

REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA TORÁCICA

Edición española

ISSN: 1889-7347



Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Volumen 36. Número 1. Año 2024.

Comunicaciones

Índice de Autores

**50° Congreso de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur
(NEUMOSUR)**

Jaén, 14 al 16 de marzo de 2024

INCLUIDA EN IBECIS
<https://www.rev-esp-patol-torac.com/>



Director de la Revista

Eduardo Márquez Martín (Sevilla-España)

Editor Jefe

Roberto del Pozo Rivas (Huelva-España)

Editores Adjuntos

Antonio Álvarez Kindelán (Córdoba-España)

David Fole Vázquez (Almería-España)

Editores Asociados

Bernardino Alcázar Navarrete (Granada-España)

Antonio Anzuetto (San Antonio, Texas -USA)

Esther Barreiro Portela (Barcelona-España)

Pierre-Regis Burgel (Paris-Francia)

Bartolome Celli (Boston, MA-USA)

Joanna Chorostowska-Wynimko (Varsovia-Polonia)

Raul Godoy Mayoral (Albacete-España)

Luis Jara Palomares (Sevilla-España)

José Luis López-Campos Bodineau (Sevilla-España)

Antonio Martín Ucar (Coventry-Reino Unido)

Juan Fernando Masa Jiménez (Cáceres-España)

Marc Miravittles Fernández (Barcelona-España)

Alicia Padilla Galo (Marbella-España)

Felipe Villar Álvarez (Madrid-España)

Aurelio L. Wangüemert Pérez (Canarias-España)

Gustavo Zaber (Buenos Aires-Argentina)

Comité Editorial

Aurelio Arnedillo Muñoz (Cádiz-España)

Ricardo Arrabal Sánchez (Málaga-España)

Rut Ayerbe García (Huelva-España)

Candelaria Caballero Eraso (Sevilla-España)

Carmen Calero Acuña (Sevilla-España)

José Calvo Bonachera (Almería-España)

Adolfo Domenech del Río (Málaga-España)

Dionisio Espinosa Jiménez (Cádiz-España)

Nuria Feu Collado (Córdoba-España)

German García de Vinuesa Calvo (Mérida-España)

Bernabé Jurado Gámez (Córdoba-España)

Gerardo Pérez Chica (Jaén-España)

Consejo Editorial

Inmaculada Alfageme Michavila (Sevilla-España)

Virginia Almadana Pacheco (Sevilla-España)

María del Sol Arenas de Larriva (Córdoba-España)

Manuel Arenas Gordillo (Sevilla-España)

Emilia Barrot Cortes (Sevilla-España)

Ana Isabel Blanco Orozco (Sevilla-España)

Alberto Beiztegui Sillero (Sevilla-España)

Carmen Carmona Bernal (Sevilla-España)

Laura Carrasco Hernández (Sevilla-España)

Francisco Casas Maldonado (Granada-España)

Luis Fdo. Cassini Gómez de Cádiz (Granada-España)

M.ª del Pilar Cejudo Ramos (Sevilla-España)

Manuel Cepero Valdés (La Habana-Cuba)

Pilar Cordero Montero (Badajoz-España)

Jaime Corral Peñafiel (Cáceres-España)

Francisco Javier Cosano Povedano (Córdoba-España)

Antonio Cueto Ladrón de Guevara (Granada-España)

Daniel del Castillo Otero (Cádiz-España)

José Luis de la Cruz Ríos (Málaga-España)

Carlos Disdier Vicente (Cáceres-España)

Teresa Elías Hernández (Sevilla-España)

Victor M. Encinas Tobajas (Sevilla-España)

Luis Manuel Entrenas Costa (Córdoba-España)

Javier Fernández de Córdoba Gamero (Huelva-España)

José Fernández Guerra (Málaga-España)

Enrique García Martínez (Granada-España)

Rafael García Montesinos (Málaga-España)

Cayo J. García Polo (Cádiz-España)

Marcos García Rueda (Málaga-España)

Arturo Gómez González (México)

Lourdes Gómez Izquierdo (Sevilla-España)

Jesús Grávalos Guzmán (Huelva-España)

Jacinto Hernández Borge (Badajoz-España)

Fernando Hernández Utrera (Huelva-España)

Pilar Íñigo Naranjo (Badajoz-España)

Rafael Jiménez Merchán (Sevilla-España)

Rafael Lama Martínez (Córdoba-España)

Antonio León Jiménez (Cádiz-España)

Francisco Marín Sánchez (Málaga-España)

Francisca Lourdes Márquez Pérez (Badajoz-España)

Juan Fco. Medina Gallardo (Sevilla-España)

Teodoro Montemayor Rubio (Sevilla-España)

Antonio Pereira Vega (Huelva-España)

Antonio M. Pérez Fernández (Badajoz-España)

Francisco Ortega Ruiz (Sevilla-España)

Remedios Otero Candelera (Sevilla-España)

Andrés Palomar Lever (México)

Elvira Pérez Escolano (Jerez de la Frontera-España)

Esther Quintana Gallego (Sevilla-España)

Florencio Quero Valenzuela (Granada-España)

Juan Antonio Riesco Miranda (Cáceres-España)

Ignacio Rodríguez Blanco (Badajoz-España)

Francisco Rodríguez Panadero (Sevilla-España)

José A. Rodríguez Portal (Sevilla-España)

Mª Auxiliadora Romero Falcón (Sevilla-España)

Ana Dolores Romero Ortiz (Granada-España)

Pedro José Romero Palacios (Granada-España)

Beatriz Romero Romero (Sevilla-España)

Fernando Romero Valero (Cádiz-España)

José Antonio Ruiz Navarrete (Viena-Austria)

Ángel Salvatierra Velázquez (Córdoba-España)

Mª Ángeles Sánchez Armengol (Sevilla-España)

Julio Sánchez de Cos Escuin (Cáceres-España)

Francisco Santos Luna (Córdoba-España)

Dolores Sebastián Gil (Málaga-España)

Agustín Sojo González (Cáceres-España)

J. Gregorio Soto Campos (Cádiz-España)

José M. Vaquero Barrios (Córdoba-España)

Rosa Vázquez Oliva (Huelva-España)

Rosario Ysamat Marfá (Córdoba-España)

JUNTA DIRECTIVA DE NEUMOSUR

Presidente: Eduardo Márquez Martín

Vicepresidente: Borja Valencia Azcona

Relaciones Institucionales: Aurelio Arnedillo Muñoz

Secretario General: Esther de Benito Zorrero

Tesorero: José Domingo García Jiménez

Vocal por Cirugía de Tórax: Fernando Cózar Bernal

Vocal por Andalucía Occidental: Ángela Herrera Chilla

Vocal por Andalucía Oriental: Gonzalo Jiménez Gálvez

Vocal por Extremadura: Jesús Florentino Galán Jiménez

Vocal por Médicos Jóvenes: Belén Gómez Rodríguez

Redacción y administración

Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Secretaría Técnica

C/ Virgen de la Cinta, 21

Edificio Presidente B-2, 11º C. 41011 Sevilla

Tel.: 954 28 27 37 – Fax: 954 27 60 80

e-mail: neumosur@neumosur.net

<https://www.rev-esp-patol-torac.com/>

© Copyright 2024 Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

Reservados todos los derechos

Diseño maquetación: Asociación Neumosur

Revista Española de Patología Torácica es el Órgano Oficial de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur.

Incluida en el Índice Médico Español.

Publicación trimestral, de difusión nacional, con cuatro números al año.

Foro que incluye artículos sobre ciencia básica y enfermedades médicas y quirúrgicas del tórax.

Revista Española de Patología Torácica se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la Medicina.

Todos los artículos se someten a crítica, por dos revisores, antes de su aceptación para publicación.

La Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur no comparte necesariamente las opiniones vertidas en la revista.

Título clave: Rev Esp Patol Torac

Depósito Legal. S. 872-2009

ISSN: 1889-7347

REVISTA ESPAÑOLA DE

PATOLOGÍA TORÁCICA

Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur.

Sumario:

04 Comunicaciones Orales y a Posters.

108 Índice de Autores.

Volumen 36
Número 1
marzo, 2024

COMUNICACIONES

CRIOBIOPSIA GUIADA POR ULTRASONOGRAFIA ENDOBRONQUIAL (EBUS-TBCB). NUESTROS PRIMEROS 80 CASOS

E. Salcedo Lobera (1), M.A. Ruano Carretero (2), D.M. Martínez Rodríguez (3).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga. (2) Servicio de Neumología, Hospital Costa del Sol, Málaga, (3) Servicio de Neumología, Hospital Comarcal de la Serranía de Ronda, Málaga.

Introducción: La punción aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) es la técnica de elección en la evaluación de los ganglios linfáticos malignos y en la estadificación del cáncer de pulmón. Sin embargo, cada vez se necesitan muestras de tejido más adecuadas y de mayor tamaño, en particular para el análisis molecular, así han surgido combinaciones de técnicas como la criobiopsia transbronquial intraganglionar guiada por EBUS (Cryo-EBUS). Nuestro objetivo es analizar los primeros pacientes realizados en nuestra unidad.

Metodología: Estudio descriptivo de los primeros 80 pacientes a los que se realizó EBUS junto con criobiopsia intraganglionar mediastínica, se han recogido datos generales, tipo de sedación, tamaño de las muestras, resultados anatomopatológicos, concordancia entre ambas técnicas y complicaciones.

Resultados: De los 80 pacientes, el 67,5% eran varones con una edad media de $62,88 \pm 5,80$ años, el procedimiento se realizó bajo sedación consciente y las dosis medias fueron 6 mg de midazolam junto con 150 mcg de fentanilo realizándose el procedimiento sin incidencias.

El EBUS-TBNA se realizó en 48 ocasiones sobre la adenopatía subcarínica, 18 casos en adenopatía hilar, 8 paratraqueal derecha y 4 sobre una masa mediastínica, de media se realizaron 2,86 punciones, tras las mismas se introdujo una criosonda de 1,1 mm para la toma de muestras, tomándose una media de 3 muestras con un tamaño medio $0,47 \pm 0,26$ cm para completar estudio.

El Cryo-EBUS fue adecuado para el diagnóstico obteniendo material válido y suficiente en el 98,75% (79 pacientes) frente al 37,5% (30 pacientes) del EBUS-TBNA que no se obtuvo material válido (Tabla 1), además solo un 20% sufrieron alguna complicación entre ellas la más frecuente fue la desaturación de oxígeno durante el procedimiento en 7 pacientes.

Conclusiones: Esta técnica presenta una gran seguridad con pocas complicaciones asociadas, la rentabilidad del Cryo-EBUS es muy alta y la combinación de ambas técnicas puede ser un avance para el diagnóstico de enfermedades de forma más precoz aunque se necesita un mayor número de pacientes para confirmar los datos.

PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (CPET) COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA DE NEOPLASIA ESOFÁGICA

J. Martínez Molina, S. García Colmenero, E. Salcedo Lobera.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: El cáncer de esófago es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, con alta mortalidad e incidencia en aumento. Tiene mal pronóstico y una rápida progresión.

La cirugía radical es la única opción de tratamiento curativo, con alto riesgo de complicaciones postoperatorias, siendo las más frecuentes las respiratorias. Existe escasa bibliografía sobre la valoración funcional preoperatoria por lo que, el objetivo del estudio es analizar la asociación entre variables de la CPET, el riesgo quirúrgico y las complicaciones posteriores a la cirugía.

Metodología: Estudio descriptivo de 85 pacientes con carcinoma esofagogástrico presentados en comité multidisciplinar y derivados al laboratorio de pruebas funcionales respiratorias para la realización de una CPET desde Enero de 2017 a Diciembre de 2022. Se han recogido datos generales, variables funcionales respiratorias, riesgo quirúrgico, complicaciones y supervivencia. Para estratificar el riesgo quirúrgico, al no existir unos criterios definidos para calcular los valores postoperatorios, se siguió el esquema de Brunelli et al. considerando riesgo similar a una lobectomía media (riesgo bajo si VO_{2pp} >20 ml/kg/min, moderado entre $10 - 20$ ml/kg/min y alto).

Resultados: El 76,5% eran varones con una edad media de $62,70 \pm 10,37$ años, el 47,1% eran exfumadores con índice acumulado tabáquico 42,05 paquetes/año y el 65,9% eran no bebedores., obstrucción muy severa en el 2,1 % y un patrón mixto en el 6,4%.

Se realizó una CPET previo a la cirugía (figura 1), finalizando el 55,3% por disnea. Se dividieron en bajo riesgo 31,8%, moderado 63,5% y alto 4,7%, estos últimos con valores de VO₂/AT menores ($p < 0,001$) (Figura 2).

Se decidió intervención quirúrgica en el 72,9% de los casos. Sufrieron complicaciones respiratorias 16 pacientes, teniendo valores en CPET inferiores al resto de los pacientes, con un VO₂max $13,87 \pm 3,77$ ml/kg/min, VO₂/AT $9,23 \pm 2,83$ ml/kg/min, reserva ventilatoria $80,57 \pm 24,50$ l/min y VE/CO₂ $32,7 \pm 4,45$, sin encontrar significación estadística en ninguna de las variables (p 0,930, p 0,109, p 0,488, p 0,539 respectivamente). Con una supervivencia global del 77,6%.

Conclusiones: Los pacientes que sufrieron complicaciones postquirúrgicas presentan valores de VO₂máx y VO₂/AT más bajos que el resto de pacientes sin significación estadística. Esta falta de asociación puede ser debida al pequeño tamaño muestral del estudio.

Es importante realizar investigaciones sobre el tema, analizar las distintas herramientas que puedan ayudar a la estratificación del riesgo quirúrgico e individualizar el tratamiento óptimo.

VALORACIÓN DEL DERRAME PLEURAL. RELACIÓN ENTRE EL ASPECTO, LAS CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS Y EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

N. González Florido, M. García García, E. Salcedo Lobera.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: El derrame pleural (DP) es una enfermedad común con una incidencia variable. Su presencia puede relacionarse con la presencia de enfermedad pleural, pulmonar o extrapulmonar. Ante dicha sospecha, el aspecto del líquido pleural nos aporta información diagnóstica útil en la valoración inicial; Sin embargo, es necesaria la realización de técnicas como la pleurocentesis, permitiendo establecer una causa definitiva en el 7 - 80% de los casos. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si existía relación entre el aspecto, los resultados bioquímicos y el diagnóstico del DP.

Metodología: Estudio descriptivo conformado por 116 pacientes a los cuales se le realizó una pleurocentesis diagnóstica en la unidad de técnicas broncopleurales. Se recogieron datos antropométricos, servicio de procedencia, aspecto macroscópico y resultados del estudio bioquímico del DP.

Resultados: Nuestra muestra estaba conformada por individuos de ambos sexos, con un predominio de varones (54,3%). La media de edad fue de 68,2 \pm 12,7, siendo mayor en mujeres (70,5 \pm 14,1) que en hombres (60,3 \pm 10,5). La mayoría procedían del servicio de neumología (35,3%), seguido de Oncología médica y Medicina interna (14,7% respectivamente). Previa pleurocentesis, se realizó ecografía torácica observándose en el 68,1% una imagen ecográficamente homogénea no septada del DP. El aspecto macroscópico, su localización, los resultados bioquímicos y microbiológicos se recogen en la Tabla I. Observamos que aquellos con aspecto serohemático solían asociarse a procesos infecciosos o neoplásicos, aunque también observamos un porcentaje elevado de estos últimos con aspecto amarillento semitransparente ($p < 0,001$). Por último, al analizar la relación entre los diferentes parámetros bioquímicos y el diagnóstico definitivo, no encontramos relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: 1- Las características macroscópicas del DP pueden ser de ayuda en la orientación diagnóstica, sobre todo ante patología de origen infeccioso o neoplásico. 2- Al intentar ver si existía algún parámetro bioquímico orientativo al diagnóstico, no encontramos significación estadística en ninguno de ellos.

Figuras: [Ver figura 1](#)

COMPARATIVA ENTRE EL USO DE CORTICOIDES SISTÉMICOS CON RESPECTO A SU NO USO EN LA PLEURODESIS. ¿REALMENTE REDUCE LA PROBABILIDAD DE RECIDIVA?

N. González Florido, M. García, E. Salcedo Lobera.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La pleurodesis es una opción terapéutica para pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno (DPM) recidivante. La valoración de la eficacia de la pleurodesis es compleja, existiendo variabilidad en los estudios. En la literatura, se han descrito factores asociados a la eficacia de la pleurodesis y la supervivencia posterior, destacando entre ellos el uso de esteroides/AINES.

El objetivo principal ha sido determinar si el uso de esteroides/AINES reduce la probabilidad de recidiva del DPM tras pleurodesis, así como la existencia de otros factores implicados en el fracaso de la terapia.

Metodología: Estudio retrospectivo conformado por 23 pacientes con diagnóstico de DPM sometidos a pleurodesis química. Se recogieron datos antropométricos, parámetros bioquímicos del DP, tumor originario, así como éxito o fracaso de la pleurodesis y datos de supervivencia.

Resultados: Existía un predominio de varones (60,9%), con una edad media muestral de 67,5 +/- 10,5 años. La localización más frecuente fue derecha (68,8%), mientras que el tumor primario más frecuente fue el cáncer de pulmón (63,6%) seguido del de mama (13,6%), siendo el resto una miscelánea. Los resultados obtenidos en la bioquímica del líquido pleural quedan registrados en la [Tabla I](#).

En un 43.5% de los pacientes se usó esteroides/AINEs previo a la realización de la pleurodesis química, no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre la misma y la toma de corticoides/AINES ($p = 0,183$) ([Tabla II](#)); En relación con los parámetros de la bioquímica del líquido pleural, no encontramos ningún parámetro cuya alteración pudiera orientarnos ante un posible fracaso futuro ([Tabla III](#)). En aquellos donde existió un fracaso de la terapia, este se produjo, en todos los casos, en el primer mes tras el procedimiento. Por último, tampoco se observó que los pacientes con uso de esteroides presentaran una mayor supervivencia a largo plazo con respecto a los que no ($p = 0,673$).

Conclusiones: 1- En nuestra muestra, la terapia con esteroides/AINEs no disminuye la tasa de recidivas ni mejora la supervivencia a largo plazo en pacientes con DPM sometidos a pleurodesis química. 2- Los parámetros del líquido pleural, no hemos encontrado ningún valor que nos permita predecir aquellos casos donde es más probable el fracaso de la pleurodesis. 3- Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para poder realizar Conclusiones: más robustas.

EVALUACIÓN DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL EBUS-TBNA EN PATOLOGÍA TUMORAL EN EL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA

S. Rivera Gómez, P. Muñoz Zara, S. García Morales, M. Utrero, I. Romero Espejo, J.G. Soto Campos.

Servicio de Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: La punción aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) es considerada una técnica de elección en el estudio de lesiones mediastínicas, al permitir obtener material citológico de ganglios linfáticos y lesiones tumorales accesibles.

El objetivo del presente estudio es evaluar la rentabilidad de las muestras obtenidas por esta técnica, tras el primer año realizando EBUS en el Hospital de Jerez de la Frontera.

Metodología: Se diseñó un estudio descriptivo observacional retrospectivo, en el cual se incluyeron a todos los pacientes sometidos a EBUS-TBNA durante el periodo de un año, para el estudio de lesiones torácicas sospechosas de malignidad en el Hospital de Jerez de la Frontera. Como variable principal se estudió si dicho procedimiento fue considerado diagnóstico, es decir, con evidencia de tejido linfóide. Otras variables fueron el número de estaciones ganglionares puncionadas, número de pases, modelo de aguja, complicaciones de la prueba, dosis de sedación y diagnóstico anatomopatológico.

Resultados: El total de la muestra consta de 43 pacientes, de los cuales 5 de ellos fueron excluidos al no realizarse finalmente ninguna punción. La edad media fue de 65,27 años, siendo el 18% mujeres. Para el procedimiento se empleó una dosis media de Midazolam de 12,56 mg y 118,9 mcg de Fentanilo. Se llevó a cabo la punción de 67 estaciones ganglionares, biopsiándose más de una estación en 22 pacientes (57,89%). Para ello se empleó la aguja Echo Tip Ultra® 22G en el 78,94% de la muestra, utilizándose en el resto la Echo Tip Procure® 22G. El tamaño medio de las adenopatías biopsiadas fue de 4,12 cm, siendo la estación ganglionar más puncionada la subcarinal ($n = 27$), seguida de la 4R ($n = 16$) y 10R ($n = 8$). En cuanto al estudio de las biopsias, en 27 de los pacientes se evidenció tejido linfóide, siendo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente el adenocarcinoma (33,3%), carcinoma epidermoide (16,6%), carcinoma microcítico (16,6%), linfoma (16,6%) y tumor secundario (16,6%).

En lo referente a la tolerancia durante la prueba, en el 90,69 % la técnica se desarrolló sin incidencias, presentando el resto de ellos complicaciones menores como desaturaciones leves, a excepción de uno de los pacientes en el cual tuvo que detenerse la prueba por pausas de apnea.

Conclusiones: El EBUS-TBNA es una técnica de elección en el estudio de adenopatías mediastínicas. En nuestra serie, esta técnica fue diagnóstica en el 71,05%, siendo este resultado similar al de otros estudios realizados.

REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR ENDOSCÓPICO CON VALVULAS ZEPHYR® PARA EL ENFISEMA GRAVE: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Hammadi Ahmed, C. Hoyas Sánchez, A. Menéndez Lobo, A. Romero Linares, L. Álvarez Muro, A. Almansa López, A. Jiménez Antón, L. Casares Martín-Moreno, A. Caballero Vázquez, B. Alcázar Navarrete.

Servicio de Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El tratamiento endoscópico de reducción de volumen pulmonar con válvulas endobronquiales es una opción terapéutica para pacientes con enfisema grave no controlados a pesar de tratamiento óptimo. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en este tipo de tratamientos para pacientes con EPOC.

Metodología: Estudio descriptivo realizado con los pacientes remitidos a la consulta monográfica de EPOC de nuestro centro para valoración de tratamiento endoscópico del enfisema pulmonar. Para cada paciente se recogen los datos clínicos, radiológicos, funcionales y del procedimiento.

Resultados: Desde el inicio del programa en Feb'23 hemos evaluado a 13 pacientes como candidatos, siendo tratados 6 (54,5%) y estando 2 pacientes en estudio. Las causas más frecuentes de exclusión fueron la ausencia de ventilación colateral en Chartist (2, 40%), la ausencia de atrapamiento aéreo grave (2,40%). La edad media (\pm DE) fue de 64,5 (\pm 11,0) años, 8 varones (62,5%), con un FEV1 medio 1,15 L (\pm 0,73), 41% teórico. 5 pacientes (45,5% del total) presentaban un EPOC de alto riesgo no agudizador. El CAT era de 23,8 (\pm 6,1) puntos. De los 6 pacientes tratados, la duración media del procedimiento fue de 56,67 minutos, la estancia media de 15,17 días. 1 paciente (16,7%) desarrolló neumotórax después del procedimiento.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de reducción de volumen pulmonar es una opción terapéutica añadida para pacientes con EPOC no controlados, a pesar de tratamiento óptimo y enfisema pulmonar grave.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ANÁLISIS COMPARATIVO DE SEGURIDAD, SEDACIÓN Y COMPLICACIONES TRAS ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEDACIÓN

A. Baeza Ruiz (1), A. Expósito Marrero (1), S. Dorta Domínguez (1), L.M. Pérez Negrín (1), P. Trias Sabria (2), C. Martín Cabeza (1), L.E. Eiroa González (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: En 2022, llevamos a cabo en nuestro centro un estudio en el que analizamos los procedimientos de endoscopia respiratoria realizados en sala de neumología intervencionista con sedación supervisada por neumología. Posteriormente, se revisó y actualizó el protocolo de sedación en sala. Nuestro objetivo ha sido comparar el perfil de tolerancia y seguridad, las complicaciones, y las características de la sedación, con respecto al protocolo previo.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo en el que se recogen los procedimientos de endoscopia intervencionista realizados entre junio y agosto de 2023 (n = 46), y se compararon con los realizados entre enero y junio de 2022 (n = 75), con N = 121. Se recogieron datos demográficos y clínicos, la tolerancia al procedimiento referida por el broncoscopista, complicaciones, el tiempo de sedación, los fármacos utilizados y su dosis total administrada.

Resultados: Se analizaron un total de 121 procedimientos, en pacientes con una media de edad de $63 \pm 1,8$ años, presentando buena tolerancia a la prueba un 76%, regular tolerancia el 15%, y mala un 9%. Como complicaciones, fueron registrados 14 casos (11,6%) de agitación/ tos, 11 (9%) desaturaciones moderadas o severas, y 1 caso de hemoptisis severa. La duración media de la sedación fue de 48 minutos (\pm 30), la dosis media utilizada de propofol fue de 168 mg (\pm 125 mg), y la dosis media de midazolam 2,8 mg (\pm 0,93 mg).

Comparado con el previo, el nuevo protocolo de sedación comporta una menor dosis de propofol (101 ± 74 mg Vs 235 ± 131 mg, $p < 0,05$) pese a una mayor duración del procedimiento (66 ± 33 min Vs 30 ± 11 min, $p < 0,05$). No se encontraron diferencias con respecto al midazolam.

En cuanto a las complicaciones, con el nuevo protocolo se registraron más complicaciones por agitación/tos (5% Vs 21%, $p < 0,05$), pero menos por desaturación (12% Vs 4%, $p < 0,05$), además de encontrar una reducción del número de complicaciones mayores (2,3% Vs 20%, $p < 0,05$). Sin embargo, no hubo diferencias en cuanto a la tolerancia referida a la prueba.

Conclusiones: 1- El nuevo protocolo ha permitido reducir la dosis total de propofol aún aumentando el tiempo de sedación. 2- Con el protocolo actualizado se han registrado un mayor número de complicaciones por agitación/tos, con una disminución de desaturaciones al menos moderadas y de complicaciones mayores. 3- A pesar de ello, no hay diferencias en la tolerancia.

UTILIDAD DE LA BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA DE ABRAMS GUIADA POR ECOGRAFÍA

M.M. Ignacio Exposito, R. Perera Louvier, J. Peña Franco, D. García Jiménez.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La biopsia pleural con aguja de Abrams está indicada en el estudio del derrame pleural neoplásico y tuberculoso. La realización de la misma está protocolizada aunque en los últimos años se ha visto relegada por otros tipos de dispositivos para la toma de muestras. La utilización del ecógrafo ha sido fundamental en la mejora de la efectividad y en el desarrollo de este tipo de estudios.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a biopsia pleural con aguja de Abrams y bajo control ecográfico que han sido estudiados en la consulta de pleural en el último año. Son pacientes con derrames pleurales en estudio. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos recogidos mediante el paquete estadístico spss.

Resultados: La media de crisis asmáticas previas al inicio del tratamiento se han estudiado 34 procedimientos con las siguientes características: 73% de varones con una edad media de 66 años (22 - 90), 67 % de los DP se localizaron en hemitórax izquierdo, el 58% su tamaño fue masivo y el 97% eran exudados. La indicación de estudio de DP fue 73% sospecha de neoplasia, 24 % de tbc y 4% otros. Previo a la realización de la biopsia el 92% tenía citología negativa para neoplasia. Siendo el 88% negativa el mismo día de la prueba. Las características del LP en estudio fueron las siguientes pH 7,3 LDH 509 Glucosa 99 ADA 43 y Proteínas 4,6.

El tiempo medio desde la realización de la prueba hasta la publicación del resultado fue de 7 días. El 35 % de la muestra se diagnosticó de neoplasia, el 22% de TBC y el resto, el 45%, no concluyente. Tras el procedimiento, el 37,5% fue seguido en neumología, el 25 % fue a oncología, el 19% precisó de toracoscopia y el 18,5% fue exitus.

Las características medias del DP tuberculoso en nuestra serie: pH 7,25 LDH 1.126 ADA 99. Con respecto al resto de etiología no destacó ningún parámetro. La efectividad para confirmar neoplasia en los casos de sospecha de la misma fue de 49%. La efectividad para confirmar tbc en el caso de sospecha fue de 87,5%.

Conclusiones: La biopsia pleural con aguja de Abrams es una técnica válida para el diagnóstico de DP sobre todo en sospecha de tuberculosis. NO parece haber indicador en las características del líquido pleural que oriente a neoplasia en nuestra serie. En el caso de estudio de DPM nuestra serie muestra una rentabilidad ligeramente inferior a la descrita en la literatura.

SUPERVIVENCIA Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (CÁDIZ)

G.J. González Mendonza, A. Cabeza Serrano, M. Sánchez Benítez, L. Asencio Monteagudo, A. Ortiz Bermúdez, F.L. Gil Muñoz, S. Pimentel Viseu, P. Lobato De La Sierra, A. Vargas Puerto, D. Del Castillo Otero.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: 1- Valorar la técnica terapéutica más usada para el manejo de derrame pleural maligno (DPM) en nuestros pacientes, ya sea colocación de catéter pleural tunelizado (CPT) o pleurodesis química. 2- Analizar la supervivencia de cada grupo terapéutico. 3- Analizar las variables demográficas, puntuación en la escala LENT, valores de manometría pleural en cada grupo y posibles complicaciones derivadas.

Metodología: Estudio observacional y descriptivo en el que se analizaron los datos sobre el manejo sintomático (mediante pleurodesis o colocación de CPT) en pacientes diagnosticados de DPM recidivante desde abril de 2022 hasta octubre 2023.

Resultados: Se analizaron un total de 20 pacientes, 12 de los cuales son varones (60%) y el resto mujeres (40%) con una edad media de 65,1 y 52,5 años, respectivamente. Un 45% de los pacientes habían sido fumadores.

De los 20 pacientes con DPM, un 45% (9) tenían origen pleuropulmonar y el resto origen mamario y ginecológico, con un 15% ambos (3). En cuanto al origen histológico, el adenocarcinoma fue el más frecuente (55%). EL diagnóstico del DPM se realizó por contexto clínico-radiológico (70% de los casos), mediante biopsia pleural y citología del líquido pleural (LP) (15% ambos). A la mayoría de los pacientes (70%) se le realizó una manometría pleural, con una elastancia media de 16.02 ml/cmH₂O.

En cuanto al manejo, a 11 de ellos (55%) se les colocó un CPT, y el resto (45%) se realizó pleurodesis.

Con respecto a los pacientes con CPT, la puntuación media de la escala LENT fue de 3,5 puntos y la elastancia fue de 25,68 ml/cmH₂O. De los 11 pacientes, 4 de ellos (36,36%) presentaron complicaciones. El 72,7% de los pacientes (8) fallecieron, con una supervivencia media desde el diagnóstico de DPM y desde la fecha de la intervención de 268 y 142 días, respectivamente.

En relación los pacientes tratados mediante pleurodesis, la puntuación media de la escala LENT fue de 3,3 puntos y la elastancia media fue de 8,43 ml/cmH₂O. El 33,33% presentaron recidiva del DP. En cuanto a complicaciones, solo uno presentó una fístula pleurocutánea. El 33,33% (3) de los pacientes fallecieron, con una supervivencia media desde el diagnóstico del DPM y desde la fecha de la pleurodesis de 109 y 73 días, respectivamente.

Conclusiones: -La mayoría de los pacientes con DPM tuvieron origen pleuropulmonar, utilizando como método diagnóstico más frecuente el contexto clínico-radiológico. 1- La opción terapéutica más usada en nuestros pacientes fue la del CPT. 2- Los pacientes con CPT presentaron mayor supervivencia.

LA SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI)

C. Torres Luque, M. Arroyo Varela, B. Ramón Gallardo.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda, o crónica agudizada, supone una situación grave que puede poner en riesgo la vida del paciente. Además del tratamiento médico, la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, que cuenta con una elevada evidencia científica y es la base de las UCRI destinadas a tal fin.

En este contexto, un uso adecuado de la sedación puede ser necesario para la adaptación al respirador, y para el control de la agitación y del trabajo respiratorio. Nuestro objetivo es analizar el uso de la sedación en nuestra UCRI, que está enfocada al tratamiento de pacientes agudos.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyen 300 pacientes ingresados en nuestra UCRI durante 10 meses. Se recogieron datos clínicos, de comorbilidades, gasométricos y de mortalidad, así como el tratamiento relativo a la sedación administrada.

Establecimos 5 niveles de sedación: 1 (sin sedación), 2 (sedación puntual), 3 (perfusión continua con opiáceos), 4 (perfusión continua con opiáceos y benzodiacepinas) y 5 (perfusión continua de dexmedetomidina). Se realiza un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo de la muestra en la que se indican las características globales de la misma ([figura 1](#)).

En segundo lugar, realizamos un estudio estadístico relacionando la sedación administrada con las distintas variables recogidas, no obteniendo relación estadísticamente significativa con la edad o el sexo, pero sí con el grado de comorbilidad, el tipo de fallo respiratorio, la severidad del mismo, la estancia media y, finalmente, con la mortalidad ([figura 2](#)).

Conclusiones: 1- El uso de la sedación es muy frecuente en una UCRI destinada al fallo respiratorio agudo severo, siendo precisa en casi dos tercios de los pacientes y, de éstos, casi la mitad la precisan en perfusión continua. 2- Se necesitan mayores niveles de sedación en pacientes con mayor grado de comorbilidad asociada, en aquellos con un fallo hipoxémico, y en aquellos en los que el fallo respiratorio es más severo. Además, los pacientes que precisaron mayor nivel de sedación tuvieron más días de ingreso en la unidad y una mayor mortalidad. 3- Para los pacientes con fallos hipoxémicos más severos se prefirió perfusión de opiáceos y midazolam, mientras que para los hipercápnicos más severos se prefirió perfusión de dexmedetomidina, algo coherente según la fisiopatología de ambos fallos respiratorios.

PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA (VMD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (HUT): ANALISIS DESCRIPTIVO

M.M García Mullor, A. Quesada Quesada, J. Sánchez Alvarez, D. Fole Vázquez.

Servicio de Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La VMD consiste en el uso intermitente o continuo de un sistema de ventilación administrado a través de una interfase o de traqueostomía y constituye un tratamiento establecido de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes con fallo respiratorio. La gestión de este proceso se debe sustentar en protocolos, guías clínicas y con el apoyo de las empresas del sector de la salud. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y datos relacionados con la ventilación de los pacientes con VMD en seguimiento en nuestro hospital.**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes con VMD en seguimiento en el servicio de Neumología de nuestro hospital. La cohorte de pacientes se obtuvo del portal de terapias respiratorias de Air Liquide (PuntoVitalAire) recogidos hasta el 1/8/23 (343 pacientes en total). Excluimos a los pacientes en seguimiento por Pediatría, usuarios de CPAP, éxitus, abandonos en el seguimiento y pacientes pertenecientes a otra área de influencia. Se recogieron los datos de las historias clínicas y del portal de terapias. Utilizamos SPSS v22 (IBM Corp.) para el análisis de los datos. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar (DE) y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Finalmente incluimos 226 pacientes, 136 (60%) varones. La edad al inicio de VMD es 63 ± 15 años. Se inicia VMD durante un ingreso hospitalario en 175 (77%) pacientes, encontrándose en situación aguda 132 (75%) de ellos. Los grupos diagnósticos más frecuentes son: restrictivos tipo SHO 108 (48%), obstructivos 66 (29%) y neuromusculares 31 (14%). En consulta de terapias respiratorias se siguen 60 (27%) pacientes. Respecto a la modalidad, 222 (98%) están con VMNI. El modo ventilatorio más manejado es presión de soporte en 188 (83%) pacientes y la interfaz nasobucal es la más habitual, en 154 (68%) casos. La IPAP media es 16 ± 3 cmH₂O, la EPAP media 7 ± 2 cmH₂O y la FR de respaldo 12 ± 1 respiraciones por minuto (rpm). El cumplimiento medio es 7 ± 4 horas. En 110 (49%) de nuestros respiradores no es posible descargar el software para la lectura de curvas.

Conclusiones: Menos de la mitad de los pacientes con VMD se siguen exclusivamente en la consulta de terapias respiratorias. Casi el 50% de nuestros pacientes tienen respiradores que no permiten la descarga del software para la lectura de curvas. A pesar de todo, el cumplimiento medio es en torno a 7 horas al día.

ADHERENCIA A LA VENTILACION MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

A. Quesada Quesada, M.M. García Mullor, J. Sánchez Alvarez, D. Fole Vázquez.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La adherencia terapéutica entendida como "contexto en el cual el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud" toma al paciente como un ser autónomo que asume su autocuidado, cobra especial importancia si hablamos de pacientes con patología psiquiátrica que actúa como una importante comorbilidad a la hora de adoptar una correcta adherencia a tratamientos y medidas crónicas como es la ventilación no invasiva.

Además, es muy frecuente que estos pacientes tengan tratamiento con fármacos como benzodiazepinas y antipsicóticos que actúan como depresores del sistema nervioso central y pueden influir en el pronóstico.

Nuestro objetivo es evaluar la adherencia terapéutica a la ventilación mecánica domiciliar (VMD) en pacientes con trastornos psiquiátricos en seguimiento en consulta de Neumología

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Incluimos a los pacientes con VMD en seguimiento en consulta de Neumología del Hospital Universitario Torrecárdenas recogidos previamente desde el portal de terapias respiratorias de Air Liquide (punto PuntoVitalAire) hasta el 1/8/23 (343 pacientes).

Se tuvieron en cuenta antecedentes de patología psiquiátrica, uso de tratamiento psiquiátrico y cumplimiento de la terapia ventilatoria medido en horas de uso. Se recogieron los datos de las historias clínicas y del portal de terapias. Empleamos SPSS v25 (IBM Corp.) para el análisis estadístico.

Resultados: Incluimos 226 pacientes, de los cuales 90 (40%) eran mujeres y 136 (60%) hombres. De estos pacientes 90 (40%) tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticado y solo 16 de ellos (18%) se encontraba en seguimiento por Salud Mental en el momento de la entrevista. El trastorno más prevalente fue la depresión con 23 pacientes (26%), seguido del trastorno de ansiedad con 21 pacientes (24%). Todos ellos tenían tratamiento psiquiátrico, siendo lo más frecuente las benzodiazepinas en un total de 25 pacientes (28%). La prevalencia de mal cumplimiento (definido como 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio, 1 de cada 4 pacientes con VMD presentan patología psiquiátrica y solo el 18% de ellos se encuentran en seguimiento por la unidad de salud mental. El hecho de presentar comorbilidad psiquiátrica no se asoció de manera estadísticamente significativa a una menor adherencia a la VMD en comparación con los pacientes sin trastorno mental asociado.

DESCRIPCIÓN DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN FASE AVANZADA.

J. Rodríguez Medina (1), E. De Benito Zorrero (1), C. Carrera Cueva (1), P. Baez Peinado (2), M.I. Asensio Cruz (1), C. Caballero Eraso (1).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Empresa de Terapias Respiratorias, Vivisol.

Introducción: La complejidad en el tratamiento con soporte ventilatorio y la falta de autonomía de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) avanzada, precisa garantizar la continuidad asistencial del paciente en el domicilio. El objetivo concreto de este trabajo es describir el programa de atención en domicilio de pacientes con ELA con afectación respiratoria en fases avanzadas, así como las características clínicas, socioeconómicas y de calidad de vida basal de los pacientes incluidos.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con ELA en tratamiento con VMNI o VMI y/o con dispositivos para asistencia de la tos en un proyecto en domicilio en seguimiento por la Unidad Multidisciplinar de ELA, con un período de inclusión desde Enero-Octubre de 2023.

El abordaje en el domicilio se lleva a cabo por un neumólogo y un fisioterapeuta. Se valora: 1- Situación clínica del paciente. 2- Adaptación a la VMNI. 3- Estado de salud del paciente y del cuidador (ALSAQ-40, ALSFRS-R, Índice de Esfuerzo del Cuidador, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg). 4- Mediciones objetivas: saturación de oxígeno mediante pulsioximetría (SpO₂), presión de dióxido de carbono mediante capnografía transcutánea (ptCO₂).

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes, 8 (80%) mujeres y 2 (20%) hombres. A la inclusión del estudio, 7 (70%) pacientes tenían VMNI. Del total de pacientes que precisaban VM 5 de ellos (71,42%) hacían uso diario de ella de 4 - 8h, 1 paciente (14,29%) 16 h. 7 (70%) pacientes precisaban tos asistida mecánica.

En cuanto a la escala de valoración funcional ALSFRS-R los pacientes presentaron una puntuación media de 25,60 (mínimo-máximo 9 - 34). En la escala de Goldberg el 44,44% no presentaba ni ansiedad ni depresión, en el 22,22% predominaba la ansiedad y en el 33,33% presentaban por igual ansiedad y depresión. En el Índice de Esfuerzo del Cuidador el 77,77% presentaron una puntuación que reflejaba un índice de esfuerzo bajo mientras que el 22,22% reflejaban un índice de esfuerzo alto.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 83,33% disponían de ingresos mensuales >1.500 euros/mes, y el 16,66%.

Conclusiones: Con el desarrollo de programas de atención domiciliaria en pacientes con ELA se puede facilitar la continuidad de cuidados, favorecer y facilitar el soporte respiratorio y hacer un análisis de la situación socioeconómica y de calidad de vida de los pacientes.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

USO DE LA HEMICÁNULA EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO DE RECANULACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

M.A. Jaimes Castaño, E. García Díaz, M. Espinoza Solano, G. García Alonso, S. Morcillo Díaz, J.I. Toral Marín.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los pacientes con destete prolongado de la ventilación mecánica invasiva (VMI) y con alto riesgo al fallo de la decanulación son un desafío para los clínicos en las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI). Las hemicánulas son dispositivos que permiten mantener el estoma de la traqueostomía permeable permitiendo evitar una posible recanulación, reingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o reintubación y a la vez posibilitan el uso de la ventilación mecánica no invasiva. A pesar de sus ventajas, la evidencia de este tipo de dispositivos usados en el proceso de la decanulación aún es muy limitada. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la incidencia y las complicaciones asociadas a las hemicánulas en el destete de la VMI y decanulación en nuestra UCRI.

Metodología: Cohorte de pacientes consecutivos ingresados desde noviembre de 2022 a noviembre de 2023 en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios a los que se había colocado una hemicánula en su proceso de decanulación. Se realizó un análisis descriptivo tanto de variables clínicas como sociodemográficas y se estudió como variable principal la proporción de pacientes con necesidad de reanulación tras la colocación de la hemicánula.

Resultados: Desde noviembre de 2022 a noviembre de 2023 se incluyeron 9 pacientes con hemicánula, de los cuales el 56% fueron hombres y con una edad media de 65 años. Casi la mitad (44% del total) ingresaron en UCRI por causa infecciosa y todos ellos presentaban polineuropatía del paciente crítico en el momento del ingreso. La mediana de tiempo en UCRI fue de 52 días, la mediana de tiempo de traqueostomía fue de 105 días y la mediana de tiempo de ventilación mecánica invasiva fue de 81 días. El 11% del total de la muestra (1 paciente) precisó de reanulación posterior a la colocación de hemicánula. No se objetivó mortalidad a los 30 días durante todo el seguimiento. Hasta un 56% del tamaño muestral precisó de ventilación mecánica no invasiva posterior a su decanulación.

Conclusiones: El uso de la hemicánula en el progreso de la decanulación es un método seguro con tasas de reanulación comparables a otras series publicadas.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

PRESENTE DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN LAS COMUNIDADES DE ANDALUCÍA Y EXTREMADURA DURANTE 2023. GRUPO DE TRABAJO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA DE NEUMOSUR

C. Romero Muñoz (1), A.C. Reina González (2), J.M. Benitez Moya (3).

(1) Grupo VNI, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2) Grupo VNI, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, (3) Sin Centro de Trabajo – Jubilación.

Introducción: La ELA es una enfermedad degenerativa progresiva. En el seno del Grupo de Ventilación No Invasiva de Neumosur nos propusimos conocer cual es la situación sanitaria actual de los pacientes con ELA en Andalucía y Extremadura.

Metodología: Estudio Observacional Transversal tras la evaluación de los resultados de una encuesta con 20 ítems enviada a los Neumólogos referentes de los 18 hospitales con consultas de ELA en las dos C.C.A.A.

Resultados: El número de pacientes con ELA es de 605, con una prevalencia de 8,5/100.000 habitantes en Extremadura y de 5,7/100.000 habitantes en Andalucía. Un 89% de los hospitales disponen de consulta multidisciplinar (CMD) y un 27% no disponen de espacio único para la CMD. Un 50,4% de los pacientes están con VMNI y un 5,6% están con VMI. El 34,3% de los pacientes están siendo tratados con asistente mecánico para la tos. Al 31% se les practicó gastrostomía, de las que un 75% fue endoscópica y un 25% radiológica. Un 13% han recibido tratamiento con tóxina botulínica. Un 24% se encuentran en seguimiento por Cuidados Paliativos. Por otro lado un 24% tienen registro de Voluntades Anticipadas (VVAA).

Conclusiones: Se evidencia un importante aumento del número de Consultas Multidisciplinares en los años. Mas del 50% de los pacientes están en tratamiento con soporte ventilatorio. La atención es espacio único, la colaboración con Atención Primaria y cuidados paliativos debería implementarse. Deberíamos fomentar el registro de las VVAA en nuestros pacientes.

INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS EN LA SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

C. Carrera Cueva (1), E. De Benito Zorrero (1), S. Marín Romero (2), C. López Ramírez (1), L. Jara Palomares (1), C. Caballero Eraso (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por síntomas y signos en las motoneuronas superiores e inferiores, que conducen a una neurodegeneración progresiva y atrofia muscular con un gran impacto en la calidad de vida (CV) de pacientes y cuidadores. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de tener varios cuidadores y la economía en la CV en pacientes con ELA.

Metodología: Análisis post-hoc de un estudio prospectivo sobre ELA, enfermedad tromboembólica y calidad de vida entre junio de 2015 y septiembre de 2017. La calidad de vida se evaluó mediante los cuestionarios Short Form 36 (SF-36) y EuroQoL 5D (EQ-5D). Dividimos los ingresos en dos grupos: <800 o >1.500 euros/mes. Se compararon los pacientes con sólo un cuidador principal (cónyuge) vs. cuidador principal y otro recurso (hijos, cuidador social).

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con una edad media de 61 años, 7 fueron hombres y 7 mujeres. 8 presentaban ELA clásica, 2 agregación familiar por mutación del gen SOD1, 1 ELA primaria y 3 ELA tipo flail arms. 11 pacientes presentaban disnea y solamente 1 cefalea matutina e hipersomnolencia. 4 pacientes presentaron síntomas bulbares (4 disfagia y 2 sialorrea). 10 realizaban fisioterapia respiratoria. Ningún paciente portaba traqueotomía, 3 estaban tratados con ventilación mecánica no invasiva, 1 era portador de gastrostomía radiológica percutánea. 9 pacientes presentaban movilidad reducida. Cuando analizamos el impacto de la situación económica en la calidad de vida y la supervivencia, encontramos que los pacientes con ingresos más bajos (<800 euros/mes) presentaban menos energía ($p = 0,010$) y peor funcionamiento social ($p = 0,026$) medido por la escala SF-36. Además, la supervivencia fue mayor en el grupo con más recursos económicos respecto al grupo con ingresos más bajos (63 vs 31 meses de supervivencia media respectivamente, $p = 0,059$) y en aquellos pacientes que contaban con apoyo adicional aparte del cuidador principal ($p = 0,020$).

Conclusiones: En pacientes con ELA, el bajo nivel de ingresos se asoció a peor CV y supervivencia que aquellos con mayores recursos económicos. El apoyo adicional al cuidador principal se asoció con mayor supervivencia.

VALORACIÓN DE LAS INTERCONSULTAS PARA VALORACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DE VALME

P. Montero Sanz (1), J. Vázquez Domínguez (1), A. Asuero Llanes (2), A. Vera Pila (1), F.J. Gómez De Terreros (1), A.C. Reina González (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) representa la estrategia terapéutica ante la insuficiencia respiratoria de diversas etiologías. En nuestro centro, la ausencia de guardias de neumología (NML), ésta se inicia en urgencias (URG) o en planta de hospitalización por NML, medicina interna (MIN) o la unidad de cuidados intensivos (UCI). El objetivo del estudio es evaluar los resultados de este modelo asistencial en los pacientes en los que se nos ha solicitado valoración para VMNI durante su ingreso hospitalario en otros servicios.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron todas las interconsultas de VMNI realizadas al servicio de NML del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2022, con seguimiento hasta noviembre de 2023.

Resultados: El 16% de las interconsultas realizadas a nuestro servicio fueron para valoración de VMNI. Se analizaron 69 pacientes, el 52,2% fueron mujeres con una mediana de edad de 77 años (P25 67, P75 82) y un IMC de 33,8 (29,5 – 39,1) kg/m². Previo al ingreso, el 18,8% tenían VMNI, el 8,7% CPAP y un 26% oxigenoterapia domiciliaria. El 51% de los pacientes tenían comorbilidades cardiorrespiratorias. El 76,8% estaban ingresados en MIN y un 42% ingresaron por insuficiencia cardiaca.

Recibieron VMNI el 81%, lo que representa el 35% del total de pacientes ingresados que precisan VMNI en nuestro centro. El 30,6% requirieron VMNI en URG. En un 59% fue iniciada por MIN, el 37% por NML y el 4% por UCI. Sólo el 43,5% tenían gasometría arterial (GSA) de los cuales el 51,7% tenía un pH <7,35 y el 24,1% un pH <7,25. La mortalidad en el ingreso fue del 11,6%. El 50% precisaron VMNI domiciliaria al alta, de los cuales, el 75% acuden a revisión, el 35,7% reingresaron y 17,8% fallecieron durante el seguimiento. Del 50% sin VMNI al alta, el 29,3% reingresaron y 17,1% fallecen en el seguimiento.

Conclusiones: Una de cada seis interconsultas realizadas son para valoración de la VMNI. Más de un tercio de los pacientes está a cargo de otros servicios. De un tercio de los pacientes que inician VMNI en urgencias, se mantiene la VMNI en planta de hospitalización por lo que sería conveniente la elaboración de un circuito para seguimiento estrecho por NML. La cifra de mortalidad y el número de reingresos en este perfil de pacientes a corto plazo es elevada.

INFLUENCIA DE CAUSA DE INGRESO EN UCRI Y COMORBILIDADES CON DESENLAJE DEL PACIENTE

M.R. Cabello Jabalquinto, A.A. Jiménez Romero, M.C. Velasco Alcázar, F. Campello Sánchez, O. Meca Birlanga, D. Lozano Vicente, C.F. Alvarez Miranda, P. García Torres, A. Santa Cruz Siminiani.

(1) Servicio de Neumología, Hospital Santa María del Rosell, Murcia.

Introducción: Las unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) realizan seguimiento y atención especializada a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada que, sin precisar ingreso en unidad de cuidados intensivos, presentan mayor gravedad y elevada complejidad para ser tratados en hospitalización convencional.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, que incluye pacientes que ingresan de manera no programada en UCRI del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena desde la implantación de UCRI, en noviembre de 2022 hasta julio de 2023.

Se recogen datos clínicos, analíticos y patología causante de ingreso en UCRI, relacionándolos con el desenlace del paciente, entendido como alta médica o éxitus.

Se realiza análisis estadístico en programa SPSS v.23^o.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, predominando (64,6%) el sexo masculino. La edad media fue 70 ($\pm 13,75$) años, con un mínimo de 21 y máximo de 91 años. Comorbilidades en la tabla 1.

La estancia media de ingreso en UCRI fue 5,09 ($\pm 3,95$) días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 28. El principal soporte respiratorio empleado fue la ventilación no invasiva en 39 (49,4%), alto flujo en 14 (17,7%) y ambas terapias en 26 (32,9%) pacientes.

Se estudió la posible influencia de la patología causante de ingreso en UCRI, presencia de hipercapnia y acidosis y comorbilidades con el desenlace de los pacientes. Resultados en tabla 2.

Del total de ingresados en UCRI, la mayoría, 65 (85,5%), evolucionaron favorablemente siendo dados de alta, y 11 (14,5%) fallecieron durante su ingreso.

Conclusiones: 1- Más de la mitad de los ingresados en UCRI eran varones, siendo su comorbilidad más común la hipertensión arterial. 2- Las comorbilidades estudiadas no condicionaron diferencias estadísticamente significativas en el desenlace de los pacientes en la muestra del estudio. 3- Padeecer insuficiencia cardiaca con hipoxemia aumenta la probabilidad de éxitus letalis. Las demás patologías causantes de ingreso analizadas no influyeron de forma estadísticamente significativa en el desenlace de los pacientes. 4- La gran mayoría de pacientes que precisaron ingreso en UCRI evolucionaron de forma favorable.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ACTIVIDAD REGISTRADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS EN SUS PRIMEROS 9 MESES DE FUNCIONAMIENTO

E. Lesaga López (1), J.M. Mejía Romero (1), M.L. González Vicente (1), M. Domínguez Gómez (1), F. Navarro Muñoz (1), E. González Najarro (1), C. Muñoz Corroto (1), A. Requejo Jiménez (1), R. Martín De León (1), N. Pascual Martínez (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) UGC Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba.

Introducción: A lo largo de los años, las unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) han demostrado mejorar la calidad asistencial de los pacientes que precisan soporte respiratorio no invasivo (SRNI) como eje principal de su tratamiento, así como su supervivencia. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de los pacientes admitidos en UCRI, los resultados en calidad asistencial y los factores pronósticos relacionados con la mortalidad.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes admitidos en la UCRI del Hospital Reina Sofía de Córdoba desde el 01/03/2023 al 01/12/2023. Se ha realizado el análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Se recogen un total de 131 pacientes, con una edad media de 62,08 \pm 14,69 años, siendo el 55% varones. La estancia media es de 4,73 \pm 3,92 días. Índice de Charlson 3,47 \pm 2,48. Candidatos a UCI un 65,6%. Al ingreso, el fallo respiratorio hipoxémico ha sido el de mayor frecuencia (58,8%). Los diagnósticos más frecuentes son neumonía comunitaria (24,4%), agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (18,3%) y tromboembolismo pulmonar (17,6%).

El 70,2% ha precisado SRNI: 47,3% ventilación no invasiva (VNI), 40,5% oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y 17,6% combinación VNI/OAF. Los parámetros medios al ingreso en VNI son: presión soporte 10,4 \pm 3,26, PEEP 7,51 \pm 1,34, FiO₂ 45% \pm 23; y en OAF flujo 44,51 \pm 12,79 litros y FiO₂ 56,35% \pm 21,47. Con relación a los valores gasométricos al ingreso pH 7,40 \pm 0,1, pCO₂ 50 mmHg \pm 21,73, láctico 1,63 \pm 1,19; PAFI (PaO₂/FiO₂) 223 \pm 103,764.

Un 14,5% han precisado traslado a UCI. Los reingresos en UCRI se han producido en el 2,3%. La mortalidad intraUCRI ha sido del 8,4% y a los 30 días de 15,3%. La presencia de comorbilidades, la menor SAFI (SpO₂/FiO₂), mayor FiO₂ al ingreso ($p < 0,000$) y el sexo varón ($p = 0,027$) están relacionados significativamente con la mortalidad.

Conclusiones: En nuestro estudio predomina el fallo respiratorio hipoxémico, un aumento del uso de la OAF en nuestra práctica diaria y los pacientes sin techo de tratamiento, lo que podría representar un cambio de paradigma en el perfil de pacientes que maneja Neumología. A pesar de ser una unidad de reciente creación, los resultados en calidad asistencial, referentes a la mortalidad y reingreso no difieren de las series publicadas en la literatura. En nuestra muestra, el sexo, el índice de comorbilidad y la gravedad de la hipoxemia se relacionan significativamente con la mortalidad.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ENFERMEDAD DE OJO SECO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA SEGÚN GENOTIPOS

P. Gutiérrez Castaño (1), J. Martínez Molina (2), L. Jiménez Siles (1), A. Cabello Palma (3), M.V. Girón Fernández (2), C. Oliveira Fuster (2).

(1) Servicio de oftalmología, Hospital Comarcal Infanta Margarita, Córdoba, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga, (3) Facultad de Medicina, Universidad de Málaga.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad causada por la mutación de un gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR), esencial en el transporte de iones cloro en las células epiteliales de los órganos con función exocrina. No está clásicamente asociada a problemas oftalmológicos pero se presupone que afecta a todos los epitelios secretores, incluida la superficie ocular.

La enfermedad de ojo seco (EOS) es multifactorial. Para su diagnóstico hay que seguir un protocolo estandarizado de test y pruebas, como el Ocular Surface Disease Index (OSDI) y el tiempo de ruptura lagrimal (tear break up time o TBUT) En los pacientes con EOS juega un papel importante la inflamación de la superficie ocular y el aumento de osmolaridad en la lágrima. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la posible presencia de EOS en pacientes con fibrosis quística y su relación con los distintos genotipos.

Metodología: Estudio clínico-observacional transversal, con reclutamiento de los pacientes FQ que acudieron a consulta externa para realizar su visita de estudio anual. Fueron controlados en la Unidad de FQ/BQ del Hospital Regional Universitario de Málaga. Se clasificaron en función a su genotipo en tres grupos: Delta F homocigótico, Delta F/otra mutación y Otra mutación / Otra mutación.

Fueron remitidos al servicio de oftalmología del Hospital Regional Universitario de Málaga para una completa exploración oftalmológica, incluyendo pruebas que evalúan EOS como el test de OSDI y el TBUT.

Resultados: Se evaluó a un total de 47 pacientes con fibrosis quística (53,2% hombres) ([Figura 1](#)). Un 23,4% presentaron la mutación DeltaF homocigótico y un 21% Delta F/Otro. En el análisis global, más de la mitad de los pacientes (55,3%) presentaron un TBUT patológico. Al analizar el TBUT según genotipos ([Figura 2](#)), fue patológico en más de la mitad de los casos en los grupos DeltaF homocigótico (63,6%), Delta F/otro (57,1%) y otro/otro (53,3%). Un 21,2% de los pacientes evaluados tuvieron un test de OSDI patológico. El número de pacientes con test de OSDI patológico fue mayor en el grupo Delta F homocigótico que en el resto de grupos ([Figura 3](#)).

Conclusiones: Es probable que en los pacientes con FQ exista un alta prevalencia de enfermedad de EOS. Al estudiar a los pacientes según genotipo, podría haber una mayor prevalencia de enfermedad de ojo seco en el grupo Delta F homocigótico. Estos resultados sugieren una posible relación entre la mutación del gen CFTR y EOS en pacientes con FQ.

PERFIL ETIOLÓGICO DE LAS BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

J. Hernández Borge, L. Galán Ledesma, J. López Rodríguez, R. Morante Espada, E. Sánchez Calle, J.A. Márquez Alba, N. Matallana, J.A. Gutiérrez Lara, A. Sanz Cabrera, P. Íñigo Naranjo.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La etiología de las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (BQnoFQ) es amplia y podría influir sobre la presentación clínica, radiográfica, manejo terapéutico y pronóstico. Nuestro objetivo ha sido conocer la etiología de la BQnoFQ en una serie de pacientes y si existen diferencias en estos aspectos.

Metodología: Identificar la etiología en una serie consecutiva de pacientes con BQNFQ incluidos tras un ingreso hospitalario (2006-2014) con seguimiento hasta diciembre de 2018. Se establecieron los siguientes grupos etiológicos: Idiopáticas (BI), postinfecciosas (BINF), asociadas a EPOC-ASMA (BEA), inmunodeficiencias (BID), enfermedad sistémica (BST), discinesia-aspergilosis broncopulmonar alérgica (BDA) y otras (BO).

Se analizaron múltiples variables clínico-epidemiológicas, radiográficas, exacerbaciones y mortalidad al final del seguimiento para valorar las principales diferencias entre las distintas etiologías.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (60% hombres, edad media $64,8 \pm 14,2$ a). Las etiologías fueron: BI 19%, BINF 31,2%, BEA 32,2%, BID 2,4%, BST 8,8%, BDA 2% y BO 4,4%. El género masculino fue más frecuente en las BINF y BEA mientras que el femenino predominó en las BI, BST y BDA. La hemoptisis fue más frecuente en las BI (51,3%) y en BO (55,6%), $p = 0,0005$. La localización exclusiva en l. superiores fue más frecuente en las BINF (28,1%, $p = 0,001$) y en los inferiores en la BEA (37,9%, $p = 0,002$). La presencia de BQ centrales fue más frecuente en las BID (20%) y BDA (25%). El empleo de broncodilatadores (LAMA, LABA) y corticoides inhalados fue más frecuente en la BEA ($p = 0,0005$). El uso de antibióticos inhalados predominó en las BST (27,8%, $p = 0,09$). El aislamiento de P aeruginosa fue más frecuente en las BID (60%, $P = 0,05$). La peor función pulmonar (FEV1

las BEA (39,4%), BINF (40,6%) y BI (40%), $p = 0,04$. La mortalidad al final del seguimiento fue similar en todas las etiologías aunque las BEA y las BID tuvieron más exacerbaciones anuales en el seguimiento.

Conclusiones: Las principales etiologías en las BQnoFQ fueron las asociadas a EPOC-asma y las postinfecciosas. La afectación radiológica y funcional, así como el manejo terapéutico, se relacionó con algunas etiologías.

PRONÓSTICO A LARGO EN PLAZO EN PACIENTES INGRESADOS CON INFECCIÓN POR SARS2-COV2

J. Hernández Borge, L. Galán Ledesma, R. Morante Espada, J.A. Márquez Alba, E. Sánchez Calle, J. López Rodríguez, N. Matallanas Encinas, I. Rodríguez Blanco, A. Sanz Cabrera, A. Castañar Jover.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La persistencia de síntomas tras la infección aguda por COVID (IACOVID) es frecuente. Existen menos datos sobre la frecuencia de nuevos eventos posteriores (respiratorios, cardiovasculares o neurológicos) y si tienen relación con la gravedad del episodio inicial. Nuestro objetivo ha sido conocer los eventos que han aparecido en el seguimiento de pacientes con IACOVID con ingreso hospitalario y su relación con el episodio inicial.

Metodología: Estudio prospectivo de pacientes con IACOVID (Marzo 2020-Enero 2021) (excluyendo fallecidos en el ingreso).

Los pacientes fueron seguidos 24 meses tras alta, recogiendo los eventos en el seguimiento: fallecimiento y su causa, respiratorios, cardíacos, neurológicos, infecciosos, neoplásicos y otros. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, presencia de neumonía y tratamiento. Se realizó un análisis comparativo (Chi cuadrado, ANOVA) y de supervivencia (K-Meier) para valorar si existía relación entre las características de la IACOVID y la aparición de eventos posteriores.

Resultados: Se incluyeron 576 pacientes (hombres 54%, edad media $67,5 \pm 16$ a). Un 43,1% presentaron eventos en el seguimiento (12,8% exitus, 17% respiratorios, 3,8% cardiológicos, 1,9% neurológicos, 1,7% neoplásicos, 1,7% infecciosos y 4% otros). Las principales causas de mortalidad fueron respiratorias (28,4%), neoplásicas (18,9%) e infecciosas (17,6%). La presencia de eventos fue significativamente más frecuente en pacientes de más edad (≥ 70 a $53,2\%$ vs $35,4\%$; $p = 0,0005$), con cardiopatía previa ($52,4\%$ vs $38,6\%$, $p = 0,0005$), neumopatía previa ($56,5\%$ vs $40,8\%$, $p = 0,02$), EPOC ($60,9\%$ vs $42,3\%$, $p = 0,03$), neoplasia activa (63% vs $41,3\%$, $p = 0,0005$), I de Charlson ≥ 4 (58% vs $31,2\%$, $p = 0,0005$) o adquisición nosocomial ($68,4\%$ vs $42,2\%$; $p = 0,0003$). No encontramos relación con la sintomatología

inicial, parámetros bioquímicos (IL-6, LDH, ferritina, PCR o Dímero D), presencia de neumonía o tratamiento administrado. El estudio de supervivencia encontró que la presencia de un evento compuesto en el seguimiento (fallecimiento, evento respiratorio o cardíaco) fue más frecuente en >70 años, con cardiopatía o neumopatía previa, con neoplasia activa, I de Charlson ≥ 4 y en los tratados con azitromicina en la fase aguda (K-Meier; test log Rank $<0,05$).

Conclusiones: Encontramos una elevada frecuencia de eventos tras la IACOVID (43,1%), sobre todo respiratorios. Estos eventos parecen relacionarse más con la edad y la comorbilidad previa del paciente que con la presentación y evolución inicial de la infección.

"NO ES COSA DE UN PAR". PATOLOGÍA PULMONAR POR COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM, UNA ENFERMEDAD EN AUGE

A. Fulgencio Delgado, J. Ollero Ortiz, I. Muñoz Ramírez, B. Ruiz Duque, A. Asuero Llanes.

Servicio de Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: Las infecciones por Complejo Mycobacterium Avium (MAC) son enfermedades raras, aunque en reciente auge, ocasionadas principalmente por Mycobacterium avium e intracellulare.

Son factores de riesgo la inmunosupresión, EPOC, bronquiectasias o neoplasias pulmonares; y su presentación pulmonar es la más frecuente. Su diagnóstico requiere clínica, radiología y microbiología compatibles. Nuestros objetivos fundamentales fueron analizar las características de una serie de casos de pacientes diagnosticados y tratados de MAC, así como el correcto seguimiento de las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas según las últimas guías de práctica clínica.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de los pacientes con infección pulmonar por MAC en seguimiento en consulta de Neumología de nuestro centro. Se han analizado variables demográficas, clínicas, radiológicas, analíticas y de terapia antimicrobiana.

Resultados: Se notificaron 6 pacientes con predominio de varones (66,7%), edad media de 69 años y exfumadores (66,7%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron bronquiectasias y EPOC, habiendo uno con diagnóstico concomitante de carcinoma microcítico de pulmón. Solo un paciente no cumplía los criterios diagnósticos por ausencia de 2º esputo confirmatorio. Se obtuvo el diagnóstico microbiológico por esputo (50%) y por BAL (50%), aislándose *M. intracellulare* (66,7%) y *M. Avium* (33,3%). Radiológicamente destaca patrón árbol en brote y las bronquiectasias sin/con cavitaciones (50%). El esquema de tratamiento fue diario (50%) o trisemanal (50%). En todos los casos se usó Rifampicina, Etambutol y un macrólido. En un caso se utilizó estreptomomicina desde el inicio. En otro se asoció Amikacina y Tobramicina en recaída. Los efectos secundarios fueron raros (33,3%), en forma de dolor abdominal y diarrea. Solo en la mitad de los casos se obtuvo negativización microbiológica. De ellos, dos se encuentran en tratamiento activo.

Conclusiones: tienen factores de riesgo conocidos para su desarrollo. Los esquemas de tratamiento iniciales se asemejan a las últimas guías en antibiótico seleccionado, aunque difieren en posología. Resulta fundamental un manejo diagnóstico y terapéutico actualizado según las guías con el fin de mejorar la adherencia terapéutica y la efectividad clínica, tratando de reducir al máximo los efectos secundarios por esquemas inadecuados.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA E INFECCION BRONQUIAL CRONICA: EFECTO CLINICO Y FUNCIONAL

A. Fulgencio Delgado (1), V. Gallego Gutiérrez (2), B. Ruiz Duque (1), I. Muñoz Ramírez, R. Figueriña López.

(1) Unidad de Neumología Hospital Infanta Elena, Huelva, (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: La infección bronquial crónica en pacientes con bronquiectasias se relaciona con deterioro de la función pulmonar, aumento de la disnea y exacerbaciones que repercuten negativamente en su morbimortalidad. La antibioterapia inhalada busca el control de los síntomas y la reducción de las exacerbaciones, estabilizando el deterioro de la función pulmonar y disminuyendo el impacto sanitario. Nuestro objetivo ha sido evaluar el grado de disnea y la capacidad funcional respiratoria de los pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística (FQ) e infección bronquial crónica tratados con antibioterapia inhalada.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de 21 pacientes con bronquiectasias no FQ e infección bronquial crónica que reciben antibioterapia inhalada durante al menos un año. Se registran las variables sexo, edad, hábito tabáquico, etiología y localización de las bronquiectasias. Se examina la disnea (expresada mediante la escala mMRC) y la gravedad de la obstrucción (FEV1) antes y después del tratamiento. Se aportan los exitus durante el seguimiento.

Resultados: De los 21 pacientes, 13 eran mujeres (59,1%). La edad media fue 66 + 3 años. Ninguno era fumador activo, con un 40,9% de exfumadores. La etiología de las bronquiectasias fue variada, siendo la causa más frecuente de ellas la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 36,4% de los casos. La mayoría de las bronquiectasias eran bilaterales (57,14%) y la *Pseudomonas aeruginosa* el germen más aislado (80,95%). El antibiótico usado fue colistina inhalada, a excepción de un caso donde se usó tobramicina por intolerancia. La disnea era importante (mMRC ≥ 2) antes (73,69%) y después (70,48%) de la terapia inhalada, con solo dos pacientes que reportaron mejoría clínica. La mayoría de los pacientes tenían una obstrucción al flujo aéreo moderada-grave (90,90%) que se distribuyó de forma similar tras el antibiótico inhalado (84,61%). Se registraron 5 exitus tras el inicio del tratamiento, ninguno de ellos relacionado con efectos secundarios y 1 de ellos por agudización respiratoria.

Conclusiones: Nuestro estudio no muestra empeoramiento de la función pulmonar tras el inicio de la antibioterapia inhalada, pero tampoco mejoría de la disnea. Probablemente aumentando los años de seguimiento y el tamaño muestral podamos analizar cambios más significativos en los objetivos analizados. La antibioterapia inhalada sigue siendo un pilar fundamental en el tratamiento de las bronquiectasias y serán necesarios más análisis para observar su impacto.

IMPACTO EN LAS EXACERBACIONES DE LA ANTIOTERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA Y BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

A. Fulgencio Delgado (1), I. Padrino Silva, I. Muñoz Ramírez (1), A. Asuero Llanes (1), B. Ruíz Duque (1).

(1) Unidad de Neumología Hospital Infanta Elena, Huelva, (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: La colonización crónica de bronquiectasias no fibrosis quística (FQ) por distintos microorganismos (siendo *Pseudomonas Aeruginosa* el más frecuente) se relaciona con mayor daño a nivel anatómico, deterioro rápido de la función respiratoria, aumento del número de ciclos de antibioterapia y mayor número de exacerbaciones; derivando en un aumento de la morbimortalidad. El objetivo de la antibioterapia inhalada es la reducción de la inflamación crónica para conseguir una mejoría sintomática, de la función pulmonar y, por tanto, de las agudizaciones en estos pacientes. Nuestro objetivo ha sido comparar las exacerbaciones de los pacientes con bronquiectasias no FQ e infección bronquial crónica antes y después de la instauración del antibiótico inhalado.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de 21 pacientes con bronquiectasias no FQ e infección bronquial crónica tratados con colistina inhalada en nuestro centro. Se recogieron las variables sociodemográficas (edad y sexo), la etiología de las bronquiectasias y el patógeno responsable. Se comparó el número de exacerbaciones tanto ambulatorias como hospitalarias en los tres años previos al inicio del tratamiento en relación a los tres años posteriores mediante Chi-cuadrado.

Resultados: La edad media de nuestra población fue de 66 + 3 años, con predominio de mujeres (59,1%). La etiología más frecuente de las bronquiectasias fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 36,4% y la *Pseudomonas Aeruginosa* el patógeno responsable de la gran mayoría de las colonizaciones (80,95%). La tasa de ingresos hospitalarios antes

Del total de pacientes que no tuvieron ninguna agudización ambulatoria en los tres años posteriores al inicio de la antibioterapia inhalada, el 20% presentó más de diez en los tres años previos, otro 20% cinco, el 40% tres agudizaciones y el otro 20% había tenido una.

Conclusiones: Observamos una tendencia positiva hacia la reducción del número de ingresos tras inicio de la antibioterapia inhalada a pesar de no existir significación estadística, presentando prácticamente la mayoría de los pacientes menos de dos hospitalizaciones. Las diferencias significativas en cuanto a las exacerbaciones ambulatorias los tres años posteriores al tratamiento se traducen en un mejor control sintomático tras el inicio del antibiótico.

GESTACIÓN Y FIBROSIS QUÍSTICA, ¿SON INCOMPATIBLES?

A.M. Gómez Ortiz (1), L. Carrasco Hernández (2), L. Román Rodríguez (1), I. Delgado Pecellín (3), M. Abad Arranz (1), E. Quintana Gallego (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, (2) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (3) Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida en la fibrosis quística (FQ) ha permitido el aumento de fertilidad entre las pacientes. No existe evidencia bibliográfica actual del impacto de los moduladores como Kaftrio®.

Metodología: Estudio observacional descriptivo entre los 76 pacientes de la Unidad FQ adulta del hospital Virgen del Rocío desde 2007 hasta 2023. Las variables recogidas son: edad, sexo, índice masa corporal (IMC), tipo de mutación, comorbilidades, pruebas funcionales respiratorias, tipo de parto y embarazo, complicaciones y exacerbaciones

Resultados: El número de embarazos del total de nuestra muestra es de 22. La edad media de embarazo de las pacientes fue de 31,45 años. El 13,6% tiene intolerancia hidrocabonada, el 4,5% diabetes asociada a FQ, 27,3% insuficiencia pancreática y 9,1% hepatopatía. 14 pacientes tienen infección bronquial crónica (36,4% por *Pseudomonas Aeruginosa*) y 8 pacientes han tenido infección bronquial intermitente (13,6% por *Burkholderia Cepacia*). 10 bebés eran varones (45,5%) y 12 mujeres (54,5%). El 45,5% de los partos fueron vía vaginal y solo hubo 2 bebés con complicaciones.

13 (59,1%) partos fueron a término y hubo 4 abortos (18,2%). 3 pacientes quedaron embarazadas estando en tratamiento con Kaftrio®, de las cuales una tuvo que suspenderlo ante la estabilidad clínica y la ausencia de evidencia en embarazadas. No se han observado en los niños complicaciones secundarias propias de Kaftrio®. Las pacientes presentaron una agudización leve y mantuvieron la función respiratoria durante el embarazo.

Conclusiones: El embarazo en pacientes FQ es considerado de alto riesgo. Nuestra experiencia es favorable, sin complicaciones ni hospitalizaciones durante el curso y con niños nacidos sanos. Kaftrio® podría mantener su efecto durante el embarazo sin graves efectos adversos sobre los niños, aunque se requiere de más estudios que nos permitan realizar la prescripción con más seguridad.

ANTICUERPOS MONOCLONALES EN ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA Y FIBROSIS QUÍSTICA

A.M. Gómez Ortiz (1), L. Carrasco Hernández (2), L. Román Rodríguez (1), I. Delgado Pecellín (3), F.J. Álvarez Gutiérrez (1), E. Quintana Gallego (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, (2) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES Hospital Universitario Virgen del Rocío, (3) Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid (2) Sevilla - Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es un factor de riesgo para el desarrollo de aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), una entidad de diagnóstico y tratamiento complejo. Se ha observado que el uso de monoclonales podría ser beneficioso en casos de difícil control.

Metodología: Estudio observacional descriptivo en 316 pacientes de la Unidad FQ del hospital Virgen del Rocío. Las variables recogidas son: edad, sexo, índice masa corporal (IMC), tipo de mutación, comorbilidades, pruebas funcionales respiratorias, inmunoglobulinas, exacerbaciones y tratamiento realizado.

Resultados: La prevalencia de ABPA es del 4,4% (n = 14) del total de pacientes de nuestra muestra. 8 eran varones (57%) y 6 eran mujeres (43%). La edad media de los pacientes fue de 19,5 años. El 42,9% tenían infección crónica a *Pseudomonas Aeruginosa* y el 35,7% a *Estafilococo Aureus* Meticilín Sensible. Todos presentaron clínica de tos y expectoración. 3 pacientes requirieron ingreso hospitalario.

Todos los pacientes fueron tratados con Itraconazol y Prednisona y 6 de ellos (43%) han realizado tratamiento con monoclonales por corticodependencia o por exacerbadores. Un paciente ha estado en tratamiento con Mepolizumab y 5 con Omalizumab (precisando uno de ellos cambio a Benralizumab). 2 pacientes suspendieron el tratamiento por buena respuesta sin presentar nuevos brotes. La inmunoglobulina E total media previa al inicio de monoclonal fue de $3.404,83 \pm 2.237$ y la posterior a su inicio $859,5 \pm 898$ con un valor $p = 0,016$. El volumen espiratorio forzado en 1 segundo medio previo al inicio de monoclonal fue de $1.643,33 \pm 715,98$ y la posterior a su inicio $2.273,33 \pm 231,8$ con un valor $p = 0,196$. El IMC medio previo al inicio de monoclonal fue de $18,68 \pm 1,56$ y la posterior a su inicio $19,89 \pm 1,93$ con un valor $p = 0,69$.

Conclusiones: La ABPA es una comorbilidad que debemos tener en cuenta en los pacientes FQ. Los monoclonales son una opción terapéutica en pacientes con ABPA con difícil control que precisan más estudios futuros.

ACTUALIZACIÓN DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS AISLADAS EN EL ÁREA SANITARIA VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

A.M. Gómez Ortiz (1), C. Cintora Mairal (2), M. Aznar Fernández (2), L. Carrasco Hernández (3), C. Calero Acuña (1), M. Ferrer Galván (1), J.F. Medina Gallardo (1), J.A. Lepe Jiménez (2), E. Quintana Gallego (3), V. González Galán (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (3) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Sevilla.

Introducción: Las infecciones por micobacterias no tuberculosas (MNT) son entidades cada vez más frecuentes en las consultas de neumología, especialmente en el seguimiento de las bronquiectasias diferenciando entre pacientes con fibrosis quística (FQ) de las de otras entidades (BQ NO FQ) El tratamiento recomendado es una combinación de al menos 3 fármacos durante al menos 1 año, asociándose una mortalidad en un año del 10% en los aislamientos resistentes a macrólidos. Nuestro centro cuenta con la unidad de referencia de FQ de Andalucía occidental que atiende a 316 pacientes así como consultas específicas de BQ NO FQ que atienden una media de 400 pacientes al año. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de MNT en estos pacientes y si existen resistencias a macrólidos y aminoglucósidos en nuestra área.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo donde se analizaron todas las muestras con aislamientos de MNT (01.01.21-22.11.23) en el Servicio de Microbiología del hospital universitario Virgen del Rocío. Siguiendo los criterios ATS/IDSA, definimos como caso de infección a aquellos pacientes con cultivo positivo de al menos 2 muestras separadas de esputo o cultivo positivo de al menos una muestra de lavado bronquial o biopsia. Se estudiaron los genes codificantes de resistencia a macrólidos (rrl) y aminoglucósidos (rrs) mediante la técnica genotype MNT-DR (Bruker diagnostics).

Resultados: En el periodo de estudio, 45 (6,42%) pacientes cumplieron los criterios de caso, de los cuales 70,2% (N = 32) pertenecían a la consulta de BQ y el 29,8% (N = 14) a la consulta de FQ. El 70,2% eran mujeres. La edad media fueron 64 años. La muestra más rentable fue el esputo espontáneo (91,5%). La distribución de especies por origen FQ/NOFQ se muestra en la tabla 1. El 91,3% de los aislamientos son MNT de crecimiento lento. No se detectaron resistencias a aminoglucósidos y sólo se detectaron resistencias a macrólidos en los 4 aislamientos de *Mycobacterium abscessus* spp *abscessus* (gen erm41). Todos los casos recibieron tratamiento combinado.

Conclusiones: El 6,42% de los pacientes con bronquiectasias de nuestra área cumplen criterio de caso. La MNT más prevalente es *Mycobacterium intracellulare*, siendo el esputo, la muestra más rentable para el diagnóstico. No se han detectado resistencias a aminoglucósidos ni a los macrólidos salvo en *Mycobacterium abscessus* spp *abscessus* por lo que en nuestro área se pueden usar las pautas combinadas empíricas con seguridad.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

IMPACTO DE TEZACAFTOR/IVACAFTOR EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN FIBROSIS QUÍSTICA

A.M. Gómez Ortiz (1), L. Carrasco Hernández (2), R. Reinoso Arijia (1), I. Delgado Pecellín (3), M.J. Moreno Varela (1), V.M. Pachón Garrudo (1), E. Quintana Gallego (2).

(1) - Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, (2) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), (3) Unidad de Neumología y Alergias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, (4) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Analizar densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con fibrosis quística (FQ) tras un año con Tezacaftor/Ivacaftor.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de paciente con FQ de la unidad del HUVR. En todos los pacientes se determinó antes y al año del tratamiento el Z-Score de DMO de Columna Lumbar total, de cuello femoral y de cadera. Se realizó análisis estadístico (SPSS 29.0).

Resultados: Encontramos 41 pacientes (58% adultos, 42% pediátricos). La edad media de inicio de tratamiento fue $35,6 \pm 12,06$ años; 42% mujeres y 58% hombres; media del Z-Score de columna lumbar total previo a Tezacaftor/Ivacaftor fue $0,052 \pm 0,99$ y tras un año $-0,37 \pm 1,20$; media del Z-Score de cuello femoral previo a Tezacaftor/Ivacaftor: $-0,19 \pm 1,043$ y al año $-0,55 \pm 0,86$; media del Z-Score de cadera total previo a Tezacaftor/Ivacaftor: $-0,1 \pm 1,0$ y al año $-0,44 \pm 0,96$. Siendo los resultados estadísticamente significativo en cuello femoral y columna lumbar. De los pacientes pediátricos: 59% niñas y 41% niños. Edad media de inicio de tratamiento $15,56 \pm 1,5$ años; Z-Score medio de columna lumbar total previo a Tezacaftor/Ivacaftor: $0,24 \pm 0,52$ y al año: $-0,52 \pm 1,09$; media del Z-Score de cuello femoral previo a Tezacaftor/Ivacaftor $-0,6 \pm 0,56$ y al año: $0,23 \pm 1,23$; media del Z-Score de cadera total previo a Tezacaftor/Ivacaftor: $-0,27 \pm 0,87$ y al año: $0,25 \pm 1,24$. Siendo los resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: - En adultos, tras un año con Tezacaftor/Ivacaftor, no mejoró la DMO de columna lumbar, cuello femoral ni de cadera.

- En pacientes pediátricos, tras un año con Tezacaftor/Ivacaftor aumentó significativamente DMO de cadera y cuello femoral, pero no de columna lumbar

BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES ASMÁTICOS MAL CONTROLADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

D. Fole Vázquez (1), J.D.M. Sánchez Álvarez (1), M. Martos Maldonado (1), A. López León (1), J.M. Díaz López (1), M.A. Palma Otero (1), J.J. Cruz Rueda (1), N. Barba Gyengo (2).

(1) UGC Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería, (2) Sección de Neumología, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Opta a beca

Introducción: El asma no controlado supone un problema, tanto para los pacientes que lo sufren como para los sistemas de salud por el enorme gasto sanitario que conllevan.

Metodología: Búsqueda activa de pacientes asmáticos mal controlados a través del censo obtenido de visitas a Urgencias hospitalarias por agudización asmática (sin ingreso) en nuestro centro. Hipótesis: hay un número considerable de pacientes asmáticos que no están siendo seguidos en atención especializada y que presentan un control subóptimo de su patología.

Análisis estadístico descriptivo retrospectivo efectuado sobre el listado de altas de urgencias del Hospital Universitario Torrecárdenas entre enero y octubre de 2023. La población de referencia para Neumología de nuestro centro es de 232.650 pacientes. Se analizaron las variables: edad, sexo, número de agudizaciones en el periodo analizado, uso de corticoides en la agudización inicial, seguimiento (o no) por neumología, recuento de eosinófilos, datos de IgE, sensibilización alérgica y pauta de tratamiento previo.

Resultados: Total 147 pacientes (49 hombres, 33,3% y 98 mujeres, 66,7%), edad media de $43,10 \pm 20,04$ años (mínima 14, máxima 85). Agudizaciones: 0 - 1 (125 pacientes, 85%), 2 o más agudizaciones (22 pacientes, 15%). Uso de corticoides 86 pacientes (58,5%), en el resto (61 pacientes, 41,5%) no se usaron corticoides. El corticoide más utilizado es prednisona 30 mg. diarios (pauta corta 5 - 7 días). Control por Neumología en 42 pacientes (28,6%) y sin seguimiento por Neumología (105 pacientes, 71,4%). Tratamiento base: SABA/SAMA 23 pacientes (15,6%), LABA + CI 58 pacientes (39,5%), LABA + LAMA + CI 13 pacientes (8,8%), ningún tratamiento 43 pacientes (29,3%), CI 9 pacientes (6,1%) y tratamiento biológico 1 paciente (0,7%). Recuento de eosinófilos: media $263,79 \pm 456,68$ (mínimo 0, máximo 4.650) y mediana 180. Recuento de eosinófilos menor de 300 en 105 pacientes (71,4%) y mayor o igual a 300 eosinófilos en 42 pacientes (28,6%). Antecedentes alérgicos sólo recogidos en 18 pacientes, 15 pacientes con y 3 sin. Valor de IgE recogido en 27 pacientes: media $428,30 \pm 934,261$ (mínimo 11, máximo 4408) y mediana 100.

Conclusiones: En la muestra analizada existe un claro predominio de mujeres jóvenes. Existe un uso generalizado de corticoides en nuestra serie. La mayoría de los pacientes no tienen seguimiento por parte de Neumología. Más del 25% de los pacientes presentan un recuento de eosinófilos mayor o igual a 300. Existe un déficit en la recogida de los datos de IgE y sensibilización alérgica. El tratamiento de base más frecuente fue la combinación LABA + CI.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL “SWITCH” A BENRALIZUMAB

A. Aís Daza (1), A. Carmona González (1), F. Pérez Grimaldi (2), S. García Morales (2), G. Soto Campos (2), M. Morales González (3), A. Badillo Melgar (3), D. Del Castillo Otero, A. Cabeza Serrano (4), A. Arnedillo Muñoz (4).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Servicio de Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, (3) Servicio de Neumología, Hospital Punta de Europa, Cádiz, (4) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Opta a beca

Introducción: Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad. A pesar de su eficacia, a veces no conseguimos alcanzar los objetivos terapéuticos pudiendo plantearse la posibilidad de cambiar a otro biológico (“switch”).

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta al cambio de un biológico previo por Benralizumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en 4 hospitales de la provincia de Cádiz.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC, en tratamiento previo con algún biológico y que hayan precisado “switch” a Benralizumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 6 meses previos y se compararon las variables a los 6 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 31 pacientes (7 varones y 24 mujeres), con una edad media de 61 ± 12 años. De estos, 1 era fumador activo y 8 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 12 pacientes presentaban rinitis alérgica, 10 poliposis, 4 triada ASA, 10 bronquiectasias, 6 ERGE, 5 osteoporosis y 13 ansiedad y/o depresión. Ocho eran corticodependientes. Diecisiete pacientes habían sido tratados previamente con Mepolizumab, 12 con Omalizumab, 1 con Dupilumab y 1 con Reslizumab, realizando el “switch” la mayoría por falta de respuesta.

Se observó una mejoría significativa en el número de las agudizaciones con una reducción del $61,24\% (2,58 \pm 2,01$ vs $1,0 \pm 1,7$ p <0,0001), de asistencias a urgencias ($1,16 \pm 2,28$ vs $0,47 \pm 1,28$ p = 0,008), de los ingresos hospitalarios ($0,29 \pm 0,74$ vs $0,03 \pm 0,18$, p <0,03) y del número de ciclos de corticoides orales ($2,45 \pm 2,03$ vs $0,61 \pm 1,25$ p <0,0001). También se observó mejoría en el FEV1 ($1,742 \pm 867$ ml vs $1,846 \pm 901$ ml p <0,0001), en la puntuación media del ACT ($13,09 \pm 4,38$ vs $18,33 \pm 5,04$ p <0,0001) y una disminución de la cifra de eosinófilos en sangre periférica ($382,6 \pm 454,7$ vs $4,1 \pm 15$, p <0,0001) y de la IgE ($250,14 \pm 418,99$ vs $173,86 \pm 229,14$ p <0,005).

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, el “switch” a Benralizumab proporcionó una mejora significativa en el número de agudizaciones, ingresos hospitalarios y necesidad de corticoides orales, así como de la función pulmonar.

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL “SWITCH” A DUPILUMAB

A. Carmona González (1), A. Ais Daza (1), S. Gutiérrez Hernández (1), R. De Andrés David (1), S. García Morales (2), F. Pérez Grimaldi (2), G. Soto Campos (2), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Opta a beca

Introducción: Los tratamientos biológicos han supuesto un avance importante en el arsenal farmacológico de los pacientes con asma grave no controlada. Sin embargo, a veces tenemos que sustituir un tratamiento biológico por otro (“switch”) debido a falta de eficacia o efectos secundarios.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta al cambio de un biológico previo por Dupilumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC).

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC en seguimiento en consultas de asma grave de los hospitales Puerta del Mar de Cádiz y de Jerez, en tratamiento previo con algún biológico y que precisaron “switch” a Dupilumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 6 meses previos y se compararon las variables a los 6 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 21 pacientes (6 varones y 15 mujeres), con una edad media de 52,7 ± 13,8 años. De estos, ninguno era fumador activo, 7 eran exfumadores y 14 nunca había fumado. En cuanto a las comorbilidades, 11 pacientes presentaban rinitis alérgica, 9 poliposis, 3 triada ASA, 6 bronquiectasias, 7 ERGE, 3 osteoporosis y 2 ansiedad y/o depresión. Diez eran corticodependientes. 3 pacientes habían sido tratados previamente con Mepolizumab, 11 con Omalizumab, 5 con Benralizumab y 2 con Reslizumab, realizando el “switch” la mayoría por falta de respuesta.

Se observó una mejoría significativa en el número de las agudizaciones con una reducción del 75,13% ($3,86 \pm 2,5$ vs $0,96 \pm 1,03$ $p < 0,0001$), de asistencias a urgencias ($1,90 \pm 2,04$ vs $0,76 \pm 1,2$ $p < 0,001$), de los ingresos hospitalarios ($0,48 \pm 1,03$ vs $0,18 \pm 0,39$, $p < 0,47$) y del número de ciclos de corticoides orales ($3,78 \pm 3,2$ vs $0,57 \pm 1,01$, $p < 0,0001$).

También se observó mejoría en el FEV1 ($1.845,05 \pm 795,7$ ml vs $2.235,38 \pm 777,46$ ml, $p < 0,0001$), en la puntuación media del ACT ($10,00 \pm 4,5$ vs $17,75 \pm 7,4$ $p < 0,0001$) y de la IgE ($525,7 \pm 729,8$ vs $100,2 \pm 167,1$ $p = 0,014$). En cambio, se observó una elevación de los eosinófilos $468,4 \pm 380,7$ vs $747,7 \pm 1.211,9$ $p < 0,001$).

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados el “switch” a Dupilumab proporcionó una mejoría significativa en el número de agudizaciones, ingresos hospitalarios y necesidad de corticoides orales, así como de la función pulmonar.

ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN PULMONAR MEDIANTE OSCILOMETRÍA EN GESTANTES ASMÁTICAS: RESULTADOS PRELIMINARES

A. León Lloreda (1), B. Muñoz Sánchez (1), M.A. Romero Falcón (1), J. Díez Sierra (2), M. Ferrer Galván (1), J.F. Medina Gallardo (1), F.J. Álvarez Gutiérrez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: El asma bronquial es la patología crónica más frecuente en el embarazo y su control es importante durante toda la gestación para evitar complicaciones maternas y fetales. Durante el embarazo la función pulmonar está influenciada por factores hormonales y fisiológicos, y su estudio en el caso de síntomas, puede estar condicionado por la contraindicación de una maniobra de esfuerzo. La oscilometría permite el estudio de la función pulmonar a volumen corriente y sin esfuerzo por parte de la gestante.

El objetivo es evaluar el papel de la oscilometría de impulso como prueba de función pulmonar en gestantes asmáticas con contraindicación para la realización de espirometría forzada.

Metodología: Se analizaron aquellas gestantes, en seguimiento en consulta monográfica de control del asma durante el embarazo y con contraindicación para la realización de espirometría forzada por motivos obstétricos (sangrado, contracciones, reposo). Se realizó oscilometría de impulso mediante dispositivo tremflo[®], según normativa. Se recogieron parámetros de resistencia, reactancia y valores de R5 (resistencia a 5 Hz), R5-R20 (cambio de resistencia 5 a 20 Hz) y AX (área de reactancia) a volumen corriente para la valoración de obstrucción de vía aérea pequeña. Se analizó la presencia de síntomas en el momento de la oscilometría, así como medición de fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) en todos los casos.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 gestantes con los criterios seleccionados.

La mayoría entre las 25 y las 40 semanas de gestación (mediana 34,5 s). La edad media fue de 35,2 años (23 - 43), en un 37,5% presentaban asma persistente leve, 55% asma moderada y 7,5% asmáticas graves. Los valores medios de FeNO fueron de 27 ppb (5 - 97 ppb). Se objetivó en 22 casos (55% de las gestantes) valores anormales de R5-R20 (z-score >1,64) compatibles con obstrucción de vía aérea pequeña (VAP), e incremento de AX en el 37% de los casos. En 18 casos, (81%) la presencia de obstrucción de la VAP y la correlación clínica determinó cambio en el abordaje terapéutico de las gestantes.

Conclusiones: En más de la mitad de las gestantes en seguimiento para control del asma durante el embarazo y con contraindicación para la realización de espirometría forzada, se objetivó aumento de resistencia de la vía aérea pequeña. La oscilometría podría ser de utilidad como prueba complementaria en el estudio de función pulmonar en pacientes con contraindicación para la realización de una espirometría forzada.

ANÁLISIS DE DOSIS DE GLUCOCORTICOIDES INHALADOS EN ASMA GRAVE DURANTE EL EMBARAZO. INFLUENCIA EN PARÁMETROS DE BIOMETRÍA FETAL

A. León Lloreda (1), B. Muñoz Sánchez (1), M.A. Romero Falcón (1), J. Díez Sierra (2), M. Ferrer Galván (1), J.F. Medina Gallardo (1), F.J. Alvarez Gutiérrez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: El uso de glucocorticoides inhalados (GCI) durante el embarazo es generalmente seguro y los riesgos asociados a su subdosificación o a la falta de adherencia a su prescripción son mayores que los daños potenciales de su uso para la madre y el feto.

El objetivo es evaluar la relación de dosis de GCI, para conseguir el control del asma grave durante el embarazo, con parámetros de biometría fetal, determinados por diámetro biparietal (DBP), circunferencia abdominal (CA) y longitud del fémur (LF) medidos por ecografías obstétricas.

Metodología: Se incluyeron embarazadas con asma grave, en seguimiento durante la gestación y el puerperio en una consulta monográfica de asma y embarazo. Se analizaron la dosis de GCI recibidos durante el embarazo para conseguir el control de la enfermedad, medidos por parámetros clínicos, funcionales e inflamatorios en cada uno de los trimestres y tras el parto.

Se analizaron las dosis recibidas de budesónida, dipropionato de beclometasona y propionato de fluticasona inhalada a lo largo del embarazo que permitieron un buen control y sin precisar dosis adicionales de glucocorticoides orales. Se relacionaron las dosis de los diferentes GCI con parámetros de biometría fetal medidos por ecografías obstétricas mediante modelo de regresión simple y análisis con software R.

Resultados: Se analizaron un total de 40 gestantes con asma grave con una edad media de $32,2 \pm 5,8$ años, en su mayoría con antecedentes de atopia. Valores de función pulmonar pregestacional con una media de FEV1/FVC del 67% (52 - 89) y FEV1 de 82% (54 - 112). Las dosis medias de GCI recibidos durante la gestación fueron: budesonida 770 $\mu\text{g/d}$ (500 - 1.500), dipropionato de beclometasona 1.540 $\mu\text{g/d}$ (1.188 - 2.000) y propionato de fluticasona 1.136 $\mu\text{g/d}$ (500 - 1.500). Se relacionó las dosis de GCI recibidas y los parámetros de biometría fetal, según se muestran en la [figura 1](#). No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las dosis recibidas y los parámetros de biometría fetal, demostrado por coeficiente de correlación cercano a 0 en todos los casos con p valor asociado por encima de valores estadísticos aceptables, a excepción de la relación de la dosis de beclometasona y CA (R:-0,36 y p = 0,03) pero sin influencia en LF y DBP en esos mismos fetos.

Conclusiones: Los GC inhalados necesarios para alcanzar el control en una muestra de mujeres con asma grave durante el embarazo, no influyó en general en parámetros de biometría fetal analizados por ecografía obstétrica.

CAUSAS DE FALLECIMIENTO EN TODOS LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE EN NUESTRA ÁREA SANITARIA HACE MÁS DE 10 AÑOS

B. Muñoz Sánchez (1), J. Díez Sierra (2), A. León Lloreda (1), J.F. Medina Gallardo (1), M.A. Romero Falcón (1), M. Ferrer Galván (1), F.J. Alvarez Gutiérrez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: En diversos estudios se ha indicado como la causa de muerte más frecuente en pacientes con asma podría ser la patología cardiovascular aunque no existe unanimidad en esta conclusión. Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar la causa de muerte en los pacientes diagnosticados de asma grave en nuestra área sanitaria, tras más de 10 años de evolución.

Metodología: Incluimos en el análisis a todos los pacientes diagnosticados de asma bronquial grave de nuestra área sanitaria, estudiados desde abril del año 2008 a julio del 2013, cuyas historias fueron revisadas en el mes de noviembre del 2023 (al menos 10 años después). Se incluyeron datos demográficos, grado de control, atopia, función respiratoria, comorbilidades, marcadores de inflamación (FENO, Eosinofilia), tratamientos realizados. En caso de fallecimiento fue recogida la causa fundamental de muerte recogida en las historias clínicas. Se aplicó chi cuadrado para análisis de variables cualitativas y t student para evaluar diferencia de medias.

Resultados: Fueron estudiados un total de 225 pacientes, 66,2% mujeres, edad media 52,4 (16,9), atopia 58,7%. FEV1 71,25% (22,3). En más de 10 años de seguimiento fallecieron un total de 17 pacientes del total (7,5%). Las causas de muerte fueron: Neoplasias 7 casos (41,7%), Patología Cardiovascular 4 casos (23,5%), Infecciones 4 casos (23,5%), Insuficiencia Respiratoria en ACO 1 caso, y 1 caso fallecido por exacerbación de asma. Los pacientes fallecidos presentaron significativamente mayor edad (67,6 años vs 51,8, $p < 0,001$), aunque no encontramos diferencias en función pulmonar, eosinófilos en sangre, atopia, FENO ni comorbilidades relacionadas con el asma.

Conclusiones: En pacientes diagnosticados de asma grave la causa más frecuente de muerte fue la patología neoplásica, seguida por la cardiovascular. Falleció sólo 1 paciente por crisis de asma. Los pacientes fallecidos eran significativamente mayores, y con comienzo del asma más tardío, pero no encontramos diferencias en función pulmonar, atopia o marcadores inflamatorios.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: PERFIL DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL PUERTO REAL

L. Asencio Monteagudo, F. L. Gil Muñoz, A. Cabeza Serrano, A. Ortiz Bermúdez, G.J. González Mendoza, D. Del Castillo Otero, C. Maza Ortega, A. Vargas Puerto, M.P. Lobato de la Sierra, S. Pimentel Viséu.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) presenta una prevalencia importante y está infradiagnosticada. Está asociada a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedad cardiovascular (ECV). El objetivo es conocer el perfil de factores externos favorecedores (FEF), FRCV y ECV en hombres y mujeres según el grado de índice de apneas/hipopneas (IAH) de las poligrafías realizadas (PG).

Metodología: Estudio descriptivo-retrospectivo PG realizadas entre Ene/20 y Sep/23. Se clasificó a los pacientes en función del IAH (no AOS; AOS ligero/moderado/grave/muy grave) diferenciando entre hombres y mujeres. De ellos se analizaron los FEF (tabaco, alcohol y BZD), FRCV (IMC, HTA, Dislipemia y DM) y la ECV (CI, arritmias, IC e ictus).

Resultados: Se realizaron 1718 PG (67,4% en hombres y 32,6% en mujeres). La prevalencia más frecuente de IAH fue AOS ligero 30,1%, no AOS 25%, AOS moderado 21%, graves 13,8% y muy graves 9,9%, con predominio masculino en todos los niveles.

El uso de BZD fue más frecuente en AOS moderada. El tabaquismo fue más frecuente en hombres que en mujeres, el mayor consumo se dio en AOS muy grave hombres (19,9%). El uso de alcohol en cena es mayor en hombres con AOS muy grave (9,9%), en el grupo de mujeres el consumo se comporta inversamente proporcional al grado de IAH.

La obesidad estaba presente en más del 50% en todos los grados de AOS, siendo directamente proporcional al grado de IAH. En relación con la HTA, DLP y DM, los porcentajes en el grupo hombre aumentan proporcionalmente al grado de gravedad de la enfermedad. Sin embargo, en el grupo mujer, estos valores se comportan inversamente proporcional a medida que aumenta el IAH del AOS.

Respecto a la ECV la más asociada con la AOS fue la arritmia. Se presentó en las mujeres con más frecuencia en AOS ligero (9,2%) mientras que en los hombres fue en AOS grave (18%). La segunda ECV más prevalente fue el ictus, siendo más frecuente en mujeres con AOS ligero (4%) y en hombres con AOS moderado (5,26%).

Conclusiones: Prácticamente el 55% no presentaban una AOS en grado relevante. Se realizan poligrafía a todos dado el alto infradiagnóstico o mejor cribado de solicitud de poligrafías.

Entre los factores externos favorecedores el más frecuente es el uso de BZD (con más % en AOS moderado) seguido de tabaquismo.

La obesidad es el FRCV más frecuente, está presente en >50% de todos los grados de AOS y es directamente proporcional al grado de IAH.

La ECV más asociada a AOS fue la arritmia, no siendo directamente proporcional al grado de IAH.

ADHERENCIA EN VIDA REAL A CPAP EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN

M. Fernández Granja (1), F.J. Ruiz López (1), J. López Martínez (1), E. Martínez Orenes (1), L. Fernández Mula (1), E. Solana Martínez (1), S.Y. Ruiz Martínez (2), H.L. Buchelli Ramírez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Servicio de Neumología, Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

Introducción: La CPAP es el tratamiento más eficiente en la apnea obstructiva del sueño (AOS), sin embargo, la baja adherencia al tratamiento reduce sus efectos beneficiosos. Se estima que la falta de adherencia a la CPAP oscila entre un 30 - 80%. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la implantación de un programa de telemonitorización al inicio de la terapia y su repercusión en el primer año de tratamiento.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte de 718 pacientes con AOS que iniciaron CPAP y que entraron en el protocolo de adherencia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogieron solo los pacientes que siguieron con CPAP al menos 6 meses o que abandonaron la misma en esos 6 primeros meses o al año, un total de 511 pacientes. Programa de telemonitorización: modo autoCPAP durante 7 días; si en 48 horas bajaba adherencia se realizaba intervención telefónica; posteriormente se calculaba p90 y se programaba ZStart 21 días; revisión al mes y 3 meses por técnico y a los 9 meses por facultativo. Se evaluaba la adherencia (uso de CPAP ≥ 4 horas al menos un 70% de las noches) a los 7 y 28 días y a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Muestra de 511 pacientes, la media de horas de uso a los 7 días fue 4,44. No hubieron diferencias significativas ($p = 0,1051$) en el tiempo de uso de CPAP durante un año de seguimiento. Respecto a la adherencia, a los 7 días, 374 pacientes (73,19%) cumplían; a los 30 días 384 (75,15%); a los 6 meses 327 (69,87%) y al año 233 (79,79%). Además, 43 pacientes (8,41%) abandonaron la terapia a los 6 meses mientras que solo 2 pacientes más abandonaron en los siguientes 6 meses. La adherencia en los primeros 7 días se correlaciona con la adherencia en los primeros 28 días ($n = 511$, $\chi^2 284,18$; $p < 0,01$). La adherencia en los primeros 28 días se asocia con la adherencia en los primeros 6 meses ($n = 468$, $\chi^2 28,90$; $p < 0,01$) y con la adherencia al año ($n = 292$, $\chi^2 4,50$; $p < 0,05$). No obstante, la adherencia a los 7 días no se asocia con la adherencia al año ($n = 292$, $\chi^2 2,05$; $p = 0,15$).

Respecto a los que abandonaron la terapia, el 84,44% no tenían adherencia a los 7 días, el 77,78% no lo estuvieron a los 28 días y el 95,56% abandonaron en los primeros 6 meses de terapia.

Conclusiones: Un ambiente de apoyo y controlado como el programa de telemonitorización puede mejorar la adherencia de los pacientes que precisan terapia con CPAP, ya que las tasas de adherencia conseguidas en nuestra cohorte son similares o incluso superiores a otros estudios en vida real.

UTILIDAD DE LA TELECONSULTA COMO NUEVA FORMA ASISTENCIAL

J.M. Sanchez Alvarez (1), M. Martos Maldonado (1), A. López León (1), D. Fole Vázquez (1), B.M. Navas Bueno (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería, (2) Servicio de Neumología, Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Granada.

Introducción: La Teleconsulta surge a finales del año 2021, es una plataforma de medicina telemática para la gestión de interconsultas entre profesionales de atención primaria y atención especializada. Se establecen unos criterios de inclusión y exclusión para la derivación de pacientes según consenso entre profesionales de ambos ámbitos.

El objetivo es valorar la utilidad, eficacia y resolución de la teleconsulta en la derivación de pacientes desde atención primaria a Neumología.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las teleconsultas realizadas en el Hospital Universitario de Torrecárdenas y el Hospital Santa Ana entre octubre de 2021 y octubre de 2023. Se han recogido variables epidemiológicas y clínicas derivados de la historia clínica digitalizada.

Resultado: Entre octubre de 2021 y octubre de 2023, el Hospital Santa Ana, atendió un total de 1688 consultas vía telemática procedentes de 81 centros de salud, con un tiempo medio de respuesta de 20 días, mientras que el Hospital Universitario de Torrecárdenas, recibió un total de 245 consultas vía telemática procedentes de 21 centros de salud, dando un tiempo medio de respuesta de 5 días. En la [figura 1](#) y [figura 2](#) se exponen los resultados según patologías y resolución de la teleconsulta.

Conclusiones: -El tiempo medio de respuesta en el Hospital Torrecárdenas fue de 5 días, dato inferior a la media que existen en Andalucía, lo cual es una respuesta pronta a Atención primaria.

-En ambos hospitales, aproximadamente el 30% de pacientes derivados vía telemática son dados de alta de manera directa, evitando citación de pacientes innecesariamente, traslados de los pacientes y reduciendo lista de espera de cita presencial.

-En ambos hospitales entorno al 60% de los pacientes requirieron consulta presencial, lo cual puede tener relación con que la patología más frecuentemente derivada sea el AOS, (40% del total en ambos centros), lo cual requiere para su diagnóstico la realización de poligrafía o polisomnografía.

VALORACIÓN DE LA CARGA HIPÓXICA COMO INDICADOR DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

J. Romero López (1) S. González Gutiérrez (1), J. Hilaes Vera (1), A.B. Rodríguez Gómez (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Delegada Asistencial Sapio Life S.A.U. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Las medidas diagnósticas y de cuantificación de gravedad de la apnea obstructiva del sueño (AOS) tienen limitaciones. Por ello están desarrollándose medidas alternativas que estratifiquen con mayor precisión la AOS. La carga hipóxica aparece como un parámetro prometedor en la identificación de pacientes con alto riesgo de AOS y predictor del riesgo asociado a mortalidad por enfermedad cardiovascular. Pretende captar la cantidad total de hipoxemia relacionada con el evento respiratorio durante el sueño, midiendo la frecuencia, duración y profundidad de las desaturaciones de oxígeno secundarias a la AOS.

El objetivo es valorar la utilidad de la carga hipóxica como indicador diagnóstico de AOS.

Metodología: Mediante un estudio transversal y descriptivo hemos analizado a los pacientes diagnosticados de AOS en la consulta de sueño de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en el año 2023, mediante poligrafía respiratoria domiciliar con polígrafos que presentaban el software Sleepware G3 que registra la carga hipóxica. Posteriormente se ha relacionado la carga hipóxica con los indicadores diagnósticos validados para la AOS usando la correlación Rho de Spearman.

Resultados: Se han analizado 83 pacientes que cumplían los criterios de inclusión mencionados previamente. De ellos, el 55,4% (46) eran varones con una edad media de 53 años, siendo el 34,9% (29) fumadores activos. Entre sus principales comorbilidades destacaban la obesidad con un 49,4% (41), HTA 48,2% (40), DLP 24,1% (20), DM2 8,4% (7) y cardiopatía isquémica 1,2% (1). La puntuación media en la escala de Epworth fue de 11,3.

Respecto al estudio diagnóstico: el IAH medio fue de 33,6/h, con un CT 90 medio de 13,3%, un ID3% de 30,6 y una carga hipóxica media de 85,06% min/h.

Tras relacionar la carga hipóxica con los marcadores validados de AOS, hemos evidenciado una correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,05\%$) con todos ellos, destacando una mayor fortaleza con el IAH (0,89) e ID3 (0,88) y menor con el CT90% (0,55).

Conclusiones: En nuestra cohorte existe una correlación positiva elevada (0,89 y 0,88) estadísticamente significativa entre la carga hipóxica y el IAH e ID3, siendo esta correlación más modesta con el CT90; datos similares al de otras cohortes descritas en la literatura.

La carga hipóxica proporciona información adicional en la estratificación de la AOS, al aunar frecuencia, duración y profundidad de la hipoxemia intermitente relacionado con la AOS, aunque son necesarios más estudios para evaluar mejor su utilidad.

SOSPECHA CLÍNICA Y PREVALENCIA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

S. González Gutiérrez, J. Romero López, J. Hilaes Vera, R. Del Pozo Rivas.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial fibrótica progresiva más frecuente y letal. Su tratamiento va dirigido a retrasar la progresión de la enfermedad y controlar la sintomatología generada por sus comorbilidades. Entre ellas se encuentra la apnea obstructiva del sueño (AOS), cuya prevalencia en pacientes con FPI es elevada, aunque su presentación clínica difiere, siendo menor en términos de sintomatología.

El objetivo es determinar la presentación clínica y prevalencia de AOS en pacientes diagnosticados de FPI en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Metodología: Mediante un estudio transversal y descriptivo hemos incluido a los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en seguimiento en las consultas de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en el año 2023. Se recogieron sus principales comorbilidades, se les realizó una consulta orientada a descartar AOS y un estudio diagnóstico mediante poligrafía respiratoria domiciliaria, analizándose e interpretándose sus resultados.

Resultados: Se han reclutado 15 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión mencionados. El 93,3% eran varones exfumadores con una edad media de 66 años. La saturación basal de oxígeno media fue del 96%, con una FVC media del 80% y DLCO media del 57%. El IMC medio fue de 30, destacando la DLP y RGE en un 46,7%, 40% de HTA, 33,3% de DM2, 26,7% de coronariopatía, 13,3% de arritmia, 6,7% AVC y 13,3% eran AOS diagnosticados previo al estudio.

El 73,3% eran roncadores, 26,7% con evidencias de apneas y 20% despertares asfícticos. El 60% presentaba un sueño no reparador, asociando nicturia el 33,3% y cefalea matutina el 6,7%. La puntuación media en la escala de Epworth fue de 8 puntos.

Tras la realización de la poligrafía respiratoria domiciliaria el IAH medio fue de 21, con una SaO₂ media del 92% y un CT 90 medio del 25%, presentando el 60% un CT90 >10%. Tras analizar los criterios de gravedad, en el 20% se descartó AOS, presentando un 40% AOS leve, un 33,3% AOS moderado y un 6,7% AOS grave. Se inició tratamiento con CPAP en el 46,7%.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con FPI se confirma una alta prevalencia de AOS (80%) con importante alteración de la oximetría nocturna (CT 90% >10% en el 60%) a pesar de una sospecha pre-test baja en base a sintomatología; resultados similares a los descritos en la literatura.

Podría ser recomendable el despistaje de forma sistemática de AOS en pacientes con FPI aunque se necesitan estudios confirmatorios con un mayor tamaño muestral.

FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA A CPAP EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE APNEA OBTURATIVA DEL SUEÑO EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

A. Rodríguez Cabrera, I. Pacheco Carrillo, J. Romero López, J.I. Hilares Vera.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es considerada como una enfermedad infradiagnosticada entre las mujeres. Sus manifestaciones atípicas dificultan la sospecha clínica y el manejo terapéutico. Estudios previos relacionan la obesidad con una mejor adherencia a CPAP en varones, pero en mujeres hay poca literatura sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento.

El objetivo del estudio fue identificar variables que puedan condicionar un buen o mal cumplimiento al tratamiento con CPAP en mujeres diagnosticadas de AOS.

Metodología: Estudio descriptivo que incluye a 128 mujeres diagnosticadas de AOS con seguimiento en la Unidad de Sueño del Hospital Juan Ramón Jiménez, divididas en cumplidoras (>4h/día) y no cumplidoras.

Resultados: La edad media fue similar en ambos grupos (59 ± 11,4 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (78,1%), hipertensión (62,5%), y el síndrome ansioso-depresivo (39,8%). La clínica predominante fueron los ronquidos (86,7%), la apnea (67,2%), y la astenia (53,1%). En el estudio poligráfico se obtuvo un índice de Epworth medio de 11,7 (DS 5,15), un IAH medio de 41,05 (DS 24) y un CT 90% de 22,25 (DS 27,73). Entre los efectos adversos del uso de CPAP, predominaron la fuga aérea (11,7%), y la sequedad de mucosas (10,2%).

En el análisis multivariante no se encontró ninguna variable que condicionara un buen o mal cumplimiento a la CPAP con significación estadística suficiente salvo el hipotiroidismo, que fue más prevalente en el grupo de no cumplidoras (30,5% frente al 15,2% en cumplidoras, $p < 0,03$), pudiéndose relacionar dicha comorbilidad con una peor adherencia al tratamiento. Se objetivó una asociación significativa entre el cumplimiento y la presión de CPAP ($p < 0,003$), presentando una correlación inversa ($CR = -0,267$).

Conclusiones: No se ha observado ninguna variable relacionada con la clínica ni con el estudio diagnóstico que ayude a predecir la adherencia a CPAP en mujeres con AOS.

El hipotiroidismo se asocia a una peor adherencia al tratamiento.

Existe una correlación inversa entre la presión de CPAP y el cumplimiento del tratamiento.

INFLUENCIA DE LA TELEMONTORIZACIÓN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

A. Rodríguez Cabrera, I. Pacheco Carrillo, J. Romero López, J.I. Hilaes Vera.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es una patología crónica y prevalente, cuyo tratamiento de elección es la presión continua en la vía aérea (CPAP). La eficacia de la CPAP depende del grado de cumplimiento, siendo la mala adherencia un problema frecuente de esta enfermedad. La telemonitorización podría ser una herramienta útil para detectar de manera precoz pacientes no cumplidores, permitiéndonos actuar sobre ellos y mejorar así la adherencia al tratamiento.

El objetivo del estudio es analizar las diferencias en la adherencia al tratamiento a corto plazo entre los pacientes incluidos en un programa de telemonitorización y los pacientes en seguimiento convencional.

Metodología: Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado, en el que se incluyeron a pacientes diagnosticados de AOS grave en la Unidad de Sueño del Hospital Juan Ramón Jiménez, con indicación de CPAP, que fueron aleatorizados en dos grupos: seguimiento convencional frente a seguimiento mediante telemonitorización. Se recogieron variables descriptivas basales en ambos grupos, características de estudio diagnóstico, y uso medio de CPAP (horas/día) a los tres meses de inicio de tratamiento. Se realizó el análisis mediante el test Chi-Cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes con AOS grave, de los cuales 18 (47,4%) realizaron seguimiento convencional y 20 (52,6%) seguimiento mediante telemonitorización. No hubo diferencias significativas en la edad, sexo, comorbilidades de los pacientes ni en las variables del estudio de sueño entre ambos grupos (se adjuntan tablas). A los tres meses de inicio de tratamiento, el uso medio de CPAP en pacientes telemonitorizados fue de $5,31 \pm 2,23$ h/día, frente a $5,08 \pm 2,95$ h/día en el brazo estándar. El 80% de los pacientes telemonitorizados se consideraron cumplidores (uso medio >4 h/día), frente al 66,7% de los pacientes en seguimiento convencional, sin observarse diferencias significativas entre ambos ($p = 0,468$). Tres pacientes (15%) del grupo de seguimiento estándar abandonaron el tratamiento, mientras que en el grupo de telemonitorización solo uno (6,25%) abandonó la terapia.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes telemonitorizados tuvieron una mayor adherencia al tratamiento a corto plazo y una menor tasa de abandono del mismo, si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se necesitan estudios de mayor tamaño muestral que avalen estos resultados.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ADHERENCIA A CPAP EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

J. Vázquez Domínguez (1), A.M. Martín Almagro (2), A. Macías López (2), A. Vera Pila (1), C. González Pérez (2), F. Campos Rodríguez (1).

(1) Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, (2) Vivisol, Industria Farmacéutica, Personal de Laboratorio.

Introducción: La presión positiva continua (CPAP) es el tratamiento de elección en la apnea obstructiva del sueño (AOS), pero la adherencia a esta terapia es subóptimo. El objetivo de este trabajo es analizar si una intervención psicológica puede mejorar el cumplimiento de CPAP.

Metodología: Estudio unicéntrico, prospectivo y cuasiexperimental de grupos paralelos. Se incluyeron todos los pacientes entre 18 - 80 años diagnosticados de AOS con indicación de CPAP entre Febrero-Junio 2022. Los pacientes se asignaron al grupo de intervención (CPAP + apoyo psicológico durante el seguimiento) o grupo control (sólo CPAP) de forma consecutiva tras la indicación de CPAP y disponibilidad de agenda en las escuelas de CPAP, sin participación de los investigadores.

El objetivo principal fue la adherencia a CPAP tras 90 días de seguimiento, analizada tanto como variable continua (horas/día) como categórica (>3 horas/día). Como objetivo secundario se analizaron los cambios intergrupos en otras variables de interés clínico como la motivación para uso de CPAP, calidad de vida (Escala Analógica visual), somnolencia diurna (Epworth) y estado de ánimo (escala HAD de ansiedad y depresión).

Resultados: Se incluyeron 219 pacientes (grupo intervención 107, grupo control 112), con 147 (67,1%) hombres, y media (DS) de edad 52 (11) años, IAH 38 (23), IMC 32 (7), Epworth 12 (5,5), y presión CPAP 8,1 (1,0). No existieron diferencias en las características basales entre ambos grupos.

No existieron diferencias en la adherencia considerada como variable continua entre el grupo intervención y control [$4,5 \pm 2,1$ h/d vs. $4,1 \pm 2,1$ h/d; $p = 0,11$). Sin embargo, el grupo intervención sí alcanzó una proporción de pacientes significativamente superior con adherencia >3 h/d, respecto al grupo control [$86/107$ (80,3%) vs $77/112$ (68,7%), $p = 0,049$]. En el análisis multivariado, las variables asociadas de forma independiente a una adherencia

En cuanto al objetivo secundario, no hubo diferencias en los cambios de los diferentes test realizados entre ambos grupos.

Conclusiones: En pacientes con AOS, una intervención psicológica durante los 3 primeros meses puede mejorar el nivel de adherencia a CPAP, pero no afecta a la calidad de vida, estado de ánimo o somnolencia.

EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON UN HOLTER-POLÍGRAFO EN NUESTRA ÁREA

S. Sánchez Martín, B. Gómez Rodríguez, L. Piñel Rodríguez, J.L. Velasco Jiménez.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es considerado un potencial factor de riesgo y peor pronóstico para la enfermedad cardiovascular. Ante el aumento de prevalencia comenzamos a utilizar un dispositivo que permitía realizar las pruebas de holter y poligrafía en una sola sesión.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo donde se analizaron los motivos que llevaron a la indicación de la prueba, comorbilidades y clínica de los pacientes, índice de apneas y fallos en la realización de los estudios realizados durante el 2023 en nuestro centro.

Resultados: Fueron un total de 97 pacientes, con una edad media de 59 años, de los cuales 31% eran mujeres. Un 83% eran derivados para realización de screening por sus factores de riesgo, de entre estos 13,4% manifestaron expresamente ser roncoadores y 9% apneas observadas. La puntuación media del cuestionario Epworth fue de 5,53. 24,7% eran fumadores, 24,7% exfumadores y 50,5% nunca habían fumado. 49,5% presentaban HTA, 13,4% eran diabéticos y 35% presentaban dislipemia. El IMC medio fue de 29. 87% presentaban arritmias, 17% insuficiencia cardíaca, 13% valvulopatías y 6% cardiopatía isquémica. Respecto a los resultados del estudio 15 fueron negativos, 25 presentaron un IAH leve, 36 moderado y 19 grave. 2 pacientes estaban pendientes de repetir estudio. En total 80 presentaron un estudio patológico.

La media de apneas obstructivas fue 44, centrales 6,6, mixtas 1,8 e hipoapneas 74. El Ct 90% medio fue de 11,2%. Se repitió el estudio en 8 casos, 7 por fallo de alguno de los canales del registro y 1 porque el paciente no durmió esa noche.

Posteriormente se analizó el grado de adaptación a la CPAP. De los 28 que la habían iniciado 20 (71%) presentaban buena adaptación a la CPAP, 4 (14%) regular cumplimiento con problemas de adaptación y 4 (14%) refirieron mala adaptación y no estar utilizando el dispositivo.

Conclusiones: Entre los pacientes con cardiopatía existe una importante prevalencia de AOS cuyo tratamiento y control es importante sobre todo en las arritmias. Dado el elevado porcentaje de pacientes con cardiopatía que presenta un resultado positivo a pesar de un epworth bajo consideramos que un estudio de screening estaría justificado en este perfil de pacientes de riesgo. El dispositivo que combina holter y poligrafía, presenta un porcentaje bajo de fallos y repeticiones, muestra por tanto su utilidad en el diagnóstico de AOS. En nuestra serie un alto porcentaje de los pacientes (71%) presentan una buena adaptación al tratamiento con CPAP.

DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE APNEA DEL SUEÑO MEDIANTE POLIGRAFÍA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J.A. Delgado Torralbo, J. Diez Sierra, C. Romero Muñoz.

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Un problema recurrente, creciente y con dificultad para la gestión de recursos, es la demora en la realización y en la lectura de los estudios de sueño.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de serie de casos a los que se le realizó una poligrafía domiciliaria por sospecha de apnea del sueño. Se determinó como variable principal el tiempo de demora, tanto en la realización del estudio como en la lectura; y como variables secundarias epidemiológicas básicas y la concordancia entre el riesgo pretest y resultado, con el objetivo de priorizar las pruebas.

Resultados: Se analizaron 325 pruebas que fueron realizadas en 3 meses. 49,12% varones, edad $54,75 \pm 13,87$, IMC $31,96 \pm 8,82$, IAH $27,83 \pm 19,05$. El tiempo medio de demora desde la solicitud hasta la realización del estudio fue $225 \pm 200,65$ días y hasta su lectura fue $60,53 \pm 55,7$. Si se tiene en cuenta la apnea grave, el primero sería $344,36 \pm 161,73$, mientras que el segundo es $30,87 \pm 39,78$, con diferencias estadísticamente significativas respecto al resto ($p < 0,001$).

El valor de concordancia entre la valoración pretest de sospecha de apnea grave y la prioridad urgente de la prueba es moderada-alta (índice Kappa = 0,67 $p < 0,001$). Respecto a la sospecha baja pretest y apnea leve el grado de concordancia es sensiblemente más inferior ($K = 0,57$ $p < 0,001$).

Conclusiones: • El tiempo de demora en la realización de estudios de sueño simplificados es extraordinariamente elevado.

- Dada la alta prevalencia de la enfermedad y la creciente necesidad de diagnóstico y tratamiento, se hacen necesarias medidas de optimización de recursos, usando las probabilidades pretest como estrategias de priorización.

- Sería necesario trasladar este organigrama a las empresas suministradoras de terapias respiratorias como parte integrante de la cadena de trabajo.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL INSOMNIO Y LAS AGUDIZACIONES EN PACIENTES CON EPOC?

A. Aís Daza, R. De Andrés David, S. Gutiérrez Hernández, A. Carmona González, A. Arnedillo Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los trastornos del sueño son muy prevalentes entre la población general, entre los que destaca el insomnio, definido como la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño y/o tener un despertar precoz, siendo anormalmente elevados entre los pacientes con EPOC.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la presencia de insomnio y la existencia de agudizaciones en pacientes con EPOC, así como su relación con la ansiedad y la depresión.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal de pacientes diagnosticados de EPOC, en seguimiento en consulta general de Neumología. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, tratamiento, número de agudizaciones e ingresos hospitalarios en el año previo y puntuación de los cuestionarios Epworth, ISI, CAT y HADS.

Resultados: Se recogieron un total de 80 pacientes (59 varones y 21 mujeres), con una edad media de 70 ± 8 años. De ellos, 20 eran fumadores activos y 59 exfumadores, con un IPA medio de 58 ± 24 . Treinta pacientes eran EPOC GOLD A, 26 GOLD B y 24 GOLD E, con una FEV1 media de $1.326,38 \text{ ml} \pm 826,82 \text{ ml}$, estando la mayoría de ellos con triple terapia.

El número medio de agudizaciones en el año previo fue de 0,50 en los pacientes con insomnio, 0,76 en pacientes con insomnio moderado-grave y 0,65 en los que no tenían insomnio.

Por otro lado, el número medio de agudizaciones en el año previo fue de 0,48 en los pacientes con ansiedad según el HADS, 1 en pacientes con ansiedad moderada-grave y 1 en los que no tenían ansiedad.

Asimismo, el número medio de agudizaciones en el año previo fue de 0,56 en los pacientes con depresión en el HADS, 0,53 en pacientes con depresión moderada-grave y 0,63 en los que no tenían depresión.

Se observó que los pacientes con insomnio moderado-grave tienen una mayor tendencia a presentar alguna agudización que aquellos sin insomnio o con insomnio subclínico (57,1% vs 33,9%, $p = 0,055$), sin llegar a ser significativo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la función pulmonar, la puntuación del CAT o la presencia de comorbilidades entre los pacientes que presentan insomnio, ansiedad o depresión y los que no.

Conclusiones: Los pacientes con insomnio moderado o grave tienen una mayor tendencia a agudizar que los pacientes que no lo tienen. No se encontró relación entre la presencia de ansiedad y/o depresión y las agudizaciones de la EPOC.

EPOC Y MORTALIDAD EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

C. Amezcua Sánchez (1), M.M. Ignacio Expósito (1), L. Asencio Monteagudo (2), V. Almadana Pacheco (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La EPOC es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Entre las principales causas de mortalidad de estos pacientes se encuentran el cáncer de pulmón, la enfermedad cardiovascular y la insuficiencia respiratoria.

El objetivo es conocer la mortalidad y factores relacionados de una cohorte de pacientes EPOC ambulatorios en seguimiento en consulta monográfica de rehabilitación respiratoria.

Metodología: Estudio analítico observacional retrospectivo de una cohorte de 744 pacientes EPOC diagnosticados según criterios de GOLD 2023 en seguimiento en una consulta monográfica del hospital Virgen Macarena desde 2012 hasta el 31 de octubre de 2023.

Resultados: Se han analizado 774 pacientes, siendo el 84,1% varones con una edad media de 64 años. En relación a la EPOC, el 33,8% presentaban un grado severo, perteneciendo el 45,9 % de la muestra al grupo E. En relación a las comorbilidades destaca una puntuación media de Charlson de 3 puntos y una elevada prevalencia de tumores (25%). Las comorbilidades se muestran en la [Tabla 1](#).

La mortalidad de la muestra fue de un 26,9%. En cuanto al sexo falleció un 13% de las mujeres con respecto a un 29,3% de los hombres. Entre las causas más frecuentes destacan: EPOC en fase terminal (21,9%), síndrome de exacerbación de EPOC (18,7%), cáncer de pulmón (16,0%).

Se analizaron las diferencias entre vivos y muertos en cuanto a variables epidemiológicas, clínicas, función pulmonar y comorbilidades encontrando que el sexo masculino, el antecedente previo de cáncer o el desarrollo del mismo durante el seguimiento, antecedente de cardiopatía isquémica y el mayor grado de obstrucción al inicio del seguimiento fueron determinantes de la mortalidad en nuestros pacientes.

Conclusiones: - La mortalidad de nuestra serie es considerable.

- La tasa de mortalidad se mostró aumentada entre los varones, fumadores con alto índice de paquetes año, enfermedad avanzada, con antecedentes de cardiopatía isquémica y tumor sólido.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON GENOTIPO MZ Y SU PREVALENCIA EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE DAAT (DAAT)

M.G. Hurtado Gañán, M.M. Ignacio Expósito, C. Barea Jiménez, V. Almadana Pacheco.

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es el trastorno hereditario más común entre los adultos, pudiendo producir enfermedad pulmonar y hepática. Hay controversias respecto a la afectación en los pacientes heterocigotos PI MZ, sugiriéndose relación solo en pacientes fumadores.

El objetivo es estimar la prevalencia y definir características funcionales y radiológicas de pacientes con genotipo MZ en la consulta monográfica de DAAT.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que acudieron a consulta monográfica HUVM de DAAT entre 2019-2023.

Resultados: Muestra formada por 186 pacientes valorados en la consulta DAAT (56% estudiados por DAAT, 44% por estudio familiar), con una prevalencia de un 24,32% de pacientes heterocigotos MZ. Dentro de aquellos con DAAT (64% del total), el subgrupo de MZ fue del 37,81%. Se adjunta la distribución en la [tabla 1](#).

Dentro de los pacientes con genotipo MZ (n = 45), el 69,8% de los pacientes eran mujeres, la edad media fue de 49 ± 17 años. IMC medio de $27,3 \text{ kg/m}^2 \pm 3,91$. Nivel medio de AAT fue de $82,3 \pm 12,9$ mg/dL proteína C reactiva $1,8 \pm 1,8$ mg/Dl. Un 60% de la muestra eran fumadores con un índice de paquetes año medio de 26 ± 20 paquetes/año. Charlson medio 1 punto. Hepatopatía en un 8,1%, todos con afectación leve.

Reunían criterios espirométricos de EPOC el 17,8% de los pacientes, siendo leve 12,5%, moderado 62,5%, grave 12,5% y severo 12,5%. Según la clasificación GOLD, grado A 50%, B 25%, E 25%.

Las características funcionales fueron FEV1 medio 2.945 ± 1.244 cc (90%), FVC 3.925 ± 1.336 cc (98%), DLCO $73 \pm 23\%$, KCO $81 \pm 19\%$, recorrido medio en el test de los 6 minutos de 456 ± 128 m.

Se realizó TAC de tórax a 29 de los pacientes que mostraban alguna alteración funcional respiratoria, encontrando enfisema en el 24,1%.

Los pacientes no fumadores (13) no presentaban alteraciones funcionales ni enfisema en TAC de tórax. El 25% (8/32) de los pacientes fumadores o exfumadores (edad media de 64 años) presentaba alteraciones funcionales o radiológicas.

Conclusiones: Prevalencia MZ mayor en la consulta que en la población general, por tanto la búsqueda activa de estos pacientes es una estrategia útil para mejorar el infradiagnóstico.

Prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en nuestros pacientes mayor a la población general, con predominio de afectación moderada. Cifra similar a otras cohortes de pacientes con DAAT.

Una fracción notable de pacientes presenta afectación pulmonar radiológica o funcional, pero no podemos establecer relación causal con DAAT, al tener más de 35 años.

DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (DAAT): ANÁLISIS DEL CRIBADO FAMILIAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

M.G. Hurtado Gañán, M.M. Ignacio Expósito, M. Baena Bustos, V. Almadana Pacheco.

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El déficit de alta 1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad genética con una transmisión autosómica codominante.

En general se aconseja realizar estudio genético en familiares consanguíneos de casos índices homocigotos PIZZ o en aquellos con combinación de alelos deficitario Z con otro alelo raro, ya que tienen alto riesgo de presentar DAAT.

El objetivo es medir el grado de aceptación a la realización de estudio genético de los familiares consanguíneos de pacientes con genotipo con al menos un alelo Z.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes de la consulta de DAAT entre Enero del 2019 y Septiembre del 2023.

Resultados: Se obtuvieron 40 pacientes con al menos un alelo Z en la consulta monográfica de DAAT, ofreciéndose el estudio familiar a todos ellos. Por descripción de subgrupos: 6 pacientes tenían genotipo ZZ (15%), 10 genotipo SZ (25%), 24 genotipo MZ (60%).

Se realizaron estudios genéticos a 13 familias, suponiendo una aceptación del 32,5%, con un total de 78 familiares evaluados. Dentro de los casos índice ZZ se estudiaron 2 familias (33,33%), SZ 4 familias (40%), MZ se estudiaron 7 familias (29,17%).

En cuanto al genotipo familiar, se obtuvieron los resultados mostrados en la [tabla 1](#). En un 3,26% (3 pacientes) de los familiares se diagnosticó EPOC y/o enfisema. En ningún caso se diagnosticó hepatopatía.

Conclusiones: Existe poca aceptación por parte de los familiares a la realización de estudio genético. El cribado familiar supone una herramienta importante para la detección precoz de la enfermedad, tratamiento y consejo genético, por lo que es importante informar al paciente de la importancia de su realización.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL PACIENTE "REINGRESADOR" POR SAE

C.P. Batres Erazo, Z.F. Donoso Correa, J.A. Durán Cueto, B.O. Gómez Parra, B. Barragán Pérez, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: Conocemos que el síndrome de agudización de EPOC (SAE) predice futuras agudizaciones, siendo esto lo que marcará el pronóstico y la evolución clínica de los pacientes (p.); teniendo en cuenta lo anterior y la heterogeneidad de esta entidad, el objetivo principal de nuestro estudio es determinar los factores de riesgo asociados al reingreso por SAE de los pacientes con EPOC.

Metodología: Se realiza un estudio observacional de corte transversal con una muestra de 96 pacientes. Estos pacientes forman parte de la cohorte denominada "EPOCAGUDIZA" (ingresados con SAE en las unidades de hospitalización, planta convencional y UCRI, desde el 1 de septiembre de 2021). Se constituyen dos grupos de p. en función del número de ingresos durante ese período: Grupo "Reingresador" (p. que ingresa al menos 2 veces al año por SAE grave) y Grupo "No reingresador" (p. de nuestra cohorte que ingresa 1 vez durante este año). Se realiza el análisis estadístico de los datos con el software SPSS (versión 28.0). Para el análisis descriptivo de los resultados, se calculó la frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y se llevó a cabo un análisis bivariado, calculando el valor de p con chi cuadrado y Fisher con respecto a las variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas (previas y durante el ingreso) ([figura 1](#)). Adicionalmente, se realizaron modelos de regresión logística crudos y ajustados, calculando el odds ratio y los intervalos de confianza del 95% ([figura 2](#)).

Resultados: La mayor parte de los pacientes ingresados en el segundo año del estudio corresponden al sexo masculino (86%). La media de la edad de los pacientes es de 72 años. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes reingresados y las variables edad, descompensación cardíaca al ingreso, y tasa de vacunación antigripal ([figura 1](#)). En el modelo de regresión logística cruda se confirmaron los resultados bivariados ([figura 2](#)).

Conclusiones: 1.- El perfil de paciente reingresador entre los agudizadores de nuestra cohorte corresponde a un varón entre la 7ª-8ª década, exfumador, no eosinofílico y en tratamiento con triple terapia en un solo dispositivo.

2.- El reingresador presenta como aspecto asociado y favorecedor de un mayor número de ingresos por SAE: descompensación cardíaca al ingreso y ausencia de vacunación antigripal anual.

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE TRIPLE TERAPIA EXTRAFINA EN ÚNICO INHALADOR FRENTE A TRIPLE TERAPIA ABIERTA EN EPOC

J. López García (1), D.E. Vega Lizarazo (1), M. Segura Romero (1), E. Sánchez Alvarez (2), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, (2) Servicio de Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica (EPOC) pueden necesitar la triple terapia para controlar la enfermedad. En nuestro medio, no existe evidencia sobre los beneficios de cambiar dicha terapia administrada en varios dispositivos a uno solo. Este estudio quiso determinar las exacerbaciones moderadas y graves en sujetos tratados durante un año con triple terapia en mantenimiento abierta seguido de un año de triple terapia extrafina con un único dispositivo.

Metodología: Estudio retrospectivo unicéntrico en pacientes con EPOC y triple terapia de mantenimiento en práctica clínica habitual utilizando uno o varios dispositivos. La variable principal fue la variación en la tasa de exacerbaciones moderadas y graves durante un año con la triple terapia extrafina a dosis fijas de beclometasona, formoterol y glicopirronio en un único inhalador frente a dichas exacerbaciones en el año previo con cualquier combinación de triple abierta. Otras variables secundarias fueron las diferencias en la tasa de exacerbaciones moderadas, la tasa de exacerbaciones graves, el empleo de la terapia de rescate, la adherencia y la función pulmonar.

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 74 sujetos entre mayo y julio del año 2021. De ellos, el 78,4% (58) fueron varones, con una media de edad de $72,7 \pm 8,9$ años y el 97,3% (72) fueron exfumadores. En la cohorte total, la triple terapia extrafina redujo la tasa anual de exacerbaciones moderadas y graves en un 19,0% ($p = 0,006$ prueba de Wilcoxon) frente a la triple terapia abierta. El mayor beneficio se observó en aquellos sujetos con exacerbaciones en el año previo ($p < 0,001$) y de mayor edad ($p = 0,011$). La combinación a dosis fijas redujo las exacerbaciones moderadas en un 21,2% ($p = 0,001$), además de mejorar la adherencia en los individuos que durante el primer año no recibieron partícula extrafina ($p = 0,018$).

Conclusiones: La triple terapia extrafina administrada en un único inhalador en pacientes con EPOC disminuye las exacerbaciones moderadas y graves, en especial en aquellos con exacerbaciones previas y de mayor edad, frente al uso de triple terapia abierta, en la práctica clínica habitual.

PAPEL DE VARIABLES BÁSICAS ASOCIADAS A DESATURACIÓN AL ESFUERZO EN LA EPOC

M. Domínguez Gómez (1), E. Lesaga López (1), A. Jurado García (2), F. Navarro Muñoz (1), C. Villalba Moral (1), C. Muñoz Corroto (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) Consulta Privada.

Introducción: La desaturación al esfuerzo es un factor de mal pronóstico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la detección precoz en clave en atención primaria.

Objetivo: Valorar si variables básicas obtenidas desde atención primaria pueden estar asociadas a la desaturación en la prueba de 6 minutos marcha (P6MM).

Metodología: Estudio transversal de una cohorte de pacientes con EPOC. Se incluyeron sujetos con SpO₂ (respirando aire ambiente) $>93\%$ a los que se les realizó una prueba de esfuerzo submáxima. Se excluyeron los sujetos que no realizaron en el mismo día la PM6M o existía contraindicación. Se registraron los resultados remitidos desde atención primaria. Se realizó una P6MM (pulsioxímetro Nonin WristOx2 3.150) siguiendo la normativa SEPAR. El resultado principal fue la ratio área de desaturación/distancia recorrida en la P6MM y se incluyeron en el modelo mayor de regresión lineal multivariante las covariables: edad, género, índice de masa corporal (IMC), disnea MRCm, número de agudizaciones/último año, CAT (COPD Assessment Test), índice de Charlson y FEV₁ % post-BD. Se eliminaron, paso a paso, las variables menos significativas hasta lograr un modelo menor, valor de $p \leq 0,15$, manteniéndose en el modelo final aquellas variables con $p < 0,05$.

Resultados: De la cohorte de 121 sujetos, 5 fueron excluidos. Por lo tanto, la muestra la componen 116 pacientes, 21 mujeres (18%), edad = $61 \pm 6,3$ años, SpO₂ basal de $94,5 \pm 90$ % y FEV₁ post-BD de 53 ± 18 %. En la P6MM se observó una SpO₂ media del $92 \pm 3,09$ % y la media de área de desaturación/distancia fue = $0,0178 \pm 0,01886$. En la [figura 1](#) se expone el modelo de regresión mayor, siguiendo la eliminación de las variables no significativas, se logra el modelo final que se muestra en la [figura 2](#).

Se observa que la comorbilidad, número de exacerbaciones en el último año y el grado de obstrucción (FEV₁%) son las variables independientes que explican el 19,2% de la variabilidad de la ratio área de desaturación y distancia recorrida en la P6MM.

Conclusiones: En pacientes con EPOC una menor comorbilidad y un menor número de agudizaciones/año tienen una asociación negativa en la ratio área de desaturación y distancia recorrida en la P6MM. Por contra, un aumento en el FEV₁ muestra un impacto positivo en el resultado de la prueba de esfuerzo. Los datos básicos analizados aportan información relevante para evaluar los resultados de la P6MM.

INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD ASOCIADOS A SAE EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPOC ALTO RIESGO AGUDIZADOR

Z.F. Donoso Correa, C.P. Batres Erazo, J.A. Durán Cueto, B.O. Gómez Parra, B. Barragán Pérez, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: El Síndrome de Agudización (SAE) se destaca como el principal factor pronóstico en el curso clínico de pacientes con EPOC, implicando un declive en la calidad de vida y una menor supervivencia.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la mortalidad relacionada con los reingresos hospitalarios en pacientes con EPOC "agudizador" y determinar los factores que contribuyen a un mayor riesgo de mortalidad en los mismos.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal con una muestra de 96 pacientes. Estos pacientes forman parte de la cohorte denominada "EPOCAGUDIZA" (ingresados con SAE en las unidades de hospitalización, planta convencional y UCRI, desde el 1 de septiembre de 2021). Se incluyen todos los pacientes que han fallecido (EXITUS) tras un nuevo ingreso por SAE durante el segundo año de seguimiento (período comprendido entre septiembre de 2022 y 2023).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el software SPSS (versión 28.0). En el análisis descriptivo de los resultados, se calculó la frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y se llevó a cabo un análisis bivariado, calculando el valor de p con chi cuadrado y Fisher, con respecto a las variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas (previas y durante el ingreso) y pronósticas (estancia media, necesidad de UCRI, reingreso y mortalidad) ([figura 1](#)).

Adicionalmente, se realizaron modelos de regresión logística crudos y ajustados, calculando el odds ratio y los intervalos de confianza del 95% ([figura 2](#)).

Resultados: La mayoría de los pacientes ingresados en el segundo año corresponden al sexo masculino (86%). La media de la edad de los pacientes es de 72 años. Durante el segundo año, se identificó un 21% de pacientes fallecidos. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes fallecidos y las variables edad, necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y oxigenoterapia, presencia de descompensación cardíaca en el ingreso y tasa de vacunación (gripe y COVID-19) ([figura 1](#)). En el modelo de regresión logística cruda se confirmaron los resultados bivariados ([figura 2](#)).

Conclusiones: La tasa de mortalidad asociada al SAE se triplica en el segundo año ante nuevo ingreso hospitalario. En nuestra cohorte hay un predominio de varones con cuatro factores que incrementan el riesgo de mortalidad: 1.- Edad avanzada, 2. Necesidad de VMNI y Oxigenoterapia 3.- Descompensación Cardíaca 4.- Ausencia de vacunación antigripal y COVID-19.

SARCOPENIA COMO PREDICTOR DE REINGRESO A LOS 90 DÍAS EN SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

A. Menéndez Lobo (1), S. Martín Bote (2), C. Ramos Hernández (3), S. Hernández Gómez (4), J. Lázaro Sierra (5), B. González Quero (6), V. Pajares Ruiz (7), A. Romero Linares (1), A. Hammadi Ahmed (1), B. Alcázar Navarrete (1).

(1) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, (3) Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro, Pontevedra, (4) Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, (5) Hospital Rojo Villanova, Zaragoza, (6) Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, (7) Hospital de la Santa Creu I Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La sarcopenia es frecuente entre pacientes con EPOC, y a pesar de asociarse con mayor mortalidad en los episodios de síndrome de agudización de la EPOC (SAE), no es una medición realizada en la práctica clínica habitual. El objetivo de este estudio fue evaluar la sarcopenia mediante ecografía muscular del cuádriceps femoral en pacientes con EPOC ingresados por SAE.

Metodología: Estudio observacional multicéntrico que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de SAE grave que precisaron ingreso hospitalario.

A todos los pacientes se les realizó una ecografía de cuádriceps en las primeras 24 horas desde el ingreso y se valoró las medidas del recto femoral (RF), determinando la presencia de sarcopenia si el grosor del RF era $<0,05$.

Resultados: 7 centros participantes reclutaron 109 pacientes con EPOC, de los que fueron incluidos finalmente 103 pacientes, con edad media de $67,26 \pm 9,62$ años, el 76% varones y un 44% fumadores activos. Un 30,38% de los pacientes presentaban sarcopenia de acuerdo con los criterios ecográficos. Los pacientes con sarcopenia tenían un score DECAF (Dyspnoea, Eosinopenia, Consolidation, Acidemia and Atrial Fibrillation) mayor ([Figura 1](#)) y una mayor estancia hospitalaria media. Como podemos ver en la [Figura 2](#), los pacientes con sarcopenia no presentan un mayor riesgo de reingreso a los 90 días [HR 1,47 (0,64 – 3,36 p = 0,362)].

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico ecográfico de sarcopenia tienen mayor gravedad según DECAF, no objetivando sin embargo una mayor probabilidad de reingreso a 90 días.

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA DURANTE EL SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC: ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ESTUDIO GLANCE

C. Hoyas Sánchez (1), A. Menéndez Lobo (1), A. Romero Linares (1), A. Hammadi Ahmed (1), L. Alvarez Muros (1), A. Almansa López (1), A. Jiménez Antón (1), L. Casares Martín Moreno (1), S. Martín Bote (2), B. Alcázar Navarrete (1).

(1) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: La guía GesEPOC propone la valoración mediante ecografía torácica de los pacientes ingresados por un síndrome de agudización de la EPOC (SAE). Sin embargo, se desconoce la utilidad exacta de esta prueba diagnóstica en este grupo de pacientes. El objetivo de este estudio fue describir las características de la ecografía pulmonar realizada en pacientes con EPOC atendidos durante un SAE grave.

Metodología: Estudio observacional multicéntrico que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de SAE grave que precisaron ingreso hospitalario. A todos los pacientes se les realizó una ecografía pulmonar en las primeras 24 horas desde el ingreso y se valoró la puntuación del LUS-Score. El análisis de los datos fue realizado con Jamovi. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: 7 centros participantes reclutaron 109 pacientes con EPOC, de los que fueron incluidos finalmente 104 pacientes, con edad media de $67,3 \pm 9,6$ años, el 76% varones y un 44% fumadores activos. 23 pacientes (21,5%) presentaban infiltrado radiológico. El LUS-Score medio fue de $5,8 \pm 6,3$ puntos. El LUS-Score se asociaba a mayor gravedad según el score DECAF (Dyspnoea, Eosinopenia, Consolidation, Acidemia and Atrial Fibrillation). Una puntuación LUS-Score >1 se asociaba a mayores niveles de PCR. Los resultados eran similares si se tomaba como punto de corte LUS-Score >5 . La precisión diagnóstica del LUS-Score para el infiltrado radiológico era superior a la de los marcadores inflamatorios (Figura 1, AUC = 0,825). La sensibilidad del LUS-Score >1 para detección de infiltrados radiológicos era del 100%, con una especificidad del 41%, un VPN del 100% y un VPP del 31,4%. El punto de corte óptimo para la detección de infiltrados pulmonares está en 5 (Índice de Youden 0,495). No encontramos diferencias significativas en estancia media, riesgo de reingreso a 90 días o mortalidad según el LUS-score.

Conclusiones: La ecografía torácica tiene una alta sensibilidad y VPN en el diagnóstico de infiltrados parenquimatosos durante un SAE. La presencia de infiltrado pulmonar no aumenta el riesgo de desenlaces en los pacientes ingresados por SAE.

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) EN PACIENTES EN ESTUDIO DE PATOLOGÍA INTERSTICIAL

A.A. Jimenez Romero, M.R. Cabello Jabalquinto, M.C. Velasco Alcazar, F. Campello Sanchez, M.M. Valdivia Salas, J.J. Martinez Garceran, M. Guillamón Sanchez, M. Hernandez Olivo, O. Meca Birlanga, A. Santa Cruz Siminiani.

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

Opta a beca

Introducción: El BAL con citometría de flujo constituye una opción para el estudio de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). Existen algunos patrones de citometría que pueden apoyar en la sospecha diagnóstica generada a partir de los datos clínicos, funcionales, analíticos y radiológicos.

Objetivos:

1. Describir las características clínicas y demográficas relevantes de los pacientes estudiados por EPID en los que se sometieron a BAL.
2. Estudiar la rentabilidad del BAL en el estudio de la EPID: porcentaje de casos en los que el resultado confirma o apoya la sospecha diagnóstica.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con EPID del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena a los que se realizó BAL y citometría de flujo durante el periodo Mayo 2021-Mayo 2023. Los datos se recogen en hoja de cálculo Excel® y se analizan con SPSS® versión 25.

Resultados: Se realizó BAL con citometría de flujo en 55 pacientes. La edad media fue de $60,5 \pm 14$ años. La mayoría fueron del género masculino (61,8%). El 18% eran fumadores activos y el 36,4% ex fumadores. El principal síntoma clínico que motivó el estudio fue la disnea (54,4%). El 55% de los pacientes reconocía algún tipo de exposición ambiental teniendo el 23,6% contacto con aves. Los resultados de la citometría del BAL apoyaron el diagnóstico 60% de los casos con sospecha de neumonía organizada (6 de 10 pacientes), en el 87,5% de los casos con sospecha de sarcoidosis (7 de 8 pacientes), en el 66,7% de los casos con sospecha de neumonitis por hipersensibilidad (4 de 6 pacientes) y en el 100% de las sospechas de neumonía eosinófila (1 paciente). En estas cuatro patologías, el BAL resultó útil en el 72% de los casos (18 de 25 pacientes).

En conjunto la citometría del BAL apoyo el diagnóstico de sospecha sólo en el 32,7% de los casos estudiados (18 de 55 pacientes). En los restantes 37 pacientes (67,3%) la citometría del BAL no resultó útil para orientar ó confirmar el diagnóstico ni para guiar decisiones terapéuticas.

Conclusiones: 1. En conjunto, la citometría del BAL orienta el diagnóstico de sospecha en aproximadamente un tercio de los pacientes estudiados.

2. La rentabilidad de la citometría del BAL es alta en pacientes con EPID en los que existe sospecha pretest de neumonía organizada, sarcoidosis, neumonitis por hipersensibilidad ó eosinofilia pulmonar. En estos casos ha resultado útil para la toma de decisiones terapéuticas y/o evitar pruebas invasivas adicionales (EBUS, biopsia transbronquial /criobiopsia).

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS EN SANGRE PERIFÉRICA EN SUJETOS CON SILICOSIS DEBIDA A AGLOMERADOS DE SÍLICE

A. Aís Daza (1), G. Jiménez Gómez (2), A. García Núñez (1), A. Hidalgo Molina (1), A. Campos Caro (3) A. León Jiménez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INBICA), Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (3) Área de Genética. Dpto. de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Mar y Ambientales. Universidad de Cádiz.

Opta a Beca.

Introducción: Los pacientes con silicosis muestran un estado inflamatorio crónico con múltiples células implicadas y sobre los que existen escasos estudios. En particular, no se ha publicado ninguno sobre pacientes con silicosis por aglomerados de sílice (un tipo de piedra artificial).

El objetivo de este estudio fue caracterizar las subpoblaciones de linfocitos en sangre periférica de pacientes con silicosis por aglomerados de sílice.

Metodología: Se incluyeron 91 pacientes diagnosticados de silicosis por aglomerados de sílice, 53 con silicosis simple (SS), 38 complicada (SC) y 23 sanos no expuestos como grupo control (GC). Todos eran hombres y sus edades medias fueron $40,1 \pm 7,7$ (SS), $41 \pm 6,2$ (SC) y $36,4 \pm 8,3$ (GC) sin diferencias significativas. Las subpoblaciones de células de muestras de sangre se analizaron mediante citometría de flujo.

Resultados: Las principales subpoblaciones de leucocitos en sangre periférica, como neutrófilos y monocitos, aumentaron progresivamente en pacientes con SS y SC en comparación con el grupo control. Sin embargo, en el caso de los linfocitos se observó lo contrario, de forma que el porcentaje de linfocitos en el GC fue $31,3 \pm 8,2$, $25,6 \pm 7,6$ (SS) y $22,6 \pm 5,8$ (SC) con diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos patológicos frente al GC. Analizando las principales subpoblaciones de linfocitos, se observaron las siguientes diferencias en los pacientes con silicosis en comparación con los controles: i) una disminución significativa del porcentaje de células B memoria ($30 \pm 13,6$ [GC], $19,1 \pm 9,4$ [SS], $21,1 \pm 12,2$ [SC]) y un aumento de las células plasmáticas ($0,07 \pm 0,06$ [GC], $0,11 \pm 0,08$ [SS], $0,1 \pm 0,04$ [SC]); ii) una reducción significativa en la proporción de células Th vírgenes ($32,5 \pm 13,5$ [GC], $23,5 \pm 10,1$ [SS], $25,8 \pm 9,6$ [SC]); iii) un aumento significativo en las células Th memoria ($43,6 \pm 13,2$ [GC], $54,4 \pm 14,6$ [SS], $53,3 \pm 12,5$ [SC]) y en las subpoblaciones de células T reguladoras; iv) aunque en el límite de la significancia estadística, la subpoblación conjunto total de células NK CD56+CD16+ se redujo y la subpoblación CD56dimCD16- aumentó. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la ratio CD56dim/CD56brighth.

Conclusiones: Algunas subpoblaciones de linfocitos se encuentran claramente alteradas y podrían ser objetivos como posibles vías de intervención para tratar la enfermedad.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA FIBROSANTE EN ÉPOCA DE LOS ANTIFIBRÓTICOS

E. Martínez Orenes (1), C.M. Muñoz Martínez (1), J.A. Ros Lucas (1), M. Fernández Granja (1), J. López Martínez (1), E. Solana Martínez (1), L. Fernández Mula (2), S.Y. Ruiz Martínez (3).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Servicio de Neumología, Hospital Rafael Méndez, Murcia, (3) Servicio de Neumología, Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

Opta a beca

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo de enfermedades que presentan numerosas comorbilidades y mortalidad, siendo la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) la más frecuente. A pesar de disponer de nuevos tratamientos (nintedanib, pirfenidona), el manejo es complejo debido a las comorbilidades y complicaciones asociadas.

El objetivo del estudio fue conocer las causas de mortalidad más frecuentes en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y fibrosis pulmonar progresiva (FPP), así como los factores que se relacionan con mayor riesgo de mortalidad, en la época de los antifibróticos.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se estudiaron las causas y factores que se relacionan con la mortalidad en pacientes con diagnóstico de FPI y FPP que se encontraban en seguimiento al menos un año, desde octubre de 2011 hasta febrero de 2023, en una consulta monográfica de EPID.

Resultados: Se estudiaron 67 pacientes (73,1% hombres) con un seguimiento medio de 3,8 años en la consulta y una edad media de $66,05 \pm 8,5$ años. De ellos, 58 estaban con tratamiento antifibrótico con pirfenidona (28%), nintedanib (33%) o ambos (27%). Fallecieron 23 pacientes y la causa de mortalidad más frecuente fueron las exacerbaciones (56,5%), principalmente las exacerbaciones de causa infecciosa. La FPI fue el diagnóstico que mostró un mayor número de pacientes fallecidos (60,9%).

El factor que se relaciona con mayor mortalidad es el desarrollo de hipertensión pulmonar (HTP) ($p: 0,003$): con una supervivencia media de $7,267 \pm 1,348$ años en los pacientes que no la desarrollaron frente a $2,99 \pm 1,082$ años en los sí la desarrollaron durante el seguimiento. Otros factores que se relacionan con la mortalidad son la edad al diagnóstico ($p: 0,010$), la presencia de cardiopatía isquémica ($p: 0,022$) o insuficiencia renal ($p: 0,034$) al diagnóstico y la caída de la difusión de monóxido de carbono (DLCO) de al menos un 10% ($p: 0,007$).

No se encontraron diferencias en cuanto al tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Las exacerbaciones agudas son la causa más frecuente de mortalidad. La presencia de mayor comorbilidad al diagnóstico, y el desarrollo de hipertensión pulmonar, con una mayor caída de la DLCO en la evolución constituyen los principales factores de riesgo de mortalidad. La aparición de hipertensión pulmonar durante la evolución de la enfermedad es el factor que más afecta a la mortalidad.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

COMBINACIÓN FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA (CFPE) EN CONSULTA DE NEUMOPATIA INTERSTICIAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Domínguez Blasco, A. López Bauza, C. López Ramírez, J.A. Rodríguez Portal.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: Clásicamente nos hemos referido al término de combinación de fibrosis pulmonar y enfiseма (CFPE) como la presencia de fibrosis pulmonar y enfiseма, aunque recientemente se ha definido como un síndrome clínico cuando la extensión del enfiseма $>15\%$ del volumen pulmonar total y/o en casos de DLCO desproporcionadamente disminuida o hipertensión pulmonar (HP) precapilar no relacionada con la sola presencia de enfiseма y/o fibrosis. Aunque su patogenia no es del todo conocida, es sabido que no todos los casos corresponden a una fibrosis pulmonar idiopática (FPI) con enfiseма pudiendo abarcar una variedad de EPID fibróticas y conllevando un peor pronóstico que la FPI aislada. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, funcionales y manejo terapéutico en pacientes con CFPE en una Unidad Neumopatía intersticial de un hospital de tercer nivel.

Metodología: Estudio descriptivo de 18 pacientes con CFPE, en seguimiento en las consultas de Neumopatías Intersticiales del Hospital Virgen del Rocío. Todos los pacientes fueron diagnosticados de CFPE mediante un TACAR y pruebas de función respiratoria. También se realizó en todos los casos ecocardiografía y cateterismo si fue necesario.

Resultados: De los 18 pacientes incluidos, 17 eran varones (94,4%) con una edad media de 70 años ($\pm 6,44$). Las características clínicas y comorbilidades se muestran en la [figura 1](#). Los pacientes presentaron una FVC media del 82,72% y una TLC del 90,13% con una DLco media de 37,89%, KCO del 56,47% e índice FVC/DLco 2,41 ([Tabla 1](#)). La fibrosis intersticial asociada al tabaco (FIAT) fue la EPID más frecuente (72,2%), seguida de la FPI (16,7%) y las enfermedades autoinmunes (11,1%). El patrón diagnóstico alternativo para NIU fue el más frecuente y hasta un 27,8% de los pacientes presentaban espacios quísticos de paredes gruesas ([Tabla 2](#)). Los pacientes con fibrosis pulmonar progresiva recibieron tratamiento antifibrótico, y aquellos con patología autoinmune se encontraban en tratamiento con inmunosupresores ([Tabla 2](#)). De nuestra serie, un paciente presentó una agudización grave y tres de ellos presentaron una agudización leve-moderada en el último año, encontrando sólo un caso de HP y cáncer pulmonar asociado.

Conclusiones: La CFPE tiene peor pronóstico y puede asociarse a diversas EPID, siendo la FIAT la más frecuente. Las particularidades del mismo hacen que el seguimiento óptimo sea clínico, radiológico y funcional, valorando el tratamiento según la EPID subyacente.

NINTEDANIB 150MG VS 100MG EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA

M.M. Ignacio Expósito, M.G Hurtado Gañán, A. Hernández Martínez, P. Guerrero Zamora.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Beca.

Introducción: La fibrosis pulmonar progresiva (FPP) es un comportamiento común que pueden desarrollar diferentes enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) fibrosantes, siendo Nintedanib un fármaco que ha demostrado, en dosis de 150 mg/12 horas, el enlentecimiento de su progresión. Dadas los efectos secundarios, en la práctica clínica la dosis es rebajada a 100 mg/12h, faltando aún estudios al respecto.

Objetivos:

- Conocer el perfil de pacientes que desarrollan FPP
- Analizar posibles diferencias de mortalidad y progresión según la dosis.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de EPID-FPP y tratamiento con Nintedanib en seguimiento desde 2018 hasta la actualidad. Análisis bivariante entre dosis 150 mg y 100 mg.

Resultados: % ex-fumadores (ICAT 39,6%).

El 28,2% padecían Neumonitis por Hipersensibilidad crónica, el 16,5% Fibrosis Pulmonar Idiopática, 14,1% Sarcoidosis, 12,9% NINE fibrótica, 10,6% NIU y en pequeño porcentaje EPID-AR, Sarcoidosis, Post-Covid. Un 3,5% no llegaron a un diagnóstico de certeza.

De media progresaron a FPP en 30 meses, cumpliendo el 94,9% criterios clínicos, el 71,8% funcionales y 67,9% radiológicos. Presentaban en dicho momento un FVC media del 68,0%, DLCO 42% (corregida por VA del 76%).

En relación a las comorbilidades destacan factores de riesgo cardiovascular: HTA 57,1%, DLP 36,9, DM2 27,7%. IMC de 29,4. Charlson medio de 3 puntos.

El 7,2% estaban anticoagulados, el 50,0% con Edoxaban, 33,3% Rivaroxaban y 16,75% con Apixaban. No destacan interacciones medicamentosas. El 15,6% fue derivado a trasplante (finalmente trasplantados el 70% de ellos.)

Al 29% se le redujo la dosis por efectos secundarios. El tiempo medio de reducción de dosis fue de 6 meses, la mayoría causadas por intolerancia digestiva (82,0%) y en menor medida por alteración de transaminasas (14,3%).

En relación a la mortalidad, el 23,6% falleció, en un tiempo medio de 15 meses desde la progresión de la fibrosis. El 64,7% por progresión de la EPID, 11,76% de cáncer de pulmón, 11,76% de Covid y 1 paciente por complicaciones tras el trasplante.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a necesidad de oxigenoterapia, exacerbaciones, progresión y mortalidad al comparar ambas dosis (figura 1).

Conclusiones: - Mayor tolerancia con dosis de 100 mg/12h.

- En nuestra serie ambas dosis han mostrado perfil de eficacia similar, sin diferencias en la mortalidad.

¿PUEDE EL OXÍGENO DE ALTO FLUJO MEJORAR LA OXIGENACIÓN DURANTE EL EJERCICIO OPTIMIZANDO LOS BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA QUE DESATURAN AL ESFUERZO?

M. Domínguez Blasco, A. López Bauzá, C. López Ramírez, P. Cejudo Ramos, J.A. Rodríguez Portal.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta premio mejor comunicación

Introducción: La disnea de esfuerzo y la hipoxemia son características típicas de las EPID que empeoran notablemente al esfuerzo condicionando una importante limitación al ejercicio, con el consiguiente deterioro funcional y empeoramiento en la calidad de vida. La oxigenoterapia convencional durante el ejercicio ha demostrado optimizar la tolerancia al mismo; a pesar de ello algunos enfermos con EPID no consiguen alcanzar una $SpO_2 \geq 90\%$ por lo que la tolerancia a los programas de entrenamiento y su eficacia son muy bajos. En este sentido, la terapia nasal con alto flujo (TNAF) durante el ejercicio permite alcanzar mayor FiO_2 , teniendo evidencia de que la TNAF es superior a la oxigenoterapia convencional en la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). Nuestro objetivo fue comparar el nivel de oxigenación logrado durante el entrenamiento muscular (SpO_2 media) con sistemas de oxigenoterapia convencional (gafas nasales) y de alto flujo en pacientes con EPID fibrosante que desaturaban al esfuerzo sometidos a un programa de rehabilitación respiratoria (RR).

Metodología: Se realizó un ensayo piloto prospectivo y abierto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, con una muestra que incluyó los primeros ocho pacientes del estudio con EPID fibrosante y saturación de oxígeno (SpO₂) \leq 85% en el test de la marcha de 6 minutos (TM6M), que comparó el nivel de oxigenación, la disnea según escala de Borg y la calidad de vida relacionada con la salud (cuestionario SF 36) con TNAF frente a oxigenoterapia convencional durante la RR. La variable principal fue la SpO₂ media obtenida de cada sesión de entrenamiento. A todos los pacientes se les realizó un TM6M al inicio y final de la RR, así como ecocardiografía para descartar HTP y cateterismo cuando fue necesario.

Resultados: En la [tabla 1](#) se muestran los datos basales de los sujetos de estudio. Los sujetos del grupo intervención presentaron mayor nivel de SpO₂ de manera estadísticamente significativa durante el programa de RR (93,42% vs 90,5%; $p = 0,029$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distancia recorrida en el TM6M, grado de disnea ni en la calidad de vida relacionada con la salud ([tabla 2](#)).

Conclusiones: A pesar del bajo número de sujetos incluidos, este estudio ha permitido demostrar un mejor nivel de oxigenación y una menor limitación al esfuerzo en los pacientes con EPID fibrosantes que realizaron la RR con TNAF frente a los que la realizaron con oxigenoterapia convencional, con una adecuada tolerancia de dicho dispositivo.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

VALORACIÓN DE REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB DURANTE AL MENOS 12 MESES

M. Rubio Moreno, S. Jiménez Roche, M. Pérez Morales, B. Valencia Azcona, A. Padilla Galo. Servicio de Neumología, Hospital Costa del Sol, Málaga.

Opta a Beca.

Introducción: Benralizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une de forma específica al receptor de la interleucina humana 5 (IL 5R α) expresada en la superficie de eosinófilos y basófilos, produciendo su apoptosis. Está indicado en asma grave eosinofílica no controlada. El objetivo de este estudio es valorar el número de pacientes que se encuentran en remisión clínica tras un año de tratamiento con benralizumab.

Metodología: Se analizaron solo los pacientes con recogida adecuada de la medicación en Farmacia Hospitalaria y al menos 1 año de seguimiento. La remisión clínica se definió como: 0 agudizaciones, 0 corticoides, ACT \geq 20 o aumento en ACT \geq 3 y FEV₁ \geq 80% o mejoría de FEV₁ \geq 100 ml a los 12 meses. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de posición (mediana y rango intercuartílico) para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para valorar diferencias entre variables cualitativas se utilizó el test exacto de Fisher, y el test de U de Mann-Whitney para contrastar con una variable cuantitativa. Se utilizó el software SPSS v28.

Resultados: Se han incluido 32 pacientes con asma grave en tratamiento con benralizumab con buena adhesión. El 50% de ellos, cumplen criterios de remisión clínica. Las principales características de los pacientes con remisión clínica son: 56% son mujeres y una mediana de edad de 58 años, edad de inicio del asma 36, IMC 27, FEV₁ 62% y FENO 35. Las principales comorbilidades de los pacientes con remisión clínica fueron: pólipos nasales (56%), atopia (62,5%) y bronquiectasias (31,2%).

Los pacientes con remisión clínica presentaron de forma estadísticamente significativa mayor edad en el momento del diagnóstico. Numéricamente, aunque de forma no significativa, los pacientes con remisión presentaron datos de mayor eosinofilia en sangre al inicio.

Conclusiones: El 50% de nuestros pacientes con buena adhesión terapéutica y en tratamiento con benralizumab durante al menos un año alcanzaron la remisión clínica. Las características de estos pacientes sugieren un claro perfil eosinofílico.

Además, los pacientes con remisión clínica presentaron de forma estadísticamente significativa mayor edad en el momento del diagnóstico.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTI-IL5 SEGÚN ESCALA EXACTO

J. Vázquez Domínguez, J.M. Díez Piña, P. Montero Sanz, A. Vera Pila, J. Gallego Borrego, N. Reyes Núñez.

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Opta a Beca.

Introducción: El asma grave no controlada (AGNC) precisa en muchas ocasiones para su control de un tratamiento biológico añadido al tratamiento de base. Es preciso conocer las características de los pacientes para conseguir un tratamiento individualizado.

La escala EXACTO (Exacerbaciones, ACT, glucocorticoides sistémicos (GCS) y Obstrucción-FEV1) es una escala multidimensional que evalúa de forma sencilla la respuesta del paciente con asma grave no controlada al tratamiento con biológicos.

El objetivo de nuestro estudio es conocer las características diferenciales entre los grupos de pacientes en tratamiento con anti-IL5.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron datos demográficos, historia asmática, comorbilidades, exacerbaciones, cuestionario de control asmático (ACT), espirometría y eosinofilia basal y en la última revisión en pacientes en tratamiento con Benralizumab y Mepolizumab. Las variables cuantitativas se expresan como medias y las cualitativas como porcentajes. Realizamos T de Student para variables numéricas y Chi cuadrado para variables no numéricas (valor de la significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: Serie de 33 pacientes durante $37,64 \pm 14,88$ semanas. Las características basales se muestran en la [tabla 1](#) y la comparación entre valores basales y al año en la [tabla 2](#).

El 57,58% estaban en tratamiento con Mepolizumab de ellos 5,26% sin respuesta, 36,84% con respuesta parcial, 26,31% con buena respuesta y 31,58% superrespondedores. El 42,42% estaba en tratamiento con Benralizumab, de ellos 21,43% sin respuesta, 21,43% respuesta parcial, 21,43% con buena respuesta y 35,71% superrespondedores.

Sin diferencias significativas en ninguna de las características basales ni tras el periodo de seguimiento de ambos grupos.

Conclusiones: 1. Los pacientes en nuestra consulta la mayoría son mujeres no fumadoras T2 eosinofílico.

2. Más de la mitad de nuestros pacientes tienen al menos buena respuesta a tratamiento biológico.

3. No existen diferencias significativas tras el periodo de seguimiento entre las características de ambos grupos.

MEJORÍA CLÍNICA TRAS 4 MESES DEL INICIO O CAMBIO DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA TANTO EN FUMADORES COMO EN NO FUMADORES

M.C Mata López (1), P. García Lovera (1), L.R. Bernal Basurto (2), C. Lacarcel Bautista (1), G. Pérez Chica (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Anestesiología y reanimación, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Opta a Beca.

Introducción: El objetivo del estudio es comprobar la mejoría en el número de exacerbaciones, ingresos hospitalarios y ciclos de corticoides en pacientes con asma grave no controlada tras cuatro meses del inicio o cambio de los fármacos biológicos y comprobar esta mejoría tanto en pacientes fumadores como en no fumadores para ver si existen diferencias.

Introducción: Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se recogieron 80 pacientes en seguimiento por la consulta de asma grave no controlada del Hospital Universitario de Jaén. Se recogieron como variables el número de exacerbaciones, ingresos hospitalarios y ciclos de corticoides en el año previo. Dichas variables se midieron previa y tras 4 meses de iniciar o cambiar el tratamiento biológico. Se utilizó el modelo lineal general de medidas repetidas. Además, se analizó si el efecto clínico de los tratamientos biológicos instaurados se mantenía en pacientes fumadores y no fumadores y si había diferencia entre ambos grupos. Se consideró como significativamente estadístico una significación $p < 0,05$.

Resultados: De los 80 pacientes de nuestra muestra, 63% eran mujeres (51 pacientes) y el 23% eran fumadores (19 pacientes).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas previo y tras 4 meses de inicio o cambio del tratamiento biológico en el número de exacerbaciones (de 2,7 bajo a 0,5 con $p < 0,05$), ingresos hospitalarios (de 0,42 a 0,14 con $p < 0,036$) y en los ciclos de corticoides (de 2,7 bajo a 0,4 ciclos con $p < 0,05$). Esta mejoría con los fármacos biológicos, se comprobó tanto en pacientes fumadores como en no fumadores sin observarse diferencias significativamente estadísticas entre ambos grupos. (Ver [Figuras 1 y 2](#) y [figura 3](#)).

Conclusiones: Tras 4 meses del inicio o cambio del tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con asma grave no controlada, se observó una mejoría clínica, traduciéndose en una disminución del número de exacerbaciones, del número de ingresos y de la necesidad del tratamiento con ciclos de corticoides, independientemente de si los pacientes eran fumadores o no fumadores.

ANÁLISIS DE LOS SWITCH Y DE LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON MONOCLONALES DESDE EL 01/01/20 HASTA EL 31/10/2023, EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO DEL HUCSAN CECILIO DE GRANADA

F. Casas Maldonado, S. Belda Rustarazo, N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes, A. Mendoza Barrios, L. Cassini Gómez De Cádiz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Opta a Beca.

Introducción: El asma es un problema de salud pública por su elevada prevalencia, pues afecta a un 5% de la población adulta. Se estima una prevalencia de asma grave (AG) no controlado (AGNC) del 3 - 5%, generando estos pacientes más de la mitad del gasto total por asma de los sistemas nacionales de salud. En los últimos años se han desarrollado anticuerpos monoclonales (mAb) dirigidos a bloquear dianas selectivas de la cascada inflamatoria T2, y más recientemente frente a las alarminas, que nos han permitido un tratamiento personalizado muy seguro y eficaz. Analizando la prescripción de estos fármacos se observa una amplia variabilidad entre zonas similares, lo cual sugiere cierta heterogeneidad en la selección y en la decisión de cambiar la prescripción ante respuesta parcial o no respuesta a un mAb.

Objetivo: Analizar los switch y la persistencia del tratamiento con mAbs en una cohorte de pacientes con AGNC.

Metodología: Análisis de los datos desagregados de los listados del consumo de mAbs facilitados por Farmacia Hospitalaria, para describir la evolución de las prescripciones y analizar la persistencia de los diferentes mAbs desde el 01/01/2020 al 31/10/2023. Definiciones: Prescripción total mAb = naive + continua + switch-entrada + switch-salida + suspendido; Pérdida mAb = switch-salida + suspendido; Prescripción final mAb = Prescripción mAb – Pérdida mAb; Persistencia mAb % = continua + switch-entrada / Prescripción total mAb – naive.

Resultados: Cohorte de 241 pacientes con AGNC en tratamiento con mAbs desde el 01/01/2020 al 31/10/2023 (excepto dupilumab, 18 meses). En la [figura 1](#) se muestran los switch de entrada y salida de mAbs: Mayor switch de entrada a benralizumab (54,2%) y dupilumab (37,5%). Mayor switch de salida de mepolizumab (50%) y omalizumab (29,2%). En la [figura 2](#) se muestra la persistencia de las prescripciones: benralizumab es el mAb con mayor persistencia (71,8%), seguido de mepolizumab (66,7%), dupilumab (66,7%) y omalizumab (60,7%).

Conclusiones: Mayor switch de entrada a benralizumab y dupilumab.

1. Mayor switch de salida de mepolizumab y omalizumab.
2. Buena persistencia de los mAbs prescritos, siendo benralizumab el que tiene la mayor persistencia.

COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES EPOC SOMETIDOS A TRASPLANTE PULMONAR

L. Asencio Monteagudo (1), M.M. Ignacio Expósito (2), C. Benito Bernáldez (2), V. Almadana Pacheco (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Beca.

Introducción: El trasplante de pulmón es una opción terapéutica en pacientes con enfermedad pulmonar avanzada e irreversible. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye la primera indicación de trasplante pulmonar.

Nuestro objetivo es analizar los pacientes trasplantados en una consulta de EPOC del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM), sus complicaciones y la supervivencia media.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes remitidos a la Unidad de trasplante pulmonar de referencia desde una consulta monográfica de EPOC del HUVVM entre el 1 de enero de 2013 y el 30 de noviembre de 2023.

Resultados: Se han remitido un total de 65 pacientes ([gráfica 1](#)). Se observa una tendencia en aumento, exceptuando los años posteriores a la pandemia.

Del total de pacientes derivados, un 37% (24) fueron trasplantados, un 53,8% (35) no cumplieron criterios para inclusión en lista y un 9,2% (6) se encuentra actualmente pendiente de decisión.

De entre los trasplantados un 70,8% eran varones. Se ha registrado algún tipo de complicación secundaria al trasplante de pulmón en 15 pacientes (62,5%). La complicación más frecuente ha sido la enfermedad renal crónica (ERC) secundaria al tratamiento con anticalcineurínicos en un 29% de los casos (5), seguida de las complicaciones infecciosas en el 23,5% (3 infección por COVID y 1 aspergilosis pulmonar invasiva); así como la aparición de tumores en un 23,5% de los casos (1 ca de pulmón, 1 ca de vejiga, 1 ca espinocelular y 1 ca de esófago), el 18% (3) presentó disfunción crónica del injerto y un 6% (1) fue diagnosticado de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La mediana de supervivencia tras el trasplante fue de 33 meses (11 - 65, IC95%). La mortalidad de estos pacientes fue del 45,8% (11). Entre las causas de mortalidad encontramos la infecciosa en el 36% (3 fallecieron por COVID y 1 por hemoptisis masiva secundaria a aspergilosis pulmonar invasiva), el 27% fallecieron por una neoplasia (1 ca de pulmón, 1 ca de esófago y 1 ca de vejiga), un paciente falleció en una agudización respiratoria y el 27% restante (3) a consecuencia de complicaciones en el perioperatorio.

Conclusiones: 1. Cada vez se derivan más pacientes a las unidades de trasplante. La mortalidad en nuestra serie es considerable, probablemente en relación al impacto de la pandemia en estos pacientes. Las complicaciones en pacientes trasplantados son relativamente frecuentes.

Sin embargo, estas complicaciones no suponen una mayor mortalidad, siendo la más prevalente la ERC.

PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN LA EPOC A TRAVÉS DEL ÍNDICE PODE: UN ANÁLISIS DE LA COHORTE COPDGENE

A. Menéndez Lobo (1), A. Romero Linares (1), A. Hammadi Ahmed (1), C. Hoyas Sánchez (1), L. Álvarez Muro (1), A. Almansa López (1), L. Casares Martín Moreno (1), A. Jiménez Antón (1), B. Alcázar Navarrete (1), R. San José Estepar (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Radiología, Consulta Privada.

Opta a Beca.

Introducción: En pacientes con EPOC, la disminución del área del músculo pectoral (PMA) está relacionada con una mayor mortalidad, independientemente del IMC. La correlación entre PMA y disnea, limitación al flujo aéreo o capacidad de ejercicio es mayor que entre el IMC y estas variables.

A medida que las tomografías computarizadas (TC) ganan terreno en la práctica clínica habitual, la evaluación del PMA y la grasa subcutánea (SAT) ofrece un método accesible para evaluar la pérdida muscular. Planteamos la creación de un índice BODE modificado, denominado PODE, que incluya estas variables cuantitativas.

Metodología: Realizamos mediciones del PMA y SAT mediante un único corte de TC por encima del arco aórtico. Mediante las curvas ROC determinamos los puntos de corte de PMA y SAT para ambos sexos. Si PMA o SAT estaban por debajo del umbral, el índice PODE aumentaba en un punto. Realizamos un análisis de regresión de Cox para los índices BODE y PODE, ajustando según variables demográficas (edad, género y raza) y porcentaje del FEV1 predicho. Se utilizaron curvas ROC para comparar la capacidad de los índices BODE y PODE para predecir la mortalidad por todas las causas en un período de seguimiento de 5 años.

Resultados: Utilizamos datos de 3.896 participantes de la cohorte COPGene con diagnóstico de EPOC. Los puntos de corte de PMA y SAT se fijaron en 39/60 cm² para hombres y 25/55 cm² para mujeres. El riesgo de muerte (HR) para el índice BODE se situó en 1,26 (IC 95%: 1,21 - 1,32, p <0,005), mientras que el HR del PODE fue 1,28 (IC 95%: 1,24 - 1,33, p <0,005). La [Figura 1](#) muestra los HR logarítmicos para cada cuartil del índice BODE y PODE. El área bajo la curva (AUC) para la predicción de mortalidad por todas las causas a 5 años para los índices BODE y PODE fue 0,73 y 0,75, respectivamente. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al comparar ambas curvas ROC mediante el método Hanley.

Conclusiones: El índice PODE es comparable al BODE como predictor de mortalidad por todas las causas en pacientes con EPOC. Dado el uso creciente de las TC para el seguimiento de la EPOC, el análisis cuantitativo aporta nuevos datos para una valoración más completa del paciente.

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON EMBOLISMO PULMONAR

J. Hernández Borge, J.A. Márquez Alba, J. López Rodríguez, E. Sánchez Calle, L. Galán Ledesma, R. Morante Espada, N. Matallana Encinas, A. Castañar Jóver, I. Rodríguez Blanco, M.T. Gómez Vizcaino.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La presencia de anomalías en el electrocardiograma (EKG) puede relacionarse con la severidad del embolismo pulmonar (EP) y por tanto con el pronóstico del mismo. Nuestro objetivo ha sido conocer la frecuencia de alteraciones en el EKG en pacientes con EP agudo y su relación con la presentación, alteraciones hemodinámicas y pronóstico a corto plazo.

Metodología: Conocer las alteraciones EKG en pacientes con EP estableciendo tres grupos: a) EKG normal, b) Alteraciones menores (taquicardia sinusal, BIRDHH o alteraciones aisladas de la T), c) Alteraciones mayores (BRDHH, patrón S1Q3T3, alteraciones del ST, arritmias auriculares). Se incluyeron 489 pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestro servicio con diagnóstico de EP en un periodo de 10 años (2007-2018). Se realizó un análisis descriptivo y comparativo en función de la presencia de alteraciones electrocardiográficas.

Resultados: Se incluyeron 489 pacientes (45% mujeres, edad media $64,1 \pm 16,4$ años). Un 56,9% presentaron alteraciones EKG (de las cuales un 30,1% se consideraron mayores). La presencia de alteraciones EKG fueron más frecuentes entre las mujeres ($p = 0,06$), en pacientes con mayor puntuación en la escala de PESI ($p = 0,0005$), con cardiopatía ($p = 0,006$) o hipertensión ($p = 0,02$). La presencia de síncope ($p = 0,0005$) o disnea ($p = 0,03$) fue más frecuente, como forma de presentación, entre estos pacientes, así como una mayor afectación clínica: mayor frecuencia cardíaca ($p = 0,0005$), menor tensión arterial sistólica ($p = 0,0005$), mayor frecuencia respiratoria ($p = 0,0005$), menor PaO₂ ($p = 0,014$), menor Sat O₂ ($p = 0,018$) y mayor grado de disnea mMRC ($p = 0,0005$). Del mismo modo, la afectación angiográfica fue mayor (tipo de vaso afecto y porcentaje de lecho vascular afectado; $p < 0,05$), así como la presencia de alteraciones ecocardiográficas ($p < 0,0005$).

Sin embargo, la mortalidad a los 30 días fue superior en los pacientes con EKG normal ($p = 0,045$) y no hubo diferencias en la mortalidad a los 3 meses.

Conclusiones: Encontramos un elevado porcentaje de alteraciones EKG en pacientes con EP (56,9%) de las que, hasta 30,1%, se consideraron mayores. Su presencia se asoció a una mayor afectación clínica y hemodinámica y a un manejo más complejo. A pesar de lo anterior, estas alteraciones agudas no conllevaron un peor pronóstico a corto y medio plazo.

EMBOLISMO PULMOMAR EN LA PANDEMIA COVID-19

J. Hernández Borge, R. Morante Espada, L. Galán Ledesma, J. López Rodríguez, E. Sánchez Calle, J.A. Márquez Alba, N. Matallana Encinas, A. Sanz Cabrera, S. Hernández Gómez, J.A. Gutiérrez Lara.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La enfermedad por coronavirus (Covid-19) se ha asociado a complicaciones trombóticas a diversos niveles sobre todo como embolismo pulmonar (EP). Nuestro objetivo ha sido conocer si la pandemia Covid-19 ha supuesto cambios en la presentación, manejo y evolución a corto plazo de los pacientes ingresados con EP.

Metodología: Estudio retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes con EP diagnosticados en nuestro servicio durante 2020 (EPcovid). Se realizó un estudio comparativo empleando una cohorte histórica de pacientes (2007-2018) con EP (EPprecovid). Se recogieron variables sociodemográficas, manejo diagnóstico-terapéutico y mortalidad a corto plazo.

Resultados: Se incluyeron 587 pacientes (hombres 56,2%, edad media $64,5 \pm 15,8$ a, EPcovid 16,7%). No encontramos diferencias significativas (DS) en el género, neoplasia previa o factores de riesgo predisponentes. Los EPcovid tuvieron más comorbilidad (Charlton ≤ 1 : 44,9% vs 64, 2%; $p < 0,0005$), presencia de obesidad (IMC > 30 : 32,7% vs 20,9%; $p = ,017$), EP previo (14,3% vs 7,6%; $p = 0,047$) y EP recurrente (10,2% vs 1,6%; $p > 0,0005$) pero mejores puntuaciones en la escala PESI (PESI ≥ 3 : 40,9% vs 58,3%; $p = 0,0005$). La clínica de infarto (22,5% vs 1%; $p < 0,005$), los casos sintomáticos (93,7% vs 83,7%; $p = 0,002$) y la presencia de taquipnea (FR > 30 17% vs 6,2%; $p = 0,005$) fueron significativamente más frecuentes en los EP precovid. No hayamos DS en la evidencia de alteraciones EKG, radiografía de tórax, presencia o localización de trombosis venosa profunda.

La afectación de tronco (16,3% vs 8,1%; $p = 0,016$), el trombo en silla de montar (24,5% vs 8,2%; $p = 0,005$) y las alteraciones ecocardiográficas (72,4% vs 47,8%; 0,0005) fueron más habituales en los EPcovid, aunque el ingreso en UCI (17,5% vs 31,5%; $p = 0,005$) y el tratamiento fibrinolítico (2% vs 13,3%; $p = 0,0005$) fue menos frecuente. Los días con síntomas previos al ingreso y la estancia hospitalaria fueron inferiores en los EPcovid ($p < 0,005$).

No encontramos DS en las complicaciones hemorrágicas y no hemorrágicas en el ingreso. La mortalidad a los tres meses fue superior en los EPprecovid (4,9% vs 0%; $p = 0,022$).

Conclusiones: Encontramos que los EPcovid fueron más comórbidos y tuvieron mayor afectación hemodinámica, aunque su manejo y evolución a corto plazo fue más satisfactorio.

TERAPIAS DIRIGIDAS MEDIANTE CATÉTER EN PACIENTES CON TEP AGUDO SINTOMÁTICO DE ALTO RIESGO O DE RIESGO INTERMEDIO ALTO CON HEMORRAGIA RECIENTE O ALTO RIESGO DE HEMORRAGIA. ANÁLISIS DE LA INSTAURACIÓN DE UN CÓDIGO TEP EN UN CENTRO

V. García García (1), C. Rosa Linares (1), M. Barca Hernando (1), S. López Ruz (1), P. Román García (2), J.L. Ortega García (2), V. Nacarino Mejías (2), A. Iglesias López (2), T. Aldabó Pallás (3), L. Jara Palomares (1).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Unidad de Radiología Vascular Intervencionista, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (3) Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una condición potencialmente mortal y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. El manejo óptimo del TEP requiere a menudo un abordaje multidisciplinar en determinados pacientes. Por este motivo, a lo largo de los años se ha implementado en algunos centros denominándose código TEP.

Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes con TEP agudo sintomático consultados a un equipo multidisciplinar (Código TEP), así como analizar la mortalidad de dicha cohorte.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con TEP agudo sintomático valorados por un equipo multidisciplinar. Para ello, solicitamos un volcado al servicio de Documentación Clínica de todos los pacientes con TEP hospitalizados en el mismo periodo de estudio mediante el código CIE-10 (I26,99). Revisamos las características de los pacientes en los que se indicó valoración, así como la decisión tomada.

Analizamos la mortalidad a 7 días y la intrahospitalaria.

Resultados: Desde enero 2021 a julio 2023 hubo ingresados en nuestro centro 1.122 pacientes con TEP. La mediana de edad fue 68 años ($p_{25} - 75$: 58 - 78), con un ligero predominio de hombres (50,4%). Las unidades de ingreso más frecuentes fueron: neumología (37,7%) y medicina interna (24,3%).

El 8,9% ($n = 100$) ingresaron directamente en la unidad de cuidados intensivos. De forma global, durante la hospitalización fallecieron el 16,9%.

Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 23 pacientes (2%). En 18 de ellos (78%) se indicó la realización de una terapia dirigida por catéter. Tres de los pacientes presentaron TEP de alto riesgo, y el resto TEP de riesgo intermedio alto con signos de deterioro clínico. En un tercio de los pacientes el motivo para aplicar esta terapia fue la hemorragia grave reciente, y en el resto se indicó por presentar alto riesgo de sangrado.

La mortalidad a 7 días fue del 6,7%, y la mortalidad intrahospitalaria fue del 33%.

Conclusiones: La creación de un Código TEP multidisciplinar nos ha permitido homogeneizar las decisiones clínicas en situaciones complejas y diversas. Las terapias dirigidas por catéter fueron un tratamiento seguro con una mortalidad baja a 7 días.

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA UNA VEZ CREADA UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

F. Díaz Chantar (1), I. Pacheco Carrillo (1), E. Izaga Torralba (2), R. Del Pozo Rivas (1).

(1) Unidad de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (1) Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La Hipertensión pulmonar (HP) tromboembólica crónica (HPTEC) es una enfermedad minoritaria y grave, que se produce por la falta de resolución de una tromboembolia pulmonar (TEP). El tratamiento incluye un abordaje multimodal decidido en centros expertos nacionales, siendo la tromboendarterectomía (TEA) el tratamiento de elección, y en casos no operables está indicada la angioplastia con balón de arterias pulmonares (ABAP) y tratamiento médico. El objetivo es analizar el manejo de los pacientes con HPTEC tras la creación de una consulta monográfica.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con HPTEC en un Hospital Provincial entre 2013 y 2023. Se revisaron datos demográficos, clínicos, hemodinámicos (cateterismo derecho) y terapéuticos. Todos los pacientes fueron presentados en comité multidisciplinar de centro experto. La consulta monográfica de TEP e HP fue creada en Junio de 2018.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes, 10 pacientes se diagnosticaron desde 2018, 6 mujeres (50%), con edad de 68 (56 - 81) años. El 83% (n = 10) tenían antecedente de TEP, siendo 70% (n = 7) idiopáticos y 80% (n = 8) con sobrecarga derecha. El 75% (n = 9) estaban en CF I-II de la NYHA, y el 16% (n = 2) edemas en miembros inferiores. El 92% (n = 11) presentaba comorbilidades: HTA (58%), DM (8%), neumopatía (25%), neoplasia activa (8%) y síndrome antifosfolípido (8%). El tiempo medio de diagnóstico de HPTEC desde el TEP fue de 32,4 (18,4 - 129,5) meses. Y el tiempo desde el inicio de síntomas al diagnóstico de HPTEC fue de 17,9 meses (3,9 - 32,5).

Los datos del cateterismo cardiaco derecho se recogen en la [tabla 1](#). [La tabla 2](#) recoge los tratamientos administrados.

Conclusiones: El seguimiento protocolizado tras una TEP en una consulta monográfica es fundamental para identificar pacientes con HPTEC. La decisión terapéutica siempre se debe realizar en el comité multidisciplinar de los centros expertos (CSUR), trabajando en red con centros locales.

PREVALENCIA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA AGUDA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

C. Carrera Cueva (1), E. Mendoza Zambrano (1), A. Brown Arreola (1), V. Sanchez Lopez (2), F. Medrano Ortega (3), E. Calderon Sandubete (3), C. Caballero Eraso (1), A. Vallejo Vaz (2), R. Otero Candelera (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de enfermedades respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla, Industria Farmacéutica, Personal Laboratorio, (3) Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio contribuyente a la aparición de patología cardiovascular. Las apneas obstructivas repetidas producen un patrón de hipoxia intermitente que origina una miríada de vías de señalización que pueden contribuir a un estado sostenido de hipercoagulabilidad. Por esto, los pacientes con AOS están predispuestos a presentar enfermedad tromboembólica venosa (EDEV). Dada la evidencia emergente que sugiere una posible interacción entre la AOS y la EDEV, se vuelve esencial determinar la prevalencia precisa de AOS en pacientes con EDEV.

Metodología: Realizamos una revisión sistemática y metaanálisis incluyendo estudios que arrojan datos sobre prevalencia de AOS en pacientes con EDEV aguda.

La búsqueda se condujo a través de bases de datos electrónicas Pubmed, Cochrane y Embase desde su inicio hasta abril de 2023 ([figura 1](#)). Se diseñó una estrategia de búsqueda utilizando términos MeSH, Emtree y términos libres relacionados con AOS y EDEV. Se evaluó la calidad de la evidencia mediante una Herramienta de Evaluación Adaptada para estudios de prevalencia. Para el metaanálisis, se empleó un modelo de efectos aleatorios para estimar la prevalencia general de AOS en la población con EDEV.

Resultados: De 3.289 artículos obtenidos por nuestra estrategia de búsqueda, 7 artículos fueron incluidos. Estos incluyen 2.784 pacientes con EDEV de los cuales 380 presentaron AOS (IAH ≥ 5). La polisomnografía con un índice de apnea - hipopnea (IAH) ≥ 5 fue el método diagnóstico más frecuente. La calidad de la evidencia fue baja con frecuencia y para todos los estudios, fundamentalmente en relación con los criterios de validación externa y la heterogeneidad entre estudios fue elevada. La prevalencia de AOS varió entre 26,67% (1:3,7) a un 82,36% (1:1,2); prevalencia global (metaanálisis): 67% (IC95% 51;81) ([figura 2](#)); la prevalencia aplicando criterios de AOS según IAH ≥ 15 varió entre 26,67% (1:3,7) y un 63,24% (1:1,6); prevalencia global (metaanálisis) 35% (IC95% 13:61). Se observó una tendencia a mayor prevalencia de AOS en presencia de enfermedad cerebrovascular.

Conclusiones: La AOS parece posicionarse como una patología con elevada prevalencia entre los pacientes con EDEV, sin diferencias por sexo y posiblemente mayor en aquellos pacientes con ciertas comorbilidades asociadas. Dada la escasa evidencia actual sobre datos de prevalencia en enfermedad tromboembólica, se necesitan más estudios que arrojen datos claros, robustos y precisos sobre la misma.

TROMBOSIS RESIDUAL Y FACTORES PREDICTORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) ASOCIADA AL CÁNCER EN TRATAMIENTO CON TINZAPARINA

M. Barca Hernando (1), S. López Ruz (1), C. Rosa Linares (1), V. García García (1), L. Jara Palomares (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III.

Introducción: La trombosis residual (TR) evaluada mediante tomografía computarizada (TC) en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es del 23% (metaanálisis de C. Beca.ttni et al. *J Thromb Haemost.* 2019; 17: 1.217–1.228), aunque la información sobre la TR es escasa en pacientes con ETV secundaria a cáncer.

El objetivo de este estudio fue 1) evaluar la presencia o ausencia de TR en pacientes con ETV asociada a cáncer que recibieron

Metodología: Cohorte de pacientes consecutivos con cáncer y ETV desde enero 2008 hasta junio 2022. En el seguimiento de su patología neoplásica, todos los pacientes se realizaron TC de seguimiento y se evaluó la presencia de TR. Dentro de la ETV incluimos a los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), y trombosis de localización atípica.

Resultados: Se incluyeron a 511 pacientes con ETV secundario a cáncer que recibieron tratamiento con tinzaparina y en los que se realizó al menos un TC de seguimiento. La edad media fue de 63,1+/-13,2 años, con un ligero predominio de hombres (52%). Con respecto a la localización de la ETV fue: TEP (38,4%), TVP (35,6%), TVP y TEP (16,4%) y ETV atípica (9,6%). Durante una mediana de seguimiento de 17,6 meses (p25 - 75: 7,9 - 34), y una mediana de anticoagulación de 5,7 meses (p25 - 75: 3,1 - 12,9), un 35,8% de los pacientes (n = 183) presentaban TR. Las neoplasias asociadas con TR fueron: páncreas (57,7%), gástrico (57,1%) y ginecológico (54,3%); y en las que hubo menos TR: área ORL (16,7%) y colon-recto (28,3%). A lo largo del seguimiento fallecieron el 62,2% de los pacientes, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con TR (73,2% vs. 56,1%, p <0,001, odd ratio [OR]: 2,14; IC95% 1,44 - 3,17).

Variabes asociadas a TR: ETV sintomático (63,4% vs. 36,6% en ETV incidental, p <0,001; OR: 2,3; IC95%: 1,6 - 3,4), localización de la neoplasia, ECOG performance status, presencia de metástasis (41% vs. 30,2%; p = 0,011; OR 1.61, IC95% 1,12 - 2,33), y la localización de la ETV con presencia de TVP (48,6%, p <0,001; OR 2,7, IC95% 1,8 - 3,9). La TR no se asoció a ETV recurrente ni a hemorragia clínicamente relevante, aunque sí que se asoció con hemorragia grave (58,3% vs. 41,7%, OR: 2,71; IC95% 1,36 - 5,39).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con ETV asociada a cáncer presenta trombosis residual. Además, hemos identificado variables asociadas a TR (ETV sintomático, ECOG, metástasis, localización de la neoplasia y localización de la ETV).

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ASOCIADA AL CÁNCER DE PULMÓN

C. Rosa Linares (1), M. Barca Hernando (1), V. García García (1), S. López Ruz (1), L. Jara Palomares (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III.

Introducción: El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) asociada al cáncer varía según la localización del tumor, estadiaje y tratamiento oncológico. Nuestro objetivo es analizar las características específicas de los pacientes con ETV secundario a cáncer de pulmón (estadiaje, mutaciones genéticas, tratamiento oncológico e histología), así como las variables asociadas a complicaciones (ETV recurrente y hemorragia clínicamente relevante [HCR]).

Metodología: Cohorte de pacientes consecutivos con cáncer y ETV desde enero 2008 hasta abril 2022. Dentro de la ETV incluimos la trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), y trombosis de localización atípica. Se utilizaron pruebas estadísticas como Chi cuadrado (variables cualitativas) y T de Student (variables cuantitativas) para comparaciones. Asimismo, calculamos la tasa de eventos (sangrado o ETV recurrente).

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes con ETV y cáncer de pulmón. La mediana de edad fue de 65 años (p25 - 75: 57 - 72) y el 66,8% eran hombres. El estadiaje de los pacientes fue: I (5,1%), II (7,7%), III (18,8%) y IV (65,3%). Las histologías más frecuentes fueron: adenocarcinoma (57,1%) y células pequeñas (10,7%).

Durante el seguimiento hubo 16 ETV recurrente durante el tratamiento anticoagulante (8,2%), 13 HCR (6,6%) y 139 muertes (70,9%). La tasa de ETV recurrente fue de 8,6 por 100 pacientes/año (IC95%: 5,1 - 13,7) y la tasa de HCR fue de 6,4 por 100 pacientes/año (IC95%: 3,6 - 10,7).

Las variables asociadas a ETV recurrente fueron: TVP de miembros inferiores (16,9% vs. 4,4% en otras localizaciones; p: 0,003). Las variables que mostraron una tendencia con ETV recurrente fueron: estadio IV (10,9% vs. 3,2% estadio I-III, p: 0,073), ETV sintomático (11,9% vs. 5,4% ETV incidental, p: 0,098) y metástasis múltiples (14,7% vs. 5,1% metástasis única, p: 0,072). Las mutaciones en las que se observaron más ETV recurrente fueron: RET (50%), ERBB2 (50%), Mut790m (25%), PDL1 (8%) y wild (7,1%).

Las variables asociadas a HCR fueron: histología células no pequeñas no adenocarcinoma (13,1% vs. 3,8% resto histologías; p : 0,016) y TVP de miembros superiores (37,5% vs. 5,3% en otras localizaciones; p < 0,001). Las mutaciones en las que se observaron más HCR fueron: ALK (50%) y wild (8,1%).

Conclusiones: Hemos identificado perfiles diferenciales de pacientes con ETV secundario a cáncer de pulmón. Estos hallazgos nos podrían ayudar a tomar decisiones sobre la duración e intensidad de la anticoagulación.

TROMBECTOMÍA MECÁNICA PERCUTÁNEA PARA EL TRATAMIENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

A. Romero Linares, P.I. García Flores, A. Almansa López, A. Jiménez Antón, A. Hammadi Ahmed, C. Hoyas Sánchez, L. Alvarez Muro, A. Menéndez Lobo, B. Alcázar Navarrete, J.J. Ciampi Dopazo.

Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: La trombectomía mecánica percutánea es una alternativa terapéutica en pacientes con tromboembolismo pulmonar de riesgo medio-alto, caracterizados por disfunción ventricular derecha objetivable en pruebas de imagen y laboratorio, en ausencia de inestabilidad hemodinámica. Actualmente, el nivel de evidencia que avala su uso en este grupo de pacientes es de II-A. El objeto de este estudio es describir y exponer los resultados que ha arrojado el nuevo protocolo de trombectomía mecánica percutánea desarrollado en el H.U. Virgen de las Nieves.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel, en el que se recogieron todos los pacientes ingresados por TEPA de riesgo estratificado intermedio-alto y evaluados para trombectomía mecánica dentro del protocolo para TEP establecido en el el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se incluyeron los pacientes que cumplían los criterios de: TEP confirmado por AngioTC con afectación central (al menos una arteria lobar), PESI ≥ 3 , elevación de BNP junto con troponinas y signos de sobrecarga de VD en ecocardiografía reglada. Para cada paciente se realizó un estudio que incluía parámetros ecocardiográficos pre y postprocedimiento, parámetros analíticos y se cuantificaron las eventuales complicaciones intraprocedimiento. La comparación de las variables se realizó mediante test ANOVA para medidas repetidas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Desde agosto de 2021 a octubre de 2023, se han valorado 34 pacientes con TEPA candidatos a trombectomía mecánica con edad media 64,5 ($\pm 16,7$ años), 18 hombres (56,2%) y 14 mujeres (43,8%), con PESI ≥ 3 en 22 de ellos (68,7%). Se realizó la trombectomía en 26 (76,5%). Las causas de no realización de trombectomía fueron baja carga trombotica (62,5%), éxitus preprocedimiento (25%) y transformación de técnica a fibrinolisis (12,5%). Observamos reducción estadísticamente significativa de la FC (p < 0,001), los niveles pre y postprocedimiento de BNP (p = 0,011) y de troponinas (p = 0,040), así como una mejoría en los valores del TAPSE (p = 0,001). Sin diferencias en la VRT (p = 0,611) ni PAM (p = 0,325). En ningún caso hubo complicaciones durante el procedimiento debidas al mismo.

Conclusiones: La trombectomía mecánica es una alternativa terapéutica segura para los pacientes con riesgo intermedio-alto que ofrece mejorías clínicas así como en la sobrecarga de cavidades derechas reflejadas en ecocardiografía y niveles de biomarcadores analíticos.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

VALORACIÓN DE LA DISNEA PERSISTENTE Y PROGRESIÓN A HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA TRAS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SINTOMÁTICO. ANÁLISIS CONJUNTO DEL ESTUDIO OSIRIS Y SYSPE

E.M. Mendoza Zambrano (1), T. Elías Hernandez (1), R. López Reyes (2), C. Fernández Capitan (3), D. Jimenez Castro (4), M. Barca Hernando (1), R. Otero Candelera (1), L. Jara Palomares (1).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitari I Politènic La Fe, Valencia, (3) Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (4) Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es la complicación más grave en el seguimiento de pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo. La presencia de disnea en el seguimiento puede indicar HPTEC, aunque su valoración es multidimensional y sería ideal identificar pacientes con un perfil clínico de riesgo de HPTEC para un seguimiento más estrecho. Los estudios OSIRIS y SYSPE son dos trabajos prospectivos que analizaron la disnea y la incidencia de HPTEC tras un TEP agudo.

Metodología: Análisis conjunto de dos estudios prospectivos multicéntricos con TEP agudo en el periodo comprendido desde 2014 hasta el 2018. El diagnóstico confirmatorio de HPTEC requirió cateterismo cardiaco derecho (CCD). Se evaluó la presencia de disnea tras el evento agudo valorando la clase funcional y un cuestionario previamente establecido. Analizamos variables asociadas a: 1) disnea 2) probable hipertensión pulmonar (ecocardiograma sugestivo) 3) HPTEC confirmada mediante CCD.

Resultados: Se analizaron 1.853 pacientes, edad media de 65,5 (+/-16), 50,7% fueron hombres. En el seguimiento, 12,7% de pacientes refería disnea. Hubo 345 pacientes con probable hipertensión pulmonar (ecocardiograma sugestivo). Finalmente, en 40 pacientes fueron diagnosticados de HPTEC confirmada mediante CCD. Variables asociadas a disnea: sexo mujer (OR: 2,2; IC95%: 1,6 - 2,9), síndrome antifosfolípido (OR: 2,9; IC95%: 1,9 - 7), patología tiroidea (OR: 1,7; IC95%: 1,1 - 2,7), hipertensión arterial (OR: 1,4; IC95%: 1,02 - 1,8), insuficiencia cardiaca (OR: 2,4; IC95%: 1,6 - 3,6), enfermedad pulmonar crónica (OR: 1,5; IC95%: 1,1 - 2,1) y apnea obstructiva del sueño (OR: 2,2; IC95%: 1,3 - 3,6). Variables asociadas a probable HPTEC (con ecocardiograma sugestivo o CCD confirmatorio): sexo mujer (OR: 1,3; IC95%: 1,01 - 1,6), ETEV no provocado (OR: 1,5; IC95%: 1,1 - 1,9), tratamiento fibrinolítico en fase aguda del TEP (OR: 4,3; IC95%: 2,2 - 8,3), hipertensión arterial (OR: 1,4; IC95%: 1,1 - 1,8), varices (OR: 1,5; IC95%: 1,1 - 2,2). Variables asociadas a HPTEC: varices (OR: 2,6; IC95%: 1,1 - 6,2), enfermedad pulmonar crónica (OR: 2,1; IC95%: 1,02 - 4,2). La hipertensión arterial mostró una tendencia a significación estadística ($p = 0,05$; OR: 1,9; IC95%: 0,99 - 3,8).

Conclusiones: La disnea tras el TEP agudo es frecuente. Parece existir perfiles clínicos diferentes entre pacientes que sufren disnea persistente tras un TEP y aquellos en riesgo de padecer HPTEC. La identificación de perfiles nos puede permitir seleccionar pacientes para un seguimiento más estrecho.

REHABILITACIÓN PULMONAR DESPUÉS DE UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

A.B. Brown Arreola (1), E.M. Mendoza Zambrano (1), V. Sánchez López (2), C. Carrera Cueva (1), C. Caballero Eraso (2), F.J. Medrano Ortega (3), E. Calderón Sandunbete (3), A. Vallejo Vaz (3), R. Otero Candelera (2).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC, Universidad de Sevilla. CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, (3) Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla. CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La tromboembolia pulmonar es la tercera forma más frecuente de síndrome cardiovascular agudo y puede resultar en un impacto funcional y en la calidad de vida a largo plazo. Sin embargo, el papel de la rehabilitación tras el evento agudo y su seguridad no están bien aclaradas.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto y la seguridad de la rehabilitación pulmonar en pacientes que han sufrido un tromboembolismo pulmonar.

Metodología: Revisión sistemática incluyendo estudios de pacientes que sufrieron tromboembolia pulmonar, sometidos a un periodo de rehabilitación pulmonar durante su seguimiento, con evaluación de su efecto o/y recogida de eventos adversos. Se diseñó una estrategia de búsqueda con términos MeSH, Emtree y libres en las bases de datos electrónicas PubMed, Embase y Cochrane. El screening y selección de artículos se realizó siguiendo las recomendaciones PRISMA y fue realizada por dos investigadores de forma independiente. **Resultados:** Se obtuvieron 7.221 artículos, de los cuales finalmente cumplieron los criterios de inclusión 10 artículos (Figura 1): 4 ensayos clínicos, 4 cohortes retrospectivas y 2 cohortes prospectivas, todos publicados entre 2015 y 2023. Las características de los estudios se muestran en la Tabla 1. Los protocolos de actividad física fueron heterogéneos, con una duración entre 6 y 12 semanas. Las variables de evaluación del impacto de la rehabilitación fueron diversas, destacando en general una mejoría en la calidad de vida a favor de los grupos entrenados. No se describieron eventos adversos significativos en los pocos estudios ($n=3$ estudios) que analizaron la seguridad de la rehabilitación.

Conclusiones: La rehabilitación pulmonar tras una enfermedad tromboembólica ha despertado interés en los últimos años, aunque el número de estudios es aún limitado. Si bien los programas de intervención, su duración y la evaluación de sus resultados son heterogéneos, en general parece que la actividad física es segura en pacientes que han sufrido una tromboembolia pulmonar con beneficios sobre todo en la calidad de vida.

ESTUDIO DE PREVALENCIA E IMPACTO CLÍNICO DE LAS MUTACIONES ASOCIADAS AL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

R. Reinoso Arija, P.F. García Tamayo, L. Carrasco Hernández, I. Delgado Pecellín, C. Marín Hinojosa, E. Quintana Gallego, J.L. López-Campos Bodineau.

Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética grave de herencia autosómica recesiva que presenta una afectación multiorgánica, no obstante, la mayor morbimortalidad está relacionada con la afectación pulmonar. También destaca su afectación pancreática y hepática.

Por otro lado, el déficit de alfa-1-antitripsina (DAAT) es una condición genética infradiagnosticada donde ciertas mutaciones del gen SERPINA1 predisponen al desarrollo de la enfermedad, caracterizada principalmente en fsema pulmonar y hepatopatía.

Estudios previos han evaluado la relación entre DAAT y FQ mostrando resultados contradictorios. El objetivo de este análisis fue:

- Describir la prevalencia de mutaciones del gen SERPINA1 en pacientes diagnosticados de FQ.
- Comparar la presentación clínica

Metodología: Se ha realizado un análisis descriptivo de los pacientes con FQ procedentes de las consultas especializadas del Hospital Virgen del Rocío. Se recogieron los datos clínicos, microbiológicos y genéticos. Se evaluó de forma retrospectiva la progresión de la enfermedad y se evaluó el impacto clínico de las mutaciones asociadas al DAAT presentes en estos pacientes. El análisis estadístico de medias se realizó mediante t student para muestras independientes para las variables cuantitativas y mediante chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Se incluyó un total de 298 pacientes con diagnóstico de FQ de los cuales el 52,7% eran mayores de 18 años y el 53% eran mujeres. El 44% estaba en tratamiento con fármacos modificadores. En los pacientes adultos el 7% eran exfumadores y el 2,5% fumadores activos. La presencia de infección bronquial crónica era del 69,4% en adultos y del 49% en niños.

Un total de 45 pacientes (15%) presentaron algún tipo de variante alélica sin diferencias en cuanto al sexo o edad. La variante más prevalente fue la M/S representando el 82,3% de los casos. El resto de las variantes alélicas obtenidas fueron S/S (3 casos), M/Z, (3) S/Z (1), M/I y M/Plowell (1). La presencia de variantes genéticas no implicó diferencias estadísticamente significativas en el número de agudizaciones ni en la presencia de infección bronquial crónica.

Conclusiones: Las mutaciones asociadas al DAAT son relativamente frecuentes en los pacientes con FQ, aunque su implicación en la presentación clínica y en la progresión de la enfermedad no parece relevante.

VALORACIÓN DEL USO DE LEVOFLOXACINO NEBULIZADO EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA.

R. Reinoso Arija, L. Carrasco Hernández, M. Ferrer Galván, C. Calero Acuña, D. Núñez Ollero, E. Quintana Gallego.

Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La antibioterapia nebulizada ha demostrado una alta efectividad y seguridad en el tratamiento de la infección bronquial crónica. Hoy en día contamos con diferentes antibióticos disponibles en esta formulación.

El levofloxacino es una fluoroquinolona de tercera generación con un amplio espectro de actividad frente a bacterias Gram positivas y Gram negativas. Actualmente está autorizado su uso desde 2019 para el tratamiento de las infecciones pulmonares crónicas causadas por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes adultos con fibrosis quística (FQ).

El objetivo de este análisis fue describir la tolerancia y eficacia de esta terapia en pacientes con bronquiectasias (FQ y no FQ) con infección bronquial crónica.

Metodología: Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los pacientes con FQ y bronquiectasias no FQ en tratamiento activo con levofloxacino nebulizado procedentes de las consultas especializadas del Hospital Virgen del Rocío. Se recogieron los datos clínicos, microbiológicos y pruebas funcionales antes y después del inicio del tratamiento.

Resultados: Se incluyó un total de 7 pacientes, de los cuales 4 tenían diagnóstico de FQ y 3 tenían bronquiectasias no FQ. El 85,71% eran mujeres y la edad media fue de 47 años. En el caso de los pacientes con FQ las mutaciones encontradas fueron: G542X/ R1066C, R1066C/R1066C, G542X/R334W y Q890X/2789+5G->A.

Respecto a los aislamientos microbiológicos 5 pacientes presentaban infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa*, 1 paciente por *Achromobacter xiloxidans* y 1 paciente por *Mycobacterium abscessus*. En dos de los casos con *Pseudomonas aeruginosa* no se vuelve a aislar tras el inicio de tratamiento, así como ocurre en el caso con *Achromobacter xiloxidans*.

Todos los pacientes presentaron mejoría clínica y adecuada tolerancia sin episodios de hiperreactividad bronquial en ninguno de ellos. En aquellos con duración del tratamiento superior a 12 meses el número de exacerbaciones fue similar respecto a la situación previa. Como efectos secundarios 3 pacientes refirieron disgeusia y 1 refirió picor de garganta.

Conclusiones: El uso de levofloxacino nebulizado es una terapia antimicrobiana con buena tolerancia y escasos efectos adversos. Surge como una opción frente al uso tradicional de tobramicina, colistina y aztreonam.

TRATAMIENTO CON LEVOFLOXACINO INHALADO EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA E INFECCIÓN CRÓNICA POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

M. Baena Bustos, J. Peña Franco, R. Ayerbe García, V. Almadana Pacheco.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El manejo con antibióticos inhalados de las bronquiectasias no fibrosis quística (BQ-NoFQ) se basa en las recomendaciones de FQ. Las nuevas formulaciones antibióticas disponibles favorecen nuevos esquemas de tratamiento.

Objetivo: Evaluar la efectividad clínica del levofloxacino inhalado en pacientes con BQ-NoFQ.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes tratados con levofloxacino inhalado en una consulta monográfica de BQ-NoFQ tras aprobación del fármaco por la Comisión Multidisciplinar para Uso Racional del Medicamento en nuestro hospital (17/03/2022) con seguimiento a 18 meses.

Criterios de inclusión: infección bronquial crónica por pseudomona aeruginosa y mala tolerancia a otros antibióticos inhalados (al menos 2 fármacos previos) o pobres resultados. Se evaluaron como variables de efectividad: disnea medida por la mMRC, estado de salud en escala de Likert 1 - 3 (igual, mejor o peor), la reducción de tasa de exacerbaciones (ambulatorias y/o hospitalarias) y los efectos secundarios.

Resultados: Analizamos un total de 9 pacientes, 7 mujeres y 2 hombres con una media de edad de 71 años. Media de 9,3 meses de tratamiento. 3 pacientes (33,3%) interrumpieron el tratamiento por efectos secundarios (aftas bucales, tendinitis y artralgias). Se obtuvo una mejoría en el estado de salud en el 83,3% de nuestros pacientes. En dos de ellos desapareció la disnea, presentando una sensación previa de 1 y 2 de la mMRC respectivamente, en otro disminuyó dicho grado de 2 a 1 y en el resto se mantuvo constante. De media los pacientes venían de 2,33 exacerbaciones al año, tras inicio de la nueva terapia fue de 0,83.

Conclusiones: El uso de levofloxacino inhalado determina un impacto positivo en síntomas y percepción de salud en nuestros pacientes con BQ-NoFQ.

El fármaco redujo la tasa de exacerbaciones sin mayores efectos secundarios que los tratamientos alternativos.

UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES SANGUÍNEOS EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA NEUMONIA COMUNITARIA QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

P. Mengibar Vallejo (1), C. Jurkojc Mohremberger (2), A. Hammadi Ahmed (3).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Servicio de Neumología, Hospital General, Málaga, (3) Servicio de Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Financiado por Neumosur (Beca 4/2022)

Introducción: El diagnóstico etiológico de la neumonía comunitaria (NAC) que precisa de ingreso hospitalario es fundamental para mejorar los resultados en salud con el menor impacto en resistencias antimicrobianas. El objetivo de este estudio es determinar si el empleo de biomarcadores de inflamación puede ayudar al diagnóstico etiológico de la NAC.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, realizado en un único centro con pacientes adultos ingresados por neumonía comunitaria no asociada a SARS-CoV2. Para cada paciente se recogieron datos clínicos, muestras para análisis microbiológico y marcadores inflamatorios (PCR, procalcitonina, relación neutrófilos/linfocitos-NLR-, e interleucina 6-IL-6-) en las primeras 24 h del ingreso y al 5º día del mismo.

Resultados: Participaron en el estudio 66 pacientes, con edad media (\pm DE) de 61,0 (\pm 15,4) años, 23 (37,7%) mujeres, con una puntuación media del PSI 81,3 (\pm 33,3) puntos. En 36 pacientes (59%) se demostró un agente etiológico causal: bacteriana típica 26,2%, vírica 14,8%, bacteriana atípica 24,6%. Los biomarcadores inflamatorios al ingreso no se asociaron con los días de ingreso hospitalario o riesgo de reingreso a 90 días. Para el diagnóstico de NAC bacteriana típica (Figura 1) la variable que mejor predijo su existencia fue NLR (AUC 0,660), seguida de procalcitonina (AUC 0,622) y PCR (AUC 0,614). Para la exclusión de NAC vírica, la mejor variable fue la PCR (AUC 0,662), seguida de la RNL (0,528).

Conclusiones: En cerca del 60% de las NAC puede determinarse el agente etiológico. El empleo de NLR y PCR son los biomarcadores que más ayudan a confirmar la NAC bacteriana típica o descartar la NAC vírica.

INDICADORES DE REMODELADO ÓSEO TRAS TRATAMIENTO CON TEZACAFTOR/IVACAFTOR

A.M. Gómez Ortiz (1), L. Carrasco Hernández (3), E. Quintana Gallego (3), I. Delgado Pecellín (2), C. Delgado Pecellín (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, (3) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Centro de Investigación

Introducción: No se conocen los efectos de Tezacaftor/Ivacaftor a nivel de remodelado óseo. El objetivo fue analizar marcadores de remodelado óseo (MRO) en pacientes FQ tras un año de tratamiento.

Metodología: Estudio observacional prospectivo en pacientes FQ del Hospital Virgen del Rocío. Tras tratamiento con tezacaftor/ivacaftor se determinó marcadores de formación ósea: propéptido N-terminal del procolágeno tipo 1(P1NP), fosfatasa alcalina total(FAT), fosfatasa alcalina osea(FAO), osteocalcina(OC) y osteoproteogélica(OPG) y marcadores de resorción ósea(β -CrossLaps, PTH, vitaminas 25-hidroxivitamina D(25-VitD), 1,25 dihidroxivitamina D(1,25-VitD), IL-6, TNF α y vitamina K antes de iniciar y tras 12 meses de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales 60% eran adultos y 40% pediátricos. La edad media de inicio del tratamiento en adultos fue $33,8 \pm 12,15$ años; 45% mujeres y 55% varones. La media de PINP previo al tratamiento fue de 106,23 aumentando a 119,13 ng/mL postratamiento ($p < 0,05$); media de 25-VitD pre y postratamiento, respectivamente 27,69 y 31,25 ng/mL ($p < 0,05$); FAO pre y postratamiento 21,34 y 16,08 pg/mL ($p = 0,25$); FAT pre y postratamiento 113,15 y 109,2 pg/mL ($p = 0,31$); OC pre y postratamiento 21,95 y 27,2 pg/mL ($p < 0,05$); OPG pre y postratamiento 4,72 y 7,6 pg/mL ($p < 0,05$); media de 1,25-VitD pre y postratamiento de 46,37 y 53,89 pg/mL ($p < 0,05$); IL-6 pre y postratamiento 7,15 y 7,96 pg/mL ($p = 0,29$); TNF- α pre y postratamiento 8,15 y 8,42 pg/mL ($p = 0,43$); PTH pre y postratamiento 33,12 y 34,16 pg/mL ($p = 0,30$); β -CrossLaps pre y postratamiento 0,52 a 0,49 ng/mL ($p < 0,05$); vitamina K pre y postratamiento de 0,78 a 0,99 ng/mL ($p < 0,05$).

De los pacientes pediátricos la edad de inicio fue de $15,30 \pm 1,56$ años. PINP subió de 275 a 332,7 ng/mL ($p < 0,05$); FAO subió de 28 a 35,14 ng/mL ($p < 0,05$); FAT bajó de 214 a 166 ng/mL ($p = 0,15$); OC subió de 36,75 a 50,77 ng/mL ($p < 0,05$); OPG subió de 3,78 a 5,21 ng/mL ($p < 0,05$); 25-VitD subió de 29,77 a 33 ng/mL ($p < 0,05$); 1,25-VitD subió de 61,9 a 63 pg/mL ($p = 0,25$); PTH bajó de 32,48 a 27,2 pg/mL ($p < 0,05$); β -CrossLaps bajó de 1,34 a 0,81 ng/mL ($p < 0,05$); vitamina K subió de 0,65 a 1,99 ng/mL ($p < 0,05$); TNF α pasó de 9,7 a 9,2 ng/mL ($p < 0,05$); IL-6 pasó de 8,56 a 2,23 ng/mL ($p < 0,05$).

Conclusiones: Niños con Tezacaftor/Ivacaftor mejoraron los marcadores de formación y resorción ósea y niveles de vitaminas K, 25-VitD y 1,25-VitD.

Adultos con Tezacaftor/Ivacaftor mejoraron PINP, osteocalcina, osteoproteogélica, el β -CrossLaps y TNF- α . Los niveles de 25-VitD y 1, 25-VitD y la vitamina K mejoraron tras un años de tratamiento.

COMO HA CAMBIADO LA TUBERCULOSIS RESISTENTE TRAS EL SARS-COV-2

E. Condorelli Condorelli, A. Martínez Mesa, A. Álvarez Nápoles, J.L. Velasco Garrido.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Hasta el año 2020, la tuberculosis se erigía como la principal causa de mortalidad infecciosa a nivel global, hasta la aparición de la COVID-19. El SARS-CoV-2 es un virus responsable de la enfermedad conocida como COVID-19 y la mortalidad es muy variable de unos países a otros en función.

Actualmente, la pauta estándar de tratamiento de todos los casos de tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) se realiza con 4 fármacos en vez de 3 debido a la alta tasa de resistencia primaria a H. El diagnóstico y el tratamiento de estas formas de tuberculosis es mucho más complejo y el pronóstico empeora a medida que se incrementa el patrón de las resistencias. El objetivo del estudio ha sido estudiar el patrón de resistencias en nuestro medio y ver como se comportan las resistencias antes y después del Covid-19.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo a través del registro informático del servicio de Microbiología de nuestro hospital. Se han recogido las siguientes variables los pacientes con TB en nuestro medio en el periodo comprendido entre enero de 2012 y octubre de 2023: resistencias a fármacos de primera línea adherencia y fecha de esputos (pre o post Covid-19, utilizando como punto de corte Marzo 2020).

Resultados: La prevalencia de TBR antes de la pandemia por SARS-COV-2 ha sido del 6,21% con respecto al total de casos de tuberculosis en el periodo descrito (12 pacientes de un total de 193 casos diagnosticados), siendo la resistencia a isoniacida 83,3% (10 pacientes de 12) y la resistencia a pirazinamida del 16,6% (2 pacientes de 12). Mientras que desde Marzo 2020 la prevalencia de TBR ha sido del 27,69% (18 pacientes de un total de 65), la resistencia a isoniacida fue del 8,3% (7 pacientes), a estreptomycin del 3,6% (3 pacientes), a etambutol del 2,4% (2 pacientes) y a pirazinamida del 1,05% (1 paciente). No se han registrado casos de resistencia a rifampicina.

Conclusiones: La tasa de tuberculosis resistente parece ser mayor tras la pandemia por SARS-COV-2

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ASOCIACIÓN ENTRE REPLICACIÓN DE POLIOMAVIRUS BK EN ORINA Y PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRASPLANTADOS DE PULMÓN

C. Muñoz Corroto (1), C. Rodelo Haad (2), M.J. Cobos Ceballos (1), J. Arias Alcalá (2), J. Vaquero Barrios (1), M.L. Agüero Morales (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Previamente describimos incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) en TP y velocidad de progresión de la ERC. La insuficiencia renal (IR) se ha asociado a nefrotoxicidad por inhibidores de la calcineurina, sin embargo se ha descrito una incidencia superior a la esperable de viruria BK en estos pacientes

Objetivo: analizar la velocidad de caída del filtrado glomerular (FG) por año y valorar si la viruria BK en TP se asocia a un incremento en la velocidad de caída del FG y progresión a ERC en esta población.

Metodología: Estudio longitudinal observacional descriptivo y prospectivo incluyendo pacientes TP y en seguimiento en nuestro Hospital. Calculamos la velocidad de caída de FG en un año correlacionándose con sexo, edad, HTA y DM postrasplante, tiempo postrasplante, estadio renal y presencia de IR.

Posteriormente sobre una población de 59 pacientes con ERC y TP determinamos viruria BK clasificándolos: viruria positiva o negativa. Se analizaron variables demográficas y clínicas. La pendiente de caída se calculó considerando el FG desde 2 años antes de la determinación de la viruria BK y hasta 2 años después. Se utilizaron en total 7 mediciones de FG (-2 años, -1 año, basal, +6 meses, +1 año y +2 años).

La regresión lineal determinó las variables asociadas a la caída de la pendiente del FG. La regresión logística identificó las variables asociadas a progresión rápida (caída $FG > 5$ ml/min/1,73 m²/año)

Resultados: La caída del FG media por año fue 6,35 ml/min/1,73 m²/año (mediana 4,42; rango intercuartílico 15,53), siendo mayor en pacientes sin IR previa ($p < 0,001$) e inversamente proporcional al tiempo postrasplante ($p < 0,006$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al resto de variables analizadas.

De los 59 TP, 39 mostraron viruria negativa y 20 positiva. La caída media ajustada por mínimos cuadrados de la pendiente de FG fue superior en sujetos con viruria positiva (-6,50 ml/min/1,73 m²/año vs -0,31 ml/min/1,73 m²/año, $p < 0,001$). La viruria positiva determinó de forma independiente un descenso de -6,2 ml/min/1,73 m²/año ($p = 0,002$).

Conclusiones: En la población seleccionada, los sujetos con viruria BK mostraron una pendiente de caída del FG más rápida junto con un patrón de rápidos progresadores hacia estadios avanzados de ERC. La determinación de viruria BK debería considerarse en el seguimiento de los pacientes sometidos a TP.

SEGUIMIENTO DE LA DIFUSIÓN DE CO (DLCO) EN FASE DE CONVALECENCIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

A. Muñoz Lajara (1), M.J. Córcoles Valenciano (2), C. Marín Espín (3), M. Fajardo López (4), J.M. Sánchez Nieto (5).

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La neumonía ocasionada por el SARS-COV-2 ha supuesto la necesidad de un seguimiento continuo en consultas externas de pacientes que han superado la fase aguda de la enfermedad, con el objetivo de evaluar las posibles secuelas respiratorias. La medición de la DLCO nos ayuda de un modo cuantitativo a valorar la función pulmonar y el intercambio gaseoso a nivel del intersticio pulmonar.

Metodología: Se recogen datos demográficos, clínicos y funcionales de 526 pacientes ingresados por neumonía SARS-COV-2 entre marzo de 2020 y febrero de 2021 en el Hospital General Universitario Morales Meseguer (véase [tabla 1](#)) y se realiza un análisis estadístico con el programa SPSS, obteniendo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Posteriormente, se evalúa la DLCO a los 2, 6 y 12 meses (1º, 2º y 3º consulta respectivamente). Los pacientes con una DLCO $> 80\%$, resolución radiológica o asintomáticos, fueron dados de alta.

Resultados: Se incluyeron un total de 526 pacientes (62% varones) con una edad media de 60,56 años +/- 13,9 (véase [tabla 1](#)). Se le realizaron pruebas funcionales a 211 pacientes en la 1ª visita, de los cuales el 46% (18,7% del total) mostraba una DLCO alterada. En la 2ª revisión, se llevaron a cabo 57 pruebas funcionales, de las cuales un 47% persistía con una DLCO.

Conclusiones: La DLCO de los pacientes ingresados por neumonía SARS-COV-2 mejora en la mayoría de los pacientes de forma espontánea tras una fase de convalecencia variable.

Existe un pequeño porcentaje de pacientes que persisten con una alteración de la DLCO después de un año de seguimiento.

ANÁLISIS DE LAS SECUELAS RADIOLÓGICAS A LARGO PLAZO SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

M.J. Córcoles Valenciano (1), N.I. Casado Alarcón (2), A. Muñoz Lajara (1), C. Marín Espín (1), M. Fajardo López (1), J.M. Sánchez Nieto (1), M.A. Franco Campos (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, (2) Servicio de Radiología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La enfermedad COVID-19 tiene una presentación clínica muy variable, desde formas asintomáticas hasta neumonías graves que pueden producir secuelas pulmonares a largo plazo. El objetivo de este estudio es analizar la correlación de las secuelas radiológicas observadas en la TC de tórax al año de seguimiento en forma de ILA (intersticial lung anomaly) según la gravedad de la neumonía por SARS-CoV-2 durante el ingreso.

Metodología: Se trata de un estudio observacional transversal retrospectivo. Se revisa una muestra de 510 pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo 2020 y marzo 2021 y, se incluyen en el estudio un total de 52 pacientes que presentan seguimiento al año en la Consulta Monográfica de COVID-19 del Servicio de Neumología. Se realiza un análisis descriptivo y posteriormente, se analiza de forma bivalente la correlación de las secuelas radiológicas al año según la gravedad de la neumonía por SARS-CoV-2 a través de tablas de contingencia con χ^2 de Pearson (test de Fisher).

Resultados: La edad media de los pacientes es 61,7 ± 9,25 años con 73% de varones. El 50% son ex fumadores, el 48% no tienen antecedentes de tabaquismo y el 2% son fumadores activos. El 21% presentan antecedentes respiratorios: 11,5% AOS, 5,8% EPOC y 3,8% asma ([tabla 1](#)).

En el ingreso hospitalario, el 19,2% presenta neumonía leve por SARS-CoV-2, el 48% neumonía moderada y el 32,7% grave. En cuanto a los patrones radiológicos observados en la TC de tórax al año destaca: el 21,2% con patrón de ILA inflamatoria y el 57,7% con ILA fibrótica. Los pacientes con neumonía leve presentan con mayor frecuencia resolución completa de la afectación radiológica en el TC de tórax al año (80% [8 de 10], $p < 0,001$). Sin embargo, los pacientes con neumonía moderada o grave por SARS-CoV-2 presentan con mayor frecuencia un patrón radiológico de ILA en el TC de tórax al año (88% en moderada [21 de 24], $p < 0,001$, 100% en grave [18 de 18], $p < 0,001$), siendo la forma más frecuente el patrón de ILA fibrótica en ambos casos (66,7% en moderada [16 de 24], $p < 0,001$, 83,3% en grave [15 de 18], $p < 0,001$ ([tabla 2](#)).

Conclusiones: Los pacientes con neumonía leve por SARS-CoV-2 presentan con mayor frecuencia una resolución radiológica completa en la TC de tórax al año de seguimiento. Sin embargo, los pacientes con neumonía moderada o grave por SARS-CoV-2 presentan con mayor frecuencia secuelas radiológicas a largo plazo, especialmente en forma de ILA fibrótica.

SILICOSIS COMPLICADA POR AGLOMERADOS DE SÍLICE: PET/TC CON 18F-FDG E ÍNDICES INFLAMATORIOS SISTÉMICOS

S. Gutiérrez Hernández (1), A. León Jiménez (1), J. Rodríguez Rubio Corona (2), M.L. Piñero Fernández Reyes (2), G. Jiménez Gómez (3), A. Hidalgo Molina (1), A. Campos Caro (3).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (3) Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INBICA), Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La silicosis por aglomerados de sílice es un problema prioritario de salud laboral en muchos países, no solo por su incidencia sino porque es más agresiva que la silicosis por piedra natural. El papel de la Tomografía por Emisión de Positrones/ Tomografía Computarizada usando F18-fluorodesoxiglucosa (FDG-PET/CT) en la Silicosis apenas ha sido estudiada hasta el momento. Además, la relación entre la actividad metabólica medida mediante el valor máximo de absorción estandarizado (SUVmax) y los índices de inflamación sistémica son por ahora desconocidos. Nuestro objetivo es profundizar sobre este tema.

Metodología: Se incluyeron 17 pacientes con silicosis complicada. Todos ellos habían trabajado durante al menos 5 años terminando e instalando encimeras de aglomerado de sílice. En el momento del estudio, la exposición había cesado durante al menos 7 años. Se recogieron datos clínicos, resultados de pruebas de PET/CT, pruebas de función respiratoria y muestras de sangre (ClinicalTrials.gov:NCT05118256).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $44 \pm 5,4$. Todos ellos eran varones. La media de años de exposición fue de $10,94 \pm 3,2$. Se clasificó a los pacientes según la categoría de Fibrosis Masiva Progresiva (ICOERD). De los 17 pacientes incluidos 5 pertenecían a la categoría A, 6 pacientes pertenecían a la categoría B y otros 6 pacientes a la categoría C. El SUVmax promedio de las principales lesiones pulmonares fue de $6,32 \pm 3,04$. Todos los pacientes presentaban adenopatías mediastínicas con alta actividad metabólica, además presentaron adenopatías fuera del territorio mediastínico el siguiente número de pacientes: 12 supraclaviculares, 8 torácicas inferiores y 11 abdominales. El SUVmáx medio de las adenopatías fue de $6,21 \pm 1,56$. El análisis de correlación de Spearman entre el SUVmáx promedio de pulmón y el LMR (linfocitos/monocitos ratio) fue de $-0,506$ ($p = 0,038$) y el SIRI (Índice de respuesta inflamatoria sistémica) fue de $0,559$ ($p = 0,02$). La correlación entre el SUVmáx promedio de las adenopatías y el LMR fue de $-0,482$ ($p = 0,05$) y el AISI (Índice Agregado de Inflamación Sistémica) fue de $0,498$ ($p = 0,042$).

Conclusiones: La actividad metabólica de las lesiones pulmonares y de las linfadenopatías es alta incluso años después del cese de la exposición. Las linfadenopatías no se limitan a la cavidad torácica. La correlación entre la actividad metabólica y los índices inflamatorios sistémicos constituyen una nueva vía de investigación.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON EPID FIBROSANTE EN CONSULTA MONOGRÁFICA DEL HOSPITAL DE CÁCERES

A.P. Arenas Polo (1), M. Cebrián Romero (1), R. Rodríguez Villamor (1), M. Sanz Flores (1), B. Barragán Pérez (1), J. Corral Peñafiel (1).

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo heterogéneo de entidades. La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la más frecuente. Otras EPID no FPI puedan progresar hacia una fibrosis pulmonar progresiva (FPP).

Esta se define por el cumplimiento de al menos dos de los tres criterios: empeoramiento de los síntomas respiratorios, progresión radiológica y/o fisiológica de la enfermedad.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes (p.) con diagnóstico de FPP y FPI evaluados en la consulta monográfica de EPID entre los meses enero y junio de 2022. Se recogieron variables clínico-epidemiológicas y diagnósticas, cuyos resultados se almacenaron en una base de datos desarrollada al efecto. El estudio estadístico se realizó con el programa informático IBM SPSS versión 23.

Resultados: Se recogieron 83 p. con diagnóstico de EPID, de los cuales el 32,5 % eran mujeres y el 67,5 % hombres con una media de edad de 73 años. El 66,3 % de los p. eran exfumadores, un 22,5% nunca habían fumado, el 6 % eran fumadores pasivos y solo un 2,4 % fumadores activos. Respecto a la exposición a antígenos inorgánicos/orgánicos, el 65,1 % no tenían exposición previa, el 15,7% tuvo exposición a polvos inorgánicos, el 13,3% a orgánicos y el 6 % a ambos. El 57,8% tenían FPI, 8,4% FPI familiar y el 28,9% FPP. Dentro de los p. con FPP los tipos más frecuentes fueron la artritis reumatoide (AR) 33%, neumonía intersticial no específica fibrótica (NINE f) 29% y neumonitis por hipersensibilidad fibrótica (NH f) 12,5 %. En cuanto a las comorbilidades, el 41 % de los p. no tenían comorbilidades asociadas; la enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE) fue la más prevalente (20,5 %) seguida de la enfermedad cardiovascular (ECV) (14,5 %) y del enfisema (9,6 %). Los p. con FPP tienen menos FVC (FVC <80 %) que los FPI al inicio del tratamiento (29 % vs 16 %). En cuanto al tratamiento el 47 % recibieron pirfenidona y el 41 % nintedanib y el 12 % ninguno. En el 15 % se realizó cambio de tratamiento de los cuales el 58,3% tenían FPI.

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente de FPP es AR. Los p. con FPP tienen peor función pulmonar (FVC >80%) que los pacientes con FPI al inicio de tratamiento. La comorbilidad más frecuente en ambos grupos es ERGE, en nuestra serie hemos detectado escasas agudizaciones de EPID en ambos grupos.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA DEMORA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INTERSTICIALES DIFUSAS

J. Hernández Borge, J. López Rodríguez, L. Galán Ledesma, R. Morante Espada, N. Matallana Encinas, E. Sánchez Calle, J.A. Márquez Alba, S. Hernández Gómez, L. Cañón Barroso, P. Íñigo Naranjo.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Algunos trabajos señalan importantes demoras diagnósticas (DD) en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). Las causas de las mismas no son bien conocidas, podrían afectar al inicio del tratamiento, al curso de la enfermedad y su pronóstico. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer las DD en pacientes con EPID y si hay factores específicos relacionados con las mismas.

Metodología: Partiendo de una cohorte de pacientes con diversas EPID provenientes de una consulta monográfica se establecieron las DD creando dos grupos en función de la media de demora global (consulta [DC] y estudio [DE]). Se recogieron variables sociodemográficas, estudios realizados y diagnósticos definitivos. Se realizó un estudio comparativo (Chi-cuadrado, t-Student) y de supervivencia (Kaplan-Meier) en función de las mismas.

Resultados: Se incluyeron 227 pacientes (67% hombres, edad media $69,3 \pm 11,4$ a). La DC fue de $338,8 \pm 564,4$ días y la DE de $218,4 \pm 381,7$ días. Se establecieron dos grupos en función de que la demora global (DC+DE) fuera mayor ($D > 550$) o menor a 550 días ($D \leq 550$) afectó al 31,3% de los casos estudiados. La $D > 550$ fue significativamente más frecuentes en pacientes con comorbilidades (93% vs 82,7%, $p = 0,04$), sobre todo en hipertensos (54,9% vs 38,5%, $p = 0,022$) y cardiopatas (38% vs 24,4%, $p = 0,04$). No encontramos relación entre la DD y los estudios realizados (Broncoscopia, BAL, biopsia transbronquial o quirúrgica, TC alta resolución o P. funcionales) o el método diagnóstico definitivo. Los patrones sugestivos de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) fueron más frecuentes en los casos con $D > 550$ (patrón reticular, panalización, bronquiectasias por tracción, $p < 0,05$) mientras que el patrón incompatible con NIU lo fue en los casos con $D \leq 550$ (73,2% vs 50%, $p = 0,028$), tuvieron peores pruebas funcionales (FVC550 (50,7% vs 39,7%, $p = NS$). No encontramos que la supervivencia se relacionará claramente con la DC o la DE.

Conclusiones: Encontramos importantes demoras diagnósticas en los pacientes con EPID. Estas fueron especialmente acusadas entre los casos con FPI relacionándose con una peor situación funcional y posiblemente pronóstica.

REPERCUSION EN SUPERVIVENCIA Y AGUDIZACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIFIBROTICO EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA. RESULTADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

JA. Fulgencio Delgado (1), I. Padrino Silva (2), A. Asuero Llanes (1), B. Ruiz Duque (1), I. Muñoz Ramírez (1).

(1) Unidad de Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva, (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: El tratamiento antifibrótico busca intervenir en la evolución natural de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Nuestro objetivo es comparar agudizaciones antes y después del inicio del tratamiento, impacto en supervivencia y efectos adversos del mismo.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de 41 pacientes con diagnóstico de FPI que han comenzado con tratamiento antifibrótico en nuestro centro entre julio 2014 y febrero 2023. Se han recogido variables sociodemográficas. Se ha analizado la frecuencia de los efectos adversos y el cambio de tratamiento por dicho motivo. Hemos comparado el número de visitas a Urgencias y el número de hospitalizaciones antes y después del inicio del tratamiento mediante una prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Por último, se ha expresado la supervivencia media de estos pacientes mediante una gráfica de Kaplan Meier.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos es de 70 ± 10 años, con predominio de varones (84,5%) frente a mujeres (14,6%). Del total, 58,5% son exfumadores, 31,7% nunca han fumado y 9,8% fumadores activos. El 26,8% de los pacientes han realizado cambio de tratamiento antifibrótico por efectos adversos, siendo los problemas gastrointestinales los más frecuentes (63,6%) seguidos de pancreatitis (18,2%), fotosensibilidad (9,1%) y empeoramiento clínico (9,1%). No hay diferencias en el análisis de las visitas a Urgencias antes y después de la instauración del tratamiento. Sin embargo, en cuanto a los ingresos hospitalarios si hubo significación estadística ($p < 0,05$), probablemente en relación con la gran cantidad de pacientes que no presentaron ingresos antes ni después de ser tratados frente al resto de subgrupos. La supervivencia media de nuestra población es de 29 meses con un error estándar de 1,644.

Conclusiones: No se han encontrado grandes diferencias entre las visitas a urgencias e ingresos en función del tratamiento, aunque prevenir las exacerbaciones resulta fundamental para reducir la morbimortalidad. Varios pacientes requieren cambio del tratamiento antifibrótico o incluso plantean abandonarlo por efectos adversos, siendo recomendable un seguimiento activo en el que poder actuar de forma precoz. La supervivencia media en nuestro estudio resulta similar a la que presentan habitualmente los pacientes que padecen esta enfermedad, siendo el pronóstico de la FPI todavía infausto, por lo que necesitan más ensayos clínicos para estudiar nuevas líneas de tratamiento.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA: CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES ANTES Y DESPUÉS

A. Fulgencio Delgado (1), V. Gallego Gutiérrez (2), A. Asuero Llanes (1), B. Ruiz Duque (1), R. Figueriña López (1).

(1) Unidad de Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva, (2) Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: El tratamiento antifibrótico busca intervenir en la evolución natural de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Nuestro objetivo ha sido evaluar el método diagnóstico de la enfermedad y analizar la evolución funcional respiratoria tras el inicio del tratamiento antifibrótico.

Metodología: Estudio descriptivo realizado sobre los pacientes con FPI con tratamiento antifibrótico en nuestro hospital entre julio de 2014 y febrero de 2023. Se registran sexo, edad, hábito tabáquico, fármaco antifibrótico, método diagnóstico (patrón en TAC y necesidad de biopsia pulmonar) y pruebas funcionales antes y después de comenzar el tratamiento. Los análisis estadísticos de los resultados de las pruebas funcionales se realizaron mediante el test de la t de Student y el test de Wilcoxon.

Resultados: Con una población total de 41 pacientes, la mayoría eran varones (85,4%), siendo la edad media de 70 ± 10 años. Eran ex fumadores el 58,5% mientras que el 9,8% continuaban fumando. Nintedanib fue el antifibrótico más utilizado (63,61%), estando prescrita Pirferidona en los casos restantes. El diagnóstico de FPI se alcanza mayoritariamente sin necesidad de biopsia (63,4%), observándose patrón radiológico típico de neumopatía intersticial usual (NIU) en TACAR en un 41,5% de los pacientes (de los cuales ninguno precisa biopsia). Del total de aquellos con patrón radiológico de posible NIU (39%) se realizan biopsia pulmonar sobre la mitad y se confirma patrón histológico de NIU en el 57,1% de las muestras. Las $\frac{3}{4}$ partes de los patrones radiológicos indeterminados en TACAR se biopsian, diagnosticando patrón histológico de NIU en el 42,9%.

Antes del tratamiento, nuestra población presentaba un patrón restrictivo leve-moderado con índice de Tiffenau medio de $83,95 \pm 5,62$ y FVC media de $79,54\% \pm 14,55$. Asociaban unos volúmenes estáticos disminuidos ligeramente, TLC media de $73,15\% \pm 13,19$; y difusión moderadamente disminuida (DLCO media $56,2\% \pm 17,99$). Tras iniciar el antifibrótico observamos un deterioro de la función pulmonar respecto a los valores de inicio de forma significativa: FVC $72,22\% \pm 20,18$, TLC $66,11\% \pm 16,02$ y difusión $45,54\% \pm 17,52$.

Conclusiones: Nuestro perfil de paciente es similar al descrito en la literatura: varón entorno a los 70 años, exfumador, patrón radiológico de NIU en TAC, con restricción leve y disminución moderada-grave de volúmenes y difusión. Tras el inicio del tratamiento antifibrótico la función pulmonar sigue descendiendo. Faltan estudios a más largo plazo para evaluar la velocidad de esta tendencia.

COMPARACION ENTRE LOS PACIENTES CON ENFISEMA-FIBROSIS Y FPI AL DIAGNOSTICO

A. Carmona González, S. Hernández Gutiérrez, R. De Andrés David, A. Ais Daza, A. Arnedillo Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE), es un síndrome donde coexisten ambas patologías. Sin embargo, pueden existir diferencias en distintos aspectos entre los pacientes con CFPE y fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias al diagnóstico entre los pacientes con FPI y CFPE.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo de todos los pacientes diagnosticados de CFPE en consulta y se comparó con una muestra al azar de pacientes con FPI. Se analizaron variables demográficas, función pulmonar, comorbilidades, tiempo transcurrido hasta diagnóstico, tratamientos recibidos y exacerbaciones último año.

Resultados: Se recogieron en total 11 pacientes con CFPE, todos varones, con edad media de $74,73 \pm 8,4$ años. De estos, 2 (18,2%) eran fumadores activos y 9 (81,8%) exfumadores. Respecto a comorbilidades, 9 (81,8%) fueron respiratorias, 5 (45,5%) cardíacas, 4 (36,4%) HTP y 3 (27,3%) cáncer de pulmón. Seis (54,5%) recibieron corticoterapia y 10 (100%) tratamiento inhalado. Cinco (45,5%) recibían antifibróticos (Nintedanib) y 4 (36,4%) oxigenoterapia. Por último, 1 (9,1%) exacerbó en el último año.

Por otro lado, se analizaron 13 pacientes con FPI, 4 mujeres (30,8%) y 9 varones (69,2%), con edad media de $72,85 \pm 6,3$ años, de los cuales 10 (76,9%) eran exfumadores, 2 (15,4%) presentaban comorbilidades respiratorias, 3 (23,1%) cardíacas y 2 HTPu (15,4%). Cinco (38,5%) con tratamiento corticoideo, 4 (30,8%) inhalado, 13 (100%) antifibrótico y 7 (53,8%) oxigenoterapia. Por último, 6 (46,2%) exacerbaron en el último año.

Se observaron diferencias en cuanto al sexo entre los pacientes con CFPE vs FPI (11 vs 9 hombres; $p = 0,044$), mayor incidencia de cáncer de pulmón en pacientes con EF (3 vs 0; $p = 0,044$), un mayor número de pacientes con FPI recibió tratamiento antifibrótico (13 vs 5; $p = 0,004$), en cambio un mayor número de pacientes CFPE recibió tratamiento inhalado (11 vs 4; $p < 0,001$). Se observó una menor incidencia de agudizaciones en el año previo en el grupo de CFPE (1 vs 6; $p = 0,047$).

No se encontraron diferencias significativas en edad, hábito tabáquico, comorbilidades y tratamiento con oxigenoterapia.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con CFPE encontramos un aumento significativo de varones e incidencia de cáncer de pulmón, así como menor incidencia de agudizaciones y menor tasa de tratamiento antifibróticos comparado con el grupo de FPI.

PACIENTES CON FPI EN HUPR: CARACTERÍSTICAS GENERALES, PRUEBAS FUNCIONALES Y TOLERANCIA AL EJERCICIO

A. Ortiz Bermúdez, S. Pimentel Viseau, M. Sánchez Benítez, G.J. González Mendoza, L. Asencio Monteagudo, F.L. Gil Muñoz, A. Cabeza Serrano, P. Lobato De La Sierra, C. Maza Ortega, A. Vargas Puerto.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz

Introducción: Conocer las características generales de los pacientes con FPI en nuestro centro, saber su repercusión funcional respiratoria mediante la espirometría, la pletimosgrafía y la difusión, y evaluar la tolerancia al ejercicio mediante el 6MWT.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados con FPI de las consultas de Neumología del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) a los que se les realizó PFR y 6MWT entre Mayo de 2021 y Febrero de 2023.

Resultados: La muestra obtenida fue de 22 pacientes, 16 hombres (71,5%) y 6 Mujeres (28,5%). La media de edad en el grupo masculino era de 73 años y en el femenino de 64.

Entre nuestros pacientes, destacan 19 exfumadores (85,7%), no teniendo ningún fumador actual y 3 (14,3%) pacientes sin historia de tabaquismo previo.

El IMC medio es de 27,4 Kg/m².

En las PFR, la media del cociente FEV1/FVC es de 83,97%, con un FEV1 de 85% y un FVC de 79%. La TLC media es de 67,83%. La DLCO media es 46,34 ml/min/mmHg y la KCO 65,45 ml/min/mmHg/L.

Respecto al 6MWT, la media de distancia recorrida fue de 352 metros en hombres y de 411 metros en mujeres. Los hombres realizaron 10 paradas y las mujeres 2. La disnea medida por escala de Borg del grupo masculino fue del 1,4 y el final de 4,1, en el femenino fue de 0,5 y 1,17. En la fatiga de miembros inferiores según la escala de Borg, los hombres tienen un 1,23 inicial y un 3,3 final, en las mujeres comienzan con 0,17 y finalizan con 0,83. La Saturación basal media fue de 96% sin haber grandes diferencias entre sexos, mientras que la Saturación final fue del 91% en hombres y del 95,5% en mujeres. La Frecuencia cardíaca en hombres fue de 81lpm al inicio de la prueba y de 82 lpm al final, en las mujeres fue de 93lpm al comenzar y de 102lpm al acabar. El CT 90 medio fue de 24,5%, en los varones 30% y en mujeres fue del 9,8%.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes son hombres exfumadores y con sobrepeso. Entre ellos, destaca una afectación pulmonar restrictiva leve con DLCO moderadamente descendida. En el 6MWT, las mujeres parecen tener una mejor tolerancia al ejercicio con menos paradas, más metros recorridos, menos desaturaciones y menor puntuación tanto en disnea como en esfuerzo en la escala Borg. Observamos que los pacientes con peores PFR tienen peores resultados en 6MWT.

TRAYECTORIA DE LA CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL (CT) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

M. Martos Maldonado, A. López León, J.M. Sánchez Alvarez, A. López Pardo, J.J. Cruz Rueda, D. Fole Vázquez.

Servicio de Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La criobiopsia transbronquial utiliza criosondas para realizar biopsias pulmonares, destacándose como alternativa válida a la biopsia pulmonar quirúrgica en pacientes con patrón radiológico indefinido o diagnóstico alternativo para la neumonía intersticial usual (NIU). Este estudio busca exponer la eficacia diagnóstica, complicaciones y evolución clínica de pacientes diagnosticados en nuestro hospital mediante esta técnica.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo con 38 criobiopsias transbronquiales, analizando datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos. Evaluamos la evolución de datos respiratorios (FVC, DLCO, TLC) y examinamos complicaciones.

Resultados: Desde junio de 2021 hasta octubre de 2023, se realizaron 38 criobiopsias transbronquiales, abarcando a 21 hombres (55,26%) y 17 mujeres (44,74%), con una edad promedio de 59,1 años.

De ellos, 11 eran fumadores, 13 exfumadores y 14 no fumadores. En cuanto a la sintomatología, el 78,9% (30) de los pacientes experimentaron disnea y el 65,8% (25) tos. En términos radiológicos, el 26% (10) presentaba un patrón indeterminado para NIU con predominio de vidrio deslustrado, el 24% (9) mostraba un patrón indeterminado con predominio de patrón reticular, el 16% (6) exhibía un patrón mixto, el 18% (7) mostraba un patrón micronodular, el 13% (5) era alveolar y el 2,5% (1) evidenciaba atrapamiento aéreo. En 35 de las 38 criobiopsias transbronquiales, se obtuvo un diagnóstico tras el consenso del comité multidisciplinario (consultar el [diagrama 1](#)). La eficacia diagnóstica en nuestro centro fue del 92,1%. La FVC media fue de 2.596 ml (76%) y la DLCO del 50%. La evolución de estos datos desglosados por enfermedad se presenta en la [Imagen 2](#). En cuanto a las complicaciones, se registraron sangrados de moderada cuantía en 7 de los procedimientos (18%), controlados en la sala, y neumotórax en 3 (8%).

Conclusiones: • La criobiopsia transbronquial ha evidenciado ser una alternativa viable a la biopsia pulmonar quirúrgica.

- La eficacia diagnóstica en nuestro centro, después de 38 criobiopsias transbronquiales, es del 92,1%.
- El diagnóstico obtenido mediante la criobiopsia transbronquial ha permitido instaurar un tratamiento preciso que ha estabilizado la FVC.
- La estabilización de la DLCO se observó en todas las patologías después del tratamiento, excepto en la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), donde existe una mayor afectación de la membrana alvéolo-capilar.
- La criobiopsia transbronquial ha demostrado ser una técnica segura.

VÍAS DE SEÑALIZACIÓN CELULAR AFECTADAS POR EL POLVO PROCEDENTE DE LAS ENCIMERAS DE AGLOMERADO DE SÍLICE CAUSANTE DE SILICOSIS

R. De Andrés David (1), A. García Núñez (2), G. Jiménez Gómez (2), A. Hidalgo Molina (1), A. Campos Caro (3), A. León Jiménez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Instituto de investigación e innovación biomédica de Cádiz (INBICA), Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (3) Instituto de investigación e innovación biomédica de Cádiz/Área de Genética. Dpto. de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Mar y Ambientales. Universidad de Cádiz.

Introducción: La silicosis causada por el manejo de encimeras de aglomerados de sílice (AS) es una enfermedad emergente en múltiples países, siendo considerada en algunos como una epidemia laboral. Este tipo de silicosis es más agresiva que la ocasionada por piedra natural.

Los AS están compuestos de sílice (cuarzo o cristobalita) en más de un 80%, resinas sintéticas (hasta un 20%) y metales (Ti, Al, entre otros), y la existencia y/o proporción de dichos componentes varían en los diferentes modelos de encimeras. Conocer las vías celulares implicadas en el origen de la enfermedad podría ser de gran ayuda para explicar la mayor agresividad de la silicosis por AS.

El objetivo fue analizar algunas de las vías de señalización celular implicadas en los procesos iniciales de activación de las células inflamatorias por el polvo de los aglomerados de sílice.

Metodología: Se cultivaron líneas celulares humanas del epitelio alveolar (A549) y monocitos pleurales (U937) y se les añadió polvo proveniente de encimeras con diferentes composiciones, ya previamente descritas como M2, M5, M6 y M7 (Part Fibre Toxicol 18,41(2021). <https://doi.org/10.1186/s12989-021-00434-x>). Además, las células U937 se diferenciaron en macrófagos y se cultivaron conjuntamente con A549 para estudiar el efecto de los macrófagos activados por polvo sobre las líneas celulares del epitelio pulmonar. Las distintas proteínas de las vías de señalización celular se analizaron mediante la técnica de "Western-blotting".

Resultados: Las células A549, co-cultivadas con U937 activadas previamente con polvo de las distintas encimeras, mostraron un aumento de vimentina y α -SMA, marcadores de la Transición Epitelial Mesenquimatosa (TEM) para todas las muestras de polvo. El complejo NLRP3 como marcador de la activación del inflamasoma aumentó con polvo M6, y se observó una activación aunque no significativa de la vía P38MAPK. Por otro lado, se observó un aumento en la expresión de STAT-3, AKT y SRC con la exposición a polvo de las encimeras M2 y M5, pero no se encontraron diferencias en sus formas fosforiladas. Lo mismo sucedió con ERK42 y ERK44 pero solo con M5.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que algunas vías celulares son activadas de manera diferente dependiendo del tipo de polvo con que se ha fabricado la encimera. Se postula que otros componentes químicos, además de la sílice, pueden influir en el desarrollo y progresión de la enfermedad.

LA ENFERMEDAD ANTIMEMBRANA BASAL: CARACTERÍSTICAS DE ESTOS PACIENTES EN DOS CENTROS ANDALUCES

C. Cabrero Rodríguez (1), Y.Y. Portillo Gutiérrez (2), Z. Echei Fhah (3), A.M. Mendoza Barrios (1), A. Castrillo Alvarez (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, (2) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Jaén, (3) Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La enfermedad antimembrana basal (antiMBG), antes conocida como enf. de Goodpasture, es un síndrome renopulmonar con una incidencia baja. Es una entidad grave que puede llevar al fallecimiento si no se realizan un diagnóstico y tratamiento precoces.

El objetivo de este estudio es analizar algunas características de estos paciente en dos centros.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron pacientes atendidos por esta patología en el H. U. Clínico San Cecilio y el H. U. de Jaén entre 2019 y 2022. Se recogieron la edad, sexo, órgano de début, la presencia de hemoptisis, el desarrollo de una insuficiencia respiratoria con necesidad de soporte, vasculitis ANCA asociada, nivel de anticuerpos antiMBG, la positividad de los anticuerpos cANCA y pANCA, biopsia renal compatible, si se realizó un lavado broncoalveolar (LBA), el tipo de tratamiento de inicio.

Resultados: La muestra fue de 10 pacientes, 5 en cada centro. El 50% eran hombres y la otra mitad mujeres. La mediana de edad era de 63 años. Sólo dos pacientes presentaron hemoptisis en el début y la mayor parte de los pacientes debutaron con el fracaso renal (60%). 4 (80%) de los pacientes de Granada desarrollaron una insuficiencia respiratoria frente al 20% de los pacientes atendidos en Jaén. Sólo dos pacientes tenían una vasculitis ANCA asociada, ambos de la provincia jiennense. El 70% de los pacientes tenía los anticuerpos pANCA positivos frente al 10% de cANCA. Los niveles de Ac antiMBG fue de 20UI/mL. En todos los pacientes se realizó una biopsia renal que observó una glomerulonefritis proliferativa extracapilar. Se realizó un LBA al 50% de los pacientes (40% Jaén vs 60% Granada). Todos los pacientes recibieron plasmaféresis y corticoides. Al 100% de los pacientes del H. U. Jaén se les administró como inmunosupresor ciclofosfamida mientras que en el H. San Cecilio fue más variable: ciclofosfamida 2, rituximab 2, micofenolato 1. Sólo se produjo un éxito.

Conclusiones: Las características de los pacientes de ambos centros son similares. La principal diferencia se observa sobre todo en el tratamiento, en el centro jienense se opta por la ciclofosfamida, que es el tratamiento de primera línea en el momento agudo frente a la variabilidad de Granada, donde se optó por las alternativas terapéuticas. A pesar de esta diferencia, la evolución fue favorable en todos los pacientes. Además, la mayor parte de los pacientes es doble positivo para anticuerpos (antiMBG y pANCA), coincidiendo con la evidencia actual disponible.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

PAPEL DEL TM6M EN LA VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

S. García Colmenero, J. Martínez Molina, E. Salcedo Lobera.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a beca

Introducción: Las técnicas de cirugía torácica asistida por videotoroscopia (VATS) son las más empleadas en el diagnóstico y tratamiento del carcinoma broncogénico, siendo en la mayoría de elección.

En el último consenso entre SEDAR, SECT y AEF se reconoce el papel del test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) en la valoración prequirúrgica ya que recorrer una distancia de 400 metros se asocia a menor riesgo de complicaciones posquirúrgicas y a un VO₂max mayor a 15 ml/kg/min. También se aconseja el uso del Thoracoscore en una valoración inicial para conocer la probabilidad de mortalidad intrahospitalaria del paciente.

El objetivo es valorar la relación existente entre TM6M, VO₂max y la probabilidad de muerte intrahospitalaria en nuestros pacientes.

Metodología: Hemos realizado un estudio analítico de 26 pacientes remitidos a la unidad de Pruebas Funcionales Respiratorias de nuestro hospital para valoración prequirúrgica para cirugía de tórax desde Enero a Agosto de 2023 a los que se le realizó una ergometría y un TM6M posteriormente, recogiendo variables generales, VO₂max, distancia recorrida y Thoracoscore.

Resultados: De los 26 pacientes un 61.5% eran varones con una edad media de 64 +- 10 años, en el momento del diagnóstico 7 de ellos presentaban un estadio IA, seguido de 5 casos IIB y 4 casos IIA. Se calculó el estudio prequirúrgico para lobectomía en el 81% de los casos y neumonectomía en el resto.

Al realizar la ergometría se realizó un VO₂max medio de 14,93 ml/kg/min y una media de 404 metros recorridos en el TM6M, al comparar ambas se objetivó una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,013$; $r = 0,425$) entre los metros recorridos y el VO₂ ml/kg/min ([Figura 1](#)).

Al comparar el Thoracoscore con los metros recorridos se observa una correlación significativamente estadística entre la probabilidad de muerte intrahospitalaria calculada mediante el Thoracoscore y el TM6M ($p = 0,03$; $r = 0,48$) ([Figura 2](#)).

No se observa una correlación significativa entre el VO₂max y el Thoracoscore ($p = 0,67$).

Conclusiones: El TM6M puede ser útil para el estudio funcional respiratorio preoperatorio debido a la correlación significativa con el VO₂max además de conocer la probabilidad de mortalidad intrahospitalaria, aun así, se necesitan tamaños muestrales más amplios.

CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO Y NEXT-GENERATION SEQUENCING (NGS). UTILIDAD EN CÁNCER DE PULMÓN

M. Aláez Gómez (1), N. Valerdez Menéndez (2), C. Olmedo Rivas (1), E. Márquez Martín (1), J. Martín Juan (1), B. Romero Romero (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2), Anatomía patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La citología en medio líquido como método de preservación y manejo de las muestras citológicas se está instaurando como alternativa al método tradicional, preserva la morfología, y es óptima para la realización de técnicas complementarias (inmunohistoquímicas y moleculares). La necesidad de realizar múltiples determinaciones moleculares susceptibles de tratamiento específico hizo que los neumólogos y los patólogos se implicaran en la preservación de la muestra, que en muchos casos es únicamente citológica. El objetivo de nuestro trabajo es poner en valor el manejo de los pacientes con cáncer no microcítico de pulmón (CNMP) en nuestra institución, centrándonos en el uso de la citología en medio líquido como muestra válida para diagnóstico morfológico, molecular y utilidad para la NGS.

Metodología: Estudiamos 85 pacientes con CNMP testados únicamente mediante muestra citológica desde enero a marzo de 2023. Las muestras procedían de bronoscopias, líquidos pleurales y ecobronoscopias.

Todas las muestras se incluyeron en medio líquido siguiendo las recomendaciones de la casa comercial (Hologic ©) y se remitieron al Servicio de Anatomía Patológica, donde se procesaron siguiendo protocolos establecidos obteniéndose un extendido celular sobre el que se realizó del diagnóstico morfológico. Los estudios de dianas terapéuticas se realizaron siguiendo las guías SEAP/SEOM tanto de genes individuales (EGFR, KRAS, ALK, ROS1) como de paneles moleculares de secuenciación masiva (NGS) así como inmunotinción para PDL1.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, en los que se realizaron procedimientos endoscópicos (ecobroncoscopia y broncoscopia flexible) y pleurales (toracocentesis). Se realizaron 41 toracocentesis (48,2%), 38 bronoscopias flexibles (44,7%) y 6 ecobronoscopias (7,1%). El adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente (70,6%). En 80 pacientes pudieron estudiarse genes individuales mediante PCR e inmunohistoquímica (94,1%) y en 77 (90,6%) además con NGS. En este último subgrupo, el estudio obtuvo resultados concluyentes (mutación, reordenamiento o variabilidad en el número de copias génicas de un determinado gen) en el 63,6% de los casos. Los genes más frecuentemente testados fueron EGFR (34,6%), KRAS (34,7%), BRAF (8%) y ERBB2 (6%).

Conclusiones: La citología en medio líquido en nuestro centro ha demostrado ser una herramienta útil para el estudio NGS en pacientes con cáncer de pulmón.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

LA METABOLÓMICA PUEDE APORTAR DATOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA EPOC A UN CÁNCER DE PULMÓN

J. Romero López (1), E. Vélez Menis (2), L.A. Padrón Fraysse (1), J. Lancha Domínguez (1), T. García Barrera (3), A. Pereira Vega (4), G. Cohorte Chain (5).

(1) - Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) - Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud, Huelva, (3) Universidad de Huelva, (4) Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, FABIS, Huelva, (5) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Opta a beca

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es el que provoca mayor mortalidad y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) puede aumentar el riesgo de CP. Escasos estudios analizan en conjunto el metaloma de ambas enfermedades. La metalómica puede proporcionar información sobre estas dos entidades.

Objetivos: Estudiar los efectos de la EPOC y el CP en el perfil metalómico del suero humano. Valorar el posible uso de los metales como biomarcadores (BM) para su diagnóstico y pronóstico. Estudiar el posible vínculo entre la EPOC y el CP, en muestras de pacientes con EPOC que han desarrollado un CP en el seguimiento de la cohorte CHAIN (EPOC-CP).

Metodología: Se realizó un estudio observacional en 191 muestras: 47 pacientes con CP, 74 sujetos con EPOC de diferente gravedad, 16 sujetos EPOC-CP y un grupo control de 54 sujetos sanos. Se realizó un análisis metalómico dirigido mediante espectrometría de masas con plasma de acoplamiento inductivo (ICP-MS) para determinar 18 elementos: V, Al, As, Mn, Co, Cu, Zn, Cd, Se, W, Mo, Sb, Pb, Tl, Cr, Mg, Ni y U. Se utilizó Statistica 8 para analizar los datos. Se calcularon las curvas ROC para profundizar en la especificidad y sensibilidad de los nuevos BM potenciales. Se realizaron análisis discriminantes de mínimos cuadrados parciales (PLS-DA) para la diferenciación entre grupos. También se estudiaron las relaciones y asociaciones entre elementos como posibles BM de ambas enfermedades.

Resultados: La gravedad de la EPOC y el CP tienen un impacto significativo en la composición elemental del suero humano. En comparación con las muestras de control sanas, la gravedad de la EPOC redujo las concentraciones de As, Cd y Tl y aumentó las de Mn y Sb, mientras que el CP aumentó las de Al, As, Mn y Pb. Curiosamente, el grupo de EPOC-CP presentó los mayores niveles de Mg, Ni y Se y concentraciones reducidas de Al, As, Cd, Mn y Pb. (Figura 1). En la Figura 2 se muestran las curvas ROC con valor > 0.75 para posibles BM en los grupos estudiados.

Conclusiones: Este estudio aporta nuevos conocimientos sobre el impacto del CP y la EPOC en el perfil metalómico del suero humano que abren nuevas investigaciones debido al potencial uso de los metales como BM para el diagnóstico y el pronóstico, así como la posible relación entre ambas enfermedades en cuanto a la evolución de la EPOC a un CP.

PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS PULMONARES INCIDENTALES SEGÚN LA "MAYO LUNG CALCULATOR" Y UN KIT DE 6 BIOMARCADORES PROTEICOS

J. Romero López (1), E. Vélez Menis (3), L.A. Padrón Fraysse (1), J. Lancha Domínguez (1), L. Seijo Maceiras (2), A. Pereira Vega (4).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Servicio de Neumología, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, (3) Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud, Huelva, (4) Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, FABIS, Huelva.

Opta a beca

El manejo habitual de los NP se realiza mediante el seguimiento de técnicas de imagen (TAC de tórax) con un intervalo variable y no se utiliza habitualmente el análisis de biomarcadores (BM) tumorales. La "Mayo Lung Calculator" (MLC) es otra herramienta que determina la probabilidad de malignidad. Es importante estudiar la probabilidad de malignidad de los NP porque la actitud clínica puede ser diferente.

Objetivo: Presentamos un estudio piloto en el que queremos analizar el poder predictor de malignidad de los NP mediante la MLC y el kit de 6 BM proteicos de Molina et al: CEA, NSE, Cyfra 21.1, Ca 15.3, SCC y Pro-GRP.

Metodología: Hemos seleccionado de nuestra base de datos de NP en el Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva desde 2022-2023, aquellos que tenían un diámetro ≥ 6 mm (únicos o múltiples), con un seguimiento medio ≥ 1 año y a los que se había realizado los 6 BM referidos. En el caso de NP múltiples, se seleccionó el de mayor tamaño. Se determinó la probabilidad de malignidad según la MLC (<2% muy baja probabilidad; 2 - 20% baja probabilidad; y >70%, alta probabilidad de malignidad). La positividad de alguno de los 6 BM se consideró un resultado de la prueba positivo. Se consideró también el hecho de tener al menos 2 BM alterados. Se registró el diagnóstico final de malignidad o no malignidad (benignidad o estabilidad durante el periodo de seguimiento). Se analizó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de ambas pruebas.

Resultados: Se han seleccionado 39 NP incidentales. En la tabla 1 se muestran las características de los NP. La probabilidad de malignidad según la MLC y los 6 BM, así como los valores de S, E, VPP y VPN se muestran en la tabla 2.

Conclusiones: 1.- Respecto a la MLC, una alta probabilidad de malignidad del NP no asegura la malignidad del NP. Sin embargo, una probabilidad baja o muy baja descarta malignidad en un gran porcentaje de NP.

2.- Respecto a los 6 BM: si se eleva solo un BM, la capacidad de los BM es baja para detectar malignidad, aunque mayor que con la MLC. Si no se elevan al menos 2 BM, aumenta claramente la posibilidad de descartar malignidad del NP.

3.- El escaso número de CP incluidos y el escaso tiempo de seguimiento suponen un sesgo en la valoración de estos resultados iniciales.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) se puede manifestar ocasionalmente como un nódulo pulmonar (NP). Es muy frecuente el hallazgo de NP únicos o múltiples incidentales.

EFECTO DE LA HIPOXIA INTERMITENTE CRÓNICA EN LA REORGANIZACIÓN CELULAR DEL CUERPO CAROTÍDEO

C. Carrera Cueva (1), C. Caballero Eraso (1), O. Colinas Miranda (4), C. Calero Acuña (1), R. González Montelongo (2), R. Pardo Redondo (3), V. Sobrino García (3), J. López Barneo (3), P. Ortega Saenz (3).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de enfermedades respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Instituto Tecnológico y de Energías Renovables (ITER), Personal Laboratorio, (3) Instituto de Investigación Biomédica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: El cuerpo carotídeo (CC) es un órgano sensible a la disminución aguda del PpO_2 que media la hiperventilación refleja y el aumento del gasto cardíaco en respuesta a la hipoxemia. La sobreactivación del CC, secundaria a los episodios recurrentes de hipoxia intermitente (HIC) contribuye al desarrollo de alteraciones cardiovasculares presente en pacientes con apnea del sueño.

Metodología: Ciclos de HI (FiO_2 del 21% al 8 - 10%, 8 horas/día, 14 días) en ratas wistar machos de 8 semanas de edad. Posteriormente, se ha medido la presión arterial, hematocrito y hemos analizado los cambios a nivel celular mediante histología y citometría de flujo. Además, hemos analizado la expresión de genes relacionados con la hipoxia en distintos grupos celulares del cuerpo carotideo mediante PCR cuantitativa

Resultados: Tras HIC observamos un aumento de la presión arterial y los metabolitos de catecolaminas en orina (figura 1). A nivel celular hemos observado como la HIC produce una diferenciación de los neuroblastos inmaduros a células maduras (figura 2). Hemos observado un incremento en la expresión de genes (HIF2a, TH y COX4I2) de células glómicas específicas involucradas en la detección aguda de O_2 .

Conclusiones: En nuestro modelo animal, la HIC induce una reorganización celular del CC que proporcionan una nueva perspectiva sobre la patogenia de la sobreactivación simpática mediada por el CC y que podría conducir al desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas en la AOS.

RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO DE ZENKER Y MIOTOMÍA DEL CRICOFARÍNGEO

J.R. Torres Bermudez.

Hospital Universitario Médico-Quirúrgico de Jaén.

Opta premio video cirugía torácica

Introducción: El divertículo de Zenker es el divertículo esofágico más frecuente. Por un mecanismo de pulsión se hernia la mucosa entre las fibras del constrictor inferior y las del cricofaríngeo. El tratamiento quirúrgico en todos los casos incluye una miotomía longitudinal extramucosa del cricofaríngeo y la extirpación del divertículo.

Metodología: Mostramos la técnica abierta para la resección del divertículo y miotomía del cricofaríngeo en un varón de 72 años con disfagia, regurgitación, aspiraciones y neumonía. El esofagograma baritado confirmó la presencia de un divertículo de aproximadamente 4 cm lateralizado hacia la izquierda.

La cirugía se realizó bajo anestesia general e intubación endotraqueal con el paciente en decúbito supino, con el cuello hiperextendido y lateralizado hacia la derecha, a través de una incisión en bastón de Hockey anteromedial al musculo esternocleidomastoideo. Se secciona el músculo omohioideo. Separación contralateral de la laringe y tiroides y homolateral del esternocleidomastoideo junto al paquete vasculonervioso del cuello. Sección de la vena tiroidea media y de la arteria tiroidea inferior entre ligaduras lo más lateral posible para preservar el nervio laríngeo recurrente que se identifica. Se identifica el divertículo a nivel del omohioideo seccionado y se liberan sus adherencias laterales. Se practica una miotomía longitudinal extramucosa del cricofaríngeo en sentido caudal desde el cuello del divertículo con una longitud total de unos 4 cm. Se efectuó la diverticulectomía con una endograpadora de 4,5 cm paralela a la dirección del esófago. Se dejó un drenaje aspirativo tipo Redon y se cerró la herida por planos.

Resultados: No ocurrieron complicaciones postoperatorias ni disfagia. Se introdujo la dieta líquida a partir del tercer día y sólida a partir de la segunda semana. La estancia postoperatoria fue de 5 días. Se realizó un esofagograma al mes de la intervención sin demostrar obstrucción. No ha habido recurrencia de la disfagia ni del divertículo con más de 5 años de seguimiento.

Conclusiones: La resección abierta del divertículo de Zenker es una técnica segura y efectiva a corto y largo plazo con más del 90 % de efectividad. El componente esencial del éxito de la técnica es una miotomía adecuada para prevenir la recurrencia de la disfagia, del divertículo o la dehiscencia de la línea de sutura.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

RESECCIÓN DE LA PRIMERA COSTILLA ROBÓTICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO VENOSO. CIRURÍA PIONERA EN ANDALUCÍA

A.M. Fernández González, F. Cerezo Madueño, B. Cantador Huertos, P. Childers Canduela, F.J. Algar Algar, A. Salvatierra Velázquez.

UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El síndrome del estrecho torácico superior (SET) es un conjunto de síntomas y signos producidos por una compresión de estructuras neurovasculares a su paso por el opérculo torácico. Se clasifica en neurogénico, arterial y venoso. El tratamiento quirúrgico es su descompresión.

Presentamos nuestra experiencia por cirugía torácica robótica asistida (RATS) como tratamiento del SET.

Metodología: Describir mediante un vídeo la primera resección de costilla cervical realizada en Andalucía vía robótica.

Paciente varón de 52 años, en estudio por inflamación, dolor, limitación en los movimientos del miembro superior derecho (MSD) y cianosis palmar ipsilateral. Las pruebas complementarias, Eco-doppler y TC tórax, relevaban una trombosis venosa profunda extensa braquial, axilar y subclavia del MSD y un cambio de calibre en el espacio costoclavicular.

Bajo la sospecha diagnóstica del síndrome del desfiladero torácico por trombosis de la vena subclavia derecha, se pautó anticoagulación oral y se realizó una trombectomía. El plan terapéutico definitivo, fue la resección de la primera costilla RATS.

Resultados: El abordaje quirúrgico se realizó mediante tres puertos RATS, de 12 mm en 4º espacio intercostal línea axilar anterior, y de 8 mm en 6º espacio intercostal línea axilar media y borde posterior de punta de escápula.

Posición decúbito lateral izquierdo. Insuflación de CO₂. Disección del borde superior e inferior de 1ª costilla desde zona posterior hasta cadena mamaria interna. Disección y liberación de músculos escalenos. Disección y sección con gran seguridad de los extremos posterior (unión costovertebral) y anterior (unión condroesternal), gracias al material ortopédico endoscópico. Finalmente, liberación de vena subclavia derecha y extracción de pieza quirúrgica.

Postoperatorio sin incidencias, con alta a las 72 horas. La flebografía y la eco-doppler del MSD de control, confirmaron la permeabilidad del sistema venoso del MSD y la desaparición de la compresión vascular a nivel del estrecho torácico.

Conclusiones: Nuestra experiencia demostró que la RATS junto al material ortopédico para la resección de la 1ª costilla, respecto a la VATS, permite una disección y liberación vasculo-nerviosa más precisa, gracias a su visión tridimensional y magnífica maniobrabilidad, crucial dada la compleja localización en cúpula torácica. Consigue acortar el tiempo quirúrgico y la pérdida de sangre, proporcionando una estancia hospitalaria menor y recuperación funcional precoz.

Actualmente, hemos realizado tres casos con óptimos resultados.

CORRECCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PECTUS EXCAVATUM: CÓMO LO HACEMOS

B. Cantador Huertos, A.M. Fernández González, J.L. Párraga Fuentes, P. Childers Canduela, N. Moreira Lorenzo, A. Alvarez Kindelán.

Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El pectus excavatum es la malformación más frecuente de la pared torácica anterior. La corrección quirúrgica puede realizarse mediante varios métodos según las características del paciente: la modificación del peto esternocostal y el uso de prótesis. En adolescentes, está indicada la corrección mediante modificación, siendo la corrección mínimamente invasiva de Nuss el principal procedimiento. La técnica de Nuss es un procedimiento complejo que requiere de una casuística específica y un alto volumen quirúrgico para completar la curva de aprendizaje. Generalmente, se procede a una intubación selectiva y se realizan dos incisiones en cada hemitórax. En nuestro servicio, realizamos este procedimiento en apnea tras intubación orotraqueal simple y a través de una única incisión en cada hemitórax.

El objetivo es demostrar la posibilidad de realización de este procedimiento en situación de apnea y de la forma más estética posible, acortando el tiempo quirúrgico y sin menoscabo en la seguridad del paciente.

Metodología: A través del bolsillo lateral derecho, entramos en el plano anterior en la cavidad pleural (en apnea) a la altura del punto marcado como lateral derecho en la piel. Posteriormente, procedemos a la entrada lateral en la cavidad pleural (puerto de toracoscopía).

Realizamos el mismo procedimiento en la pleura izquierda. Se introduce el sable por el orificio pleural anterior derecho y lo dirigimos hacia el seno cardiofrénico. Lo giramos en sentido horario y lo posicionamos bajo el esternón, en el plano de la grasa prepericárdica. Traccionando del esternón hacia arriba, comprobamos el avance del sable hasta el hemitórax izquierdo y su salida a través del orificio pleural anterior izquierdo. Una vez referenciando el sable con una cinta, lo retrotraemos y anudamos la cinta a la barra esternal previamente preformada y se moviliza hasta que queda colocada retroesternal. Una vez girada la barra 180º, se fija al plano costal con un estabilizador en el bolsillo lateral derecho. Procedemos a la resolución del neumotórax creado mediante sendos drenajes pleurales intracampo, que se conectan cada uno a un pleurevac independiente y se retiran al completar la sutura muscular durante una maniobra de Valsalva.

Tiempo de reparación quirúrgica: 30 minutos de piel a piel.

Resultados: Sin incidencias intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas ni mediatas.

Conclusiones: La reparación de Nuss es una técnica segura que puede realizarse en un corto tiempo quirúrgico en centros con alto volumen.

METASTASECTOMÍA PULMONAR BILATERAL VIDEOASISTIDA GUIADA POR ARPÓN

S. Monge Blanco, M.E. Solís Serván, M.M. Matute Núñez, J.M. González González, J.L. López Villalobos, A.I. Blanco Orozco.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: La metastasectomía pulmonar es una técnica quirúrgica ampliamente utilizada que contribuye a aumentar la supervivencia en los pacientes con neoplasias oligometastásicas.

El pulmón representa un territorio frecuente de asiento de metástasis de órgano sólido y, específicamente, el 20 - 40% de los sarcomas metastatizarán al pulmón en su progresión. La recurrencia pulmonar es un factor de mal pronóstico, y la mayoría no se podrá resear con fines terapéuticos por diseminación tumoral a otros órganos. Sin embargo, cabe destacar que el 70% de los sarcomas de partes blandas metastásicos progresarán únicamente a nivel pulmonar, contribuyendo la resección de las lesiones pulmonares a una mayor supervivencia a largo plazo.

Metodología: Mujer de 30 años diagnosticada y tratada por sarcoma sinovial de muslo. En seguimiento presenta, en primer lugar, una lesión pulmonar metastásica en lóbulo inferior derecho (LID) intervenida hace dos años y, posteriormente, se objetiva progresión con otros dos nódulos, en LID y en llingula. Tras valoración en consultas se decide intervención quirúrgica programada para resección de los nódulos bilaterales previa localización del derecho guiada con TAC con arpón (vídeo).

Resultados: Durante la intervención, bajo anestesia general e intubación orotraqueal y cirugía videoasistida (VATS), se procede a identificar el arpón y a realizar una resección segmentaria del pulmón derecho incluyendo el arpón. Posteriormente, se inclina 45º la mesa quirúrgica y se accede al hemitórax izquierdo mediante la apertura de la pleura mediastínica y, mediante pausas de apnea, se identifica la lesión en llingula y se realiza metastasectomía con márgenes suficientes. La anatomía patológica de las lesiones fue concordante con metástasis de sarcoma sinovial. La evolución postoperatoria fue favorable, con retirada del drenaje pleural el primer día y alta a domicilio subsecuente.

Conclusiones: Los sarcomas metastásicos conllevan un pronóstico grave de la enfermedad y suponen un dilema terapéutico, requiriendo un abordaje multidisciplinar que incluye a oncólogos y cirujanos torácicos. La cirugía videoasistida es una alternativa segura a la toracotomía, sin existir diferencias en la supervivencia y ofreciendo la posibilidad de acceder al hemitórax contralateral en determinadas circunstancias.

BRONCOPLASTIA UNIORTAL VATS EN PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

A. Gañán Boscá, C. García Bautista, M. Serrano Criado, R. Mongil Poce, C. Pagés Navarrete, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Con la mejora de la quimioterapia e inmunoterapia neoadyuvantes muchos pacientes con cáncer de pulmón que se consideraban irreseables tienen una nueva oportunidad que en el futuro es posible que cada vez sea más frecuente. A continuación, presentamos el caso de una resección broncoplastica tras tratamiento neoadyuvante con quimioterapia que ilustra las dificultades técnicas que podemos encontrarlos.

Metodología: Se presenta comunicación en formato vídeo obtenido de los registros audiovisuales de nuestro servicio en pacientes intervenidos. Se recoge información del paciente de la base de datos hospitalaria respecto a anatomía patológica, intervención, quimioterapia neoadyuvante y seguimiento.

Resultados: Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma de recto y pulmonar sincrónicos, en el que se observa la presencia de un ganglio paratraqueal derecho PET + con EBUS que confirma histología de metástasis de adenocarcinoma primario pulmonar. Dicho paciente fue valorado en comité donde se decidió realizar quimioterapia neoadyuvante con paclitaxel y carboplatino. Posteriormente fue intervenido mediante lobectomía superior derecha y linfadenectomía VATS uniportal con broncoplastia.

Durante la intervención puede observarse en todo momento la especial dificultad a la hora de realizar la disección y obtener buenos planos tisulares que faciliten la misma, así como mayor cantidad de sangrados de carácter leve. También se evidencia la dificultad añadida a una correcta linfadenectomía (especialmente paratraqueal derecha) necesaria para facilitar la realización de la broncoplastia.

Conclusiones: Pese a que el paciente presentó un postoperatorio favorable, sin incidencias y que en la actualidad no se ha observado signos de recidiva, es importante destacar la dificultad técnica de la intervención al tratar con tejidos de difícil disección.

Este tipo de intervenciones probablemente irán en aumento conforme continúen mejorando las terapias oncológicas neoadyuvantes, por lo que es posible que pacientes en los que la cirugía no se consideraba una opción supongan un nuevo reto para nuestra especialidad.

SUTURA MANUAL DE UN BRONQUIO TRAS LOBECTOMÍA MEDIA CON SUTURA BARBADA

R. López Cano, A. Triviño Ramírez, I. Sabariego Arenas, C. Carrera Rivero, J. González Fernández, R. Jiménez Merchán.

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Vídeo Cirugía Torácica

Introducción: Mujer de 68 años, no fumadora y con los siguientes antecedentes médicos: HTA, diabetes tipo II, obesidad mórbida, cardiopatía esclero-hipertensiva, hipotiroidismo, SAOS grave en tratamiento con CPAP y episodios de neumonías de repetición en el lóbulo medio.

En este contexto de las neumonías de repetición se realiza estudio por parte de Neumología, objetivándose en el TC de tórax atelectasia del lóbulo medio por una tumoración endobronquial (Fig. 1). La fibrobroncoscopia (FBC) confirma la existencia de dicha tumoración, cuya biopsia es informada como compatible con un tumor neuroendocrino grado 1 (carcinoide típico).

Tras completar estudio anestésico y funcional respiratorio, se decide intervención quirúrgica: Lobectomía media VATS. Una vez seccionadas la arteria y la vena para LM, se procede a la sección manual del bronquio con el objetivo de valorar mejor los márgenes quirúrgicos para realizar la lobectomía (Fig. 2). El examen intraoperatorio de la pieza informó de margen bronquial libre de afectación tumoral. Tras dicho resultado se decidió cierre del muñón bronquial con sutura barbada continua V-Loc™, de 3 - 0 (Fig. 3). La prueba del agua no mostró ninguna fuga aérea.

Metodología: Presentamos un caso de lobectomía media y cierre bronquial con sutura V-Loc™ (3 - 0 reabsorbible).

Resultados: El uso de sutura barbada en lugar de la sutura habitual con puntos simples ha demostrado ser efectiva, en este caso, para el cierre manual de un bronquio.

Conclusiones: La técnica de sutura manual del bronquio clásica, consiste en realizar sutura con puntos simples; artículos posteriores han demostrado que las suturas continuas son factibles con resultados similares¹. Sin embargo, esto puede llevar mucho tiempo y suponer un reto técnico, sobre todo en la cirugía torácica asistida por vídeo (VATS)². El interés de utilizar este tipo de sutura en la cirugía VATS se debe a dos cualidades importantes: distribuye uniformemente la tensión a lo largo de la herida y es autorretentiva, lo que libera al cirujano de la necesidad de que un ayudante sujete la sutura, permitiendo cerrar la herida sin nudos, reduciendo el tiempo necesario para hacer los nudos³. El uso de sutura continua permite disminuir el tiempo operatorio⁴ y proporciona resultados similares en cirugía abierta y VATS¹. Los estudios V-Loc™ realizados en laboratorio en tráqueas de cadáveres humanos mostraron resultados comparables al cierre convencional mediante Vicryl™ interrumpido⁵.

TRATAMIENTO VIDEOTORACOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE ESTRECHO TORÁCICO

C. García Bautista, A. Gañán Boscá, M. Serrano Criado, S. Moreno Merino, G. Zúñiga Sánchez, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Vídeo Cirugía Torácica

Introducción: El síndrome del estrecho torácico (SET) se define como la compresión del plexo braquial o de la arteria (AS) o vena subclavia (VS) en su salida del tórax. Es producido por la proximidad entre la clavícula y la primera costilla o por variaciones anatómicas. La clínica puede ser de tipo neurológico con dolor parestesias y debilidad, o vascular, con edematización del miembro superior y cianosis.

El objetivo es realizar un video descriptivo de la técnica de resección de primera costilla por videotoracosopia biportal y los beneficios de la realización de la misma.

Metodología: Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, derivada a consultas de cirugía torácica por edema en el miembro superior derecho (MSD) de un año de evolución. No refiere dolor, parestesias ni debilidad.

A la exploración presenta pulso axilar, humeral y radial, pero más débiles en MSD que izquierdo.

Se realizan maniobras de opérculo torácico en ambos miembros superiores con elevación de los mismos, evidenciando congestión en MSD, cianosis y palidez.

En el eco-doppler de MSD presenta permeabilidad de la vena humeral, axilar y subclavia, con flujo anormal a nivel de la VS. En la flebografía la VS presenta una disminución de su calibre de al menos el 50%.

El Angio-TC evidencia una disminución del espacio costo-clavicular en estrés de forma bilateral, aunque mayor en MSD. Se aprecia una compresión significativa de la AS con un segmento totalmente colapsado en ese espacio. También presenta compresión venosa aunque menos significativa.

Se propone tratamiento quirúrgico para resección de la primera costilla derecha por videotoracosopia biportal. (Video adjunto).

Resultados: Es dada de alta en su cuarto día postoperatorio sin incidencias. En la revisión al mes, no presenta complicaciones. A la exploración presenta pulsos axilares, humerales y radiales. Se realizan nuevamente maniobras de opérculo torácico sin observar edematización ni cianosis.

En el eco-doppler describen flujo y la morfología es normal.

Conclusiones: Se trata de una intervención que en manos de cirujanos expertos ofrece un tratamiento eficaz para los pacientes que presentan compresión del plexo braquial, AS y VS en el opérculo torácico. La cirugía es mínimamente invasiva, disminuyendo el dolor post-operatorio y los días de estancia hospitalaria en comparación con el abordaje abierto. A su vez, la visión anatómica permite una mayor precisión en el momento de la separación de la costilla del componente vascular y nervioso, y observar la correcta descompresión de las estructuras.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR CARCINOIDE ENDOBRONQUIAL: BILOBECTOMÍA BRONCOPLÁSTICA CON ANASTOMOSIS EN MANGUITO DEL BRONQUIO LOBAR SUPERIOR DERECHO AL BRONQUIO PRINCIPAL

P.V. Childers Canduela, E. Ruiz López, A.M. Fernández González (1), J.L. Párraga Fuentes, B. Cantador Huertos, F.J. Algar Algar.

UGC Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
Video Cirugía Torácica

Introducción: Los carcinoides bronquiales son tumores neuroendocrinos poco frecuentes (1% - 2% de todas las neoplasias pulmonares en adultos), de crecimiento lento y de curso clínico relativamente indolente. La clasificación histológica comprende 4 subtipos: tumores de bajo grado de diferenciación o carcinoides típicos, tumor de grado intermedio o carcinoides atípicos y dos de alto grado de malignidad; el carcinoma neuroendocrino de célula grande y el OAT cell.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica con o sin quimioterapia y radioterapia adyuvantes. En el caso que se presenta, al tratarse de un paciente de 29 años, se decidió realizar una bilobectomía broncoplástica con la intención de conservar el parénquima pulmonar no afectado.

Metodología: Para lograr una resección tumoral completa realizamos una bilobectomía broncoplástica media e inferior derecha con anastomosis en manguito del bronquio del lóbulo superior derecho (LSD) al bronquio principal derecho. Accedimos a la cavidad torácica mediante una toracotomía posterolateral derecha con preservación del músculo serrato sobre 6º espacio intercostal.

Este tipo de intervención quirúrgica pueden realizarse por mínima invasión, pero en el caso de la bilobectomía en manguito de LSD a bronquio principal, existe una importante diferencia de calibre entre el bronquio LSD y bronquio principal derecho, y además la bifurcación segmentaria de los bronquios de LSD se encuentra muy próxima a la anastomosis, por lo que es preferible el abordaje por toracotomía para asegurar la realización de la anastomosis y la aireación de todos los segmentos del LSD.

Se seccionaron la vena Ácigos, la vena del lóbulo medio, la vena del LSD, la arteria intermediaria y la cisura menor mediante endograpadoras. Se realizó una broncotomía sobre el bronquio intermediario, exponiendo la tumoración endobronquial. Para asegurar márgenes libres de enfermedad se realizó una biopsia intraoperatoria de los anillos bronquiales.

Se realizó una anastomosis en manguito del bronquio del LSD al bronquio principal derecho mediante sutura continua, confirmando la permeabilidad de la misma con fibrobroncoscopia intraoperatoria.

Resultados: Sin incidencias inmediatas ni mediatas.

Conclusiones: La lobectomía broncoplástica es una alternativa terapéutica segura y eficaz frente a la neumonectomía en tumores que invaden el árbol bronquial, suponiendo beneficioso por la preservación del parénquima pulmonar indemne.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES ASMÁTICOS

J. Hernández Borge, E. Sánchez Calle, J. López Rodríguez, J.A. Márquez Alba, L. Galán Ledesma, R. Morante Espada, N. Matallana Encinas, M.T. Gómez Vizcaino, A. Sanz Cabrera, I. Rodríguez Blanco.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La cumplimentación de terapias inhaladas en asma no llega al 50%. Esto incrementa la mortalidad, morbilidad y consumo de recursos sanitarios. Nuestro objetivo ha sido conocer la adherencia al tratamiento inhalado (TI) y las variables relacionadas con la misma en una cohorte de asmáticos.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes con asma estables. Se recogieron variables sociodemográficas, de tratamiento, función pulmonar, exacerbaciones previas y posteriores, Asthma Control Test (ACT), test de Morisky-Green (TMG), y Test de adherencia a Inhaladores (TAI). Se realizó un estudio comparativo entre el nivel de adherencia y las variables incluidas.

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes (63,9 mujeres, edad media: $55,2 \pm 17,5$ años). El 46,1% mostró una adherencia adecuada (AA) al TI. La AA se relacionó con: mayor edad, ausencia de tabaquismo, ciertas comorbilidades (HTA, dislipemia, patología ORL), mayor gravedad del asma, empleo de ciertos tratamientos inhalados (LAMA, LAMA+LABA y Triple terapia), mejor TMG, ausencia de incumplimiento inconsciente, tratamiento con biológicos (58,1% vs 42,6%; $p = 0,015$) y peor función pulmonar. No encontramos relación entre el grado de adherencia y el género, nivel de estudios, índice de Charlson, comorbilidad respiratoria (enfisema, bronquiectasias, EPOC) o grado de disnea (mMRC). El tipo de inhaladores empleados (MDI, DPI), el empleo de cámara o la dosis de corticoides inhalados tampoco se relacionó con la AA. El número de exacerbaciones (ambulatorias, urgencias, hospital) en el año previo y posterior a la inclusión en el estudio no mostró relación con la AA.

Conclusiones: El incumplimiento del TI es elevado en paciente con asma estables (53,9%). La adherencia adecuada parece mejor en pacientes de mayor edad y con una enfermedad más severa.

RESPUESTA CLÍNICA, ANALÍTICA Y FUNCIONAL TRAS 4 MESES DE INICIO O CAMBIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTE CON ASMA GRAVE DE MAL CONTROL

Y.Y. Portillo Gutiérrez, P. García Lovera, C. Cabrero Rodríguez, C. Larcárcel Bautista, G. Pérez Chica.

Neumología, Hospital Universitario Médico-Quirúrgico, Jaén.

Introducción: En los últimos años, ha habido un gran desarrollo de los fármacos biológicos en el tratamiento del asma, lo que ha significado un cambio en el abordaje terapéutico de esta enfermedad. El objetivo de este estudio es determinar la mejoría clínica, analítica y funcional tras la instauración o cambio de tratamiento biológico en paciente con asma grave de difícil control en el Hospital Universitario de Jaén (HUJ).

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo donde se evaluaron 80 pacientes (pct) en seguimiento por la consulta monografía de asma grave no controlada del HUJ desde el año 2020 hasta 2023. Se analizó la respuesta clínica (Test del control del asma) ACT, exacerbaciones e ingresos hospitalarios), analítica (eosinófilos en sangre) y funcional (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) FEV1 previo y a los 4 meses de iniciar o cambiar el tratamiento biológico.

Para ello, se utilizó el cálculo del Modelo Lineal General (MLG) de Medidas repetidas y el test de McNemar-Bowker. Se considero como significativo una $p < 0,005$. También, se estudió el número de pct con tratamiento biológico antes de la primera valoración.

Resultados: Del total de 80 pct, 38,7% (31pct) tenían tratamiento biológico antes de su primera valoración. De estos, el 77,4% (24pct) habían sido tratados con Omalizumab, el 6,45 % (2pct) con Reslizumab, el 6,45% (2pct) con Mepolizumab, el 6,45% (2pct) con Benralizumab y el otro 3,22% (1 pct) con Dupilumab. Al 61,25% (41 pct) se instauró tratamiento biológico de novo. Un solo paciente continuó con el tratamiento biológico que tenía prescrito previamente. Tras 4 meses de inicio o cambio de tratamiento biológico, se observó mejoría significativamente estadística en las exacerbaciones, ingresos hospitalarios, ciclos de corticoides, ACT y eosinófilos en sangre ([gráfica 1](#)).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la FEV1. Los valores previos y tras el inicio o cambio de tratamiento biológico se reflejan en la [tabla 1](#).

Conclusiones: En pacientes con asma grave no controlada, se observó una mejoría estadísticamente significativa en las exacerbaciones, ingresos hospitalarios, ciclos de corticoides, ACT y eosinófilos tras 4 meses de instauración o cambio de tratamiento biológico. No se observan diferencias estadísticas en el FEV1.

ANÁLISIS CLÍNICO DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS Y ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

M. Utrero Rico, S. García Morales, S. Rivera Gómez, I. Romero Espejo, J.G. Soto Campos, F. Pérez Grimaldi.

Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: El asma grave se caracteriza por la necesidad de utilizar altas dosis de múltiples fármacos para su tratamiento. Existen comorbilidades que pueden contribuir a un mal control de la enfermedad como la asociación de bronquiectasias.

El objetivo fue describir las características y resultados clínicos de los pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos, antes y después del inicio del tratamiento, asociado a bronquiectasias en la consulta monográfica de asma bronquial grave del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Metodología: Se diseñó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con datos clínicos de 16 pacientes antes del inicio del tratamiento con biológicos y tras 12 meses de haber iniciado el mismo. Se evaluaron la función pulmonar, los síntomas del asma, el número de exacerbaciones y el uso de corticoides orales. La muestra fue recogida desde Septiembre de 2021 hasta Septiembre de 2023.

Resultados: Se evaluaron un total de 16 pacientes en tratamiento con biológico asociado a bronquiectasias. Las características de la muestra se describen en la [Tabla 1](#).

Encontramos un aumento clínicamente relevante en el FEV1 tras permanecer 12 meses con el tratamiento biológico, puesto que el 75% de los paciente mejoró más de 100 ml.

En cuanto al control de los síntomas el 100% de los pacientes respondieron de forma favorable al tratamiento, de los cuales el 43,8% presentó una respuesta parcial y el 56,3% una respuesta completa.

Antes del inicio del biológico 6 de los pacientes (37,5%) presentaron 2 agudizaciones, 4 de ellos (25%) 3 agudizaciones, 1 paciente (6,3%) presentó 4 agudizaciones y 4 de ellos (25%) presentaron 5 agudizaciones. Tras el año de terapia biológica se redujeron las agudizaciones, 9 de ellos no presentaron ninguna agudización (56,3%), 6 pacientes presentaron una única agudización (37,5%) y un paciente presentó dos agudizaciones (6,3%).

Antes del inicio del tratamiento 5 pacientes requirieron un ciclo de corticoides orales (31,3%), 9 pacientes necesitaron dos o más de ciclos de corticoides (56,4%). A los 12 meses del inicio del tratamiento 11 de ellos no requirió el empleo de corticoides orales (68,8%) y 5 pacientes requirieron un ciclo (31,3%).

Conclusiones: En este estudio hemos demostrado que todos los pacientes han mejorado las características clínicas tras el inicio del tratamiento biológico, aun así es importante estudiar la calidad de las exacerbación para evitar sobretratamiento, teniendo en cuenta que hay agudizaciones únicamente de carácter infeccioso.

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y SU IMPACTO EN EL CONTROL Y LA CALIDAD DE VIDA

C. Barea Jiménez, M.G. Hurtado Gañán, J. Díez Sierra, A. Gómez-Bastero Fernández.

Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El asma bronquial es una enfermedad crónica a la que se asocian diferentes comorbilidades, entre ellas, la ansiedad y la depresión. La prevalencia de estas es variable en la literatura, así como el impacto en el control del asma.

El objetivo es evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión (escala HADS) en una cohorte de asmáticos graves y su relación con el control asmático (cuestionario ACT), la calidad de vida (miniAQLQ), la función pulmonar medida por espirometría y otras variables de control del asma.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de pacientes revisados en la unidad de asma grave del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recogieron características demográficas, analíticas, y clínico-funcionales, así como las comorbilidades (índice Charlson). Se realizaron cuestionarios: HADS (subescala ansiedad, HADS-A; subescala depresión, HADS-D), miniAQLQ, TAI y ACT.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes con una edad media de $57,70 \pm 15,11$ años, 44 eran mujeres y 25 hombres. 18 eran fumadores activos y 5 de ellos exfumadores ($6,88 \pm 13,68$ paq-año). La edad de inicio del asma fue $33,03 \pm 20,45$ años. Las características basales se muestran en la [tabla 1](#). 34 pacientes (49,3%) presentaron un índice de Charlson >3 (comorbilidad alta). El 33,3% de los pacientes sufrió al menos una agudización grave en el último año. El 17,6% de los pacientes presentaron una puntuación ≥ 10 en la subescala HADS-D. El 25% puntuaron ≥ 10 en HADS-A. El 100% de los pacientes que puntuó alto en la escala HADS-D presentaba un insuficiente control del asma (ACT 12,46; $p < 0,01$). Se evidenció una relación entre puntuaciones altas en HADS-D y peor calidad de vida (miniAQLQ 3,26; $p < 0,01$), así como con el número de exacerbaciones ($p = 0,035$). No se demostró relación significativa con ninguna de las variables y HADS-A. Las correlaciones de Pearson entre las diferentes variables aparecen en la [tabla 2](#).

Conclusiones: Existe una alta tasa de probabilidad de padecer ansiedad y depresión entre los pacientes con asma grave. Los pacientes asmáticos que puntúan alto en escalas de depresión perciben una mala calidad de vida, tienen más exacerbaciones asmáticas y un peor control del asma. Cuanto peor sea el control de asma, peor calidad de vida percibirá el paciente y más alto puntuará en escalas de depresión y ansiedad. Menor función pulmonar se relaciona de manera más débil con mayor probabilidad de padecer ansiedad y depresión.

USO DE GLUCOCORTICOIDES SISTÉMICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

M. Sanz Flores (1), M.E. Ruiz Carretero (1), C. De Dios Calama (1), A.P. Arenas Polo (1), M. Cebrián Romero (1), I. Hernández Romero (2), R. Pereira Solís (1), J.A. Riesco Miranda (1), M.A. Sojo González (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, (2) Servicio de Alergología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica que en la mayoría de los casos se puede controlar con medicamentos inhalados. Hay un subgrupo de pacientes que presentan asma grave y frecuentes exacerbaciones en los que el tratamiento con glucocorticoides sistémicos (GCS) se hace inevitable para controlar la enfermedad. Analizamos el uso de GCS en una unidad especializada de asma.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes evaluados en la UMA (Unidad Multidisciplinar de Asma) de Cáceres en el periodo de un año (Mayo de 2022 -Abril de 2023).

Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas y de tratamiento y su relación con la toma de GCS. El análisis estadístico se ha hecho mediante el programa informático SPSS.

Resultados: De un total de 244 pacientes analizados (70 % mujeres, con una edad media de 47,8 años) el porcentaje de pacientes mal o parcialmente controlados (ACT > 45). La casi totalidad de los pacientes asociaban algún tipo de comorbilidad, siendo las más frecuentes las de la esfera ORL y las comorbilidades alérgicas. El 61% tenían < 40 ppb. Un 75,6 % presentaban una espirometría normal y un 22,6 % tenían un patrón obstructivo. El 59,7% estaba en tratamiento con triple terapia (CI/ LABA/LAMA), y un 32 % de los pacientes estaba con tratamiento con anticuerpos monoclonales.

95 pacientes (38.9%) presentaron agudizaciones en el año previo y 9 (3,7%) precisaron ingreso.

El 34,8% de los pacientes precisaron GCS en el año previo, de ellos el 36 % precisó más de 1 gramo/año. El corticoide oral más frecuentemente prescrito fue deflazacort en el 35 % de los casos. Un 35 % de los pacientes utilizaron ciclos cortos de corticoides, la duración más habitual fue de menos de 7 días (38%) y entre 7 y 15 días (36%).

Un 75% de los pacientes que precisaron esteroides tenían un mal control del asma (ACT < 45).

Conclusiones: El perfil más frecuente en nuestra consulta multidisciplinar de asma es el de una mujer de 47,8 años, con comorbilidades asociadas, con asma grave parcialmente controlado y con un buen cumplimiento terapéutico.

Un tercio de los pacientes precisó corticoides sistémicos a lo largo del año, con una dosis acumulada elevada y con toma frecuente de ciclos cortos de menos de 15 días de duración.

ADHERENCIA REAL AL TRATAMIENTO INHALADOREN PACIENTES CON ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC) EN TERAPIA BIOLÓGICA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

C. Romero Sayago, B. Gracia Hernández, A. González Hernández, J. Domínguez Caro, S. González Gutiérrez, A. Pereira Vega.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La demostrada eficacia del tratamiento biológico en pacientes con AGDC, no exime de mantener la terapia inhalada. Se ha observado una pérdida de adherencia en estos pacientes por la sensación de control de la enfermedad.

El objetivo de nuestro estudio es determinar el grado de adherencia al tratamiento inhalador de base, en pacientes con AGDC con terapia biológica y valorar su relación con el TAI.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se identificaron a los pacientes que fueron tratados con terapia biológica para el AGDC, a través de los registros propios de dispensación a pacientes externos (ATHOS-PRISMA 2.0). Se cuantificó la adherencia al tratamiento inhalador a través de las dispensaciones registradas de forma ambulatoria en el módulo receta XXI de DIRAYA. Se consideró no adherentes, los pacientes con < del 85% del cociente: días con medicación retirada/ días totales. Las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica digital.

Resultados: Se identificaron un total de 107 pacientes con tratamiento biológico: 26 con Omalizumab (O); 40 con Benralizumab (B) y 22 con Mepolizumab (M) y 19 con Dupilumab (D). Del total, el 41,1% fueron no adherente (NA) apreciándose solo un 17% con adherencia total. Al dividirlo por subgrupos, con O el 50% fue NA con un de valor TAI intermedio en 27% y TAI completo en 73%. Con B el 42 % fue NA con un de valor TAI intermedio en 7% y TAI completo 90%. Con M 36 % fue NA con un de valor TAI intermedio en 4,5% y TAI completo 95,5%. Con D 31,5 % fue NA con un de valor TAI intermedio en 11 % y TAI completo 89% ([Figura1](#)).

Conclusiones: - Un alto porcentaje de pacientes con AGDC con reciben terapia biológica abandona el tratamiento inhalador.

- Existe una gran discordancia entre el TAI y la adherencia real, lo que puede inducir a decisiones clínicas erróneas.

- Es fundamental remarcar a los pacientes la importancia de la terapia inhalada a pesar del tratamiento biológico para evitar una pérdida de control de la enfermedad.

EVOLUCIÓN DE LA EOSINOFILIA SECUNDARIA A DUPILUMAB. CORRELACIÓN CON LA RESPUESTA CLÍNICO-FUNCIONAL

A. González Hernández, C. Romero Sayago, B. Gracia Hernández, J. Domínguez Caro, J.I. Hilares Vera, C. Puchas Manchón.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Desde 2022 disponemos en nuestro centro de Dupilumab para el tratamiento del asma grave de difícil control (AGDC). Este tratamiento biológico es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra la cadena α del receptor de la IL-4 y que bloquea los efectos de la IL-4 e IL-13.

Aunque existen pocos estudios al respecto, se ha observado que puede aparecer una eosinofilia secundaria al uso de Dupilumab, de forma transitoria o permanente y dada la escasa experiencia actual no sabemos si puede influir en la eficacia del fármaco o en un mal control del AGDC.

El objetivo es valorar la eosinofilia en nuestros pacientes en tratamiento con Dupilumab para compararlo con la bibliografía descrita, y además, analizar si esa hipereosinofilia puede afectar a la eficacia del fármaco.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes en tratamiento activo con Dupilumab en nuestro centro, para ello se han recogido datos de eficacia mediante la escala multidimensional EXACTO (Exacerbaciones, ACT, FEV1 y corticoides orales), así como, la aparición de eosinofilia secundaria a tratamiento y el comportamiento de la misma.

Resultados: : Se han analizado 19 pacientes en tratamiento activo con Dupilumab, siendo el 78,9% mujeres, el grupo mayoritario menor de 50 años. En nuestra cohorte encontramos 11% de No respuesta, 22% respuesta parcial, 55% respuesta buena y 12% respuesta completa.

De ellos, el 35% presentaba eosinofilia (>500) previa al tratamiento, incrementándose este porcentaje al 76,5% de los pacientes una vez iniciado el fármaco, superando los 1.500 eosinófilos en el 17%. En todos los casos dicha aparición fue precoz (<4 meses) y de forma transitoria en el 41,7% de los casos (<90 semanas). No se ha podido establecer una relación entre la eosinofilia y la pérdida de eficacia o mal control del asma.

Conclusiones: - Dupilumab es una opción terapéutica eficaz en pacientes con AGDC con una tasa de respuesta buena o completa de un 67% de los pacientes.

- Tras el inicio del tratamiento, más de un 75 % de los pacientes presenta eosinofilia secundaria a tratamiento, sin poder establecer una relación de esta con un peor control del asma, siendo concordante con lo revisado en la literatura.

- Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para valorar el papel de la eosinofilia secundaria a tratamiento en el control del AGDC.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE MAL CONTROLADO EN TERAPIA BIOLÓGICA

S. García Morales, S. Rivera Gómez, M. Utrero Rico, I. Espejo Romero, J.G. Soto Campos, F. Pérez Grimaldi.

UGC Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: La adherencia a las terapias biológicas es crucial en el tratamiento de los pacientes con asma grave mal controlado. La mejoría de la clínica puede condicionar la administración y el cumplimiento de la terapia inhalada en estos pacientes y diferir según la terapia biológica.

El objetivo fue describir y evaluar la adherencia al tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados según dispositivo y tratamiento biológico en pacientes con asma grave mal controlado.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de la adherencia al tratamiento inhalado en pacientes con diagnóstico de asma grave no controlado en tratamiento con fármacos biológicos en el Hospital de Jerez. La muestra fue recogida desde Noviembre de 2022 hasta Noviembre de 2023.

Resultados: Se registraron un total de 150 pacientes con diagnóstico de asma grave no controlada en tratamiento inhalado y biológico durante 1 año de seguimiento.

Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#). El 100% (n = 150) de los pacientes, se encontraban en tratamiento activo con biológicos.

Durante el año de seguimiento, el 76% (n = 114) de los pacientes, presentaron una adherencia al tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados mayor del 80%. El 72% (n = 108) del total de la muestra empleaban 4 controladores como tratamiento a los 6 meses del inicio del biológico.

Junto con la terapia biológica, la terapia inhalada en polvo seco era la más frecuente, representando el 41,3% de la muestra (n = 62), seguido del dispositivo pMDI asociado a dispositivo respimat (42,8%).

Dentro del tratamiento inhalado, los pacientes tratados con triple terapia (SITT), presentaron una adherencia total al mismo del 100%, seguido de aquellos que se encontraban con terapia inhalada en polvo seco (56,45%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la elección de la terapia biológica y la adherencia al tratamiento inhalado, presentando un promedio de adherencia al mismo del 81,88% los pacientes tratados con Dupilumab, 78,3% de adherencia con Benralizumab y Omalizumab seguidos de un 75,36% aquellos que se encuentran con Reslizumab y un 68,82% los tratados con Mepolizumab.

Conclusiones: Los pacientes tratados con terapia biológica, si bien muestran mejoría clínica y una disminución de las agudizaciones a lo largo del seguimiento, continuaron presentando buena adherencia a la terapia inhalada en un alto porcentaje.

La elección del tipo biológico no condiciona la adherencia a la terapia inhalada.

EFICACIA DEL PROGRAMA CONNECT 360 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA (HJRJ)

B. Gracia Hernández, A. González Hernández, C. Romero Sayago, S. González Gutiérrez, A. Rodríguez Cabrera, C. Puchaes Manchón.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Bien es conocida la eficacia del biológico anti IL-5, benralizumab, en el asma grave de difícil control (AGDC), mejorando el control de la enfermedad, reduciendo exacerbaciones, necesidad de corticoides orales (CO) y mejora de función pulmonar y calidad de vida.

Para mejorar la atención, adherencia terapéutica y el control del asma, se han desarrollado programas de apoyo como Connect360, ofrecido por la farmacéutica Astrazéneca a aquellos pacientes en tratamiento con Benralizumab. Dicho programa ha sido utilizado en muchos pacientes asmáticos, sin que se haya comprobado su efectividad en mejorar el control del asma.

El objetivo es evaluar la eficacia del programa Connect360, en la cohorte de pacientes del HJRJ que han recibido tratamiento con Benralizumab.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal, analizando pacientes de nuestro hospital que iniciaron Benralizumab entre los años 2019-2021 y comenzaron en el programa Connect360 en 2021. Se evaluó las respuestas clínicas al fármaco mediante la escala multidimensional EXACTO (reducción de exacerbaciones y CO, FEV1 y ACT), así como, adherencia al tratamiento, comparando los datos antes y después de su participación en el programa.

Resultados: Se analizaron 22 pacientes, de los cuales 20 eran mujeres (90,9%), con un rango de edad de 50 - 70 años en el 72%. Con respecto a la eficacia, observamos una mejoría del EXACTO en los pacientes tras incluirse en el programa connect360, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,02$), presentando mayor número de pacientes en respuesta completa y reduciendo los grupos de respuesta parcial y de no respuesta (Figura 1). Al analizar las variables por separado, se aprecia mejoría en los apartados de reducción de exacerbaciones y FEV1, con una correlación cercana a la significación estadística ($p < 0,08$), sin apreciar correlación en las variables de ACT y disminución de CO. Con respecto a la adherencia al tratamiento, se aprecia un aumento del 10% en la retirada del fármaco de la farmacia del hospital (Figura 2).

Conclusiones: - El programa Connect 360 para pacientes con asma tratados con benralizumab, es una opción eficaz para mejorar la calidad de vida y el control del AGDC.

- Al analizarlo por subgrupos se aprecia mayor impacto en la reducción de exacerbaciones y en la función pulmonar.

- Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y un grupo control no incluidos en el programa para validar los resultados.

ANÁLISIS DE LAS VARIACIONES DE AGUDIZACIONES, FUNCIÓN PULMONAR, FENO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON AGNC TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON DUPILUMAB

J. Vilaplana Vicedo (1), J.A. Expósito Tapia (1), J.J. Garrido Romero (1), M.E. Ruiz Carretero (1), G. García De Vinuesa Calvo (1), R. Villagómez Cerrato (1), L. Mateos Caballero (1), M. Serradilla Sánchez (1), I.M. García Guillo (2), A.M. Pérez Fernández (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital de Mérida, Badajoz, (2) Dirección de Salud Pública del área de Mérida, Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: El asma grave no controlada (AGNC) es aquella que persiste mal controlada pese a recibir tratamiento con una combinación de GCI/LABA/LAMA a dosis elevadas en el último año o bien glucocorticoides orales durante al menos 6 meses del mismo periodo.

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra las interleukinas 4 y 13 que ha demostrado disminuir las agudizaciones, mejorar la función pulmonar, mejorar los niveles de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) y la calidad de vida de los pacientes con asma grave.

Nuestro objetivo es evaluar el efecto del tratamiento con dupilumab en las agudizaciones, el FeNO, la obstrucción bronquial (FEV1) y calidad de vida (ACT) en pacientes con AGNC.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo observacional de la base de datos de pacientes con AGNC seguidos en nuestra consulta que han iniciado tratamiento con dupilumab entre marzo de 2022 y marzo de 2023. En total se encontraron 11 pacientes (6 mujeres y 5 hombres). La media de edad al diagnóstico de AGNC fue 51,18 años. Todos los pacientes presentaron un Fenotipo T2 de asma, en 7 casos se trató de un fenotipo T2 alérgico y en 4 de T2 eosinofílico. En 4 de ellos dupilumab fue el primer tratamiento biológico que se les administró y 7 fueron cambios de tratamiento (6 de omalizumab a dupilumab y 1 de benralizumab a dupilumab). Se cuantificaron las exacerbaciones ($n = 11$), FENO ($n = 10$), FEV1 ($n = 10$) y ACT ($n = 10$) antes de iniciar dupilumab y en los 6 meses posteriores. Se realizó el análisis estadístico de los resultados con un análisis de medias emparejadas mediante la prueba T de Student.

Resultados: Se observó una disminución estadísticamente significativa de las agudizaciones pasando de una media de 1,27 agudizaciones en los 6 meses previos a una media de 0 en los 6 meses posteriores ($p < 0,003$).

La función pulmonar, medida como FEV1, se incrementó en una media de 277 mL ($p < 0,028$). En cuanto a la disminución media del FeNO fue de 21,2 ppb ($p < 0,10$) y el aumento medio del cuestionario ACT fue de 2 puntos ($p < 0,541$) siendo ambas diferencias no estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos una mejoría en las agudizaciones, la función pulmonar, los niveles de FeNO y la calidad de vida de los pacientes que iniciaron tratamiento con dupilumab, que en su mayoría venían de tratamiento con otro fármaco biológico. En el FeNO y el ACT observamos mejorías no estadísticamente significativas por lo que sería necesario ampliar el tamaño muestral para seguir estudiando dichas variables.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO DE TRES RAMAS QUE COMPARA TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA, CITISINA Y TRATAMIENTO SECUENCIAL CON CITISINA Y POSTERIORMENTE NICOTINA, PARA EVALUAR CRAVING Y EFECTOS ADVERSOS

J. Fontoba Díaz, M. Figuerola Esteban, E. Doña Díaz.

Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, H. Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo y constituye, además, la primera causa evitable de muerte en España. Por tanto, es necesario un enfoque adecuado para su tratamiento con las diferentes moléculas que hay para ello.

Metodología: Estudio prospectivo observacional de pacientes atendidos en la unidad de tabaquismo del Hospital Regional Universitario de Málaga durante los meses de enero a septiembre de 2023. Se recogieron características clínicas, nivel de craving y reacciones adversas al tratamiento. Se realizó estudio descriptivo, se compararon los efectos adversos, y el grado de craving de los pacientes que habían recibido tratamiento con citisina y posteriormente nicotina, citisina sola y terapia sustitutiva con nicotina (combinando parches con comprimidos o spray). Para ello realizamos una comparación de medias mediante Chi-cuadrado y usamos el programa IBM SPSS Statics 25.

Resultados: Se incluyeron un total de 80 pacientes con las siguientes características basales ([Tabla 1](#)). Como efectos adversos ([Imagen 1](#)): de los 23 pacientes con terapia secuencial; 2 casos de dermatitis por nicotina y 1 sueño vivido con citisina.

De los 24 pacientes con nicotina; 1 caso de dermatitis, 1 reacción inespecífica, 1 caso de náuseas, 1 caso de dermatitis por parches de nicotina y 2 casos inespecíficos por comprimidos de nicotina. De los 33 pacientes con citisina se notificaron 2 casos inespecíficos. No encontramos diferencias significativas ($p = 0,44$).

Al analizar el craving ([Imagen 2](#)) de los 3 grupos de tratamiento destaca que con terapia con citisina un 26,7% de pacientes nunca presentaban craving y 26,7% de pacientes los presentaban ocasionalmente; la terapia secuencial tenía un 23,8% de pacientes que nunca presentaban craving y 47,6% de craving ocasional; y la terapia con nicotina sola tenía 30,4% de pacientes que nunca tenían craving y 43,5% los presentaban ocasionalmente.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas en cuanto a efectos adversos entre las diferentes ramas de tratamientos. Observamos menor craving en los pacientes que habían recibido tratamiento con citisina sola, seguida de la terapia secuencial y la de nicotina.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE TRES RAMAS QUE COMPARA TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA, CITISINA Y TRATAMIENTO SECUENCIAL CON CITISINA Y POSTERIORMENTE NICOTINA, PARA EVALUAR ABSTINENCIA Y VALORES DE COOXIMETRÍA

J. Fontoba Díaz, M. Figuerola Esteban, E. Doña Díaz.

Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, H. Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo y constituye, además, la primera causa evitable de muerte en España. Por tanto, es necesario un enfoque adecuado para su tratamiento con las diferentes opciones terapéuticas con las que contamos.

Metodología: Estudio prospectivo observacional de pacientes atendidos en la unidad de tabaquismo del Hospital Regional Universitario de Málaga durante los meses de enero a septiembre de 2023. Se recogieron características clínicas, grado de exposición mediante cooximetría; se comparó la abstinencia tabáquica a los 3 y 6 meses de los pacientes que habían recibido tratamiento con citisina y posteriormente nicotina, citisina sola y terapia sustitutiva con nicotina combinada (parches y comprimidos o spray); además se compararon los valores de cooximetría al finalizar cada tratamiento. Chi-Cuadrado, test de ANOVA, y usamos el programa IBM SPSS Statics 25.

Para ello realizamos una comparación de medias mediante Chi-Cuadrado, test de ANOVA, y usamos el programa IBM SPSS Statics 25.

Resultados: Se recogieron características basales. Hay 23 pacientes con terapia secuencial, 24 pacientes con nicotina y 33 pacientes con citisina.

La abstinencia lograda a 3 meses con el tratamiento secuencial fue 73,9%, con nicotina 76,1% y con citisina sola 53,8% ([Imagen 1](#)). Sin lograr encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = 0,18$).

La abstinencia lograda a 6 meses con el tratamiento secuencial fue 45,45%, con nicotina 72,2% y con citisina sola 28,5% ([Imagen 2](#)). Al realizar la comparación observamos una diferencia estadísticamente significativa a favor del tratamiento con nicotina ($p = 0,01$).

Los valores de cooximetría medios basalmente en el grupo de terapia secuencial son $12,4 \pm 12,9$ ppm; en el grupo de citisina $16,9 \pm 1$; y en el de nicotina $14,2 \pm 8,2$, sin que encontráramos diferencia estadísticamente significativa.

Los valores de cooximetría medios a los 6 meses en el grupo de terapia secuencial $6,5 \pm 8,4$ ppm; en el de citisina $6,9 \pm 9,7$; y en el de nicotina de $3,4 \pm 3,1$ sin que encontráramos diferencia estadísticamente significativa. ([Imagen 3 y 4](#)).

Este estudio presenta la limitación del alto número de pacientes perdidos en el seguimiento a 6 meses.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, observamos mayores tasas de abstinencia con la terapia sustitutiva con nicotina a los 3 y 6 meses pero solo se alcanzó la significación estadística a los 6 meses.

Los niveles de cooximetría fueron menores también en el grupo de terapia sustitutiva con nicotina sin significación estadística ($p = 0,379$).

RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO ENFERMEDAD PREVENIBLE Y CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL

O. Ruiz Rodríguez (1), M.R. Ruiz-Serrano De La Espada (2), M. Ruiz Castellano (1) -, P.F. García Tamayo (2), M.D. Nuñez Ollero (2), D. Chacon Cadiz (2), J. Cabrera Guerrero (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital de Alta Resolución de Loja, Granada, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El tabaquismo enfermedad prevenible y el asma bronquial son dos enfermedades muy prevalentes en nuestra sociedad. Siendo el tabaquismo un factor que afecta directamente sobre el control de la enfermedad del asma.

El principal objetivo de este trabajo es evaluar el grado de tabaquismo de los pacientes y la relación con el control de la enfermedad.

Metodología: Realizamos un estudio observacional prospectivo realizado en una consulta de Neumología general de consultas externas en donde se incluyeron adultos diagnosticados de asma bronquial en un periodo de doce meses comprendidos en junio 2022 a mayo 2023. En cada paciente se recogen antecedentes de tabaquismo, datos de consumo y variables de asma bronquial. En el análisis estadístico las variables continuas se expresan como media (DE). Las variables cualitativas se expresan con n (%). Se realizó comparación de variables cualitativas mediante T de Student o ANOVA, y la χ^2 para las cualitativas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Obteniendo los siguientes resultados con valor (n 298). Edad en años $54,8 \pm 20,2$. Sexo (H/M) n (%) 126/172 (42,3%/57,1%). Función pulmonar FEV1% teórico $97,2 \pm 20,1$, FVC% teórico $96,2 \pm 22,5$, FEV1/FVC 106. Tabaquismo: fumador activo n (%) 43 (14,4%), exfumador, n 82 (27,5%), nunca fumador n (%) 173 (58%). Consumo acumulado paquetes año; exfumadores $8,2 \pm 2,4$ y fumadores activos $16,9 \pm 12,4$. Control del asma bronquial (ACT); no controlado 26%, parcialmente controlado 26% y controlado 46%.

Conclusiones: 15% de los diagnosticados en asma en este grupo son fumadores activos

En este análisis de este grupo el hábito tabáquico no muestra diferencias en el control de la enfermedad.

Son necesarias las medidas destinadas al abandono del tabaquismo por el equipo multidisciplinar.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL TABACO EN EL ESPECTRO SUICIDA?

I. Romero Espejo, C.M. Carrasco Carrasco (1), I. Martínez Molina (2), M.A. Zambonino Carreiras (1), J. Rojas Villegas (3), J.G. Soto Campos (1).

(1) UGC Neumología y Alergia del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz, (2) Salud Mental del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz, (3) Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud. AGS de Jerez, Costa noroeste y Sierra de Cádiz.

Introducción: En un contexto donde el suicidio constituye un problema de elevada importancia clínica y social, resulta fundamental identificar factores de riesgo asociados sobre los que intervenir, siendo el tabaco uno de los que ha sido identificado en estudios previos.

Analizar la prevalencia y la asociación del tabaco con los fenómenos del espectro suicida y otras variables de interés relacionadas.

Metodología: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que fueron atendidos de forma consecutiva en Urgencias del Hospital de Jerez de la Frontera en el año 2018 por clínica suicida (se incluyeron las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y el suicidio consumado).

Resultados: Se incluyeron un total de 186 pacientes, de los cuales 118 (63,4%) eran mujeres. 28 (15,1%) pacientes se encontraban en el rango de edad 0-20 años, 58 (31,2%) en el rango 21 - 40 años, 82 (44,1%) en el rango 41 - 60 y 18 (9,7%) mayores de 60 años. 48 (25,8%) pacientes eran fumadores. 39 (21%) presentaban consumo de alcohol y 12 (6,5%) presentaban otras toxicomanías.

135 (72,6%) presentaban antecedentes de patología psiquiátrica y 28 (15,1%) de patología respiratoria. 39 (20,9%) pacientes presentaban antecedentes autolíticos previos.

Al comparar fumadores y no fumadores se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al género ($p = 0,01$), al consumo de alcohol y tóxicos ($p < 0,001$) y enfermedades respiratorias ($p < 0,001$).

De forma global no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el tabaco y los intentos previos de suicidio, enfermedades psiquiátricas previas y fibromialgia. Al agrupar a los pacientes por rango de edad, el tabaquismo sí se asoció al alcohol en todas las franjas de edad excepto la de 21 - 40 años, los antecedentes respiratorios se asociaron al tabaco en todas las franjas de edad a partir de los 21 años. De forma aislada encontramos asociación estadísticamente significativa entre enfermedades neurológicas y tabaco en pacientes de entre 21 - 40 años y entre consumo de tóxicos y tabaco en mayores de 60 años.

Conclusiones: A pesar de no encontrar una clara asociación en nuestra muestra entre el consumo de tabaco y los fenómenos del espectro suicida sí podemos reseñar otros aspectos de interés como el papel que juega la asociación entre el tabaco y el alcohol en estos pacientes.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN LA CONSULTA DE TABAQUISMO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

P. Montero Sanz (1), J.M. Díez Piña (1), V. Díaz Pérez (2), N. Reyes Núñez (1), J. Vázquez Domínguez (1), A. Vera Pila (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, (2) Psicología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El tabaquismo representa la principal causa de muerte prematura en España y se cataloga como una enfermedad adictiva crónica. En la población española de 15 a 64 años el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida. Este estudio tiene como objetivo examinar las características basales de los pacientes que acuden a la consulta de tabaquismo.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo que involucró el análisis de datos demográficos, historial de tabaquismo, condiciones médicas coexistentes, nivel de motivación previa, etapa de abandono en la que se encontraban y tratamiento farmacológico recibido durante la consulta. Posteriormente, se realizó un seguimiento a los 15, 30, 90 y 180 días. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y porcentajes.

Resultados: La muestra incluyó a 192 pacientes con una edad media de 55,33 años, de los cuales el 64% eran varones. Respecto a las comorbilidades, el 41% sufría enfermedades respiratorias, el 21% tenía diagnóstico de cardiopatía y el 2,48% antecedente de patología psiquiátrica. El 49% de las derivaciones provenían de Neumología. La motivación inicial medida por EVA fue máxima (10) en 88 de los pacientes evaluados. El 83% había intentado previamente abandonar el tabaquismo y el 87% acudió en la fase de preparación. El Fagerström medio fue de 6,3.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 47,91% recibió Citisina, el 16,14% terapia sustitutiva con nicotina, el 12,5% Bupropion y el 17,18% solo terapia cognitiva sin fármacos. La tasa de abstinencia fue del 67% a los 15 días, del 69% al mes, del 57% a los 90 días y del 42% a los 180 días.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a la consulta de tabaquismo son mayoritariamente hombres mayores de 50 años con patologías cardiorrespiratorias y al menos un intento previo de abandono del hábito tabáquico.

La Citisina se posicionó como el tratamiento farmacológico más prescrito. Se observó una tasa de abstinencia superior al 40% a los 6 meses.

ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON CITISINA EN NUESTRA UNIDAD DE TABAQUISMO (UET)

M. Sanz Flores, N. Vega Dombidau, M. Cebrián Romero, R. Rodríguez Villamor, A.P. Arenas Polo, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Citisina es el último fármaco no nicotínico incluido en nuestro arsenal terapéutico para el tratamiento del tabaquismo. El objetivo de nuestro estudio es analizar la satisfacción percibida por nuestros pacientes tras el tratamiento con citisina.

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo de los pacientes que recibieron citisina como tratamiento de su tabaquismo y fueron incluidos en nuestro protocolo de seguimiento telefónico en el último año. Se evalúa la satisfacción mediante respuesta dicotómica (SI/NO) del paciente a pregunta directa realizada durante el seguimiento; asimismo, se realiza estudio estadístico con programa SPSS versión 25 con vistas a valorar posible asociación con diferentes variables, principalmente eficacia y aspectos clínicos de su tabaquismo.

Resultados: Se incluyen 88 pacientes que recibieron tratamiento con citisina (60% del total de pacientes incluidos en nuestro protocolo de consultas), de éstos, el 54,5% completó el total del tratamiento prescrito.

En el 64% de nuestros pacientes se observó eficacia del tratamiento (abstinencia puntual ó prolongada) en alguna de las visitas de seguimiento. El 43,2% no dejó de fumar con citisina (no se recogió abstinencia en ningún momento del seguimiento). El 51% de los pacientes tratados con citisina respondió afirmativamente a nuestra pregunta, es decir, estaban satisfechos con el tratamiento recibido. La satisfacción se asoció con la eficacia (abstinencia) (49,4%), el grado de cumplimiento (54,5%) y con un menor grado de dependencia observado en el test de Fageström (66,7%). La presencia de comorbilidades psiquiátricas (ansiedad o depresión) se asocia a un menor porcentaje de p. con satisfacción del tratamiento con citisina. La autoeficacia y motivación no se asocian a satisfacción con el tratamiento.

Conclusiones:

1. Citisina es el tratamiento mayormente prescrito en nuestra unidad.
2. Más de la mitad de los pacientes que reciben este tratamiento se mostraron satisfechos con el mismo, estando asociada la satisfacción con la abstinencia autorreportada y el grado de cumplimiento.
3. La satisfacción del paciente tratado con citisina es mayor en los pacientes con menor grado de dependencia a nicotina.

EXPERIENCIA CON CITISINA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

M.M. Ignacio Expósito, C. Amezcua Sánchez, R. Perera Louvier, A. Valido Morales.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La prevalencia de consumo de tabaco entre aquellos pacientes que padecen algún tipo de patología psiquiátrica es significativamente superior a la población general. Además, hay que tener en cuenta las posibles interacciones farmacológicas entre su tratamiento de base para patología psiquiátrica y aquellos disponibles para la deshabituación tabáquica. Existe poca evidencia disponible del uso de Citisina en pacientes psiquiátricos.

Objetivo: Analizar los resultados de eficacia y seguridad del uso de la Citisina para deshabituación tabáquica en pacientes con antecedentes psiquiátricos.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes psiquiátricos que utilizaron tratamiento con Citisina dentro del programa de deshabituación tabáquica en la Unidad de Tabaquismo del HUVM desde noviembre 2021 hasta la actualidad.

Resultados: Se han analizado 107 pacientes. Edad media de 54,0 años siendo el 70,1% mujeres. Dentro de los trastornos psiquiátricos: 45,8% trastorno ansioso-depresivo, 23,4% ansiedad, 14,0% depresión, 7,5% Trastorno bipolar, 4,7% Esquizofrenia, 2,8% Fobias y 1,9% trastorno de la conducta alimentaria.

Comorbilidades: 42,1% hipertensión arterial, el 24,3% Diabetes Mellitus, el 31,8% dislipemia y el 8,4% cardiopatía isquémica.

Entre los antecedentes respiratorios, el 9,3% presentó EPOC y el 7,5% asma bronquial. El 5,6% tenía antecedentes de hipotiroidismo y el 8,4% padecían hepatopatía crónica. El 5,6% padecían insuficiencia renal y el 13,1% alteraciones osteoarticulares.

En relación al hábito tabáquico: edad media de 16,0 años con 40,0 años de media de consumo. Índice paquetes/año 38,64.

El 30,2% había realizado al menos 1 intento de abandono. El 45,4% con Vareniclina y el 36,7% con Bupropion.

Según los test realizados en la primera visita, alta tasa de dependencia (Fagerstrom 7 puntos), alta motivación (Richmond 8 puntos) y altos niveles de ansiedad (HADS-A 12 puntos) y depresión (HADS-D 9 puntos).

No fue necesaria retirada por efectos adversos. 2 pacientes padecieron molestias abdominales leves. Ningún paciente ha fallecido desde entonces.

En términos de adherencia al programa: 45,8% a los 3 meses, 35,0% a los 6 meses y en 35,4% en la revisión final al año.

Obtuvimos una abstinencia a los 3 meses de un 40,2%, a los 6 meses 34,7% y al año del 35,3%.

Conclusiones: - La tasa de eficacia disminuye a lo largo del seguimiento de manera similar a lo descrito en la literatura.

- Citisina muestra perfil de seguridad elevado, sin interacciones con psicofármacos.

CITISINA PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TABAQUISMO

M.M. Ignacio Expósito, C. Amezcua Sánchez, R. Perera Louvier, A. Valido Morales.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario, Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Desde finales del año 2021 existe en España la opción de Citisina como alternativa terapéutica para la deshabituación tabáquica, siendo desde febrero de 2023 financiada para determinados casos.

Objetivo:

- Conocer el perfil clínico de pacientes que tomaron Citisina.
- Estudio del perfil de seguridad.
- Evaluar los resultados de adherencia al programa y abstinencia al fármaco tanto en aquellos que tomaron Citisina financiada como los que no.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes que tomaron Citisina desde noviembre de 2021 hasta la actualidad.

Resultados: Se han analizado 207 pacientes a los que se propuso Citisina, con edad media de 53 años, 55,6% mujeres. En relación a las comorbilidades: 37,7% asocian hipertensión arterial, el 20,8% Diabetes Mellitus y el 33,8% dislipemia.

Entre los antecedentes respiratorios: 7,7% padecían EPOC y el 7,2% asma bronquial. El 7,2% tenían antecedentes de accidente isquémico y el 5,8% accidente cerebro vascular. Alta prevalencia de antecedentes psiquiátricos (51%), siendo el más frecuente el síndrome ansioso-depresivo (45,8%).

En relación al hábito tabáquico: comenzaron a fumar a una edad media de 16,0 años, media de consumo de 23 cigarrillos al día. Índice paquetes/año 36. El 25,2% realizaron al menos 1 intento de abandono previo.

Según los test realizados en la primera visita, presentaban alta tasa de dependencia (Fagerstrom 7 puntos), alta motivación para la deshabituación (Richmond 8 puntos) y altos niveles de ansiedad (HADS-A 12 puntos) y depresión (HADS-D 9 puntos).

No fue necesaria la retirada del tratamiento en ningún caso por efectos adversos. Únicamente 2 pacientes tuvieron molestias abdominales de carácter leves.

Ningún paciente falleció durante el seguimiento. Hay 6 pacientes que no llegaron a iniciar el tratamiento, por lo que quedaron excluidos de los resultados.

La adherencia al programa a los 3 meses fue 49,5%, a los 6 meses (37,6%) y a los 12 meses (35,6%).

La abstinencia a los 3 meses del 43,3%, del 34,7% a los 6 meses y del 35,6% a los 12 meses.

Cabe destacar que el 28,0% de la muestra tomó Citisina sin estar financiada. En la [tabla 1](#) se muestra la diferencia de adherencia al programa y la abstinencia a los 3 y 6 meses entre pacientes con Citisina financiada y no financiada.

Conclusiones: - Las tasas de eficacia disminuyen a lo largo del seguimiento de forma similar al uso de otras terapias.

- Perfil de seguridad adecuado, sin efectos adversos graves.
- No hay diferencias entre aquellos que tomaron Citisina financiada y los que no.

ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTE DE NUESTRA UNIDAD ESPECIFICA DE TABAQUISMO(UET)

R. Rodríguez Villamor, F.R. Guzmán Ruiz, M. Sanz Flores, A.P. Arenas Polo, N. Vega Dombidau, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y recurrente que requiere de intervención en consultas específicas mediante protocolos de seguimiento adecuado. El objetivo de nuestro trabajo es hacer un estudio del perfil clínico-epidemiológico del fumador que acude a nuestra consulta y se incluye en nuestro protocolo de seguimiento.

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo y descriptivo a partir de los pacientes incluidos en nuestra UET. Nuestro protocolo asistencial incluye visitas presenciales y visitas de seguimiento telefónicas. Se seleccionan pacientes correspondientes al periodo comprendido entre noviembre de 2022 y octubre de 2023. Se realiza estudio de variables epidemiológicas, clínicas-diagnósticas y terapéuticas. Los resultados obtenidos se almacenan en una base de datos desarrollada al efecto. Se realiza estudio estadístico mediante programa informático SPSS versión 23.

Resultados: Se incluyen 146 pacientes con ligero predominio de varones (51,4%) y una edad media de 54 años. La edad inicio de tabaquismo fue 16 años con un IPA medio de 33, consumiendo actualmente 21 cig/día. La media del test de Fagerström fue de 7 y de la cooximetría al inicio del seguimiento fue de 20,48. El 70% de los pacientes realizó algún intento previo de abandono del tabaco.

Respecto al tratamiento, la mayoría fue tratada con citisina (60,3%), seguida de Bupropion (13,7%) y TSN como terapia asociada a los dos anteriores hasta en un 31,5% de los casos.

En la [tabla 1](#), se expresan los datos anteriormente nombrados divididos según variables epidemiológicas, clínicas y de tratamiento.

Conclusiones: El perfil del paciente que acude a nuestra UET corresponde a una persona de edad media sin predominio de sexo que en su mayoría ha realizado algún intento previo de abandono y que presenta un alto grado de tabaquismo con dependencia nicotínica elevada. El tratamiento de elección que reciben nuestros pacientes es citisina en su mayoría.

EXPERIENCIA EN EL USO DE CITISINA EN UNA UNIDAD DE TABAQUISMO

C. Amezcua Sánchez, M.M Ignacio Expósito, R. Perera Louvier, A. Valido Morales.
Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Desde finales del año 2021 los pacientes con tabaquismo activo tienen una nueva opción terapéutica (no financiada en aquel momento) aprobada por la Agencia Española del Medicamento, Citisina.

Objetivo: describir el perfil de pacientes y los resultados obtenidos tras la realización del programa completo de 12 meses para cesación tabáquica de los pacientes tratados con Citisina desde su aprobación en España en noviembre de 2021.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes seguidos en la Unidad de Tabaquismo que han completado un año de seguimiento tras iniciar la terapia con Citisina.

Resultados: Se han analizado 60 pacientes a los que se propuso tratamiento con Citisina, con edad media de 59 años siendo el 58,3% mujeres. En relación a las comorbilidades el 38,3% asocian hipertensión arterial, el 21,7% Diabetes Mellitus y el 25% dislipemia. Antecedentes oncológicos: 2 pacientes cáncer de mama, 1 paciente hepatocarcinoma y 1 cáncer de pulmón.

Entre los antecedentes respiratorios, el 11,7% padecían EPOC y el 5,0% asma bronquial. El 10,0% tenía antecedentes de accidente isquémico y el 15,3% padecían hepatopatía crónica.

Alta prevalencia de antecedentes psiquiátricos (65,0%). Por subgrupos el 43,3% padecen síndrome ansioso-depresivo, el 6,7% ansiedad, el 8,3% depresión, el 3,3% esquizofrenia y el 3,3% trastorno bipolar.

En relación al hábito tabáquico nuestros pacientes comenzaron a fumar a una edad media de 16,0 años con una media de consumo de 23,0 cigarrillos al día. Índice paquetes/año 43.4. El 56.7% ha realizado al menos 1 intento de abandono previo. Según los test realizados en la primera visita, alta tasa de dependencia (Fagerstrom 7 puntos), alta motivación (Richmond 8 puntos) y altos niveles de ansiedad (HADS-A 12 puntos) y depresión (HADS-D 9 puntos).

No fue necesaria la retirada del tratamiento por efectos adversos. Únicamente 2 pacientes tuvieron molestias abdominales leves. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

La adherencia al programa a los 3 meses fue 50%, a los 6 meses (48,3%) y a los 12 meses (41,7%). De los 60 pacientes a los que se pauta Citisina un 20,0% no llegan a iniciarlo. La abstinencia a los 3 meses del 68,8%, del 56,3% a los 6 meses y del 43,8% a los 12 meses.

Conclusiones: Citisina es un fármaco eficaz para conseguir la abstinencia tabáquica. Las tasas de eficacia disminuyen a lo largo del seguimiento de forma similar a otras terapias. Presenta un perfil de seguridad adecuado, sin necesidad de retiradas del fármaco por efectos adversos.

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PRESENTACIÓN Y DEMORA DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER DE PULMÓN

J. Hernández Borge, J. López Rodríguez, R. Morante Espada, L. Galán Ledesma, N. Matallana Encinas., E. Sánchez Calle, J.A. Márquez Alba, A. Sanz Cabrera, J.A. Gutiérrez Lara, A. Castañar Jover.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) suele presentarse en estadios avanzados. En pacientes de edad avanzada (EA), estos hechos podrían ser más acusados, por aspectos sociodemográficos y comorbilidades que pueden provocar mayores demoras de consulta (DC) y diagnóstico (DD).

Nuestro objetivo ha sido conocer si la edad afecta a la presentación, DC y DD del CP y su influencia en la supervivencia.

Metodología: Estudio prospectivo observacional de 317 pacientes con CP (hombres 85,2%, edad media $66 \pm 10,6$ a). Se establecieron dos grupos: Pacientes >75 años ($P >75$) y Se recogieron síntomas iniciales de CP referidos espontáneamente y tras mostrarles un listado estructurado. Se definió la fecha de los primeros síntomas, la demora hasta la primera consulta y hasta el diagnóstico. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo de dos años tras el diagnóstico, salvo muerte o pérdida. Se realizó un análisis comparativo y de supervivencia (K-Meier), entre ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron 317 pacientes (23,3% $P >75$). No encontramos diferencias significativas (DS) ente ambos grupos en el género, exposición a factores de riesgo, antecedentes familiares de cáncer o riesgo percibido de CP. Los $P >75$ tuvieron menor nivel educativo (estudios primarios):

85,1% vs 63,4%, $p = 0,0005$), menor nivel económico (renta baja: 82,4% vs 65,9%, $p = 0,028$), menos tabaquismo activo (16,1% vs 48,1%, $p = 0,0005$), menos conocimientos sobre CP (62,2% vs 45,3%, $p = 0,014$) y más comorbilidades (95,9% vs 88,1%, $p = 0,045$). Respecto a los síntomas referidos según un listado, los $P >75$ tuvieron más falta de aire (60,8% vs 40,5%, $p = 0,034$) y disfonía (13,5% vs 5,8%, $p = 0,042$). No encontramos DS en el tipo histológico o TNM clínico, pero los $P <75$ se sometieron a mediastinoscopia (21% vs 6,8%, $p = 0,005$) y fueron considerados quirúrgicos con más frecuencia (19,1% vs 5,5%, $p = 0,005$), mientras que los $P >75$ recibieron más tratamiento paliativo (29,7% vs 5,3%, $p = 0,005$). No hubo DS en la DC ($P >75$: $15,2 \pm 27,6$ días vs $P <75$: $24,4 \pm 59$), ni en la DD ($P >75$: $89,4 \pm 126,6$ días vs $P <75$: $84 \pm 94,6$). La mortalidad ($P >75$: 88,9% vs $P <75$: 79,3%) y sus causas fueron similares, aunque la supervivencia fue mayor en los $P <75$ (mediana 15 vs 11 meses; test log rank; $p = 0,01$).

Conclusiones: Los $P >75$ tuvieron peor perfil sociodemográfico y más comorbilidad, aunque su sintomatología, demora (consulta, diagnóstico) y estadiaje fue similar a los más jóvenes. Se sometieron a cirugía con menos frecuencia, fueron considerados paliativos de forma más habitual y tuvieron menor supervivencia.

COMPARACIÓN ENTRE LA PENDIENTE VE/CO₂ Y EL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO (VO₂) EN RELACIÓN CON LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS UNA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

J. López Martínez, E. Solana Martínez, F.J. Ruiz López, M. Fernández Granja, E. Martínez Orenes, L. Fernández Mula, S.Y. Ruiz Martínez, H.L. Buchelli Ramírez.

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La European Respiratory Society (ERS) y la American Thoracic Society (ARS) recomiendan la medición del consumo máximo de oxígeno (VO₂) para determinar el riesgo preoperatorio en pacientes candidatos a una resección pulmonar, pero varios estudios han demostrado que la pendiente VE/VCO₂ y el VO₂ en cuanto a la predicción de complicaciones postoperatorias tras la resección pulmonar.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 33 pacientes candidatos a cirugía de resección pulmonar, sometidos a una cicloergometría para determinar el riesgo preoperatorio. Las pruebas de esfuerzo fueron realizadas entre febrero de 2016 y junio de 2022 y las complicaciones postoperatorias se evaluaron en el primer mes del postoperatorio.

Los resultados se describen como mediana y rango intercuartílico (RIQ).

Resultados: 33 pacientes, con edad media de 67 ± 7 años y predominio masculino (76%). 4 (12%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: 3 (75%) complicaciones pulmonares (fístula broncopleurales, atelectasia, derrame pleural multiloculado) y 1 (25%) complicaciones pulmonares y cardiovasculares (empiema, fístula pleurocutánea y vasoespasmos coronario). Además, estos pacientes tenían mayor comorbilidad: HTA (100%), EPOC (100%) y cardiopatía isquémica (75%), asociándose de forma estadísticamente significativa con el riesgo de complicaciones el EPOC ($p = 0,027$) y la cardiopatía isquémica ($p = 0,0004$). En cuanto al tipo de resección pulmonar, 3 (75%) pacientes fueron sometidos a una lobectomía por toracotomía, incrementando esta el riesgo de complicaciones tras la intervención ($p = 0,011$) en comparación al resto de intervenciones agrupadas. En cuanto a la cicloergometría, los pacientes con complicaciones presentaban una mediana de VO₂ de 19 ml/kg/min (RIQ 17), superior a los pacientes sin complicaciones (17 ml/kg/min (RIQ 4) con una $p = 0,407$. La pendiente VE/VCO₂ estaba elevada en ambos grupos, siendo la mediana de 32 (RIQ 6) en pacientes sin complicaciones y de 29 (RIQ 6) en pacientes con complicaciones ($p = 0,269$).

Conclusiones: Tras una cirugía de resección pulmonar, los pacientes con EPOC y cardiopatía isquémica presentan un mayor riesgo de complicaciones, al igual que los pacientes sometidos a una lobectomía mediante toracotomía. Finalmente, no existe significación estadística en cuanto a la predicción de complicaciones postoperatorias mediante la pendiente VE/VCO₂ en comparación con el VO₂.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

EXPERIENCIA TRAS EL INICIO DE LA CONSULTA RÁPIDA DE SOSPECHA DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M. Morales González, A.M. Burgos Pimentel, M.C. Yanlli Bonduki, A.G. Badillo Melgar, A. Marín Andreu, B. Herrero González.

Servicio de Neumología, Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: El cáncer de pulmón es un problema de salud de enorme magnitud con una importante carga sanitaria. Con el fin de mejorar la asistencia de los pacientes con sospecha de Cáncer de Pulmón (CP) de nuestra área se pone en marcha la consulta rápida de neumología para pacientes con sospecha de CP.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de nuestra experiencia tras el inicio de la consulta rápida de sospecha de CP.

Resultados: Se han atendido un total de 98 pacientes siendo en su mayoría hombres (70,4%) con una edad media de 65,93 años. El 84,7% eran fumadores activos o exfumadores con un ICAT de media de 39,72 paq/año y diagnóstico de EPOC en el 29,6% de los pacientes. La mayoría de los pacientes llegan a la consulta a través de urgencias (38,8%) o por derivación de otro especialista (27,6%) con un tiempo de espera de 9,71 días de media. El síntoma más prevalente por el que derivan a la consulta fue la hemoptisis en un 18,4%, aunque la mayoría de los pacientes (42,9%) es derivado por un hallazgo incidental en una prueba de imagen encontrándose asintomático. Se completó el estudio en el 87,8% de los pacientes mientras que en el resto no se inicia por deseo del paciente (5,1%), derivación a cuidados paliativos (2%), resolución del cuadro (4,1%) o exitus (1%). Se realizó TC de tórax en el 93,9% de los pacientes con un tiempo medio de espera de 12,35 días, broncoscopia diagnóstica en el 26,9% con un tiempo de espera medio de 4,36 días, PET-TC en el 53,8% de los pacientes con un tiempo de espera medio de 27,57 días, EBUS en el 19,3% de los pacientes con un tiempo de espera medio de 19 días, BAG en el 6,9% con un tiempo de espera medio de 7,5 días y RNM en el 25% con un tiempo de espera medio de 16,15 días. El tiempo de espera de los resultados de anatomía patológica tras la toma de muestras fue de 8,07 días de media en el caso de la broncoscopia y de 7,73 días en el caso del EBUS.

Tras el estudio el 24,5% fue diagnosticado de un cáncer de pulmón mientras que en el resto se diagnostica de patología benigna o estudio normal (43,9%) o bien no se llega a un diagnóstico definitivo (10,2%) porque el paciente no desea completar el estudio.

Conclusiones: Tras implementar la consulta rápida de neumología para sospecha de CP conseguimos atender a los pacientes con una demora de 10 días así como reducir los tiempos de espera de las pruebas complementarias realizadas en nuestro centro (TC, BF...) mientras que observamos un mayor tiempo de espera de aquellas pruebas que dependen de otro centro (EBUS, PET-TC, RNM...)

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN EN NUESTRA ÁREA

A.G. Badillo Melgar, M. Morales González, A.M. Burgos Pimentel, M.C. Yanlli Bonduki, B. Herrero González.

Servicio de Neumología, Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: El cáncer de pulmón supone el segundo cáncer más frecuente en hombres y el tercero en mujeres con una elevada morbimortalidad diagnosticándose en la mayoría de los casos en un estadio avanzado. En el presente estudio analizamos las características de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestra área.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestra área a través de la consulta rápida iniciada en Junio-2023.

Resultados: A raíz de la creación de la consulta rápida en junio de 2023 hemos diagnosticado un total de 24 pacientes de cáncer de pulmón. La mayoría de ellos son hombres (83,3%) con una edad media de 65,21 años y en su mayoría fumadores activos o exfumadores (95,8%). El 45,8% presenta EPOC y el 29,2% tenía un antecedente oncológico. El síntoma más frecuente por el que se inicia el estudio en estos pacientes es el síndrome constitucional (25%) seguido de dolor (16,7%) y tos (16,7%), sin embargo, un porcentaje considerable (25%) sigue estando asintomático al inicio del estudio. Al preguntar hasta un 20,8% de los pacientes había presentado hemoptisis. El 89,5% de los pacientes tenía alguna alteración en la radiografía de tórax y se realizó TC de tórax en todos los pacientes. Se realizó broncoscopia al 54,2% de los pacientes con signos directos en el 37,6% de los casos y tomándose biopsias en el 84,6%. Se solicitó PET-TC en el 83,3% con un SUV de media de la lesión de 12,89, EBUS en el 45,8%, BAG en el 25% y RNM craneo en el 75%. diagnóstico más frecuente en nuestra área es a través de la broncoscopia (33,3%) seguido de cirugía (20,8%), EBUS (20,8%) y BAG pulmonar (20,8%).

El método diagnóstico más frecuente en nuestra área es a través de la broncoscopia (33,3%) seguido de cirugía (20,8%), EBUS (20,8%) y BAG pulmonar (20,8%). La histología más frecuente en nuestro medio fue el adenocarcinoma (41,7%) seguido del carcinoma de células escamosas (16,7%). El estadio más frecuente al diagnóstico fue el IVB (25%) seguido del estadio IIIB (16,7%). Tras presentar el caso en el comité de tumores la mayoría de los pacientes (68,2%) se derivan a oncología médica y oncología radioterapéutica con una demora de 6,94 y 8,4 días de media respectivamente. El 31,8% se derivó a cirugía de tórax con un tiempo de espera medio de 77,29 días.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con cáncer de pulmón en nuestra área son diagnosticados a través de broncoscopia siendo la histología más frecuente el adenocarcinoma.

La mayoría de los pacientes son diagnosticados en un estadio avanzado de la enfermedad. Los pacientes derivados a cirugía tienen una demora de 2 meses y medio de media.

UTILIDAD DE LA SELENOPROTEÓMICA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PULMÓN

L.A. Padrón Fraysse, J. Romero López, E. Vélez Menis (3), J. Lancha Domínguez (1), M.B. Callejón Leblic (4), A. Pereira Vega (3), G. De La Cohorte Chain (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (3) Fundación Andaluza Beturia

Introducción: El selenio (Se) tiene un efecto beneficioso en el cáncer de pulmón (CP), inhibiendo el proceso de la oncogénesis. El 90% del Se total se encuentra en el suero humano en tres selenoproteínas (SELENO): glutatión peroxidasa extracelular (eGPx), selenoproteína P (SELENO-P) y selenoalbúmina (SeAlb). El selenoproteoma típico humano es bien conocido (Figura 1A). El objetivo de este estudio fue analizar y comparar el selenoproteoma de pacientes con CP, EPOC, EPOC que han desarrollado un CP en el seguimiento de la cohorte CHAIN (EPOC+CP) y un grupo control de sujetos sanos (CS); para valorar su potencial utilidad como biomarcadores (BM) oncogénicos en el CP y la EPOC.

Metodología: Estudio observacional. Se analizaron 156 muestras de suero de sujetos: 29 pacientes con CP, 55 pacientes con EPOC, 16 EPOC+CP y 56 CS. La concentración absoluta de SELENO se ha determinado mediante cromatografía y espectrometría de masas (HPLC-ICP-MS). Se utilizó Statistica 8 para analizar los datos. Se realizaron análisis discriminantes de mínimos cuadrados parciales (PLS-DA) para la diferenciación entre grupos. Se calcularon las curvas ROC para determinar la especificidad y sensibilidad de los potenciales BM.

Resultados: La tendencia de las diferentes SELENO no difirió entre los grupos estudiados. No obstante, las concentraciones promedio de esas proteínas fueron significativamente diferentes entre los grupos (Figura 1B). La SELENO-P se redujo significativamente en el CP en comparación con CS ($p = 0,01$) y la EPOC ($p = 0,004$). La concentración de eGPx se encontró significativamente aumentada en la EPOC en comparación con CS ($p = 0,003$), y el grupo EPOC+CP ($p = 0,001$). Observamos un aumento significativo de los niveles de eGPx y SELENO-P en la EPOC en comparación con los grupos EPOC+CP y CP.

La disminución de estas dos proteínas en sujetos con EPOC podría alertar sobre su evolución a CP (Figura 2). El análisis por curvas ROC en la comparación entre los grupos de EPOC y EPOC+CP mostró un $AUC > 0,75$ (como valor clínico aceptado) únicamente en los niveles de eGPx.

Conclusiones: 1.- Es importante identificar las diferentes concentraciones de SELENO por separado y no solo su valor absoluto

2.- El descenso de SELENO-P es característico en el CP y la elevación de eGPx característico de la EPOC

3.- El descenso de las SELENO-P y eGPx en sujetos con EPOC podría sugerir la posible evolución a CP

FENOTIPOS EN APNEA DEL SUEÑO Y TELEMONITORIZACIÓN

J.A. Delgado Torralbo, J. Díez Sierra, C. Romero Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La Apnea del sueño es una enfermedad heterogénea con expresiones clínicas diferenciadas (fenotipos). La telemonitorización podría ayudar a la recopilación de datos para mejorar el conocimiento de las características de la enfermedad y optimizar medidas terapéuticas dirigidas e individualizadas.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a telemonitorización durante 3 meses, realizando un total de 6 visitas virtuales a la plataforma. El objetivo fundamental fue valorar las diferencias entre los distintos fenotipos de AOS conocidos y se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, comorbilidades y las derivadas de las consultas virtuales.

Resultados: Se analizaron 99 pacientes, 31 mujeres y 68 hombres con edad media $56,46 \pm 13,5$ años, fumadores y exfumadores 59,6% con un IPA: $25,6 \pm 16,75$, alta somnolencia (ESS: $9,7 \pm 4,9$ puntos), AOS grave 50,5%, la comorbilidad más prevalente fue la HTA (53,5%), 76,53% obesos. Se establecieron 3 grupos de pacientes: mujeres, hombres ≥ 65 años y hombres.

Conclusiones:

- La telemonitorización ayuda a confirmar los rasgos heterogéneos de la enfermedad.
- La telemonitorización se muestra como una estrategia útil para valorar tendencias de comportamiento frente a las terapias según rasgos específicos.
- La telemonitorización presta soporte a la elaboración de un plan terapéutico personal y facilita su seguimiento.

SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO TRAS LA TELEMONITORIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON CPAP

J.A. Delgado Torralbo, J. Díez Sierra, C. Romero Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

ESTUDIO DE SUEÑO Y PRESIÓN ESTIMADA POR FÓRMULA: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

F. Campello Sánchez, M.R. Cabello Jabalquinto, A. Jiménez Romero, M.C. Velasco Alcázar, O. Meca Birlanga, M. Hernández Olivo, D. Lozano Vicente, P. García Torres, C.F. Álvarez Miranda, A. Santa Cruz Siminiani.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Murcia.

Introducción: La telemonitorización supone una opción cada vez más presente en las unidades de sueño, debido a la alta prevalencia de la enfermedad y la necesidad de optimizar recursos en favor de la adherencia del paciente al tratamiento. Existen discrepancias en la literatura acerca de sus resultados.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de serie de casos en el que se incluyeron pacientes seleccionados aleatoriamente según la disponibilidad del material, en los que se realizó un seguimiento mínimo de 9 meses; tiempo en el que se llevó a cabo seguimiento durante 3 meses a través del sistema de telemonitorización y seis meses adicionales del sistema convencional. Se determinó como variable principal la adherencia al final del programa y a los seis meses y se estimó el ahorro que supuso en consultas. Como variables secundarias se midieron variables epidemiológicas, comorbilidades y de registros de cada visita virtual.

Resultados: Participaron 99 pacientes, 68,7% hombres, con AOS moderado-grave (90,9%), CT90 moderado ($16,42 \pm 21,61$), elevada somnolencia (ESS: $9,7 \pm 4,9$), HTA (46,5%), obesidad (75,8%), contacto con tabaco (59,6%), sin otras enfermedades respiratorias asociadas. La tasa de cumplidores al final de la telemonitorización fue del 80,43% con una ratio (RT) $5,4 \pm 2,68$.

La tasa de abandono de CPAP fue 21,8% ($n = 21$). A los 6 meses completaron seguimiento 53 pacientes con una tasa de cumplimiento similar con una RT $5,09 \pm 1,91$ sin diferencias estadísticamente significativas. Se realizó un modelo multivariante que reflejó la relación del cumplimiento con el Epworth inicial ($p = 0,034$) y con la adherencia inicial ($p < 0,01$). Se estimó un ahorro de 252 visitas respecto a la fórmula convencional. La media de la presión inicial programada fue $8 \pm 1,5$, consiguiendo óptima ratio $5,45 \pm 2,92$ desde el inicio con parámetros de fuga bajos $22,67 \pm 20,45$ y un IAH residual $3,58 \pm 6,17$, que se mantuvieron similares en las 6 visitas virtuales.

Conclusiones:

- La telemonitorización es una medida eficaz en la gestión de los pacientes con AOS durante el proceso de adaptación al tratamiento.
- La telemonitorización es un procedimiento eficiente en el ahorro de visitas presenciales y evita desplazamientos innecesarios del paciente.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un problema de salud común en la población general. Actualmente disponemos de ecuaciones de predicción para calcular las presiones efectivas de la CPAP a través de diferentes variables, como el IMC, circunferencia del cuello o el IAH.

El objetivo de este estudio es evaluar la diferencia entre hombres y mujeres en IMC y circunferencia del cuello, en somnolencia mediante escala de Epworth, IAH, desaturación nocturna (CT90 y ODI 3) y en la presión empírica inicial de CPAP calculada mediante fórmulas.

Metodología: Estudio analítico retrospectivo que incluye a los pacientes valorados como visita inicial en la Unidad de Sueño de Neumología del Hospital General Santa Lucía de Cartagena entre octubre de 2021 y octubre 2022.

Se recogen valores antropométricos y cálculo de presión empírica mediante las fórmulas de series y de Hoffstein. Se realiza análisis estadístico con SPSS® v.26.

Resultados: Se incluyeron un total de 621 pacientes, de los cuales 418 (67,3%) eran hombres y 203 (32,7%), mujeres. La edad media fue de $51(\pm 14)$ años.

Al analizar las diferentes variables en hombres y mujeres, se observó mayor circunferencia de cuello en hombres con media de $43,26 (\pm 3,85)$ cm, con respecto a mujeres con media de $37,61(\pm 3,90)$ cm, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,00$).

Se obtuvo mayor IAH en hombres, con un valor medio de $33,64 (\pm 24,75)$, respecto a mujeres, con valor medio de $23,44 (\pm 21,63)$, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00$). En ODI 3 también se obtuvieron resultados mayores en hombres, siendo el valor medio en estos de $30,61 (\pm 25,80)$, en comparación con las mujeres $20,38 (\pm 22,99)$, con significación estadística ($p = 0,00$).

En cuanto a la presión inicial empírica calculada por fórmula de Hoffstein fue superior en hombres con un valor medio de $6,98 (\pm 2,07)$, respecto a las mujeres $5,89 (\pm 1,99)$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,00$). Utilizando la presión series también tuvo un valor superior en hombres con media de $8,96 (\pm 1,45)$ con respecto a mujeres $8,65 (\pm 1,75)$, siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p = 0,02$).

El resto de variables se muestran en la [tabla 1](#).

Conclusiones: Los hombres valorados en la consulta inicial de nuestra unidad de sueño presentaron mayor circunferencia de cuello, mayor IAH, mayor ODI 3, mayor presión inicial por fórmula empírica de Hoffstein y mayor presión empírica por fórmula series que las mujeres. No hubo diferencias entre sexos en IMC, Epworth y CT90.

ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA

M.J. Córcoles Valenciano, A. Muñoz Lajara, C. Marín Espín, M. Fajardo López, J.M. Sánchez Nieto, M.A. Franco Campos.

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: A pesar de que las diferentes normativas nacionales e internacionales definen con claridad las indicaciones de oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD), hay importantes problemas en cuanto al cumplimiento de los criterios de prescripción gasométricos (CP).

El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento de los criterios gasométricos recomendados en las Guías de Práctica Clínica en la prescripción de OCD.

Metodología: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes con prescripciones (PD) de OCD estática. Período de estudio: de abril a noviembre de 2023. Fuente de datos: listado de las PD de un hospital de área de salud con 220.000 habitantes. Se realiza el análisis descriptivo de los datos con el programa informático SPSS.

Resultados: Se analizan 59 prescripciones de OCD estática. Edad: 75 años \pm 9,6 (tabla 1). Por sexo: 24 (40,7%) son varones. Tabaquismo: 8 (13,6%) son fumadores activos. Diagnóstico por el que se prescribe la OCD: 38 pacientes (77,6%) presentan enfermedades respiratorias, de los cuales, 9 (23,7%) un ingreso previo por infección respiratoria aguda, 8 (21,1%) son EPOC, 7 (18,4%) presentan ingreso por neumonía grave por SAR-CoV-2, 5 (13,2%) AOS, 4 (10,5%) asma grave y 5 pacientes (13%) otras causas como EPID o cáncer de pulmón. Entre el 22,4% restante, destacan pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, enfermedades neurológicas o con disnea de origen multifactorial. Especialidad que prescribe: 27 (53%) prescripciones se realizaron en Neumología, 15 (29,4%) en Medicina de Familia, 4 (7,8%) en Cardiología, 3 (6%) en Medicina Interna y 2 (3,9%) en Urgencias.

Cabe destacar que 54 pacientes (91,5%) no presentan gasometría arterial previa al inicio de OCD. Del 8,5% restante que consta gasometría previa al inicio, el 4,24% presentan PaO₂.

Conclusiones: Existe un incumplimiento relevante de los criterios de prescripción gasométricos en la indicación de OCD en nuestra área de salud. Sólo a un pequeño porcentaje de pacientes con prescripción de OCD se le había realizado una gasometría previa a la indicación de OCD.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO COMO PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO EN EL FALLO RESPIRATORIO HIPOXÉMICO

M.L. González Vicente (1), J.M. Mejía Romero (1), M. Domínguez Gómez (1), E. Lesaga López (1), F. Navarro Muñoz (1), A. Saavedra Villafuela (1), C. Muñoz Corroto (1), A. Requejo Jiménez (1), R. Martín de León (1), N. Pascual Martínez (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

Introducción: El papel del soporte respiratorio no invasivo (SRNI), oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y ventilación no invasiva (VNI), en el manejo del fallo respiratorio hipoxémico está actualmente en debate. En hipoxemia leve y moderada su uso parece seguro y efectivo.

El objetivo de nuestro estudio es analizar el uso del SRNI en el tratamiento del fallo respiratorio hipoxémico, tanto desde el punto de vista descriptivo de las dos modalidades de terapia, como de sus resultados en una unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI).

Metodología: Estudio observacional descriptivo de pacientes con fallo respiratorio hipoxémico admitidos de forma consecutiva en la UCRI del Hospital Reina Sofía de Córdoba desde el 01/03/2023 al 01/12/2023. Se recogieron de la historia clínica variables demográficas, clínicas, tipo de SRNI, estancia media, mortalidad y reingresos. El análisis estadístico se realizó con Chi-cuadrado y Kaplan Meier.

Resultados: Se recogieron un total de 77 pacientes, con una edad media de 62,21 \pm 15,27 años, en donde 50,6% eran mujeres, la estancia media en UCRI fue 4,76 \pm 3,36 días. El índice de Charlson medio fue 3,38 \pm 2,62; candidatos a UCI un 71,4%. Los diagnósticos más frecuentes son neumonía comunitaria (31,2%), TEP (22,1%), neumonía COVID (6,5%). La PaFi media al ingreso es 222,61 \pm 103,32. El 66,2% de pacientes ha precisado SRNI: 53,2% OAF, 29,2% VNI y 18,2% combinación VNI/OAF. Un 19,5% precisaron traslado a UCI.

Los reingresos hospitalarios a los 30 días se dieron en un 7,8%, y los reingresos en UCRI fueron nulos. La mortalidad intraUCRI fue 9,1% y a los 30 días 18,2%. Los exitus intraUCRI están relacionados significativamente con los pacientes no candidatos a UCI (techo terapéutico SRNI) ($p = 0,008$). Los pacientes con menor PaFi al ingreso tuvieron una mayor probabilidad de morir en UCRI o trasladarse a la UCI sin significación estadística. En las curvas de supervivencia, los pacientes con PaFi >150, tenían mejor resultado si se trataron con SRNI, en cualquier modalidad, pero sin significación estadística, en cambio aquellos con PaFi.

Conclusiones: En nuestro estudio, la modalidad de SRNI más utilizada en el tratamiento del fallo hipoxémico es la OAF, y su uso combinado con VNI está en aumento. De forma global, el SRNI es más seguro y eficaz en pacientes con hipoxemia menos grave. En pacientes con hipoxemia muy grave sin techo terapéutico no debemos retrasar su traslado a UCI dado que repercute en su supervivencia.

Figuras

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA SIMPATECTOMÍA EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS

C. Carrera Rivero, I. Sabariego Arenas, R. López Cano, F. Cózar Bernal, P. Carmona Soto, R. Jiménez Merchán.

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: Evaluar la calidad de vida de pacientes con hiperhidrosis antes y después de la simpatectomía torácica.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de hiperhidrosis desde Enero de 2018 hasta Diciembre de 2022 en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Se han cuantificado los cambios en la calidad de vida de los pacientes utilizando cuestionarios antes y después de la cirugía, analizando las siguientes variables:

- Cuantitativas:

1. Reducción de síntomas de hiperhidrosis postquirúrgicos: medida como el cambio en la severidad de la sudoración en áreas específicas.

2. Cambios en puntajes de calidad de vida: diferencia en los puntajes de calidad de vida pre y postquirúrgico.

- Cualitativas:

1. Satisfacción del paciente con la cirugía: valorada a través de categorías como satisfecho/insatisfecho.

2. Impacto emocional postquirúrgico: cambios en categorías de ansiedad, depresión, autoestima.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes, 31 varones (40,8%) y 45 mujeres (59,2%). La edad promedio fue de 28,21 años, rango 14 a 51. Las manos fueron las áreas más afectadas, en un 63,4% de los pacientes, seguidas de axilas 35,3% y craneofacial en un 1,3%. La afectación plantar fue concomitante en el 22% de los pacientes.

En referencia a la calidad de vida, previa a la cirugía se analizaron tres esferas; laboral, social y deportiva. Un 72,37% (55 pacientes) reflejaron un impacto severo en su trabajo, afectando al aspecto social en un 61,84% (47 pacientes) y un 55,26% (42) en la práctica deportiva.

Tras la cirugía el 74,4% calificó como 'excelente' la influencia de la cirugía en su capacidad para realizar tareas domésticas. En cuanto a la capacidad para trabajar/ estudiar, el 52,4% de los pacientes la calificó como 'excelente'. En la esfera social y de ocio, un 68,3% y un 79,3% de los pacientes expresaron un efecto 'excelente' en su habilidad para socializar y viajar, respectivamente.

En el ámbito emocional, un 81,7% no sintió ansiedad o preocupación tras la cirugía, y un 78% evidenció no tener afectada su autoestima. Además, un 87,8% no experimentó depresión y un 81,7% no tuvo afectadas sus relaciones interpersonales, lo que sugiere un impacto emocional considerablemente positivo tras la simpatectomía.

Conclusiones: Los resultados apoyan la simpatectomía torácica como una opción terapéutica valiosa, con beneficios que trascienden la reducción de síntomas físicos y contribuyen a una mejora integral en la vida de los pacientes.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES DE AVANZADA EDAD

I. Sabariego Arenas, A. Triviño Ramírez, R. López Cano, C. Carrera Rivero, M. López Porras, R. Jiménez Merchán.

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a beca.

Introducción: El objetivo fue analizar el tratamiento quirúrgico, complicaciones y supervivencia (SV) del cáncer de pulmón (CP) en pacientes de edad avanzada.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes ≥ 80 años operados de CP en nuestro servicio desde 2012 hasta 2020. Se incluyó un caso de CP célula pequeña.

Variabes independientes: sexo, edad, antecedente médico, cirugía (resección anatómica mayor incluyendo lobectomía y segmentectomía; y, por otro lado, resección atípica), histología, estadio tumoral, adyuvancia y pérdida de seguimiento.

Variabes dependientes: complicaciones perioperatorias (≤ 90 días tras la cirugía), recidiva (no valorable si pérdida de seguimiento o muerte temprana), intervalo libre de enfermedad (ILE), éxitus y sus causas (progresión tumoral; postoperatoria si ≤ 90 días tras cirugía; y otras entidades) y SV total.

Para el contraste de hipótesis se utilizó Chi-Cuadrado y para el estudio de SV y recidiva, Kaplan-Meier y log-rank test (significativo $p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (73,7% varones y 26,3% mujeres). Mediana de edad de 82 años (81 - 83). Las variables cualitativas se presentan en la [tabla 1](#).

En el 71,1% de los individuos se realizó una resección anatómica mayor y en el 28,9%, una atípica. El 44,7% de los sujetos presentó complicaciones perioperatorias, siendo la más prevalente la fuga aérea prolongada (13,2%), seguida de la atelectasia (10,5%). Estas fueron más frecuentes en las resecciones anatómicas mayores, sin diferencias significativas ($p = 0,153$).

Las razones de no adyuvancia fueron: no indicación (65,8%), comorbilidad (21,1%) y no especificada (7,9%).

La recidiva fue del 47,4%, con un ILE medio de 36,3 meses (261 - 46,4). La SV media fue 46,8 meses (38,1 - 55,5), con una SV a 5 años del 36,8%. No se hallaron diferencias significativas en recidiva ni SV según la cirugía realizada ($p = 0,539$ y $p = 0,889$ respectivamente).

Falleció el 57,9% de los sujetos. Las causas más frecuentes fueron la progresión tumoral y otras entidades médicas, con la misma prevalencia (26,3%), sólo 1 paciente en el postoperatorio (2,6%).

Conclusiones: En nuestro estudio evidenciamos una elevada morbi-mortalidad en este grupo de edad, siendo la lobectomía la técnica quirúrgica con mayor porcentaje de complicaciones. Los resultados oncológicos de ambos procedimientos a largo plazo no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Por ello, el éxito del tratamiento quirúrgico del CP en pacientes de edad avanzada radica en la adecuada selección del sujeto.

EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES DE ETIOLOGÍA BENIGNA

S. Monge Blanco, M.E. Solís Serván, M.M. Matute Núñez, J.M. González González, J.L. López Villalobos, A.I. Blanco Orozco.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: Analizar la experiencia en el tratamiento de las estenosis benignas laringotraqueales a lo largo de la creación del programa de cirugía traqueal en el servicio.

Metodología: Estudio unicéntrico analítico de una cohorte retrospectiva. Se incluyen pacientes con lesiones estenosantes de la vía aérea benignas, diferenciando pacientes tratados exclusivamente con endoprótesis o intervenidos quirúrgicamente (con o sin procedimientos endoscópicos previos, PEP) en el servicio de Cirugía Torácica del Hospital Virgen del Rocío.

Se excluyeron pacientes con estenosis malignas o con pérdida de seguimiento.

Resultados: Entre 2001 y 2022 se intervinieron 192 pacientes: 125 (65%) mujeres. Mediana de edad 58 años [IQR 20]. El 32% (61) eran ex/fumadores, 38 (20%) con enfermedad pulmonar y 90 (47%) otras comorbilidades. La etiología fue idiopática en 61 pacientes (32%), postintubación en 48 (25%), postraqueotomía en 44 (23%), postraumática en 3 (2%), postquirúrgica en 1 (0,5%), Granulomatosis con Poliangeítis en 8 (4%), infecciosa en 6 (3%), postinstrumentación en 8 (4,2%), otras etiologías 13 (7%). Se trataron con endoprótesis 48 (25%) y 144 (75%) quirúrgicamente. Entre estos últimos, 60 (31%) tuvieron procedimientos endoscópicos previos: 29 (15%) endoprótesis y 31 (16%) broncoscopia rígida. El tipo de cirugía fue (según distancia a cuerdas vocales): distal (76, 40%), laríngea (63, 33%), glótica (6, 3%). El 52% (99) presentaron traqueotomía en algún momento. El 13% (25) presentó alguna complicación médica (19 rama quirúrgica, sin diferencias significativas según el tipo de PEP $p = 0,056$, 6 endoprótesis) y el 31% (59) complicación que precise tratamiento endoscópico/quirúrgico (mayor en los PEP quirúrgicos, $p = 0,249$), con 18 que precisaron la inserción de algún dispositivo postoperatorio. Asintomáticos tras los procedimientos: 144, 75% (87,4%, 125 en quirúrgicos; 56%, 19 en endoprótesis, $p = 0,000$). Exitus: 30, 15,6% (7, 4,8% en quirúrgicos; 23, 49% en endoprótesis, $p = 0,000$).

Conclusiones: El tratamiento definitivo de las estenosis traqueales benignas ha experimentado una evolución terapéutica favorable, siendo la resección y anastomosis término-terminal efectiva y segura. Una selección meticulosa de los pacientes a tratar, un manejo postoperatorio adecuado, así como un equipo quirúrgico experimentado son cruciales.

CONDUCTA CLÍNICA POSTERIOR A BIOPSIA PULMONAR VIDEOTORACOSCOPICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR

M. García Galindo, M. Serrano Criado, A. Gañán Boscá, C. García Bautista, C.F. Giraldo Ospina, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a beca

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) constituye un grupo heterogéneo de entidades clínico-patológicas cuya característica principal es la afectación del intersticio pulmonar.

El gold estándar para conocer la histología es la biopsia quirúrgica, principalmente, mediante videotoroscopia (VATS). En la actualidad su principal indicación es en pacientes con sospecha de EPID que no han podido ser diagnosticados mediante otros métodos.

El objetivo de este estudio es hacer una revisión de los pacientes intervenidos de biopsia pulmonar con sospecha de EPID y hacer una valoración del manejo que se llevó a cabo tras el diagnóstico definitivo.

Metodología: Se ha propuesto un estudio observacional retrospectivo basado en una serie de casos de pacientes intervenidos de biopsia pulmonar por sospecha de EPID en nuestro centro entre el 1 de enero de 2021 y el 1 de julio de 2023. Los datos relevantes han sido recogidos de los registros electrónicos de las historias clínicas de dichos pacientes.

Resultados: En total, se recogió una muestra de 60 pacientes intervenidos de los cuales 34 fueron varones y 26 mujeres. La edad media de los pacientes fue 59,20 ± 9,21 años. De los pacientes intervenidos, se complicaron 3 de ellos (5%).

En 22 casos (36,7%) la anatomía patológica definitiva coincidió con el diagnóstico prequirúrgico. La anatomía patológica más frecuente fue la Neumonía Intersticial Usual (NIU), 36,7% (n = 22).

29 pacientes iniciaron tratamiento tras el resultado de la anatomía patológica, mientras que 4 cambió de tratamiento. Sin embargo, de los pacientes que no iniciaron tratamiento, 10 lo inició a los 3 meses.

13 pacientes no recibieron tratamiento, 24 inició antifibróticos, 11 se trataron con corticoides, y en 7 se optó por inmunosupresores.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la biopsia quirúrgica por VATS ha demostrado ser una técnica con una tasa muy baja de complicaciones y un rápido postoperatorio. El resultado histológico supuso un cambio en el manejo terapéutico del paciente en más del 70% de los casos.

En conclusión, la biopsia quirúrgica contribuye a la confirmación diagnóstica y modifica el manejo del paciente en la gran mayoría de los casos, si bien puede no tener repercusión tras el resultado definitivo, durante la evolución puede ser útil para decidir variaciones en el plan terapéutico.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES OCTOGENARIOS TRAS RESECCIONES PULMONARES

M. Serrano Criado, M. García Galindo, C. García Bautista, L.G. Zuñiga Sánchez, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a beca

Introducción: El cáncer de pulmón continua siendo la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial. A pesar de que puede ser diagnosticado a cualquier edad, debido al aumento de esperanza de vida en nuestro medio derivado de los avances en la medicina, es cada vez es más habitual determinarlo en personas mayores de 80 años. Este grupo de pacientes, suelen ser más frágiles y pluripatológicos, con mayor morbimortalidad y riesgo complicaciones postoperatorias, siendo las opciones terapéuticas muy controvertidas.

La cirugía de resección pulmonar sigue siendo una de las principales opciones terapéuticas, puesto que ofrece las máximas posibilidades de curación, estando indicada para paciente en estadios precoces y con buen estado de salud. Los nuevos avances en técnicas quirúrgicas y cuidados intrahospitalarios plantean la cirugía como uno de los tratamientos con mayor riesgo-beneficio.

Por ello, postulamos que el tratamiento quirúrgico en pacientes de edad avanzada con diagnóstico de cáncer de pulmón, también puede ser una opción factible y segura, con una baja incidencia de complicaciones asociadas con el procedimiento y una aceptable tasa de eventos adversos mayores al seguimiento.

Metodología: Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos de los pacientes intervenidos en nuestro servicio desde el 01.01.2000 hasta el 31.10.2023; incluyendo el período comprendido desde la cirugía hasta el alta.

Resultados: Tabla de resultados adjunta en imágenes. Con respecto a las complicaciones, se registró un exitus (5%), un paciente intervenido de una lobectomía superior izquierda, sin antecedentes de interés, con patrón obstructivo en sus pruebas funcionales, que, tras una evolución tórpida postoperatoria por una fibrilación auricular, fallece al 13º día debido a un cuadro de shock séptico. Durante el ingreso, tres pacientes (6,52%) tuvieron fuga aérea persistente, y dos (4,34%) desarrollaron arritmias.

Conclusiones: Es un poco arriesgado sacar conclusiones debido al pequeño tamaño muestral, sin embargo, la cirugía pulmonar resectiva parece ser factible y segura, en paciente seleccionados.

Se han registrado un porcentaje considerablemente bajo de complicaciones, siendo la más frecuente la fuga aérea persistente y las arritmias; y con una supervivencia aceptable.

Los ancianos con buen estado clínico, escasa comorbilidad y reserva funcional adecuada, deben de ser informados del balance riesgo/beneficio de la intervención, y tratarse del mismo modo que los enfermos de menor edad.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

IMPACTO Y EFICACIA DEL TRASPLANTE PULMONAR: PERSPECTIVAS DESDE UN CENTRO ESPECIALIZADO

F. Navarro Muñoz, E. Mira Padilla, E. Lesaga López, M. Domínguez Gómez, M.J. Cobos Ceballos, J.M. Vaquero Barrios, M.J. Cadenas de Llano Conde.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a beca

Introducción: El deterioro crónico del injerto pulmonar (CLAD) es la principal causa de morbilidad y mortalidad tras un trasplante de pulmón (TP). Actualmente, el trasplante pulmonar (RP) es la única opción terapéutica para pacientes con deterioro refractario del injerto. Aunque es una opción válida, se debate su eficacia y ética. Este estudio se centra en evaluar los resultados de supervivencia asociados con el RP.

Metodología: Análisis retrospectivo de individuos que recibieron trasplante pulmonar (RP) entre 1993 y 2023. Se recolectaron datos particulares del receptor, incluyendo edad, diagnóstico, y razón para el RP, junto con detalles del trasplante pulmonar original, intervalo hasta el RP, resultados de supervivencia y desempeño funcional pulmonar en casos de CLAD. Los datos cuantitativos se presentaron como promedio \pm desviación estándar; los cualitativos, en forma de porcentajes. La supervivencia se calculó usando el método Kaplan-Meier y se realizó una comparativa mediante el test de Log Rank.

Resultados: Se efectuaron 16 trasplantes pulmonares (RP) de un total de 862 trasplantes pulmonares (TP), lo que representa el 1,8%. La edad promedio fue de 36.5 años, distribuidos equitativamente entre 8 hombres y 8 mujeres. De estos, 11 RP (73,3%) se llevaron a cabo debido a CLAD, específicamente por el síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS).

Hubo 4 RP (25%) motivados por complicaciones en las vías respiratorias (CVA) y 1 RP (1,7%) debido a problemas en el retorno venoso. En dos ocasiones, el RP se realizó dentro de los 30 días posteriores al TP inicial. El periodo medio hasta el RP fue de 36 meses en casos de CLAD y de 14 meses en los demás casos. Se observó un aumento del FEV1 del $30 \pm 12\%$ tras el RP. La supervivencia promedio en este grupo fue de 32 meses, siendo ligeramente mayor en pacientes con CLAD, con 30 meses, en comparación con 26 meses en los casos de CVA ($p = 0,1$).

Conclusiones: El trasplante pulmonar (RP) constituye una alternativa de tratamiento viable, aunque se asocia a elevados índices de morbilidad y mortalidad. Quienes se someten a un RP representan, por su propia naturaleza, un grupo de alto riesgo, presentando generalmente resultados menos favorables en comparación con quienes reciben un primer trasplante pulmonar (TP). Por lo tanto, resulta crucial una cuidadosa elección de los candidatos, habiéndose observado desenlaces más positivos en aquellos pacientes con CLAD.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

RESULTADOS TRAS TIMECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS EN NUESTRO CENTRO

C. García Bautista, A. Gañán Boscá, M. García Galindo, C. Giraldo Ospina, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta premio mejor comunicación

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune causada por anticuerpos contra el receptor de acetilcolina (AcRh) en la placa neuromuscular terminal. Se caracteriza por fatigabilidad y debilidad muscular, destacando los síntomas oftálmicos. En un 20% de los casos se asocia a patología tímica (50% de estos por hiperplasia), por una posible producción de AcRh. En estos casos una timectomía radical podría producir una remisión clínica.

El objetivo es evaluar el porcentaje de pacientes intervenidos en nuestro servicio con MG entre 2018-2023 y estudiar los resultados tras la cirugía.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con masas mediastínicas anteriores (MMA) intervenidos en nuestro servicio entre 2018-2023 (datos obtenidos de la base de datos de cirugía torácica de nuestro hospital).

Se realizan un total de 65 intervenciones de resección de MMA de las cuales se descartan 9 por no presentar patología tímica. De los 56 restantes, 21 (37%) presentaban clínica compatible con MA en los cuales nos centramos para el estudio; de ellos, 11 (52%) fueron hombres y 10 (48%) mujeres, con una media de edad de 43 años.

Resultados: Tabla de resultados adjunta en imágenes.

[Ver tabla](#)

Conclusiones: La Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), clasifica los pacientes operados en función de la remisión, entendiendo por esta la ausencia de síntomas (salvo ptosis palpebral) sin toma de medicación. En el 57% de nuestros pacientes hay una remisión completa (4 de ellos con ptosis residual). El 38% mantuvieron una clínica similar precisando medicación, y uno falleció en el postoperatorio inmediato. En revisiones bibliográficas con series más largas, la remisión completa se da en un 30%, por lo que podemos concluir que en nuestra serie hubo un porcentaje mayor de lo habitual.

Según la literatura, el 10 - 15% de los pacientes con MA presentan timoma. Sin embargo, en nuestros resultados, el 54% lo presentaron, mientras que el 47% tuvieron un timo hiperplásico (sin mostrar diferencias en cuanto a la sintomatología).

El abordaje quirúrgico en la mayoría de series se realiza mediante esternotomía media para llegar a una resección completa de todo el tejido tímico. En nuestro caso solo el 19% se resecó por esternotomía, frente al 81% por VATS. Dado que un gran porcentaje de nuestros pacientes obtuvo una remisión completa, podemos concluir que en manos expertas la realización de una timectomía VATS, es un tratamiento eficaz y seguro para la MG.

EXPERIENCIA EN LA TRANSICIÓN DE CIRUGÍA TORÁCICA RATS MULTIORTAL A RATS BIORTAL PARA RESECCIONES PULMONARES MAYORES EN NUESTRO CENTRO

M.E. Solís Serván, S. Monge Blanco, M. Matute Núñez, J.M. González González, D. Andrades Sardiña, F. García Gómez, J.L. López Villalobos, F. Cruz Lozano, R. Barroso Peñalver, A. Blanco Orozco.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta premio mejor comunicación

Introducción: Analizar los resultados obtenidos de las cirugías robóticas biportales en nuestro centro en términos de seguridad y viabilidad.

Metodología: Estudio retrospectivo desde mayo 2021 a diciembre de 2023 en 67 pacientes con cáncer de pulmón en estadios precoces candidatos a resección pulmonar utilizando el sistema Da Vinci Xi con dos puertos. El abordaje quirúrgico ha evolucionado con el tiempo de un abordaje multiportal a biportal.

Resultados: Se realizaron 67 lobectomías robóticas; 27 lobectomías robóticas multiportales y 40 biportales. La recoversión fue necesaria en 2 (7%) de multiportales y 2(5%) biportales por sangrado y dificultad en la disección. La media de tiempo quirúrgico fue 155 minutos en el grupo biportal frente a 210 minutos de multiportales. La mediana de drenaje pleural fue 4 días en el grupo de cirugía multiportal y 3 días en biportal. La mediana de estancia hospitalaria fue 4 días en ambos. La histología predominante fue adenocarcinoma 9 (33%) en grupo multiportal y 19 (47%) grupo biportal. No hubo mortalidad postoperatoria. La complicación postquirúrgica más frecuente fue la fuga aérea prolongada en 3 (11%) grupo multiportal y 8 (20%) en biportal, manejada ambulatoriamente con drenaje pleural y necesidad de revisión quirúrgica de 1 paciente. El estadio postquirúrgico predominante en ambos grupos fue IA, modificándose el estadio TNM en 7 (26%) de casos multiportales y 13 (32%) biportales. La mediana de estaciones ganglionares muestreadas fueron 11 en los casos multiportal y 12 en los casos biportales; muestreando entre 4-6 estaciones ganglionares.

Conclusiones: La lobectomía robótica biportal es un tratamiento quirúrgico factible, seguro y oncológicamente sólido para el cáncer de pulmón en estadios iniciales. La técnica ofrece resultados comparables a los observados en la cirugía robótica multiportal.

Figuras:Figura 1: [Ver figura 1](#)Figura 2: [Ver figura 2](#)**Imágenes:**Imagen 1: [Ver imagen 1](#)Imagen 2: [Ver imagen 2](#)**CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL MEDIASTÍNICA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL, RENTABILIDAD EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA**

A. Vera Pila, J. Gallego Borrego, P. Montero Sanz, J. Vázquez Domínguez, T. Mascarell Roda, N. Reyes Núñez.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La criobiopsia transbronquial mediastínica guiada por ultrasonido endobronquial (CrioEBUS) es una técnica que obtiene biopsias de adenopatías mediastínicas de mayor volumen frente a la convencional gracias al uso de crioterapia. El objetivo del estudio ha sido analizar rentabilidad y complicaciones de los crioEBUS realizados.

Metodología: Se analizaron 17 procedimientos. La media de edad era de 59,35 (12,7) años. La indicación fue por sospecha de enfermedad inflamatoria en el 52,9% de los casos y por sospecha de neoplasia en el 47,1%. En el 88,2% se utilizó sedación con Fentanilo y Propofol. La punción se realizó sobre la adenopatía subcarinal (7) en el 70,6%. La media de pases previos con aguja citohistológica fue 2,8 (1,49), con aguja de 22G histológica en el 88,2% y con aguja de 22G citológica el resto, empleando el 94,1% de los casos una criosonda de 1,1 milímetros (mm). La media de criobiopsias, 3 (1,05). Las adenopatías presentaban un tamaño medio de 22,55 (8,68) mm.

De las 17 muestras citológicas obtenidas, el 16,7% fue no apto. Sin embargo, solo el 5,9% de las obtenidas mediante criosonda lo fueron. Se realizó el diagnóstico de 1 cáncer de mama, 3 sarcoidosis, 2 carcinoma epidermoide de pulmón, 1 adenocarcinoma de pulmón, 1 silicosis, 1 linfoma de Hodking, 1 Linfoma de células B grandes, 1 enfermedad por depósito de IgG4, 1 hiperplasia paracortical linfoide, 1 tuberculosis y 1 adenocarcinoma próstata. Además, se obtuvieron marcadores moleculares en 8 de los 9 casos en los que procedía obtenerlos (88,8%). No se desarrollaron complicaciones en las técnicas realizadas.

El diagnóstico fue representativo, consiguiendo en 15 casos el diagnóstico definitivo (88,2%). El número de verdaderos negativos fue 1 (5,9%) y de falsos negativos 2 (11,7%). La sensibilidad, en nuestro medio, es del 88,2% y la especificidad del 100%. El valor predictivo negativo es 33% y el valor predictivo positivo 100%. La rentabilidad diagnóstica fue del 88,2%.

Conclusiones: El CrioEBUS en nuestro medio es rentable y seguro para diagnosticar enfermedades inflamatorias

pulmonares y neoplasias; siendo posible, en estas últimas, obtener marcadores moleculares.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

S. Sánchez Martín, M.M. Segura Romero, M.C. Vera Sánchez, M.C. Fernández Aguirre, J.L. Velasco Garrido.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El catéter pleural tunelizado (CPT) ha supuesto un gran cambio en el manejo del derrame pleural maligno, especialmente tras el fracaso de la pleurodesis, cuando se trata de un pulmón atrapado o en pacientes con corta expectativa de vida. La principal ventaja del CPT es que permite la evacuación periódica de derrames pleurales recidivantes sin necesidad de acudir al hospital, lo que supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: describir las características de los pacientes a los que se les ha implantado un CPT en nuestro servicio.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes a los que se le ha implantado un CPT en nuestro servicio desde Abril 2019 a Noviembre 2023. Se han recogido variables epidemiológicas, clínicas, características del derrame pleural, complicaciones y supervivencia.

Resultados: Se han incluido 17 pacientes, de los cuales el 70,6% eran hombres, con una edad media de 70 años. En cuanto a las características del derrame pleural, la mayoría fueron exudados (88,2%), de cuantía moderada (76,5%) y localizados en hemitórax derecho (53%). El principal motivo de colocación del CPT fue la disnea (88,2%) seguido de dolor pleurítico (11,8%). La etiología más frecuente del derrame pleural fue neoplásica (88,2%), siendo el adenocarcinoma de pulmón el más frecuente (35,3%). El resto se muestran en la [Gráfica 1](#).

En 2 pacientes se había realizado previamente pleurodesis con talco y 4 pacientes tenían diagnóstico de pulmón atrapado. No hubo ninguna complicación inmediata tras su colocación. Durante el seguimiento, 2 pacientes presentaron complicaciones infecciosas, teniendo que retirarse el catéter a los 6 y 8 meses respectivamente. En 2 pacientes se realizó fibrinolisis intrapleural con uroquinasa debido a la tabicación del derrame pleural. En el momento del estudio, la mayoría de los pacientes (82,4%) han fallecido, siendo la supervivencia media tras la colocación del catéter de 96 días y la mediana de 60 días.

Conclusiones: El CPT es eficaz para el manejo ambulatorio de pacientes con derrame pleural recidivante sintomático, presentando escasas complicaciones en su colocación y seguimiento.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE SOSPECHA DE AFECTACIÓN GANGLIONAR MEDIASTÍNICA NEOPLÁSICA POR PRUEBAS DE IMAGEN Y CONFIRMACIÓN POR EBUS-TBNA

A. López León, M. Martos Maldonado, J.M. Sánchez Álvarez, J.J. Cruz Rueda, A. López Pardo, D. Fole Vázquez.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: A la hora de establecer una aproximación diagnóstica en patología neoplásica, así como para estadificación y seguimiento, son de elección la tomografía computarizada (TC) y la tomografía por emisión de positrones (PET). Si en ellas se detecta una sospecha de afectación en estaciones ganglionares mediastínicas, el siguiente paso podría ser la indicación de ecobroncoscopia lineal (EBUS-TBNA) para confirmar o descartar dicha afectación. El objetivo de este estudio fue manifestar la correlación entre sospecha por estas pruebas de imagen y el resultado de Anatomía patológica.

Metodología: Se elaboró un estudio retrospectivo y descriptivo, utilizando el registro de EBUS realizados en el HU Torrecárdenas de Almería, desde enero hasta septiembre de 2023. Se atendió a factores como datos demográficos, la prueba de imagen realizada (TC y/o PET, esta última iniciada en nuestro centro en el mismo año), la presencia de sospecha de malignidad en cada una de ellas y los factores determinantes de la misma (tamaño y captación) y el resultado anatomopatológico.

Resultados: 94 pacientes fueron analizados, un 79% varones. La edad media fue de 63 años.

La indicación en 70 pacientes fue estadificación en contexto de neoplasia activa o seguimiento evolutivo, confirmándose afectación en 27 de ellos (38,6%).

La TC se realizó en 87 pacientes, la PET en 78. A 68 pacientes se les realizó ambas. La concordancia entre ellas se dio en 47 de ellos (69%). En caso de resultado negativo en las dos, no se evidenció malignidad por AP.

En el 62% de pacientes donde hubo sospecha por TC, se confirmó por AP. El diámetro máximo medio de las adenopatías en caso de haber sospecha y confirmarse fue de 30.7 mm (extremos 10 y 60 mm).

En el 48% de pacientes con sospecha por PET se confirmó malignidad. El SULmáx medio fue de 15,4 en los casos donde se demostró (extremos 2,3 y 22), 5,4 en caso contrario (extremos 1,5 y 12).

Tan solo en un paciente, sin sospecha por PET, se evidenció malignidad.

Conclusiones:

1. Se objetivó un 69% de concordancia entre TC y PET.
2. Comparado con la TC, la PET resultó en mayor porcentaje de sospecha de malignidad, que se confirmó en un 48%.
3. La PET presenta una mayor sensibilidad que la TC, de acuerdo con la literatura.
4. No pudimos establecer un claro valor de SULmáx para diferenciar etiologías maligna de inflamatoria.
5. Cuando la experiencia con PET es limitada, la especificidad puede verse reducida, indicándose en un alto porcentaje la realización de técnicas invasivas.

UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) EN PACIENTES CRÍTICOS

M.M. Segura Romero, S. Sánchez Martín, M.C. Vera Sánchez, M.C. Fernández Aguirre, J.L. Velasco Garrido.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El lavado broncoalveolar (LBA) es una técnica ampliamente implantada que nos permite la obtención de muestras para estudio citológico, microbiológico y anatomopatológico. Se emplea en diversas patologías como las enfermedades intersticiales, síndrome de hemorragia alveolar difusa y en el aislamiento microbiológico en pacientes inmunocomprometidos.

Objetivo: evaluar la utilidad del LBA en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo todos los pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro en los que se ha realizado un LBA durante el año 2023. Se han recogido variables epidemiológicas, clínicas, datos de la técnica y resultados.

Resultados: Durante el año 2023 se han realizado 15 LBA en pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro. La mayoría fueron mujeres (60%), con una edad media de 49 años y no fumadores (47%). El 66% de los pacientes estaban inmunodeprimidos, destacando como enfermedades causantes de esta inmunosupresión: lupus eritematoso sistémico (5 pacientes), artritis reumatoide (2 pacientes) y enfermedad inflamatoria intestinal (2 pacientes).

En la mayoría de los pacientes el diagnóstico de sospecha ([imagen 1](#)) fue la neumonía (80%), tanto nosocomial como adquirida en la comunidad, seguido de la hemorragia alveolar difusa (6,7%), la neumonitis lúpica (6,7%) y la neumonitis por hipersensibilidad (6,7 %).

En la [imagen 2](#) se muestran las diferentes localizaciones de los lavados, destacando el lóbulo medio (37,5%) y lóbulo inferior derecho (37,5%). La media del volumen de suero instilado fue 145 cc (120 - 170 cc) y la recuperación media fue de 56 cc (40 - 90 cc). No hubo ninguna complicación.

La mayoría de las muestras enviadas a microbiología fueron positivas (53,3%), el germen aislado con mayor frecuencia fue el citomegalovirus (33%), seguido de *S. Aureus* (8,3%). Otros gérmenes aislados se recogen en la Imagen 3.

Conclusiones: El lavado broncoalveolar en pacientes críticos es un procedimiento útil y seguro. En nuestro centro se ha empleado fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos con infección respiratoria. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron el citomegalovirus y *S. Aureus*.

CRIOBIOPSIA MEDIASTÍNICA TRANSBRONQUIAL GUIADA POR ECOBRONCSCOPIA (EBUS-TMC), ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTROS PRIMEROS 25 PACIENTES

N. Matallana Encinas, S. Hernández Gómez, I. Rodríguez Blanco, J.A. Gutiérrez Lara, J. López Rodríguez, R. Morante Espadas, L. Galán Ledesma, J. Hernández Borge, P. Iñigo Naranjo, A. Castañar Jover.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La punción aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) sigue siendo actualmente el método de elección para el estudio de patología con afectación mediastínica e hilar. En los últimos años ha surgido una técnica accesoria a la EBUS convencional que mejora el rendimiento diagnóstico permitiendo la toma de muestra de mayor tamaño de tejido ganglionar a través de una sonda criogénica, que es lo que denominamos EBUS-TMC.

Metodología: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los paciente a los que se realizó EBUS-TBNA y EBUS-TMC en un mismo tiempo, desde mayo a noviembre de 2023.

Todos los procedimientos se llevaron a cabo en quirófano, bajo anestesia general y mascarilla laríngea. Utilizamos en todos los casos sonda criogénica de 1,1 mm. Realizamos un análisis descriptivo de las características de los pacientes y análisis de rendimiento diagnóstico comparando EBUS-TBNA y EBUS-TMC.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (65,4% hombres). Entre los motivos de solicitud de la prueba encontramos: sospecha de patología inflamatoria-granulomatosa (8 pacientes), sospecha de metástasis ganglionar de tumor primario pulmonar (15 pacientes), sospecha de metástasis ganglionar de tumor primario no pulmonar (2 pacientes).

Los ganglios más frecuentes a los que se le realizó criobiopsia fueron: 4R, 7 y 11L. El número medio de criobiopsias por ganglio fue de 2,3. El tamaño medio de las muestras de criobiopsias obtenida fue de $0,36 \pm 0,98$ cm.

La EBUS-TBNA fue diagnóstica en 20 pacientes (80%). La EBUS-TMC fue diagnóstica en 21 pacientes (84%). La prueba combinada EBUS-TBNA + EBUS-TMC en global fue diagnóstica en 23 pacientes (92%). Hubo concordancia entre los resultados de EBUS-TBNA y EBUS-TMC en el 80% de los casos. La criobiopsia fue necesaria para estudio molecular en 8 pacientes con metástasis ganglionar donde la muestra del bloque celular era insuficiente, además catalogó a 2 pacientes como adenocarcinoma pulmonar, a 2 pacientes como carcinoma NOS, a 2 pacientes como sarcoidosis y 1 neumonía organizativa. Solo se observó sangrado leve en 4 pacientes (16%).

Conclusiones: La EBUS-TMC es una técnica segura y que mejora el rendimiento diagnóstico de la EBUS-TBNA, sobre todo para subtipificación y análisis molecular del cáncer de pulmón y para el diagnóstico de patología inflamatoria-granulomatosa. Se necesitan más estudios con tamaños muestrales mayores que confirmen los datos de los resultados obtenidos.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD Y CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS DE SALUD EN NUESTRO SERVICIO

E. Rubio Calvo, J. Santos Martínez, A.B. Gámiz Molina, P. Gámez Baeza, N. Calvente Vera.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Una buena historia clínica (HHCC) es una herramienta fundamental para cualquier sanitario. Además de ser el documento legal en el cual se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, también es imprescindible para ofrecer una atención correcta y personalizada.

El objetivo de este estudio es evaluar de una manera estructurada el nivel de calidad y el grado de cumplimentación de las HHCC tanto hospitalarias como de consultas externas (CCEE) del servicio de Neumología en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio (HUSC).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de HHCC tanto de pacientes ingresados a cargo de Neumología como de pacientes atendidos en CCEE de Neumología en HUSC en el año 2022.

Los criterios utilizados en cada uno de los informes quedan recogidos en la primera tabla adjunta. En ellos se especifica que los hábitos tóxicos incluyen tabaco, alcohol y otros; la medicación debe incluir el nombre y posología y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) incluyen obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia.

Resultados: Se revisaron 50 historias clínicas, 25 de CCEE y 25 de hospitalización. En los informes de consulta, todos los ítems establecidos menos dos de ellos (FRCV y registro de la medicación actual) se cumplimentaban en más del 80%. Los FRCV se registraban en el 76% de las HHCC y la medicación actual únicamente en el 48%.

En los informes de hospitalización, se cumplimentaron menos del 80%: FRCV (32%), actividades de promoción de la salud (57%) y hábitos tóxicos (68%).

Conclusiones: Las historias clínicas de nuestro servicio en el HUSC cumplen los criterios de calidad en más del 82% de los informes estudiados. Los peores resultados de cumplimentación se deben en un porcentaje elevado a la falta de rigurosidad al rellenar todos los datos solicitados en cada uno de los ítems, no a la ausencia total del criterio.

La revisión de las HHCC es fundamental para mejorar nuestra actividad diaria. Todos deberíamos realizarla de manera periódica y ser lo más exhaustivo posible.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

P. Barragán Reyes, N. Calvente Vera, A.M. Mendoza Barrios, L.F. Cassini Gómez De Serna, M. Gallardo Medina.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El diagnóstico específico de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se realiza en discusión con un equipo multidisciplinar con la incorporación de datos clínicos, radiográficos e histopatológicos antes de establecer un diagnóstico final. La criobiopsia pulmonar transbronquial ha surgido como una nueva herramienta para obtener una biopsia pulmonar para el diagnóstico de la EPI. El objetivo del estudio es evaluar el rendimiento diagnóstico y los resultados de seguridad de la criobiopsia pulmonar realizadas en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio desde 2018 a 2023.

Metodología: Análisis retrospectivo de los pacientes a los que se les ha realizado criobiopsia transbronquial en nuestro centro. Se analizó: edad, sexo, tabaquismo, posibles factores de riesgo exposicional, auto-anticuerpos y precipitinas, hallazgos radiológicos en la TC ("patrón neumonía intersticial usual (NIU)", "probable NIU", "indeterminado para NIU" y "diagnósticos alternativos), lavado broncoalveolar (LBA), complicaciones derivadas del procedimiento, número de biopsias obtenidas, porcentaje de pacientes con muestra no válida para diagnóstico y pacientes a los que se realizó biopsia pulmonar quirúrgica.

Resultados: Se realizaron un total de 19 criobiopsias. La edad media fue de 66,5 años. 58% hombres y 42% mujeres. Más de la mitad (63,2%) tenían antecedentes de tabaquismo. 7 pacientes presentaban factores de riesgo exposicional. Un 15,8% de nuestra muestra tenían elevados los Títulos de autoanticuerpos y precipitinas. En relación a los hallazgos radiológicos en la TC, 14 pacientes tenían diagnósticos alternativos a NIU, 1 paciente indeterminado para NIU, 1 paciente con patrón típico NIU, otro con patrón micronodulillar, otro con EPID incipiente y un único paciente con sospecha de tumor benigno fibroepitelial. En el 58% de los pacientes se realizó lavado broncoalveolar. La media de biopsias obtenidas fue de 3,6 en cada criobiopsia. En 9 pacientes (47,4%) de la muestra, hubo complicación derivada de la técnica. En el 79% de las criobiopsias se obtuvo muestra válida para alcanzar diagnóstico, requiriendo sólo 3 pacientes (16%) la realización de una biopsia pulmonar quirúrgica.

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de la criobiopsia pulmonar realizada en nuestro centro es bueno, aportando información indispensable y complementaria a lo discutido con el equipo multidisciplinar, permitiendo llegar a un diagnóstico definitivo. El perfil de seguridad es aceptable y asumible, siendo la principal complicación el sangrado leve.

Figuras:Figura 1: [Ver figura 1](#)Figura 2: [Ver figura 2](#)**UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS BIOPSIAS INTRAGANGLIONARES CON FÓRCEPS (IFB) GUIADAS POR EBUS**

B. Gracia Hernández, A. González Hernández, J. Domínguez Caro, J. Lancha Domínguez, L.A. Padrón Fraysse.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La punción-aspiración mediante ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en la estadificación mediastínica y diagnóstico del cáncer de pulmón (CP). No obstante, su rendimiento diagnóstico es controvertido para el diagnóstico de otras enfermedades accesibles por esta técnica, siendo necesaria su confirmación histológica. Las biopsias intraganglionares con minifórceps (IFB) guiadas por EBUS en combinación con las TBNA han demostrado un mayor rendimiento diagnóstico en enfermedades alternativas al CP en comparación con la TBNA aislada.

El objetivo de este estudio fue analizar la experiencia en nuestro centro con la combinación de EBUS-TBNA y EBUS-IFB mediante el estudio de su rentabilidad diagnóstica y de los factores asociados a la misma, así como a la concordancia entre los resultados de las muestras obtenidas con cada una.

Metodología: Estudio unicéntrico observacional. Se incluyó a 70 pacientes a los que se les ha realizado EBUS-TBNA combinada con EBUS-IFB (diciembre 2022 a mayo 2023). Se han analizado las características demográficas y clínicas, estaciones ganglionares estudiadas, resultados anatomopatológicos, la rentabilidad diagnóstica, la concordancia entre el diagnóstico por EBUS-TBNA y EBUS-IFB, y finalmente las variables que se correlacionadas con el éxito diagnóstico.

Resultados: El 81% fueron varones, la edad media 61 años y el 84,3% presentó hábito tabáquico. El 42% se estudiaron por síndrome poliadenopático, el 18% sospecha de recaída mediastínica y el 40% por sospecha de CP primario. La distribución por frecuencia de las estaciones ganglionares estudiadas: 4R (17%), 11R (13%), 11 L (15%) y G7 (45%). El 82% de las TBNA fueron representativas y el 35% diagnósticas frente al 79% representativas y el 42% diagnósticas de las IFB.

La concordancia entre TBNA e IFB fue del 72% en representatividad y del 50% en diagnóstico. En las no concordantes, la representatividad se consiguió en el 54% de los casos con TBNA y en el 42% con IFB, y el diagnóstico, en el 29% con TBNA y el 54% con IFB.

Se encontró correlación positiva estadísticamente significativa entre las TBNA diagnósticas y las IFB diagnósticas con el tamaño de la adenopatía, la CLNS y la estación ganglionar estudiada.

Conclusiones: En nuestra serie, la IFB mostró mayor rendimiento diagnóstico frente a la TBNA. No obstante, las IFB no diagnósticas mostraron menor tasa de representatividad, sugiriendo que ha de realizarse complementariamente a la TBNA, como está descrito en la bibliografía.

EMPLEO SECUENCIAL DE DIFERENTES TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN EN UN MISMO PACIENTE

E. Lesaga López, M. Inglés Azorín, E. Cases Viedma (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitari I Politècnic La Fe, Valencia.

Introducción: El enfisema pulmonar (EP) se caracteriza por la destrucción de paredes alveolares que conlleva a una hiperinsuflación pulmonar y atrapamiento aéreo, que produce disnea y disminución de capacidad de realizar ejercicio, deteriorando de esta manera la calidad de vida de estos pacientes. La reducción de volumen pulmonar con técnicas endoscópicas (RVPE) ha demostrado eficacia en casos seleccionados. Reduce la hiperinsuflación pulmonar mejorando de esta manera la función pulmonar, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida.

Metodología: Exposición y descripción de dos casos en los que se ha realizado RVPE de manera secuencial y bilateral con válvulas endobronquiales (VEB) en un primer tiempo y ablación térmica con vapor de agua (ATVA) en un segundo tiempo, en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia) entre el año 2020 y 2023.

Resultados: Se presentan dos pacientes con EP candidatos a RVPE en los que se realizó tratamiento secuencial. Mujer de 68 años y varón de 76 años.

Se realizó en un primer tiempo tratamiento endoscópico con VEB. Se planificó el procedimiento con la plataforma de Análisis Pulmonar StratX, realizando en ambos casos estudio de Chartis para valorar ventilación colateral. Se colocaron VEB en segmentarios del lóbulo superior derecho (LSD) y segmentarios de lóbulo superior izquierdo (LSI) respectivamente.

En un segundo tiempo se realizó ATVA en el pulmón contralateral. Se planificó el procedimiento con el Software InterVapor Personalized Procedure Program (IP3) seleccionando los segmentos dianos y tratando segmento 3 de LSI y segmento 1 del LSD respectivamente.

Se observaron complicaciones leves tras ATVA en la primera paciente que mejoraron con tratamiento médico.

Se observó mejoría significativa de la función pulmonar (valorado con FEV1 y VR), de la disnea, índice BODE y test de 6 minutos tras colocación de VEB, y tras ATVA se obtuvo nueva mejoría significativa.

Conclusiones: La RVPE de manera secuencial y bilateral con VEB y ATVA, es una opción segura con un aceptable índice de complicaciones a corto y medio plazo, que en pacientes bien seleccionados produce grandes beneficios al mejorar la función pulmonar, la sintomatología, la capacidad de realizar ejercicio físico y calidad de vida de estos pacientes.

TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS ¿CÓMO ES LA RESPUESTA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE?

M.C. Velasco Alcázar, M.R. Cabello Jabalquinto, A.A. Jiménez Romero, F. Campello Sánchez, O. Meca Birlanga, M. Hernández Olivo, D. Lozano Vicente, F.J. Bravo Gutierrez, M. Guillamón Sánchez, R. Ibáñez Meléndez.

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Santa Lucía Cartagena, Murcia.

Introducción: Asma constituye una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en la cual intervienen mediadores inflamatorios y cursa con hiperrespuesta bronquial y obstrucción al flujo aéreo. Asma grave se caracteriza por precisar múltiples fármacos para su tratamiento y control. En el caso de asma grave no controlada (AGNC), se caracteriza como aquella enfermedad que persiste mal controlada pese a recibir tratamiento con una combinación de GCI/LABA/LAMA, a dosis elevadas en el último año, o glucocorticoides orales durante mínimo 6 meses. Destacan 3 fenotipos de AGNC con implicaciones en la decisión terapéutica: alérgico-T2, Eosinofílico-T2 y No T2, para los que se dispone de diferentes anticuerpos monoclonales dirigidos para cada tipo de fenotipo. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de pacientes valorados en la unidad de asma grave del hospital Santa Lucía Cartagena y evaluar la respuesta, con biológicos, en los pacientes que completaron al menos 6 meses de tratamiento.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 32 pacientes, valorados en la unidad de asma grave de nuestro hospital, mediante entrevista clínica y pruebas diagnósticas entre marzo de 2022 y septiembre 2023. El análisis estadístico se realizó con SPSS®v.21.

Resultados: De 32 pacientes, 16 eran mujeres (50%) y 16 eran hombres (50%), la media de edad fue de 56 ± 13 años.

Del total, 20 pacientes (62,5%) iniciaron la enfermedad después de los 18 años, aunque la edad media de aparición de primeros síntomas fue de 32 ± 18 años. Presentaban exposición tabáquica 10 pacientes (37,5%), 16 pacientes (50%) nunca habían fumado y 4 pacientes (12,5%) eran exfumadores. Del total, 13 pacientes (40%) tenían una rinosinopatía acompañante y 4 pacientes (12%) eran corticodependientes.

21 pacientes (66%) completaron al menos 6 meses de tratamiento con biológico. De ellos, 12 eran hombres (38%) y 9 (28%) eran mujeres. Dos pacientes (6%) iniciaron tratamiento con Omalizumab, 12 pacientes (38%) con Mepolizumab, 3 pacientes (9%) con Benralizumab y 4 pacientes (13%) con Dupilumab.

La comparación de FEV1, FENO, ACT, eosinofilia y crisis totales antes de iniciar el tratamiento biológico y a los 6 meses se pueden ver en la [tabla 1](#) y [tabla 2](#).

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes con asma T2 eosinofílica tratados con AntilL5 y AntilL5Ra se observó una mejoría estadísticamente significativa en la disminución de exacerbaciones y Eosinofilia a los 6 meses tras tratamiento, así como de FENO en pacientes tratados con Anti IL4Ra/IL13.

EXPERIENCIA CON DUPILUMAB EN HOSPITAL TORRECÁRDENAS

J.M. Sanchez Alvarez, M. Martos Maldonado, A. López León, J.J. Cruz Rueda, D. Fole Vázquez.

Servicio de Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El asma grave no controlado supone un desafío en nuestra práctica clínica diaria. Actualmente existe indicación de uso de fármacos biológicos cuando el resto de tratamiento disponible resulta insuficiente.

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de IgG4 que inhibe la señalización de IL-4 e IL-13 indicado en el tratamiento de asma grave eosinofílico y/o con FeNO elevado. Destacar que Dupilumab presenta un papel importante en el tratamiento de la rinosinusitis crónica con poliposis nasal.

Objetivo: evaluar la utilidad de Dupilumab en pacientes con asma grave de difícil control del Hospital Torrecárdenas (Almería).

Metodología: Analizamos 30 pacientes que reciben Dupilumab en Hospital Torrecárdenas, a 20/10/23, utilizando el registro proporcionado por Farmacia Hospitalaria.

Se han recogido variables clínicas y demográficas de la historia clínica digitalizada.

Resultados: Se han analizado 30 pacientes. Atendiendo al sexo, un 60% de pacientes eran mujeres y un 40% hombres. La comorbilidad más frecuente (56%) fue sobrepeso/obesidad (IMC medio 29,9). En un 40% constaba poliposis nasal.

Una media de 5 años (extremos 2 meses y 9 años) transcurrieron entre el diagnóstico de asma bronquial y el inicio del primer biológico. La mejoría de FEV1 se objetivó en 22 pacientes (73%), siendo esta de una media de 595 mL. En 13 (43%) se alcanzó un valor superior al 80%, solo 6 (20%) lo superaban previamente a Dupilumab.

La eosinofilia media al inicio del tratamiento fue de 422/mm³. Todos disminuyeron la cifra.

La disnea habitual (mMRC >1) fue un síntoma habitual en estos pacientes (80%), pasando a presentarla un 27% tras el fármaco.

En el último año con tratamiento, 9 (30%) sufrieron agudizaciones (de media 0,4), precisando hospitalización 2 (7%). El último año previo al fármaco, 23 (77%) tuvieron agudizaciones.

Todos los pacientes vieron reducida su necesidad de corticoides orales tras Dupilumab, siendo esta reducción de 860 mg de media.

La mejoría del FeNO se presentó en 20 pacientes (67%), siendo esta mejoría de 43ppb.

Conclusiones:

1. La comorbilidad más frecuente fue sobrepeso/obesidad (56%).
2. Se obtuvo una mejoría media en FEV1 de 595 mL.
3. Todos los pacientes disminuyeron su cifra de eosinófilos.
4. La disnea habitual fue reducida en un 53%.
5. Se redujeron las agudizaciones en un 47%.
6. Se objetivó una disminución en la necesidad de corticoterapia.
7. La mayoría de pacientes tuvieron una disminución de FeNO.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

ANÁLISIS DEL CONTROL DEL ASMA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE MAL CONTROLADA

M.C Mata López, P. García Lovera, Y.Y. Portillo Gutiérrez (1), D. Martínez Cámara, C. Lacárcel Bautista.

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: En los últimos años, ha habido un gran desarrollo de los fármacos biológicos en el tratamiento del asma grave y su uso se ha incrementado de forma exponencial. El objetivo de este estudio es determinar la mejoría en el control a través del Test de Control del ASMA (ACT), así como los efectos secundarios y discontinuación del tratamiento biológico en la consulta de asma grave no controlada.

Metodología: Se trata de un estudio observacional descriptivo donde se han evaluado un total de 80 pacientes en seguimiento por la consulta de asma de difícil control entre los años 2020 y 2023 del Hospital Universitario de Jaén. En una primera consulta, se analizó si tomaban o no tratamiento biológico y el tipo, el grado de control de asma a través del ACT y el número de efectos secundarios y abandonos del tratamiento biológico. Tras 4 meses de iniciar o cambiar el fármaco biológico, se volvieron a estudiar dichas variables.

Resultados: La muestra total fue de 80 pacientes. Del total de nuestros pacientes, el 27,5% (22 pacientes) tenían tratamiento biológico previo y el 72,5% no. De esos 22 pacientes, el 28,8 % estaban en tratamiento con omalizumab, el 2,5% con reslizumab, el 2,5% mepolizumab, 1,3 % benralizumab, 1,3% dupilumab y 1,3% omalizumab más benralizumab. De los pacientes que tenían ya fármacos biológicos previamente, en 6 casos (7.5%) se produjo el abandono del tratamiento, presentando 3 de ellos efectos secundarios que fueron mialgias/artralgias y urticaria.

Al evaluar los pacientes tras 4 meses de inicio o cambio de tratamiento biológico, se registró que el 33,8% tomaban omalizumab, el 18,8 % mepolizumab, el 28,8% benralizumab, el 15% dupilumab y el 1,3% omalizumab más dupilumab. Ningún paciente presentó efectos secundarios o discontinuación del tratamiento a la valoración a los 4 meses de iniciado el tratamiento biológico o al cambio del mismo.

En cuanto al control del asma, se observó una mejoría estadísticamente significativa en relación al ACT previo y tras 4 meses del inicio o cambio de tratamiento biológico. El porcentaje de pacientes con ACT ≤ 20 pasó de 81,3% a 51,3%, ACT entre 21 - 24 pasó de 3,8% a 31,3% y ACT ≥ 25 pasó de 3,8% a 10%.

Conclusiones: El tratamiento con fármacos biológicos en asma grave en nuestro medio resultó tener un alto perfil de seguridad con muy escasos efectos secundarios, la mayoría leves y no se registró ninguna reacción secundaria de gravedad junto con escaso abandono del tratamiento. Además, se observó una clara mejoría en el control del asma tras 4 meses del inicio o cambio del fármaco biológico.

BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

S.F. Jiménez Roche, M. Rubio Moreno, M. Pérez Morales, B. Valencia Azcona, A. Padilla Galo.

Servicio de Neumología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: Benralizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une específicamente al receptor de la interleucina humana 5 (IL 5R α). Indicado en pacientes con asma grave eosinofílica no controlada a pesar de tratamiento médico adecuado.

El objetivo de este estudio es describir las variables y características clínicas de pacientes con asma grave que están en tratamiento con benralizumab, centrándonos en aquellos que son adecuados cumplidores tanto del tratamiento inhalado como del biológico.

Metodología: Actualmente tenemos 49 pacientes en tratamiento con Benralizumab con al menos 1 año de seguimiento y tratamiento, de los cuales 9 son malos cumplidores del tratamiento biológico y otros 8 del tratamiento inhalado, seleccionándose una muestra de 32 pacientes con asma grave no controlado con adecuado cumplimiento del tratamiento.

Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de posición (mediana y rango intercuartílico - P75-P25- para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para valorar diferencias se utilizó el test de t Student para muestras apareadas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Para este análisis se utilizó el software SPSS v28.

Resultados: En cuanto a las características de nuestros pacientes el 66% son mujeres con una mediana de edad de 58 años, edad media de diagnóstico de asma en 30 años, IMC de 27,5, ACT 12 y predominio del grado 1 de disnea en 88,1% de los casos.

El 21,9% son corticodependientes con una dosis mediana diaria de 10mg de prednisona y están en tratamiento con 4 fármacos controladores, en cuanto al corticoide inhalado en el 68,8% de los casos usan fluticasona con una dosis mediana de 1600mcg equivalentes a budesonida. El 46,9% de los pacientes ha tenido tratamiento previo con otro biológicos, siendo Omalizumab el biológico previo en 34,4% de los casos.

En cuanto a comorbilidades el 43,8% tiene poliposis nasal, el 65,6% atopia y el 37,5% bronquiectasias con cultivo de esputo positivo en el 41,6% de los casos.

Finalmente analizamos los cambios a los 12 meses de tratamiento, el FEV1 presenta mejoría estadísticamente significativa de 136 mL (11%), no hay mejoría estadística en ACT, eosinófilos, FENO ni corticodependencia.

Conclusiones: - EL 65% de nuestros pacientes con asma grave en tratamiento con benralizumab son buenos cumplidores de la terapia biológica e inhalada.

- Tras 12 meses de tratamiento, encontramos una mejoría estadísticamente significativa en el FEV1 de 136mL (11%).

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN ASMA GRAVE A 1 AÑO DE TRATAMIENTO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

A. Cabeza Serrano (1), M. Sánchez Bommatty (2), G. González Mendoza (1), L. Asencio Monteagudo (1), A. Vargas Puerto (1), D. Del Castillo Otero (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, (2) Servicio de Neumología, Hospital Alta Resolución La Janda, Cádiz.

Introducción: Dupilumab, un anticuerpo monoclonal humano que inhibe la señalización de la interleucina-4 (IL-4) y la interleucina-13 (IL-13), es una de las opciones de tratamiento biológico disponibles para pacientes con asma grave no controlada (AGNC) T2. Hasta ahora se han comunicado sólo respuestas más precoces, siendo escasas las series con resultados a más largo plazo en vida real.

Los objetivos de este trabajo han sido describir las características de los pacientes con AGNC tratados con Dupilumab en nuestro hospital y evaluar su efectividad y seguridad a 1 año de tratamiento.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con Dupilumab entre marzo y noviembre de 2022 en el área del HU de Puerto Real.

Se recogieron datos demográficos de los pacientes, características clínicas, datos de control del asma (agudizaciones, ciclos de corticoides orales (CO) y ACT), biomarcadores y función pulmonar (FEV1) antes del inicio y al año de tratamiento, así como efectos adversos del mismo. Se registró si habían recibido tratamiento biológico previo. La respuesta se valoró según la escala EXACTO y a criterio del clínico responsable.

Resultados: Fueron incluidos 29 pacientes, 18 mujeres y 11 hombres, con edad media de 53,9 años.

Eran atópicos 19 pacientes, 15 presentaban obesidad y 9 poliposis nasalis. El recuento medio de eosinófilos en sangre era de 352 células/μl, nivel medio de Ig E total 203 UI/ml y FeNO 54 ppb. Habían recibido tratamiento biológico anterior 15 (51,7%) pacientes.

Se observó, al año de tratamiento y con respecto a la situación basal, una reducción de exacerbaciones (4,5 vs 0,68; $p < 0,001$) y de ciclos de CO (4,09 vs 0,67; $p < 0,001$), así como una mejoría del ACT (12,6 vs 19,8; $p < 0,001$) y del FEV1 (75,6% vs 86,2%; $p < 0,005$). En 7 casos se produjeron efectos adversos del fármaco, y sólo en 2 hubo que suspenderlo. Se consideró que tuvieron respuesta a tratamiento 24 pacientes, 14 respuesta completa, 4 buena respuesta y 6 respuesta parcial. En los 5 restantes se retiró el tratamiento antes de 1 año por falta de respuesta.

Conclusiones: Dupilumab es un fármaco efectivo y seguro a largo plazo en nuestra práctica clínica, con una tasa de respuesta completa cercana al 50%. En nuevos estudios en vida real más amplios podrán confirmarse estos resultados.

INSOMNIO Y ASMA EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ (ESTUDIO SOMNASMA): RESULTADOS PRELIMINARES

M.P. Lobato De La Sierra (1), D. Del Castillo Otero (1), A. Arnedillo Muñoz (2), A.G. Badillo Melgar (3), M. Morales González (3), J.G. Soto Campos (4).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (3) Servicio de Neumología,

Introducción: Los trastornos del sueño son comunes entre los pacientes con asma y se asocian con mala calidad de vida. Existen datos limitados en nuestro país sobre la frecuencia de insomnio en el asma y su posible relación con el control y gravedad de la misma.

Los objetivos de este estudio han sido determinar la prevalencia de insomnio en una muestra de adultos asmáticos en la provincia de Cádiz y evaluar la relación entre el insomnio y el nivel de control y gravedad del asma.

Metodología: Estudio observacional transversal en una muestra de pacientes adultos con asma atendidos en consultas de Neumología de 4 hospitales de la provincia de Cádiz entre octubre y noviembre de 2023.

Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, antecedentes de trastornos emocionales, datos clínicos sobre gravedad y control de asma (ACT, agudizaciones, ingresos previos), biomarcadores, función pulmonar y tratamiento del asma. El insomnio se evaluó mediante la versión en castellano del Insomnia Severity Index (ISI), un índice validado que valora síntomas de insomnio y lo clasifica según gravedad.

Se exploraron síntomas de ansiedad y depresión usando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Resultados: Se incluyó a 165 pacientes, 115 (70%) mujeres, con edad media 55,3 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (44%), la hipertensión arterial (36%) y la poliposis nasal (26%). Tenían patología psiquiátrica 43 (26%) pacientes, la mayoría trastornos de afectividad. La puntuación media del ACT fue de 17,1, agudizaciones en año previo 1,20/paciente y ciclos de corticoides orales (CO) 0,99. Recibían tratamiento con biológicos 92 (56%) pacientes. El FEV1 medio fue 80% y FEV1/FVC 71%. Presentaron insomnio 89 (54%) pacientes, e insomnio clínico (ISI >15) 60 (36%). El 71% de pacientes con insomnio (grupo I) tenía alguna comorbilidad frente al 51% de pacientes sin insomnio (grupo NI). En los que presentaban insomnio clínico se observó mayor número de agudizaciones (1,57) y de ciclos de CO (1,34), y menor puntuación de ACT (15,6) que en el grupo NI (0,97; 0,78 y 18,1 respectivamente; $p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de insomnio en pacientes con asma es elevada en nuestro medio, mayor a la de la población general. El insomnio se asocia con la existencia de comorbilidades y parece estar relacionado con peor control del asma. Son necesarios más estudios que ayuden a aclarar si el insomnio es sólo una consecuencia de un mal control del asma, o puede a su vez impactar en la evolución y gravedad de la misma.

ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ALFA 1 ANTITRIPSINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Salcedo Lobera (1), M.A. Ruano Carretero (2), D. Martínez Rodríguez (3).

(1) Unidad de gestión clínica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Regional de Málaga, (2) Unidad de gestión clínica de Enfermedades Respiratorias,

Introducción: El objetivo de este trabajo es conocer las características funcionales de nuestros pacientes con DAAT y compararlos con pacientes EPOC sin dicha alteración.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de un año de duración de 23 pacientes, siendo 11 de ellos con DAAT y 12 sin DAAT donde se recogieron distintas variables entre las que se encuentran variables demográficas, tipo de mutación, pruebas funcionales respiratorias,. Posteriormente, se realizó un seguimiento de estos pacientes y al año se volvieron a repetir todas las pruebas funcionales para ver la evolución respiratoria con los tratamientos pautados.

Resultados: Del grupo estudio (DAAT), el 45,45% eran mujeres con una edad media de $63,63 \pm 9,35$, el 90% presentaban hábito tabáquico con un índice acumulado (IAT) de 46.5 ± 24.94 paquetes-año.

Se realizó en la primera consulta pruebas funcionales y TM6M, recogidos en la tabla 1. Al año se realizó de nuevo PFR y TM6M recogidos en la [tabla 1](#), además, durante ese año se realizaron diferentes tratamientos, entre los que se encuentran: 3 pacientes se inició el tratamiento con suplemento de AAT, 1 paciente se derivó para trasplante y el resto realizaron tratamiento inhalatoria según guías de práctica clínica. Sin embargo, 4 pacientes presentaron reagudizaciones teniendo 3 de ellos infección bronquial crónica (2 pseudomonas y 1 klebsiella) y sólo 1 paciente falleció en dicho periodo.

En cambio, el grupo control, formado por pacientes EPOC sin DAAT, presentaban una edad media de $70,5 \pm 10,25$ siendo el 91,66% varones, el 100% eran pacientes con hábito tabáquico con un IAT de $55 \pm 28,02$ paquetes-año, en la [tabla 2](#) quedan recogidas los datos iniciales y al año. Durante este periodo, todos estuvieron con tratamiento inhalatorio según guías de práctica clínica además, 7 de ellos presentaron reagudizaciones respiratorias pero en ningún caso tuvieron infección bronquial crónica.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en metros caminados, función pulmonar, reagudizaciones ni infecciones bronquiales crónicas.

Conclusiones: Los pacientes con DAAT presentan peor evolución funcional tras agudizaciones y presentan mayor número de infección bronquial crónica, aun así, la cohorte a estudio es muy pequeña para obtener conclusiones robustas, se necesitarían más pacientes para poder ampliar este estudio.

PREVALENCIA DE TUMORES EN UNA COHORTE DE PACIENTES EPOC AMBULATORIOS

L. Asencio Monteagudo (1), M.M. Ignacio Expósito (2), C. Amezcua Sánchez (2), V. Almadana Pacheco (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Analizar la prevalencia de los distintos tipos de tumores diagnosticados entre pacientes EPOC ambulatorios.

Objetivo: establecer los factores predictores para el desarrollo de tumores en esta cohorte.

Metodología: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de base de datos de pacientes diagnosticados de EPOC según criterios GOLD con seguimiento en una consulta monográfica del Hospital Virgen Macarena desde el 1 enero de 2012 hasta el 31 de octubre de 2023.

Se recogió la historia previa oncológica, así como otras variables clínicas (variables epidemiológicas, comorbilidades, función pulmonar). Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados: Se han analizado 772 pacientes (651 hombres y 123 mujeres). La edad media fue de 64 años. Según la escala GOLD el 10,4% presentó una gravedad leve, el 30,2% moderada, el 33,8% grave y el 25,4% muy grave. El 25,5% (197) de la serie presentó algún tipo de tumor. El cáncer más frecuente diagnosticado fue el de pulmón (35%, 69 pacientes) siendo el subtipo epidermoide el que predomina, con un 20% (40), seguido del adenocarcinoma y el microcítico con un 8% y 3%, respectivamente, además de un 3% sin anatomía patológica confirmatoria. Otros tumores con alta prevalencia fueron el colorrectal, con un 17,7% (35), el basocelular con un 9,6% (19), seguidos del de vejiga y el de próstata, representando un 8,1% cada uno (16) ([gráfica 1](#)).

Los pacientes no diagnosticados de tumor presentaron un FEV1 del 45,69% (DE 17,62) recorriendo 372 (DE 129,59) metros en el T6MM, puntuación de 4 (DE 2) en la escala BODE, disnea 2 (DE 1) en la escala mMRC, además de un índice paquetes-año (IPA) de 53,1 (DE 27,8), un índice de Charlson de 3 (DE 2) y un IMC correspondiente con sobrepeso (27,71, DE 6,24).

Los pacientes diagnosticados de algún tumor presentaron similar función pulmonar, disnea y gravedad que los pacientes sin tumores, pero eran más comórbidos con un Charlson de 5 (DE 3, $p = 0,01$) y obesos, con un IMC de 34,41 (DE 72,55, $p = 0,035$) ([tabla 1](#)).

Conclusiones: -Existe una importante prevalencia de tumores entre los pacientes con EPOC, destacando los de origen pulmonar y colorrectal.

-Esta condición está relacionada con una mayor carga tabáquica, obesidad y una puntuación superior en el índice Charlson.

PREVALENCIA DE INSOMNIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

R. De Andrés David, A. Aís Daza, S. Gutiérrez Hernández, A. Carmona González, A. Arnedillo Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población general, asociado en numerosas ocasiones a alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión.

Algunos estudios han demostrado una importante prevalencia de insomnio entre los pacientes con enfermedades respiratorias, concretamente con la EPOC.

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de insomnio entre los pacientes diagnosticados de EPOC, así como su relación con la existencia de ansiedad y depresión.

Metodología: Estudio observacional transversal y descriptivo de pacientes diagnosticados de EPOC en nuestro centro.

Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, tomas de ansiolíticos, antidepresivos, medicación para el insomnio y puntuación de los cuestionarios de somnolencia de Epworth, Insomnia severity Index (ISI), COPD assessment test y Hospital Anxiety and depression scale.

Resultados: En total se entrevistaron a 80 pacientes, 59 hombres y 21 mujeres, con una edad media de $70,31 \pm 7,62$ años. En cuanto a función pulmonar el 5% tenían un grado de obstrucción leve, 65% moderado-grave y el 30% muy grave. Respecto a los estadios GOLD el 37,5% pertenecían al grupo A, el 32,5 grupo B y el 30% al grupo E.

La prevalencia de insomnio en la población estudiada fue del 50%. El 26,3% padecía insomnio moderado-grave y 23,8% insomnio subclínico. La prevalencia de depresión fue del 23,8%, presentando depresión moderada-grave el 18,8%. La prevalencia de ansiedad fue del 17,5%, presentando ansiedad moderada-grave 12,5%.

Hubo diferencias significativas entre los pacientes EPOC GOLD A respecto a los B y E con relación al insomnio moderado-grave siendo menor en los A ($p = 0,011$ y $p = 0,035$, respectivamente). Tampoco se observaron diferencias en la prevalencia de insomnio con respecto al sexo o la función pulmonar.

Los pacientes con insomnio tenían más depresión ($p = 0,001$) pero no más ansiedad ($p = 0,68$).

El 35% estaba diagnosticado de Apnea Obstruktiva del sueño.

Del total, el 35% tomaba benzodiazepinas, el 26,3% antidepresivos y el 17,5% tratamiento para el insomnio. De los 40 pacientes con insomnio confirmado, solo un 8,8% tomaban tratamiento dirigido.

Conclusiones: La prevalencia de insomnio en los pacientes con EPOC fue muy elevada, presentando un elevado infratratamiento. Los EPOC GOLD A tenían significativamente menos insomnio respecto a los B y E.

Existe relación entre el insomnio y la depresión, pero no con la ansiedad.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON DOSIS DE NINTEDANIB 100MG EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES

M.G. Hurtado Gañán, M.M. Ignacio Expósito, A. Hernández Martínez, P. Guerrero Zamora.

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Nintedanib es un fármaco indicado para el tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática y progresiva. La dosis recomendada es de 150 mg/12h, con poca experiencia con la dosis reducida de 100 mg/12h.

Objetivo: describir muestra de pacientes de con dosis reducida de Nintedanib, 100 mg/12h en la consulta monográfica de patología intersticial.

Metodología: Análisis descriptivo retrospectivo de las características clínicas y funcionales de los pacientes con dosis reducida en consulta entre Enero 2021 y Octubre 2023.

Resultados: Muestra 27 pacientes, de los cuales el 59,3% son hombres. Edad media 74 ± 16 años. 48,1% nunca han sido fumadores y el 51,9% son exfumadores, con ICAT medio de 42 ± 20 paquetes/año. El 40,7% estuvo expuesto a tóxicos en su trabajo. IMC medio $27,8 \pm 3,9$ kg/m². Índice de comorbilidad de Charlson medio 4. Cabe destacar que ninguno de los pacientes presentaba hepatopatía. En la [tabla 1](#) se muestran las comorbilidades asociadas.

El diagnóstico mayoritario fue neumonitis por hipersensibilidad (33,3% de los pacientes), seguido por Fibrosis Pulmonar Idiopática (29,6%) y NINE fibrótica (18,5%), [imagen 2](#).

Al diagnóstico, la muestra presentaba una FVC media de 2.384 ± 798 cc (82,6%), FEV1 medio 1.937 ± 584 (84,75%), DLCO media $50,9 \pm 21,5\%$, KCO $75,6 \pm 25,8\%$ y test de los 6 minutos con un recorrido medio de 372 ± 176 m.

El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la progresión fueron 35 meses, siendo los criterios de progresión en un 69,2% de los casos radiológica, funcionales en un 76,9% y clínicos en el 96,2%. Se objetivó una caída de FVC del 17,5% y 15,9% de la DLCO con respecto al diagnóstico.

El tiempo medio entre el inicio de Nintedanib 150 mg/12h hasta reducción de dosis 100/12h fue de 4 meses. El motivo de reducción fue en la mayoría por intolerancia digestiva, diarrea (84,6%), seguida de hipertransaminasemia (11,5%) y pérdida de peso (3,8%).

El 95,2% de los pacientes presentaron estabilidad clínica y el 76,2% se mantuvo sin exacerbaciones a los 6 meses.

De estos 27 pacientes con reducción de dosis, disponemos de pruebas de función pulmonar en 13 de ellos a los 6 meses, objetivándose en términos de FVC un aumento de un 9,33% tras la disminución y una caída de la DLCO de un 7%.

Conclusiones: El principal motivo de reducción de dosis fue por intolerancia digestiva.

La mayoría de los pacientes con dosis reducida se muestran estables clínicamente y sin exacerbaciones a los 6 meses.

Dentro de aquellos con pruebas funcionales encontramos estabilidad en la capacidad pulmonar, pero empeoramiento en la difusión.

CPFE VS. FPI: DIFERENCIAS EN LA PROGRESIÓN AL AÑO DEL DIAGNÓSTICO

S. Gutiérrez Hernández, A. Carmona González, A. Aís Daza, R. De Andrés David, A. Arnedillo Muñoz.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La combinación fibrosis-enfisema (CPFE) es una enfermedad de creciente interés, que parece estar asociada con una historia natural y un pronóstico diferentes a los de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las diferencias en la evolución clínica, funcional y radiológica al año de ambas entidades.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo revisando los datos epidemiológicos, clínicos y funcionales de una cohorte de pacientes diagnosticados de CPEF vs. FPI que fueron atendidos en una consulta de Neumología comparando los resultados al diagnóstico con los obtenidos al año de seguimiento.

Resultados: Se recogieron un total de 24 pacientes, 11 con CPFE y 13 con FPI. Comparando CPFE con FPI fueron varones 11 (100%) vs. 9 (69%). En cuanto al hábito tabáquico 9 (82%) eran ex-fumadores y 2 (8%) fumadores activos vs. 10 ex-fumadores (77%) y 3 (23%) nunca fumadores. Del grupo CPFE 5 (46%) pacientes realizaban tratamiento antifibrótico con Nintedanib vs. 13 (100%) pacientes del grupo FPI.

El 90% de los pacientes con CPEF no presentó ninguna exacerbación en el último año, mientras que solo el 54% de los pacientes con FPI no presentaron ninguna exacerbación.

Se observó comparando el grupo de CPFE vs. FPI una progresión funcional en 6 (55%) vs. 5 (38%) pacientes, $p = 0,580$ ([tabla 1](#)). Respectivamente experimentaron progresión clínica 4 (36%) vs. 4 (31%) pacientes de cada grupo. Se objetivó progresión radiológica en 1 (9%) paciente del grupo CPFE vs. 4 (31%) pacientes del grupo FPI. Además 5 (71%) pacientes del grupo CPFE y 7 (58%) del grupo FPI no tuvieron al año progresión ni clínica ni funcional ni radiológica ([tabla 2](#)).

Conclusiones: No se detectaron diferencias evolutivas significativas al año de seguimiento entre los pacientes con CPFE y FPI en cuanto a la función pulmonar, la progresión clínica o la progresión radiológica en el TACAR. Un importante porcentaje de pacientes de ambos grupos no experimentó ningún tipo de progresión al año del diagnóstico.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE FPP EN CONSULTA EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ)

A. González Hernández, J. Domínguez Caro, B. Gracia Hernández, C. Romero Sayago, R. Del Pozo Rivas, F. Díaz Chantar.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) no es la única enfermedad que desarrolla un componente fibrótico, otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) pueden adquirir esta condición, por lo que pueden progresar a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas, lo que se conoce como fibrosis pulmonar

progresiva (FPP), que no es una entidad per se sino un comportamiento común que pueden desarrollar diferentes EPID fibrosantes, la cual compromete el pronóstico del paciente. La FPP se identifica al cumplir 2 de estos 3 criterios: empeoramiento clínico, fisiológico y/o radiológico durante el seguimiento del paciente.

Objetivo: valorar el manejo de los pacientes con FPP en tratamiento con nintedanib en HJRJ.

Metodología: Análisis descriptivo de pacientes con FPP en tratamiento con Nintedanib desde septiembre 2022 a octubre 2023 analizándose características clínicas, criterios diagnósticos para FPP, enfermedades de base, tipos de tratamiento de enfermedad específica y efectos secundarios del tratamiento antifibrótico.

Resultados: Se incluyeron un total de 15 pacientes diagnosticados de FPP en tratamiento antifibrótico. El 60 % varones y el 80% más de 60 años.

Las enfermedades de base más frecuentes y sus tratamientos se muestran en la [tabla 1](#).

Con respecto al diagnóstico, el 60% fueron diagnosticados de FPP cumpliendo los 3 criterios diagnósticos (TACAR, clínica y exploración funcional respiratoria (EFR)). Con un tiempo medio de aparición de la FPP entre 1y 5 años desde el diagnóstico de EPID. Previo al inicio del tratamiento el 50% de los pacientes tenían una FVC >80% y el 40% una alteración moderada-leve. En la [tabla 2](#) se muestra la EFR

El 66.6% de pacientes tratados con Nintedanib no tuvieron efectos secundarios, solo 1/3 presentó alteraciones gastrointestinales, el 26,6% (4) desarrollaron durante el seguimiento hipertensión pulmonar (HP) y el 13,3% (2) han sido remitidos a trasplante pulmonar.

Conclusiones:

- Las enfermedades más frecuentes han sido NH fibrótica, seguida de NINE idiopática, cumpliendo en hasta un 60% los 3 criterios necesarios para el diagnóstico de FPP.
- A pesar de antifibrótico, en 10 de los pacientes con datos de EFR al año de inicio de tratamiento, se aprecia una caída de la FVC, principalmente en el grupo de >80%.
- Parece haber una buena tolerancia farmacológica ya que más del 66% de los pacientes no presentan efectos secundarios tras el inicio de Nintedanib.

EXPERIENCIA DE ANTIFIBRÓTICOS EN FPI EN CONSULTA DE EPID DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ)

C. Romero Sayago, B. Gracia Hernández, A. González Hernández, A. Rodríguez Cabrera, F. Díaz Chantar, R. Del Pozo Rivas.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática es una enfermedad intersticial fibrosante crónica limitada al pulmón, de causa desconocida, que suele afectar a varones > de 70 años. Dicha enfermedad, supone una pérdida de elasticidad pulmonar que condiciona un empeoramiento clínico-funcional, con una supervivencia media entre los 2 y los 5 años.

Actualmente contamos con fármacos antifibróticos cuyo objetivo es enlentecer el curso de la enfermedad.

Objetivo: valorar el manejo de los pacientes con FPI, que están en tratamiento activo con antifibróticos en el HJRJ.

Metodología: Análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de FPI en tratamiento activo con antifibróticos y en seguimiento actual en nuestras consultas hasta octubre 2023. Se recogieron las características clínicas y radiológicas, el proceso diagnóstico, así como, la progresión de la enfermedad según función pulmonar y calidad de vida. También hemos analizado los efectos secundarios de estos fármacos y la necesidad de retirarlo.

Resultados: En nuestro análisis, 34 pacientes con FPI se encuentran en tratamiento activo con antifibróticos, 29 (85%) con Nintedanib y 5 (15%) con Pirfenidona.

De ellos, el 85,3% son varones, siendo el 67,7% >de 60 años y hasta el 80% exfumadores. Con respecto a las comorbilidades, 12% tenían RGE, el 15% acropaquias y >90% presentaba crepitantes tipo velcro al diagnóstico. Atendiendo al patrón radiológico, el mayoritario fue el probable NIU (59%), seguido de NIU (38%), precisando recurrir a biopsia quirúrgica en un 12% para llegar a un diagnóstico definitivo.

En cuanto a la función pulmonar, previo al inicio del tratamiento la mayor parte de los pacientes tenían una FVC >80% y una alteración moderada-leve de la DLCO, sin apreciar diferencias al comparar los datos tras 1 año de inicio de tratamiento. ([Figura 1](#)).

Hasta el 50% de los pacientes presentaron efectos secundarios al uso de antifibróticos, siendo similares a los descritos en la literatura. ([Figura 2](#)).

Con respecto a la sintomatología, al año 12 pacientes referían encontrarse peor, 10 igual y 7 mejoría. Siendo derivados, 6 a trasplante pulmonar.

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes con FPI del HJRJ, son similares a lo descrito en la literatura. Los efectos secundarios más frecuentes de los antifibróticos fueron las molestias gastrointestinales (Nintedanib) y la fotosensibilidad (Pirfenidona). Al año de tratamiento, el 72%, mantenía una FVC >80%, demostrándose que los antifibróticos enlentecen el curso de la enfermedad.

EPID FIBROSANTES EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBRÓTICOS EN EL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

M. Cebrián Romero, A.P. Arenas Polo, F.R. Guzmán Ruiz, N. Vega Dombidau, B. Barragán Pérez, J. Corral Peñafiel.

Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) comprenden un grupo muy heterogéneo de difícil diagnóstico.

Dentro de éstas, la FPI (fibrosis pulmonar idiopática) es la más frecuente y la que se asocia a peor pronóstico y peor calidad de vida. Las EPID no FPI presentan mejor pronóstico hasta que evolucionan a fases fibróticas, cumpliendo criterios de FPP (fibrosis pulmonar progresiva) igualándose en gravedad a la FPI. Actualmente disponemos de dos tratamientos antifibróticos: pirfenidona y nintedanib.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de cohorte de pacientes (p.) de la consulta monográfica de EPID en tratamiento con antifibróticos entre enero y junio de 2022. Se recogieron variables clínico-epidemiológicas, diagnósticas y de tratamiento, cuyos resultados se almacenaron en una base de datos. El estudio estadístico fue realizado con el programa informático IBM SPSS versión 23.

Resultados: Se incluyeron 83 p. con diagnósticos de EPID fibrosantes (56 hombres y 27 mujeres) cuya edad media fue 73 años. La FPI fue la entidad más frecuente con un 58% de p. - La exposición a tabaquismo estaba presente en 57 p, la mayoría en el grupo de hombres, donde el 80% eran exfumadores, presentando éstos en su mayoría patrón NIU al diagnóstico. - Dentro de las FPP, el diagnóstico más frecuente con un 33%, fue la artritis reumatoide con patrón NIU al inicio.

- En cuanto a función pulmonar, observamos que tanto la DLCO como la FVC cayeron al año de seguimiento >10 y 5% respectivamente en los pacientes con FPI (cayeron ambas) y FPP (cayó sobre todo la DLCO) siendo estos criterios de progresión para inicio de tratamiento antifibrótico.

- 34 de los pacientes fueron tratados con nintedanib (37% FPI y 59% FPP) y 39 con pirfenidona (57% FPI y 25% FPP).

En el 15% de éstos, se hicieron cambios de un antifibrótico a otro por la aparición de efectos secundarios mayoritariamente. No se encontró relación de la mortalidad con el tipo de tratamiento antifibrótico utilizado.

Conclusiones:

- La entidad clínica mayoritaria tratada con antifibróticos en nuestra área es la FPI.
- El diagnóstico más frecuente dentro de las FPP fue la artritis reumatoide con patrón fibrosante NIU al inicio.
- El tratamiento antifibrótico con pirfenidona es el más utilizado aunque el aumento de FPP está suponiendo que cada vez se utilice más el nintedanib.
- El motivo más frecuente de cambio de antifibrótico fue la aparición de efectos secundarios

¿CÓMO HA CAMBIADO LA MORTALIDAD POR FPI EN ANDALUCÍA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS?

L. Álvarez Muro, L. Casares Martín-Moreno, A. Jiménez Antón, C. Hoyas Sánchez, A. Almansa López, A. Romero Linares, A. Hammadi Ahmed, A. Menéndez Lobo, A.D. Romero Ortiz, B. Alcázar Navarrete (2)

(1) UGC de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) UGC de Neumología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada.

Introducción: Aunque la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una enfermedad infrecuente, según diversos estudios se estima que la incidencia podría haber aumentado. El objetivo de este estudio es conocer cómo han cambiado las tasas de mortalidad por FPI tanto en hombres como en mujeres en el territorio andaluz en los últimos 20 años, así como plantear una comparación con la tendencia nacional en el mismo período.

Metodología: Consultando el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad de España obtuvimos las tasas de mortalidad ajustadas por edad/100.000 habitantes por FPI para hombres y mujeres de España y Andalucía para los años 1999 a 2021. Para ello utilizamos la codificación de la CIE 10 para otras enfermedades intersticiales (capítulo 10, sección J84).

En el análisis estadístico empleamos la regresión de joinpoint con el objetivo de estimar un porcentaje anual de cambio (APC) y puntos de cambio en la tendencia. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Durante el período de estudio, las tasas de mortalidad global por FPI en España pasaron de 3,73 muertes/100.000 habitantes en el año 1999 a 4,92 en 2021, y de 3,61 muertes/100.000 habitantes a 5,10 en Andalucía.

Analizando los resultados por sexos, tanto en varones como en mujeres, se pueden observar dos períodos diferentes de tendencias, paralelas en España y Andalucía, un primero con un ascenso y un segundo con un descenso ([Figura 1](#) y [figura 2](#)).

Conclusiones: Las tasas de mortalidad por FPI han cambiado en Andalucía en los últimos veinte años, tanto en hombres como en mujeres, con dos períodos de tendencias, un primer período ascendente y un segundo descendente, de forma paralela a como lo ha hecho en España.

ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTE DE NUESTRA UNIDAD ESPECÍFICA DE TABAQUISMO (UET)

F.R. Guzmán Ruiz, R. Rodríguez Villamor, N. Vega Dombidau, M. Cebrián Romero, M. Sanz Flores, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres..

Introducción: El cumplimiento y la adherencia al tratamiento del tabaquismo son factores asociados a la eficacia de sus intervenciones terapéuticas. El objetivo de nuestro estudio fue valorar el cumplimiento del protocolo de seguimiento de consultas de nuestra unidad y valorar posibles factores asociados al mismo.

Metodología: El protocolo asistencial de nuestra unidad de tabaquismo (UET) comprende una visita basal presencial y un mínimo de seguimiento de consultas telefónicas hasta completar un total de ocho visitas. Realizamos un estudio retrospectivo a partir de los pacientes incluidos en nuestro protocolo en un periodo mínimo de un año. Consideramos mal cumplidor aquel fumador que no ha llegado a alcanzar las cuatro visitas de seguimiento. Se realiza estudio de estos pacientes según variables clínico-epidemiológicas y terapéuticas. Los resultados se almacenan en una base de datos y se realiza estudio estadístico comparativo entre cumplidor y no cumplidor mediante el programa informático SPSS versión 25.

Resultados: Tal y como se refleja en la [tabla 1](#), del total de 145 fumadores en incluidos en nuestro estudio, 104 (72%) son cumplidores, con una edad media de 55 años y una mínima predominancia de varones. Entre los cumplidores, el consumo medio de tabaco es de 21 c/d y presentan una historia de consumo con un IPA de 35.

En el último año, periodo de seguimiento al que pertenecen los pacientes de esta base de datos, el tratamiento más ampliamente utilizado es la citisina (68%). La mayoría (76%) ha intentado previamente dejar de fumar. Como datos diferenciales destaca: a) un menor número de pacientes (39%) con intentos previos en el grupo no cumplidor b) un mayor % de cumplimiento en el grupo tratado con citisina c) no se observan diferencias en el perfil de cumplimiento en los p. que reciben otros tratamientos (bupropion, TSN o conductual).

Conclusiones:

1. En nuestra UET, casi 3 de 4 pacientes que acuden a la consulta se consideran buenos cumplidores del tratamiento.

2. El perfil de nuestro p. cumplidor corresponde a un sujeto de 55 años (con mínimo predominio de varones), una intensidad de consumo (diario e histórico) elevada, que ha realizado intentos previos de abandono y utiliza tratamiento con citisina en su intento actual de abandono.

3. No hay diferencias significativas entre el cumplidor/no cumplidor excepto en un mayor número de intentos previos de abandono en el cumplidor.

ANÁLISIS DE RECAÍDAS EN USUARIOS DE NUESTRA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

N. Vega Dombidau, M. Sanz Flores, A.P Arenas Polo, F.R. Guzmán Ruiz, M. Cebrián Romero, J.A. Riesco Miranda.

Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad recurrente, adictiva y crónica. La recaída forma parte del proceso de abandono del tabaquismo por parte del fumador, de esta manera, el conocimiento de estas (causas y abordaje) es necesario para que los intentos de abandono sean más efectivos. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia de la recaída, así como posibles factores asociados a estas en los pacientes (p.) que se incluyen en nuestro protocolo asistencial de tratamiento de tabaquismo.

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo de los p. incluidos en nuestro protocolo asistencial de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en una UET. Estudiamos a los p. que refieren recaída en dos fases claramente diferenciadas: durante el tratamiento y tras finalización del correspondiente periodo de tratamiento prescrito en una primera visita basal presencial. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de estos pacientes. Los datos obtenidos se almacenan en una base y se realiza el correspondiente estudio estadístico mediante programa informático SPSS versión 23.

Resultados: Del total de los p. incluidos en nuestro estudio el 32% (47 pacientes) recayó durante la fase de tratamiento y un 24% (35 p.) presentó recaída en la fase de seguimiento post tratamiento. No existen diferencias en las recaídas que presentaron según sexo, grado de motivación ni autoeficacia en cualquiera de las dos fases analizadas. La recompensa negativa se asoció con mayor frecuencia a la recaída en cualquiera de las dos fases estudiadas. La causa más frecuente de recaída en ambas fases fue el estrés referido, seguido por el sd de abstinencia y, en menor medida, social. Se observó una mayor predisposición a la recaída en los p. que tuvieron mayor alto grado de dependencia por la nicotina sin observar diferencias estadísticamente significativas.

En la [tabla 1](#) se recoge las comparaciones entre las diferentes variables estudiadas.

Conclusiones: Uno de cada tres p. que se incluyen en nuestro protocolo de seguimiento presenta algún tipo de recaída siendo ligeramente más frecuente durante la fase de tratamiento. La principal causa de recaída está relacionada con las manifestaciones del síndrome de abstinencia y situaciones de estrés. Existe una clara relación entre un mayor grado de dependencia por la nicotina y la probabilidad de presentar recaída. No existen diferencias en la influencia de la motivación y autoeficacia sobre la recaída en cualquiera de las fases analizadas en nuestro ámbito.

TUMOR NEUROENDOCRINO IMPLANTADO SOBRE UN SECUESTRO PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.M. González González, S. Monge Blanco, M.E. Solís Serván, M. Matute Núñez, D. Andrades Sardiña, A.I. Blanco Orozco.

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Presentamos un caso de un tumor neuroendocrino implantado en un secuestro pulmonar extralobar y revisamos la literatura existente.

Metodología: Describimos la presentación clínica, el proceso diagnóstico y terapéutico de una paciente. Discutimos el caso ayudándonos de una revisión narrativa sobre el secuestro pulmonar y tumores neuroendocrinos grado I implantados en parénquima pulmonar.

Resultados: Mujer de 32 años con dolor cervicotorácico de meses de evolución, cefaleas migrañosas y episodios de angioedema autolimitados. Es derivada al especialista por el hallazgo de una masa en la radiografía de tórax, donde se realiza un TAC, mostrando una masa de 6x5x5 cm en LID, con contornos lisos, dependiente vascularmente de pleura diafragmática.

En PET-TAC es metabólicamente positiva y la FBC es sin hallazgos. Ante la sospecha de tumor fibroso pleural se discute el caso en el comité de tumores y se realiza VATS derecha. Se convierte a toracotomía por ser la masa dependiente de pleura y de prolongarse hasta el hilio. Tras 4 días de postoperatorio sin complicaciones relevantes es dada de alta. En la anatomía patológica se evidencia un tumor neuroendocrino grado I paraganglioma-like que infiltra pleura visceral implantado sobre un secuestro pulmonar extralobar.

Conclusiones: El secuestro pulmonar es la existencia de parénquima pulmonar displásico sin comunicación con el árbol traqueobronquial y vascularización sistémica.

Es una entidad poco frecuente, menos de un 6% de las malformaciones congénitas del pulmón, y puede ser de dos tipos, intra o extralobar. La evidencia disponible en adultos es limitada, sobretudo basada en series de casos. La mayoría son asintomáticos, y de dar clínica ésta suele ser tos o neumonías recurrentes. Su diagnóstico suele ser a partir del hallazgo incidental en una radiografía de tórax, confirmándose por la existencia de vascularización anómala en una angiografía o TAC/Angio-TAC, siendo necesaria la exclusión de otras etiologías. El tratamiento suele ser la cirugía, existiendo otras opciones como la embolización. Los tumores neuroendocrinos también son poco frecuentes, no hallándose en la literatura revisada casos en los que se haya implantado en un secuestro extralobar. Al igual que los tumores carcinoides pulmonares, tuvo expresión de cromogranina A y sinaptofisina. La opción terapéutica de elección también es la cirugía.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

CIRUGÍA TORÁCICA PALIATIVA: ESTABILIZACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA POR METÁSTASIS DE CÁNCER COLORRECTAL

A.M. Fernández González, B. Cantador Huertos, P. Childers Canduela, E. Ruiz López, F.J. González García, A. Álvarez Kindelán.

UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los tumores de la pared torácica representan entre el 2-5% de todos los tumores torácicos. La mayoría son secundarios y provienen de metástasis e invasión de tumores malignos adyacentes.

La reconstrucción de la pared torácica supone un desafío técnico para los cirujanos torácicos y es un factor crítico que determina el resultado postoperatorio.

El tratamiento curativo de estas neoplasias es la resección quirúrgica, sin embargo, en pocas ocasiones se considera la cirugía torácica como una opción terapéutica paliativa.

Metodología: Presentamos el caso de una resección de pared torácica como tratamiento quirúrgico paliativo en paciente diagnosticada de adenocarcinoma colorrectal metastásico con progresión pulmonar y de pared torácica.

Derivada desde oncología médica por dolor invalidante, secundario a lesión ulcerada en región submamaria izquierda con cambios radio-necróticos e infecciosos, que retrae e indura la piel. El TC de tórax confirma masa de 10X8cm parcialmente calcificada y nódulos pulmonares.

Resultados: El abordaje quirúrgico se realizó por toracotomía anterolateral izquierda. Se identificó tumoración de grandes dimensiones que protruía y necrosaba piel. Infiltraba musculatura y arcos costales. Resección en bloque de tumoración incluyendo los arcos costales 3º,4º,5º y tejido mediastínico adherido a la masa. Resección en bloque de piel, músculo serrato anterior, escalenos, parte del dorsal ancho y tejido mamario. Finalmente, estabilización y reconstrucción de pared torácica con sistema de osteosíntesis costal consistente en tres barras de titanio ancladas con tornillos autoperforantes. Cobertura del defecto parietal con malla de prolene anclada a parrilla costal y colgajo miocutáneo de dorsal ancho. Postoperatorio sin complicaciones a nivel quirúrgico hasta la fecha actual. Se decide, en consenso con la paciente y oncología, derivación a cuidados paliativos y alta domiciliaria.

Conclusiones: La reparación quirúrgica de la pared torácica es una opción segura en pacientes con afectación grave de salud secundaria a su enfermedad oncológica terminal. Nuestra experiencia demuestra como la cirugía torácica puede tener un papel fundamental en el tratamiento oncológico paliativo. Las técnicas quirúrgicas de reconstrucción de pared torácica precisan de un abordaje multidisciplinar y planificación preoperatoria detallada para conseguir una paliación de la morbilidad asociada al tumor y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ofreciendo resultados óptimos a nivel quirúrgico, funcional e infeccioso.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

SEGUNDAS RESECCIONES ANATÓMICAS POR SEGUNDO PRIMITIVO EN PACIENTES CON RESECCIÓN ANATÓMICA PREVIA. ¿CONOCEMOS EL RIESGO DE

C. Ortega Rey, C. Gallego González, M. Gil López, S. García Barajas.

Cirugía Torácica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: El riesgo de un segundo primario pulmonar en pacientes sometidos previamente a una resección por cáncer de pulmón es aproximadamente de 1%-7% pacientes-año. Su diagnóstico ha aumentado en los últimos años como consecuencia del seguimiento y el avance en las técnicas de imagen, los programas de cribado y al aumento de la supervivencia. La resección pulmonar anatómica se considera el tratamiento de elección en estadios iniciales tanto en tumores sincrónicos como metacrónicos. Se desconoce cuál es el riesgo de complicaciones postoperatorias asociado a estos procedimientos. El objetivo de este estudio es determinar este riesgo.

Metodología: Estudio observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó el seguimiento de 12 pacientes sometidos a una segunda resección pulmonar por un segundo primitivo pulmonar tras una resección pulmonar previa entre 2010-2023. La principal variable a estudio fue la presencia o no de complicaciones a los 30 días de la segunda cirugía y la mortalidad a 5 años.

Resultados: Se analizaron los registros de un total de 12 pacientes sometidos a una segunda resección anatómica. La mediana de intervalo entre la primera y segunda intervención fue de 55,8 meses (rango: 5 - 117 meses). El 66,7% de las resecciones fueron contralaterales. El 50% de los pacientes fueron sometidos a lobectomías, el 25% neumonectomías, el 16,7% resecciones atípicas y el 8,3% segmentectomías. La prevalencia de complicaciones tras la segunda intervención fue del 33% (4/12). Las complicaciones presentadas fueron: fístula broncopleurales, fibrilación auricular paroxística, anemia, infección respiratoria y paresia recurrente. Sólo en un paciente fue necesaria reintervención quirúrgica por fístula broncopleurales. La proporción de pacientes que presentó alguna complicación cuando el procedimiento fue ipsilateral fue del 50% (2/4) mientras que en los procedimientos contralaterales fue del 25% (2/8). La prevalencia de complicaciones tras completar la neumonectomía fue de 66,6% (2/3), mientras que en el resto de los pacientes sometidos a otro tipo de resección fue del 22,2% (2/9).

Conclusiones: Según los resultados, podemos concluir que es seguro realizar una segunda resección anatómica pulmonar en un segundo primitivo, con una tasa aceptable de morbilidad y nula tasa de mortalidad. Buena tasa de supervivencia a los 5 años. Sin embargo, las resecciones que impliquen completar la neumectomía se asocian con riesgo significativamente superior de complicaciones mayores postoperatorias.

GANGLIONEUROMA GIGANTE MEDIASTÍNICO POSTERIOR: EL PAPEL DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA

S. Monge Blanco, M.E. Solís Serván, M.M. Matute Núñez, J.M. González González, R.M. Barroso Peñalver, A.I. Blanco Orozco.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los ganglioneuromas son tumores raros del sistema nervioso periférico derivados de la cresta neural. La mayoría son retroperitoneales, se presentan en la infancia o en adultos jóvenes y son asintomáticos, aunque algunos pueden cursar con hipertensión y ruborización.

Metodología: Mujer de 59 años derivada a consultas de Cirugía Torácica por tos seca y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. El TAC torácico objetiva una masa paravertebral izquierda en mediastino posterior sugestiva de un tumor neurogénico (Figura 1). Ante dichos hallazgos se decide llevar a cabo una intervención quirúrgica programada resectiva robótica asistida (tres puertos) con un fin diagnóstico-terapéutico. Se objetiva una gran tumoración sólida en mediastino posterior sobre la aorta descendente sin invasión de estructuras vecinas. Tras una disección circunferencial, se reseca la lesión con márgenes macroscópicos libres (Figura 2). Se extrae la lesión mediante bolsa protectora, siendo necesario ampliar uno de los puertos. La evolución postoperatoria fue favorable. La anatomía patológica de la lesión corresponde a una formación nodular pseudoencapsulada de 225g y 10x8x5 cm constituida por una masa mixoide blanda fasciculada con otras áreas hemorrágicas, siendo concordante con un ganglioneuroma de 10 cm.

Resultados: Los tumores neurogénicos (schwanoma, ganglioneuroma y neuroblastoma) constituyen el 80% de los tumores del mediastino posterior.

En adultos, la mayoría dependen de la vaina nerviosa y son asintomáticos hasta que alcanzan un tamaño significativo. El 40% de los ganglioneuromas se localizan en el mediastino posterior.

Los de mayor tamaño pueden cursar con síntomas compresivos y, si producen catecolaminas, rubor e hipertensión. La resonancia magnética puede ser útil en casos de sospecha de invasión medular o esofágica. El tratamiento es la exéresis quirúrgica, siendo la vía de abordaje más frecuente la toracotomía posterolateral. La cirugía toracoscópica puede ser útil en caso de tumores de menor tamaño o para permitir mayor precisión y visión en la disección y resección de la lesión. El seguimiento y la indicación de tratamiento adyuvante dependerá de las características anatomopatológicas del tumor.

Conclusiones: El diagnóstico y el tratamiento definitivos de los tumores gigantes del mediastino posterior es la resección quirúrgica. La vía de abordaje dependerá del origen y la localización. El tratamiento adyuvante y el seguimiento vendrán determinados por las características histopatológicas de la lesión.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

CONDROSARCOMA ESTERNAL: PRÓTESIS DINÁMICAS PERSONALIZADAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA

M.M. Matute Núñez, S. Monge Blanco, M.E. Solís Serván, J.M. González González, D. Andrades Sardiña, F.J. De La Cruz Lozano, A.I. Blanco Orozco.

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los tumores malignos de la pared torácica son infrecuentes; de ellos, el condrosarcoma es el más común. Su resistencia a quimio y radioterapia hace que la cirugía radical con márgenes libres sea la única opción de tratamiento curativo.

El reto terapéutico radica en los casos con grandes defectos tras la resección, en los que el uso de prótesis personalizadas adquiere relevancia. El objetivo es presentar un caso de condrosarcoma de esternón, su tratamiento y evolución postoperatoria.

Metodología: Paciente varón de 53 años, sin antecedentes relevantes, presentó una masa torácica bien definida en el tercio esternal distal. Era no dolorosa, de crecimiento lento y progresivo, de aspecto sólido, contornos lisos y medidas de 46x56x60 mm.

Los estudios diagnósticos incluyeron una ecografía que identificó un nódulo hiperecogénico heterogéneo y una tomografía (TAC) que describió una lesión mixta neoproliferativa. La biopsia aspirativa con aguja dio como resultado condrosarcoma mixoide extraesquelético. A partir del TAC diagnóstico, se procedió al diseño e impresión 3D de una prótesis dinámica de titanio a medida ([Figura 1](#)).

Resultados: Mediante una incisión preesternal en forma de "Y", desde el Yugulum hasta el espacio subxifoideo pasando por los espacios intercostales segundo derecho y tercero izquierdo, se llevó a cabo una esternectomía subtotal inferior y costectomía parcial desde C2-C6 en el lado derecho y desde C3-C6 en el izquierdo, incluyendo piel y partes blandas. Se dejó un margen libre de tumor de 6 cm según la guía de corte obtenida mediante la reconstrucción por TAC. La prótesis se fijó con cable trenzado de titanio y tornillos bloqueados. La reconstrucción de partes blandas se realizó con el apoyo de cirugía plástica mediante un colgajo anterolateral de vasto izquierdo, anastomosado al paquete vascular mamario derecho. El postoperatorio fue favorable y sin incidencias, con alta al duodécimo día. El TAC de control al cuarto mes no evidenció recidiva locoregional y el paciente se mantiene con un excelente estado y en seguimiento (Figura 2).

Conclusiones: El tratamiento óptimo para sarcomas de gran tamaño en el tórax implica una resección oncológica completa y la preservación de la forma, estructura, función y estética de la pared torácica. El uso de prótesis personalizadas facilita un cierre primario óptimo, mejorando la recuperación del paciente. La experiencia en cirugía de la pared torácica y la prótesis adecuada logran excelentes resultados, asegurando calidad de vida en el postoperatorio.

ESTUDIO QUIRÚRGICO DE MEDIASTINO TRAS REALIZACIÓN DE CRIO-EBUS EN NUESTRO CENTRO

A. Gañán Boscá, C. García Bautista, M. García Galindo, E. Salcedo Lobera (1) - Neumología, C. Giraldo Ospina, R. Arrabal Sánchez.

Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: El cáncer de pulmón es la mayor causa de muerte en el mundo. Un diagnóstico y estadificación precoces mejoran la supervivencia, siendo actualmente la punción-aspiración con aguja fina trans-bronquial guiada por ecografía endobronquial de elección.

En los últimos años la necesidad de una mayor cantidad de tejido para la caracterización molecular ha potenciado el desarrollo del crío-EBUS. Su implementación en nuestro centro ha supuesto una tendencia descendente de la mediastinoscopia. El objetivo es el estudio de los pacientes que tras estadificación mediastínica con crío-EBUS han sido derivados para mediastinoscopia y comparar los resultados histopatológicos entre ambos grupos, además de otros factores.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos de los pacientes derivados a cirugía torácica tras realización de crío-EBUS registrados en la base de datos de nuestro centro realizados desde abril de 2022 hasta octubre de 2023.

Resultados: Se realizaron 89 crío-EBUS de los cuales se obtuvo diagnóstico anatomopatológico en 70 (78,65%). Respecto a aquellos casos sin diagnóstico, 9 se derivaron a otros servicios, 5 obtuvieron diagnóstico con otras técnicas realizadas por neumología, en 4 se decide seguimiento o inicio de tratamiento y 1 pierde el seguimiento. Se derivaron 11 pacientes a cirugía torácica para mediastinoscopia diagnóstica (6 sin diagnóstico anatomopatológico en el crío-EBUS; 5 con diagnóstico). La edad media fue de 57,54 años, la mayoría hombres (72,72%). En ninguno de los 11 pacientes derivados a cirugía torácica concordaban los resultados anatomopatológicos del crío-EBUS con el juicio clínico esperado. En 4 de los crío-EBUS no se logró correcta muestra o la técnica fue inadecuada (36,36%). De los 7 restantes se observó discordancia anatomopatológica entre la mediastinoscopia y el crío-EBUS en 5 (45,45%) y concordancia en 2 (18,18%). No hubo complicaciones tras la mediastinoscopia, mientras que en 4 pacientes (36,36%) tras crío-EBUS se observaron complicaciones.

Conclusiones: Pese a las limitaciones de un estudio descriptivo de una serie de casos observamos que ante una discordancia entre la sospecha clínica y la anatomía patológica del crío-EBUS debe valorarse la realización de mediastinoscopia, quizás mediante comité multidisciplinario dada la gravedad de la patología. Consideramos necesaria la realización de estudios que aborden qué pacientes se beneficiarían de ser derivados, según sus características, a exploración quirúrgica del mediastino.

Figuras:

Figura 1: [Ver figura 1](#)

Figura 2: [Ver figura 2](#)

Abad Arranz, M.	18	Cabrera César, E.	32
Aguero Morales, M.L.	52	Cabrera Guerrero, J.	74
Aís Daza, A.	21, 22, 30, 36, 56, 99, 100	Cabrero Rodríguez, C.	58, 67
Aláez Gómez, M.	60	Cadenas de Llano Conde, M.J.	87
Alcázar Navarrete, B.	7, 34, 35, 42, 47, 102	Calderón Sandubete, E.	45, 48
Aldabó Pallás, T.	44	Calero Acuña, C.	19, 49, 62
Algar Algar, F.J.	63, 66	Callejón Leblic, M.B.	81
Almadana Pacheco, V.	30, 31, 40, 50, 98	Calvente Vera, N.	41, 91, 92
Almansa López, A.	7, 35, 42, 47, 102	Campello Sánchez, F.	13, 35, 82, 94
Álvarez Gutiérrez, F.J.	19, 22, 23	Campos Caro, A.	36, 53, 58
Álvarez Kindelan, A.	63, 104	Campos Rodríguez, F.	28
Álvarez Miranda, C.F.	13, 82	Cañón Barroso, L.	54
Álvarez Muro, L.	7, 35, 42, 47, 102	Cantador Huertos, B.	63, 66, 104
Álvarez Nápoles, A.	51	Carmona González, A.	21, 22, 30, 56, 99, 100
Amézcuca Sánchez, C.	30, 76, 78, 98	Carmona Soto, P.	84
Andrades Sardiña, D.	86, 104, 106	Carrasco Carrasco, C.M.	74
Arenas Polo, A.P.	54, 69, 75, 77, 102, 103	Carrasco Hernández, L.	18, 19, 20, 48, 49, 51
Arias Alcalá, J.	52	Carrera Cueva, C.	11, 12, 45, 48, 62
Arnedillo Muñoz, A.	21, 22, 30, 56, 97, 99, 100	Carrera Rivero, C.	65, 68, 84
Arrabal Sánchez, R.	64, 65, 86, 87, 107	Casado Alacón, N.I.	53
Arroyo Valera, M.	9	Casares Martín-Moreno, L.	7, 35, 42, 102
Asensio Monteagudo, L.	8, 24, 30, 41, 57, 96, 98	Casas Maldonado, F.	41
Asensio Cruz, M.I.	11	Cases Viedma, E.	93
Asuero Llanes, A.	13, 16, 18, 55, 56	Cassini Gómez de Cádiz, L.	41
Ayerbe García, R.	50	Cassini Gómez de Serna, L.F.	92
Aznar Fernández, M.	19	Castañar Jóver, A.	16, 42, 78, 91
Badillo Melgar, A.G.	21, 79, 80, 97	Castrillo Álvarez, A.	58
Baena Bustos, M.	31, 50	Cebrián Romero, M.	54, 69, 75, 102, 103
Baez Peinado, P.	11	Cejudo Ramos, P.	38
Baeza Ruiz, A.	7	Cerezo Madueño, F.	63
Barba Gyengo, N.	20	Chacón Cádiz, D.	74
Barca Hernando, M.	44, 45, 46, 47	Childers Canduela, P.V.	63, 66, 104
Barea Jiménez, C.	31, 68	Ciampi Dopazo, J.J.	47
Barragán Pérez, B.	32, 34, 54, 102	Cintora Mairal, C.	19
Barragán Reyes, P.	41, 92	Cobos Ceballos, M.J.	52, 87
Barroso Peñalver, R.M.	88, 106	Colinas Miranda, O.	62
Batres Erazo, C.P.	32, 34	Condorelli Condorelli, E.	51
Belda Rustarazo, S.	41	Córcoles Valenciano, M.J.	52, 53, 83
Benítez Moya, J.M.	12	Corral Peñafiel, J.	54, 102
Benito Bernáldez, C.	41	Cózar Bernal, F.	84
Bernal Basurto, L. R.	40	Cruz Rueda, J.J.	20, 57, 90, 94
Blanco Orozco, A.I.	64, 85, 88, 104, 106	De Andrés David, R.	22, 30, 56, 58, 99, 100
Bravo Gutiérrez, F.J.	94	De la Cohorte Chain, G.	60, 81
Brown Arreola, A.B.	45, 48	De Benito Zorrero, E.	11, 12
Buchelli Ramírez, H.L.	25, 79	De Dios Calama, C.	69
Burgos Pimentel, A.M.	79, 80	De La Cruz Lozano, F.J.	88, 106
Caballero Eraso, C.	11, 12, 45, 48, 62	Del Castillo Otero, D.	8, 21, 24, 96, 97
Caballero Velázquez, A.	7	Del Pozo Rivas, R.	26, 44, 100, 101
Cabello Jabalquinto, M.R.	13, 35, 82, 94	Delgado Pecellín, C.	51
Cabello Palma, A.	15	Delgado Pecellín, I.	18, 19, 20, 48, 51
Cabeza Serrano, A.	8, 21, 24, 57, 84, 96	Delgado Torralbo, J. A.	29, 81, 82



Díaz Chantar, F.	44, 100, 101	García Gómez, F.	88
Díaz López, J.M.	20	García Guillo, I.M.	72
Díaz Pérez, V.	75	García Jiménez, D.	8
Díez Piña, J.M.	39, 75	García Lovera, P.	40, 67, 95
Díez Sierra, J.	22, 23, 29, 68, 81, 82	García Morales, S.	6, 21, 22, 68, 71
Domínguez Blasco, M.	37, 38	García Mullor, M.M.	9, 10
Domínguez Caro, J.	69, 70, 93, 100	García Núñez, A.	36, 58
Domínguez Gómez, M.	14, 33, 83, 87	García Tamayo, P. F.	48, 74
Doña Díaz, E.	73	García Torres, P.	13, 82
Donoso Correa, Z.F.	32, 34	Garrido Romero, J.J.	72
Dorta Domínguez, S.	7	Gil López, M.	105
Durán Cueto, J.A.	32, 34	Gil Muñoz, F.L.	8, 24, 57
Echerei Fhafah, Z.	58	Giraldo Ospina, C.	86, 87, 107
Eiroa González, L.E.	7	Girón Fernández, M.V.	15
Elías Hernández, T.	47	Gómez de Terreros Sánchez, F.J.	13
Espejo Romero, I.	71	Gómez Ortiz, A.M.	18, 19, 20, 51
Espinoza Solano, M.	11	Gómez Parra, B.O.	32, 34
Expósito Marrero, A.	7	Gómez Rodríguez, B.	29
Expósito Tapia, J.A.	72	Gómez Vizcaino, M.T.	42, 67
Fajardo López, M.	52, 53, 83	Gómez-Bastero Fernández, A.	68
Fernández Aguirre, M.C.	89, 90	González Fernández, J.	65
Fernández Capitán, C.	47	González Florido, N.	5
Fernández González, A. M.	63, 66, 104	González Galán, V.	19
Fernández Granja, M.	25, 36, 79	González García, F.J.	104
Fernández Mula, L.	25, 36, 79	González González, J.M.	64, 85, 88, 104, 106
Ferrer Galván, M.	19, 22, 23, 49	González Gutiérrez, S.	26, 69, 71
Figueriña López, R.	17, 56	González Hernández, A.	69, 70, 71, 93, 100, 101
Figuerola Esteban, M.	73	González Mendoza, G.J.	8, 24, 57, 96
Fole Vázquez, D.	9, 10, 20, 25, 57, 90, 94	González Montelongo, R.	62
Fontoba Díaz, J.	73	González Najarro, E.	14
Franco Campos, M.A.	53, 83	González Pérez, C.	28
Fulgencio Delgado, A.	16, 17, 18, 55, 56	González Quero, B.	34
Galán Ledesma, L.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78, 91	González Vicente, M.L.	14, 83
Gallardo Medina, M.	92	Gracia Hernández, B.A.	69, 70, 71, 93, 100, 101
Gallego Borrego, J.	39, 89	Guerrero Zamora, P.	38, 99
Gallego González, C.	105	Guillamón Sánchez, M.	35, 94
Gallego Gutiérrez, V.	17, 56	Gutiérrez Castaño, P.	15
Gámez Baeza, P.	91	Gutiérrez Hernández, S.	22, 30, 53, 99, 100
Gámiz Molina, A.B.	91	Gutiérrez Lara, J.A.	15, 43, 78, 91
Gañán Boscá, A.	64, 65, 86, 87, 107	Guzmán Ruiz, F.R.	77, 102, 103
García Alonso, G.	11	Hammadi Ahmed, A.	7, 34, 35, 42, 47, 50, 102
García Barajas, S.	105	Hernández Borge, J.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78, 91
García Barrera, T.	60	Hernández Gómez, S.	34, 43, 48, 54, 91
García Bautista, C.	64, 65, 86, 87, 107	Hernández Gutiérrez, S.	56
García Colmenero, S.	4, 59	Hernández Martínez, A.	38, 99
García de Vinuesa Calvo, G.	72	Hernández Olivo, M.	35, 82, 94
García Díaz, E.	11	Hernández Romero, I.	69
García Flores, P.I.	47	Herrero González, B.	79, 80
García Galindo, M.	86, 87, 107	Hidalgo Molina, A.	36, 53, 58
García García, M.	5	Hilares Vera, J.	26, 27, 28, 70
García García, V.	44, 45, 46	Hoyas Sánchez, C.	7, 35, 42, 47, 102



Hurtado Gañán, M.G.	31, 38, 68, 69	Martín de León, R.	14, 83
Ibáñez Melendez, R.	94	Martín Juan, J.	60
Iglesias López, A.	44	Martínez Cámara, D.	95
Ignacio Expósito, M.M.	8, 30, 31, 38, 41, 76, 78, 98, 99	Martínez Garcerán, J.J.	35
Inglés Azorín, M.	93	Martínez Mesa, A.	51
Íñigo Naranjo, P.	15, 54, 91	Martínez Molina, J.	4, 15, 59, 74
Izaga Torralba, E.	44	Martínez Orenes, E.	25, 36, 79
Jaimes Castaño, M.A.	11	Martínez Rodríguez, D.M.	4, 97
Jara Palomares, L.	12, 44, 45, 46, 47	Martos Maldonado, M.	20, 25, 57, 90, 94
Jiménez Antón, A.	7, 35, 42, 47, 102	Mascarell Roda, T.	89
Jimenez Castro, D.	47	Mata López, M.C.	40, 95
Jiménez Gómez, G.	36, 53, 58	Matallana Encinas, N.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78, 91
Jiménez Merchán, R.	65, 84	Mateos Caballero, L.	78
Jiménez Roche, S.F.	39, 96	Matute Núñez, M.M.	64, 85, 88, 104, 106
Jimenez Romero, A.A.	13, 35, 82, 94	Maza Ortega, C.	24, 57
Jiménez Siles, L.	15	Meca Birlanga, O.	13, 35, 82, 94
Jurado García, A.	33	Medina Gallardo, J.F.	19, 22, 23
Jurkojc Mohremberger, C.	50	Medrano Ortega, F.	45, 48
Lacarcel Bautista, C.	40, 67, 95	Mejía Romero, J.M.	14, 83
Lancha Domínguez, J.	60, 61, 81, 93	Mendoza Barrios, A.M.	41, 58, 92
Lázaro Sierra, J.	34	Mendoza Zambrano, E.M.	45, 47, 48
León Jiménez, A.	36, 53, 58	Menéndez Lobo, A.	7, 34, 35, 42, 47, 102
León Lloreda, A.	22, 23	Mengibar Vallejo, P.	50
Lepe Jiménez, J.A.	19	Mira Padilla, E.	87
Lesaga López, E.	14, 33, 83, 87, 93	Monge Blanco, S.	64, 85, 88, 104, 106
Lobato de la Sierra, M.P.	8, 24, 57, 97	Mongil Poce, R.	64
López Barneo, J.	62	Montero Sanz, P.	13, 39, 75, 89
López Bauzá, A.	37, 38	Morales González, M.	21, 79, 80, 97
López Cano, R.	65, 84	Morante Espada, R.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78, 91
López García, J.	32	Morcillo Díaz, S.	11
López León, A.	20, 25, 57, 90, 94	Moreira Lorenzo, N.	63
López Martínez, J.	25, 36, 79	Moreno Merino, S.	65
López Pardo, A.	57, 90	Moreno Varela, M.J.	20
López Porras, M.	84	Muñoz Corroto, C.	14, 32, 52, 83
López Ramírez, C.	12, 37, 38	Muñoz Lajara, A.	52, 53, 83
López Reyes, R.	47	Muñoz Martínez, C.M.	36
López Rodríguez, J.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78, 91	Muñoz Ramírez, I.	16, 17, 18, 55
López Rus, S.	44, 45, 46	Muñoz Sánchez, B.	22, 23
López Villalobos, J.L.	64, 85, 88	Muñoz Zara, P.	6
López-Campos Bodineau, J.L.	48	Nacarino Mejías, V.	44
Lozano Vicente, D.	13, 82, 94	Navarro Muñoz, F.	14, 33, 83, 87
Macías López, A.	28	Navas Bueno, B.M.	25
Marín Andreu, A.	79	Nuñez Ollero, M.D.	49, 74
Marín Espín, C.	52, 53, 83	Olveira Fuster, C.	15
Marín Hinojosa, C.	48	Ollero Ortiz, J.	16
Marín Romero, S.	12	Olmedo Rivas, C.	60
Márquez Alba, J.A.	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78	Ortega García, J.L.	44
Márquez Martín, E.	60	Ortega Rey, C.	105
Martín Almagro, A.M.	28	Ortega Saenz, P.	62
Martín Bote, S.	34, 35	Ortiz Bermúdez, A.	8, 24, 57
Martín Cabeza, C.	7	Otero Candellera, R.	45, 47, 48

Pacheco Carrillo, I.....	27, 28, 44	Romero Ortiz, A.D.....	102
Pachón Garrudo, V.M.....	20	Romero Romero, B.	60
Padilla Galo, A.	39,96	Romero Sayago, C.	69, 70, 71, 100, 101
Padrino Silva, I.	18, 55	Rosa Linares, C.	44, 45, 46
Padrón Fraysse, L.A.	60, 61, 81, 93	Ruano Carretero, M.A.....	4, 97
Pagés Navarrete, C.	64	Rubio Calvo, E.	91
Pajares Ruiz, V.	34	Rubio Moreno, M.	39, 96
Palma Otero, M.A.	20	Ruiz Carretero, M.E.	69, 72
Pardal Redondo, R.	62	Ruiz Castellano, M.	74
Párraga Fuentes, J.L.	63, 66	Ruiz Duque, B.	16, 17, 18, 55, 56
Pascual Martínez, N.	14, 83	Ruiz López, F.J.....	25, 79
Peña Franco, J.	8, 50	Ruiz Martínez, S.Y.	25, 36, 79
Pereira Solís, R.	69	Ruiz Rodríguez, O.	74
Pereira Vega, A.	60, 61, 69, 81	Ruiz-Serrano de la Espalda, M.R.....	74
Perera Louvier, R.	8, 76, 78	Saavedra Villafruela, A.....	83
Pérez Chica, G.....	40, 67	Sabariego Arenas, I.	65, 84
Pérez Fernández, A.M.	72	Salcedo Lobera, E.....	4, 5, 59, 97, 107
Pérez Grimaldi, F.....	21, 22, 68, 71	Salvatierra Velázquez, A.....	63
Pérez Morales, M.	39, 96	San José Estepar, R.	42
Pérez Negrín, L.M.....	7	Sánchez Álvarez, E.	32
Pimentel Viseau, S.	8, 24, 57	Sánchez Álvarez, J.M.	9, 10, 20, 25, 57, 90, 94
Piñel Rodríguez, L.....	29	Sánchez Benítez, M.....	8, 57
Piñero Fernández, M.L.	53	Sánchez Bommatty, M.....	96
Portillo Gutiérrez, Y.Y.	58, 67, 95	Sánchez Calle, E.....	15, 16, 42, 43, 54, 67, 78
Puchaes Manchón, C.	70, 71	Sánchez López, V.....	45, 48
Quesada Quesada, A.	9, 10	Sánchez Martín, S.	29, 89, 90
Quintana Gallego, E.	18, 19, 20, 48, 49, 51	Sánchez Nieto, J.M.....	52, 53, 83
Ramón Gallardo, B.....	9	Santa Cruz Siminiani, A.	13, 35, 82
Ramos Hernández, C.	34	Santos Martínez, J.	91
Reina González, A.C.	12, 13	Sanz Cabrera, A.....	15, 16, 43, 67, 78
Reinoso Arija, R.	20, 48, 49	Sanz Flores, M.	54, 69, 75, 77, 103
Requejo Jiménez, A.....	14, 83	Segura Romero, M.M.....	32, 89, 90
Reyes Nuñez, N.....	39, 75, 89	Seijo Maceiras, L.....	61
Riesco Miranda, J.A.	32, 34, 69, 75, 77, 103	Serradilla Sánchez, M.....	72
Rivera Gómez, S.	6, 68, 71	Serrano Criado, M.	64, 65, 86
Rodelo Haad, C.....	52	Sobrino García, V.....	62
Rodríguez Blanco, I.....	16, 42, 67, 91	Sojo González, M.A.....	69
Rodríguez Cabrera, A.	27, 28, 71, 101	Solana Martínez, E.....	25, 36, 79
Rodríguez Gómez, A.B.	26	Solís Serván, M.E.....	64, 85, 88, 104, 106
Rodríguez Medina, J.....	11	Soto Campos, G.	6, 21, 22, 68, 71, 74, 97
Rodríguez Portal, J.A.....	37, 38	Toral Marín, J.I.	11
Rodríguez Rubio Corona, J.	53	Torres Bermúdez, J.R.....	62
Rodríguez Villamor, R.	54, 75, 77, 103	Torres Luque, C.....	9
Rojas Villegas, J.....	74	Trias Sabria, P.....	7
Román García, P.	44	Triviño Ramírez, A.....	65, 84
Román Rodríguez, L.	18, 19	Utrero Rico, M.....	68, 71
Romero Espejo, I.	6, 68, 74	Valdivia Salas, M.M.....	35
Romero Falcón, M.A.	22, 23	Valencia Azcona, B.....	39, 96
Romero Linares, A.....	7, 34, 35, 452, 47, 102	Valerdiz Menéndez, N.....	60
Romero López, J.	26, 27, 28, 60, 61, 81	Válido Morales, A.....	76, 78
Romero Muñoz, C.....	12, 29, 81, 82	Vallejo Vaz, A.....	45, 48



Vaquero Barrios, J.	52, 87
Vargas Puerto, A.	8, 24, 57, 96
Vázquez Domínguez, J.	13, 28, 39, 75, 89
Vega Dombidau, N.	75, 77, 102, 103
Vega Lizarazo, D.E.	32
Velasco Alcázar, M.C.	13, 35, 82, 94
Velasco Garrido, J.L.	32
Velasco Jiménez, J.L.	29
Vélez Menis, E.	60, 61, 81
Vera Pila, A.	13, 28, 39, 75, 89
Vera Sánchez, M.C.	89, 90
Vilaplana Vicedo, J.	72
Villagómez Cerrato, R.	72
Villalba Moral, C.	33
Yanlli Bonduki, M.C.	79, 80
Zambonino Carreiras, M.A.	74
Zúñiga Sánchez, L.G.	65, 86