2) y ACQ ($1,5 \pm 1$). El 19% pacientes tuvieron >1 ingreso precisando 5 de ellos estancia en UCI sin fallecimiento. Comparando pacientes con 1 ingreso o más, hubo diferencias en edad (39 ± 15 vs 52 ± 20 , $p < 0,001$), IMC ($25,2 \pm 3$ vs $27,4 \pm 4$, $p < 0,003$), comorbilidad (15% vs 60%, $p < 0,001$) y estancia media ($4,5 \pm 2$ vs 11 ± 3 , $p < 0,001$). El 15% presentan asma no conocido, 28% asma conocida sin tratamiento, 23% control por atención primaria y 34% seguimiento por neumología. El 52% presentan espirometría previa con diferencias significativas entre neumología y primaria (100% vs 24%, $p < 0,001$). La puntuación media del TAI fue $42,5 \pm 8$ puntos (buena adherencia: 28%, intermedia: 26% y mala adherencia: 46%). El 70% presentó incumplimiento errático, el 46% deliberado y el 21% inconsciente.

Conclusiones

La población joven supone un porcentaje importante de ingresos por exacerbación debido al escaso seguimiento en consultas de neumología, mala adecuación del tratamiento y bajo cumplimiento. Los fármacos biológicos disminuyen los ingresos y uso de recursos.

RECURRENCIAS DE ETV Y MANTENIMIENTO DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO A SARS-COV-2

Aguilar Peñaranda, P. (1); Martínez Aracil, A. (1); Safont Muñoz, B. (1); Fernández Fabrellas, E. (1)

(1) CHGUV

Objetivos

Evaluamos, en nuestra cohorte, las diferencias entre grupos de pacientes con retirada o mantenimiento de anticoagulación y la tasa de recurrencia de ETV asociado a SARS-CoV-2 en todos los pacientes.

Metodología

Estudio descriptivo observacional retrospectivo incluyendo a todos los pacientes ingresados por TEP asociado a SARS-CoV-2 desde Enero 2020 hasta Septiembre 2023 con seguimiento mínimo 6 meses tras el TEP. Empleamos análisis estadístico T- test Student y Chi2.

Resultados

Analizamos 124 pacientes, eliminamos 42 pacientes por falta de seguimiento, 3 pacientes por tiempo ACO < 3 meses y 6 pacientes por éxitus en los primeros 3 meses del diagnóstico del TEP. Del total de 73 pacientes, edad media 70,61 años (SD 13,65), 61,1% hombres, 43,6% vida sedentaria, 64,7% no fumadores, 15,5% EPOC, 15,5% AOS, 15,5% IC, 12,6% ERC, 52,1% HTA, 2,8% historia familiar de ETV, 8,4% ETV previa, 18,3% cáncer y 5,63% ACO por arritmia (FA). El 61,8% de los TEP se estratificaron como riesgo intermedio-bajo y el 61,8% presentaban puntuación de Escala PESI III-IV. Casi la mitad (48,6%) presentaron TEP de arterias segmentarias, seguido A. lobares (22,2%), A. principales (20,8%) y subsegmentarias (8,3%); con afectación bilateral en el 62,5% de los casos. La mayor parte de los pacientes (83%) no presentaron TVP al ingreso. Se retiró la ACO en el 47,14% de los pacientes, manteniendo la ACO 8,9 meses (SD 4,3). De los pacientes en los que se mantuvo la ACO, presentaban mayor edad ($p=0.003$), presencia de TVP al diagnóstico (27% vs 6%), mayor sedentarismo (67,6% vs 18,2%), antecedente de ERC (24,3% vs 0%) y antecedente de cáncer (29,7% vs 6%), hallando diferencias estadísticamente significativas (TABLA 1). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas a la hora de mantener la ACO en aquellos pacientes con mayor puntuación en la escala PESI y mayor gravedad del TEP, ni con la presencia de comorbilidades. Tras un seguimiento medio de 16,17 meses (SD 7,5) no evidenciamos ninguna recidiva de ETV, fallecieron 8 pacientes (ninguno por nueva ETV) todos del grupo de pacientes que mantuvieron la ACO ($p=0.005$).

	No retirada ACO	Retirada ACO	p valor
TVP al Diagnóstico	27,03%	6,06%	$p = 0,020$
Sedentarismo	67,57%	18,18%	$p = 0,000$
ERC	24,32%	0%	$p = 0,003$
Cáncer	29,73%	6%	$p = 0,011$

Conclusiones

- El grupo de pacientes en los que se mantuvo la ACO presentaban mayor edad, TVP al diagnóstico, sedentarismo, antecedente de ERC y cáncer.
- No encontramos relación entre mayor puntuación de Escala PESI y riesgo del TEP frente al mantenimiento de la terapia anticoagulante.
- Tras el seguimiento, no evidenciamos ninguna recidiva de ETV.
- Ninguno de los fallecimientos se relacionaba con nueva aparición de ETV.

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A TOS CRÓNICA

Atarés López, S. (1); Nieto Cabrera, M. L. (1); Villagrasa Guarch, M. (1); Alonso Tomás, L. (1); Soler-Cataluña, J. J. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova

Objetivos

Las causas asociadas a la tos crónica (TC) son variadas. Con frecuencia, la falta de resolución de la tos lleva a un estudio más amplio que puede mostrar la asociación de más de un desencadenante. El objetivo del presente estudio es evaluar la frecuencia de diagnósticos asociados a la TC en pacientes controlados en una consulta monográfica de tos.

Metodología

Se realizó un estudio observacional sobre una cohorte de pacientes con TC en seguimiento en la consulta monográfica de TC durante un periodo de 4 años. Se define TC como presencia de tos de más de 8 semanas de duración con radiografía de tórax sin alteraciones significativas. A todos los pacientes se les aplicó un algoritmo secuencial diagnóstico y según este, se solicitaron pruebas de función respiratoria, tomografía computerizada, estudio del sueño o broncoscopia, entre otras. Se analizaron datos demográficos y diagnósticos establecidos. Se utilizó el software

SPSS v28 para el análisis estadístico de los datos.

Resultados

Se incluyeron 637 pacientes (66,1% mujeres) con una edad media de 56±14 años y un tiempo medio de tos de 33±48 meses. Los distintos diagnósticos establecidos se muestran en la TABLA 1. 314 (49,3%) pacientes presentan TC multifactorial (TCM). Estos pacientes tenían una edad media más avanzada 60±12 años ($p < 0.0001$), un índice de masa corporal mayor (IMC) de 28.9±4.8 ($p < 0.0001$) y una evolución de la tos de 40±54 meses, significativamente más prolongada ($p < 0.005$) que el resto de los pacientes con sólo un diagnóstico. En los pacientes con TCM la ausencia de resolución de la tos (45,2%) fue más frecuente que en los pacientes con solo 1 causa de tos (30,3%) ($p < 0,005$).

Conclusiones

En nuestra serie, además de las causas comúnmente descritas asociadas a la TC, encontramos una frecuencia alta de AOS (44%) y de bronquiectasias (23%). Los pacientes con TC multifactorial son de mayor edad, tienen un IMC más alto, muestran al diagnóstico mayor tiempo de evolución de la tos y es más frecuente en ellos la falta de resolución de la tos.

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS Y ASMA

Atarés López, S. (1); Villagrasa Guarch, M. (1); Alonso Tomas, L. (1); Solé Delgado, M. (1); Sánchez-Toril López, F. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova

Objetivos

La Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (GEPA) es una enfermedad inflamatoria eosinofílica y granulomatosa asociada a una vasculitis necrotizante de pequeño y mediano vaso que afecta al pulmón y a otros órganos. No existen criterios validados para su diagnóstico, lo que dificulta el mismo.

El objetivo de este estudio es analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes con GEPA diagnosticados en nuestro departamento y que reciben seguimiento en consulta especializada de asma (CEA).

Metodología

Se realizó una búsqueda de casos a fecha de 1 de Noviembre de 2023 mediante la introducción en historia clínica electrónica de palabras clave ("granulomatosis eosinofílica con poliangeítis", "Churg-Strauss", "granulomatosis alérgica"). Se evaluaron variables epidemiológicas y clínicas al diagnóstico, así como tratamiento y situación clínica actual.

Resultados

Se identificaron 13 pacientes con diagnóstico de GEPA en nuestro Departamento de Salud (población: 333.953) lo que supone una prevalencia de 3,89 x 100.000 habitantes. Seis de estos pacientes (46%) fueron diagnosticados por el Servicio de Neumología (4 de ellos durante el seguimiento en CEA, dos durante una hospitalización). Los siete restantes por los Servicios de Medicina Interna o Reumatología. El diagnóstico histológico se estableció en 7 casos (54%) del total. El 100% de los pacientes presentaban asma, con un tiempo medio de evolución de la misma hasta el diagnóstico de 8±3 años. Respecto a los 6 pacientes diagnosticados por Neumología, presentaban una edad media al diagnóstico de 43±9 años, predominando varones (4 pacientes, 66,6%). En la TABLA 1 se desglosan las características clínicas presentes al momento del diagnóstico. En la actualidad siguen controles en la CEA 10 pacientes (77% del total: los 6 diagnosticados por Neumología y 4 remitidos desde los otros servicios por mal control del asma). Todos ellos se encuentran en remisión clínica. Los tratamientos que reciben se detallan en la TABLA 2.

Conclusiones

Neumología desempeña un papel relevante en el diagnóstico y seguimiento de la GEPA. Todos los pacientes que fueron diagnosticados por nuestro servicio presentaban al diagnóstico asma T2 e hipereosinofilia de más de 1500cel/mm³. La rinitis alérgica, rinosinusitis crónica con poliposis y mononeuritis estaban presentes en la mitad de ellos. El arsenal terapéutico actual, incluyendo la reciente incorporación de mepolizumab ha permitido la remisión clínica del 100% de los pacientes con seguimiento en la CEA.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A CONECTIVOPATÍA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

Giménez Samblás, E. (1); Mulet Arabí, A. (1); De la Morena Barrio, I. (1); Charca Benavent, L. (1); Planell Oliván, R. (1); Signes-Costa Miñana, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos

El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a conectivopatía en seguimiento en nuestro centro.

Metodología

Estudio observacional transversal de pacientes con EPI asociada a conectivopatía en seguimiento en las consultas monográficas de Neumología y Reumatología, con fecha de corte en enero 2024.

Resultados

Se incluyeron un total de 74 pacientes (48 mujeres y 26 varones). La edad media fue de 68 ± 10,8 años. La mitad de los pacientes nunca habían sido fumadores, el 35,1% eran exfumadores de más de 1 año, el 5,4% eran exfumadores recientes y el 9,5% fumadores activos. En la TABLA 1 se muestran el diagnóstico principal de los pacientes y en la TABLA 2 los patrones radiológicos que presentaban.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE LOS PACIENTES CON EPI ASOCIADA A CONECTIVOPATÍA.

Diagnóstico	N = 74 (%)
IPAF	19 (25,7%)
Artritis reumatoide	18 (24,3%)
Esclerosis sistémica	12 (16,2%)
Síndrome de Sjögren	6 (8,1%)
Conectivopatía indiferenciada	6 (8,1%)
Dermatomiositis	4 (5,4%)
Síndrome antisintetasa	3 (4,1%)
Lupus eritematoso sistémico	2 (2,7%)

Sarcoidosis	2 (2,7%)
Espondilitis anquilosante	1 (1,4%)
Artritis seronegativa	1 (1,4%)

TABLA 2. PATRÓN TCAR DE LA AFECTACIÓN PULMONAR.

Patrón	N = 74 (%)
NINE	29 (39,2%)
NIU	14 (18,9%)
NO	10 (13,5%)
Indeterminado	7 (9,5%)
Nódulos pulmonares	3 (4,1%)
Neumonía intersticial descamativa	2 (2,7%)
Sarcoidosis	2 (2,7%)
Otros	7 (9,8%)

En cuanto a la presencia de anticuerpos, 24 (32,4%) fueron positivos para factor reumatoide (FR) y/o antipéptido citrulinado (ACPA), 13 (17,6%) perfil de esclerodermia, 12 (16,2%) perfil de miopatía, 7 (9,5%) tenían varios perfiles de autoinmunidad positivos, 5 (6,8%) Ro/La, 3 (4,1%) ANA sin especificidad, 2 (2,7%) perfil lúpico, 1 (1,4%) perfil antisintetasa y el 8,1% restante eran seronegativos.

Más de la mitad de los pacientes recibía tratamiento inmunosupresor: 50 (67,6%), y 31 (41,9%) recibían corticoides en el momento de la evaluación. 11 pacientes (14,9%) recibían tratamiento antifibrótico, entre los cuales 8 (72,7%) presentaban patrón NIU en el TAC, 1 (9,1%) probable NIU y 2 (18,2%) patrón de NINE ($p=0,004$). Se han objetivado un 14,9% de pacientes con fracturas vertebrales osteoporóticas.

Conclusiones

El diagnóstico principal en nuestro grupo de pacientes fue la IPAF y el patrón TCAR más frecuente el de NINE. La mayoría de pacientes recibía tratamiento inmunosupresor. Entre los pacientes en tratamiento antifibrótico, la gran mayoría presentaban un patrón NIU.

IMPACTO DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADO

Villagrasa Guarch, M. (1); Atarés López, S. (1); Solé Delgado, M. (1); Alonso Tomás, L. (1); Sánchez-Toril López, F. (1)

(1) Hospital Arnau de Villanova-Llíria (Valencia)

Objetivos

Los fármacos biológicos han abierto un nuevo horizonte en el tratamiento de los pacientes con asma grave no controlado (AGNC). El objetivo principal de este estudio es evaluar las características basales de los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos. Como objetivo secundario se estudia el control y los cambios de la función pulmonar a los 6 meses del inicio del tratamiento como evaluación de la respuesta.

Metodología

Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes seguidos en la consulta especializada de asma. Se han incluido pacientes con AGNC en tratamiento con fármacos biológicos (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, dupilumab y benralizumab). Se ha evaluado antes del inicio del biológico y a los 6 meses del comienzo del mismo los valores de FEV1, FVC y FEV1/FVC para estudiar los cambios en la función pulmonar y el ACT para determinar el grado de control. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS IBM Statistics v23.

Resultados

Se incluyen 81 pacientes, con predominio del sexo femenino (62%) y una edad media de 54 ± 13 años, todos ellos con fenotipo T2 alto (45,7% con fenotipo T2 alérgico, 44,4% T2 eosinofílico y 9,8% con fenotipo mixto). Las características basales se incluyen

en la tabla 1, destacando como comorbilidades la obesidad, la corticodependencia (38%), la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (26%), la eosinofilia en sangre ($553,19 \pm 400,05$ células/mm³) y una IgE sérica de $361,89 \pm 443,23$ KU/K.

Tras analizar los cambios a los 6 meses del inicio del tratamiento (tabla 2), se observa de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) una mejoría de la función pulmonar con un aumento del 11'54% del FEV1 y del 11'32% de la FVC. A su vez, también se observa una leve mejoría en el cociente FEV1/FVC ($p < 0,05$). En lo que respecta al control de la enfermedad se observa de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) una mejoría de 7'7 puntos en el ACT.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con AGNC en tratamiento con fármacos biológicos son mujeres de mediana edad con obesidad, eosinofilia periférica e IgE elevado. Además, se ha observado que tras 6 meses desde el inicio del tratamiento con fármacos biológicos existe una mejoría estadísticamente significativa de la función pulmonar y del grado de control de la enfermedad.

DERMATOMIOSITIS ANTI-MDA5 POSITIVO Y PATOLOGÍA PULMONAR

Perez Cabezas, A. (1); Perez Perez, J. L. (1); Gayá García-Manso, N. (1); Gomez Roman, M. (1); Garcia Sevilla, R. (1); Torres Sanchez, A. (1); Nofuentes Perez, E. (1); Perez Diaz, A. (2); Gonzalez Moreno, M. (1); Camara Martinez, I. (1)

(1) Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante; (2) Universidad Miguel Hernández

Objetivos

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática con presentación clínica variable asociada a diversos anticuerpos, entre ellos el anti-MDA5. Este anticuerpo se asocia a enfermedad intersticial pulmonar rápidamente progresiva, mortalidad temprana y mal pronóstico. El tratamiento de inducción suele incluir corticoides a altas dosis y el de mantenimiento con corticoides asociados a inmunosupresores. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de pacientes con diagnóstico de EPID con anticuerpo anti-MDA5 + y estudiar su evolución y tratamiento.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes del HGU Dr. Balmis con diagnóstico de dermatomiositis anti-MDA5+ y afectación pulmonar procedentes del servicio de Neumología desde el año 2016 hasta noviembre de 2023. Se recogieron de la historia clínica datos demográficos, analíticos, funcionales, radiológicos y su evolución.

Resultados

Se diagnosticó a un total de 6 pacientes (3 varones y 3 mujeres), con una edad media de $63,5 \pm 14,8$ años. Tenían antecedente de tabaquismo 3 pacientes con una media de $30 \pm 5,0$ a/p. En la tabla 1 se desarrollan los grados de disnea y las pruebas funcionales al diagnóstico, que pudieron realizarse en 5 pacientes. En la tabla 2 el tratamiento de inducción y mantenimiento recibido.

En 4 pacientes se detectaron otros anticuerpos además del anti-MDA5, siendo el más frecuente el ANA en 2 pacientes, seguido

de anti-MDA5, anti-SAE7, anti-Jo-1 y anti-Mi-2.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de pacientes con diagnóstico de EPID con anticuerpo anti-MDA5 + y estudiar su evolución y tratamiento. En 5 pacientes, siendo fibrótica en 4 de ellos. Además, dos pacientes presentaron un patrón de probable NIU.

En 1 paciente que falleció 26 días tras el diagnóstico en UCI por insuficiencia respiratoria. Los 4 pacientes restantes presentaron una evolución favorable sin ingreso hospitalario.

PFR	N: 5	Media +/- DE
FVC (ml)	5	2854 +/- 780,3
FVC (%)	5	79,4 +/- 13,4
FEV1 (ml)	5	2382 +/- 546,4
FEV1 (%)	5	84,6 +/- 10,4
FVC/FEV1 (%)	5	84,4 +/- 6,7
DLCO (%)	4	61,3 +/- 14,3
Disnea (mMRC)	N: 6	
Grado I	2	
Grado II	1	
Grado III	2	
Grado IV	1	

Tratamiento inducción	N	Tratamiento de mantenimiento	N
TACROLIMUS	4	CORTICOIDE <0,5 MG/KG	3
BOLOS CORTICOIDE 1G	3	TACROLIMUS	3
CORTICOIDE >0,5 MG/KG	2	RITUXIMAB	2
PLASMAFERESIS	2	MICOFENOLATO	1
CICLOFOSFAMIDA	2	PIRFENIDONA	1
		NINTEDANIB	1
		HIDROXICLOROQUINA	1
		COLCHICINA	1

Conclusiones

El patrón radiológico más común en nuestra serie fue el tipo NINE fibrótica. Nuestros pacientes fueron tratados de forma precoz y agresiva con corticoide a altas dosis, inmunosupresores y plasmaféresis como inducción y corticoide a dosis bajas, inmunosupresores y antifibróticos como mantenimiento. A pesar de ello, dos pacientes evolucionaron mal, con un paciente fallecido y otro que recibió trasplante bipulmonar.

COMPLICACIONES TRAS LA COLOCACIÓN DE VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES

Rodríguez Estrella, D. (1); Mengot Ruiz, N. (1); Luna Pardo, C. (1); cruz chamorro, D. A. (1); Martínez Tomás, R. (1); Briones Gómez, A. (1); Cases Viedma, E. (1)

(1) Hospital Universitario La Fe

Objetivos

La reducción de volumen pulmonar endoscópica con válvulas endobronquiales en el enfisema severo ha demostrado mejorar la disnea y aumentar la supervivencia. Sin embargo, no está exento de riesgos. El objetivo del estudio fue valorar la aparición de complicaciones tras la colocación de válvulas endobronquiales.

Metodología

Estudio retrospectivo observacional y unicéntrico en pacientes sometidos a colocación de válvulas endobronquiales para reducción de volumen, control de fuga aérea persistente o tratamiento de bulla gigante no quirúrgica. Se recopilaron datos demográficos, funcionales y técnicos del procedimiento y se evaluaron las complicaciones precoces durante el ingreso hospitalario, y en los seis meses siguientes.

Resultados

Se seleccionaron 27 pacientes con una edad media de 65 años. 59% eran hombres, y la disnea media fue de 3,33 (escala mMRC) (TABLA 1). En el 63% de los pacientes se realizó estudio Chartis para verificar la ausencia de circulación colateral. En el 78% (n= 21) de los casos, se colocaron válvulas para reducción de volumen en enfisema. En el 15% (n= 4) por fuga aérea persistente, y el 7% (n= 2) para reducción de una bulla de gran tamaño. Se colocaron tres válvulas de media, en uno o dos procedimientos.

El 15% de los pacientes padecieron complicaciones precoces: tres pacientes desarrollaron neumotórax, de los cuales dos requirieron drenaje pleural y uno se trató de forma conservadora, y un paciente tuvo agudización de EPOC. No se observó hemoptisis, arritmias ni condensaciones infecciosas relacionados con el procedimiento (FIGURA 1).

En el seguimiento a los seis meses el 7% de los pacientes tuvieron complicaciones: un paciente ingresó por agudización de EPOC en contexto de neumonía y en un paciente fue preciso retirar las válvulas por empeoramiento sintomático. En los casos en los que se tomaron cultivos bacteriológicos, no se detectaron microorganismo patógenos (FIGURA 2).

En el 33% de los pacientes, fue necesario retirar las válvulas por diversas razones: dos casos debido a ineficacia; dos casos la retirada fue por mala tolerancia y empeoramiento clínico; en un caso la razón fue fuga aérea persistente; mientras que en los otros cuatro casos fue necesario retirarlas por distintos motivos. No se registraron fallecimientos en la fase precoz ni tardía.

Conclusiones

La aparición de complicaciones tras la colocación de válvulas fue poco frecuente en la fase precoz y tardía, siendo la complicación más común el neumotórax durante las primeras 72 horas.

Referencias

¹ CRINER GJ, SUE R, WRIGHT S, DRANSFIELD M, ET AL. LIBERATE Study Group. A Multicenter Randomized Controlled Trial of Zephyr Endobronchial Valve Treatment in Heterogeneous Emphysema (LIBERATE). Am J Respir Crit Care Med. 2018 Nov 1;198(9):1151-1164. doi: 10.1164/rccm.201803-0590OC. PMID: 29787288.

PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA

Boris Bermeo, C. K. (1); Climent Campos, C. (1); Pedro Tudela, A. (1); Ballesteros Vazquez, E. (1); Sánchez Vera, A. F. (1); Herrejón Silvestre, A. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset

Objetivos

Numerosos estudios han identificado una asociación significativa entre niveles bajos de vitamina D y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), evidenciando una mayor gravedad de la enfermedad y un aumento en la frecuencia de exacerbaciones. La vitamina D, es reconocida por sus propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras, se presenta como un componente clave en la regulación del sistema respiratorio. En este contexto, el objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de la deficiencia de vitamina D y su relación con la EPOC en el ámbito de una consulta monográfica especializada.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, abordando a la población de pacientes atendidos en la consulta externa a lo largo del año 2022. Los datos fueron recopilados a partir de historias clínicas, incluyendo aspectos clínicos relevantes, pruebas de función respiratoria y mediciones de los niveles de vitamina D.

La clasificación de los niveles de vitamina D se realizó de acuerdo con los estándares establecidos: niveles adecuados (≥ 20 ng/ml), déficit moderado (19 -13 ng/ml) y déficit grave (≤ 12 ng/ml).

En análisis estadístico descriptivo se utilizó media y desviación estándar (SD) para variables paramétricas, mediana con rango para variables no paramétricas y las variables categóricas se describen con porcentaje. En análisis comparativo se empleó para variables categóricas el test de Chi cuadrado, para variables cuantitativas no paramétricas U de Mann Whitney. El nivel de significación se fijó para una $p < 0,05$

Resultados

Se incluyeron 140 pacientes, 34% mujeres y 66% hombres con una media de edad de 70 años (SD 9.1). El 42% tuvieron una obstrucción moderada según la clasificación GOLD con una media de FEV1 del 54% (SD 18) y una mediana de 1 (0-15) exacerbación al año. En relación con los niveles de vitamina D, la mediana fue de 18 ng/ml (4- 54 ng/ml), de los cuales el 45% tuvieron niveles normales, 55% déficit y de estos el 30% tuvieron déficit grave.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas con el fenotipo, gravedad de la EPOC (según la clasificación GOLD) ni con las exacerbaciones.

Niveles de vitamina D			
	Adecuados 64 (45%)	Déficit 76 (55%)	140 (100%)
Variables			p valor
Sexo			
Hombre	40 (62%)	52 (68%)	0,4
Mujer	24 (38%)	24 (32%)	
Edad			
Menor 64 años	14 (37%)	24 (63%)	0,2
Mayor 65 años	50 (49%)	52 (51%)	
Fenotipo			
Bronquitis crónica	23 (36%)	24 (32%)	0,8
Enfisema	41 (64%)	52 (68%)	
Grado de obstrucción (GOLD)			
Leve	5 (8%)	7 (9%)	0,5
Moderado	31 (48%)	28 (37%)	
Grave	22 (34%)	32 (42%)	
Muy grave	6 (9%)	9 (12%)	
Exacerbaciones			
Total de exacerbaciones *Mediana	1,5	1	0,9

Conclusiones

Dado el posible déficit de vitamina D en los pacientes con EPOC, que acuden a las consultas externas de neumología, podemos recomendar con este estudio la importancia de solicitar rutinariamente determinación de niveles de vitamina D en todos ellos.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL TUMOR CARCINOIDE TÍPICO ENDOBRONQUIAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Mompeán Rodríguez, S. (1); Cruz Chamorro, D. A. (1); Martínez Tomás, R. (1); Briones Gómez, A. (1); Cases Viedma, E. (1); Mancheño Franch, N. (1); Bauza, M. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico de los tumores carcinoides bronquiales.

Metodología

Análisis retrospectivo en pacientes con tumor carcinoide bronquial típico tratados endoscópicamente entre 2014 y 2023 en la unidad de Neumología intervencionista Hospital la Fe de Valencia.

Excluimos casos metastásicos o atípicos. Analizamos datos demográficos, características del tumor, técnicas endoscópicas empleadas, complicaciones y recidiva.

Resultados

Presentamos 8 casos: 5 mujeres, con edad media de 63,5 años. La mayoría fumadores (62,5%) y EPOC (25%). El síntoma más frecuente, fue la infección respiratoria con un 37,5%.

En el estudio de extensión, el 75% se realiza PET-TC, sin lesiones sospechosas en mediastino, aunque en solo un paciente se realizó EBUS.

El motivo por el que se decidió realizar la intervención por vía endoscópica fue por riesgo quirúrgico y preferencias del paciente. El 75% de los casos fueron debatidos en un comité multidisciplinar de tumores.

La mayoría de los tumores se localizaron en el bronquio intermediario (50%). Las lesiones eran de características polipoides (75%), y un 25% exofíticas.

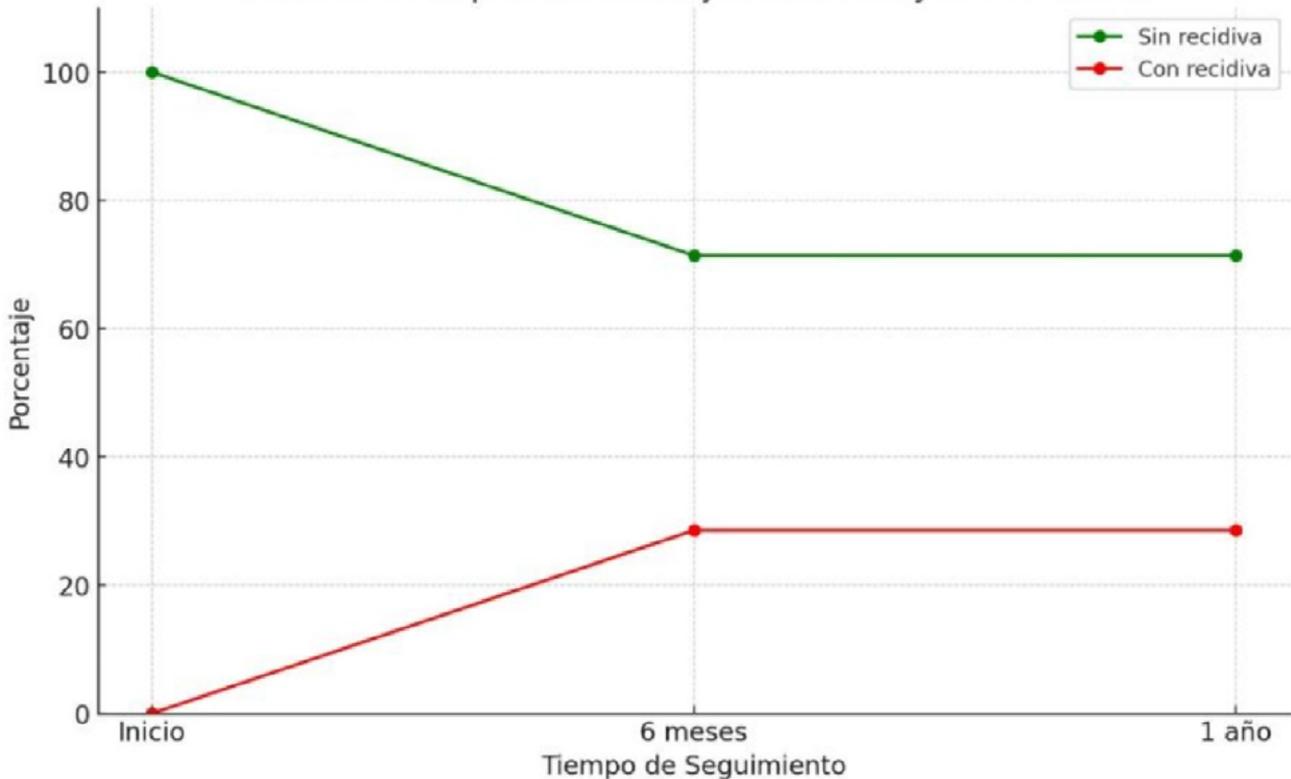
Los pacientes fueron intervenidos mediante broncoscopia rígida. En la mayor parte de los casos se realiza resección tumoral con asa de diatermia (7/8 pacientes), con una potencia de entre 10 y 25W. En los pacientes intervenidos mediante asa de diatermia, se aplicaron técnicas complementarias como Argón plasma (62,5%). Crioterapia (25%). Láser (50%). La combinación de asa

	Sexo	Edad	Fecha de diagnóstico	Localización	Tipo lesión	Tratamiento recibido	Seguimiento 6 semanas	Seguimiento 6 meses	Seguimiento 1 año	Estado
1	Hombre	69	1-Feb-23	Bronquio intermediario	Polipoide	Asa diatermia y Argón plasma	Sin lesión residual	Sin recidiva	Sin recidiva	Vivo
2	Hombre	70	20-Enero-23	Bronquio intermediario	Polipoide	Asa diatermia y Láser	Lesión residual	Sin recidiva	Sin recidiva	Vivo
3	Mujer	54	11-Dec-19	Bronquio principal izquierdo	Polipoide	Asa diatermia y Argón plasma	Sin lesión residual	Recidiva	Sin recidiva	Vivo
4	Mujer	45	15-Oct-20	Bronquio principal derecho	Polipoide	Asa diatermia y Argón plasma	Sin lesión residual	Sin recidiva	Sin recidiva	Vivo
5	Mujer	69	01-Enero-20	Bronquio intermediario	Polipoide	Asa diatermia y Láser	Lesión residual	Sin recidiva	Sin recidiva	Vivo
6	Mujer	76	10-Oct-14	Bronquio principal derecho	Exofítica	Argón plasma	Lesión residual	Recidiva	Recidiva	Éxito
7	Mujer	73	11-Nov-22	Bronquio principal izquierdo	Exofítica	Asa diatermia y Láser	Lesión residual	Sin recidiva	Sin recidiva	Vivo
8	Hombre	22	1-Sept-23	Bronquio intermediario	Polipoide	Asa diatermia y Láser	Sin lesión residual	Pendiente revisión	Pendiente revisión	Vivo

ales
diva,
ticas

Evolución de pacientes con tumor carcinoide típico

Gráfico de Supervivencia Ajustado con y sin Recidiva



Conclusiones

Sugerimos que el tratamiento endoscópico, es eficaz y seguro. La preferencia por este tratamiento radica en el riesgo quirúrgico y las preferencias del paciente. Encontramos bajas tasas de recidiva con posibilidad de reintervenir a los pacientes. Queda por establecer la cadencia del control broncoscópico. Resaltamos la importancia de valorar las características de la lesión para la selección de los pacientes.

Referencias

- ¹ BROKX HA, PAUL MA, POSTMUS PE, SUTEDJA TG. LONG-TERM FOLLOW-UP AFTER FIRST-LINE BRONCHOSCOPIC THERAPY IN PATIENTS WITH BRONCHIAL CARCINOIDS. THORAX. 2015 MAY70(5):468-72. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014-206753. Epub 2015 Mar 16. PMID: 25777586.
- ² PRINZI N, ROSSI RE, PROTO C, LEUZZI G, RAIMONDI A, TORCHIO M, MILIONE M, CORTI F, COLOMBO E, PRISCIANDARO M, CASCELLA T, SPREAFICO C, BENINATO T, COPPA J, LO RUSSO G, DI BARTOLOMEO M, DE BRAUD F, PUSCEDDU S. RECENT ADVANCES IN THE MANAGEMENT OF TYPICAL AND ATYPICAL LUNG CARCINOIDS. CLIN LUNG CANCER. 2021 MAY22(3):161-169. doi: 10.1016/j.clcc.2020.12.004. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33618994.
- ³ MEI J, GUO C, XIA L, LIAO H, PU Q, MA L, LIU C, ZHU Y, LIN F, YANG Z, ZHAO K, CHE G, LIU L. LONG-TERM SURVIVAL OUTCOMES OF VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY LOBECTOMY FOR STAGE I-II NON-SMALL CELL LUNG CANCER ARE MORE FAVORABLE THAN THORACOTOMY: A PROPENSITY SCORE-MATCHED ANALYSIS FROM A HIGH-VOLUME CENTER IN CHINA. TRANSL LUNG CANCER RES. 2019 APR8(2):155-166. doi: 10.21037/tlcr.2018.12.04. PMID: 31106126; PMCID: PMC6504656.

RELACIÓN ENTRE FENOTIPOS DE ASMA GRAVE Y REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA SEGÚN HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA

Sanfeliu Cuenca, P. (1); Jove Lamas, A. (1); Inglés Azorín, M. (1); De Diego Damià, A. (1); Martínez Valle, A. M. (1)

(1) Hosp. Universitari I Politecnic La Fe De Valencia

Objetivos

Describir y analizar los hallazgos en imágenes de TC encontrados en nuestra cohorte de asma grave y correlacionarlos con las alteraciones funcionales y tipos de fenotipo asmático en dichos pacientes.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con asma grave vistos en nuestra consulta, en tratamiento con fármacos biológicos y a los que se le había realizado una TC.

Se recogieron los datos demográficos, funcionales y clínicos con respecto a la gravedad, comorbilidades y fenotipos alérgico y eosinofílico. Además, se valoraron de forma cualitativa los siguientes criterios radiológicos: engrosamiento de paredes bronquiales, estrechamiento de la luz bronquial, atrapamiento aéreo (evidenciado mediante la visualización de patrón en mosaico), afectación de vía aérea pequeña y enfisema. Se analizó la correlación entre la existencia de estas alteraciones y el grado de obstrucción y fenotipo del asma. Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de χ^2 y el Test de U de Mann-Whitney.

Resultados

Se incluyeron un total de 60 pacientes, con edad mediana de 55 (IQ: 49-61) años (75% mujeres). Un 53,3% estaban catalogados como asma eosinofílica y un 46,7% como asma alérgica, con un valor mediano de eosinófilos en sangre periférica de 380/ μ L (150-710) con un 68,3% con criterios de mal control. Las principales comorbilidades fueron, en este orden: patología nasosinusal, bronquiectasias, reflujo gastroesofágico, AOS y aspergilosis broncopulmonar alérgica.

Respecto a los hallazgos radiológicos: el 73,3% presentaban engrosamiento de las paredes bronquiales, un 33,3% atrapamiento aéreo, un 41,7% afectación de vía aérea pequeña, 6,7% enfisema y un 6,7% estrechamiento de la luz bronquial. Se observa que los pacientes con asma eosinofílico no alérgico presentan de forma significativa mayor presencia de engrosamiento bronquial ($p=0.04$), no encontrándose diferencias en el resto de parámetros radiológicos, en cuanto a la gravedad del asma.

Conclusiones

En nuestra muestra, los pacientes con asma grave de fenotipo eosinofílico presentan mayor porcentaje de engrosamiento bronquial que los pacientes con asma alérgico, sin encontrar diferencias significativas en el resto de los hallazgos radiológicos.

EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DUPILUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO.

Lluch Tortajada, I. (1); Ogallar Villanueva, L. (1); Enguix Maresa, A. (1); Llanes Perona, M. (1); Novella Sánchez, L.; Cabanes López, L. (1); Ferrando Gabarda, J. R. (1); Peris Sánchez, R. (1); Mesesguer Sisternes, M. (1); Naval Sendra, E. (1)

(1) Hospital Universitario de la Ribera

Objetivos

Describir las características y los beneficios clínicos de los pacientes tratados con dupilumab en la unidad de asma grave del hospital de la Ribera tras 6 meses de tratamiento.

Metodología

Estudio retrospectivo en el que se han incluido los pacientes tratados con dupilumab en la unidad de asma grave del hospital universitario de la Ribera. Se registraron características demográficas, parámetros clínicos (función pulmonar, FeNO, ACT, exacerbaciones y consumo de corticoides) y comorbilidades.

Resultados

En nuestra unidad hemos iniciado tratamiento con dupilumab en 19 pacientes con asma grave mal controlado. Se han retirado 4 tratamientos, 2 por efecto adverso, 1 por falta de respuesta y 1 por pérdida de seguimiento del paciente. 13 pacientes han alcanzado seguimiento de 6 meses.

Todos los pacientes presentaban asma grave mal controlada en escalón GEMA 5 de tratamiento. Ninguno de los pacientes llevaba tratamiento de mantenimiento con corticoides orales. El 47% de los pacientes tenían RNScPN asociada y el 63% tenían atopia. El 79% de los pacientes habían llevado otro biológico previamente, el 32% habían llevado 2 biológicos previos. La cifra de eosinófilos media en sangre al inicio del tratamiento fue 349 ± 269 cel/ μ L y el FeNO 59 ± 62 ppb. El ACT medio era 12 ± 5 al inicio del tratamiento, con una media de exacerbaciones en el año previo 4 ± 3 y el número de pautas de corticoides media 3 ± 3 . El FEV1 preBD al inicio del tratamiento era $1,862 \pm 0,546$ L, $63,5\% \pm 17,8\%$.

A los 6 meses de tratamiento observamos una mejoría significativa del ACT que pasó a una media de 17 ± 4 (p 0,022) y en la función pulmonar (p 0,016) $2,335 \pm 0,833$ L, $77,3\% \pm 21,3\%$, que supone una mejoría de 473 mL. Hemos observado una reducción significativa de las exacerbaciones así como las pautas de corticoides orales (media a los 6 meses 0) (p < 0,001) (p 0,002).

Se observó una elevación de eosinófilos en sangre en el 69% de los pacientes, pero sólo en un paciente se retiró el tratamiento por afectación cutánea. El FeNO se redujo significativamente a una media de 22 ± 24 ppb (p 0,014).

A los 6 meses según la escala EXACTO el 33% de los pacientes presentaron una respuesta parcial, el 42% buena respuesta y el 25% respuesta completa.

Conclusiones

En nuestra experiencia el tratamiento con dupilumab en pacientes con asma grave mal controlada mejora el control de la enfermedad, la función pulmonar y reduce las exacerbaciones, así como el consumo de corticoides orales. Dupilumab presenta un buen perfil de seguridad.

BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS A TOS CRÓNICA

Alonso Tomás, L. (1); Nieto Cabrera, M. L. (1); Solé Delgado, M. (1); Villagrasa Guarch, M. (1); Atarés López, S. (1); Soler Cataluña, J. J. (1)

(1) Hospital Arnau de Vilanova

Objetivos

Las bronquiectasias constituyen una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que incluye entre sus manifestaciones clínicas la tos crónica (TC), presente hasta en un 90% de los pacientes. Sin embargo, solo un 2-4% de los diagnósticos de TC se atribuyen a bronquiectasias (BQ). El objetivo de este estudio fue evaluar los factores asociados a las BQ en una consulta monográfica de TC, así como analizar su relación con otras patologías.

Metodología

Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes controlados en una consulta monográfica de TC. Se incluyen pacientes con diagnóstico de TC, definida como la presencia de una tos que dura más de 8 semanas, que además tuviesen realizado TAC torácico. Se analizaron datos demográficos, clínicos, analíticos, funcionales respiratorios y de imagen. Se realizó una regresión logística, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de BQ, y como independientes las variables que mostraron diferencias significativas en el análisis bivariado previo.

Resultados

Se incluyen 415 (65,14%) pacientes, 276 (66,5%) mujeres, con una edad media±DE 64±11 años. La presencia de BQ se observó en 148 (35,7%) pacientes. La tabla 1 muestra las variables que se asociaron de forma significativa e independiente a la presencia de bronquiectasias.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la presencia de bronquiectasias en pacientes con tos crónica.

	OR	IC 95% de la OR
Edad	1.03	1.01-1.05
Color esputo "sucio"	2.66	1.39-5.10
Diagnóstico multifactorial	4.01	2.41-6.67
Picor faríngeo	0.50	0.31-0.80
Asma	0.31	0.17-0.58

OR: odds ratio; IC95%: Interval de confianza al 95%

Conclusiones

Los pacientes que presentan bronquiectasias asociadas a TC presentan mayor edad, más esputo mucopurulento y asocian más de un diagnóstico de TC. El diagnóstico de asma o el picor faríngeo disminuyen el riesgo de bronquiectasias.

ORGANIZA



Sociedad Valenciana de Neumología

Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana

ISSN 2990-2746

XXX Congreso Sociedad Valenciana de Neumología. Libro comunicaciones

Editado por Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana
Valencia 2024