

REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA TORÁCICA

Edición española

ISSN: 1889-7347



Publicado por Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Volumen 37. Número 1. Año 2025

Comunicaciones

**51º Congreso de la Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur
(NEUMOSUR)**

Jerez de la Frontera, 27 al 29 de marzo de 2025

Director de la Revista

Eduardo Márquez Martín (Sevilla-España)

Editor Jefe

Luis Jara Palomares (Sevilla-España)

Editores Asociados

Bernardino Alcázar Navarrete (Granada-España)
Antonio Anzueto (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)
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

Antonio Álvarez Kindelán
Aurelio Arnedillo Muñoz (Cádiz-España)
Ricardo Arrabal Sánchez (Málaga-España)
Rut Ayerbe García (Huelva-España)
Candelaria Caballero Eraso (Sevilla-España)
José Calvo Bonachera (Almería-España)
Adolfo Domenech del Río (Málaga-España)
Dionisio Espinosa Jiménez (Cádiz-España)
Bernabé Jurado Gámez (Córdoba-España)
Gerardo Pérez Chica (Jaén-España)

Consejo Editorial

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)
Carmen Calero Acuña (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)
Jaime Corral Peñafiel (Cáceres-España)
Daniel del Castillo Otero (Cádiz-España)
Roberto del Pozo Rivas (Huelva-España)
Carlos Disdier Vicente (Cáceres-España)
David Fóle Vázquez (Almería-España)
Teresa Elías Hernández (Sevilla-España)
Víctor M. Encinas Tobajas (Sevilla-España)
Luis Manuel Entrenas Costa (Córdoba-España)
José Fernández Guerra (Málaga-España)
German García de Vinuesa Calvo (Mérida-España)
Cayo J. García Polo (Cádiz-España)
Marcos García Rueda (Málaga-España)
Arturo Gómez González (México)
Lourdes Gómez Izquierdo (Sevilla-España)
Jacinto Hernández Borge (Badajoz-España)
Fernando Hernández Utrera (Huelva-España)
Juan Fco. Medina Gallardo (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)
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)
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

Secretaría General: Esther de Benito Zorrero

Tesorero: José Domingo García Jiménez

Vocal por Cirugía de Tórax: Carlos Fernando Giraldo Ospina

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: Javier Romero López

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 2025 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

Sumario:

04 Comunicaciones Orales y a Posters.



Volumen 37
Número 1
marzo, 2025

COMUNICACIONES

ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA SEGÚN VALORACIÓN Y CLASIFICACIÓN FUNCIONAL ESPIROMÉTRICA

Z.F. Donoso Correa (1), C.P. Batres Erazo (1), R. Rodríguez Villamor (1), F.D. Guzmán Ruiz (1), J.F. Sánchez Saquicela (2), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, (2) Servicio de Geriátrica, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La espirometría se ha consolidado como una herramienta clave para el diagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). No obstante, la interpretación de sus resultados puede variar dependiendo de los criterios utilizados. Los principales enfoques diagnósticos incluyen: 1) el criterio del cociente fijo ($FEV_1/FVC < 0,70$), propuesto por la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), y 2) el criterio basado en el límite inferior de la normalidad (LIN), calculado mediante las ecuaciones de referencia GLI y ajustado por factores como edad, sexo, altura y etnia. Estas diferencias en los métodos pueden tener un impacto significativo en el diagnóstico, particularmente en pacientes jóvenes y ancianos, donde se suele infradiagnosticar o sobrediagnosticar la enfermedad respectivamente.

Objetivo: Evaluar cómo influye la aplicación de diferentes criterios espirométricos en el diagnóstico y la clasificación funcional de pacientes con sospecha de EPOC.

Metodología: Se estudian pacientes remitidos a nuestro Laboratorio Funcional Respiratorio por sospecha clínica de EPOC durante 1 mes. Se realizan espirometrías según protocolo habitual y se aplican criterios GLI comparándose con los resultados obtenidos según criterios previos (GOLD).

Los resultados se almacenan en una base de datos y se calcula variables cualitativas, frecuencias absolutas y relativas

Resultados: Se incluyen un total de 45 pacientes (p.) con criterios clínicos de EPOC, en la tabla adjunta se expresan los datos epidemiológicos (predominio de varones y edad media 72 a. Todos han estado expuesto a tabaquismo activo con predominio de exfumadores).

Con los criterios actuales GLI el 11% de nuestros p. no se diagnostica de EPOC y entre los diagnosticados casi el 30% presentarán importante discrepancia según severidad de la obstrucción (disminuye el número de p con criterio de mayor gravedad según GLI, aumentando hasta un 20% los pacientes clasificados con obstrucción

leve-moderada.

Conclusiones:

1.- Según nuestros resultados, la utilización de criterios GLI "infradiagnostica" a pacientes con criterios clínicos de sospecha de EPOC.

2.- En los p. diagnosticados de EPOC, al utilizar GLI se observa una reclasificación del nivel de severidad de la obstrucción con clara tendencia a la disminución de pacientes graves y aumento del número de EPOC leve-moderado.

3.- Las implicaciones pronósticas y terapéuticas derivadas del uso de diferentes criterios espirométricos deberían tenerse.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA EPOC EN MAYORES DE 60 AÑOS: GOLD VS ERS. ANÁLISIS POR SUBGRUPOS

R. Torres Gervilla (1), S. García Colmenero (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La *Global Initiative for Chronic Lung Disease* (GOLD) define la obstrucción al flujo aéreo como un cociente entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV_1) y la capacidad vital forzada (FVC) menor al 70%. En función del valor porcentual del FEV_1 clasifica la gravedad de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los diferentes puntos de corte empleados no consideran los cambios propios del envejecimiento y su repercusión en los volúmenes pulmonares.

La *European Respiratory Society* (ERS) y la *American Thoracic Society* (ATS) proponen definir la obstrucción al flujo aéreo y su gravedad en función del valor del percentil en el que se encuentre el FEV_1/FVC y el FEV_1 , respectivamente, en relación a una población sana de edad y sexo determinados, los Z-score.

Metodología: Hemos realizado un estudio descriptivo de 83 pacientes valorados en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias con 60 años o más con criterios de obstrucción según GOLD. Se han recogido datos generales así como espirométricos segregados en grupos de 10 años, como se refleja en la [tabla 1](#). Para analizar si existen diferencias en la evaluación de la EPOC y su

gravidad entre ambas escalas se ha empleado el test de Wilcoxon.

Resultados: En el grupo de 60 a 69 años no existen diferencias en la valoración de la gravedad cuando es leve o muy grave. De los que GOLD clasifica como moderados un 56% presentan menor gravedad según ERS/ATS. De los que GOLD clasifica como graves el 90% presentan menor gravedad según ERS/ATS.

En el grupo de 70 a 79 años no existen diferencias en la valoración de la gravedad cuando es leve o muy grave. De los que GOLD clasifica como moderados un 93% presentan menor gravedad según ERS/ATS. De los que GOLD clasifica como graves el 100% presentan menor gravedad según ERS/ATS.

En el grupo de mayores de 80 años no existen diferencias en la valoración de la gravedad cuando es leve. De los que GOLD clasifica como moderados un 92% presentan menor gravedad según ERS/ATS. De los que GOLD clasifica como graves el 100% presentan menor gravedad según ERS/ATS.

Estas diferencias son estadísticamente significativas (Test de Wilcoxon $p < 0,001$).

Conclusiones: Existen diferencias a la hora de clasificar la gravedad en los tres grupos de edad que se incrementan con la edad del paciente.

Se aprecia una tendencia a clasificar de manera más leve la obstrucción al flujo aéreo al usar los criterios de la ERS/ATS conforme se incrementa la edad especialmente en obstrucciones moderadas o graves según GOLD.

Figuras:

- **Figura 1:** [Ver figura 1](#)
- **Figura 2:** [Ver figura 2](#)

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA EPOC EN MAYORES DE 60 AÑOS: GOLD VS ERS

R. Torres Gervilla (1), S. García Colmenero (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La *Global Initiative for Chronic Lung Disease* (GOLD) define la obstrucción al flujo aéreo como un cociente entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y la capacidad vital forzada (FVC) menor al 70%. En función del valor porcentual del FEV1 clasifica la gravedad de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los diferentes puntos de corte empleados no consideran los cambios propios del envejecimiento y su repercusión en los volúmenes pulmonares.

En 2022 la *European Respiratory Society* (ERS) y la *American Thoracic Society* (ATS) proponen definir la obstrucción al flujo aéreo y su gravedad en función del valor del percentil en el que se encuentre el FEV1/FVC y el FEV1, respectivamente, en relación a una población sana de edad y sexo determinados, los Z-score.

Metodología: Hemos realizado un estudio descriptivo de 83 pacientes valorados en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias de nuestro servicio con 60 años o más con criterios espirométricos de obstrucción al flujo aéreo según GOLD. Se han recogido datos generales, así como espirométricos como se refleja en la imagen 1 con la finalidad de analizar si existen diferencias en la evaluación de la EPOC y su gravedad.

Resultados:

-Al emplear los criterios de la ERS/ATS 41 varones y 16 mujeres presentan una obstrucción al flujo aéreo frente a los de GOLD, un 32% y 31% menos respectivamente. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

-Al emplear los criterios de GOLD 9 pacientes son clasificados como leves, 46 moderados, 22 graves y 6 muy graves.

Al usar los criterios de la ERS/ATS 18 son muy leves, 27 leves, 31 moderados y 7 graves (Figura 2). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$) habiendo una tendencia a catalogar con un escalón más de gravedad al usar los criterios de GOLD.

Conclusiones: 1. El uso de unos valores fijos para definir la obstrucción al flujo aéreo tiende a un sobrediagnóstico en pacientes mayores de 60 años, tanto en varones como en mujeres. 2. Al usar el porcentaje de FEV1 para catalogar la gravedad de la EPOC de acuerdo a la clasificación de GOLD se tiende a sobreestimar la gravedad en al menos 1 categoría frente al uso de percentiles acorde a la ERS.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

PERFIL DE PACIENTES EPOC QUE RECHAZAN PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA

C. Amezcua Sánchez (1), M.G. Hurtado Gañán (1), T. Guerrero García (1), C. Sánchez Villar (1), R. Ayerbe García (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Introducción: TUCUVI es un programa implementado en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVIM) que combina la inteligencia artificial (IA) junto con evidencia clínica para automatizar las llamadas de seguimiento de pacientes agudizadores EPOC de una consulta monográfica.

Objetivo: comparar las características de los EPOC agudizadores que rechazan participar en un programa de revisiones telefónicas basado en IA y aquellos que lo aceptan.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal de una cohorte de pacientes EPOC agudizadores en una consulta monográfica, entre Enero de 2024 y Octubre de 2024. A todos los pacientes se les ha propuesto un seguimiento telefónico con una enfermera virtual que realiza llamadas periódicas para valorar la situación clínica y detectar de forma precoz agudizaciones. Se han analizado las características diferenciales de los pacientes que rechazan participar.

Resultados: Se han analizado 83 pacientes, de los cuales 37 (44,57%) rechazan la inclusión en el asistente virtual. Las características demográficas, sociales, de la enfermedad, y del manejo de las nuevas tecnologías de ambos grupos se muestran en la tabla 1. Se han analizado 83 pacientes, de los cuales 37 (44,57%) rechazan la inclusión en el asistente virtual. Las características demográficas, sociales, de la enfermedad, y del manejo de las nuevas tecnologías de ambos grupos se muestran en la [tabla 1](#).

Conclusiones: 1. Los datos analizados nos permiten conocer mejor el tipo de pacientes más predisuestos a participar en un estudio de IA. 2. Un predictor de rechazo al seguimiento mediante IA es el analfabetismo y disponer de pocos dispositivos electrónicos. 3. El perfil de pacientes que rechazan el programa parece caracterizarse por tener un menor soporte sociofamiliar, ser menos adherentes a los tratamientos, tener menor movilidad y un peor manejo de internet.

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

L. Casares Martín Moreno (1), A. Jiménez Antón (1), A. Almansa López (1), A. Menéndez Lobo (2), B. Alcázar Navarrete (1).

(1) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Hospital de Gijón, Asturias.

Introducción: La sarcopenia es frecuente entre pacientes con EPOC, y puede tener efectos deletéreos sobre pacientes con EPOC ingresados por síndrome de agudización de la EPOC (SAE). 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), Cuádriceps femoral (QF), grosor del muslo (GM) y el área del RF (RFA) ajustados a la altura del paciente. El análisis de los datos fue realizado con Jamovi. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Participaron 139 pacientes con EPOC, con edad media de $69,1 \pm 9,5$ años, el 82,0% varones y fumadores activos el 37,4%. Un 19,9% de los pacientes presentaban una puntuación del DECAF ≥ 3 puntos. Los pacientes con puntuaciones mayores del DECAF presentaban valores más bajos de RF, QF y GM que los que tenían puntuaciones menores ([Figura 1](#)). Tras dividir por cuartiles para cada medición ecográfica, no encontramos diferencias en el tiempo hasta reingreso o muerte en ninguna de las medidas ([Figura 2](#)).

Conclusiones: La ecografía del cuádriceps femoral diferencia a los pacientes con exacerbaciones más graves de la EPOC. Sin embargo, no discrimina la probabilidad de reingreso o fallecimiento a 90 días.

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN PACIENTES AGUDIZADORES QUE PRECISAN HOSPITALIZACIÓN POR SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE EPOC (SAE) GRAVE

L. Simón Alonso (1), C.P. Batres Erazo (1), M. Dávila Cabanillas (1), Z.F. Donoso Correa (1), M. Sanz Flores (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El tabaquismo es el factor etiológico más importante para el desarrollo de EPOC. Se asocia a peor pronóstico y mayor número de exacerbaciones. Una de las situaciones idóneas en las que intervenir este hábito es durante el ingreso hospitalario. Nuestro objetivo con este estudio fue analizar la prevalencia de tabaquismo asociada a la necesidad de ingreso por SAE grave en pacientes con hospitalizaciones previas.

Metodología: Se realiza estudio de corte transversal en pacientes incluidos en la cohorte denominada "EPOC agudiza" que se constituyó hace 3 años tras una primera hospitalización por SAE grave. Se recogen variables epidemiológicas y de prevalencia de tabaquismo de los pacientes que ingresan por SAE durante el periodo 2022-2024.

Resultados: Durante el primer año se incluyen un total de 96 pacientes (87% varones, 13% mujeres) con

edad media de 72 años. De ellos, el 41% eran fumadores activos, el 57% exfumadores y un 2% nunca fumadores. En el segundo año, ingresan 40 pacientes (34%), 95% varones, con edad media de 72 años. De ellos, el 22,5% eran fumadores activos, un 75% exfumadores y el 2,5% nunca habían fumado. En el tercer año, ingresan 23 pacientes (35%), 87% varones, con edad media de 69 años. De ellos, el 43% fumadores activos, el 52% exfumadores y un 4% nunca fumadores.

Conclusiones: 1. Se observa una alta prevalencia de tabaquismo activo asociado al paciente EPOC que precisa ingreso hospitalario por SAE grave. 2. Tras un primer ingreso, desciende de forma importante la prevalencia de tabaquismo activo entre estos pacientes, lo que contrasta con un nuevo incremento de dicha prevalencia en los ingresos observados durante el segundo año de seguimiento. 3. En base a nuestras conclusiones previas, el impacto del ingreso hospitalario sobre el abandono de tabaco deberá ir acompañado de intervenciones durante el seguimiento para la prevención de recaídas.

ESTUDIO DE PACIENTES TRATADOS CON CITISINA EN NUESTRA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

R. Rodríguez Villamor (1), F.R. Guzmán Ruiz (1), N. Vega Dombidau (1), M. Sanz Flores (1), M. Dávila Cabanillas (1), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Citisina es en la actualidad uno de los fármacos más utilizado para el tratamiento del tabaquismo. Aunque se ha demostrado que se trata de un fármaco eficaz y seguro pensamos que faltan resultados en la práctica diaria. El objetivo de nuestro trabajo es analizar datos sobre la eficacia y seguridad del tratamiento con citisina en nuestra unidad especializada de tabaquismo.

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo de un año de duración se incluyen pacientes (p.) fumadores remitidos a nuestra consulta y que completan un período de seguimiento de 6 meses. Se analizan variables epidemiológicas y clínicas relacionadas con diagnóstico del tabaquismo, eficacia y seguridad del tratamiento y recaídas durante el seguimiento. Los resultados se almacenan en una base de datos y se realiza estudio estadístico descriptivo mediante programa informático The R Project for Statistical Computing.

Resultados: Se incluyen un total de 78 p. con predominio de varones (59%) y una edad media de 55 años. Respecto a los datos de su tabaquismo: consumo

medio diario de 20c/d, IPA promedio de 39, y la mayoría de nuestros pacientes llevan más de 25 años fumando. El valor medio del test de Fagerström es de 7. Hasta un 83% de los p. había realizado intentos previos de abandono y de éstos, el 12% realizó previamente tratamiento con citisina.

Respecto al tratamiento coadyuvante, a 75 p. (96%) se le prescribió tratamiento con TSN (80% con formulación de liberación rápida y al 20% se le indicó TSN-parches para reducción previa al inicio de citisina).

Respecto al cumplimiento, 14 p. (18%) no realizaron el tratamiento prescrito, 9 p. lo abandonaron y 5 p. no lo finalizaron por los efectos adversos derivados de este.

Respecto a la eficacia, hasta el 87 % de nuestros pacientes dejó de fumar tras el tratamiento, recayendo el 41% (31 p.) durante el seguimiento (25 p. en los 3 primeros meses y 6 p. entre los 3 - 6 meses). En la actualidad, un 46% (36 p.) son exfumadores (continúan sin fumar tras más de 6 meses). Las causas más frecuentes de recaída fueron el estrés (laboral y familiar), contexto social y síndrome de abstinencia.

Respecto a la seguridad, 16 p. (23% de los que realizaron el tratamiento) refirió algún efecto adverso (EA), siendo los más frecuentemente referidos el insomnio y las molestias digestivas.

Conclusiones: Citisina se trata de un tratamiento eficaz y seguro para dejar de fumar. El cumplimiento del seguimiento y el tratamiento coadyuvante con TSN favorecen la eficacia. La mayoría de las recaídas se producen en el primer trimestre tras finalizar el tratamiento.

USO DE CITISINA EN MAYORES DE 65 AÑOS, PERFIL DE PACIENTES Y SEGURIDAD

M.M. Segura Romero (1), E. Daniel Vega Lizarazo (1), A. Martínez Mesa (1), M. Benítez-Cano Gamonoso (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La citisina (Todacitan) es un tratamiento para el abandono del hábito tabaquico, sin embargo, aún no cuenta con suficiente evidencia en poblaciones específicas, como los mayores de 65 años. La ficha técnica de Todacitan no recomienda su uso en este grupo etario debido a la falta de estudios específicos que confirmen su efectividad y perfil de seguridad en ellos.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de Todacitan en mayores de 65 años, una población de alto riesgo y donde el cese del tabaquismo tiene un impacto

significativo en la calidad de vida y en la disminución de la morbilidad.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo, evaluando pacientes al azar, que solo cumplen el criterio de ser mayores de 65 a los que se les ha prescrito citisina.

Resultados: Se han analizado 41 pacientes, la mayoría de ellos fueron hombres (23), cuya media de edad fue de 69 años. El IPA medio de los pacientes fue de 59 paq/años y la media de cigarrillos que consumen antes de iniciar el tratamiento fue de 24,5. Con un inicio medio del habito tabaquico a los 20 años. Estaban previamente diagnosticados de EPOC el 60,97% de la muestra. Otras comorbilidades a destacar fueron: tenían algún tipo de cardiopatía (8), HTA (17) y 8 pacientes estaban en seguimiento por salud mental. Un 12% de los pacientes realizaban con citisina su primer intento de dejar de fumar, el resto (78%) ya lo habían intentado en otras ocasiones, la mayoría 73% solo con voluntad o motivados por un ingreso, el resto: Bupropión (1), Vareniclina (3), parches de nicotina/chicles o Spray (4). Solo dos pacientes habían realizado un intento previo con Citisina. El fagerstrom medio es de 7,72 y motivación 8,9. Completaron tratamiento un 60,9% de los pacientes a los que se les prescribió la citisina. Dejaron de fumar al mes 18 pacientes (43,90%), a los tres meses 10 pacientes (24,39%). Ningún paciente refirió efectos secundarios durante el seguimiento

Conclusiones: 1. El perfil de pacientes de más de 65 años fumadores, tiene alta dependencia y alta motivación para dejar de fumar y aunque inicialmente las tasas de abstinencia alcanzadas son buenas en el seguimiento presentan recaídas que se puede justificar por tratarse de pacientes complejos: en su mayoría EPOC con con múltiples intentos previos. 2. No presentan efectos secundarios con lo cual parece ser un fármaco seguro para esta población, aunque se necesitan más estudios.

UN PASO HACIA LA ABSTINENCIA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN CONSULTA DE TABACO EN NUESTRO CENTRO

A. Vera Pila (1), J. Vázquez Domínguez (1), T. Mascarell Roda (1), J.M. Díez Piña (1), N. Reyes Núñez (1).

(1) UGC Neumología Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El tabaquismo representa el principal problema de salud, enfermedad y muerte prematura prevenible en nuestro país. El tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años. El objetivo de este estudio es analizar las características basales de los pacientes que acuden a la consulta de tabaquismo.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron datos demográficos, historia de tabaquismo, comorbilidades, motivación previa, fase de abandono en la que se encuentran y tratamiento farmacológico administrado en nuestra consulta desde enero de 2022 hasta septiembre 2024. Posteriormente se realiza un seguimiento a los 15, 30, 90, 180 días y al año. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como media.

Resultados: Se analizaron 387 pacientes, con una edad media de $56 \pm 9,9$ años, de los cuales el 60,2% eran varones. La edad de inicio media fue de $16 \pm 9,9$ años con un consumo acumulado medio de 46,5 paquetes/año $\pm 27,4$. Entre las comorbilidades el 37,5% padecían alguna enfermedad respiratoria y el 18,4% tenía un diagnóstico de cardiopatía. El 49% de las derivaciones fueron de Neumología. La motivación previa al inicio del tratamiento medida por EVA fue de 10 en 172 pacientes. El 14% no había realizado intento de abandono previo frente al 34% que lo había intentado una vez y el 87% acudió en fase de preparación. El FAGERSTRÖM medio fue de 6,43.

Todos ellos recibieron terapia cognitiva. Además, el 50% recibió citisina, 13% nicotina y 7.4% bupropion. La abstinencia a los 15 días fue del 72%, al mes del 73%, a los 90 días del 54%, a los 180 días del 40% y al año 23%.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a consulta de tabaquismo presentan alta motivación inicial, con buenas tasas de abstinencia a corto plazo similares a las descritas en la bibliografía. La citisina fue el tratamiento más empleado. Realizar un seguimiento personalizado, combinado con terapia cognitiva y tratamiento farmacológico, podría contribuir a mejorar los resultados.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE FAMILIARES DE PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA

M. Utrero Rico (1), M.J. Gómez Cañal (2), V. Almadana Pacheco (2).

(1) Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, (2) Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición genética derivada de mutaciones del gen de la SERPINA 1 que conduce a un mayor riesgo de enfermedades pulmonares y hepáticas, siendo de gran relevancia el cribado familiar.

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los familiares de pacientes con DAAT en la consulta monográfica en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Metodología: Se diseñó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con datos clínicos de 108 familiares de pacientes con al menos una mutación potencialmente patógena para DAAT desde enero de 2019 hasta junio de 2024. Se evaluaron las características clínicas, el genotipo y la prevalencia de enfermedades respiratorias, hepáticas y otras comorbilidades asociadas.

Resultados: Se evaluaron 108 familiares de pacientes con DAAT. Las características generales de la muestra se describen en la [Tabla 1](#). La distribución por sexos fue similar, con una mediana de edad de 43 años (4 – 78). Se encontraron alelos patológicos en el 47,2% de los familiares evaluados.

En relación a la patología respiratoria destaca un 7,4% (8 pacientes) de EPOC (Clasificación GOLD: grado 1 37,5%, grado 2 62,5%; Grupa A 37,5%, grupo B 50% y grupo E 12,5%). Además el 17,6% (19 pacientes) presentó asma bronquial. El diagnóstico de patología respiratoria fue de novo en el 12% de los casos (13 pacientes), de los cuales, el 38,5% (5) presentó asma y 61,5% (8) EPOC.

En relación a la patología digestiva el 28,7% (31 pacientes) se derivó a digestivo, con diagnóstico de hepatopatía en el 29% (9) y pancreatitis en el 3,2% (1). El diagnóstico de enfermedad hepática de novo se realizó en el 8,3% (9) de los casos (22,2% hipertransaminasemia, 44,4% esteatosis hepática, 11,1% cirrosis hepática, 11,1% hepatitis autoinmune y 11,1% nódulos hepáticos benignos).

En cuanto a las pruebas de imagen se encontró enfisema en el 7,4% y bronquiectasias en el 3,7%. El Índice de Comorbilidad de Charlson de la muestra fue bajo ([Tabla 2](#)).

Conclusiones: El cribado familiar permitió la detección de mutaciones con riesgo, siendo posible detectar la presencia de enfermedad hepática y pulmonar en un porcentaje considerable de pacientes, además es importante destacar que la mayoría de enfermedades diagnosticadas de novo se realizó en un estadio precoz que permitió tratar precozmente y realizar un seguimiento de forma correcta.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON CÁNCER DE PULMÓN EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA. ¿ESTARÍAN INCLUIDOS EN UN POTENCIAL SCREENING?

A. Rodríguez Cabrera (1), J. Romero López (1), J. Domínguez Caro (1), R. Reinoso Arijá (1), E. Vélez Menis (2), C. Romero Sayago (1), A. Pereira Vega (2).

(1) Servicio de Neumología Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Fundación Andaluza Beturia para la Investigación, Huelva.

Introducción: Aunque actualmente consideramos población de screening para estudios de cáncer de pulmón (CP) sujetos mayores de 50 años y más de 20 paquetes/año, hay una población con CP que no tienen estas características y no se incluirían en un estudio de screening.

Objetivos: valorar las características de la población diagnosticada de CP en los últimos 2 años en el Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva, así como el porcentaje de pacientes que no se habrían incluido como población de riesgo.

Metodología: Hemos realizado una búsqueda de todos los pacientes diagnosticados de CP desde enero de 2023 a diciembre de 2024 en la consulta de cáncer de neumología del HJRJ. Se han recogido: edad, sexo, hábito tabáquico, subtipo de tumor, estadiaje, antecedentes familiares de CP, profesión y otros factores de riesgo de CP. Estudiamos el porcentaje de sujetos que no se incluirían en las características de población de screening.

Resultados: Se han diagnosticado 216 pacientes. Un 74,5% fueron varones con una edad media de 67 años. El 51,2% eran exfumadores, 40% fumadores activos con consumo acumulado de 47,1 paquetes/año y un 8% nunca había fumado. El 16,7% tenían antecedentes familiares de CP y el 23,6% una profesión de riesgo. El 30% tenían diagnosticado EPOC y el 20,9% antecedentes de cáncer previo.

El subtipo de tumor más prevalente fue el adenocarcinoma (46,8%), seguido del carcinoma epidermoide (21,3%), carcinoma microcítico (12%), carcinoma pleomorfo (2,3%), tumor carcinoide (1,9%), carcinoma de células grandes y neuroendocrino (ambos un 1,4%) y mesotelioma y tumor fibroso pleural (0,5% cada uno). En el 12% no se llegó al diagnóstico histopatológico. El 44,8% fueron diagnosticados en estadio IV.

Un 17% de los sujetos diagnosticados de CP no se habrían incluido en la población susceptible de cribado. Las mujeres, especialmente por la edad y hábito tabáquico, con diagnóstico de adenocarcinoma sería

la población que en mayor número no se incluiría con dichos criterios.

Conclusiones: Las características de la población diagnosticada de CP en el HJRJ no difieren de las cohortes descritas en la literatura, siendo mayoritariamente varones con hábito tabáquico, con una edad media mayor a 65 años, siendo el adenocarcinoma el subtipo más frecuente y su diagnóstico en estadio IV.

Hay estudios que plantean modificar los criterios de screening de CP; en nuestra población no se habría incluido en el cribado al 17% de los CP, siendo especialmente mujeres, no incluidas por edad y tabaquismo y con diagnóstico de adenocarcinoma.

ECOBRONCOSCOPIA RADIAL: RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN NUESTRO HOSPITAL

A. López León (1), J.M. Sánchez Álvarez (1), S. Jiménez García (1), A. López Pardo (1), J.J. Cruz Rueda (1).

(1) Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Una técnica con utilidad probada en la caracterización de lesiones pulmonares periféricas es la ecobroncoscopia radial, que combina broncoscopia con ultrasonografía en 360°. Además de por su rentabilidad diagnóstica, resulta de interés por evitar potencialmente otros procedimientos diagnósticos más invasivos.

El objetivo del estudio es analizar la rentabilidad diagnóstica del EBUS radial en nuestro hospital.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo de los EBUS radiales llevados a cabo en el Hospital Torrecárdenas de Almería desde julio 2022. Se reflejaron factores como datos demográficos y comorbilidad previa de los pacientes, características de las lesiones, posibles factores influyentes en cuanto a rentabilidad diagnóstica del procedimiento, diagnósticos definitivos y complicaciones.

Resultados: Se analizaron un total de 51 EBUS radiales, la mayoría de ellos (36) realizados en hombres. La edad mediana de los pacientes fue 70 años (15 - 84).

Existía antecedente de EPOC diagnosticada en un 41,2% y el 51% de pacientes presentaba enfisema radiológico. La mediana de FEV1 se situó en 1.730 mL. El 88% tenía antecedente de tabaquismo.

En cuanto a las lesiones a estudio, el tamaño mediano fue 33 mm (6,3 - 68) y, de SULmáx, 8,1 (1 - 26,9). No objetivamos aumento significativo de rentabilidad atendiendo a estos factores.

La mayoría (34) se localizaban en LSD y LSI, igualmente sin encontrarse diferencias significativas en rentabilidad según la localización. La mediana de distancia a pleura parietal fue de 1,5 cm (0 - 9). Se observó "signo del bronquio" en 48 casos.

El 80% de procedimientos llevó a un diagnóstico definitivo bien mediante uso de criosonda y/o cepillado, evidenciándose mayor rentabilidad diagnóstica con la primera (77% vs 52%).

Encontramos diferencias significativas en rentabilidad diagnóstica atendiendo a uso de escopia vs no uso (91% y 61% respectivamente).

Como complicaciones significativas se objetivaron un sangrado moderado-severo y un neumotórax

Conclusiones: 1. En nuestra serie se observó un predominio de paciente varón, con edad avanzada y antecedente de tabaquismo. 2. El uso de criosonda y escopia resultó en aumento de rentabilidad diagnóstica, sin observarse diferencias significativas atendiendo a otros factores. 3. La rentabilidad global fue de un 80%. 4. Ocurrieron complicaciones significativas en un 4% de procedimientos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA IMPLANTACIÓN Y COMPLICACIONES DE PRÓTESIS TRAQUEOBRONQUIALES. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

A.A. Jiménez Romero (1), M.C. Velasco Alcázar (1), F. Campello Sánchez (1), A. Heredia Carrillo (1), M.M. Valdivia Salas (1), J. Pérez Pallares (1), A. Santa Cruz Siminiani (1), O. Meca Birlanga (1), M. Hernández Olivo (1), M. Guillamon Sánchez (1).

(1) Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

Introducción: Las prótesis traqueobronquiales se emplean para ampliar el diámetro de las vías aéreas en casos de estenosis benigna o maligna, y pueden formar parte del tratamiento paliativo en patologías malignas. También se indican en casos de fístulas de la vía aérea. Según la patología se seleccionan prótesis de diferentes formas, grosores, longitudes y materiales. Las complicaciones más frecuentes incluyen migración de la prótesis, formación de granulomas y aumento de secreciones.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo de las prótesis traqueobronquiales implantadas entre agosto de 2018 y septiembre de 2024 en el área II del Servicio Murciano de Salud. Se utilizó paquete estadístico SPSS® v.30.

Resultados: Un total de 45 prótesis fueron implantadas durante este periodo. Las más comunes fueron las en Y (44,4%) y en bronquio principal derecho (31,1%), seguidas de traqueales y de bronquio principal izquierdo (11,1% cada una), con solo una en J (2,2%). La principal indicación fue estenosis secundaria a carcinoma epidermoide (46,7%), poco diferenciado (20%), adenocarcinoma (6,7%) y microcítico (6,7%). En 8,8% de los casos las prótesis se usaron para fístulas tráqueo-esofágicas. Tras la implantación el 93,3% de los pacientes tuvo revisión a las 24 horas, 70,5% una segunda y 64,3% una tercera. La complicación más frecuente fue el acúmulo de secreciones siendo los BGN los microorganismos más aislados. Resto de complicaciones se recogen en la [tabla 1](#). En 7 (15,6%) de los casos, las prótesis se retiraron, principalmente por reducción de la estenosis. Hasta la fecha del estudio fallecieron 73,3% de los pacientes, ninguno durante el procedimiento. Las causas principales de fallecimiento fueron progresión tumoral (35,6%), infecciones (26,7%) y hemoptisis (2,2%) otras causas no relacionadas con el tumor en 4 (8,8%).

Conclusiones: 1. Las prótesis traqueobronquiales puede ser parte del tratamiento paliativo en pacientes oncológicos, ayudando a mantener la vía aérea permeable en casos de estenosis. 2. Las complicaciones más comunes tras la implantación de prótesis traqueobronquiales incluyeron acúmulo de secreciones y la infiltración tumoral distal a la prótesis. 3. La implantación de prótesis permitió que el tratamiento dirigido hiciera efecto en determinados pacientes logrando la retirada en 7 de los casos por la disminución de la estenosis. Aunque la mayoría de los pacientes se encontraban en etapas avanzadas de su enfermedad un 27,3% sobrevivió más de tres meses y un paciente alcanzó más de un año de supervivencia.

USO DEL CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO: EXPERIENCIA CLÍNICA Y RESULTADOS

T. Mascarell Roda (1), I. Pacheco Carrillo (1), P. Montero Sanz (1), J. Vázquez Domínguez (1), A. Cruz Medina (1), N. Reyes Núñez (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El catéter pleural tunelizado (CPT) permite la evacuación periódica de los derrames pleurales (DP) recidivantes con la finalidad de aliviar los síntomas del paciente, mejorar su calidad de vida y evitar ingresos hospitalarios.

El objetivo del estudio fue analizar las características clínicas y demográficas de los pacientes sometidos a la

colocación de CPT en nuestro centro, así como evaluar las complicaciones y la tasa de pleurodesis alcanzada.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo mediante la recogida de datos del historial clínico y posterior análisis estadístico de todos los drenajes pleurales tunelizados colocados en nuestro centro desde enero de 2016 hasta junio 2024. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como mediana (p25 - p75).

Resultados: Se colocaron un total de 97 CPT. El 49% fueron hombres, con una mediana de edad de 66 (57 - 74) años. El 49,5% fumadores, con un consumo acumulado medio de 25 paquete/año. El DP fue de etiología maligna en el 94,8% de los casos, siendo las neoplasias más frecuentes adenocarcinoma de pulmón (21,9%), cáncer de mama (10,4%) y cáncer de ovario (8,3%).

En 23 de los pacientes (23,7%) se logró pleurodesis, con una mediana de tiempo hasta la misma de 121 (59 - 268) días. En cuanto al origen de los DP que hicieron pleurodesis, el 21,7% eran cáncer de mama, el 17,4% Linfoma, el 13% ovario y el 8,7% adenocarcinoma de pulmón. Respecto a las características del líquido pleural, 14 pacientes tenían un PH <7,2, Glucosa <60 y lactato deshidrogenasa (LDH) >1.000, logrando pleurodesis el 28,6%. El 26,1% tenían citología positiva.

El 70,1% de los casos estaba recibiendo tratamiento sistémico concomitante. Tuvimos una tasa de complicaciones del 25,8% ([ver tabla 1](#)), de las cuales la infección fue la más frecuente (14,4%) Del total de CPT colocados, el 39,2% tuvieron una supervivencia inferior a 2 meses.

Conclusiones: El CPT es una opción efectiva y segura para el manejo domiciliario del derrame pleural maligno recidivante. Obtuvimos una tasa de pleurodesis similar a la descrita en la bibliografía. En nuestra serie, el pH ácido, el consumo de glucosa y elevación de LDH no se ha asociado a una mayor tasa de pleurodesis, si bien se necesitan estudios con mayor tamaño muestral que lo demuestren.

ANÁLISIS COMPARATIVO DURANTE 10 AÑOS DE LOS EBUS REALIZADOS EN UNIDAD DE TÉCNICAS BRONQUIALES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL

M. Rubio Moreno (1), S. Jiménez Roche (1), S. Ruiz Rodríguez (1), M. Pérez Morales (1), J.J. Cebrián Gallardo (1).

(1) Neumología, Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: El EBUS o ecobroncoscopia, es una técnica invasiva que se indica para el estudio de masas, nódulos o ganglios mediastínicos, así como para la estadificación mediastínica del carcinoma broncogénico. El desarrollo del EBUS se considera el mayor avance en la neumología intervencionista desde el desarrollo del propio broncoscopio. El objetivo de este estudio es comparar el manejo de la técnica desde su comienzo en nuestra Unidad de Técnicas Bronquiales en 2014 hasta la actualidad en 2024.

Metodología: Se realizó un análisis bivariado para valorar diferencias entre periodo de estudio, utilizando el test de ji-cuadrado (o test exacto de Fisher caso de frecuencias esperadas inferiores a 5) para variables cualitativas, y el test de t de Student (o test U de Mann-Whitney caso de distribución no normal) para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Se utilizó el software SPSS v28.

Resultados: Se incluyeron en total 150 pacientes, los 75 primeros realizados en nuestra Unidad entre 2014 y 2016 y los últimos 75 desde enero hasta octubre de 2024. La media de edad en años es significativamente mayor en la actualidad que al comienzo de la técnica ($68 \pm 11,3$ vs $62 \pm 10,8$ años, $p < 0,01$), obteniendo resultado diagnóstico definitivo en el 79% en 2014-2016 y en el 70% en 2024, con diagnóstico de neoplasia en el 81% en 2014-2016 y en el 75% en 2024. El diagnóstico definitivo fue de adenocarcinoma en su mayoría, mayor en 2024 (28% vs 44%). Además, observamos que la adenopatía más puncionada continúa siendo la subcarínica en un 67%, con diferencia significativa ($p = 0,014$) con respecto a 2014-2016 con un 45% y puncionamos con mayor frecuencia y de forma significativa adenopatías hiliares tanto izquierdas ($p < 0,01$) como derechas ($p < 0,01$).

Conclusiones: La rentabilidad diagnóstica del EBUS en nuestro centro ha disminuido aunque de forma no significativa a lo largo de los 10 años de desarrollo de ésta, lo que probablemente sea secundario a un tamaño menor de las adenopatías, y la inclusión en el proceso diagnóstico de cada vez más patologías benignas.

Además, puncionamos significativamente con mayor frecuencia tanto las adenopatías subcarínicas como las hiliares bilaterales.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ESTENOSIS SUBGLÓTICO-TRAQUEAL Y LA UTILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA EN SU EVALUACIÓN

M. García García (1), J. Martínez Molina (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La estenosis subglótico-traqueal (ET) es una patología compleja de etiología maligna o benigna. La principal causa de las estenosis benignas es la iatrogenia derivada de una intubación orotraqueal prolongada. En su diagnóstico entre otros datos clínicos, radiológicos y endoscópicos se ha descrito el índice VEF1/PFE como alta especificidad diagnóstica ante la sospecha de estenosis traqueal cuando tiene un valor >10 L/min/ml.

Nuestro objetivo es analizar las características generales, endoscópicas y en particular espirométricas de las estenosis subglótico-traqueales diagnosticadas en nuestro centro desde 2017.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con ET derivados a nuestra unidad para tratamiento broncoscópico intervencionista desde enero de 2017 hasta enero de 2024.

Se recogieron datos generales, etiología, pruebas funcionales respiratorias con cálculo del índice VEF1/PFE y maniobras endoscópicas terapéuticas.

Resultados: Se recogieron datos de 29 pacientes con diagnóstico de ET, siendo el 79,3% mujeres con una edad media de 61 ± 13 años. La causa de mayor frecuencia fue idiopática (41,4%). seguido de estenosis secundarias a traqueostomía (20,7%) y a bocio endotorácico (10,3%). El resto de casos corresponde a una miscelánea que incluye compresiones por masas mediastínicas, estenosis por granulomatosis con poliangeitis o por radioterapia.

Según el diagnóstico endoscópico, el 85,7% de las ET correspondían a un grado 2 según la clasificación de Cotton, siendo el resto grado 1. En 4 pacientes se decidió seguimiento y en 25 se realizó algún tipo de tratamiento endoscópico, siendo el más frecuente, en el 24,1 %, corte con electrocuchilla, dilatación con balón e instilación de corticoide intralesional. Un 44% de los pacientes tratados fueron derivados posteriormente al servicio de Cirugía Torácica.

Los resultados espirométricos se describen en la [tabla 1](#). Del grupo de pacientes que tenían pruebas funcionales respiratorias previas al tratamiento endoscópico (55%), en la curva flujo volumen un 25% de pacientes tenían morfología normal, un 12,5% aplanamiento espiratorio

y un 62,5% aplanamiento tanto inspiratorio como espiratorio. En la [tabla 2](#) se describe el índice VEF1/PFE según la morfología de la curva flujo volumen. El 68,8% presentaban un índice VEF1/PFE >10L/min/ml.

Conclusiones: La espirometría y su curva flujo volumen son útiles para el diagnóstico y seguimiento de la patología traqueal, destacando el índice VEF1/PFE.

SEGUIMIENTO DE LOS EBUS CON RESULTADO GANGLIO LINFÁTICO NORMAL ¿NOS CREEMOS NUESTROS RESULTADOS?

C. Díaz Jiménez (1), P. García Lovera (1), M.C. Mata López (1), Y. Portillo Gutierrez (1), M. García Amores (1)

(1) Neumología, Hospital Universitario Médico- Quirúrgico, Jaén.

Introducción: La ecobroncoscopia nos permite diagnosticar diferentes patologías broncopulmonares y mediastínicas, siendo una de las pruebas de referencia en la estadificación del carcinoma broncogénico, por lo que puede determinar el tratamiento en estos pacientes. Una prueba diagnóstica normal puede corresponderse con un falso negativo, por lo que nos interesa conocer qué ha pasado con estos pacientes y si otras pruebas diagnósticas confirman este resultado. Analizamos si existía correlación anatomopatológica entre el EBUS y el estudio ganglionar obtenido por cirugía.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo, de todos los pacientes sometidos a EBUS-TBNA en el Hospital Universitario de Jaén, el primer año de implantación de esta técnica, desde noviembre de 2023 a octubre 2024. Se recogieron variables relacionadas con los pacientes (sexo, edad) tiempo de seguimiento, otras pruebas diagnósticas y diagnóstico definitivo.

Resultados: De los 58 pacientes a los que se realizó un EBUS en este año, en 18 casos se obtuvo un resultado de ganglio linfático compatible con normalidad (31%), siendo 14 de ellos varones, y la edad media de 69 años. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 185 días (rango de entre 375 a 25). De los seis pacientes que se intervienen tras el EBUS, en cinco coincide que todas las adenopatías son negativas para malignidad y uno se diagnostica de sarcoidosis, sin llegar a researse adenopatías.

En la [tabla 1](#) se describen las características de los casos sometidos a cirugía torácica.

Conclusiones: Casi un tercio de los EBUS realizados este primer año nos dieron como resultado ganglio linfático compatible con la normalidad, coincidiendo en el 100% con los resultados de cirugía torácica. Si bien en algunos

pacientes, el seguimiento tras el EBUS ha sido corto y el número de sujetos es bajo, con los resultados obtenidos hasta ahora, el EBUS muestra muy buena correlación con la resección quirúrgica del ganglio completo.

DIFFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE E-SALUD. LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

J. Hernández Borge (1), E. Sánchez Calle (1), R. Morante Espada (1), J. López Rodríguez (1), L. Galán Ledesma (1), J.A. Marquez Alba (1), M.B. Pires Manso (1), A. Méndez Villaverde (1), J.A. Gutiérrez Lara (1), P. Íñigo Naranjo (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Conocer el grado de conocimiento, la opinión y las expectativas acerca de las nuevas tecnologías sanitarias digitales entre los pacientes de neumología del área de Salud de Badajoz.

Metodología: Cuestionario anónimo autoadministrado y de respuesta cerrada. Se reclutaron pacientes durante cuatro semanas consecutivas de una consulta de neumología general del Hospital Universitario de Badajoz. Se realizó un análisis descriptivo, comparativo y multivariante, así como de clusters mediante un procedimiento bietápico.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes (54,3% hombres, edad media $61 \pm 16,3$ años). Un 75% carecían de dispositivos electrónicos de monitorización y sólo el 10,5% y el 1,9% sabían interpretar los resultados de los mismos o empleaban alguna plataforma electrónica de salud, respectivamente. El 56,2% disponían de las tecnologías adecuadas para implementar programas de telesalud. La carencia de tecnologías fue más frecuente en los pacientes de más edad ($p = 0,001$), más polimedicados ($p = 0,001$), de ámbito rural (56,8% vs 36,8%; $p = 0,06$), con un nivel bajo de estudios (ninguno 76% vs universitarios 11,8%, $p < 0,0005$), con un manejo inadecuado del teléfono móvil (80% vs 32,5%, $p < 0,0005$) o del ordenador personal (65,7% vs 5,3%, $p < 0,0005$), y con una mala opinión de los sistemas de telesalud (58,3% vs 31,6%, $p = 0,01$). Sólo el 39% tenían conocimientos adecuados para implementar programas de telesalud relacionándose con variables similares a la falta de tecnologías. El análisis de cluster encontró dos grupos principales. El cluster 1 estaba formado por pacientes más jóvenes, con mayor nivel de estudios, activos laboralmente, menos polimedicados, menos comórbidos y que disponían de ordenador personal. Este cluster disponía de más tecnologías adecuadas para sistemas de e-Salud ($p < 0,0005$), conocimientos adecuados para su empleo ($p < 0,0005$),

manejo adecuado del teléfono móvil ($p < 0,001$) o del ordenador personal ($p < 0,0005$), pero estaban menos dispuestos a emplearlos ($p < 0,001$).

Conclusiones: La falta de tecnologías o de conocimientos en tecnologías de salud digital es elevada en nuestro medio. Nuestros Resultados parecen indicar que los pacientes más necesitados son los que cuentan con menos accesibilidad a las nuevas tecnologías de e-Salud.

ANÁLISIS DE UN COMITÉ DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN POR ENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL ENFISEMA

M. Aláez Gómez (1), B. Romero Romero (1), C. Olmedo Rivas (1), L. Román Rodríguez (1), J. Martín Juan (1), F. Ortega Ruiz (1), P. Cejudo Ramos (1), J.L. López Campos (1), J.L. López Villalobos (1), E. Márquez Martín (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El enfisema es una enfermedad pulmonar crónica caracterizada por la destrucción del parénquima pulmonar, que resulta en una disminución de la función respiratoria. La reducción de volumen pulmonar por endoscopia con válvulas endobronquiales (RVE) ha surgido como una alternativa menos invasiva al tratamiento quirúrgico tradicional. Este estudio analiza el funcionamiento y los Resultados de un comité multidisciplinario dedicado a evaluar candidatos para RVE.

Metodología: Describir la estructura, criterios de selección y Resultados iniciales del comité de RVE en pacientes con enfisema avanzado. Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los casos evaluados por el comité desde diciembre de 2023 hasta diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de enfisema avanzado, evaluados mediante criterios clínicos, funcionales y radiológicos. Se registraron las características basales, las decisiones tomadas por el comité y los Resultados a corto plazo tras el procedimiento.

Resultados: De un total de 58 pacientes evaluados, 13 (22%) fueron seleccionados para RVE, realizándose finalmente el procedimiento en 12 de ellos. De los 46 pacientes restantes, los criterios clave de exclusión incluyeron la presencia de enfisema homogéneo (40,7%), sin claras zonas susceptibles de reducción, la ausencia de integridad en las cisuras (11,9%), la aparición de nódulos u otras lesiones de naturaleza indeterminada (13,6%), así como bronquiectasias o bullas (3,4%). También se excluyeron a los pacientes con hábito tabáquico activo (3,4%), aquellos que se negaron al procedimiento (1,7%)

y aquellos que mejoraron tras rehabilitación respiratoria (3,4%). El 21,7% de los pacientes rechazados presentaban más de un criterio de exclusión.

Conclusiones: El establecimiento de un comité especializado permite una selección más rigurosa y personalizada de los candidatos para RVE, maximizando los beneficios del procedimiento y minimizando los riesgos asociados. Este enfoque podría replicarse en otros centros para optimizar el manejo de pacientes con enfisema avanzado.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

ANÁLISIS DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL CRIOEBUS

A. Aís Daza (1), I. Castillo Rivillas (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Carmona González (1), J. Rodríguez Fernández (1), C. García Polo (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La criobiopsia por EBUS de adenopatías hilomediastínicas (CrioEBUS) representa una Metodología: pionera que ha demostrado su eficacia para la identificación de enfermedades en las que la punción por aspiración con aguja fina (EBUS-TBNA) con EBUS no era tan rentable.

El objetivo del estudio fue comparar la rentabilidad del crioEBUS frente a EBUS-TBNA en el diagnóstico de síndromes linfoproliferativos (SLP) y enfermedades granulomatosas (EG).

Metodología: Se realizó un estudio observacional y prospectivo, en el que a cada paciente con sospecha de SLP y/o EG se le aplicaron ambas técnicas (crioEBUS y EBUS-TBNA) y se analizaron los Resultados obtenidos. Este enfoque nos permitió comparar de manera directa la rentabilidad de ambas técnicas.

Resultados: Se recogieron un total de 51 pacientes (36 hombres y 15 mujeres), con una edad media de 60 ± 12 años. El 55% de los pacientes tenían historia de tabaquismo y al 51% se le había realizado PET. Los motivos de realización de la técnica más frecuentes fueron adenopatías o nódulos/masas pulmonares a estudio con intención de descartar neoplasia pulmonar, síndrome linfoproliferativo o sarcoidosis (68,6%); y descartar progresión de patología previa (29,4%). En la gran mayoría de los casos (96,1%) se utilizó la aguja 22G sonotipo top gain. En 3 de los casos se realizó crioEBUS-B. La estación ganglionar biopsiada en la mayoría de los casos fue la 7 (43 veces).

La rentabilidad diagnóstica global del CrioEBUS fue del 92,1% mientras que del EBUS-TBNA fue del 39,2%.

Los 4 casos que no diagnosticados por CrioEBUS fueron diagnosticados por BAG pulmonar (2 casos) y biopsia quirúrgica (2 casos).

El CrioEBUS fue significativamente más rentable que el EBUS-TBNA para el diagnóstico de SLP (87,5% vs 12,5%, $p < 0,01$) y sarcoidosis (100% vs 50%, $p < 0,0001$). En cuanto al cáncer de pulmón, no se encontraron diferencias significativas, siendo la rentabilidad del CrioEBUS del 100% frente al 90% del EBUS-TBNA.

En cuanto a las complicaciones, la más frecuente fueron molestias faríngeas (11,8%) y sangrado leve (3,9%) que se controló con compresión y suero frío, no existiendo ninguna complicación en el 78,4% de los casos

Conclusiones: El CrioEBUS fue más rentable que el EBUS-TBNA en el diagnóstico de SLP y EG, por lo que debe ser la técnica de elección cuando se sospechan estas patologías. En el diagnóstico de cáncer de pulmón, la rentabilidad fue similar en ambas técnicas. Las complicaciones fueron leves, por lo que es una técnica muy segura.

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE: IMPACTO Y PERSISTENCIA DE LOS ANTAGONISTAS DE IL-5 A LARGO PLAZO

I. Romero Espejo (1), M. González Martínez (1), F. Pérez Grimaldi (1), S. García Morales (1), M. Utrero Recio (1), J.G. Soto Campos (1).

(1) UGC Neumología y Alergia del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Opta a Premio a la mejor comunicación.

Introducción: Los registros en vida real brindan oportunidades para describir el uso de productos biológicos en el tratamiento del asma grave. La persistencia (supervivencia de la utilidad del fármaco en el paciente vs interrupción) es una medida de eficacia, tolerabilidad y satisfacción o preferencias en la práctica clínica habitual. El objetivo de este estudio fue comparar la persistencia en el tratamiento de fármacos anti-IL-5/5R en asma.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de asma grave mal controlada que iniciaron tratamiento biológico dirigido contra la interleucina-5 (IL-5) mediante el uso de Mepolizumab, Benralizumab o Reslizumab, atendidos y seguidos en las consultas de Neumología del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, en Cádiz, a lo largo del período comprendido entre enero de 2017 y noviembre de 2024. Se definieron patrones de utilización de biológicos: 1) biológico inicial con tratamiento

continuo; 2) suspensión del tratamiento biológico; o 3) switch a otro biológico. Se registraron los motivos de la interrupción/cambio y se realizaron comparaciones entre grupos.

Resultados: Un total de 214 casos (siendo un total de 157 pacientes) fueron incluidos. La edad media de los pacientes fue de 60 años. Durante el periodo de estudio 81 pacientes iniciaron estudio con Benralizumab, 42 con Reslizumab y 91 con Mepolizumab. La persistencia de cada fármaco fue de 80, 24 y 62% respectivamente a 5 años en caso de Benralizumab y 7 años en caso de Reslizumab y Mepolizumab. La falta de respuesta clínica se identificó como la principal razón de cambio de tratamiento entre los tres biológicos estudiados (12% benralizumab, 54% reslizumab y 38% mepolizumab). Los efectos secundarios también influyeron en la suspensión o cambio de tratamiento en este grupo de pacientes (5%, 2,4% y 0% respectivamente).

Conclusiones: La descripción de patrones de la vida real de continuar, detener o cambiar los productos biológicos mejora nuestra comprensión del uso de productos biológicos a nivel mundial. Estudios prospectivos que involucren criterios de cambio estructurados podrían determinar estrategias óptimas para identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de la elección adecuada del medicamento.

ANALIZANDO EL ASMA BRONQUIAL: ANÁLISIS DE AGUDIZACIONES Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

I. Romero Espejo (1), C. Cabrera Galán (1), C.M. Carrasco Carrasco (1), F. Pérez Grimaldi (1), P. Erdozain Pérez (1), J.G. Soto Campos (1).

(1) UGC Neumología y Alergia del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Introducción: El asma bronquial, una enfermedad crónica en aumento en prevalencia y gravedad, requiere una correcta gestión de las agudizaciones para mejorar su evolución. Este estudio busca evaluar la aplicación de normativas en las agudizaciones, con foco en los criterios de derivación y en las características clínicas de los pacientes.

Metodología: Este estudio descriptivo observacional retrospectivo analiza pacientes con agudización de asma que acudieron a urgencias en un Hospital Universitario de Jerez entre septiembre 2022 y septiembre 2023. Se recopilaron datos demográficos, gravedad del asma, y puntuaciones de TAI, ISI y ACT.

Resultados: Durante un año, 189 pacientes acudieron a urgencias por agudización asmática. La mayoría fue derivada a atención primaria 113 (59,8%), a domicilio 23 (12,2%), ingresó 29 (15,3%) y 21 (11,2%) fue enviada a neumología y 3 alta voluntaria (1,8). La edad media fue de 49 años. Tras revisión, se confirmó asma en 114 pacientes, 25 descartados, 50 no asistieron consulta. La mayoría eran mujeres (65,7%). El ACT medio fue de 18 (35,4% presentaban varones ≤ 15 , 14,6% entre 16 y 19 y 50% >20) en el momento de la consulta. El TAI mostró una mala adhesión en 16,7% (≤ 45), intermedia 61,1% (46 - 49 puntos) y buena en 22,2% (50 puntos). Un 18,8% (puntuación 15 - 21) presentó insomnio clínico moderado y un 10,4% severo (puntuación 22 - 28). En las pruebas analíticas, el 43,7% de los pacientes presentó niveles de eosinófilos >300 . La IgE media fue de 348 UI/ml. Del total, el 41,3% tenía un asma persistente grave, 28,3 persistente moderada, 21,7% intermitente, 8,7% leve. Un total de 38 pacientes se catalogaron como asma grave de los cuales un 40% no estaban siendo controlados en nuestras consultas.

Conclusiones: El control del asma podría mejorar con mayor adherencia a las normativas clínicas. La baja adherencia al tratamiento y el insomnio frecuente complican el control del asma y afectan la calidad de vida. Además, los niveles de eosinófilos parecen estar relacionados con las exacerbaciones.

Anexo: Entre los pacientes con asma grave (28 mujeres y 10 hombres, edad media 61 años), 23 se controlaban en consultas, de los cuales 10 recibían tratamiento biológico (3 Benralizumab, 1 Tezepelumab, 4 Dupilumab, 2 Reslizumab). Algunos pacientes con exacerbaciones tenían comorbilidades como trastornos emocionales, obesidad y apnea obstructiva del sueño. De los 15 no controlados, solo 6 fueron confirmados con asma grave; en otros 9, comorbilidades complicaban el diagnóstico. Se continúa evaluando a 6 pacientes.

ANÁLISIS DEL USO, CUMPLIMIENTO, ADHERENCIA Y PIF EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA Y EPOC TRATADOS CON INHALADORES

M. Sanz Flores (1), N. Vega Dombidau (1), L. Simón Alonso (1), C.P. Batres Erazo (1), R. Rodríguez Villamor (1), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

Introducción: 1 tratamiento inhalado es la principal vía de uso terapéutico en los pacientes con enfermedad respiratoria crónica obstructiva (asma y EPOC) debido a elevada eficacia por alto depósito a nivel local. El objetivo del estudio es evaluar cumplimiento, adherencia y correcto uso de los dispositivos inhalados prescritos para el tratamiento de su enfermedad de base. Se analizan aspectos clínicos y funcionales.

Metodología: Se realiza estudio clínico de corte transversal a los pacientes (p.) con diagnóstico de EPOC y asma que acuden a nuestro laboratorio de función pulmonar para la realización de estudio espirométrico. Se realiza entrevista clínica y se recogen variables epidemiológicas, clínicas y cuestionarios de medición de adherencia y cumplimiento. Se evalúa el correcto uso de los dispositivos. Los resultados obtenidos se incluyen en una base de datos elaborada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa informático R Project.

Resultados: Se incluyeron 62 p. con predominio de varones (57%) siendo el resto mujeres (43%) con edad media de 61 años. El 33% diagnosticado de asma (con predominio de mujeres) y un 67% diagnosticado de EPOC (más frecuente en varones). La mayor parte de nuestros p. (70%) eran fumadores activos o exfumadores. El tipo de dispositivo mayoritariamente prescrito fue polvo seco (77%) predominando elipta (53%). Destaca la triple terapia en un solo dispositivo (58%) asociándose al p. EPOC seguida de la doble terapia (LABA/ICS) (48%) correspondiendo al p. asmático. El 91% de nuestros pacientes refirió saber usar su dispositivo inhalador y presentó un pico de flujo inspiratorio (PIF) medido con chek-in dial que estaba en el rango de normalidad exigido para su inhalador. La mala técnica inhalatoria correspondió a personas de mayor edad que utilizaban polvo seco. La adhesión/adherencia medida por el cuestionario TAI fue buena en el 60% de los pacientes, observando algún tipo de incumplimiento en el 40% restante. El incumplimiento errático destacó por ser el más frecuente (71%), seguido del inconsciente (18%) y el deliberado (12%).

Conclusiones: 1. El cumplimiento del tratamiento inhalado en pacientes con asma y EPOC es claramente mejorable en nuestro medio. 2. Se observa un claro predominio del dispositivo de polvo seco tanto en asma (LABA/ICS) como en EPOC (triple terapia). 3. La mala técnica inhalatoria se asocia a una edad más avanzada y al uso de polvo seco. 4. Un dato favorable observado es la buena correlación existente entre el PIF con el recomendado para cada dispositivo.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DOMICILIARIO EN EL CONTROL Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE

M.G. Hurtado Gañán (1), C. Barea Jiménez (1), J. Díez Sierra (1), A.P. Gómez-Bastero Fernández (1).

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

Opta a Beca.

Introducción: Un programa de rehabilitación respiratoria (RR) domiciliario puede mejorar el control y la calidad de vida en pacientes con asma grave, debiendo tenerse en cuenta como terapia adicional en este grupo de pacientes.

Objetivo: analizar el impacto de la rehabilitación respiratoria en el control y la calidad de vida de los pacientes con asma grave valorados en Consulta Monográfica del HUVM.

Metodología: Ensayo clínico no farmacológico con inclusión consecutiva de pacientes con asma grave aleatorizados en grupo rehabilitación (programa domiciliario de RR) versus control, monitorizando parámetros de control del asma, calidad de vida, actividad física, parámetros funcionales y analíticos, desde enero de 2020 a mayo de 2022, con seguimiento a 6 meses. Los pacientes incluidos en el programa de RR realizaban ejercicio domiciliario 3 veces a la semana durante un período de 3 meses. Acudían a una sesión presencial donde la fisioterapeuta les explicaba los ejercicios a realizar: ejercicios de fuerza y resistencia (caminata 1 hora al día), aportándoles un enlace a videos explicativos.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (grupo rehabilitación n = 24 vs control n = 23), completando el periodo de seguimiento tras la intervención en 27 (rehabilitación n = 15 vs control n = 12).

En la [tabla 1](#) se recogen las características basales de ambos grupos. No hubo diferencias significativas; presentando un buen control del asma, calidad de vida y adherencia al tratamiento inhalado.

Como se muestra en la [tabla 2](#), no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en parámetros de control del asma, así como en la calidad de vida de los pacientes que realizaron el programa de rehabilitación respiratoria vs control; aunque si alcanzaron diferencias clínicamente relevantes en el grupo rehabilitación tanto en el control medido por el ACT como en la calidad de vida mediante el cuestionario mini-AQLQ (ACT rehabilitación: 23,1 vs control: 21,5; p = 0,118, mini-AQLQ rehabilitación: 6,3 vs control: 5,4; p = 0,075).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere un impacto positivo del programa de rehabilitación respiratoria domiciliario en el control y la calidad de vida de los pacientes con asma grave, aunque la ausencia de significación estadística hace necesario nuevos estudios que permitan aclarar los resultados.

ESTUDIO COMPARATIVO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y DE EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ENTRE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC) Y GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGIITIS (GEPA) TRATADOS CON MEPOLIZUMAB

A. León Lloreda (1), B. Muñoz Sánchez (1), D. Echavarría Kashmiri (1), M. Polonio González (1), M. Ferrer Galván (1), M.A. Romero Falcón (1), J.F. Medina Gallardo (1), F.J. Alvarez Gutiérrez (1).

(1) UMQER, Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL5 indicado en pacientes con AGNC tipo T2 eosinofílica y aprobado para el tratamiento de GEPA.

Objetivos: Estudiar en práctica habitual las características clínicas-funcionales y la efectividad en pacientes con AGNC y GEPA tratados con mepolizumab.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con AGNC y GEPA tratados con mepolizumab en nuestra unidad de Asma Grave. Se evaluaron parámetros clínicos, inflamatorios, funcionales y comorbilidades antes del comienzo del tratamiento y se evaluó la efectividad del tratamiento al año de seguimiento mediante la escala Exacto y Remisión clínica, según el consenso SEPAR REMAS. Se midió la respuesta buena+completa y la remisión clínica, considerando la efectividad según intención de tratar (se incluyó a todos los pacientes que fueron tratados y eran evaluables). Para los análisis utilizamos el test chi cuadrado y t-student.

Resultados: Estudiamos a 142 pacientes, mujeres N = 85 (59,9%), hombres N = 57 (40,1%) de edad media 54,57 (14) años, presentando GEPA N = 14 (9,85%). No encontramos diferencias significativas entre pacientes con AGNC y GEPA en cuanto a tabaquismo ni a comorbilidades como rinitis, EPOC_ASMA, Bronquiectasias, Atopia, Depresión/ Ansiedad, Déficit inmunitario, AOS, EREA ni obesidad.

Sin embargo, encontramos diferencias significativas en cuanto a la poliposis asociada (64,2% de los pacientes con GEPA y 29,6% en AGNC: p < 0,01), tratamiento continuo con esteroides orales (78.5% de los pacientes con GEPA y 25,7% en AGNC: p < 0,01), número de eosinófilos tanto histórico como visita basal (GEPA históricos 1673.5 y en

visita basal: 1.273; frente a AGNC históricos 855,5 y visita basal 683,7: $p < 0,01$) y número de agudizaciones previas (en GEPA 3,29 y en AGNC 5,11; $p < 0,04$). Tras el año de tratamiento, la efectividad fue superior en los pacientes con GEPA (respuesta buena+completa en AGNC 55,7% y 70% en GEPA; remisión clínica en AGNC 18,5% y 30% en GEPA) aunque sin diferencias significativas. Finalmente, al año el 55,5% de pacientes con GEPA seguían con esteroides orales continuos frente al 16,3% de pacientes con AGNC.

Conclusiones: Los pacientes tratados con mepolizumab y GEPA frente a los que presentan AGNC tienen un mayor número de eosinófilos, porcentaje de poliposis nasal y de tratamiento con esteroides orales continuos. La efectividad en respuesta buena+completa y remisión clínica es muy satisfactoria en los pacientes con GEPA siendo incluso superior a los pacientes con AGNC.

NEUMÓLOGO VS CHATGPT EN LA DECISIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO

S. García Morales (1), M. Utrero Rico (1), I. Romero Espejo (1), P. Erdozain Pérez (1), J.G. Soto Campos (1), F. Pérez Grimaldi (1).

(1) UGC Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Premio a la mejor comunicación.

Introducción: La Inteligencia artificial (IA) podría ser una herramienta de utilidad en la toma de decisiones médicas al integrar grandes volúmenes de datos clínicos e información basada en evidencia. El objetivo de este estudio es realizar un análisis comparativo entre la elección de la terapia biológica en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) por parte de la IA frente a la decisión médica, considerando el grado de eficacia y eficiencia del fármaco.

Metodología: Estudio comparativo entre la decisión médica y la IA respecto a la elección de la terapia biológica en pacientes naïve con diagnóstico de AGNC según eficacia y eficiencia. La muestra fue recogida desde Enero de 2023 hasta Agosto de 2024.

Se creó una consulta virtual con pacientes con AGNC, en la que se compara la toma de decisión de la IA, respecto a la decisión médica, en cuanto a la elección del fármaco biológico teniendo en cuenta los diferentes biomarcadores (eosinófilos, nivel de Ig E, FeNO) así como FEV1 y características del paciente, clínica respiratoria y número de agudizaciones.

Se evalúa inicialmente la elección del fármaco por parte de la IA teniendo en cuenta la eficacia del mismo y posteriormente, condicionada por el coste, con el fin de valorar el grado de concordancia final.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes, excluyéndose los mayores de 70 años, con cardiopatía isquémica previa y/o diabetes mellitus debido a que estos criterios ya suponen en sí un muy alto riesgo cardiovascular. Quedando una muestra de 39 pacientes.

Se registraron un total de 56 pacientes con diagnóstico de AGNC en tratamiento con biológicos naïve. Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#) y [tabla 2](#).

El empleo de la IA en la toma de decisión de la elección del fármaco biológico teniendo en cuenta únicamente la eficacia del mismo, muestra una correspondencia del 48,2% ($n = 27$) en relación a la elección médica (Kappa 0,340).

Considerando la relación coste-eficacia de la terapia biológica y las características clínica del paciente, la IA presenta una concordancia del 46,4% ($n = 26$) respecto a la decisión médica (Kappa 0,341).

La IA seleccionaría el mismo biológico, teniendo en cuenta la eficacia en su primer análisis y posteriormente valorando la eficiencia, en un 58,9% de los pacientes (Kappa de 0,470).

Existe una correlación del 41,1% ($n = 23$) entre decisión tomada por la IA y la decisión médica, condicionada tanto por la eficacia del fármaco como por su eficiencia.

Conclusiones: La capacidad de aprendizaje en los modelos de IA puede ser de gran utilidad en la toma de decisiones médicas en contextos específicos. Existe una concordancia aceptable en cuanto a la elección de la terapia biológica teniendo en cuenta eficacia y eficiencia con respecto a la decisión médica.

SEGUIMIENTO EN VIDA REAL DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO TRATADOS CON TEZEPELUMAB

A. Alvarez Napoles (1), J. Lopez García (1), A. Martinez Mesa (1), E. Condorelli Condorelli (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El asma grave no controlado (AGNC) se define como aquella que permanece mal controlada a pesar de recibir tratamiento con dosis altas de ICS (corticoesteroides inhalados) o OCS (orales) durante al menos 6 meses. Este subgrupo de pacientes representa aproximadamente el 3 - 10% de los casos en nuestro

entorno, siendo un reto significativo en el manejo del asma.

En los últimos años, el desarrollo de nuevos fármacos biológicos ha transformado las opciones terapéuticas para el AGNC. Entre ellos, Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal (mAb), actúa bloqueando la linfopoetina estromal tímica (TSLP), lo que permite inhibir múltiples vías inflamatorias implicadas en la enfermedad.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar en condiciones de vida real la eficacia de Tezepelumab, previamente respaldada por los resultados de ensayos clínicos.

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes tratados con Tezepelumab entre junio de 2023 y septiembre de 2024, tras haber recibido al menos cuatro dosis del fármaco. Los datos se recopilaban de la historia clínica digitalizada.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes (edad media: 56 ± 12 años) con una media de $2,3 \pm 2$ exacerbaciones con necesidad de OCS el año previo al inicio de Tezepelumab. Las variables demográficas, comorbilidades y datos clínicos pre y post-tratamiento se presentan en [Tabla 1](#) y [Tabla 2](#).

El cuestionario ACT mostró mejoría en el control del asma, pasando de 10 ± 3 a 12 ± 6 puntos. Hubo disminución en los valores de eosinófilos en sangre periférica (147 ± 148 vs. 229 ± 322), FeNO (15 ± 9 vs. 19 ± 14) e IgE (95 ± 106 vs. 203 ± 253), en comparación a los valores del año previo al inicio de tratamiento.

El FEV1 alcanzó 2005 ± 777 mL y 68 ± 26 %, con un incremento de $+236$ mL y $+5$ %.

El 47 % de los pacientes no presentó exacerbaciones con necesidad de OCS, y el uso de OCS de mantenimiento se redujo a 4 (13,3 %).

Tres pacientes (10 %) requirieron al menos un ingreso hospitalario.

Tezepelumab se suspendió en 7 pacientes (23,3 %) por falta de eficacia, sin efectos adversos; 1 era naïve y 6 habían recibido ≥ 1 mAb previo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos confirman que Tezepelumab es eficaz en vida real, logrando reducir exacerbaciones, mejorar la función pulmonar y optimizar el control del asma, manteniendo un perfil de seguridad favorable. Es necesario un seguimiento más prolongado para analizar sus efectos a largo plazo. Estudios con un mayor número de pacientes contribuirán a reforzar la evidencia de su eficacia en este contexto.

REVISIÓN SOBRE EL USO DE CORTICOIDES EN PACIENTES ASMÁTICOS EN NUESTRO CENTRO

M.M. Segura Romero (1) J. López García (1) A. Martínez Mesa (1) J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El asma presenta desafíos considerables en su manejo clínico. Un tratamiento de base efectivo se destaca como una piedra angular en la gestión de esta enfermedad, no solo para controlar los síntomas diarios, sino también para prevenir agudizaciones que puedan comprometer la salud pulmonar a largo plazo. Nuestro objetivo fue ampliar una evaluación del uso de corticoides por parte de los pacientes asmáticos en nuestra área sanitaria.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo. La muestra incluyó a 127, con diagnóstico de asma entre sus antecedentes que habían retirado tres envases o más de corticoides orales en el último año.

Resultados: De los 127 pacientes seleccionados, la edad media de nuestra muestra fue de 60 años, siendo la mayoría mujeres (61%). Sólo 14 pacientes (11%) tenían un diagnóstico confirmatorio de asma reflejado en su historia clínica. Sólo 19 (15%) estaban en seguimiento especializado por Neumología y de ello, sólo 34 (27%) presentaban alguna espirometría registrada.

En la [tabla 1](#) se muestran las variables más destacadas de nuestros pacientes. Presentaron una media de $1,5 \pm 1,7$ exacerbaciones con necesidad de toma de OCS. Encontramos un total de 9 (7%) pacientes que precisaron ingreso hospitalario con una media de 7 ± 5 días de ingreso. Tan sólo el 2,4% tenían tratamiento biológico.

La dosis acumulada de corticoides de nuestros pacientes fue de 1.183mg de prednisona o equivalentes, un 44% fue pautado por causa del asma.

Centrándonos en los pacientes corticodependientes encontramos de 16 pacientes: 12,6% tienen una dosis acumulada de 1.443 mg de prednisona (un 98% de la cual fue pautada por agudizaciones). Presentaron una media de $3,8 \pm 1,2$ exacerbaciones con necesidad de GCS. Observamos 3 (19%) pacientes que precisaron ingreso hospitalario. Encontramos en torno a 5 (31%) pacientes no tenían ningún tipo de tratamiento inhalado de base, resto en [Figura 1](#).

Conclusiones: Muchos de los pacientes no tenían test confirmatorio de asma, ni ninguna espirometría simple en el seguimiento.

Los pacientes corticodependientes, fueron los que presentaron peores resultados en cuanto a

exacerbaciones, porcentaje de ingreso y dosis de GCS acumulada.

Hay que destacar, la importancia del tratamiento inhalado con ICS como terapia base.

Es este sector concreto de la población el que requiere hacer mayor hincapié tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada.

INCUMPLIMIENTO ERRÁTICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO INHALADO

J. Hernández Borge (1), J.A. Márquez Alba (1), E. Sánchez Calle (1), J. López Rodríguez (1), L. Galán Ledesma (1), R. Morante Espada (1), A. Méndez Villaverde (1), M.B. Pires Manso (1), M.T. Gómez Vizcaino (1), P. Cordero Montero (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: El incumplimiento errático (IE) es muy frecuente en pacientes con tratamiento inhalado (TI) y consiste en abandonos intermitentes del tratamiento en relación con olvidos involuntarios o falta de un conocimiento adecuado del plan terapéutico. Nuestro objetivo ha sido conocer que factores pueden relacionarse con este tipo de incumplimiento.

Metodología: Empleando una cohorte prospectiva de paciente ambulatorios con TI (EPOC y asma) se evaluó la adherencia al TI mediante el Test de adherencia a inhaladores (TAI), examinando específicamente la presencia de IE. Se recogieron múltiples variables epidemiológicas, comorbilidad, tipo de tratamiento y dispositivos empleados, pruebas funcionales y exacerbaciones previas a la inclusión y en el seguimiento el año posterior. Se realizó un análisis comparativo en función de la presencia de IE (chi-cuadrado, t-Student).

Resultados: Se incluyeron 340 pacientes (59,1% hombres, edad media $61,7 \pm 16$ a, EPOC 43,8%, asma 52,1%, asma con EPOC 4,1%). Un 48,1% mostraron IE. No encontramos relación entre el IE y el ámbito poblacional, nivel educativo, severidad o grado de control del asma, tipo de dispositivo, empleo de cámara de inhalación o tratamiento con biológicos. El IE fue más frecuente en mujeres (54 vs 44,3%, $p = 0,09$), pacientes más jóvenes ($58,2 \pm 18$ vs $64,9 \pm 13$; $p = 0,05$), fumadores activos (60% vs 43% exfumadores; $p = 0,09$), con menos comorbilidad (Charlson 0 - 1 52,6% vs ≥ 3 39,5%; $p = 0,07$), sin diagnóstico de EPOC (53,1% vs 42,9%; $p = 0,06$), sin tratamiento con LAMA (60,6% vs 40,4%, $p = 0,005$), sin LAMA+LABA (60% vs 40,5%, $p = 0,001$), sin triple terapia (58,6% vs 35,7%, $p = 0,001$) y con dosis bajas de corticoides inhalados (55% vs 33,7%; $p = 0,006$). El test de Morisky Green se relacionó claramente con el IE (Incumplidor: 73% vs 28,2% en cumplidor; $p = 0,0005$). Los pacientes con IE tenían

mejores pruebas funcionales (FVC%, FEV1%, FEV1/FVC: $<0,05$), presentaron menos exacerbaciones ambulatorias ($0,8 \pm 1,3$ vs $1,3 \pm 1,5$; $p < 0,05$) y precisaron menos ciclos de corticoides orales en el seguimiento ($1 \pm 1,8$ vs $1,6 \pm 2,5$; $p < 0,05$).

Conclusiones: Encontramos IE en el 48.1% de los pacientes estudiados. Este problema apareció en pacientes más jóvenes, con menos comorbilidad, con tratamientos menos complejos y enfermedad más leve. A pesar del IE, estos pacientes tuvieron una evolución más favorable en el seguimiento.

EFFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN FUNCIÓN DE LA POLIPOSIS Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO

A. Carmona González (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Marín Andreu (1), I. Castillo Rivillas (1), A. Aís Daza (1), F. Pérez Grimaldi (2), S. García Morales (2), G. Soto Campos (2), M. Morales González (3), A. Badillo Melgar (3).

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

Introducción: Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses de tratamiento con Benralizumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en consulta de asma de 4 hospitales de la provincia de Cádiz, con poliposis y sin poliposis y el comportamiento del mismo en pacientes que no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente (Naive) frente a los que sí (Switch).

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con 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 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 73 pacientes (17 varones y 56 mujeres), con edad media de 58 ± 12 años. De estos, 3 eran fumadores activos y 25 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 30 (41%) presentaban rinitis alérgica, 24 (33%) poliposis, 8 (11%) triada ASA, 13 (18%) bronquiectasias, 12 (16%) ERGE, 7 (10%) osteoporosis y 24 (33%) ansiedad y/o depresión. Nueve (12%) eran corticodependientes. Veinte pacientes habían sido tratados previamente con Mepolizumab, 13 con Omalizumab y 1 con Reslizumab; 39 pacientes eran Naive.

Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes Naive de hasta un 20,80% ($2,74 \pm 2,11$ vs $1,8 \pm 2,23$ / $p < 0,003$) en comparación con pacientes Switch. No se observaron diferencias significativas en pacientes Naive frente a los switch en función pulmonar (FEV1 $2.158,6 \pm 821,7$ vs $1.756 \pm 821,99$ / $p < 0,31$) y ACT ($12,7 \pm 5,58$ vs $17,88 \pm 5,2$ / $p < 0,75$). No se observaron diferencias significativas a los 12 meses al tratamiento en pacientes con poliposis vs sin poliposis en cuanto a función pulmonar (FEV1 $1.844,3 \pm 851,3$ vs $2.236 \pm 912,99$ / $p < 0,176$), control según escala ACT ($11,84 \pm 4,3$ vs $18,74 \pm 5,12$ / $p < 0,027$) y número de agudizaciones ($3,18 \pm 2,5$ vs $1,08 \pm 1,9$ / $p < 0,257$).

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con Benralizumab proporcionó a los 12 meses, una reducción significativa del número de agudizaciones en pacientes Naive. No encontramos diferencias significativas según la existencia o no de poliposis.

ANÁLISIS CLÍNICO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO EN TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB

M. Utrero Rico (1), S. García Morales (1), I. Romero Espejo (1), P. Erdozain Pérez (1), J.G. Soto Campos (1), F. Pérez Grimaldi (1).

(1) Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: El asma grave no controlado (AGNC) es aquel que no se controla a pesar de presentar tratamiento con múltiples fármacos a dosis altas y realizar un manejo correcto de los rasgos tratables. Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal humano dirigido frente a la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) aprobado recientemente para el tratamiento del AGNC.

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes que han iniciado tratamiento con tezepelumab en la consulta monográfica de AGNC en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Metodología: Se diseñó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con datos clínicos de 37 pacientes con inicio de tratamiento con tezepelumab desde noviembre de 2023 hasta julio de 2024. Se evaluaron las características clínicas, parámetros analíticos, función pulmonar y fenotipos del AGNC.

Resultados: Se evaluaron un total de 37 pacientes con AGNC en tratamiento con tezepelumab. Las características generales de la muestra se describen en la [Tabla 1](#).

Como comorbilidades asociadas el 10,8% presentó rinosinusitis crónica con poliposis nasal, 16,2%

bronquiectasias, 10,8% apnea obstructiva del sueño, 37,8% reflujo gastroesofágico, 21,6% depresión y 24,3% ansiedad.

Los resultados analíticos, pruebas funcionales respiratorias y control del asma se muestran en la [Tabla 2](#).

En cuanto a los fenotipos de asma 10 pacientes (27%) presentaron un asma T2 bajo y 27 pacientes (72,9%) presentaron un asma T2 alto, de los cuales 10 pacientes (27%) presentaron un fenotipo T2 alto exclusivamente alérgico y 17 pacientes (45,9%) presentaron un fenotipo T2 alto eosinofílico con o sin alergia.

El 51,4% (19 pacientes) de los pacientes recibió tratamiento naive (47,4% fenotipo T2 bajo, 42,1% fenotipo T2 alto eosinofílico y 10,5% fenotipo T2 alto alérgico). El 48,6% (18 pacientes) realizó un switch a tezepelumab (11,1% T2 bajo, 44,4% T2 alto eosinofílico y 44,4% T2 alto alérgico), de los cuales 7 pacientes (18,9%) se habían tratado con dupilumab, 15 pacientes (40,5%) omalizumab, 3 pacientes (8,1%) mepolizumab, 7 pacientes (18,9%) benralizumab y 1 paciente (2,7%) reslizumab. El 21,6% (habían presentado dos o más tratamientos previos).

Conclusiones: Hemos podido observar una tendencia inicial de iniciar tratamiento con tezepelumab en dos perfiles de pacientes, por un lado fenotipos T2 bajo o perfil T2 alto con baja eosinofilia (menor de 300) y por otro lado pacientes con perfil T2 alto (más de 300 eosinófilos) que provenían de fracasos con biológicos previos.

EFFECTIVIDAD DE TEZEPELUMAB A LOS 6 MESES DE TRATAMIENTO

A. Carmona González (1), A. Ais Daza (1), I. Castillo Rivillas (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad. Uno de los más recientes, el Tezepelumab inhibidor de la proteína TSLP, al principio de la cascada inflamatoria.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 6 meses de tratamiento con Tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en consulta de asma.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con Tezepelumab. 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 7 pacientes (3 varones y 4 mujeres), con una edad media de $61,85 \pm 13,66$ años. De estos, 5 nunca fumador y 2 exfumadores. Tres pacientes presentaban disnea mMRC 1 y otros 3 mMRC 2. En cuanto a las comorbilidades, 1 paciente presentaba rinitis alérgica, 1 ERGE, 4 con pruebas alérgicas positivas, 1 osteoporosis, 2 AOS y 1 corticodependiente. Uno de ellos no había sido tratado con biológico previo y 6 sí: uno con mepolizumab, 1 omalizumab y 4 Dupilumab, realizando por tanto el “switch” la mayoría de los mismos por falta de respuesta.

Se observó una mejoría significativa a los 6 meses en el FEV1 ($1.543 \pm 821\text{ml}$ vs $1.618 \pm 789\text{ ml}$ / p <0,006), una reducción del número de agudizaciones de hasta un 82,08% ($2,14 \pm 0,9$ vs $0,43 \pm 0,54$ / p <0,001) un aumento del control según escala ACT ($10,57 \pm 2,7$ vs $14,29 \pm 6,1$ / p <0,0001). En cambio, se observó un aumento en la cifra de eosinófilos en sangre periférica ($118,57 \pm 53,98$ vs $121,43 \pm 54,60$ / p <0,001).

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con Tezepelumab proporcionó a los 6 meses, una reducción del número de agudizaciones, así como mejoría de la función pulmonar y un mejor control de los síntomas según escala ACT. Se observó un aumento significativo del número de eosinófilos en sangre periférica, sin apreciar cambios en cifras de IgE significativas.

EFICACIA CLÍNICA CON BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL GRAVE DEL HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA DURANTE 12 MESES DE TRATAMIENTO

A. Asuero Llanes (1), I. Muñoz Ramírez (1), B. Ruiz Duque (1), M. Garci-Varela Olea (1), A. Fulgencio Delgado (1), R. Figueriña Lopez (1).

(1) Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: Benralizumab ha demostrado en ensayos clínicos controlar adecuadamente la inflamación eosinofílica en pacientes con asma bronquial grave. En nuestro centro se emplea en asmáticos eosinofílicos Th2 naïve o mal control de un biológico previo

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron datos de la historia natural de asma, comorbilidades, número de exacerbaciones, ciclos de corticoterapia oral (GCO), cuestionarios de control sintomático (ACT), espirometría y biomarcadores Th2, tanto basal como a 12 meses desde el inicio del tratamiento con benralizumab. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico, con una significación p

<0,05.2.

Resultados: Muestra de 9 pacientes, 6 (66%) mujeres, con una mediana de edad de 60 (55 - 75) años. IMC de 28 (23 - 33) kg/cm². Identificamos 2 pacientes con RSCcPN severa, 1 con EREA y 3 con bronquiectasias. El tiempo de evolución desde el debut asmático fue de 38 (26 - 54) años. La aprobación de switch del fármaco, fue por falta de respuesta clínica a biológico previo en 5 (55%) pacientes, con una mediana de 36 (18 - 72) meses de uso del biológico, los cuales 3 (33%) estuvieron tratados con mepolizumab y 2 (22%) con omalizumab. El resto fueron 4 (44%) pacientes naïve. Los pacientes presentaban mal control clínico, con valores de ACT basal de 8 (5 - 10). El año previo el número de exacerbaciones fue de 3 (2 - 3), con una necesidad de ciclos de esteroides orales (GCO) de 2 (0 - 3) y una dosis acumulada de equivalentes de prednisona oral de 1.650 (412 - 8.250) mg/año. El valor basal de FEV1 basal en mL y porcentaje fue de 1.400cc (910 - 1.795) y 65% (47 - 78) El recuento de eosinófilos en sangre periférica basales fue de 280 células/mcL (204 - 395), con un valor de FENO de 16 ppb (12 - 76). A los 12 meses, el número de exacerbaciones descendió hasta 0 (0 - 0) (p = 0,04), lo que supuso una reducción de ciclos de GCO a 0 (0 - 0) (p = 0,03) con una dosis acumulada de prednisona 900 mg/año (0 - 7.625) (p = 0,04). El ACT mejoró hasta 14 (10 - 16) (p = 0,03). El FEV1 apenas mejoró a 1.440cc (850 - 1.755) (p = 0,8). Los niveles de eosinófilos se redujeron a 0 células/mcL (0 - 0) (p = 0,01). No hubo modificación en el FENO 17ppb (10 - 42) (p = 0,6).

Conclusiones: Los resultados con benralizumab van a favor respecto de la mejoría clínica, reducción de exacerbaciones y disminución de esteroides orales en una población que aúna tanto pacientes naïve como switch de biológicos, en ambos casos de asma Th2 de inicio tardío, al completar 12 meses de tratamiento.

EXPERIENCIA CLÍNICA DE TEZEPELUMAB PARA EL ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC)

A. González Hernández (1), C. Romero Sayago (1), A. Rodríguez Cabrera (1), J. Domínguez Caro (1), A. Pereira Vega (1), C. Puchaes Manchón (1).

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

Introducción: En la actualidad disponemos de múltiples fármacos biológicos para el AGDC que actúan a distintos niveles de la cascada inflamatoria. Sin embargo, recientemente disponemos en nuestra farmacia hospitalarias de Tezepelumab, que tiene como diana la Linfopoyetina estromal tímica, actuando a un nivel superior que el resto de fármacos, inhibiendo así diferentes vías de activación de la enfermedad.

El objetivo de este estudio es valorar las características clínicas y eficacia de Tezepelumab en nuestra cohorte de pacientes con AGDC.

Metodología: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes que estaban tratamiento activo con Tezepelumab, y que hayan tenido revisión a los 4/6 meses, tras inicio del fármaco, en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, recogiendo sus características clínicas y datos de eficacia mediante la escala multidimensional EXACTO (Exacerbaciones, ACT, FEV1 y CO), diferenciándolos por fenotipos y perfiles clínicos.

Resultados: Disponemos de una muestra de 28 pacientes, cuyas comorbilidades más relevantes son 50% tabaquismo (activo y exfumador) con IPA medio 9,26 paq/año, HTA y rinitis. Hasta un 60% presenta un fenotipo T2, siendo el perfil más prevalente, el alérgico-eosinofílico y una corticodependencia (CD) del 50%. Con respecto a la eficacia, los resultados se muestran en la [figura 1](#). Donde destaca, de forma global una respuesta de 82,3% (23,5% completa (RC) y 35,3% buena (RB)). Mejoría del ACT 5 puntos ($p = 0,001$), reducción exacerbaciones (R.Ex.) 67%, reducción de CD de un 43% ($p = 0,07$) (CD-post 17,6%), aumento medio de FEV1 8%.

Al comparar los diferentes perfiles y fenotipos apreciamos una mayor eficacia en el perfil No T2 con RC 57% y 14% RB, reducción CD del 57,5% (CD-post 12,5%), mejoría del ACT 5 puntos, aumento del 6% FEV1 y R.Ex 85%. En comparación con T2 con RC 0% y RB 50%, mejora ACT 4 puntos, reducción CD 20% (CD-post 18,2%), mejora FEV1 10% y R.Ex 56%. Dentro de T2, destaca mayor eficacia en perfil eosinofílico (RB 100%) Y Reducción CD 75% (CD-post 0%) y mejoría ACT 6 puntos, seguido Alérgico (RB 50%) y Alérgico-eosinofílico (RB 25%). [Figura 2](#).

Conclusiones: 1. Tezepelumab es un fármaco eficaz en AGDC, en concreto en el fenotipo NoT2 y T2 Eosinofílico, reduciendo exacerbaciones, corticodependencia y mejoría en calidad de vida y función pulmonar. 2. Se observó una disminución global de la corticodependencia en pacientes en tratamiento con Tezepelumab. 3. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestra para validar los resultados.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: PERFIL DEMOGRÁFICO Y RIESGOS CARDIOVASCULARES ASOCIADOS EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

A. Ortiz Bermúdez (1), A. Cabeza Serrano (1), A. García Muñoz (1), L. Asencio Monteagudo (1), G. Gonzalez Mendoza (1), P. Lobato De La Sierra (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología muy prevalente e infradiagnosticada. Se asocia a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedad cardiovascular (ECV).

Metodología: Material y métodos: estudio descriptivo-retrospectivo PG realizadas entre Ene/20 y Sep/23 ($n = 1.718$). Se clasificó a los pacientes en función del índice de Apneas-Hipopneas (IAH) (no AOS; AOS leve/moderado/grave/muy grave). Se estudió la relación entre AOS en sus diferentes grados de severidad, edad, sexo y FRCV (IMC, HTA, DLP y DM).

Resultados: Se realizaron 1.718 PG (67,4% hombres y 32,6% 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 ser hombre se relaciona significativamente con presentar AOS leve, grave y muy grave en esta muestra; sin encontrar diferencias significativas en AOS moderado. Se puede tratar de un factor de confusión ya que en estos es más frecuente el tabaquismo, consumo de alcohol y otros FRCV. Se estudiaron las posibles relaciones entre la edad y el grado de AOS. Los resultados revelan que guardan una correlación positiva de forma general, siendo estadísticamente significativa la relación en el AOS moderado y grave y la edad. Respecto a los FRCV, durante el análisis sólo mostraron resultados significativos la relación entre el grado de AOS con la HTA y el IMC. El análisis de los datos revela una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de HTA y su ausencia en los pacientes con AOS moderada y muy grave. No se encontraron diferencias significativas en los grupos no AOS, AOS leve ni grave. Se estudió la relación entre el IMC y el grado de AOS. Los resultados revelan correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre IMC y AOS muy grave; conforme aumenta el IMC aumenta la prevalencia de AOS muy grave en la muestra.

Conclusiones: Solo el 45% de los pacientes del estudio presentaron un AOS relevante. Se trata de una patología infradiagnosticada en la que los FRCV y las ECV repercuten de forma significativa en su gravedad. Entre los hombres hay una mayor prevalencia de AOS de mayor gravedad. Existe una correlación positiva entre la edad y el grado de AOS. Entre los FRCV, aquellos con mayor impacto en nuestro estudio fueron la HTA y el IMC; objetivando en ambos una correlación positiva con el grado de AOS.

RELACIÓN ENTRE AOS Y ELA EN LA CONSULTA DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN EL HUPR

G.J. González Mendonza (1), M.P. Lobato De La Sierra (1), L. Asencio Monteagudo (1), F.L. Gil Muñoz (1), A. Ortiz Bermúdez (1), A. Cabeza Serrano (1), S. Pimentel Viseu Roches Diniz (1), D. Del Castillo Otero (1), A.J. García Muñoz (1).

(1) *Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.*

Introducción: 1. Analizar la prevalencia de AOS en los pacientes con ELA, así como el grado que presentan de este. 2. Analizar las terapias respiratorias por las que se optaron para el manejo de este. 3. Correlacionar las terapias respiratorias con las pruebas funcionales respiratorias.

Metodología: Estudio descriptivo de 21 pacientes revisados en nuestra consulta monográfica de enfermedades neuromusculares desde Enero hasta octubre de 2024. Se recogieron datos generales, clínicos, funcionales, parámetros del respirador y supervivencia.

Resultados: El 47% de los pacientes eran varones con una edad media de 58 años, el 71,4% se clasificaron como ELAs bulbares. La media de inicio de sintomatología respiratoria es de 418 días tras el diagnóstico, exceptuando dos pacientes en los que los síntomas respiratorios se iniciaron previo al diagnóstico (30 y 608 días). Una vez iniciados los síntomas respiratorios el tiempo hasta el inicio de la VMNI fue a los 151 días de media, representando los pacientes ventilados en el momento del análisis un 57% del total.

Respecto al tipo de VMNI, en el 83,8% se inició soporte con BiPAP, con unos parámetros de presión medios de: IPAP 11,8 y EPAP 6,9. Hasta la fecha, el 23% han tenido ingresos relacionados con su patología y solo 3 de los 21 pacientes (14%) habían fallecido.

Con respecto a las pruebas funcionales respiratorias presentaban unos valores medios hasta la fecha de FEV1 2.046 ml (72%), FVC 2.746 ml (71%), FEV1/FVC 0,79%, destacando que a los pacientes que se les inició VMNI presentaban una FVC de 2.375 ml (63%) vs aquellos que no se les había iniciado de 3.160 ml (81%).

De los 21 pacientes a 18 se les ha realizado poligrafía respiratoria, siendo diagnósticas de apnea obstructiva del sueño (AOS) el 50 % de ellas, con la siguiente distribución de severidad: leve 44 %, moderado 44 % y severo 11%. El IAH medio fue de 10,2, la T90 media de 5,7 % y la saturación de O2 media durante el sueño de 93,6%. De las AOS confirmadas, el 77% fueron manejados con BIPAP, el 11% con CPAP y el 11% restante con medidas higiénico-dietéticas.

Conclusiones: 1. La prevalencia de AOS en estos pacientes es superior a la de la población general, siendo

la BIPAP la terapia respiratoria mayoritariamente utilizada. 2. De los pacientes que fueron diagnosticados de AOS la gran mayoría fueron calificados como leve o moderado. 3. Los pacientes que precisaron VMNI presentaron peores datos en las pruebas funcionales respiratorias en referencia a la FVC.

PERFIL DE PACIENTES CON AOS EN TRATAMIENTO CON CPAP Y CORRELACIÓN ENTRE LA TITULACIÓN DE AUTOCPAP Y LA FÓRMULA HOFSTEIN

L. Asencio Monteagudo (1), F.L. Gil Muñoz (1), G.J. González Mendoza (1), P. Lobato De La Sierra (1), M. Sánchez Bommatty (1), A. Ortiz Bermúdez (1), A.J. García Muñoz (1), V. Luque Fernández (1).

(1) *Neumología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.*

Introducción: Conocer el perfil de pacientes con AOS en tratamiento con CPAP en nuestro hospital. Saber las características de la poligrafía (PG) de nuestros pacientes, la determinación de la CPAP mediante Hoffstein y las autoCPAP. Averiguar si existe correlación entre la fórmula de Hoffstein y autoCPAP.

Metodología: Seleccionamos a 19 pacientes diagnosticados de AOS por PG a quienes se les aplicó un tratamiento con CPAP basado en la fórmula de Hoffstein.

Después se registró la titulación por autoCPAP, recogiendo: presión visual, presión mediana, presión percentil 95, IAH residual (IAHr), fuga mediana p95. Se excluyó a los pacientes con IAHr por encima de 10 evento/hora, el cumplimiento fue de <4 horas o cuando fugas fueron >24l/min.

Para la descripción de variables cualitativas se emplearon los porcentajes de las clases y para las variables cuantitativas la media y desviación típica. Para comparación de presión por Hoffstein y presión p95 obtenida por autoCPAP se ejecutaron: cálculo de coeficiente de correlación intraclase, representación con gráfica método Bland Altman y análisis de regresión lineal.

Resultados: De los 19 pacientes (13 hombres y 6 mujeres) la media de edad fue de 54,4 años. El IMC medio de 33 kg/m2. En cuanto a comorbilidades, había 9 hombres y 4 mujeres con HTA, 5 hombres con Dislipemia y 3 Hombres con Diabetes.

El Hoffstein medio fue de 7,1. En la PG destaca un IAH medio de 39,9, una DO de 40,7 una SatO2 media de 89,2% y un CT90 de 17,5%.

La duración media de la titulación de AutoCPAP fue de 3,68 días con IAHr medio de 3,4, Pmediana media de 9,1, una Pp95 media de 11,3 y una fuga media de 6.

Se excluyeron 4 pacientes por presentar fugas >24l/min y se estudió la correlación y concordancia, así como

la supra o infraestimación de la presión obtenida por Hoffstein con respecto a la presión p95 calculada por autoCPAP.

La correlación obtenida es de 0,507 (IC 95% -0,10 - 0,81) p 0,027, siendo la concordancia baja (según la escala de Fleish).

Fue frecuente la subestimación de las presiones obtenidas por Hoffstein con una diferencia media negativa de -4,7 cm H₂O (IC 95% -5,7 - -3,66).

Conclusiones: 1. Nuestro perfil de pacientes son hombres de mediana edad con HTA, obesidad y no fumadores. 2. Hay correlación entre presión p95 del registro de la autoCPAP y la presión obtenida por fórmula de Hoffstein aunque esta es baja. 3. Existe una infraestimación entre las medias presión obtenida por fórmula de Hoffstein con respecto a las de la presión p95 obtenida en autoCPAP de -4,7 cm H₂O.

LA CARGA HIPÓXICA, ¿FUTURA MEDIDA DIAGNÓSTICA Y DE ESTRATIFICACIÓN DE GRAVEDAD EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

S. González Gutiérrez (1), J. Romero López (1), A. Rodríguez Cabrera (1), A.B. Rodríguez Gómez (1) - Delegada Asistencial Sapio Life S. A. U., M.T. González Hernández (1), J. Hilares Vera (1)

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

Introducción: Las medidas diagnósticas y de estratificación de gravedad de la apnea obstructiva del sueño (AOS) tienen importantes limitaciones. Por ello, se están desarrollando medidas alternativas. La carga hipóxica surge como un parámetro prometedor, al captar la hipoxemia total relacionada con el evento respiratorio durante el sueño al medir la duración, profundidad y frecuencia de las desaturaciones de oxígeno secundarias a la AOS. Pretende identificar los pacientes con AOS y predecir aquellos con riesgo cardiovascular y mortalidad aumentada.

Objetivo: valorar la utilidad de la carga hipóxica como indicador diagnóstico y estratificador de gravedad de la AOS.

Metodología: Hemos analizado mediante un estudio transversal y descriptivo los pacientes diagnosticados de AOS durante 2023 y 2024 en la consulta de sueño de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, mediante poligrafía respiratoria domiciliar con polígrafos con el software Sleepware G3 que nos permite registrar la carga hipóxica. Posteriormente hemos relacionado la carga hipóxica con los indicadores diagnósticos validados para la AOS utilizando la correlación Rho de Spearman.

Resultados: Se han analizado 137 pacientes que

cumplían los criterios de inclusión mencionados. De ellos, el 64,2% (88) eran varones con una edad media de 53 años, siendo el 38,7% (53) fumadores activos. Entre sus principales comorbilidades destacaban la obesidad con un 47,4% (65), HTA 43,4% (59), DLP 25,5% (35), DM2 8,8% (12), cardiopatía isquémica 2,9% (4) y accidentes cerebrovasculares 1,5% (2).

Respecto al estudio diagnóstico: el IAH medio fue de 34/h, con un CT 90 medio de 13%, un ID3% de 32 y una carga hipóxica media de 88% 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 (0,91) e ID3 (0,90) y menor con el CT90% (0,64).

Conclusiones: En nuestra cohorte existe una correlación positiva elevada (0,91 y 0,90) estadísticamente significativa entre la carga hipóxica y el IAH e ID3 respectivamente, siendo esta correlación más modesta con el CT90 (0,64); datos similares al de otras cohortes descritas en la literatura. Aunque son necesarios más estudios para poder evaluar mejor su utilidad, 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.

PERFIL DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES ANCIANOS DIAGNOSTICADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

E. Condorelli Condorelli (1), A. Álvarez Napoles (1), M. Benítez-Cano Gamonoso (1), N. Reina Marfil (1), B. Gómez Rodríguez (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno frecuente en adultos mayores y su prevalencia aumenta con la edad. El diagnóstico y manejo de la AOS en pacientes mayores de 80 años representa un desafío debido a factores clínicos, comorbilidades y cambios fisiológicos propios de la edad avanzada. Con el aumento de la esperanza de vida, es fundamental conocer el perfil clínico y demográfico de esta población para optimizar el tratamiento y mejorar su calidad de vida. El objetivo de este estudio es realizar una descripción del perfil de los pacientes mayores de 80 años diagnosticados con AOS en los últimos 5 años, identificando sus características clínicas y factores asociados.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo incluyendo pacientes de 80 años o más con diagnóstico de AOS confirmado

por poligrafía respiratoria en los últimos 5 años. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), índice de apneas-hipopneas (IAH) y porcentaje de tiempo con saturación de oxígeno por debajo del 90% (CT90).

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales el 52,6% (20) eran hombres, con una edad media de 83,47 años. El 13,2% (5) eran fumadores y el 36,8% (14) exfumadores. En cuanto a comorbilidades, el 89,5% (34) presentaba hipertensión arterial, el 26% (10) diabetes mellitus, el 52,6% (20) dislipidemia, y el 44,7% (17) fibrilación auricular. El Índice de masa corporal medio de los pacientes fue de 31,36 kg/m², el índice de apneas hipopneas medio de 35,1 por hora y el CT90 de 34,89%. El tiempo medio de uso de CPAP fue de 5 horas y 24 minutos.

Conclusiones: El perfil de los pacientes mayores de 80 años con AOS diagnosticada en los últimos 5 años se caracteriza por una alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y una mayoría de casos de AOS moderada a grave. Estos hallazgos destacan la necesidad de un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento de la AOS en esta población, considerando sus características clínicas y factores de riesgo. Se requieren más estudios para evaluar cómo estos perfiles pueden influir en la adherencia a tratamientos como la CPAP y en los resultados a largo plazo.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA MOVILIDAD DE PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA PORTÁTIL EN UN ÁREA DE SALUD, A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS TELEFÓNICOS

M. Sanclemente Mahecha (1), C. Marín Espín (1), M. Fajardo López (1), M.J. Córcoles Valenciano (1), A. Muñoz Lájara (1), J.M. Sánchez Nieto (1), A. Carrillo Alcaraz (2), M.A. Vives Manjón (3), M. Hernández Roca (1), R. Bernabeu Mora (1)

(1) Neumología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia, (2) Sin Centro de Trabajo - Jubilación, (3) Industria Farmacéutica - Personal de Laboratorio.

Introducción: Desde finales de los años ochenta, la oxigenoterapia portátil (OP) se ha establecido como un complemento del oxígeno domiciliario para pacientes cuya hipoxemia se agrava con el esfuerzo, permitiéndoles mantener una vida activa. No obstante, percibimos que la OP se emplea con frecuencia en pacientes con movilidad limitada y de manera inadecuada.

Objetivos: Evaluar el patrón de movilidad en pacientes con OP y cuantificar el uso inadecuado según la normativa vigente en la Comunidad Autónoma de Murcia.

Metodología: Estudio observacional transversal de muestra seleccionada de 264 pacientes con OP del área VI, Murcia. 1. Criterios de inclusión: Prescripciones OP activas, base de datos Vital Aire®, 06/06/2024. 2. Fuente: historia clínica electrónica (SELENE / SIEMENS®). 3. Variables: sociodemográficas, clínicas (tabaquismo, Disnea, ingresos, diagnóstico), Test marcha. Cuestionario telefónico: preguntas 3 dominios de movilidad: Mantener /cambiar posición (4 ítems), Llevar/mover objetos (2 ítems), Andar/moverse (2 ítems). Utilización OP (frecuencia) fuera domicilio (horas /día, días/semana). Definición uso adecuado OP: prescripción en paciente que ya disponen de oxígeno estático y mantienen actividades fuera del domicilio (≥ 2 horas/día y ≥ 4 días/semana).

Análisis estadístico: 1. Variables cuantitativas: medias $\pm$ desviación estándar o medianas (rango intercuartil). 2. Categóricas: frecuencias. 3. Comparación variables categóricas: prueba Ji2 Pearson.

Resultados: 63 pacientes, 35 varones (55,6%). Edad media 70,47 ($\pm 14,44$). Seis fuman (9,5%). El 46% tuvo hospitalización el año previo. Veintisiete presentan movilidad reducida (42,9%). Diagnóstico EPOC: 31 (49,2%), EPI: 13 (20,6%). En 51 prescripciones (81%) no hay test marcha previo.

Encuesta telefónica: 15 no contestaron (23,8%) De 48 realizadas, 54% respondió el paciente.

Movilidad: los pacientes no pueden: agacharse/ levantarse: 56 %; permanecer en pie (>15minutos): 44,1%; llevar pesos ligeros: 43,2 %; subir/bajar escaleras: 50% y andar 2 - 3 manzanas desde domicilio 55,8%. Veinticuatro pacientes (50%) salían ≥ 4 días/semana, y 12 (26,1%) lo hacían ≥ 2 horas/día. Adecuación por movilidad: 8/46 (17,4%).

Conclusiones: 1. Aproximadamente la mitad de los pacientes que reciben oxigenoterapia portátil presentan limitaciones de movilidad para actividades como mantener la posición, subir escaleras, cargar peso o desplazarse en los alrededores de su domicilio. 2. Menos de una cuarta parte de las prescripciones de OP se utilizan de manera adecuada en función de la movilidad.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

CRIBADO DE DÉFICIT DE ALFA1 ANTITRIPSINA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J. Peña Franco (1), M. Baena Bustos (1), C. Benito Bernáldez (1), V. Almadana Pacheco (1), A. Valido Morales (1).

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

Opta a Beca

Introducción: El déficit de alfa1 antitripsina (DAAT) es un trastorno genético subdiagnosticado que se asocia a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en edad temprana, por tanto, su sospecha y posterior diagnóstico nos permitirá promover intervenciones específicas.

Por ello, los objetivos de este estudio son determinar el genotipo de alfa1 antitripsina en una población seleccionada de pacientes fumadores que acuden a una consulta monográfica de tabaquismo, evaluar la presencia de EPOC de forma precoz en este grupo de pacientes y conocer el éxito del programa de deshabituación tabáquica según el genotipado.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional con inclusión de pacientes que acuden a una consulta monográfica de deshabituación tabáquica del Hospital Universitario Virgen Macarena desde marzo a mayo de 2024. A todos ellos se les ofrece un programa de tipo mixto: farmacológico y apoyo psicológico, con seguimiento a 3 y 6 meses para comprobar la tasa de abandono. Si no tenían enfermedad respiratoria conocida se les hacía una espirometría y se les realizó un estudio genético mediante toma de muestra de saliva con hisopo bucal.

Resultados: Se incluyeron un total de 79 pacientes y en 13 sujetos se encontró algún alelo deficitario del gen SERPINA1 (8 pacientes presentaban el alelo S, 1 paciente los dos alelos SS, 2 de ellos el alelo Z y los otros 2 los alelos raros I y Plowell), lo que supone el 16,5% del total de nuestra muestra. La prevalencia de EPOC en nuestra consulta fue del 20,25% con un infradiagnóstico del 62,5%.

Con respecto a la tasa de abandono a los 3 meses se alcanzó un 53,8% de éxito en el grupo que presentaba algún alelo deficitario y un 72,7% en el grupo de pacientes con genotipo MM, disminuyendo hasta el 15,4% de éxito a los 6 meses en el grupo que presentaba algún alelo deficitario y 48,5% en el grupo de pacientes con genotipo MM.

Conclusiones: Es importante la sospecha tanto de la EPOC como del déficit de alfa1 antitripsina (DAAT) para establecer de forma precoz el tratamiento. Dado que los fumadores con DAAT presentan una mayor morbilidad resulta relevante estudiar la prevalencia de este trastorno en estos pacientes para identificar sujetos doblemente susceptibles a desarrollar patología pulmonar y así poder llevar a cabo un seguimiento más estrecho en un programa de deshabituación tabáquica.

MARCADORES DE MORTALIDAD EN PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (PECP) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

M.J. Gómez Cañal (1), R. Perera Louvier (1), M. Baena Bustos (1), V. Almadana Pacheco(1).

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

Opta a Beca

Introducción: Tradicionalmente el manejo de pacientes con EPOC se ha basado en el control sintomático y la mejora de la capacidad funcional, sin embargo cada vez adquiere mayor importancia la búsqueda de marcadores que puedan predecir la evolución de esta patología, como podría ser la PECP. / Investigar posibles marcadores de mortalidad mediante PECP en pacientes con EPOC.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo, realizado en pacientes con diagnóstico confirmado de EPOC de una consulta monográfica, en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) desde enero 2018 a junio 2023. El periodo mínimo de seguimiento fue de 1 año. Se evaluó la mortalidad global y posibles factores predictores de mortalidad a los 2 años de la PECP. Este estudio se realizó siguiendo las directrices establecidas por las recomendaciones STROBE (*Strengthening the Reporting of observational Studies in Epidemiology*).

Resultados: El estudio incluyó a 152 pacientes con EPOC de los cuales el 80% fueron varones con una edad media de 63 $\pm$ 7 años, con un alto porcentaje de comorbilidades (índice de Charlson 2,6 $\pm$ 1,7 puntos). Respecto a la severidad según la GOLD, el 73,5% de los pacientes tenían un grado de EPOC grave o muy grave. No se encontraron diferencias significativas en los parámetros de la PECP entre vivos y muertos a los 2 años, salvo el VE/VO2 máx. Tanto en el análisis univariante (p 0.005; IC 95% 1.02-1.14; HR 1.08) como en el multivariante (p 0.004; IC 95% 1.04 - 1.21; HR 1.12), se observa cómo por cada 1,12 de aumento en los valores de VE/VO2 máx se produce un aumento del 12% de la tasa de mortalidad. En un análisis de supervivencia, se observó que a partir de los 3 años, cuanto mayor es el valor de VE/VO2 máx,

menor es la supervivencia, resultando esta diferencia estadísticamente significativa con un valor $p = 0.019$ según la prueba del Log-Rank.

Conclusiones: Se ha demostrado que los equivalentes ventilatorios de O₂ máximo medidos durante la PECP son un marcador significativo de mortalidad en pacientes con EPOC, siendo de gran relevancia realizar estudios con mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento para corroborar estos resultados.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE EPOC (SAE) EN EL HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

A. Marín Andreu (1), A. Aís Daza (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Ruano Raviña (2), D. Sánchez Murillo (3), A. León Jiménez (1).

(1) Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, (2) Hospital Clínico Universitario de Santiago, A Coruña, (3) Universidad de Cádiz.

Opta a Premio a la mejor comunicación.

Introducción: El estado actual de la contaminación ambiental y la salud respiratoria en la Bahía de Cádiz refleja un desafío dados los altos niveles de contaminación atmosférica causados por el tráfico marítimo, la actividad industrial, el transporte terrestre y la cercanía a instalaciones petroquímicas.

La liberación de contaminantes atmosféricos al ambiente contribuye al desarrollo de efectos adversos sobre el sistema respiratorio. Los pacientes con EPOC son especialmente sensibles a estos contaminantes y pueden experimentar exacerbaciones de sus síntomas debido a la exposición a niveles elevados de contaminación del aire.

El objetivo fue conocer el impacto de la contaminación ambiental sobre la salud respiratoria en la población de Cádiz.

Metodología: Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo teniendo en cuenta a todos los pacientes ingresados a cargo de la unidad de neumología por SAE en el Hospital Puerta del Mar, de todas las edades y ambos sexos entre los años 2021-2023. La recogida de los niveles de contaminantes atmosféricos se realizó a través de la estación meteorológica "Avda Marconi". Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los niveles de contaminantes y la prevalencia de EPOC. Se evaluó la asociación entre la media trimestral del nivel de los distintos contaminantes y el número de ingresos, analizando a su vez la correlación con diversos parámetros de precipitación, viento y temperatura.

Resultados: Se registraron un total de 307 hospitalizaciones entre 2021-2023. En este periodo el número de ingresos por SAE aumentó evidenciando picos de aumento en determinados trimestres, fundamentalmente Q1-Q3. ([tabla 1](#)).

Hemos recogido por trimestres el nivel de diferentes contaminantes ambientales (PM₁₀, NO₂, O₃, SO₂) y datos meteorológicos (precipitaciones, viento, temperatura) así como el número de hospitalizaciones por síndrome de agudización de EPOC ([tabla 2](#)).

De forma individual hemos relacionado cada factor del estudio con el número de hospitalizaciones evidenciando diferentes tendencias y correlaciones entre el aumento o la disminución de los diferentes factores y el número de ingresos ([tabla 3](#) y [tabla 4](#)).

También, dentro de la serie temporal de cada factor evidenciamos similitudes entre ellos y relaciones también inversas según el trimestre ([tabla 5](#)).

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto la relación entre los niveles de contaminación ambiental así como de distintos factores meteorológicos y el número de ingresos por síndrome de agudización de EPOC.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE PRECISE-X, UN MODELO DE PREDICCIÓN DEL RIESGO DE LA PRIMERA EXACERBACIÓN GRAVE DE EPOC

A. Hammadi Ahmed (1), A. Romero Linares (1), L. Álvarez Muro (1), M. Miravittles Fernandez (2), B. Alcazar Navarrete (1).

(1) Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Las exacerbaciones graves de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ECOPD) se asocian a un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad. El objetivo de PRECISE-X es diseñar un modelo de predicción de riesgo individualizado para la primera ECOPD grave utilizando variables capturadas de forma rutinaria en los datos de las historias clínicas electrónicas.

Metodología: Se utilizaron los datos de atención primaria del Clinical Practice Research Datalink Aurum del Reino Unido de 1995 a 2022 para crear una cohorte de pacientes con EPOC recién diagnosticados. Desarrollamos un modelo de predicción de riesgo para predecir el riesgo de la primera ECOPD grave durante los siguientes 5 años (criterio de valoración primario) y los siguientes 12 meses (criterio de valoración secundario) basado en predictores determinados en el momento del diagnóstico. Mediante la agrupación natural por regiones de práctica, realizamos una validación interna-externa para evaluar el rendimiento del modelo fuera de la muestra en términos

de discriminación (estadístico c), calibración y beneficio neto.

Resultados: Se incluyeron 219.015 pacientes en el conjunto de datos analíticos (edad media al inicio 66,0, 42,4% mujeres). El riesgo de ECOPD grave a 5 años fue del 29,5% (riesgo a 12 meses: 4,2%) (Figura 1). El modelo final incluía cuatro predictores obligatorios: sexo, edad, disnea (mMRC) y FEV1 y hasta 22 predictores opcionales (índice de masa corporal, recuento de eosinófilos en sangre, índice de privación social, medicación actual y comorbilidades graves). La figura proporciona estimaciones del rendimiento del modelo específicas para cada región y agrupadas. El estadístico c medio fuera de muestra fue de 0,825 para la predicción a 5 años (0,771 para la predicción a 12 meses) (Figura 2). El modelo tuvo una calibración muy buena en todas las regiones.

Conclusiones: La primera exacerbación grave de EPOC puede predecirse con excelente exactitud, y la predicción del riesgo puede proporcionar utilidad clínica en una amplia gama de umbrales de riesgo.

PREVALENCIA DE INSOMNIO EN PACIENTES CON EPOC

A. Aís Daza (1), A. Carmona González (1), I. Castillo Rivillas (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los trastornos del sueño están presentes hasta en el 75% de los pacientes con EPOC, afectando negativamente a la calidad de vida y la historia natural de la enfermedad. Estos trastornos incluyen el insomnio, síndrome de piernas inquietas, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipoventilación y desaturación nocturnas de oxígeno.

El objetivo primario del estudio fue determinar la prevalencia de insomnio en una muestra aleatoria de pacientes con EPOC. Como objetivos secundarios, evaluar la relación entre el insomnio y la calidad de vida, la función pulmonar, y la ansiedad/depresión en pacientes con EPOC.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal sobre una muestra aleatoria de pacientes con EPOC atendidos en consultas externas de Neumología, durante un período de 6 meses.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (función pulmonar, tratamiento, toma de ansiolíticos/antidepresivos, comorbilidades, somnolencia diurna mediante el test de Epworth, calidad de vida mediante el cuestionario CAT, ansiedad y depresión mediante la escala HADS, y grado de insomnio mediante el Insomnia Severity Index).

Resultados: Se reclutaron 103 pacientes (77 varones y 26 mujeres), con una edad media de $71 \pm 7,69$ años. La mayoría eran EPOC GOLD A (37%), con una FEV1 promedio del $52,76\% \pm 18,37\%$.

La prevalencia de insomnio en la muestra estudiada fue del 46,6%; siendo insomnio leve el 20,4%; moderado el 21,4%; y grave el 4,9%.

No existieron diferencias significativas en el FEV1 ($55,44 \pm 18,92$ vs $50,42 \pm 17,72$) ni grado de obstrucción (GOLD A 14,6% vs 22,3%; GOLD B 16,5% vs 17,5%; GOLD E 15,5% vs 13,6%) entre los pacientes con y sin insomnio.

La puntuación del CAT fue significativamente mayor ($18,09 \pm 8,88$ vs $11,07 \pm 8,09$; $p < 0,001$) en paciente EPOC con insomnio. Por otro lado, los pacientes con EPOC sin insomnio tenían significativamente (61 vs 14 ; $p < 0,02$) menos ansiedad.

Asimismo, los pacientes con EPOC e insomnio tenían significativamente más somnolencia diurna por Epworth ($5,10 \pm 3,03$ vs $3,75 \pm 2,26$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de insomnio en paciente con EPOC, siendo del 46,6% en nuestra muestra.

En los pacientes con EPOC e insomnio se observó un mayor deterioro de la calidad de vida, mayor somnolencia diurna y una asociación significativa con la ansiedad, pero no con la depresión.

Dada la repercusión que tiene el insomnio es necesario tener en cuenta esta comorbilidad a la hora de valorar a los pacientes con EPOC.

Beca Neumosur 4/2024

LA METILACIÓN DEL CFDNA EN SANGRE PERIFÉRICA PERMITE CLASIFICAR A LOS PACIENTES CON EPOC SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA GOLD. ESTUDIO IBICENCA

L. Álvarez Muro (1), C. Hoyas Sánchez (1), M.J. Serrano Fernández (2), P.J. Romero Palacios (3), B. Alcázar Navarrete (4).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) GENYO, Centro Pfizer, Universidad de Granada, Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica, Granada, (3) Facultad de Medicina, Universidad de Granada, (4) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Opta a Beca

Introducción: El ADN libre de células circulantes (cfDNA) es un importante biomarcador de biopsia líquida muy próximo a la clínica debido a sus aplicaciones en el diagnóstico y el pronóstico. Este estudio pretende evaluar la metilación del cfDNA en sangre periférica como un biomarcador de la EPOC para proporcionar un diagnóstico precoz preciso.

Metodología: Estudio observacional prospectivo multicéntrico realizado en 3 centros hospitalarios de Andalucía, que incluyó a pacientes con EPOC y controles sanos (pareados por edad, sexo y tabaquismo) atendidos en consultas externas. De cada paciente se extrajeron 200 μ L de sangre total para análisis de metilación. Los sitios de metilación del ADN del genoma se analizaron utilizando el Infinium® MethylationEPIC BeadChip v1 (Illumina). Los arrays se escanearon utilizando la plataforma iScan (Illumina). Se utilizó el Chip Analysis Methylation Pipeline modificado para Illumina HumanMethylation450. La metilación diferencial se evaluó con una regresión beta jerárquica de dos niveles sobre una anotación basada en islas CpG. Los análisis de metilación diferencial se utilizaron como estrategia de extracción de características, para construir dos máquinas de vectores de soporte (SVM) de expresión basadas en islas CpG de metilación con núcleos lineales

Resultados: Participaron en el estudio 153 sujetos de los que finalmente se obtuvieron muestras válidas para 128 participantes (64 controles, 64 pacientes con EPOC). De los pacientes con EPOC (edad media 63 años, 18% mujeres, FEV1 53% teórico), 28 pertenecían al grupo GOLD A, 16 al GOLD B, 3 al GOLD C y 17 al grupo D. El análisis de metilación encontró 19.576 islas diferencialmente metiladas (DMIs) entre EPOC y controles. El análisis del componente principal (PCA) distinguió a los pacientes con EPOC de los controles sanos y separó los subgrupos dentro de la cohorte de EPOC según los grados GOLD basándose en los valores de metilación ([Figura 1](#) y [Figura 2](#))

Conclusiones: El análisis de metilación del cfDNA en sangre periférica discrimina a pacientes con sujetos sanos de pacientes con EPOC y dentro de los EPOC los diferentes grados de GOLD. El análisis de metilación puede ser un biomarcador simple para el diagnóstico de EPOC.

Introducción: Estudios recientes sugieren que los microARNs (miRNAs) podrían desempeñar un papel clave en la interacción fisiopatológica entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y la embolia pulmonar (EP). Resultados previos de nuestro grupo sugieren que la presencia de AOS podría influir en la persistencia de defectos de perfusión tras una EP. El objetivo de este trabajo fue determinar los miRNAs diferenciados entre los pacientes diagnosticados de AOS y que sufrieron una EP.

Metodología: Se analizaron muestras sanguíneas extraídas de pacientes incluidos en el estudio NIX (estudio de prevalencia y efecto de la AOS en la persistencia de defectos de perfusión tras una EP aguda). Se aisló el ARN total del plasma y se cuantificó la expresión de 179 miRNAs en 24 pacientes con EP, divididos en dos grupos en función de la presencia o no de AOS y macheados por edad y sexo. Para el análisis de expresión de miRNAs se utilizó R versión 4.3.2. Para el Modelo Lineal Generalizado Elastic-Net, los miRNAs identificados junto con sus coeficientes se extrajeron del modelo más ajustado. Para la identificación de genes diana y rutas, se emplearon las bases de datos KEGG (Release 112.0) y mirWalk (versión 3). Cytoscape (versión 3.10.1) fue utilizado para la visualización y análisis del interactoma.

Resultados: Un panel de 16 miRNAs sirvieron para construir el modelo de expresión diferencial entre un paciente con y sin AOS ([Figura 1](#)). De estos, 9 presentaron una mayor influencia en el modelo con un coeficiente de estimación $>0,4$ (mir_32_5p, mir_328_3p, mir_128_3p, mir_132_3p, mir_136_5p, mir_1260a, mir_99b_5p, mir_335_5p, mir_136_3) ([Figura 1](#)). En el análisis de interacción de vías y genes comunes, se obtuvieron los genes diana y vías de señalización que están más afectados por varios microARNs ([Figura 2](#)).

Conclusiones: En pacientes que sufrieron una EP, hemos identificado un panel de 16 miRNAs diferenciados en función del diagnóstico de AOS, potenciales biomarcadores de esta entidad. Además, hemos generado un marco de genes y vías metabólicas comunes en las que estos miRNAs están implicados. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para validar estos resultados y explorar su relevancia.

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE MICROARNs EN EMBOLIA PULMONAR VINCULADA A APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Carrera Cueva (1), M. Gratacós Aurich (2), N. Sola Idigora (1), M.D. Nuñez Ollero (1), I. Cano Pumarega (3), V. Cabriada Nuño (4), A. Rivas Guerrero (5), D. Hervás Marín (6), C. Caballero Eraso (1), R. Otero Candelera (1).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Instituto de Investigación Biomédica, Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, (3) Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, (4) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, (5) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Donostia-Donostia Unibertsitate Ospitalea, (6) **Industria Farmacéutica - Personal Laboratorio Departamento de Estadística Aplicada, Investigación Operativa y Calidad, Universidad Politécnica de Valencia.

VALIDACIÓN EXTERNA DE MODELOS PREDICTIVOS PARA EL RIESGO DE HEMORRAGIA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA (ETV) RECURRENTE EN PACIENTES CON CÁNCER Y ETV

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

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Beca.

Introducción: El manejo de la trombosis asociada al cáncer (TAC) representa un desafío clínico, dado que esta población presenta un mayor riesgo tanto de hemorragias como de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) recurrente. Existen varias escalas que evalúan estos riesgos, pero su falta de validación externa limita su aplicabilidad clínica. El objetivo del estudio es realizar una validación externa a 6 meses de dos escalas de hemorragias (CAT-BLEED y B-CAT), y una escala de ETV recurrente (Ottawa), en pacientes con TAC y tratamiento anticoagulante.

Metodología: Pacientes consecutivos con TAC en el periodo de Enero de 2008 hasta Junio de 2022. El rendimiento predictivo de las escalas se evaluó mediante el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (ROC). Además, evaluamos la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (VPN). Para la validación de los sangrados analizamos las hemorragias clínicamente relevantes (HCR) según los criterios de International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH). Todas las ETV recurrentes requirieron confirmación mediante prueba de imagen.

Resultados: Se incluyeron 1.206 pacientes con TAC (52,6% hombres, edad media $63,9 \pm 12,7$ años), de los cuales el 52,0% tenía metástasis. Las neoplasias más frecuentes fueron la colorrectal (18,7%) y pulmonar (16,4%).

Durante los primeros 6 meses hubo 65 HCR. En la escala B-CAT, una puntuación ≥ 3 tuvo una alta capacidad discriminativa, con un AUC de 0,74 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 0,68 - 0,80). La E fue del 74,3% y el VPN del 97,1%. Conseguimos validar la escala CAT-BLEED ($p = 0,04$), aunque no pudimos definir un punto de corte lo que limita su validación clínica.

Durante los primeros 6 meses hubo 60 ETV recurrentes, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) la localización más frecuente (46,7%). La escala Ottawa (1 - 3 puntos) mostró baja capacidad predictiva para el riesgo de recurrencia (AUC 0,47; IC 95% 0,44 - 0,50), con E

del 45,8%, VPP del 5,9% y VPN del 96,1%.

Conclusiones: Hemos validados dos escalas que predicen las HCR en los primeros seis meses tras la ETV. La escala B-CAT presenta una alta capacidad de predicción de HCR. Este modelo puede ayudarnos a tomar decisiones sobre la duración e intensidad de la anticoagulación en pacientes con TAC.

IMPACTO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE ENTRENAMIENTO FÍSICO TRAS UNA TROMBOEMBOLIA PULMONAR

B. Brown Arreola (1), A. Ortega Moral (1), V. Sánchez López (1), R. Otero Candelera (1).

(1) UMQER, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Beca.

Introducción: La tromboembolia pulmonar (TEP), es una condición potencialmente mortal que representa la tercera causa dentro de los síndromes cardiovasculares. Sus secuelas funcionales e impacto en la calidad de vida, siguen siendo un desafío. En contraste con otras enfermedades respiratorias, la eficacia, seguridad e impacto en la calidad de vida de la rehabilitación pulmonar en pacientes con TEP, no están completamente establecidos. El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto funcional y de calidad de vida de un programa estructurado de rehabilitación pulmonar en pacientes que han sufrido una tromboembolia pulmonar.

Metodología: Se ha realizado un estudio aleatorizado, abierto en pacientes que han sufrido un tromboembolismo pulmonar. Los pacientes fueron aleatorizados a dos grupos; Un programa de rehabilitación estructurado de ocho semanas de duración supervisado, o a un grupo control. Fueron sometidos a una prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) y cuestionarios de calidad de vida (EuroQol scale, PEmb-QoL) pre y post intervención.

Resultados: Se reclutaron 114 pacientes de los cuales se aleatorizaron 29, 13 fueron asignados al grupo de entrenamiento y 16 al grupo control. Finalmente, pudieron ser analizados 11 pacientes del grupo experimental y 13 pacientes del grupo control. Se observó una mejoría de la carga máxima a favor del grupo de entrenamiento en la PECP ($p = 0,018$). También se observaron tendencias a la mejoría, sin alcanzar diferencias significativas, en el aumento en el VO₂max y del umbral anaeróbico y en la VE/MVV. Respecto a la calidad de vida, PEmbQoL y EQ5D demostraron diferencias significativas a favor del grupo de entrenamiento en las dimensiones de la actividad de la vida diaria, movilidad, esfera social y laboral, y estado de salud percibida ($p = 0,002$). (Tabla 1).

Conclusiones: 1. La rehabilitación pulmonar demuestra un impacto positivo en la capacidad física y eficiencia cardiovascular de los pacientes tras un TEP. 2. Se experimentó una mejoría significativa en diversos aspectos en la calidad de vida con repercusión positiva en la reintegración social y funcional tras un TEP.

EFFECTO DEL ANTIBIÓTICO NEBULIZADO EN EL PROCESO DE DECANULACIÓN DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

A. Sánchez Alonso (1), P. Otero Chamoso (1), E. García Díaz (1), J. Toral Marín (1), M. Barca Hernando (1), S. López Ruz (1).

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

Introducción: Las infecciones respiratorias, ya sean neumonías (asociadas o no a la ventilación mecánica) o traqueobronquitis dificultan el proceso de decanulación en los pacientes traqueostomizados. Hay estudios que avalan el uso de antibióticos nebulizados en la prevención de neumonía asociada a ventilación, pero no hay demasiada evidencia en como de útiles son en pacientes traqueostomizados, estén o no conectados a ventilación mecánica, durante su proceso de decanulación. Nuestro objetivo es conocer si el uso de antibióticos nebulizados mejora el número de infecciones respiratorias durante dicho proceso.

Metodología: Se realizó un estudio cuasiexperimental antes-después, unicéntrico en el que se incluyeron pacientes traqueostomizados en el proceso de decanulación y/o weaning ingresados en una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) a los que se inicia antibiótico nebulizado. Se realiza una descripción de la muestra y un análisis del número de infecciones respiratorias halladas (definidas por un CPIS SCORE ≥ 6) antes y después del inicio del antibiótico nebulizada durante su estancia hospitalaria. Se registran también proporciones de decanulación global y mortalidad a 30 días.

Resultados: De una muestra inicial de 33 pacientes se incluyeron finalmente un total de 19 pacientes traqueostomizados con uso de antibiótico nebulizado. La media de edad fue de 58,1 años y con una mayoría masculina con el 74,2%. Un 31,5% tenía patología respiratoria previa y un 63,5% factores de riesgo cardiovasculares. La media de días de ventilación

mecánica fue de 71,2 días. La media global de infecciones respiratorias fue 3,0 previo al uso de antibiótico nebulizado y se redujo de manera estadísticamente significativa ($p = 0,01$) a 0,94 tras el uso de antibiótico nebulizado. En el grupo de colistina la reducción paso del 2,7 a 1,2 ($p = 0,08$) y el grupo tobramicina se redujo del 3,2 a 0,7 ($p = 0,02$). Tras el ajuste por tiempo a riesgo se objetiva una disminución de la tasa de incidencia acumulada global de 1,78 infecciones por persona-mes previo al antibiótico nebulizado a 0,61 infecciones por persona-mes. La proporción de decanulación global fue del 73,6% y la mortalidad a los 30 días fue del 10,5%.

Conclusiones: El antibiótico nebulizado redujo un 69% el número de infecciones respiratorias en los pacientes traqueostomizados en el proceso de decanulación. Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas tanto con colistina como con tobramicina.

SUPERVIVENCIA EN NO PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS FIBROSIS QUÍSTICA (BQNOFQ)

J. Hernández Borge (1), J. López Rodríguez (1), L. Galán Ledesma (1), R. Morante Espada (1), J.A. Márquez Alba (1), E. Sánchez Calle (1), A. Méndez Villaverde (1), M.B. Pires Manso (1), P. Íñigo Naranjo (1), P. Cordero Montero (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Opta a Beca.

Introducción: Conocer la supervivencia a largo plazo de pacientes con bronquiectasias no fibrosis quística (BQNOFQ) y estudiar los factores relacionados con la misma.

Metodología: Cohorte de pacientes con BQNOFQ incluidos tras un ingreso hospitalario (2006-2014) con seguimiento hasta octubre de 2024. Se recogieron múltiples variables epidemiológicas, clínicas, extensión radiográfica, aislamientos microbiológicos, exacerbaciones previas, tratamiento y causa de la muerte. Se realizó un análisis de la supervivencia mediante tablas actuariales, Kaplan Meier y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (60% hombres, edad media $64,8 \pm 14$). Al final del seguimiento la mortalidad fue del 63,9% (respiratoria: 49,6%, neoplásica: 20,6%, cardiaca: 7,6%). La supervivencia a los 5, 10 y 15 años tras la inclusión en el estudio y tras el diagnóstico de BQ fue del 62%, 45% y 31% y del 77%, 59% y del 42%, respectivamente. La mortalidad no se relacionó con el género, diagnóstico etiológico, tuberculosis previa, clínica (tos, expectoración, purulencia, sibilantes o hemoptisis previa), tipo de BQ (cilíndricas o quísticas), diversos tratamientos (LAMA, LABA, corticoides

inhalados o sistémicos, macrólidos en pauta continua, antibioterapia inhalada) o aislamientos microbiológicos. La supervivencia fue significativamente inferior ($p < 0,05$, test long rank) en los pacientes >70 años, con hipertensión, diabetes, cardiopatía, neoplasia, EPOC, con mayor grado de disnea (mMRC), con insuficiencia respiratoria, BQ bilaterales, con datos de hipertensión pulmonar y fibrosis en el TACAR, con FEV1 70, el grado de disnea mMRC >2 , la presencia de diabetes, cardiopatía, neoplasia, la evidencia BQ bilaterales, con datos de hipertensión pulmonar y fibrosis residual.

Conclusiones: Encontramos una elevada mortalidad en pacientes con BQnoFQ (63.9%) aunque, sólo el 49.6%, fue de causa respiratoria. Diversos aspectos como la edad, comorbilidad, la afectación clínica y radiográfica, fueron predictores de la supervivencia de los mismos.

ANÁLISIS DE LOS FENOTIPOS DE BRONQUIECTASIAS NO FQ Y SU IMPACTO CLÍNICO-PRONÓSTICO

M.G. Hurtado Gañán (1), T. García Guerrero (1), C. Sánchez Villar (1), R. Ayerbe García (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Opta a Beca.

Introducción: Las bronquiectasias no debidas a fibrosis quísticas (BQ no FQ) constituyen una enfermedad respiratoria crónica prevalente, cobrando una mayor importancia su caracterización en diferentes fenotipos que comparten características fisiopatológicas, clínicas y de tratamiento, con el objetivo de lograr un manejo terapéutico más personalizado.

Objetivo: describir y caracterizar los diferentes fenotipos clínicos y valorar el riesgo de complicaciones en cada uno de ellos.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de variables demográficas, clínicas, microbiológicas, funcionales, de tratamiento y pronósticas recogidas entre enero de 2018 y abril de 2024 de pacientes con BQ no FQ que mantienen seguimiento en la consulta monográfica en HUVM.

Resultados: Se obtuvo una muestra compuesta por 239 pacientes, que se pudieron clasificar (sin ser excluyentes entre ellos, ya que el 16% comparten más de 1) en los siguientes fenotipos:

Agudizador: 96 pacientes (40,17%), con una edad mediana de 78 años (RI 85 - 67), siendo el 45,8% varones, EFACED >4 52,5%.

Infección bronquial crónica (IBC) por *Pseudomonas aeruginosa*: 75 pacientes (31,38%), con edad mediana de 75 años (RI 84 - 67), 31% varones, con EFACED >4 61,43%.

BQ eosinofílicas: 59 pacientes (24,69%), edad mediana 79 años (RI 83 - 64), 52,5% varones, EFACED >4 49,2%.

BQ-EPOC: 57 pacientes (23,85%), con edad mediana de 76,50 años (RI 81,25 - 68), 79,6% varones, EFACED >4 61,1%.

En la [tabla 1](#) se muestran las distintas correlaciones en función con el fenotipo. En la [tabla 2](#) se muestra el riesgo en función de cada fenotipo.

Conclusiones: 1. Los pacientes agudizadores presentan mayor número de ingresos, mayor sintomatología y más exitus. 2. Encontramos riesgo incrementado de exitus en aquellos pacientes con fenotipo: agudizador, eosinofílico y EPOC. 3. Pacientes con BQ IBC presentan mayor riesgo de tener agudizaciones ambulatorias, pero no presentan riesgo incrementado de mortalidad. 4. Es de gran importancia diferenciar los distintos fenotipos para poder ajustarnos a los distintos rasgos tratables, aunque no siempre es fácil su diferenciación en distintos grupos.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA REDUCCIÓN BRONCOSCÓPICA DEL VOLUMEN PULMONAR CON VÁLVULAS ENDOBRONQUIALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

C. Hoyas Sánchez (1), A. Almansa López (1), L. Álvarez Muro (1), A. Hammadi Ahmed (1), A. Romero Linares (1), L. Casares Martín-Moreno (1), A. Jiménez Antón (1), M. Jiménez Gómez (2), J. Díaz Miravalls (3), B. Alcázar Navarrete (4).

(1) Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, (3) Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, (4) Neumología, Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Opta a Beca.

Introducción: En pacientes con enfisema grave y sin ventilación colateral, varios ensayos clínicos controlados aleatorizados han demostrado mejoras clínicamente relevantes en la disnea, la función pulmonar, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida 12 meses después del tratamiento de reducción broncoscópica del volumen pulmonar (RVBP). El objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis es examinar la eficacia terapéutica y las complicaciones de la RVBP con válvulas endobronquiales.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Embase y Cochrane Library mediante una combinación de palabras clave y encabezamientos de materia. Sólo se incluyeron ensayos controlados aleatorios de RVBP con válvulas endobronquiales a partir de 2005. Esta revisión sistemática ha sido registrada en PROSPERO (CRD42024618560). Todos los análisis se realizaron con el paquete MAJOR para Jamovi.

Resultados: Se incluyeron 9 estudios para el metanálisis con un número total de 1.352 pacientes, de los cuales 827 recibieron RVBP y 525 medicamentos

de tratamiento estándar (SOC). Nuestro metanálisis muestra una mejoría estadísticamente significativa en el FEV1, el SGRQ, el mMRC y la 6MWD en el grupo EBV en comparación con el SOC ([Figura 1](#)). El volumen residual (VR) se redujo de forma estadísticamente significativa tras la colocación de la VEB en comparación con el SOC. Hubo un aumento significativo de la incidencia deneumotórax y exacerbaciones en el brazo EBV sin diferencias significativas entre las tasas de mortalidad ([Figura 2](#)).

Conclusiones: El tratamiento con válvulas endobronquiales en pacientes con enfisema grave mostró mejoras significativas en la función pulmonar, la capacidad de ejercicio, la puntuación de disnea y la calidad de vida relacionada con la salud, pero también con un aumento del riesgo de exacerbaciones y neumotórax en los primeros 6 meses en comparación con el grupo de atención estándar.

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA GLOBAL DEL CRYO-EBUS EN NUESTRA SERIE DE 143 PACIENTES

S. Hernández Gómez (1), N. Matallana Encinas (1), J. López Rodríguez (1), R. Morante Espada (1), L. Galán Ledesma (1), E. Sánchez Calle (1), J.A. Marqués Alba (1), A. Castañar Jover (1), J.A. Gutiérrez Lara (1), I. Rodríguez Blanco (1).

(1) 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 Cryo-EBUS.

Metodología: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los pacientes a los que se realizó EBUS-TBNA y Cryo-EBUS en un mismo tiempo, desde mayo de 2023 a octubre de 2024. 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 Cryo-EBUS.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes (67,8% hombres, edad media: $63 \pm 17,1$ años). Entre los motivos de solicitud de la prueba encontramos: sospecha de enfermedad neoplásica (70%), sospecha de patología inflamatoria-granulomatosa (30%). El tamaño medio de

las muestras de criobiopsias obtenida fue de $0,36 \pm 0,9$ cm. La EBUS-TBNA fue diagnóstica en 112 pacientes (78%). El Cryo-EBUS fue diagnóstico en 129 pacientes (90%). La prueba combinada EBUS-TBNA + Cryo-EBUS en global fue diagnóstica en 133 pacientes (93%). La criobiopsia fue necesaria para estudio molecular en 30 pacientes con metástasis ganglionar donde la muestra del bloque celular era insuficiente y para subtipificar 14 pacientes con CPCNP sin especificar tras EBUS-TBNA. Además se diagnosticaron 2 pacientes con linfoma cuyo resultado del EBUS-TBNA fue no concluyente así como 1 paciente con diagnóstico de neumonía organizada. Como complicaciones, se observó sangrado leve en 18 pacientes y moderado en 4 pacientes.

Conclusiones: La EBUS-TMC es una técnica segura y 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 así como para procesos linfoproliferativos.

EL PAPEL DE LA GASOMETRÍA CENTRAL EN LA EVALUACIÓN DE DONANTES PULMONARES CON CRITERIOS EXTENDIDOS

B. Cantador Huertos (1), P. Childers Canduela (1), N. Moreira Lorenzo (1), FJ. González García (1), L. Hoyos Mejía (1), A. Álvarez Kindelán (1).

(1) Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La evaluación de los donantes pulmonares incluye la valoración radiológica, macroscópica, broncoscópica y gasométrica. El criterio más cuantificable continúa siendo, desde hace más de 30 años, el índice de oxigenación (PaFi), medido generalmente mediante gasometría arterial periférica radial (p-PaFi). Una p-PaFi >300 mmHg permanece como el valor clásico en la aceptación de donantes pulmonares, si bien actualmente, cuando la PaFi oscila entre 200 y 300, se recomienda una evaluación mediante perfusión exvivo. En los casos con un deterioro gasométrico importante objetivado mediante disminución de la PaFi, es necesario realizar gasometrías centrales a nivel de las venas pulmonares (c-PaFi). Nuestro objetivo es analizar los resultados a corto plazo de los trasplantes pulmonares procedentes de donantes con una p-PaFi <300 mmHg pero con una c-PaFi >300 mmHg para estimar cuántos de estos, descartados según criterios clásicos, podrían realmente ser donantes válidos.

Metodología: Estudio prospectivo multicéntrico en el que se analizan 124 donantes pulmonares consecutivos durante un año. En todos ellos se han realizado gasometrías simultáneas periférica y central durante la evaluación por el equipo extractor. Los donantes han sido clasificados en dos grupos: óptimos (p-PaFi superior a 300 mmHg) y extendidos (p-PaFi <300 mmHg pero c-PaFi >300 mmHg). Se han comparado los resultados a corto plazo mediante la incidencia de disfunción primaria del injerto (DPI) y la supervivencia en los primeros 30 días y se ha estimado el porcentaje de donantes potencialmente válidos que habrían sido descartados siguiendo los criterios clásicos.

Resultados: Se han valorado 106 donantes bipulmonares y 18 unipulmonares. 29 de ellos eran donantes extendidos (23%) y 95 donantes óptimos (77%). En los donantes extendidos la p-PaFi fue 234 ± 51 mmHg y la c-PaFi 439 ± 76 mmHg (gap PaFi 205 ± 82 mmHg) ($p < 0,001$). En el grupo control, la p-PaFi fue 435 ± 8 mmHg y la c-PaFi 487 ± 103 mmHg (gap PaFi 51 ± 80 mmHg) ($p = ns$). No hubo diferencias significativas en términos de necesidad de ventilación mecánica, DPI ni supervivencia en el grupo de donantes extendidos.

Conclusiones: Una p-PaFi inferior a 300 mmHg no debería ser considerada, per se, criterio para descartar un potencial donante. Los donantes unipulmonares deben ser valorados mediante gasometría central. Los donantes bipulmonares con una p-PaFi superior a 215 mmHg deben ser valorados con una gasometría central. Con esta estrategia, el pool de donantes podría aumentar un 23%.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

RENTABILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL MEDIASTÍNICA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

C. Torres Luque (1), M. Figuerola Esteban (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La criobiopsia transbronquial mediastínica guiada por ultrasonografía endobronquial (CRYO-EBUS) se considera una técnica complementaria a la aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonografía endobronquial (EBUS-TBNA) cada vez más extendida para el diagnóstico de diversas enfermedades pulmonares, debido a su capacidad para obtener muestras de mayor tamaño y mejor calidad al conservar la arquitectura del tejido biopsiado.

Nuestro objetivo con este estudio es analizar la rentabilidad de CRYO-EBUS realizadas en nuestra unidad en el diagnóstico de enfermedades pulmonares inflamatorias en comparación con la EBUS-TBNA.

Metodología: Estudio descriptivo en el que se incluyeron 31 pacientes derivados a nuestra Unidad de Neumología Intervencionista tras hallazgos de adenopatías patológicas en la tomografía axial computerizada de tórax para la realización de CRYO-EBUS y EBUS-TBNA en un mismo acto. Hemos recogido datos generales, tipo de sedación utilizada, número y tamaño de las muestras tomadas, localización de las adenopatías, resultados anatomopatológicos y concordancia entre ambas técnicas y complicaciones.

Resultados: De los 31 pacientes, el 51,6% fueron hombres con una edad media de $54,6 \pm 12,9$ años. El procedimiento se realizó con midazolam y fentanilo en el 55% de los casos, bajo anestesia general en el 29% y sedación con midazolam y ketamina en el 16%.

Las adenopatías sobre las que se tomaron muestras fueron, 21 subcarínicas, 5 hiliares izquierdas, 3 hiliares derechas y 2 paratraqueales derechas. El número medio de punciones fueron $2,23 \pm 1,48$ con un tamaño medio de $0,19 \pm 0,14$ cm, posteriormente se realizaron una media de $3,27 \pm 1,2$ criobiopsias con un tamaño medio $0,41 \pm 0,1$ cm, sin ser posible realizarla 1 una ocasión. En el 93,54% la aguja más utilizada fue mediglobe TopGain con punta de corona.

Los resultados se recogen en la [tabla 1](#). El 83% de los pacientes no sufrieron complicaciones, siendo la desaturación de oxígeno la más frecuente en 2 pacientes, seguida de la taquicardia (1 paciente), el sangrado grado I (1 paciente) y crisis hipertensiva (1 paciente).

Conclusiones: 1. La criobiopsia transbronquial mediastínica guiada por ultrasonografía endobronquial (CRYO-EBUS) es una técnica prometedora, al obtener muestras de mejor calidad para el estudio anatomopatológico y poder filiar mejor las lesiones. 2. Se trata de un procedimiento seguro y con escasas complicaciones, todas leves.

ANÁLISIS DEL POTENCIAL PAPEL DEL PERFIL GRANULOCÍTICO Y SUS MICROVESÍCULAS EN SANGRE Y LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN PULMONAR

A. Fernández Boza (1), B. Muñoz Sánchez (1), R. Reinoso Arijá (1), E. Márquez Martín (1), B. Romero Romero (1), E. Juan Saborido (1), N. Sola Idigora (1), C. Marín Hinojosa (1), J.L. López Campos (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Estudiar la relación entre los valores en sangre periférica y en lavado broncoalveolar del perfil granulocítico y sus microvesículas (MV), en pacientes con alteración de la función pulmonar.

Metodología: Estudio trasversal en 55 pacientes con función pulmonar alterada, entre 30 y 85 años. A todos los pacientes incluidos en el estudio, tras firmar el consentimiento informado, se les realizó una extracción sanguínea y un lavado broncoalveolar (LBA). El análisis de los neutrófilos, eosinófilos, mastocitos y sus respectivas MV se realizó en las muestras hemáticas y de LBA, mediante citometría de flujo utilizando marcadores de membrana específicos de cada tipo celular. La concentración de triptasa se determinó mediante ELISA, siguiendo las indicaciones del fabricante.

Resultados: Nuestros resultados indicaron que hay una correlación positiva entre los mastocitos de sangre y LBA. Por el contrario, no observamos correlación entre las MVs procedentes de los granulocitos de las células sanguíneas y del LBA. Sin embargo, la capacidad vital forzada (FVC) se correlacionó negativamente con la concentración de triptasa, neutrófilos en sangre y las MV de eosinófilos en LBA. Así mismo, observamos una correlación negativa entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y la concentración de triptasa, neutrófilos en sangre y MV de neutrófilos en LBA. Además, el cociente FEV1/FVC se correlacionó positivamente con las MV de mastocitos y eosinófilos del LBA.

Conclusiones: Existe una correlación entre los granulocitos hemáticos y del LBA que permite hacer un diagnóstico y valoración de la patología pulmonar, sin tener que hacer pruebas invasivas. Hay una correlación negativa entre la concentración de triptasa y el FEV1. Las MVs de los granulocitos en LBA pueden ser consideradas biomarcadores en la progresión de la disfunción pulmonar.

EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE PULMONAR EN HOSPITAL DE REFERENCIA: IMPACTO DE AVANCES TERAPÉUTICOS Y TECNOLÓGICOS EN 31 AÑOS

F. Navarro Muñoz (1), E. Mira Padilla (1), J.M. Mejía Romero (1), J. Lamas Fernández (1), E. González Nájjarro (1), M.J. Cadenas De Llano Conde (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a Beca.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en datos de 989 trasplantes pulmonares realizados entre 1993 y noviembre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, motivos de trasplante, tipos de procedimientos y uso de soporte de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Los trasplantes se clasificaron en intervalos de cinco años para identificar tendencias temporales. También se evaluó el impacto de los moduladores del gen CFTR introducidos tras 2012 en la disminución de trasplantes por fibrosis quística. El análisis estadístico incluyó métodos descriptivos y el test Chi-cuadrado. Se incluyeron pacientes con datos completos, excluyendo aquellos con información incompleta. El estudio respetó los principios éticos y garantizó la anonimidad de los datos.

Resultados: Se analizaron 989 trasplantes pulmonares, de los cuales el 54,19% fueron bipulmonares. Entre 2020 y noviembre de 2024 se realizaron 346 procedimientos. La edad promedio al trasplante aumentó de 48 a 55,9 años. Los moduladores CFTR, introducidos en 2012, redujeron significativamente los trasplantes por fibrosis quística ($p < 0,0001$). El soporte ECMO incrementó los trasplantes en patologías complejas ($p < 0,0001$). A pesar del aumento en el número de trasplantes, la lista de espera mostró una reducción proporcional en días por trasplante. Aunque esta tendencia no fue significativa ($p = 0,30$), se observó una mejora notable en la última década. Resultados en [Tabla.1](#) y [Figura.1](#)

Conclusiones: El trasplante pulmonar es una opción terapéutica en constante evolución. En 31 años de experiencia como centro de referencia, hemos observado un crecimiento constante y exponencial en los últimos tres años, cambios en las características demográficas e indicaciones de trasplante, y mayor uso de avances tecnológicos como ECMO, aumentando la indicación en patología compleja y pacientes con comorbilidades severas asociadas. Esto incluye el aumento de la edad media al trasplante, mayor indicación en patologías menos frecuentes y reducción en patologías como la fibrosis quística. En conclusión, el trasplante pulmonar sigue evolucionando y se consolida como tratamiento efectivo para enfermedades pulmonares graves.

Introducción: Analizar la evolución del trasplante pulmonar en un hospital de referencia durante los últimos 31 años, evaluando los avances terapéuticos y tecnológicos, así como las tendencias demográficas y clínicas en las indicaciones de trasplante.

ANÁLISIS ANUAL DEL TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB

A. Aís Daza (1), A. Carmona González (1), S. Gutiérrez Hernández (1), I. Castillo Rivillas (1), F. Pérez Grimaldi (2), S. García Morales (2), G. Soto Campos (2), M. Morales González (3), A. Cabeza Serrano (4), A. Arnedillo Muñoz (1)

(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, cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos con el tratamiento correcto a dosis plenas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses del inicio del tratamiento con 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 con 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 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 73 pacientes (17 varones y 56 mujeres), con una edad media de 58 ± 12 años. De estos, 3 eran fumadores activos y 25 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 30 (41%) pacientes presentaban rinitis alérgica, 24 (33%) poliposis, 8 (11%) triada ASA, 13 (18%) bronquiectasias, 12 (16%) ERGE, 7 (10%) osteoporosis y 24 (33%) ansiedad y/o depresión. Nueve (12%) eran corticodependientes. Veinte pacientes habían sido tratados previamente con Mepolizumab, 13 con Omalizumab y 1 con Reslizumab; 39 no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente.

Se observó una mejoría significativa en el número de las agudizaciones con una reducción del 61% ($2,96 \pm 2,41$ vs $1,17 \pm 1,80$ $p < 0,0001$), de asistencias a urgencias ($1,19 \pm 2,16$ vs $0,60 \pm 1,48$ $p < 0,0001$), de los ingresos hospitalarios ($0,15 \pm 0,52$ vs $0,13 \pm 0,53$ $p < 0,015$) y del número de ciclos de corticoides orales ($2,75 \pm 1,94$ vs $0,98 \pm 1,51$ $p < 0,0001$).

Asimismo, se observó mejoría en el FEV1 ($1.940,29 \pm 857,18$ ml vs $1.974,64 \pm 830,25$ ml $p < 0,0001$), FVC ($2.783,91 \pm 1.065,96$ ml vs $2.832,92 \pm 1.032,85$ ml $p < 0,0001$), en la

puntuación media del ACT ($12,90 \pm 4,88$ vs $18,25 \pm 5,54$ $p < 0,0001$) y una disminución de la cifra de eosinófilos en sangre periférica ($521,13 \pm 411,20$ vs $53,62 \pm 212,44$ $p < 0,0001$) y de la IgE ($197,01 \pm 261,57$ vs $173,40 \pm 208,39$ $p < 0,0001$).

Conclusiones: El tratamiento con Benralizumab proporcionó una mejora significativa en función pulmonar, el control del asma, número de agudizaciones (con una reducción del 61%), ingresos hospitalarios y necesidad de corticoides orales.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES NAÏVE VS PACIENTE TRATADOS PREVIAMENTE CON BIOLÓGICOS EN TRATAMIENTO ACTUAL CON TEZEPELUMAB

J. Vázquez Domínguez (1), A. Vera Pila (1), T. Mascarell Roda (1), J. Gallego Borrego (1), J.M. Díez Piña (1), N. Reyes Núñez (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

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

Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) impidiendo interacción al receptor TSLP. Tanto los desencadenantes alérgicos como los no alérgicos inducen la producción de TSLP. El bloqueo de TSLP reduce un amplio espectro de biomarcadores y citoquinas asociados con la inflamación de las vías respiratorias.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con asma grave y en tratamiento con Tezepelumab desde 01/01/24 hasta 26/11/24. Se analizaron datos demográficos, historia asmática, comorbilidades, exacerbaciones, cuestionario de control asmático (ACT), espirometría, eosinofilia, ciclos de corticoides, agudizaciones y escala EXACTO de forma basal y a los 4 meses. Las variables cuantitativas se expresan como medias y las cualitativas como porcentajes. Realizamos T de Student de muestras apareadas para variables numéricas y Chi cuadrado para variables no numéricas (valor de la significación estadística $p < 0,05$).

El objetivo principal fue analizar la diferencia de medias entre la visita inicial (V0) y a los 4 meses (V1) entre pacientes naïve y ya tratados con biológico.

Resultados: Serie de 24 pacientes durante $18,76 \pm 5,34$ semanas, de los cuales 8 eran naïve y 16 habían sido tratados previamente con biológico. Las características basales se muestran en la [Tabla 1](#).

18 pacientes han tenido una primera revisión. En los 7 pacientes naïve se aprecia una mejoría en todos los parámetros tras 4 meses de tratamiento, destacando la mejoría del ACT y la disminución del número de exacerbaciones, resultando ambas estadísticamente significativas. [Tabla 2](#).

Tras aplicar la escala EXACTO tras V1, de los 17 pacientes que no tomaban GCS, el 5,88% pacientes no tenían respuesta, el 24% tenían respuesta parcial, 29% una buena respuesta y 41% tenían una respuesta completa (superrespondedores).

El único paciente que tomaba GCS de mantenimiento presentó respuesta parcial. Solo 3 pacientes abandonaron tratamiento tras V1.

Conclusiones: Los pacientes naïve parecen tener una mejor respuesta temprana al tratamiento con Tezepelumab, sobre todo en cuanto a ACT y a reducción del número de exacerbaciones, además de tener un alto porcentaje de respuestas completa al tratamiento.

EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS DE OSCILOMETRÍA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC) TRATADOS CON TEZEPELUMAB

B. Muñoz Sánchez (1), D.C. Echavarría Kashmiri (1), A. León Lloreda (1), M. Polonio González (1), J.F. Medina Gallardo (1), M. Ferrer Galván (1), M.A. Romero Falcón (1), M.V. Maestre Sánchez (1), F.J. Álvarez Gutiérrez (1).

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

Opta a Beca.

Introducción: Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), se ha consolidado como una opción terapéutica en el AGNC. Ensayos clínicos demuestran su eficacia al reducir exacerbaciones, mejorar la función pulmonar y control de los síntomas. Paralelamente, la oscilometría está ganando relevancia en la evaluación de la función pulmonar, particularmente en la valoración de las vías respiratorias periféricas (R5-20). Sin embargo, existen datos limitados sobre el impacto de los biológicos en los parámetros de oscilometría en pacientes con AGNC. Este estudio evalúa el efecto de tezepelumab sobre los parámetros de oscilometría en una cohorte de práctica clínica habitual.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con tezepelumab en las consultas de asma grave de nuestro centro entre octubre de 2023 y noviembre de 2024. Se registraron datos demográficos, clínicos, analíticos y

funcionales en la visita basal, incluyendo oscilometría, y se repitió esta última a los 6 - 12 meses. El análisis descriptivo incluyó medias y desviaciones estándar para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. Se realizaron análisis bivariantes (chi-cuadrado y t-student) para explorar las características diferenciales en los pacientes con mejoría en R5-R20.

Resultados: Incluimos 39 pacientes con ambas oscilometrías (basal y tras seguimiento), el 61,5% mujeres, con una edad media de 56,23 años (13,47) y un seguimiento medio de 8,21 meses (3,23). Presentaron una media de 3,23 exacerbaciones (2,26) en el año previo al tratamiento, y z-scores basales de 4,07 (3,25) en R5-R20 y 2,54 (1,25) en AX. Las características basales se detallan en la [Tabla 1](#). Se observó mejoría en R5-R20 en el 61,5% de los pacientes, en AX en el 48,7% y en ambos parámetros en el 41%. Entre los pacientes con mejoría en R5-R20, el 58,3% eran mujeres, 41,7% presentaban asma-EPOC y 54,2% habían recibido terapia monoclonal previa. En la [Tabla 2](#) se recogen las variables asociadas a mejoría en R5-R20, siendo estadísticamente significativa una mejoría en el control del asma según ACT.

Conclusiones: En pacientes con AGNC tratados con tezepelumab, se observó una mejora en R5-R20 en el 61,5% de los casos, relacionándose con un mejor control del asma (aumento de >3 puntos en ACT). Estos resultados destacan el posible potencial de tezepelumab para mejorar la mecánica de las vías respiratorias periféricas en el asma grave.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB Y DUPILUMAB EN PACIENTES CON EPOC-ASMA (EA)

B. Muñoz Sánchez (1), A. León Lloreda (1), M. Polonio González (1), D.C. Echavarría Kashmiri (1), J.F. Medina Gallardo (1), M. Ferrer Galván (1), M.A. Romero Falcón (1), M.V. Maestre Sánchez (1), F.J. Álvarez Gutiérrez (1).

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

Introducción: Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL5 indicado en pacientes con AGNC tipo T2 eosinofílica. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti IL4, IL13 indicado en pacientes con AGNC tipo T2. Existen pocos datos publicados en relación a la efectividad de ambos tratamientos en pacientes con EPOC_Aasma (EA). El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas-funcionales y la efectividad en pacientes con EA y AGNC tratados con Mepolizumab y Dupilumab.

Metodología: Estudiamos pacientes con EA y AGNC tratados con Mepolizumab y Dupilumab en nuestra unidad de asma. Se evaluaron parámetros clínicos, inflamatorios, funcionales y comorbilidades basalmente y la efectividad del tratamiento al año de seguimiento. Se utilizó la escala Exacto y Remisión clínica, según el consenso SEPAR-REMAS. Se midió la respuesta buena+completa y la remisión clínica, según intención de tratar (se incluyó a todos los pacientes que fueron tratados y eran evaluables). Utilizamos test chi cuadrado y t-student.

Resultados: Estudiamos a 142 pacientes tratados con mepolizumab, mujeres N = 85 (59,9%), hombres N = 57 (40,1%), edad media 54,57 (14) años y 70 pacientes tratados con dupilumab, mujeres N = 43 (61,4%), hombres N = 27 (38,6%), edad media 50,49 (15,3) años. Un total de 20 pacientes tenían EA (10 tratados con mepolizumab y 10 con dupilumab). En los tratados con mepolizumab no encontramos diferencias significativas entre pacientes con AGNC y EA en comorbilidades como rinitis, Bronquiectasias, Atopia, Déficit inmunitario, Depresión-ansiedad, EREA, AOS o ERGE. Encontramos diferencias significativas en el sexo (90% hombres en EA vs 35,8% de AGNC, $p < 0,01$). En los parámetros analíticos, inflamatorios no encontramos diferencias y sólo peor ACT en EA, aunque sin significación estadística. La efectividad fue significativamente superior en AGNC, en relación a EA (respuesta buena+completa 60% vs 14,2%, $p < 0,03$; remisión clínica 20,9% vs 0%). En pacientes tratados con Dupilumab encontramos diferencias significativas en sexo (EA 70% hombres, AGNC 33,3%, $p < 0,04$), ERGE ($p < 0,02$) y cerca de la significación en ACT basal (EA 8,86 vs 11,69 en AGNC, $p < 0,09$) y AOS ($> 0,06$). La efectividad fue superior en AGNC respecto a EA (respuesta buen+completa 55% vs 25%, remisión 25,6% vs 0%).

Conclusiones: Los pacientes tratados con mepolizumab y dupilumab con EA son mayoritariamente hombres, con peor control del asma y peor respuesta a ambos tratamientos en relación con AGNC sin EPOC.

Introducción: Evitar el declive de la función pulmonar es uno de los objetivos del tratamiento de los pacientes asmáticos y que se ha relacionado con diferentes factores. El objetivo de nuestro estudio es conocer la evolución funcional de los pacientes con asma y los factores que pueden estar relacionados con una mayor o menor pérdida de la función pulmonar.

Metodología: Se trata de un estudio retrospectivo sobre una cohorte de 200 pacientes asmáticos, seguidos durante 5 años, en los que se ha realizado seguimiento funcional, inflamatorio (medido en eosinofilia y FeNO) y clínico (según exacerbaciones y uso de corticoides inhalados). Se realizó un estudio estadístico de correlaciones, previa determinación de la distribución normal de las muestras mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y si es menor de 50 el de Shapiro-Wilk. En el caso de que la distribución de ambas variables fuera normal, utilizaríamos la correlación de Pearson y en caso contrario utilizaremos la correlación de Spearman.

Resultados: En la [tabla 1](#) se describen las características basales de los pacientes incluidos en el estudio. Se encuentra una correlación positiva entre la pérdida de función pulmonar a los 5 años y la edad, IMC y las mayores dosis de corticoides inhalados. Por otra parte, la correlación fue inversa con el ACT y la función pulmonar inicial (tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes mayores y con más deterioro clínico inicial, que precisan más corticoides inhalados, son los que presentan más pérdida de función pulmonar a los 5 años.

RESULTADOS DEL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA

J. Hernández Borge (1), L. Galán Ledesma (1), R. Morante Espada (1), J. López Rodríguez (1), E. Sánchez Calle (1), J.A. Márquez Alba (1), S. Hernández Gómez (1), P. Cordero Montero (1), A. Castañar Jover (1), J.A. Gutiérrez Lara (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Opta a Beca

PÉRDIDA DE FUNCIÓN PULMONAR A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES CON ASMA: ESTUDIO DECLIVEMS

A. León Lloreda (1), J. Díez Sierra (2), B. Muñoz Sánchez (1), D.C. Echavarría Kashmiri (1), M. Polonio González (1), M. Ferrer Galván (1), M.A. Romero Falcón (1), M.V. Maestre Sánchez (1), F.J. Álvarez Gutiérrez (1), J.F. Medina Gallardo (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Beca

Introducción: La oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) es una de las bases del tratamiento de los pacientes respiratorios con insuficiencia respiratoria. La baja adherencia en vida real es muy elevada (60% según estudios), existiendo gran variabilidad en los criterios de indicación, control y seguimiento. Nuestro objetivo ha sido evaluar los resultados de una consulta de control de OCD y detectar que factores se asocian a la retirada de la misma.

Metodología: Serie de pacientes valorados en una consulta de OCD de forma prospectiva recogiendo variables epidemiológicas, patología causal, servicio prescriptor, cumplimentación, retirada de la indicación y motivos de la misma. Se realizó un análisis univariado y multivariante (r. logística) para evaluar las variables relacionadas con la retirada del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 341 pacientes (53,7% mujeres, edad media $80,5 \pm 11,7$ a). La mayoría de las indicaciones provenían de M. interna (69,3%) y Neumología (14,9%), hasta en un 71,8% no constaba el motivo de la indicación y la mayoría eran indicaciones recientes (≤ 1 año: 42,3%). Un 57,7% no habían tenido revisiones previas, el 44,3% eran fumadores activos o exfumadores y un 28,7% no lo empleaban por la noche. Se suspendió la indicación en el 54,6% (indicación inadecuada: 36,4%, uso inadecuado: 2,2%, ambas: 16%). La retirada de la indicación fue significativamente más frecuente ($p < 0,05$) en las indicaciones de M. interna y otras especialidades frente a neumología (53,3% vs 70,8% vs 41,3%), sin revisiones previas (62,8% vs 41,6%), sin uso nocturno (76% vs 44,1%), sin mejoría subjetiva del tratamiento (81,6% vs 48,2%), sin tratamiento con broncodilatadores (64,7% vs 46,8%), sin ingresos previos (62,7% vs 50,9%) o en el último año (61,3% vs 43,1%), con saturaciones basales $>92\%$ (82% vs 12,8%), con menor duración de la indicación ($2,3 \pm 2,7$ vs $3,6 \pm 4,3$) y menor uso de horas diarias ($8,5 \pm 6,2$ vs $14 \pm 5,5$). El análisis multivariante encontró que la retirada de OCD se asoció de forma independiente con el servicio prescriptor (Otros OR 6,28; IC 95%: 1,4 – 33,1, M. interna: OR 1,8; IC 95%: 0,6 – 5,2 vs neumología), la ausencia de beneficio subjetivo (OR 6,7; IC 95%: 1,7 – 25,6), la SatO₂ basal $>92\%$ (OR 46,2; IC 95%: 17,6 – 121,2) y el menor número de horas de uso diario (OR 0,9; IC 95%: 0,8 – 0,98).

Conclusiones: Encontramos una elevada indicación inadecuada de OCD (54,4%) que se relacionó con el servicio prescriptor, la ausencia de una adecuada valoración, la falta de beneficio subjetivo y el incorrecto empleo de la misma.

DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES CON AOS EN HUT SEGÚN EL HYPOXIC BURDEN: APORTACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

J.M. Sánchez Álvarez (1), A. Ampuero López (2), S. Jiménez García (3).

(1) Neumología, Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) está asociada a una alta morbilidad. La gravedad de la AOS se clasifica según el IAH, pero no refleja los efectos de la hipoxia intermitente. La carga hipóxica o Hypoxic Burden (HB) mide la caída de saturación de oxígeno durante los eventos y parece correlacionarse mejor con el riesgo cardiovascular.

Objetivo principal: definir características diferenciales de pacientes con AOS diagnosticados por poligrafía entre enero y octubre de 2024, según la carga hipóxica (HB elevado: HHB >60 , HB bajo: LHB <60).

Objetivos secundarios:

- Fenotipar la población según HB, IAH, CT90, ID, somnolencia excesiva (ESD), fragmentación del sueño y eventos cardiovasculares.

- Establecer la prevalencia de HB elevado.

- Analizar la concordancia entre IAH y HB, y su relación con adherencia al tratamiento y factores de riesgo cardiovascular.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de AOS en el Hospital Universitario de Torrecárdenas. Se incluyó a pacientes con sospecha de AOS y poligrafía realizada, centrando el análisis en aquellos con AOS moderado-grave (IAH ≥ 15). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según su carga hipóxica: HHB (>60) y LHB (ó comorbilidades, eventos cardiovasculares, ID >15 , CT90 >30), adherencia a la CPAP (uso >4 h por al menos 4 noches/semana), ESD y fragmentación del sueño.

Resultados: Se analizaron 67 pacientes, 17 fueron excluidos por IAH.

En HHB, el 65,5% fueron hombres con edad media de 62 años. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión (55,7%). El IAH medio fue 46,5/h, ID 47,9% y CT90 21,6%. En LHB, el 61,9% fueron hombres con edad media de 63 años con hipertensión (42,9%). El IAH medio fue 26,2/h, ID 19,6% y CT90 3,3%. Se realizaron análisis de correlación utilizando el coeficiente de Spearman a tenor de los resultados de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Se observó correlación fuerte entre IAH e ID con HB (0,78 y 0,77 respectivamente) y moderada entre HB y CT90 (0,6). Entre IAH e ID correlación fuerte cercana a 1.

Conclusiones: En HHB, la edad media fue 62 años, con predominio masculino e HTA como comorbilidad. El IAH medio fue 46,5%, ID 47,9% y CT90 21,6%. En LHB, la edad media fue 63 años, con predominio masculino e HTA, IAH medio 26,2%, ID 19,6% y CT90 3,3%. HB mostró fuerte correlación con IAH e ID, y moderada con CT90.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

INFLUENCIA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN LA PERSISTENCIA DE DEFECTOS DE PERFUSIÓN EN LA EMBOLIA PULMONAR

C. Carrera Cueva (1), A. García Sánchez (2), G.J. Oscullo Yépez (3), J. Osorio Trujillo (4), A. Urrutia Gajate (5), A. Rivas Guerrero (6), A. Pedro Tudela (7), C. López Riobos (8), R. Otero Candelera (1), C. Caballero Eraso (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Neumología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, (3) Servicio de Neumología, Hospital Universitari I Politècnic La Fe, Valencia, (4) Servicio de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, (5) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, (6) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Donostia-Donostia Unibertsitate Ospitalea, Guipúzcoa (7) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre, Valencia, (8) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Opta a Beca

Introducción: La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) está asociada con un aumento en la incidencia de Embolia Pulmonar (EP) y podría estar relacionada con las recurrencias tromboembólicas y peor pronóstico en pacientes con EP aguda. Sin embargo, se desconoce el impacto de la AOS en el seguimiento de la EP. El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de AOS en pacientes con EP y explorar la relación en la persistencia de los defectos de perfusión tras una EP.

Metodología: Se realizó un estudio observacional prospectivo multicéntrico entre julio de 2022 y octubre de 2024 en pacientes hospitalizados por EP aguda. Los pacientes fueron sometidos a un seguimiento durante un período de 3 meses. Al tercer mes posterior al episodio de EP, se realizó una poligrafía respiratoria y una gammagrafía de perfusión para determinar la persistencia de defectos de perfusión. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS statistics 28.0.

Resultados: Se incluyeron 202 pacientes diagnosticados con EP aguda, de los cuáles, 113 fueron hombres (55,9%) con una edad media de $63,30 \pm 14,52$ años. 134 presentaban comorbilidades en el momento del diagnóstico de la EP (66,3%); 88 presentaron HTA (43,6%), 32 diabetes (15,8%) con un IMC medio de $30,44 \pm 5,63$. Las localizaciones más frecuentes de la EP fueron lobar (21,8%) y segmentaria (21,3%). Respecto a la poligrafía respiratoria, obtuvimos resultados de 180 pacientes; el IAH medio fue de $24,36 \pm 17,86$ /hora y el CT90 medio fue de $18,99 \pm 25,42\%$. 110 presentaron valores de IAH ≥ 15 /hora (Prevalencia de AOS 61,1%). Mediante regresión logística solo la edad ≥ 65 años y la obesidad fueron variables independientes relacionadas con el diagnóstico de AOS frente a otras variables como diabetes, HTA y tratamiento concomitante y con estatinas (Tabla 1). La presencia de

defectos residuales de perfusión a los tres meses de la EP fue relacionada de forma independiente con el CT90 [OR = 1,015 IC 95% (1 - 1,029)], $p = 0,044$ mientras que la localización segmentaria de la EP demostró tener un factor protector [OR = 0,345 IC 95% (0,136 - 0,876)], $p = 0,025$ (Figura 1).

Conclusiones: La AOS muestra una alta prevalencia en pacientes con EP. La persistencia de defectos de perfusión se relacionó con un mayor tiempo de hipoxia nocturna. Estos hallazgos sugieren que la AOS podría desempeñar un papel relevante en la resolución incompleta de la EP y en la aparición de secuelas crónicas.

INTERVENCIÓN PARA EL CRIBAJE DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE CUESTIONARIO STOP-BANG COMBINADO CON ESTUDIO APNEALINK

C. Muñoz Pindado (1), C. Muñoz Pindado (2), R. Bonich Juan (1), M. Palomanes Atanes (1), L. Barranco Cózar (1), L. Tena García (1), S. Sánchez Belmonte (1), B. López Roda (1), A.M. Muñoz Fernández (1), N. Roger Casals (1).

(1) Neumología y Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria de Manlleu y Hospital General de Vic, Barcelona, (2) Servicio de Geriatría, Hospital General San Jorge, Huesca.

Introducción: actualmente se plantea mejorar el manejo de la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) mediante la utilización de herramientas de cribaje y métodos diagnósticos sencillos en Atención Primaria.

Objetivos: valorar la validez de la utilización del STOP-Bang combinado con el Apnea-Link en atención primaria.

Metodología: Se reclutaron prospectivamente pacientes entre 18 - 80 años, que acudieron a atención primaria por clínica de AOS, y que mostraron un STOP-Bang ≥ 3 . Se recogieron datos antropométricos, comorbilidades, cuestionarios de STOP-Bang, Berlín y Epworth. Si aceptaron completar el estudio, se les realizó el registro de sueño mediante el apneaLink en Atención primaria donde también se corrigió el estudio, se estableció un diagnóstico y se planteó un tratamiento; con ello fueron remitidos a la unidad de sueño (USH) para confirmar estas Conclusiones: o para continuar el estudio, según el criterio de los neumólogos de la USH. Para el diagnóstico de AOS se consideró que el IAH fuera ≥ 5 /h y para el tratamiento IAH ≥ 15 .

Resultados: Se recogieron 150 pacientes cuyos resultados se muestran en la [tabla 1](#).

Entre los pacientes con STOP-Bang ≥ 3 , se observó que 134 participantes (93%), tenían un IAH ≥ 5 /h; y 99 (69%) presentaron un IAH ≥ 15 .

Se demostró concordancia diagnóstica (89%; $K = 0,67$; $p < 0,001$) y terapéutica (88%; $K = 0,70$; $p < 0,001$), entre atención primaria y la USH, elevada y estadísticamente significativa.

Se realizaron los estudios comparativos entre las diferentes herramientas de cribado (STOP-Bang, Berlín y Epworth) que se muestra en la [tabla II](#) y la mejor correlación diagnóstico-terapéutica era con el STOP-Bang, como se muestra en las curvas ROC de los diferentes métodos de cribaje.

Conclusiones: El cuestionario STOP-Bang es un buen método de cribaje para el diagnóstico de AOS en primaria utilizándolo en combinación con el ApneaLink en nuestro medio.

Podría utilizarse el STOP-Bang combinado con métodos de diagnóstico sencillos en atención primaria para el manejo de la AOS.

Se disminuirían costes e infradiagnóstico, listas de espera y se mejoraría la salud de la comunidad.

VALORACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE TELECONSULTA EN SUJETOS CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

M. Domínguez Gómez (1), L. Caballero Ballesteros (1), J.M. Mejía Romero (1), F. Navarro Muñoz (1), M.L. González Vicente (1), B. Jurado Gamez (1).

(1) neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a Beca

Introducción: Con el fin de incrementar el diagnóstico de pacientes con alta sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS), se ha implantado en nuestro ámbito asistencial una modalidad de e- health denominada teleconsulta. El objetivo del presente estudio es determinar las características clínicas y la rentabilidad diagnóstico- terapéutica de la teleconsulta de Atención Primaria (AP) en colaboración con la Unidad de sueño.

Metodología: Se diseña un estudio observacional, prospectivo, sobre una cohorte de pacientes con sospecha de AOS remitidos desde el distrito sanitario de AP de Córdoba desde Octubre de 2023 hasta Octubre de 2024. Se incluye a sujetos adultos cuya sospecha clínica príncipes es AOS, no diagnosticado previamente por un estudio de sueño. Para el objetivo de este estudio, se incluye únicamente a los pacientes que han terminado el proceso diagnóstico y terapéutico. La modalidad de teleconsulta es una citación virtual, realizada desde AP a la Unidad de sueño mediante un programa telemático, en la que se recoge información relevante sobre el paciente. Según las recomendaciones SEPAR, esta información es

valorada por el neumólogo, y debe ser suficiente para priorizar y elegir el tipo de prueba diagnóstica.

Resultados: Se incluyeron 319 pacientes, si bien, en el 55% de sujetos faltaron datos fundamentales. Sintomatología más frecuente, recogida en la [tabla 1](#). Las pruebas empleadas para el diagnóstico fueron polisomnografía (25,4%), poligrafía (18%) y pulsioximetría (54,6%), esta prueba se utilizó fundamentalmente en pacientes con alta sospecha clínica y somnolencia diurna grave o profesión de riesgo. En cuanto al diagnóstico en el 79,9% de las pruebas realizadas fueron concluyentes para confirmar o descartar AOS. De modo que, un total de 230 pacientes fueron diagnosticados de AOS, de los que solo el 39,9% presentaba AOS severa. En el 36,4% de los pacientes diagnosticados de AOS, se propuso como tratamiento exclusivo medidas generales. El 61,4% de los pacientes derivados y estudiados se requirió, tratamiento específico con CPAP.

Conclusiones: En el 20,1% de los pacientes, las pruebas realizadas como primera aproximación diagnóstica no fueron concluyentes, lo que aumentó el volumen de pruebas diagnósticas. Finalmente, la práctica totalidad de estos casos fueron AOS leve – moderado, indicándose por tanto medidas generales como tratamiento. Las medidas generables es la primera medida terapéutica que debe ser indicada desde AP y que pudiera disminuir la realización de pruebas diagnósticas.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TEP EN EL HUVV

J.C. Lafuente Navarro (1), S. Sánchez Martín (1), M. Segura Romero (1), J. López García (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad que afecta de 1 a 2 casos por cada 1000 habitantes en España, dependiendo de la región. El objetivo del estudio es conocer cómo evolucionan los pacientes diagnosticados con TEP en nuestro medio.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de los pacientes que fueron dados de alta en el HUVV en el periodo comprendido entre enero del 2021 y diciembre del 2022. Se han recogido los datos del sistema electrónico de historias clínicas Diraya. Se registraron variables demográficas y clínicas de todos los pacientes.

Resultados: Un total de 65 pacientes fueron ingresados en Neumología por TEP.

La edad media fue de 68,06 años, afectando a 33 mujeres (51%). De todos ellos, 40 (61,5%) de los pacientes se diagnosticaron con un TEP bilateral. La estancia media hospitalaria fue de 9,93 días, de los cuáles, 12 (18,4%) de los 65 pacientes fueron ingresados en la UCI y 1 (0,015%) paciente requirió fibrinólisis. Ninguno de ellos murió durante el ingreso, pero en el período de seguimiento sí lo hicieron 12 pacientes (18,4%).

Los factores de riesgo de los pacientes a estudio se describen en la [gráfica 1](#). El tratamiento a largo plazo de la enfermedad se hizo con heparina, Sintrom o anticoagulantes orales directos (ACOD) y por periodos muy variables; todo ello se describe en la [tabla 1](#) junto con otros datos de interés post-alta en el seguimiento.

Respecto a las complicaciones: 3 pacientes (0,04%) hicieron alguna complicación hemorrágica: 1 melena y 2 ictus hemorrágicos. Hubo 7 personas (10,76%) a las que le recidivó el fenómeno embólico: 4 de ellas se encontraban en tratamiento concomitante, pero 3 no lo estaban. Estas 3 personas concluyeron su tratamiento entre los 3 y 6 meses, todas ellas sin ningún factor de riesgo mayor que justificase la anticoagulación indefinida.

Conclusiones: 1. A pesar de las recomendaciones establecidas en las guías clínicas, la decisión de mantener o no la anticoagulación en la práctica clínica habitual continúa siendo un desafío, reflejando la necesidad de adaptar las guías a las circunstancias específicas de cada paciente. 2. Atendiendo a las estadísticas, el riesgo de recidiva ha sido mayor al de hemorragia, por lo que parece coherente mantener el anticoagulante el tiempo necesario. 3. Ningún fármaco ha demostrado mayor seguridad o riesgo frente a la recidiva o la hemorragia, siendo necesario decantarse por algún anticoagulante en función de los factores de riesgo y preferencias del paciente.

VALIDACIÓN DE ALGORITMOS DE LA 10ª CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10) PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECISA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

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

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

Introducción: Muchas investigaciones sobre el tromboembolismo pulmonar (TEP) se basan en los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10) para analizar bases de datos electrónicas. La validez de los códigos CIE-10 para identificar TEP sigue siendo incierta y no sabemos si esa validez es la misma para los pacientes que presentan TEP durante su hospitalización (TEP como diagnóstico secundario) o TEP ambulatorio (principal motivo de consulta al hospital; TEP como diagnóstico primario).

El objetivo de este estudio fue validar el algoritmo de nuestro centro para: 1) Identificar de manera eficiente el TEP, 2) Analizar la capacidad del algoritmo de discernir TEP ambulatorio vs. TEP durante la hospitalización. Asimismo, comparamos las características demográficas, clínicas y mortalidad intrahospitalaria en ambos grupos de pacientes.

Metodología: Utilizando un protocolo predefinido, se identificaron pacientes del hospital (junio 2021 a enero 2024) con códigos CIE-10 principal y secundario de TEP. La precisión de los códigos CIE-10 para identificar TEP se comparó con la adjudicación realizada por facultativos independientes. Evaluamos la sensibilidad (S) y el valor predictivo positivo (PPV).

Resultados: El análisis del CIE-10, código I26 identificó a 1.123 pacientes (mediana de edad: 68 años; 51,2% hombres). Se verificó el diagnóstico de TEP en 974 pacientes (sensibilidad del 86,7%, IC 95%: 84,6 - 88,7%). De ellos, el 36,7% de los pacientes presentaron TEP durante la hospitalización. Los códigos de diagnóstico principal de TEP en pacientes con TEP ambulatorio tuvieron una S del 77,9% (IC 95% 74,4 - 81%) y un VPP del 99,8%. El diagnóstico secundario de TEP en pacientes con TEP durante la hospitalización tuvo una S del 89,2% (IC 95% 85,5 - 92,1) y un VPP del 98,4%. En comparación con los TEP ambulatorios, en los pacientes con TEP durante su hospitalización hubo un mayor porcentaje de cáncer (37,2% vs. 27,9%), y presentaron más TEP de alto riesgo (8,9% vs. 5,2%) y TEP de riesgo intermedio-bajo (70,6% vs. 56,9%) (EHJ2019). Además, estos pacientes ingresaron más en UCI (24,5% vs. 11,8%) y presentaron una mayor mortalidad intrahospitalaria (21% vs. 8,9%).

Conclusiones: De forma global, los códigos CIE de TEP muestran un VPP excelente y una elevada S, con valores similares para identificar TEP durante la hospitalización. Sin embargo, la S para identificar TEP ambulatorios es baja.

MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETV) RECURRENTE EN PACIENTES CON ETV Y CÁNCER. ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES

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

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

Introducción: Disponemos de poca información de calidad de cómo manejar las hemorragias clínicamente relevantes (HCR) o la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) recurrente (ETVr) en el paciente con ETV y cáncer. Por ello nos planteamos 1) describir el manejo de la ETVr y de la HCR, 2) analizar mortalidad a 7 y 30 días tras la complicación, y 3) variables asociadas a mortalidad a 30 días.

Metodología: Estudio de pacientes consecutivos con cáncer activo y ETV desde 2009 a 2022.

Resultados: Se incluyeron 1.276 pacientes, con un 52% de hombres, ECOG 0 - 1 en el 84,6%, el 52% tenía metástasis, con una mediana de seguimiento de 14,7 meses (p25 - p75: 6,4 - 28,1). Hubo 76 ETVr, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) el sitio más frecuente de la recurrencia (48,7%), y el cáncer más frecuente fue el pulmonar (22,9%). En cuanto al manejo: en el 32,9% se incrementó la dosis del anticoagulante, en el 32,9% se realizó determinación de niveles Anti-Xa para ajustar anticoagulación, en el 22,2% se cambió de anticoagulante, y un paciente requirió tratamiento fibrinolítico. Fallecieron 5 y 9 pacientes a 7 y 30 días, respectivamente (6,6% y 11,8%, respectivamente). Los factores asociados a mortalidad 30 días tras ETVr fueron: cáncer de mama, ginecológico y pulmón, histología de pulmón no células pequeñas y sexo femenino.

De los 142 casos de HCR, 75 fueron sangrados mayores. Los tumores más frecuentes fueron el de vejiga (10,8%) y ginecológicos (9,9%). Las localizaciones principales de la HCR fueron: hematuria (21,8%), hemorragia digestiva baja (16,9%) y alta (14,8%). En cuanto al manejo: en un 24,6% se redujo la dosis de la anticoagulación, se realizó una suspensión definitiva o temporal en el 20,4% y 16,2%, respectivamente, y se cambió de anticoagulante con reducción de dosis en el 13,4%. Se realizó determinación de niveles Anti-Xa para ajustar anticoagulación en 23 casos (16,2%). La mortalidad a 7 y 30 días fue del 15,5% y el 21,8%, respectivamente.

Los factores asociados a mortalidad 30 días tras HCR fueron: peor ECOG, histología epidermoide, sangrado

intracraneal, y neoplasia en pulmón, páncreas o región cabeza y cuello.

Conclusiones: El manejo de las ETVr y las HCR es heterogéneo y se asocia con una mortalidad a 30 días elevada, siendo superior en los pacientes con HCR. La identificación de variables asociadas a mortalidad nos puede ayudar a tomar decisiones sobre la intensidad de la anticoagulación y la valoración de otros tratamientos alternativos.

EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBOLISMO PULMONAR CON INFARTO

J. Hernández Borge (1), R. Morante Espada (1), J. López Rodríguez (1), L. Galán Ledesma (1), E. Sánchez Calle (1), J.A. Márquez Alba (1), M.B. Pires Manso (1), A. Mández Villaverde (1), N. Matallana Encinas (1), J.A. Gutiérrez Lara (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Estudios previos han encontrado una prevalencia de infarto pulmonar (IP) en pacientes con embolismo pulmonar (EP) que oscila entre el 16 y el 31%, asociándose a pacientes más jóvenes y con ciertos hallazgos clínicos. Nuestro objetivo ha sido conocer la prevalencia de IP en una amplia serie de pacientes con EP y qué factores se relacionan con su aparición.

Metodología: Serie de pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestro servicio con diagnóstico de EP (2007-2021). Se valoró la presencia de IP mediante los hallazgos del angioTAC. Se realizó un estudio comparativo (chi-cuadrado, t-Student) entre los pacientes con/sin IP en función de los antecedentes, presentación, manejo diagnóstico-terapéutico y evolución a corto plazo.

Resultados: Se incluyeron 587 pacientes (56,2% hombres, edad media: 64,5 ± 15,8 a). 117 pacientes tenían IP (19,9%, 33,3% múltiples). La presencia de IP no se asoció al género, índice de Charlson, obesidad (IMC >30), presencia de factores de riesgo, neoplasia previa, alteraciones EKG, localización o grado de afectación angiográfica, alteraciones ecocardiográficas, evidencia de trombosis venosa profunda o su localización (eco). El IP fue significativamente mas frecuente (p <0,05) en los pacientes mas jóvenes (58,4 ± 18,8 vs 66,1 ± 14,7), con un PESI menor (85,4 ± 35,6 vs 91,4 ± 26,9), sin hipertensión (25,8% vs 13,8%), sin EP previo (21,1% vs 7,8%), con presencia de dolor pleurítico-hemoptisis (42,3% vs 14,7%), radiografía de tórax patológica (25,3% vs 14,5%) y con estudio de trombofilia positivo (38,1% vs 20%). No encontramos diferencias entre ambos grupos en la demora diagnóstica, grado de disnea mMRC, ingreso en UCI, empleo de fibrinólisis, complicaciones agudas en el ingreso (hemorrágicas y no hemorrágicas) o estancia

hospitalaria. La mortalidad a los 30 días y a los 3 meses fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia la prevalencia de IP fue del 19,9%, siendo más frecuente en pacientes más jóvenes, con menos severidad y se asoció a manifestaciones clínicas específicas. El manejo y la evolución a corto plazo fue similar al resto de pacientes.

PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DEL EMBOLISMO PULMONAR SUBSEGMENTARIO

J. Hernández Borge (1), R. Morante Espada (1), L. Galán Ledesma (1), J.A. Márquez Alba (1), E. Sánchez Calle (1), J. López Rodríguez (1), A. Méndez Villaverde (1), M.B. Pires Manso (1), P. Cordero Montero (1), A. Sanz Cabrera (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: El angioTAC multidetector ha permitido incrementar el diagnóstico del embolismo pulmonar (EP) subsegmentario aislado (EPSS), variando su prevalencia entre el 4% y el 27%. Existen controversias en las implicaciones pronósticas y terapéuticas de este tipo de EP. Nuestro objetivo ha sido conocer la epidemiología, presentación y evolución del EPSS y si existen diferencias respecto al embolismo pulmonar segmentario (EPS).

Metodología: Empleando una cohorte prospectiva de EP de nuestro servicio se identificaron los EPS y EPSS. Se realizó un análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas a corto plazo en este grupo de pacientes y posteriormente un análisis comparativo (chi-cuadrado, t-Student) entre los casos con EPS y EPSS identificando posibles aspectos diferenciales.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes con EPS o EPSS (53,4% hombres, edad media $64,6 \pm 17$ a). El EPSS representó el 10,4% de la serie global (65 pacientes). No encontramos diferencias significativas (DS) entre ambos grupos en el género, PESI, escala de Charlson, presencia de factores predisponentes, EP o TVP previa, presentación clínica, grado de disnea (mMRC), evidencia ecográfica de TVP o alteraciones ecocardiográficas. Los pacientes con EPSS tenían más edad ($68,4 \pm 15$ vs $62,4 \pm 17,8$; $p = 0,05$), cardiopatía previa (29,2% vs 19,5%), HTA (56,9% vs 44,2%), dislipemia (33,8% vs 23,2%), estuvieron asintomáticos con más frecuencia (16,9% vs 5,3%; $p = 0,016$) y mostraron menos alteraciones EKG (35,4% vs 54%; $p = 0,02$) y radiográficas (41,5% vs 54%, $p = 0,12$). La presencia de complicaciones hemorrágicas y no hemorrágicas, el ingreso en UCI y la mortalidad a los 30 días y a los tres meses fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia el EPSS representó el 10,4% de los episodios de EP, presentando un perfil clínico-epidemiológico y evolutivo similar al EP segmentario.

COMPARACIÓN DEL PODER PREDICTIVO DE ESCALAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO

M. Domínguez Gómez (1), S. Marín Romero (1), N. Pascual Martínez (1), J.M. Mejía Romero (1).

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

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-alto (RIA) constituye una entidad clínica que abarca un subgrupo de pacientes en los que la probabilidad de inestabilidad hemodinámica a consecuencia de la disfunción del ventrículo derecho y, por ende, de muerte, puede alcanzar el 16,5% de los casos.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el poder predictivo de distintas escalas disponibles para estimar el riesgo de inestabilidad en nuestros pacientes con TEP de RIA y poder prevenirla mediante monitorización estrecha y tratamientos específicos.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio (RI), ingresados en planta de hospitalización y UCRI. Centrándonos en los TEP de RIA, se estimó el riesgo de deterioro mediante las escalas BOVA, BOVA extendida y FAST modificada. Analizamos el poder pronóstico de las escalas en nuestro medio para evaluar cuál predice de forma más fiable el riesgo de deterioro clínico en este subgrupo de pacientes.

Resultados: En el periodo comprendido entre marzo de 2023 y noviembre de 2024 analizamos un total de 71 pacientes con TEP de riesgo intermedio, con una edad media de 69 ± 14 años. Del total, el 40,8% presentó un riesgo intermedio-bajo y, la mayoría, 59,2% ($N = 42$), riesgo intermedio-alto. El 11,9% de los TEP de RIA presentó deterioro hemodinámico, precisando fibrinólisis sistémica o terapia endovascular de perfusión.

La escala BOVA clasificó como estadio 1 al 21,4% de los TEP RIA ($N = 9$), estadio 2 al 59,5% ($N = 25$) y estadio 3 a 19% ($N = 8$), con una especificidad (E) del 84% y un valor predictivo negativo (VPN) del 91%. La escala BOVA extendida clasificó como estadio 1 al 11,1% ($N = 4$), estadio 2 al 50% ($N = 18$) y estadio 3 a 38,9% ($N = 14$), con E 65% y VPN 92% y la escala FAST clasificó como bajo riesgo al 54,8% ($N = 23$), riesgo intermedio-bajo al 16,7% ($N = 7$) e

intermedio-alto a 28,6% (N = 12), con E 73% y VPN 90%. En nuestra cohorte, la escala BOVA extendida presentó mayor poder predictivo (AUC = 0,648), con respecto a BOVA (AUC = 0,60) y FAST (AUC = 0,508).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que la escala BOVA extendida predice con mayor poder el deterioro de pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto de nuestro medio; pudiendo ser los pacientes estratificados como grupo 3 por esta escala subsidiarios de monitorización estrecha y tratamiento específico.

ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS TRAS INICIAR TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN FPI

M. Figuerola Esteban (1), C. Torres Luque (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad progresiva e irreversible de causa desconocida. Los únicos tratamientos que han demostrado frenar la pérdida de función pulmonar y la progresión en pacientes con FPI leve-moderada al año son los tratamientos antifibróticos Nintedanib y Pirfenidona.

Nuestro objetivo es analizar los cambios en la función pulmonar de los pacientes con FPI tratados con antifibróticos.

Metodología: Hemos realizado un estudio descriptivo incluyendo 60 pacientes de la consulta de Enfermedades Intersticiales Pulmonares Idiopáticas (EPID) en tratamiento con Pirfenidona o Nintedanib y se han analizado los cambios en las pruebas funcionales respiratorias al año de iniciar el tratamiento respecto a las previas. Para ello, se han recogido datos generales de los pacientes, así como comorbilidades, tipo de tratamiento y las pruebas funcionales respiratorias (FVC, DLCO y KCO) antes de iniciar el tratamiento, a los 3 meses y al año de iniciarlo. También se recogió el FEV1 y el test de la marcha en 6 minutos (TM6M).

Resultados: De los 60 pacientes analizados, 73,33% eran varones, con una media de edad de $71,4 \pm 7,84$ años. En la [tabla 1](#) se reflejan las comorbilidades que presentaban los pacientes. 58,3% de los pacientes fueron tratados con Nintedanib y el 41,7% con Pirfenidona.

En la [tabla 2](#), se reflejan los resultados de las medias obtenidas de TM6M, FVC, DLCO y KCO antes de iniciar el tratamiento, a los 3 meses y año de iniciar el tratamiento.

En cuanto a la adherencia, el 65% mantuvieron la medicación, en 6 pacientes se cambió la medicación, el

20% tuvo que suspenderla y en 3 se tuvo que disminuir la dosis. El efecto secundario más frecuente fue la intolerancia digestiva, 12 de nuestros pacientes la presentaron.

El 55% de los pacientes se mantuvieron estables con la medicación antifibrótica, el 23,4% tuvo una progresión leve de la enfermedad, 2 pacientes fueron derivado a cuidados paliativos por progresión grave, 5 pacientes fueron derivados a la unidad de trasplante pulmonar y 5 fallecieron a pesar de la medicación.

Conclusiones: La media de las pruebas funcionales fue similar tras un año de tratamiento. La mayoría de nuestros pacientes se mantuvieron estables tras iniciar el tratamiento antifibrótico. El efecto secundario más frecuente fue la intolerancia digestiva.

MÁS ALLÁ DE LA FPI: FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA Y SU CONTROL CON NINTEDANIB. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. Vera Pila (1), J. Vázquez Domínguez (1), T. Mascarell Roda (1), I. De La Cruz Morón (1), N. Reyes Núñez (1), Z. Palacios Hidalgo (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Progresiva (FPP) engloba a un conjunto de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) que presentan un comportamiento fibrosante progresivo, definiendo esta progresión a partir de criterios clínicos, radiológicos y funcionales.

El objetivo del estudio es analizar las características, proceso diagnóstico y manejo terapéutico con Nintedanib de los pacientes con FPP.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo realizándose recogida de datos de las historias clínicas y posterior análisis descriptivo. Se define progresión de la enfermedad cuando cumple 2 de los 3 criterios siguientes: Empeoramiento clínico, radiológico y/o funcional: caída de FVC $\geq 5\%$ o DLCO $\geq 10\%$.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes con diagnóstico de FPP. La edad media en el momento de la progresión fue de $70 \pm 7,8$ años, siendo 21 (77,8%) hombres. Ninguno tenía antecedentes familiares de EPID, 17 (63%) tenían antecedentes de tabaquismo (63%), 5 (9,3%) del total comorbilidad respiratoria y 17 (63%) otras comorbilidades. A nivel radiológico, 12 (44,4%) presentaban patrón NIU o probable NIU.

El tiempo medio a la progresión de aparición de la FPP desde el diagnóstico de EPID osciló entre 1 y 7 años. En cuanto al tipo de FPP, los más frecuentes fueron 9 (33,3 %) en relación a por enfermedad autoinmune sistémica (EAS) y 8 (29,6 %) no clasificables. Antes de tratamiento

17 (63%) pacientes presentaban desaturación al esfuerzo, desarrollándola 3 más durante el seguimiento. Al inicio del tratamiento, 26 (98%) pacientes sufrían disnea, 18 (67%) tos y 21 (78%) crepitantes velcro.

En el período de seguimiento el efecto secundario más frecuente fue la diarrea, presente en 12 (44,4%) pacientes, solo un (3,7%) paciente ha suspendido tratamiento por ser sometido a trasplante pulmonar, 8 (29,6%) han precisado modificación de dosis por secundarismos, 2 pacientes (7,4%) sufrieron ingreso por agudización, 22 (81,5%) permanecieron estables y ninguno ha causado éxitus. La evolución de DLCO y FVC en [figura 1](#) y [figura 2](#).

Conclusiones: 1. En nuestro centro la EPID no clasificable y la relacionada con EAS son las FPP más frecuentes. 2. La mayoría de nuestros pacientes permanecen estables bajo tratamiento con Nintedanib. 3. Ningún paciente ha precisado suspensión de tratamiento por secundarismos.

CONSULTA MONOGRÁFICA ESPECIALIZADA EN EPID ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE NUESTROS PACIENTES?

M.C. Velasco Alcázar (1), A.A. Jiménez Romero (1), F. Campello Sánchez (1), A. Heredia Carrillo (1), O. Meca Birlanga (1), M. Hernández Olivo (1), M. Guillamón Sánchez (1), J.J. Martínez Garcerán (1), D. Lozano Vicente (1), A. Santacruz Siminiani (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Santa Lucía, Cartagena Murcia.

Introducción: Las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID) son patologías que afectan al intersticio pulmonar. Las consultas monográficas y un enfoque multidisciplinar, son fundamentales para alcanzar un diagnóstico y tratamiento. El objetivo del estudio es conocer las características demográficas, clínicas y de manejo de los pacientes atendidos en una consulta monográfica de EPID.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en consulta monográfica de EPID del Hospital Santa Lucía, mediante revisión de historia y pruebas diagnósticas entre enero-junio de 2024. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: Un total de 170 pacientes, 83 mujeres (49%) y 87 hombres (51%), la media de edad fue 69 ± 12 años (Med = 71), 25% fueron primeras visitas (43) y 75% consultas sucesivas (125). Las características epidemiológicas se resumen en la [tabla 1](#).

En 124 pacientes (76%) los síntomas iniciales fueron respiratorios, siendo el más frecuente la disnea en un 40%. Las pruebas diagnósticas realizadas, así como la decisión

de presentar en comité multidisciplinar se resume en la [Tabla 2](#).

EPID asociada a conectivopatía fue el diagnóstico más frecuente (23%) seguido de NINE idiopática (NINEi) en 25 pacientes (15%), FPI (22 pacientes, 13%) y EPID fibrosantes no clasificables (19 pacientes, 11%).

De los 39 pacientes con conectivopatías, la artritis reumatoide fue la causa más frecuente (16 pacientes, 41%), seguida de esclerosis sistémica en 5 (13%). Los síntomas respiratorios fueron el debut de la enfermedad en 16 pacientes (41%) y el patrón NINE el hallazgo más frecuente (13 pacientes, 33%).

Entre los pacientes que presentaban exposición laboral, la EPID más frecuente desarrollada fue la FPI (8 pacientes, 15%). En los casos de NH (10 pacientes, 6%) el antígeno más frecuente fueron las plumas (70%). 53 pacientes se encuentran en tratamiento con antifibróticos, de ellos el 42% con Pirfenidona (22) y el 58% con Nintedanib (31).

En 112 pacientes (66%) el diagnóstico definitivo coincide con la sospecha diagnóstica inicial

Conclusiones: Los pacientes presentan igual distribución por sexos. Más de la mitad han tenido exposición tabáquica y un 36% exposición laboral/ambiental relevante. Un 60% presenta comorbilidad cardiovascular.

Las EPID más frecuentes son las secundarias a conectivopatías, seguidas de NINEi, FPI y en un 11% EPID fibrosante no clasificables.

En 2/3 de pacientes, la realización de pruebas invasivas y/o valoración en comité multidisciplinar ha permitido confirmar la sospecha diagnóstica inicial.

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL CRIOEBUS EN ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Vera Pila (1), I. Pacheco Carrillo (1), J. Vázquez Domínguez (1), J. Gallego Borrego (1), A.J. Cruz Medina (1), N. Reyes Núñez (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La criobiopsia transbronquial mediastínica guiada por ultrasonido endobronquial (CrioEBUS) es una técnica que permite obtener biopsias de adenopatías mediastínicas de un mayor volumen que el EBUS convencional gracias al uso de crioterapia. El objetivo del estudio ha sido analizar la rentabilidad diagnóstica de los CrioEBUS realizados en nuestro hospital.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los CrioEBUS realizados en el Hospital Universitario Virgen de Valme, desde mayo 2023 hasta noviembre 2024. Se consideró CrioEBUS diagnóstico cuando se obtuvo un diagnóstico anatomopatológico o la presencia de tejido linfoide.

Resultados: Se analizaron 80 procedimientos. Las indicaciones fueron sospecha de enfermedad inflamatoria en 51,3% de los casos y de neoplasia en el 48,8%. En el 73,8% se utilizó sedación con fentanilo y propofol. La adenopatía que se puncionó con más frecuencia fue la subcarinal, en el 51,3%. Se realizó una media de 2,76 (1,26) pases previos con aguja citohistológica. La media de criobiopsias en cada procedimiento fue de 3,39 (0,893), empleando la criosonda de 1,1 mm en el 97,5%. Las adenopatías presentaban un tamaño medio de 21,51 (8,84) mm.

De las 80 muestras citológicas obtenidas, 4 fueron no aptas por ausencia de material representativo. Sin embargo, solo 1 de las obtenidas mediante criosonda lo fue. Se realizó el diagnóstico de 18 sarcoidosis, 6 síndrome linfoproliferativos, 30 neoplasias y 5 enfermedades inflamatorias no sarcoideas ([ver tabla 1](#)). Todas las criobiopsias con diagnóstico de malignidad permitieron el estudio de marcadores moleculares. No se desarrollaron complicaciones en los procedimientos realizados.

El diagnóstico fue representativo, consiguiendo en 59 casos el diagnóstico de enfermedad (verdaderos positivos), 73,8%. El número de verdaderos negativos fue 17 (21,3%) y de falsos negativos 4 (5%). La sensibilidad del CrioEBUS en nuestro medio es del 94% y la especificidad del 100%. El valor predictivo negativo es 81% y el valor predictivo positivo 100%. La rentabilidad diagnóstica global fue del 93,75%. La rentabilidad específica para neoplasias sólidas, síndrome linfoproliferativo y enfermedades inflamatorias se pueden ver en la [tabla 2](#).

Conclusiones: El CrioEBUS en nuestro medio se posiciona como una técnica útil y segura para el diagnóstico de enfermedades inflamatorias, especialmente sarcoidosis, así como para realizar el diagnóstico de neoplasias y obtener marcadores moleculares.

EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN REDUCCIÓN DE VOLUMEN ENDOSCÓPICA PULMONAR CON VÁLVULAS ZEPHYR EN ENFISEMA GRAVE

A. Almansa López (1), C. Sánchez Hoyas (1), L. López López (1), B. Alcázar Navarrete (2), A. Caballero Vázquez (1).

(1) Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Neumología, Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Introducción: El tratamiento de reducción de volumen endoscópica pulmonar (RVEP) está recomendado por GOLD y la guía GesEPOC en pacientes con enfisema grave y disnea no controlada a pesar de tratamiento óptimo. Nuestro centro ha implantado un programa de RVEP recientemente. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia inicial.

Metodología: Estudio observacional prospectivo con pacientes remitidos a la consulta de EPOC grave de nuestro centro para valoración de RVEP desde el inicio del programa en Diciembre de 2022. Para cada paciente evaluado se recogieron datos clínicos, funcionales y radiológicos. Se analizaron los resultados con Jamovi.

Resultados: Desde el inicio del programa de RVEP han sido evaluados 35 pacientes candidatos, de los que 25 (73,5%) finalmente han sido tratados con válvulas Zephyr. Los pacientes candidatos tenían como características 65,7 años de edad, 77% varones, disnea mMRC ≥ 3 mMRC 72,7%, FEV1 31,0% teórico, DLCO 33% teórico, CAT 27,1 puntos. La causa más frecuente de desestimación de tratamiento fue la presencia de ventilación colateral (66,7%). El lóbulo más frecuentemente tratado fue el LSI (13 pacientes, 52% del total) seguido del LID (24%). En cada procedimiento se implantaron una mediana de 3 válvulas Zephyr. En complicaciones postprocedimiento, 5 pacientes (20%) han presentado neumotórax y 8 (30,8%) han presentado exacerbación de la EPOC. La estancia media ha sido de 7,92 días.

Conclusiones: Casi tres de cada cuatro pacientes remitidos a nuestra unidad para valoración de RVEP son finalmente tratados con válvulas Zephyr. El perfil de paciente suele ser el de varones de mediana edad con enfermedad grave muy sintomáticos a pesar de tratamiento. La incidencia de complicaciones en el postprocedimiento es similar a la descrita en la literatura.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DEL CRIO-EBUS EN PACIENTES CON ADENOPATÍAS HILARES Y MEDIASTÍNICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN 2024

S.F. Jiménez Roche (1), M. Rubio Moreno (1), S. Ruiz Rodríguez (1), M. Pérez Morales (1), A. Padilla Galo (1), J. Cebrián Gallardo (1).

(1) Neumología, Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: La CRIO-EBUS (ecobroncoscopia con crio biopsia) es una técnica avanzada de diagnóstico que combina la utilización de ultrasonido endobronquial para localizar y guiar la biopsia y la criosonda para obtener muestras mediante la aplicación controlada de frío extremo. Esta combinación permite una mayor rentabilidad en las lesiones mediastínicas.

El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes que se han realizado este procedimiento durante el año 2024 en nuestro centro y su concordancia diagnóstica obtenida.

Metodología: Se analizaron 23 pacientes a quienes se realizó CRIO-EBUS durante el año 2024 en nuestro centro, mediante un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para valorar la concordancia entre la sospecha y diagnóstico de neoplasia se utilizó el test de Kappa incluyendo su intervalo de confianza al 95%. Se utilizó el software SPSS v28.

Resultados: En nuestra muestra obtenida el 78% (18) son varones y el 22% (5) son mujeres, la indicación clínica para la realización del estudio diagnóstico de CRIO-EBUS fue en su mayoría sospecha de neoplasia en un 78,3%. Del total de pacientes, el 13% se habían sometido previamente a EBUS (ecobroncoscopia) con biopsia tradicional sin obtener diagnóstico del mismo por escasa muestra. La principal estación ganglionar mediastínica biopsiada fue la 7 (subcarinal) en 69% de los casos y 11r (interlobar derecho) en 13% de los casos. Se obtuvo diagnóstico de neoplasia en el 52% de las muestras, siendo el tipo histológico más frecuente adenocarcinoma (21,7%), seguido de epidermoide (17,4%) y microcitico (8,7%).

Finalmente se encontró una concordancia observada entre sospecha y diagnóstico de neoplasia de 0,7391 (73,9%) con un Índice Kappa 0,465 (IC 95% 0,1542 - 0,776).

Conclusiones: 1. Se observó una alta concordancia entre la sospecha clínica y el diagnóstico final, lo que sugiere una buena capacidad diagnóstica de la CRIO-EBUS en la identificación de neoplasias mediastínicas. 2. La CRIO-EBUS permitió un diagnóstico preciso en casos previamente indeterminados por ecobroncoscopia convencional. Esto resalta la importancia de esta técnica en el diagnóstico de adenopatías de difícil acceso, siendo de igual forma una técnica segura y con bajo riesgo de complicaciones.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

ESTADIFICACIÓN MEDIASTINAL EN EL CARCINOMA DE PULMÓN POTENCIALMENTE QUIRÚRGICO: EL APOORTE DEL EBUS DE RASTREO

S. Gutiérrez Hernández (1), A. Carmona González (1), I. Castillo Rivillas (1), A. Aís Daza (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Definimos el concepto de EBUS (ecografía transbronquial) de rastreo como aquel que se indica ante hallazgo de cN1 o cN0 asociado a tumor central o de tamaño mayor a 3 cm en el PET-TAC. Éste forma parte del algoritmo para la estadificación mediastínica en el cáncer pulmonar y su importancia recae en que, si confirma la ausencia de afectación mediastínica, hace al paciente candidato a cirugía curativa de resección pulmonar.

El objetivo de este estudio fue comparar la estadificación mediastínica obtenida mediante PET-TAC con la obtenida posteriormente en el EBUS de rastreo.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo revisando los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de una serie de 18 casos de EBUS de rastreo pertenecientes a nuestro centro.

Resultados: Se recogieron los datos de un total de 18 pacientes, siendo el 17% mujeres y el 83% hombres. La edad media de la muestra fue de $68 \pm 8,04$ años. En la mitad de los casos se indicó el EBUS de rastreo por presencia en el PET-TAC de cN1 y en la otra mitad por cN0 con tumor central o de tamaño mayor a 3 cm. Tras la realización del EBUS de rastreo el 56% de la muestra presentó un estadiaje mediastínico distinto al del PET-TAC, obteniendo un estadio mayor el 67% de los casos. Un 56% de los cN1 y un 33% de los cN0 con tumor central o tamaño mayor de 3 cm en el PET-TAC, pasó a estadiarse como N2 o N3 mediante el EBUS de rastreo. El 83% de la muestra fue diagnosticada de cáncer de pulmón. La ecografía endobronquial (EBUS) resultó ser el método diagnóstico definitivo en un 22% de los casos. El resto de los mismos se diagnosticó mediante cirugía (34%), punción transbronquial (22%) o biopsia con aguja gruesa -BAG- (22%). El tipo de cáncer de pulmón visto con más frecuencia fue el carcinoma epidermoide (73%).

Conclusiones: En la estadificación del mediastino, existe una discordancia significativa entre los hallazgos del PET-TAC y los del EBUS de rastreo, permitiendo este último visualizar más estaciones mediastínicas afectadas en más de la mitad de los casos. El riesgo de N2 o N3 en el EBUS de rastreo aumenta cuando la indicación del mismo es el hallazgo de cN1 en el PET-TAC. Todo esto

hace recomendable la realización sistemática de un EBUS de rastreo siempre que el PET-TAC reporte el hallazgo de un cN1 o un cN0 asociado a tumor central o tumor de tamaño mayor a 3 cm.

RESULTADOS CON ECOBRONCOSCOPIA RADIAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

A. López León (1), M. Martos Maldonado (1), J.M. Sánchez Álvarez (1), J.J. Cruz Rueda (1).

(1) Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La utilización de ultrasonografía radial en procedimientos endoscópicos ha supuesto una mejora en la capacidad para la caracterización de lesiones pulmonares periféricas. En el EBUS radial (R-EBUS), los hallazgos ecográficos pulmonares permiten una localización más exacta de dichas lesiones.

Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en los R-EBUS realizados en nuestro centro.

Metodología: Estudio descriptivo de los 51 R-EBUS realizados en el Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería) hasta la fecha. Se reflejaron variables demográficas y patologías previas de los pacientes, lugar de realización y resultados tras la prueba, así como el diagnóstico definitivo por otros medios.

Resultados: Existió un predominio de paciente varón (71%), de edad mediana 70 años. El 57% presentaban HTA, dislipemia o diabetes. Un 41,2% estaban diagnosticados de EPOC, un 7,8% de insuficiencia cardíaca y el 51% presentaban enfisema radiológico. 21 pacientes tenían antecedente personal de neoplasia maligna.

En cuanto al lugar de realización, 35 (69%) se llevaron a cabo en quirófano, el resto en sala de técnicas de Neumología.

En 45 de los procedimientos se contó en sala con patólogo para primera valoración in situ.

En un 41 R-EBUS se llegó a un diagnóstico definitivo. La patología maligna fue el resultado más frecuente (33). El adenocarcinoma resultó el subtipo histológico más frecuente. Excepto en 2 pacientes donde se demostró metástasis extrapulmonar, el diagnóstico definitivo fue tumor primario pulmonar.

En el 88% de confirmación maligna, la muestra fue suficiente para análisis de biomarcadores.

En los casos donde el R-EBUS no fue diagnóstico (7), este se alcanzó mediante biopsia guiada por TC o procedimientos quirúrgicos.

En caso de patología benigna (8), el EBUS radial reveló el diagnóstico definitivo en todos ellos. Dichos

diagnósticos fueron granuloma (4), infección (1), neumonía organizada (1) e indeterminados, aunque con demostración radiológica posterior de reducción en tamaño (2).

Conclusiones: 1. La rentabilidad diagnóstica en nuestro centro es similar a la descrita en la literatura. 2. El resultado histológico más frecuente fue carcinoma primario pulmonar, con adenocarcinoma como variante predominante. 3. En un 88% de muestras con diagnóstico maligno, fue posible el análisis de biomarcadores. 4. En los pacientes con etiología benigna, el R-EBUS fue suficiente para alcanzar dicho diagnóstico.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR POR ENDOSCOPIA: ANÁLISIS DE UN CENTRO ESPECIALIZADO

M. Aláez Gómez (1), B. Romero Romero (1), C. Olmedo Rivas (1), L. Román Rodríguez (1), J. Martín Juan (1), F. Ortega Ruiz (1), J.L. López Campos (1), P. Cejudo Ramos (1), J.L. López Villalobos (1), E. Márquez Martín (1).

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

Introducción: La reducción de volumen pulmonar por endoscopia (RVE) es una alternativa mínimamente invasiva al manejo quirúrgico del enfisema avanzado. Sin embargo, el procedimiento no está exento de riesgos. Este estudio analiza las complicaciones observadas en pacientes sometidos a RVE, su frecuencia, naturaleza y manejo. El objetivo del estudio es describir las complicaciones asociadas a la RVE, identificar factores de riesgo relacionados y evaluar las estrategias de manejo implementadas en un centro especializado.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a RVE entre enero de 2023 y noviembre de 2024. Se registraron complicaciones intra y postprocedimiento clasificadas como a corto o largo plazo. Los datos incluyen incidencia de neumotórax, infecciones, migración de dispositivos y otros eventos adversos. Se emplearon análisis estadísticos para identificar posibles factores predisponentes.

Resultados: De un total de 12 pacientes en lo que pudieron analizarse las complicaciones inmediatas, además, en 9 de ellos pudieron analizarse las complicaciones a medio plazo. El 41,7% presentó complicaciones, la complicación inmediata más frecuente fue el neumotórax (25%) y a medio plazo, las infecciones respiratorias (25%). Otros eventos adversos como migración del dispositivo

o hemoptisis no fueron observados. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 (1 - 14) días y el 41,7% de los casos requirió hospitalización prolongada (mayor a 2 días laborales). La tasa de resolución completa de complicaciones inmediatas fue del 100% tras intervención médica, colocación de drenaje endotorácico o retirada de válvula (1 paciente). Se analizaron posibles factores relacionados con la incidencia de complicaciones, sin encontrar significación estadística relevante.

Conclusiones: Aunque la RVE es generalmente segura, las complicaciones, como el neumotórax y las infecciones, son relativamente comunes y requieren vigilancia estrecha. La identificación de factores de riesgo y el manejo oportuno pueden mitigar la morbilidad asociada. Este análisis destaca la importancia de la creación de protocolos estandarizados y equipos multidisciplinares en el manejo de pacientes sometidos a RVE. Son necesarios más estudios que permitan demostrar la tendencia positiva de los resultados presentados.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

ANÁLISIS DE RESULTADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR POR ENDOSCOPIA: CAMBIOS EN FUNCIÓN RESPIRATORIA, SINTOMATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA

M. Aláez Gómez (1), B. Romero Romero (1), C. Olmedo Rivas (1), L. Román Rodríguez (1), J. Martín Juan (1), F. Ortega Ruiz (1), J.L. López Campos (1), P. Cejudo Ramos (1), J.L. López Villalobos (1), E. Márquez Martín (1).

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

Introducción: La reducción de volumen pulmonar por endoscopia (RVE) es una intervención terapéutica para pacientes con enfisema avanzado, destinada a mejorar la función pulmonar y la calidad de vida. Este estudio analiza los cambios en parámetros funcionales, sintomatología respiratoria y calidad de vida tras el procedimiento.

Metodología: Evaluar los resultados clínicos, funcionales y de calidad de vida en pacientes sometidos a RVE en un centro especializado. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de enfisema que fueron sometidos a RVE entre enero de 2023 y noviembre de 2024. Se evaluaron parámetros pre y postoperatorios de función respiratoria (FEV1, capacidad pulmonar total, volumen residual), escalas de disnea (mMRC) y calidad de vida (CAT) en seguimiento a corto plazo. Se utilizaron pruebas estadísticas para comparar los cambios significativos en las variables.

Resultados: De un total de 9 pacientes sometidos a RVE que completaron el seguimiento a los 3 meses, la puntuación en la escala mMRC disminuyó en promedio de 3 a 2 puntos. Asimismo, se observó una mejora sustancial en las puntuaciones del cuestionario de calidad de vida (CAT) con una reducción promedio de $29 \pm 5,65$ puntos hasta $18 \pm 7,9$ puntos en la escala global. El 50% mostró una mejora en el FEV1 ($24,3 \pm 6,9\%$ vs $29,3 \pm 9,5\%$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas.

La RVE es una intervención efectiva para mejorar la función pulmonar, aliviar la disnea y aumentar la calidad de vida en pacientes con enfisema avanzado. Estos resultados refuerzan la utilidad de esta técnica como una alternativa viable y segura para el tratamiento del enfisema. Estudios adicionales a largo plazo son necesarios para evaluar la sostenibilidad de estos beneficios.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

EBUS-TBNA EN EL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN: EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Y.Y. Portillo Gutiérrez (1), P. García Lovera (1), C. Díaz Jimenez (1), M.C. Mata López (1), P. Cano Lucena (1), M. García Amores (1), P. Barragán Reyes (1), M. Muñoz Alquicira (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Médico-Quirúrgico, Jaén

Introducción: La punción-aspiración transbronquial guiada por ecografía endobronquial (a la que nos referiremos como EBUS-TBNA por sus acrónimos en inglés), es una técnica mínimamente invasiva que nos permite la obtención de muestras de estructuras adyacentes a la pared traqueobronquial con control ecográfico directo. Su principal indicación es el diagnóstico y la estadificación tumoral.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la EBUS-TBNA en el primer año de implantación en el Hospital Universitario de Jaén.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se estudiaron los pacientes sometidos a EBUS-TBNA en el Hospital Universitario de Jaén (HUI) desde noviembre de 2023 (fecha de implantación de dicha técnica) hasta octubre 2024. Se recogieron variables relacionadas con los pacientes (sexo, edad y antecedentes oncológicos), análisis de las estaciones ganglionares vistas por tomografía por emisión de positrones (PET) y puncionadas, resultados de la EBUS-TBNA y complicaciones.

Resultados: 58 pacientes fueron sometidos a EBUS-TBNA. El 71% fueron hombres, la edad media fue de 66 ($\pm 1,24$) años y el 64% presentaban antecedentes oncológicos entre los que destaca cáncer de pulmón (12%). El número estaciones ganglionares estudiadas por PET con el SUV medio y biopsiadas mediante TBNA con la rentabilidad diagnóstica en cada estación se observan en la [figura 1](#). En el 94,8% de los EBUS-TBNA realizados, se obtuvo muestra válida para diagnóstico. Dentro de estos, el 57% fueron positivos para malignidad: 38% cáncer de pulmón (con una sensibilidad del 96%) y 19% metástasis de otros tumores. El 43% restante fueron negativos para malignidad (ganglio linfático normal o hallazgos de patología pulmonar benigna). En el 10% aparecieron complicaciones, entre los que destacan sangrado moderado y desaturación (únicamente en dos pacientes se tuvo que interrumpir de forma prematura el procedimiento). No se observaron complicaciones significativas tras dicha técnica.

Conclusiones:

De los 58 EBUS-TBNA realizados en el primer año de implantación en el HUI, en el 94,8% se obtuvo muestra válida para diagnóstico. Dentro de estos, el 57% fueron positivos para malignidad con una sensibilidad para cáncer de pulmón del 96%. Únicamente en dos pacientes se tuvo que interrumpir de forma prematura, sin embargo, no se observaron complicaciones significativas tras el procedimiento.

MANEJO Y EVOLUCIÓN DEL QUILOTÓRAX: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER

M. Fajardo Lopez (1), C. Marín Espín (1), M. Sanclemente Mahecha (1), A. Muñoz Lajara (1), L. Alemany Frances (1), J. Ferrer Cañavate (1), M.J. Corcoles Valenciano (2).

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

Introducción: El quilotórax es líquido linfático en la cavidad pleural, causado por lesión, malformación u obstrucción del conducto torácico. Presenta un aspecto lechoso, y se diagnostica por niveles de triglicéridos (>110 mg/dL). Los linfomas son la causa más frecuente traumática.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo con un análisis descriptivo. La base de datos son pacientes sometidos a toracentesis entre 2022 y 2024. De un total de 139 pacientes, 22 cumplieron con los criterios de inclusión, que consistían en niveles de triglicéridos en el líquido pleural superiores a 110 mg/dL.

Resultados: Los pacientes con quilotórax, en su mayoría se encuentran por encima de los 65 años, lo que sugiere una mayor predisposición en este grupo etario, probablemente debido a enfermedades crónicas subyacentes.

En cuanto al tratamiento, variaron según la etiología. Los pacientes con neoplasias hematológicas tuvieron que someterse a más procedimientos invasivos, como toracocentesis (un promedio de 2,5 por paciente) y drenaje pleural (90%). Un 40% necesitó cirugía, en la mayoría de los casos para manejo de la enfermedad neoplásica. Por otro lado, los pacientes con otras causas de quilotórax, como infecciones o enfermedades metabólicas, tuvieron menos intervenciones (promedio de 1,8 toracocentesis) y un 60% necesitó drenaje pleural, con tan solo un 10% de ellos precisando cirugía.

Se recurrió a la pleurodesis en algunos pacientes con quilotórax bilateral o en enfermedades como la pancreatitis y linfoproliferativas para prevenir la recurrencia. La linfografía y el octreótido no fueron utilizadas. La quimioterapia y la radioterapia se aplicaban si el quilotórax se desarrolla en el contexto de las neoplasias malignas, lo que ayuda a controlar el cáncer subyacente y la acumulación de líquido en la cavidad pleural.

Presentaron una mayor mortalidad, hasta del 40%, con una supervivencia media de 16,4 meses los pacientes con neoplasias hematológicas. En este grupo, la resolución completa del quilotórax fue tan solo del 30%.

Por otro lado, los pacientes con otras etiologías tuvieron una evolución más favorable, con una tasa de mortalidad del 20% y una resolución completa del derrame en el 70% de los casos. Sin embargo, el tiempo medio de supervivencia fue de 9,7 meses, ya que algunas etiologías no neoplásicas, principalmente infecciosas, se asociaban a un fallecimiento temprano.

Conclusiones: El derrames por neoplasias hematológicas tienen un curso más complejo, con mayor tasa de intervención terapéutica y una mayor mortalidad.

EL PATRÓN PRISM SE MANTIENE ESTABLE EN EL TIEMPO. ANÁLISIS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

V. Hurtado García (1), A.R. Arroyo Moreno (1), C. Guerrero Serrano (1), J.M. Pérez-Victoria Casado (1), V. Sabat Navas-Parejo (1), J. De La Torre Navas (1), A. Gallardo Marchal (1), J.A. Holgado Terriza (1), P.J. Romero Palacios (1).

(1) Departamentos de Medicina y de Lenguajes y Sistemas, Facultad de Medicina, Universidad de Granada.

Introducción: La función pulmonar alcanza su máximo desarrollo en torno a la tercera década de la vida. El patrón PRISM (Preserved ratio with impaired spirometry) definido como $FEV1/FVC > 0,7$ y $FEV1$.

Metodología: Estudio observacional prospectivo realizado en una cohorte de sujetos sanos, estudiantes de la facultad de Medicina de la UGR. De cada participante se obtuvieron datos demográficos, clínicos y funcionales con una espirometría forzada al menos cada 6 meses. Analizamos la prevalencia de PRISM en visita basal y tras 1 año de seguimiento. Los resultados se analizaron con Jamovi®, considerando estadísticamente significativo un p -valor $< 0,05$.

Resultados: La cohorte está formada por 424 sujetos sanos, de los que 214 cuentan con al menos 3 espirometrías válidas, con criterios de calidad A, y un periodo de seguimiento de al menos 12 meses. La edad media es de 19,5 años ($+/-2,2$), un 10,6% son fumadores activos, y 262 (61,8%) son mujeres. En la visita basal encontramos que 56 participantes (14,1% del total) tienen patrón PRISM y 7 (1,7% del total) con patrón obstructivo. Entre los 214 que cuentan con al menos 3 espirometrías y seguimiento a 1 año encontramos 24 participantes (11,2%) que mantienen el patrón PRISM en las 3 exploraciones.

Conclusiones: El patrón de PRISM aparece en 14,1% de los participantes de esta cohorte y en 11,2% de los participantes con seguimiento de 1 año de duración. El patrón de PRISM es estable en el tiempo.

COMPARACIÓN DE TRES ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON EPOC

A. Murillo Rodríguez (1), T. Gómez Pontes (1), M. Gómez García (1), A. Jiménez Antón (1), L. Casares Martín-Moreno (1), A. Almansa López (1), L. Álvarez Muro (1), C. Hoyas Sánchez (1), A. Romero Linares (1), B. Alcázar Navarrete (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Departamento de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Introducción: Los pacientes con EPOC tienen un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, por lo que la identificación del riesgo cardiovascular es importante en la EPOC. Existen actualmente varias escalas de riesgo cardiovascular (SCORE2OP, QRISK3 y Framingham).

El objetivo de este estudio fue conocer la distribución del riesgo cardiovascular en pacientes con EPOC

Metodología: Estudio observacional transversal que incluyó pacientes con EPOC estables atendidos en una consulta monográfica sin enfermedad coronaria o cerebrovascular conocida. Para cada paciente se calculó el riesgo cardiovascular mediante las escalas

QRISK3, Framingham y SCORE2OP (calculada para país de riesgo bajo). Los resultados fueron analizados con el software estadístico Jamovi. Se consideró una $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Incluimos en el análisis 57 pacientes (75,4% varones, edad media 69,3 años, $FEV1$ medio 51,5% del predicho). El riesgo medio de eventos cardiovasculares a 10 años fue de 22,2% (Framingham), 27,6% (SCORE2OP) y 24,4% (QRISK3). No encontramos diferencias entre las distintas escalas utilizadas y los diferentes grupos de GOLD o GesEPOC (Tabla 1 y Tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes con EPOC entran dentro del grupo de muy alto riesgo cardiovascular, principalmente motivado por la edad y por la aparición de tabaquismo y diabetes. Este riesgo cardiovascular se aprecia de forma similar entre los grupos de GOLD y GesEPOC.

IMPORTANCIA DEL CRIBADO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT DE ALFA1 ANTITRIPSINA

A. Fernández Boza (1), B. Muñoz Sánchez (1), R. Ruiz Serrano (1), C. Calero Acuña (1), M. Ferrer Galván (1), L. Carrasco Hernández (1), E. Márquez Martín (1), F. Ortega Ruiz (1), J.L. López Campos (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El establecimiento de un protocolo diagnóstico dirigido a la detección de cualquier mutación del déficit de alfa1 antitripsina (DAAT) supone una ventana de oportunidad para la identificación de nuevos casos asintomáticos en el entorno familiar. El presente estudio tiene por objetivo evaluar los resultados del cribado familiar en portadores de al menos una mutación asociada al DAAT con objeto de evaluar la rentabilidad diagnóstica.

Metodología: El estudio Andalusian Valuable and Transdisciplinary AATD Registry (AVATAR) es un análisis observacional de cohortes prospectivas de pacientes con sospecha de DAAT que se sometieron al protocolo de diagnóstico que incluye una medición inicial de AAT sérica seguida de genotipificación. En este análisis evaluamos los diagnósticos resultantes de los casos incluidos como cribado familiar en comparación con los casos detectados por otros motivos.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 642 sujetos, de los cuales 228 (35,5%) se incluyeron por cribado familiar. Los resultados principales están en la tabla. Los casos identificados con cribado familiar eran más jóvenes, con mayor frecuencia mujeres y con un perfil genotípico diferente a pesar de tener la misma

concentración hemática de AAT, junto con una función pulmonar más preservada. Dentro de los pacientes con cribado familiar se han identificado casos con mutaciones graves. Además, se detectaron niveles de transaminasas más elevados en los casos detectados por cribado familiar.

Conclusiones: El estudio del cribado familiar resulta ser una estrategia importante para poder detectar casos de DAAT potencialmente graves tanto desde el punto de vista respiratorio como hepático.

VALORES SÉRICOS DE ALFA1 ANTITRIPSINA PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES DEFICIENTES: UN ANÁLISIS DE LA COHORTE AVATAR

A. Fernández Boza (1), B. Muñoz Sánchez (1), R. Ruiz Serrano (1), C. Calero Acuña (1), M. Ferrer Galván (1), L. Carrasco Hernández (1), E. Márquez Martín (1), F. Ortega Ruiz (1), J.L. López Campos (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La determinación del punto de corte ideal para completar el estudio genético del déficit de alfa1 antitripsina (DAAT) continúa siendo un aspecto controvertido dentro del manejo de la enfermedad. Aunque la mayoría de los documentos lo sitúa en 110 mg/dl, existe una considerable variabilidad en las recomendaciones. El presente estudio tiene por objetivo evaluar el punto de corte óptimo en los valores de AAT sérica para identificar a los pacientes de deberían realizarse un estudio del genotipo.

Metodología: El estudio Andalusian Valuable and Transdisciplinary AATD Registry (AVATAR) es un análisis observacional de cohortes prospectivas de pacientes con sospecha de DAAT que se sometieron al protocolo de diagnóstico que incluye una medición inicial de AAT sérica seguida de genotipificación. Mediante curvas ROC se identificó el mejor punto de corte de AAT en tres escenarios clínicos: 1) la detección de cualquier mutación; 2) excluyendo los pacientes con genotipo PI*MS y 3) excluyendo los pacientes portadores del alelo PI*M. Con los valores encontrados se calculó la sensibilidad (S) y especificidad (E) para cada escenario clínico.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 642 sujetos, de los cuales 413 (64,3%) eran portadores de al menos una mutación. Los puntos de corte óptimos fueron: 107,75 mg/dl para el escenario 1 (S 72,4%, E 82,5%), 95,20 mg/dl para el escenario 2 (S 86,1%, E 92,2%) y 89,85 mg/dl para el escenario 3 (S 85,4%, E 80,3%). Existían 101 casos portadores de mutaciones con un AAT sérico mayor de 110 mg/dl, pero sólo 3 portadores de mutaciones potencialmente graves en heterocigosis.

Conclusiones: El estudio de los puntos de corte de AAT nos indican los valores que deben ser considerados para avanzar en el proceso diagnóstico del DAAT dentro de un algoritmo diagnóstico en dos pasos.

AFECTACIÓN OFTALMOLÓGICA DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

M.M. Segura Romero (1), J.C. Lafuente Navarro (1), E. Condorelli Condorelli (1), D.E. Vega Lizarazo (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Opta a Beca

Introducción: El vapeo, una práctica que se ha popularizado como una alternativa "más segura" al consumo de tabaco, ha demostrado tener efectos perjudiciales significativos para la salud. Aunque los riesgos pulmonares asociados al vapeo, como lesiones pulmonares agudas y enfermedades crónicas, están recibiendo cada vez más atención desde la comunidad científica, las repercusiones sobre otras áreas del cuerpo han pasado desapercibidas. Estudios recientes destacan que los componentes tóxicos de los aerosoles generados por los cigarrillos electrónicos pueden afectar órganos menos conocidos como los ojos, incrementando el riesgo de condiciones como sequedad ocular, daño a la córnea, y estrés oxidativo en los tejidos oculares. Este póster explora los efectos nocivos de los cigarrillos electrónicos (CE) más allá del sistema respiratorio, investigando sobre su impacto sobre la salud ocular.

Metodología: Se ha realizado un estudio prospectivo a 30 sujetos sanos vapeadores. Se hicieron diferentes pruebas oftalmológicas previas y posteriores al vapeo, midiendo las variaciones que se producían después de vapear durante 30 minutos, cuando previamente habían estado 24 horas sin emplear estos dispositivos.

Resultados: En total se analizaron los resultados de 30 sujetos (60 ojos en total). La edad media de los sujetos era 23 años. Eran 23 mujeres, 7 hombres. Los dispositivos eran todos muy similares, aunque variaba en que 16 contenían nicotina y 14 no.

Se obtuvo un porcentaje del 100% de asintomáticos en el test de Schirmer antes de la exposición, y tras esta, un 40% de la muestra vio alterado su resultado. En cuanto al test de BUT un 93,3% fue normal antes de utilizar el CE, y tras la exposición un 50% de la muestra obtuvo un resultado alterado en este.

En la [Tabla 1](#) se muestran las variables cuantitativas oftalmológicas recogidas durante el estudio. Se ha objetivado, que en el grosor corioideo hay diferencias

estadísticamente significativas entre la pre exposición y post exposición de la muestra, con una disminución media de 3,28 μm . Se adjunta en la [tabla 2](#) se muestran las variables que no tuvieron una variación significativa.

Se analizó también la relación existente entre las distintas variables en aquellos sujetos de la muestra que utilizaron cigarrillos electrónicos con nicotina (16 sujetos, $n = 32$ ojos, excepto para la densidad del flujo macular $n = 11$ ojos, por una pérdida a la hora de la recogida de los datos por avería), y se observan diferencias estadísticas con respecto a la pre exposición en el grosor corioide macular medio. Este disminuyó con un valor medio de 4,66 μm en los pacientes que usaron CE con nicotina.

En los sujetos que usaron dispositivos sin nicotina (14 sujetos, $n = 28$ ojos) también se observaron diferencias significativas en el grosor medio de las células ganglionares (GCT) tras la exposición. La diferencia fue un descenso medio de 1 μm en la post exposición. El resto de variables no se han visto afectadas de forma significativa.

Conclusiones: 1. El estudio revela los efectos agudos en la salud ocular tras el uso de cigarrillos electrónicos. Estos incluyen, alteraciones a nivel de la lágrima y de la vascularización corioidea. La capa de células ganglionares de la retina se ha visto alterada en aquellos vapeadores que usaban también dispositivos sin nicotina. 3. Los CE tienen influencia en la salud ocular por hay que alertar no solo de los posibles daños a nivel pulmonar y a nivel de la creación de dependencia de la nicotina que puede generar un hábito tabáquico posterior, sino también de que es posible que tengan efectos deletéreos en otras áreas. 4. Es necesario más estudios a otros niveles para evaluar que más riesgo añadidos tiene estos nuevos dispositivos de consumo. 5. Hay que concienciar a la población, sobre todo a los más jóvenes, no solo de los problemas que hay a largo plazo con el uso de estos dispositivos, sino también los daños agudos que no se ven a simple vista que causan.

IMAGEN DOPPLER TISULAR DIAFRAGMÁTICA (TDI) PARA LA VALORACIÓN DEL DIAFRAGMA EN PACIENTES CON EPOC. ESTUDIO DIMAGGIO

A. Jiménez Antón (1), A. Romero Linares (1), A. Hammadi Ahmed (1), L. Casares Martín Moreno (1), B. Alcazar Navarrete (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Opta a Beca

Introducción: La ecografía diafragmática es una técnica cada vez más frecuentemente utilizada en la valoración de los pacientes con enfermedades respiratorias. Recientemente se ha propuesto la ecografía TDI (Tissue Doppler Imaging) como una técnica que permite valorar la velocidad de contracción del músculo diafragmático. No existen datos de los valores de TDI diafragmática en pacientes con EPOC. El objetivo de este estudio es describir los valores de TDI diafragmático en EPOC y su relación con la sarcopenia.

Metodología: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con EPOC estables remitidos para valoración de rehabilitación respiratoria y controles pareados por edad y sexo. A cada paciente se le realizó una ecografía TDI diafragmática mediante sonda sectorial obteniendo PCV (velocidad pico de contracción), PRV (velocidad pico de relajación), MRR (tasa máxima de relajación) y VTI (área de velocidad media de relajación), así como una valoración de la función muscular mediante dinamometría de la mano y test de esfuerzo cardiopulmonar maximal mediante cicloergometría. Los resultados fueron analizados con el software estadístico Jamovi. Se consideró una $p < 0.05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Participaron en el estudio 8 pacientes con EPOC (edad media 69,0 años, FEV1 39,2% teórico, DLCO 54,4% teórico, CAT 19,2 puntos) y 3 controles sanos. Los valores medios de TDI diafragmático en pacientes con EPOC y controles se exponen en la [tabla 1](#). Los pacientes que presentaban sarcopenia mostraban diferencias estadísticamente significativas en los valores de PRV frente a los que no presentaban sarcopenia ([figura 1](#)).

Conclusiones: Describimos por primera vez los valores de TDI diafragmática en pacientes con EPOC. La ecografía TDI diafragmática puede ayudar a discriminar a los pacientes con sarcopenia.

PATRONES RADIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD POR IGG4

J.C. Lafuente Navarro (1), E. Condorelli Condorelli (1), D.E. Vega Lizarazo (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La enfermedad por IgG4 es un proceso inflamatorio multisistémico poco conocido cuya afectación pulmonar está poco descrita y de la que no hay ningún protocolo diagnóstico o terapéutico validados. El objetivo de este trabajo es conocer los patrones radiológicos pulmonares de todos aquellos pacientes

diagnosticados de enfermedad por IgG4 en nuestro hospital, así como de las características clínicas de los mismos.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de los estudios de imagen (TAC y TACAR) en los pacientes diagnosticados de enfermedad por IgG4 estudiados en el HUVV entre enero del 2019 y octubre del 2024. Se estudiaron aquellos pacientes que presentaban al diagnóstico alguna afectación pulmonar, registrando variables clínicas y demográficas. Todos los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica Diraya.

Resultados: Se analizaron un total de 81 pacientes con diagnóstico de enfermedad por IgG4, de los cuales, únicamente 9 presentaban afectación pulmonar.

La edad media al diagnóstico de los pacientes fue de 66,55 años, de los cuales, 7 (77,77%) eran mujeres. En 8 (88,88%) de los pacientes la sospecha diagnóstica fue un hallazgo incidental o a consecuencia de cuadros clínicos secundarios. Los patrones radiológicos hallados se describen en el [gráfico 1](#). De todos ellos, 4 (44,44%) de los pacientes realizaron seguimiento en Neumología, mientras que el resto lo hizo en Medicina Interna, Aparato Digestivo o se perdió el seguimiento. De todos ellos, se realizó biopsia pulmonar a únicamente 2 (22,22%) de los pacientes. Los resultados de ambas biopsias mostraron una inflamación linfocítica policlonal inespecífica.

El tratamiento que recibieron todos los pacientes fue a base de corticoides orales, de los cuales 8 (88,88%) tuvieron una respuesta muy favorable al tratamiento, mientras que del noveno paciente se desconoce la evolución porque se trasladó a otra Comunidad Autónoma.

Conclusiones: 1. Existe un gran desconocimiento sobre la enfermedad, y por ello, pocas veces se plantea como una posibilidad en el diagnóstico diferencial. 2. Es necesario sospechar la enfermedad para solicitar al anatomopatólogo un correcto estudio de la muestra, por eso debemos integrar en nuestros algoritmos esta patología. 3. Muchas veces el diagnóstico histológico se ha visto comprometido por la buena y rápida respuesta al tratamiento corticoideo que tienen los pacientes.

ECOGRAFÍA PULMONAR EN PATOLOGÍA INTERSTICIAL. ANÁLISIS DE NUESTROS PRIMEROS CASOS

M. García García (1), J. Martínez Molina (1), E. Salcedo Lobera (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Beca

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es un grupo heterogéneo de enfermedades, la técnica de imagen gold estándar es la tomografía computerizada (TC) de tórax pero debido a diferentes inconvenientes, como es el coste o la radiación, se están considerando técnicas menos invasivas como la ecografía para el screening y seguimiento de estos pacientes.

Nuestro objetivo es analizar las primeras 54 ecografías en patología intersticial realizadas en nuestra unidad.

Metodología: Pacientes derivados desde la consulta monográfica de EPID para valoración ecográfica desde enero de 2023 hasta julio de 2024. Se recogieron datos de pruebas funcionales respiratorias, estudio radiológico con TC y los resultados obtenidos en la ecografía pulmonar. Se clasificaban a los pacientes en leve, moderado y severo según la escala Warrick para TC de tórax y según la escala BUDA para la ecografía pulmonar.

Resultados: Nuestra cohorte estaba formada por 54 pacientes, donde el 50,9% eran varones con una edad media de 71 ± 9 años. En la [tabla 1](#) quedan recogidas las patologías más frecuentes junto con las características ecográficas que presentaban.

A nivel funcional encontramos los siguientes valores medios: FVC 2.283 ± 877 ml, FVC% $71 \pm 18\%$, FEV1 1.855 ± 660 ml, FEV1% $76 \pm 18\%$, FEV1/FVC $82 \pm 9\%$, DLCO $3,29 \pm 1,65$ ml/min/mmHg, DLCO% $49 \pm 21\%$.

Radiológicamente, el 68,5% presentaban un patrón compatible con NIU mientras que el 31,5% con un patrón NINE.

Al aplicar el índice de Warrick se clasificaron los pacientes en 11,1% leves, 50% moderados y 38,9% severos, mientras que al clasificarlos con el score ecográfico (índice BUDA), 35,8% eran leves, 28,3% moderados y 35,8% severos.

Encontramos una correlación negativa moderada entre la DLCO y el promedio de líneas B ($r = -0,408$) y, negativa leve entre la DLCO y las áreas con pleura irregular ($r = -0,292$) y el Warrick Score ($r = -0,292$), teniendo significación estadística ($<0,05$).

Conclusiones: 1. La EPID tiene una serie de características ecográficas típicas, pudiéndose utilizar como herramienta clínica para el diagnóstico y seguimiento de la EPID dado su bajo coste, su disponibilidad y su ausencia de radiación pero son necesarios más estudios para poder estandarizar la técnica. 2. La mejor correlación radiológica / ecográfica se da en los casos de severa afectación.

AGUDIZACIONES DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI) TRATADOS CON FÁRMACOS ANTIFIBRÓTICOS

S. García Morales (1), S. Rivera Gómez (1), M. Utrero Rico (1), P. Erdozain Pérez (1), J.G. Soto Campos (1), R. Carmona García (1).

(1) UGC Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Opta a Beca

Introducción: La supervivencia de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) se ve condicionada por la evolución de la propia enfermedad así como la presencia de comorbilidades. Las agudizaciones juegan un papel importante en la progresión y evolución natural de la FPI.

Debido al mal pronóstico, las agudizaciones de etiología infecciosa presentan un papel relevante en la evolución de la FPI, observando determinados microorganismos y mayor carga bacteriana.

El objetivo fue describir y evaluar el papel de las agudizaciones de carácter infeccioso en la supervivencia de los pacientes con FPI así como los aislamientos microbiológicos responsables de las mismas.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo de agudizaciones y aislamientos microbiológicos en pacientes con diagnóstico de FPI en tratamiento con fármacos antifibróticos en el Hospital de Jerez. La muestra fue recogida desde Noviembre de 2016 hasta Noviembre de 2024.

Resultados: Se registraron un total de 49 pacientes con diagnóstico de FPI en tratamiento con antifibrótico.

Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#). El 100% (n = 49) de los pacientes, se encontraban en tratamiento activo con antifibróticos, 43 de ellos, en tratamiento con Pirfenidona y 6 con Nintedanib. El 16,9 % (n = 10) presentaron efectos secundarios tras su inicio siendo el más frecuente la aparición de diarrea (4,1%) y la aparición de lesiones cutáneas (4,1%). El 12,24% (n = 6) requirieron un cambio de antifibrótico.

Del total de los pacientes, el 10,2% presentaba bajo peso (IMC <18,5 kg/m²) y estado de desnutrición.

Durante el seguimiento de la cohorte, el 36,7% (n = 18) presentaron agudizaciones de las cuales, 26,5% (n = 13) requirieron ingreso hospitalario. En cuanto a la etiología de las mismas, el 28,57% fueron de carácter infeccioso siendo los aislamientos microbiológicos descritos en la [tabla 2](#).

Al finalizar el estudio, 16,3% de los pacientes (n = 8) fallecieron, presentando una supervivencia media de 79,619 meses (67,442 - 91,916) desde su diagnóstico.

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a agudizaciones de etiología infecciosa entre ambos

grupos (p <0,017) ([tabla 3](#)), presentando un HR de (3,1) siendo éstas un factor predictor de mortalidad (p <0,045).

Conclusiones: Las agudizaciones de etiología infecciosa conllevan una reducción significativa del tiempo de supervivencia libre de progresión en los pacientes con FPI, haciendo necesario el fenotipado de la agudización y dejando una puerta abierta para evaluar el inicio de terapias antimicrobianas.

PREDICTORES DE MORTALIDAD Y DESNUTRICION EN FPI

D.E. Vega Lizarazo (1), J. López García (1), A. Martínez Mesa (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Opta a Beca.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática es una enfermedad progresiva que a menudo cursa con importantes comorbilidades como la sarcopenia. Este estudio investiga la prevalencia e implicaciones clínicas de la sarcopenia en pacientes con FPI utilizando métodos de evaluación morfofuncional.

Metodología: Se evaluaron 84 pacientes con FPI para determinar la presencia de sarcopenia utilizando los criterios del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP2). Las evaluaciones incluyeron análisis vectorial de impedancia bioeléctrica, fuerza de prensión manual (HGS), prueba levantarse y caminar cronometrada (TUG) y mediciones ecográficas nutricionales (NU) del recto femoral y tejido adiposo abdominal. Se realizó un análisis estadístico para obtener puntos de corte de sarcopenia para las diferentes técnicas y luego se analizó la capacidad predictiva de estos valores para la supervivencia mediante una curva de Kaplan-Meier.

Resultados: La sarcopenia estuvo presente en el 20,2% del grupo. Los pacientes con sarcopenia mostraron una capacidad vital forzada (FVC) significativamente menor (2.142 ml frente a 2.745,6 ml, p <0,05), GAP más altos (p <0,05) y peor calidad de vida (puntuaciones de impacto SGRQ: 45,2 frente a 27,5, p <0,05). Los valores de corte identificados fueron 2,94 cm² para RFCSA, 9,9 segundos para TUG, 1,08 cm para el RFCSA y una masa celular corporal (BCM) de 25,4 kg. El análisis de Kaplan-Meier indicó un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con sarcopenia. En particular, los pacientes con sarcopenia según RFCSA tuvieron un riesgo 2,37 veces mayor de eventos (HR = 2,37, IC 95%: 1,02 - 5,48, p = 0,045), y aquellos según TUG presentaron un riesgo 4,89 veces mayor de eventos adversos (HR = 4,89, IC 95%: 1,43

– 16,70, $p = 0,011$).

Conclusiones: La sarcopenia es frecuente en pacientes con FPI y se asocia con mayor gravedad de la enfermedad y una calidad de vida reducida. RFCSA, BCM y TUG son buenos predictores de sarcopenia y mortalidad a 12 meses.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

RELACIÓN ENTRE LINFOCITOS Y NEUTRÓFILOS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR: IMPLICACIONES PRONÓSTICAS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA N

J. López Martínez (1), E. Novoa Bolívar (1), A. Mingueta Puras (1), J.A. Ros Lucas (1), E. Martínez Orenes (1), J.M. Ruiz Amat (1), M. Fernández Granja (1), L. Fernández Mula (1), E. Solana Martínez (1).

(1) Neumología e Inmunología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Opta a Beca

Introducción: El término de enfermedad pulmonar intersticial (EPID) engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades con manifestaciones clínicas, radiográficas e histopatológicas superpuestas. La fibrosis pulmonar puede aparecer como consecuencia de procesos de reparación, siendo progresiva en algunos casos. Recientes estudios han propuesto que los linfocitos y los neutrófilos desempeñan papeles opuestos en el desarrollo de la fibrosis. El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación de linfocitos y neutrófilos en el lavado broncoalveolar (BAL) de pacientes con EPID.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron 723 muestras de BAL, de pacientes con EPID analizadas por citometría de flujo, en el servicio de Inmunología, de pacientes atendidos en los hospitales públicos de la Región de Murcia entre 2000 y 2008. Se determinó puntos de corte (curvas ROC) en la cantidad de neutrófilos y linfocitos en el BAL y se estimó supervivencia en seguimiento hasta el 2023. La supervivencia se comparó con una cohorte de pacientes con gammopatía monoclonal de significado incierto, con supervivencia similar a la población sana. Se definió EPID fibrótica por la presencia de reticulación, bronquiectasias de tracción o panalización.

Resultados: Se establecieron puntos de corte con valor predictivo en 7% y 5% para linfocitos y neutrófilos, respectivamente. Se establecieron tres grupos de estratificación de riesgo (Risk-LN): favorable (linfocitos

>7% y neutrófilos 5%), mostrando una supervivencia global (SG) en percentiles 75 de $10 \pm 1,4$, $5,7 \pm 0,6$ y $2,2 \pm 0,4$ años ($p < 0,001$), respectivamente ([figura 1](#)). Se propone un modelo de puntuación que combina Risk-LN y la edad de los pacientes, con gran capacidad predictiva de la SG en EPID fibróticas y no fibróticas. Esta puntuación es un factor predictivo independiente ($HR = 1,859$, $P < 0,002$) y complementario a la presencia de fibrosis ($HR = 2,081$, $P < 0,001$) ([figura 2](#)).

Conclusiones: La citometría de flujo del BAL ofrece una cuantificación rápida y precisa de linfocitos y neutrófilos, útil en el manejo clínico de diferentes EPID desde el momento del diagnóstico.

ANTIBIÓTICOS INHALADOS EN BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA E IMPACTO DEL USO DE HYANEB EN SU MANEJO

M.G. Hurtado Gañán (1), T. García Guerrero (1), C. Sánchez Villar (1), R. Ayerbe García (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Introducción: Las bronquiectasias no debidas a fibrosis quísticas (BQ no FQ) son una enfermedad respiratoria muy frecuente, caracterizada por dificultad para eliminar las secreciones respiratorias, favoreciendo la infección bronquial crónica (IBC). El tratamiento de elección para la IBC va a ser antibióticos inhalados, además de herramientas mucolíticas como el suero salino hipertónico+ ácido hialurónico (Hyaneb).

Objetivo: describir las características de un grupo de BQ no FQ con IBC y determinar si existen diferencias según el uso Hyaneb con los tratamientos antibióticos inhalados.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con BQ no FQ en seguimiento en la consulta monográfica de BQ del HUVVM en los que se haya iniciado tratamiento antibiótico inhalado en contexto de una IBC entre enero de 2018 y abril de 2024. Se recogieron variables clínicas, demográficas y funcionales.

Resultados: Se trata de una cohorte de 85 pacientes (74,1% mujeres) con una edad media de $72,94 \pm 12,97$ años, 40% con antecedente de tabaquismo (exfumadores o fumadores activos) con una media de $29,46 \pm 30,20$ paquetes-año. Los gérmenes más frecuentes responsables de la IBC son *Pseudomonas aeruginosa* (88,2%); seguido de *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible (3,5%) y *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (2,4%).

La distribución de ATB inhalados usados se muestra en el [gráfico 1](#). En el 71,8% de los casos no se han reportado

efectos adversos; los más frecuentes son tos en el 9,4%; disnea 5,9%; opresión torácica 3,5%.

El análisis comparativo en función de si los pacientes están recibiendo o no tratamiento con Hyaneb se muestra en la [tabla 2](#). El 32% no presentaron efectos adversos derivados del uso del mismo, los más frecuentes fueron: tos 7%, hemoptisis 4,7% y disnea 3,5%.

Conclusiones: 1. Dentro de los pacientes con BQ no FQ e IBC, el microorganismo responsable más frecuente es *Pseudomonas aeruginosa*. 2. En los pacientes con IBC se observa una mayor utilización de Colistina respecto a otros antibióticos inhalados. 3. El uso de estos tratamientos presenta un buen perfil de seguridad, objetivándose escasos efectos adversos significativos en nuestra muestra. 4. En aquellos casos que se añade el tratamiento con Hyaneb, se ha observado un mejor control sintomático con un menor grado de disnea, con menos aislamientos microbiológicos en los últimos controles de esputo, con un pronóstico más favorable al presentar menos proporción de agudizaciones moderadas-severas y unas menores tasas de fallecimiento.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ANTIGENURIAS POSITIVAS TRATADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

A.J. García Muñoz (1), M. Sánchez Bommatty (1), A. Ortiz Bermúdez (1), J.D.D. Jordán Chávez (1), M. Sánchez Benítez (1), L. Asencio Monteagudo (1), G.J. González Mendoza (1)

(1) Neumología y Microbiología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El *Streptococcus pneumoniae* es la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Su rápida detección permite un tratamiento precoz. La vacunación, especialmente en grupos vulnerables, previene infecciones neumocócicas graves, reduciendo la morbimortalidad asociada.

Objetivo principal: estudiar los pacientes que acudieron a urgencias por sospecha de infección respiratoria y presentaron antigenuria positiva.

Objetivos secundarios:

1. Analizar la necesidad de ingreso hospitalario frente al manejo ambulatorio.
2. Describir características generales, incluyendo comorbilidades y estado de vacunación.
3. Examinar la presencia de infiltrados neumónicos, necesidad de UCI y mortalidad en vacunados y no vacunados.

Metodología: Estudio descriptivo-retrospectivo realizado en el HUPR entre octubre y noviembre de 2023, con 189 pacientes con antigenuria positiva para

neumococo. Se analizaron edad, sexo, comorbilidades, infiltrados, ingresos y vacunación.

Resultados: El 39,15% de los pacientes fueron mujeres y el 61,84% hombres. El 83,59% requirió ingreso hospitalario y el 16,40% tratamiento ambulatorio. Del total, el 59,2% estaba vacunado contra el neumococo, predominando c13 (43,2%) sobre p23 (14,4%) y c13 + p23 (7,2%).

En pacientes ambulatorios, el 48,38% estaban vacunados, el 67,64% eran fumadores activos o exfumadores, el 19,35% padecía Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el 6,45% asma bronquial. De los hospitalizados, el 61,39% estaban vacunados, el 53,16% eran fumadores, el 19,62% padecía EPOC y el 8,86% asma.

De los pacientes vacunados, el 79,38% presentó infiltrado radiológico, el 6,18% ingresó en la UCI y el 14,43% falleció. Entre los no vacunados, el 72,13% tuvo hallazgos radiológicos, el 11,47% ingresó en la UCI y el 11,47% falleció.

Conclusiones: La infección respiratoria neumocócica es una causa frecuente de asistencia a Urgencias, siendo más común en hombres y fumadores. La neumonía unilobar es la forma más frecuente. Los pacientes ambulatorios tienen mayor proporción de tabaquismo, mientras que los hospitalizados presentan más comorbilidades y mayor tasa de vacunación. La vacunación antineumocócica parece reducir la gravedad al asociarse con menor ingreso en UCI.

LEVOFLOXACINO INHALADO, UN NUEVO HORIZONTE

AM. Gómez Ortiz (1), L. Carrasco Hernández (1, 2), C. Calero Acuña (1), M. Ferrer Galván (1), R. Reinoso Ariza (1), D. Núñez Ollero (1), P. García Tamayo (1), R. Ruiz Serrano (1), E. Quintana Gallego (1, 2).

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

Introducción: La antibioterapia nebulizada ha demostrado una alta efectividad y seguridad en el tratamiento de la infección bronquial crónica (IBC) en pacientes con bronquiectasias (BQ) permitiendo una alta concentración en el lugar de la infección con efectos sistémicos reducidos. Esta modalidad de tratamiento ha demostrado mejorar la clínica, reducir número de exacerbaciones y mejorar la función pulmonar. El último antibiótico nebulizado disponible es levofloxacino, autorizado para el tratamiento de las IBC causadas por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) en pacientes adultos con fibrosis quística (FQ).

Metodología: El objetivo fue describir la tolerancia y eficacia de esta terapia en pacientes con BQ(FQ y BQ no FQ) e IBC por diferentes microorganismos potencialmente patógenos (MPP) y analizar la evolución de la función pulmonar tras 12 meses de tratamiento. Estudio observacional prospectivo de pacientes adultos con FQ y BQ no FQ en tratamiento activo con levofloxacino nebulizado procedentes de las consultas especializadas de neumología del Hospital Virgen del Rocío, llevado a cabo desde octubre de 2023 a noviembre de 2024. Se recogieron los datos clínicos, microbiológicos y pruebas funcionales antes del tratamiento y a 3, 6 y 12 meses de tratamiento.

Resultados: Se incluyó un total de 10 pacientes, de los cuales 5 tenían diagnóstico de FQ y 5 BQ no FQ. El 90% (n = 9) mujeres y la edad media fue de $49,7 \pm 19,26$ años. La media de FEV1 previa al inicio del tratamiento fue de $1,43 \pm 0,36$ litros y al año $1,51 \pm 0,58$ L con $p = 0,64$. El % de FEV1 pre tratamiento fue $44,5\% \pm 22,42$ y al año de $53\% \pm 13,34$, con un aumento del $8,44\%$ $p = 0,37$. Con respecto a las exacerbaciones, una media de $3,7 \pm 1,41$ previas al levofloxacino y al año de su inicio $2,50 \pm 2,63$ con $p = 0,11$. $5 \pm 2,40$ fue la media de ciclos de antibioterapia previa y $3,10 \pm 3,44$ tras un año, con $p = 0,16$. La media de hospitalizaciones anterior a la terapia fue de $0,50 \pm 0,70$ y tras un año de $0,30 \pm 0,67$ con $p = 0,34$. El 60% (n = 6) pacientes presentaban IBC por PA, 30% (n = 3) por *S. matophila* y *Serratia* y 10% (n = 1) por *Mycobacterium abscessus*. En dos de los casos con PA no se vuelve a aislar tras el inicio de tratamiento, ni en el caso con *Achromobacter xiloxidans*. Todos presentaron mejoría clínica y adecuada tolerancia sin episodios de hiperreactividad bronquial en ninguno de ellos.

Conclusiones: El 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. Se puede utilizar incluso para otros MPP.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVALUACIÓN DE VARIABLES PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA NECROTIZANTE

D.C. Echavarria Kashmiri (1), M.L. Polonio Gonzalez (1), D. Gonzalez Vergara (1), M. García Gutierrez (2), S. Lopez Ruiz (1).

(1) Unidad Medico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Unidad de Microbiología y Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La neumonía necrotizante representa una complicación poco frecuente pero severa de las infecciones pulmonares (0,8 - 7% de neumonías bacterianas), caracterizada por la destrucción del tejido pulmonar, con una mortalidad del 10 - 20%. Su manejo supone un reto clínico debido a la limitada información disponible sobre los factores que influyen en su evolución. Conocer los factores pronósticos que influyen en la mortalidad ayudarían a los clínicos a mejorar el manejo.

Metodología: Se ha realizado un estudio unicéntrico, retrospectivo de pacientes consecutivos con diagnóstico radiológico de neumonía necrotizante durante los últimos 5 años (desde enero 2019 a enero 2024). Se excluyeron a todos los pacientes a los que finalmente se diagnosticó de neoplasia cavitada. Se ha realizado un estudio descriptivo de la cohorte y se ha analizado distintas variables pronósticas que influyan en mortalidad intrahospitalaria y a 90 días.

Resultados: De los 190 pacientes iniciales, se incluyen finalmente 114. Un 71% de la muestra eran hombres con una media de edad de 59,1 años. Un 44% presentaba inmunodepresión y un 25% patología respiratoria previa. Entre los síntomas más frecuentemente hallados fueron tos (78,4%), disnea (63,2%) y fiebre (67,6%). La mayoría (57%) presentaban afectación multilobar. Se objetivó un diagnóstico microbiológico en 80 pacientes (68,4%) y entre ellos casi la mitad (45,5%) eran etiología polimicrobiana. Un 7,2 % precisó de cirugía torácica. La mortalidad hospitalaria fue del 20,4% (23 pacientes) y a los 90 días del 31,5% (36 pacientes). La tasa de reingreso fue del 11,6%. Entre las variables pronósticas analizadas (inmunosupresión, patología respiratoria previa, tabaquismo, afectación multilobar, aislamientos y cobertura microbiológicos) no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en términos de mortalidad intrahospitalaria y a los 90 días.

Conclusiones: La neumonía necrotizante es una complicación con elevada tasa de morbimortalidad. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables pronósticas evaluadas en términos de mortalidad.

DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

T.M. García Guerrero (1), M.G. Hurtado Gañán (1), C. Villar Sánchez (1), R. Ayerbe García (1), C. Amezcua Sánchez (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Introducción: Las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (BQ no FQ) son enfermedades respiratorias crónicas prevalentes, con un aumento de casos en países desarrollados. El objetivo de este estudio es describir las características de una cohorte de pacientes con BQ no FQ.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo realizado entre enero de 2018 y abril de 2024 con pacientes con BQ no FQ que mantienen seguimiento en la consulta monográfica de BQ del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Se realizó un análisis estadístico comparativo utilizando IBM SPSS Statistics versión 25.

Resultados: La muestra incluyó a 239 pacientes (62,3% mujeres) con una edad media de $70,97 \pm 14,36$ años. Un 45,2% de los pacientes presentaron antecedentes de tabaquismo (exfumadores o fumadores activos) y un 25% de ellos comorbilidades como EPOC y asma. La tos crónica fue el síntoma más frecuente (64,4%) y el 69% presentó expectoración crónica, en un 18,18% purulenta. El 45,2% de los pacientes tuvo disnea de grado 2 - 4 según la escala mMRC. La mayoría de las bronquiectasias fueron clasificadas como leves (62,3%) y el 37,7% moderadas o graves.

La etiología más frecuente de las BQ fue postinfecciosa, seguida de aquellas asociadas a EPOC, asma y déficit de alfa-1-antitripsina. Sin embargo, el 38,5% de los casos no tuvo una causa claramente identificada. En cuanto a los aislamientos microbiológicos, el 31,4% presentó infección crónica por *Pseudomonas aeruginosa*. Los pacientes presentaron FEV1 medio de $1.629,53 \pm 729,40$ ml.

Los tratamientos más comunes fueron los broncodilatadores (82%), con la triple terapia (LABA + LAMA + CI) en el 34,7% de los casos. Además, un 50,2% recibía tratamiento con azitromicina y un 33,1% usaba antibióticos inhalados. Un 24,3% de los pacientes participó en programas de rehabilitación respiratoria.

Las variables se muestran en la [tabla](#) y [gráfico 1](#).

Conclusiones: Los pacientes con bronquiectasias no FQ presentan una enfermedad crónica prevalente, con alta frecuencia de tabaquismo y comorbilidades respiratorias, como EPOC y asma. La tos crónica, la expectoración y la disnea moderada-grave son los síntomas más frecuentes. *Pseudomonas aeruginosa* es el patógeno más frecuente en las infecciones crónicas, lo que subraya la necesidad de un tratamiento antibiótico adecuado. Los tratamientos con broncodilatadores, antibióticos inhalados y azitromicina son los más usados habitualmente y un porcentaje no despreciable de pacientes mantiene CI en dosis medias-bajas, así como realiza rehabilitación respiratoria.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN PRINCIPALES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

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

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de microbiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los aislamientos de micobacterias no tuberculosas (MNT) a nivel respiratorio son cada vez más frecuentes entre la población a nivel mundial. Estudios previos realizados en España han mostrado *Mycobacterium avium* complex como la especie más frecuente en nuestro país. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar las especies más frecuentes entre las principales patologías respiratorias: EPOC, fibrosis quística (FQ) y bronquiectasias no FQ (BQ no FQ), así como el abordaje terapéutico empleado.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo prospectivo donde se analizaron todos los aislamientos de MNT, tras la identificación de las cepas aisladas entre el 1 de enero de 2020 y el 18 de noviembre de 2023 en el Servicio de Microbiología del hospital universitario Virgen del Rocío (HUVR), Sevilla siguiendo el protocolo normalizado de la sección de Micobacterias y posterior definición de los casos siguiendo los criterios ATS/IDSA. Entre las variables recogidas: sexo, edad, comorbilidades, tipo de aislamiento y pauta de tratamiento.

Resultados: Se aislaron MNT en un total de 367 pacientes, de los cuales 77 (20,98%) cumplieron los criterios IDSA/ATS. La edad media de los casos es de $63,06 \pm 17,57$ años y 45 (58,4%) son mujeres. El cultivo de esputo fue positivo para MNT en 63 (81,8%) de los casos y en 14 (18,2%) fue positivo el cultivo del lavado bronco alveolar. 21 pacientes estaban diagnosticados de EPOC, 6 de FQ y 38 de bronquiectasias no FQ (BQ NO FQ). La distribución de especies por origen EPOC/ FQ/ BQ NO FQ se muestra en la [figura 1](#). En los casos de BQ NO FQ hay un paciente con infección mixta por dos o más MNT, en casos de EPOC hay uno y otro en FQ. 43 (55,84%) pacientes siguieron una pauta de tratamiento dirigida. La combinación más empleada fue rifampicina, etambutol, azitromicina durante una media de 13,17 meses de duración. Se consiguió curación en 13 pacientes, 16,88%. 15 presentaron mejoría (19,48%) y 24 estabilización clínica (31,16%). Por el contrario, 24 pacientes presentaron progresión clínica (31,16%) y uno progresión radiológica (1,3%).

Conclusiones: En nuestra serie *Mycobacterium intracellulare* ha sido la especie más aislada en BQ no FQ y en FQ. *M. avium* lo ha sido en EPOC. La pauta estándar de rifampicina, etambutol, azitromicina fue la más utilizada. Dada la progresión clínica del tercio de los pacientes, pensamos que el abordaje de los casos de infección por MNT debe ser personalizado, ajustando pautas y dosis de manera individualizada, especialmente en los pacientes con BQ no FQ.

DETERMINANTES DE LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INHALADO CON ANTIBIÓTICOS EN NUESTRA ÁREA

N. Vega Dombidau (1), M. Sanz Flores (1), M. Dávila Cabanillas (1), R. Rodríguez Vallamor (1), J. González Bartolomé (2), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, (2) Farmacia Clínica, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Las “recaídas infecciosas” en pacientes (p.) con infección bronquial crónica tratados con antibiótico inhalado (AI), continúa siendo un desafío para el clínico en el momento actual.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de estas recaídas y analizar posibles factores asociados a la falta de respuesta al tratamiento (tto) con AI.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los p. con falta de respuesta al tto. con AI en nuestro medio. Se incluyen p. que presentan exacerbación clínica y necesidad de modificación de su tto. prescrito (cambio de estrategia terapéutica). Se explora la multiresistencia y o factores clínicos concomitantes como posibles factores asociados a la probabilidad de dicha recaída. Los datos obtenidos se almacenan en una base de datos diseñada específicamente al efecto y se realiza estudio estadístico mediante el programa informático “R project”.

Resultados: El 35% de nuestros p. (22), presentó algún tipo de exacerbación durante el periodo de seguimiento. Un 15% del total presentó insuficiencia respiratoria, influyendo en la severidad de la recaída. Entre los datos más importantes a destacar observamos que el 61% de los p. con resistencia bacteriana, presentaron al menos 1 exacerbación, lo que sugiere que la reinfección por bacterias multirresistentes incrementa significativamente la probabilidad de recaída ($p = 0,03$).

Otro importante factor asociado a la recaída es el empeoramiento de las pruebas de función pulmonar con una caída media de FEV1postratamiento 250 ml ($p: 0,03$)

Conclusiones: Uno de cada tres pacientes en tto. con AI. por infección bronquial crónica, presentó exacerbación

durante su periodo de tto, siendo la multiresistencia bacteriana un factor directamente asociado al mayor riesgo de recaída.

Casi la mitad de los p. con resistencia bacteriana, había realizado tratamiento AI previo.

El impacto de la exacerbación por falta de respuesta al tto con AI se asocia a una importante pérdida de función pulmonar, lo cual añade una especial importancia a una adecuada prescripción y seguimiento de este tipo de tto.

EFICACIA Y ADHERENCIA A LA ANTIBIOTERAPIA INHALADA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

N. Vega Dombidau (1), M. Sanz Flores (1), Z.F Donoso Correa (1), F.R. Guzmán Ruiz (1), J. González Bartolomé (2), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, (2), Farmacia Clínica, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El tratamiento con antibióticos inhalados (AI) es fundamental en el manejo de infecciones respiratorias crónicas, especialmente en enfermedades como fibrosis quística (FQ), bronquiectasias no FQ y EPOC. Estas infecciones están asociadas con exacerbaciones frecuentes y un aumento de la morbilidad.

El objetivo fue la eficacia y la adherencia a este tratamiento en pacientes de nuestra área. Además, se realiza un estudio comparativo entre los diferentes antibióticos empleados en las patologías estudiadas.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo en pacientes (p.) de nuestra área de referencia asistencial, tratados con AI. Se recopilaron variables epidemiológicas y clínicas, así como información sobre el tipo de antibiótico prescrito, duración, resistencia y adherencia al tratamiento. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos diseñada al efecto y se analizaron estadísticamente utilizando el programa R Project.

Resultados: Se incluyeron 62 p. con una edad media de 60 años ($\pm 21,35$), con predominio de mujeres (62%). El diagnóstico clínico más frecuente como motivo de prescripción (Fig. 1) fue BQ no FQ (36%), seguido de FQ (26%), y EPOC (9%). Otros diagnósticos incluyeron fibrosis pulmonar (9%) y asma (5%). El antibiótico inhalado más utilizado (Fig 2) fue el colistimetato de sodio (CS) (60%), seguido de anfotericina B (18%) y tobramicina (11,29%). El 10% de los p. estuvo en terapia con doble antibiótico. El tiempo medio de tratamiento fue de 36 meses, resaltando que el 37% de los p. había recibido tratamiento previo y fue sometido a cambio de tratamiento por falta de eficacia. El 40% desarrolló resistencia y el 12% finalizó

prematuramente el tratamiento por efectos adversos, mientras que el 13% de los p. mostró una clara mejoría clínica que justificó la conclusión del tratamiento. **Conclusiones:** La patología respiratoria crónica más frecuentemente asociada a la prescripción de AI en nuestro medio fue la BQ no FQ.

El AI más usado fue el CS. Un 10% de nuestros pacientes siguió un régimen combinado, en pautas intermitentes.

La mayoría de nuestros p. (60%) presentó eficacia al tratamiento prescrito; se observó una buena adherencia al mismo con una baja tasa de abandono.

PERFIL DE PACIENTES EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE BRONQUIECTASIAS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

A. Rodríguez Cabrera (1), J. Domínguez Caro (1), J. Romero López (1), M.T González García (1), M. Pérez Ortega (1), R. Reinoso Arijá (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción: Las bronquiectasias suponen la tercera causa de enfermedad crónica inflamatoria respiratoria. Afectan a una población heterogénea, presentando diferentes etiologías y características clínico-funcionales, como se muestran en registros nacionales como RIBRON. Su prevalencia ha aumentado recientemente gracias a una mejora del proceso diagnóstico, aunque sigue siendo complejo y un reto.

El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de los pacientes revisados en las consultas de bronquiectasias en nuestro centro a lo largo de un año.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en la consulta monográfica de bronquiectasias de nuestro centro desde octubre de 2023 a octubre de 2024. Se analizaron las características etiológicas, clínicas, funcionales, radiológicas, aislamientos e infecciones crónicas, así como el tratamiento específico empleado.

Resultados: Se analizaron 192 pacientes, siendo el 67,7% mujeres, y el 56,8% mayor de 70 años. Los no fumadores representaban el 55,7%, frente a fumadores (9,4%) y exfumadores (34,9%). La causa idiopática (49,6 %) fue la más frecuente, seguida de las secundarias a tuberculosis (14,1%), neumonía grave (10,9%), y reflujo gastroesofágico (10,4%). El 19,8% presentaban antecedentes de EPOC y el 14,1% de asma. Respecto a la escala e-FACED; el 57,3% presentaron bronquiectasias leves, 34,4% moderadas y 8,3% graves. Hasta el 78,6% de los pacientes no presentaron necesidad de ingreso en el año previo. El grado de disnea predominante en nuestros pacientes fue el grado II de disnea de la mMRC (43,8%).

El 53,6% de los pacientes presento FEV1 >80% seguido del 36,5% que presentaron una FEV1 reducida en grado moderado. El 33,3% de los pacientes presentaron infección crónica por *Pseudomonas aeruginosa*, tratándose el 29,7% de ellos con colistina inhalada. La azitromicina se mantuvo como antibioterapia profiláctica en el 21,9% de los pacientes. Entre otros aislamientos más frecuentes en nuestra población se encontraron: *A. fumigatus* (9,4%), *SAMS* (5,7%), *S.maltophilia* (4,7%), *Mycobacterium* (4,7%), y *H.influenzae* (4,2%), entre otros.

Conclusiones: El perfil más habitual en nuestra consulta consiste en mujeres en torno a 70 años, no fumadoras, de etiología idiopática, con bronquiectasias leves sin agudizaciones graves ni repercusión funcional. Las bronquiectasias graves representan el 8,3% de la consulta. Más del 30 % de los pacientes presentan infección crónica por *P.aeruginosa* en tratamiento con colistina.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON AISLAMIENTO DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN ESPUTO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA (HGUSL)

A. Heredia Carrillo (1), A.A. Jiménez Romero (1), M.C. Velasco Alcázar (1), F. Campello Sánchez (1), M. Hernández Olivo (1), O. Meca Birlanga (1), C.F. Álvarez Miranda (1), D. Lozano Vicente (1), J. Martínez Jordán (2), J. Sánchez Sánchez (2).

(1) Neumología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, (2) Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia.

Introducción: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son patógenos ambientales que provocan infecciones pulmonares en pacientes con enfermedades respiratorias. Su detección en esputos no siempre implica infección activa, lo que dificulta el diagnóstico. Este trabajo busca analizar casos de esputos positivos para MNT con el fin de optimizar el diagnóstico y manejo terapéutico de estas patologías pulmonares emergentes.

Metodología: Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes con cultivos positivos para MNT en seguimiento por el servicio de Neumología del HGUSL desde noviembre de 2018 hasta mayo de 2024. Se utilizó el modelo IBM SPSS®.

Resultados: El estudio consta de 46 pacientes, 21 (45,6%) hombres y 26 (56,4%) mujeres con una edad media de 69,33 ± 17,04 años. Las comorbilidades de nuestra población se muestran en la [Tabla 1](#) y los valores de la función pulmonar en la [Tabla 2](#).

En cuanto a los antecedentes respiratorios previos, los diagnósticos encontrados son: EPOC 16 pacientes (35,6%), asma en 4 (8,7%), bronquiectasias 24 (52,2%), neumonía

previa 30 (65,2%), TBC previa 6 (13,0%), EPID 2 (4,3%), y silicosis en 4 (8,7%).

El cultivo con MNT de 13 pacientes fue recogido durante una hospitalización (28,3%).

Respecto a cultivos, *M.intracellulare* fue aislada en 10 cultivos (21,7%), *M.fortuitum* en 9 (19,6%), *M.Abscessus* en 6 (13%), *M.avium* y *M.chelonae* ambos en 5 pacientes (10,9% ambos), *Mycobacterium* sp. y *M.gordonae* fueron aislados en 3 pacientes cada uno (6,5%), *M.fortuitum* en 2 (4,3%). *M.bovis*, *M.malmoensis*, *M.phlei*, *M.wolinski* y *M.iranicum*, fueron aislados en un único paciente (2,2%).

Se identificaron dos MNT de manera concomitante a *M.fortuitum* en 4 pacientes, siendo la segunda MNT aislada distinta en cada una de las siguientes, *M.intracellulare* *M.xenopi*, *M.gordonae* y *M.abscessus*.

Se utilizó tratamiento antituberculoso en 9 casos (19,6%), quinolonas en 5 (7,0%), betalactámicos en 4 (8,7%), macrólidos en 3 (6,5%) combinación de varios antibióticos en 5 (10,9%), y no se pautó tratamiento en 20 (43,5%).

Hay registrados 10 (21,7%) éxitos letalis.

Conclusiones: 1. *M. intracellulare*, *M. fortuitum* y *M. abscessus* fueron las especies más comúnmente aisladas. 2. Las bronquiectasias y la historia de neumonías previas destacaron como las patologías pulmonares más prevalentes en esta muestra, seguidas de EPOC. 3. El manejo clínico es complejo, con gran variedad de tratamientos, aunque destaca que en casi la mitad de la muestra no se llegó a pautar tratamiento.

PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (CPET) EN PACIENTES CON COVID PROLONGADO

S. Sánchez Martín (1), A. Álvarez Napoles (1), M. Segura Romero (1), J. López García (1), A. Martínez Mesa (1), M. Benítez-Cano Gamonoso (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El COVID prolongado es una condición en la que persisten síntomas durante meses tras haber superado la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2. La CPET evalúa de manera objetiva la función respiratoria, cardiovascular y metabólica durante el ejercicio, detectando alteraciones como hipoxia, fatiga y disfunción ventilatoria, además, ayuda a identificar las causas subyacentes de esta clínica y la limitación en su capacidad para realizar ejercicio.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional y retrospectivo de una serie de 100 pacientes con COVID prolongado a los que se realizó CPET, recogiendo variables epidemiológicas, clínicas, hábito tabáquico, necesidad de ingreso y baja laboral.

Resultados: : Se estudiaron 100 pacientes, de los cuales la edad media era de 51 años. 47 precisaron ingreso y 16 baja laboral. La media de días desde la infección hasta la CPET fue de 435 ± 286 días. En cuanto a los datos espirométricos, 5 pacientes tenían patrón obstructivo. 18 pacientes obtuvieron una capacidad vital forzada (FCV) menor de 80%. El resto, tenían un patrón ventilatorio normal. La presencia/ausencia de patología pulmonar se describe en [figura 1](#).

59 de los pacientes realizaron un esfuerzo máximo, objetivado por RER mayor de 1,10; o alcanzar frecuencia cardiaca máxima (FC.max) mayor al 95% o una reserva ventilatoria inferior al 15%. El pico máximo de consumo de oxígeno (VO₂) medio fue de 23,67 ml/kg/min y un 93% del predicho, lo que supone la media tenían una capacidad funcional normal al esfuerzo.

Respecto a los parámetros de respuesta ventilatoria; en general, el umbral ventilatorio (VT1) estaba en rango, con un 53% de media [valores normales: >40% para el consumo máximo de oxígeno (VO₂ max)]. Ningún paciente presentó desaturación al esfuerzo, objetivada con caída mayor del 3% sobre la basal. Pendiente de eficiencia ventilatoria (Ve/VCO₂) con un valor medio de 34,9 compatible con una clase ventilatoria tipo 2.

En relación a los parámetros de respuesta cardiocirculatoria, un pulso de oxígeno en rangos esperados, con una FC máx media del 83% sobre el valor teórico.

No se han recogido parámetros metabólicos en base a ácido láctico o PETCO₂. El resto de variables, aparecen descritas en la [figura 2](#).

Conclusiones: En definitiva, según los datos recogidos, la gran mayoría de los pacientes con COVID prolongado presentan parámetros cardiorrespiratorios y una capacidad funcional al esfuerzo normal, lo que indica que son necesarios más estudios para endender el trasfondo de la clínica.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Z.F. Donoso Correa (1), C.P. Batres Erazo (1), N. Vega Dombidau (1), L. Simon Alonso (1), M. Sanz Flores (1), I. Utrabo Delgado (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que causa debilidad muscular y complicaciones multisistémicas, siendo el fracaso respiratorio la principal causa de muerte. El neumólogo desempeña un papel esencial en

la detección precoz de alteraciones respiratorias, el uso de ventilación no invasiva y el manejo de secreciones, mejorando la calidad y esperanza de vida de los pacientes.

Objetivo: describir las características demográficas, clínicas, y el manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados con ELA atendidos en el Servicio de Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de 38 pacientes diagnosticados con ELA en el servicio de Neumología, en las áreas de salud que abarca, donde se da asistencia a una población de 282.377 habitantes. Se recopilaron datos demográficos, ubicación geográfica, tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico, fenotipo de ELA, uso de soporte ventilatorio y terapias complementarias, así como las causas de mortalidad.

Resultados: El estudio analizó pacientes con ELA, de los cuales el 68% eran hombres y el 32% mujeres, con una edad promedio de 69 años. La mayoría procedían de Cáceres (71%), seguidos de Coria (24%) y Navalmoral (5,3%). El diagnóstico se realizó en menos de un año en el 37% y en más de un año en el 63%. La forma espinal fue la más frecuente (76%), seguida de la bulbar (24%). El 39% utiliza ventilación mecánica no invasiva (VMNI), mientras que otro 39% rechazó VMNI. Además, el 53% emplea asistente de tos y el 11% está traqueostomizado. Respecto al soporte nutricional, el 44,9% tiene gastrostomía, el 2,6% usa sonda nasogástrica. El 26% falleció en cinco años, principalmente por insuficiencia respiratoria (33,3%) y neumonía aspirativa (22,2%). Otras causas incluyeron COVID, infecciones ORL, úlceras sobreinfectadas y suicidio (11% cada una).

Conclusiones: El análisis muestra que la mayoría de los pacientes con ELA atendidos en el servicio de Neumología son hombres mayores, predominando la ELA en su forma espinal. Aunque una gran proporción requiere VMNI y soporte nutricional avanzado, la mortalidad sigue asociada principalmente a complicaciones respiratorias, en nuestra muestra la mortalidad a cinco años es inferior a la descrita en la literatura (26.3% frente al 50% descrito). Es muy importante la atención multidisciplinar temprana para aumentar la supervivencia, calidad de vida, y el manejo de estos pacientes.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) Y SOPORTE RESPIRATORIO CON SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

M.M García Mullor (1), A. Quesada Quesada (1), J.M. Díaz López (1), B. Navas Bueno (1).

(1) Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que lleva a una parálisis muscular cuyo pronóstico es fatal en la gran mayoría de los casos. Precisa un abordaje multidisciplinar dada su afectación muscular, bulbar, cognitivo-conductual y respiratoria. Ésta última condiciona la evolución, por lo que su adecuado manejo es fundamental. El objetivo principal del estudio fue describir las características clínicas y respecto al soporte respiratorio (SR) de los pacientes con ELA en seguimiento en consulta de Neumología durante 18 meses. El objetivo secundario fue valorar el motivo de inicio de la terapia y en los casos en los que se inició por alteración del intercambio gaseoso, valorar la corrección del pH y la pCO₂.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen a los pacientes con ELA y SR en seguimiento en consulta de Neumología del HUT (Almería) entre el 1/10/22 - 30/4/24. Recogimos variables demográficas, clínicas y de SR de las historias clínicas. Obtuvimos aspectos relacionados con el SR del portal de terapias de Air Liquide (Vitalaire). Excluimos a los pacientes con ELA sin SR y otras patologías neuromusculares. Realizamos el análisis estadístico con SPSS v22 (IBM Corp.).

Resultados: Incluimos 25 pacientes, el 68% varones y la edad media fue 62 ± 13 . De los incluidos, 19 (76%) tenían historia tabáquica, la mayoría (15, el 79%) ex fumadores. La demora diagnóstica fue 15 meses [RIQ 10 - 24]. El debut más habitual fue predominio espinal, excepto 2 (8%) con inicio bulbar. En 3 (12%) casos era ELA familiar. El motivo de inicio más habitual del SR fue síntomas (disnea y ortopnea) seguido de alteración de pruebas funcionales. En 4 (16%) casos se inició por deterioro en el intercambio gaseoso, hospitalizados con insuficiencia respiratoria global, sin diferencias significativas en pH, pCO₂ y HCO₃ antes y después de su instauración ([tabla](#)). La terapia más usada fue VMNI modo ST con interfaz nasobucal. El cumplimiento medio fue 8 horas [RIQ 3 - 12]. El 32% de los pacientes fallecieron durante el periodo de seguimiento, tras 21 ± 13 meses desde el diagnóstico, todos por progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan patrones comunes a los observados en la literatura respecto a aspectos demográficos, clínicos y de SR en pacientes con ELA. No encontramos diferencias significativas en los valores de pH, pCO₂ y HCO₃ antes y después de instaurar el SR en los casos en que su inicio fue por alteración del intercambio gaseoso.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI)

N. Montesdeoca Yáñez (1), B. Ramón Gallardo (1), J. Torres Jiménez (1), M. Arroyo Varela (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La UCRI del servicio de Neumología del Hospital Regional de Málaga atiende a pacientes en insuficiencia respiratoria severa, aguda o crónica agudizada. Consta de siete camas y está vigilada las veinticuatro horas por Enfermería y Neumología.

Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes ingresados en UCRI.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de 1017 pacientes ingresados en UCRI durante 40 meses. Se valoran datos demográficos, comorbilidad (índice de Charlson modificado por edad (ICh(m)), radiología, tipo de fallo respiratorio y severidad, sedación, drogas vasoactivas y mortalidad al alta de UCRI y hospitalaria, así como supervivencia a 3 y 6 meses de un subgrupo de 431 pacientes.

Resultados: El resumen de los resultados se expone en la [Figura 1](#).

Edad media 71 años, 57,9% varones. ICh(m) 6,2. 61,6% procedentes de Urgencias, el 38,3% restante de otras plantas de hospitalización. El 54,1% a cargo de Neumología, 25,1% de M. Interna y 20,8% de otros servicios.

El 48,9% tuvo fallo respiratorio hipercápnico, 39,8% hipoxémico severo, y 11,1% ingresaron por trabajo respiratorio u otros motivos.

El 41,2% no presentaron infiltrados en la radiografía de tórax, 21,08% infiltrado unilateral y 37,7% bilaterales.

El Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) fue del 43,3%.

El 98% recibieron soporte respiratorio no invasivo. 60,4% precisó sedación ([Figura 2](#)) y 11,4% drogas vasoactivas.

La estancia media fue de 6,1 días y la ocupación del 85%.

El 81,7% fue alta a planta, 16,02% falleció en UCRI o se decidió limitación del esfuerzo terapéutico. El 2,19%

ingresaron en UCI.

En el conjunto de la estancia hospitalaria, el 71,9% fue alta a domicilio y el 28,1% fallecieron en el Hospital.

En un subgrupo de 431 pacientes se realizó un seguimiento a los 3 y 6 meses tras el alta, con supervivencia del 84,4% a los 3 meses, y del 78,4% a los 6 meses.

Conclusiones: Conocer los datos de nuestra actividad es fundamental para mejorar nuestra práctica clínica.

La mayoría de nuestros pacientes tiene un alto grado de fragilidad.

Es imprescindible la competencia en otras áreas además de la VMNI, como la sedación o el soporte hemodinámico.

La mortalidad hospitalaria es inferior a la predicha por el SAPS 3, lo que denota la necesidad de scores de mortalidad propios de las UCRI.

Las supervivencias reseñadas justifican, a nuestro juicio, la implantación de UCRI en el tratamiento integral del fracaso respiratorio severo.

VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON EPOC GRAVE: ¿HUBO DISMINUCIÓN DE LAS AGUDIZACIONES TRAS EL INICIO DEL SOPORTE RESPIRATORIO?

S. Jiménez García (1), M.M. García Mullor (2), J.M. Díaz López (3), B. Navas Bueno (4).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La EPOC grave puede llevar a insuficiencia respiratoria crónica global. La ventilación mecánica domiciliar (VMD) juega un rol esencial y ha experimentado avances significativos en los últimos años, orientados al manejo de la atención crónica. Nuestro propósito es detallar las características clínicas e información relacionada con la VMD de los pacientes en seguimiento en nuestra consulta de EPOC frágil con soporte respiratorio, así como evaluar si el número de exacerbaciones se redujo tras iniciar la VMD.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron los pacientes de la consulta "EPOC Frágil" entre abril de 2022 y noviembre de 2024 (101 pacientes), incluyendo aquellos con VMD (23 pacientes). Se recopilaron datos de la historia clínica y del portal de terapias respiratorias. El período analizado para las agudizaciones fue el año anterior y posterior al inicio de la VMD, así como el último año. En los 3 pacientes con inicio de VMD el último año se tuvieron en cuenta las agudizaciones del año pre y post VMD. Los datos se analizaron con el programa SPSS v22 (IBM Corp) y se utilizó el test de Wilcoxon para el contraste de hipótesis.

Resultados: El 52% son varones. La edad media al diagnóstico fue 59 ± 7 años. Inicialmente, 20 (87%) pacientes eran fumadores activos, 7 (35%) siguen fumando. La mayoría de ellos redujeron el consumo. El ICAT medio total es 56 ± 26 . El 22% tienen comorbilidad cardiológica y el 13% AOS. La FEV1 al diagnóstico fue $35 \pm 12\%$. La VMD se inició en 21 (91%) pacientes durante una agudización hospitalaria con pH medio $7,29 \pm 0,1$ y PaCO_2 77 ± 21 mmHg. El inicio de la VMD se demoró 4,6 años tras el diagnóstico. La IPAP actual es 16 ± 3 y EPAP 7 ± 1 , con un punto más de media cada una durante el seguimiento. El cumplimiento es 9 ± 4 horas. Se observó una disminución significativa de las agudizaciones totales en el año tras el inicio de la VMD con mediana de 1 [IC 95% 1 - 2] $p < 0,05$ a expensas de las hospitalarias. También encontramos disminución significativa en agudizaciones totales actuales respecto a previas al inicio de VMD con mediana de 1 [IC 95% 0,5 - 3] $p < 0,05$ sin encontrar diferencias en ambulatorias ni hospitalarias.

Conclusiones: El diagnóstico de EPOC sigue siendo tardío. La mayoría de pacientes comienzan la VMD durante una agudización hospitalaria. En nuestra serie la VMD conllevó una disminución de agudizaciones hospitalarias en el año tras su inicio sin poder demostrar dicha disminución en la actualidad probablemente debido al tamaño limitado de la muestra.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

IMPACTO DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO EN PACIENTES CON NEUMONÍA COMUNITARIA INGRESADOS EN UNA UNIDAD RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

M.L. González Vicente (1), J.M. Mejía Romero (1), M. Domínguez Gómez (1), F. Navarro Muñoz (1), A. Requejo Jiménez (1), R. Martín De León (1), N. Pascual Martínez (1).

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

Introducción: La eficacia del soporte respiratorio no invasivo (SRNI), incluyendo la oxigenoterapia de alto flujo (OAF), la ventilación no invasiva (VNI) o su combinación, en el manejo del fallo respiratorio en pacientes con neumonía comunitaria sigue siendo motivo de debate. Sin embargo, en casos de hipoxemia leve a moderada, su aplicación en el entorno de una unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) se considera una opción segura y efectiva. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados clínicos asociados al uso SRNI en pacientes con neumonía comunitaria ingresados en una UCRI y analizar los factores pronósticos vinculados con la

mortalidad.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo donde se recogieron aquellos pacientes ingresados en la UCRI del Hospital Universitario Reina Sofía entre marzo de 2023 y mayo de 2024 con diagnóstico de neumonía comunitaria. Se recogieron variables clínicas, tipos de soporte respiratorio y de mortalidad. El análisis estadístico se realizó empleando la prueba de Chi-cuadrado y los métodos de Kaplan-Meier.

Resultados: 65 pacientes fueron incluidos, con una edad media de $58,4 \pm 13,9$ años, siendo el 61,5% varones. Las características clínicas se muestran en la [tabla 1](#).

Los fallecimientos se asociaron significativamente con la limitación terapéutica al SRNI en pacientes no candidatos a UCI ($p = 0,019$), el sexo masculino ($p = 0,028$) y un índice de Charlson elevado ($p = 0,001$). Aunque no alcanzaron significación estadística, los pacientes con menor PaFi al ingreso y mayor puntuación SOFA mostraron una mayor probabilidad de fallecer en la UCRI o de requerir traslado a la UCI. En las curvas de supervivencia, los pacientes con SOFA La modalidad de SRNI empleada no mostró un impacto significativo en la supervivencia. Sin embargo, los pacientes que requirieron la combinación de VNI y OAF presentaron una mayor mortalidad, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: En nuestro estudio, identificamos un incremento en el uso combinado de OAF y VNI como modalidad de SRNI en pacientes con neumonía comunitaria y fallo respiratorio. Este hallazgo, sumado a factores significativamente asociados con una mayor mortalidad, como la limitación terapéutica al SRNI, el índice de Charlson elevado y un puntaje SOFA más alto al ingreso, refleja un aumento en la complejidad clínica de los pacientes atendidos en una UCRI.

FALLO RESPIRATORIO HIPERCÁPNICO EN UCRI. ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS Y MODALIDADES DE SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

J.M. Mejía Romero (1), M. Domínguez Gómez (1), M.L. González Vicente (1), A. Requejo Jiménez (1), R. Martín De León (1), N. Pascual Martínez (1).

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

Introducción: Los pacientes con fallo respiratorio hipercápnico y su manejo con ventilación no invasiva (VNI) es el perfil clásico de los ingresos en las UCRI. Sin embargo, las características clínicas y complejidad de los pacientes, y el uso de otras modalidades de SRNI (OAF, VNI+OAF) está evolucionando. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el uso del SRNI en el tratamiento del fallo respiratorio hipercápnico, desde el punto de vista

descriptivo, de resultados clínicos y factores que influyen en la mortalidad.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de pacientes admitidos de forma consecutiva en la UCRI del Hospital Reina Sofía de Córdoba del 01/03/2023 al 31/05/2024. Se han recogido variables demográficas, clínicas, tipo de SRNI y mortalidad. El análisis estadístico se realizó con Chi-cuadrado y Kaplan Meier.

Resultados: Se recogen 77 pacientes, con edad media 63,48 $\pm$ 11,46 años, hombres 61%. Estancia media 5,87 $\pm$ 4,5 días. Índice de Charlson 4,34 $\pm$ 2,52. Candidatos a UCI 50,6%. Un 19,5% tenían ventilación crónica domiciliaria y 50,6% oxigenoterapia domiciliaria. Los diagnósticos más frecuentes fueron A-EPOC 46,8% y neumonía comunitaria 15,6%. El 100% precisó SRNI: 97,4%VNI, 37,7%OAF, y del total 35,1% utilizó VNI+OAF. Los parámetros gasométricos y de programación de SRNI se muestran en la [tabla](#). 9,1% precisó traslado a UCI, reingresos en UCRI 6,5% y reingresos hospitalarios a 30 días 7,8%. La mortalidad intraUCRI 7,8%, a los 30 días 13%. Al alta UCRI 66,2% continuó con VNI, 42,9% precisó VMD. En el análisis de mortalidad los exitus intraUCRI están relacionados con los pacientes que precisaron VNI vs solo OAF ($p = 0,024$). La mortalidad a los 30 días fue mayor en pacientes no candidatos a UCI ($p = 0,038$), con mayor índice de Charlson ($p = 0,045$), con indicación previa de OCD ($p = 0,047$), los que precisaron mayor FiO₂ ($p = 0,047$) y mayores niveles de láctico inicial ($p = 0,038$). El uso exclusivo de VNI o OAF vs VNI+OAF no influyó significativamente en la mortalidad, pero si en mayor estancia media intra-UCRI ($p = 0,011$) y hospitalaria ($p = 0,041$).

Conclusiones: En nuestro estudio observamos un uso generalizado de SRNI en pacientes con fallo hipercápnico, con aumento en el uso combinado de VNI+OAF respecto al uso exclusivo de VNI. Los factores asociados a mayor mortalidad son el techo terapéutico y las comorbilidades. Esto puede traducir un aumento en la complejidad y gravedad de los pacientes que son ingresados en las UCRI de neumología. Nuestros resultados clínico-asistenciales no difieren de lo publicado en la literatura.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA INCORPORACIÓN DE UNA UCRI (UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS) COMO ÁREA ASISTENCIAL DETECTORA DE DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ASISTOLIA CONTROLADA

A. Romero Linares (1), J.M. Pérez Villares (2), J.A. Sánchez Martínez (1), P. Fuentes García (2), A. Jiménez Antón (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada, (2) Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: La donación en asistolia controlada (AC) y la donación de tejidos son fundamentales para abordar la creciente demanda de órganos y tejidos para trasplante. Tras la pandemia de COVID-19, las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRIs) se han consolidado en los servicios de Neumología como entornos idóneos para el manejo avanzado de pacientes respiratorios críticos y semicríticos. Estas unidades presentan un potencial significativo para integrar los Cuidados Orientados a la Donación (COD). Este estudio evalúa el impacto de una intervención formativa destinada a capacitar al personal de la UCRI en la identificación de donantes en AC y tejidos.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional descriptivo en la UCRI del Servicio de Neumología de un hospital universitario de tercer nivel. La intervención consistió en sesiones formativas dirigidas al personal médico y de enfermería y la implementación de un protocolo de actuación para la detección de potenciales donantes. La población de estudio incluyó pacientes mayores de 18 años con limitación del esfuerzo terapéutico (LET) prevista en UCRI y sin criterios de exclusión para ser donantes de órganos o tejidos, en el periodo enero de 2024 a noviembre 2024. Se analizaron variables como número de donantes identificados, tasa de conversión de donantes posibles a efectivos y características clínicas de los pacientes. Se comparó también el número de donantes con periodos anteriores.

Resultados: Se detectaron un total de 12 posibles donantes, 75% de ellos varones, con edad media de 69,75 $\pm$ 8,65 años e índice de comorbilidad de Charlson medio de 5,25 $\pm$ 1,3. La patologías causantes del ingreso y la LET fueron EPOC (33%), EPID (25%), cáncer de pulmón (17%), infección respiratoria grave (17%) y enfermedad neuromuscular (8%). De los posibles donantes detectados, finalmente fueron donantes eficaces el 41,67%. Los principales motivos de rechazo o no inclusión fueron: negativa del paciente o familia (42%), infección concomitante (42%) y exitus precoz (16%). En la comparación por años, se aumentó en un 1.100% los posibles donantes, en un 400% los órganos donados eficaces y en un 200% los donantes de tejidos respecto a años previos.

Conclusiones: La elaboración de un protocolo y una intervención formativa en la UCRI aumenta significativamente la detección de posibles donantes y la tasa de donantes eficaces. Los resultados identifican el potencial de mejora del programa.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROGRAMA INTENSIVO Y SISTEMATIZADO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PARA PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS INGRESADOS EN UNA UCRI

A. Fernández Boza (1), N.A. Castelo Branco Carvajal (1), S. López Ruz (1), M. Barca Hernando (1), E. García Díaz (1), D. González Vergara (1), J. Toral Marín (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En los pacientes críticos traqueostomizados con dificultad para el destete de la ventilación mecánica invasiva (VMI) se han empleado, con éxito, diversas técnicas de fisioterapia respiratoria y rehabilitación. Sin embargo, en nuestro conocimiento, no existen hasta la fecha estudios que evalúen de manera integral los resultados de un programa completo de rehabilitación respiratoria (RR) específicamente diseñado para este perfil de pacientes. El objetivo del estudio es diseñar e implementar un programa intensivo, específico, sistematizado e individualizado de RR dirigido a pacientes traqueostomizados ingresados en una unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI).

Metodología: Estudio experimental para pacientes traqueostomizados en fase de destete de VMI, ingresados en la UCRI tras ingreso prolongado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Clasificamos a los pacientes en grupos funcionales y realizamos determinación de distintas variables en cada uno de ellos al principio del programa, repitiéndose semanalmente hasta el alta. Analizamos su eficacia en la mejora de la disnea, los parámetros ventilatorios, la fuerza muscular y autonomía funcional, además de garantizar la seguridad del programa.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes. La edad promedio fue de 59,8 años, con un 80% de hombres. Todos los pacientes ingresaron en la UCRI con sonda nasogástrica (SNG). El tiempo medio de VMI fue de 35,53 días, y la estancia promedio en la UCRI fue de 26,07 días. La decanulación se logró en todos los pacientes, con un tiempo medio de 21 días hasta su consecución. En todos los pacientes se consiguió el alta hospitalaria sin cánula traqueal y en 13 de ellos la alimentación sin SNG. Pasaron de una autonomía funcional medido por ICUsm de 2,5 a 6,7 (sobre 10) y un Barthel de 9 a 37,3 ($p < 0,05$). Mejoraron, de forma estadísticamente significativa, la fuerza periférica en los 4 miembros y la fuerza de la musculatura respiratoria pasando de un pico de flujo espiratorio de 92,3 a 201,7 l/min, así como en parámetros ecográficos y de fuerza muscular.

Conclusiones: Podemos concluir, por tanto, que nuestro programa de rehabilitación respiratoria es eficaz

y seguro, evidenciando mejoras significativas en la funcionalidad, fuerza muscular y parámetros respiratorios de los pacientes, sin que se registraran incidencias durante su aplicación y con un cumplimiento completo por parte de todos los participantes.

RECONVERSIÓN EN CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR ABORDAJE ROBÓTICO

M.J. Moyano Rodríguez (1), B. De Las Heras Marqués (1), A.M. Gómez Gago (1), C.I. Bayarri Lara (1), J. Ruiz Zafra (1), P. García Jiménez (1), A. Evora López (1), A. Saavedra Beamuz (1), F. Hernández Escobar (1), F. Quero Valenzuela (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, Granada.

Opta a Beca

Introducción: La cirugía torácica robótica (RATS) es un abordaje mínimamente invasivo en auge desde los últimos años para el tratamiento de la patología torácica. La reconversión desde cirugía RATS a cirugía video-toracoscópica o cirugía abierta, sobre todo en casos de sangrado, exige una coordinación multidisciplinar en quirófano, siendo aconsejable un protocolo de actuación. El objetivo de este trabajo es analizar la tasa y causas de reconversión en cirugía RATS en nuestra experiencia.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía pulmonar mayor (lobectomía y segmentectomía) por RATS en nuestra unidad entre febrero de 2020 y diciembre de 2024.

El abordaje RATS empleado en todos los casos fue multi-portal mediante 4 puertos robóticos, uno accesorio no robótico, y capnotórax (presión media 7 mmHg y flujo 20 ml). La cirugía indicada fue la lobectomía o segmentectomía anatómica. Todos los instrumentos quirúrgicos de trabajo utilizados fueron robóticos. Los casos fueron realizados por 3 cirujanos de consola diferentes.

Las causas de reconversión se dividen en: 1) Sangrado, 2) Dificultad quirúrgica (adherencias universales o limitación técnica y/o anatómica), y 3) Dificultad médico-anestésica (intolerancia a la ventilación uni-pulmonar y capnotórax y/o labilidad hemodinámica). La reconversión fue en todos los casos a toracotomía lateral.

Resultados: De 269 pacientes intervenidos por cirugía RATS en este periodo, se incluyen a estudio 83 pacientes subsidiarios de cirugía pulmonar mayor, realizándose un total de 80 lobectomías y 3 segmentectomías anatómicas.

La tasa de reconversión global de la serie fue un 7,43%. Respecto a la reconversión en cirugía pulmonar mayor, la tasa fue un 20,5% (17 pacientes), siendo las principales causas:

1. Dificultad quirúrgica (47%): 2 casos por adherencias universales y 6 por dificultades técnicas y/o anatómicas. 2. Sangrado (29 %): 3 casos por accidente vascular y 2 por sangrado diferido. 3. Dificultad médico-anestésica (23%): 2 casos por intolerancia a ventilación uni pulmonar y 2 casos por labilidad hemodinámica.

La patología final fue oncológica en 70 casos (84%). La mortalidad de la serie fue de 1 paciente.

Conclusiones: 1. La reconversión en cirugía RATS puede ser por múltiples causas, y nunca debe ser considerada por el cirujano como un fracaso. 2. Es fundamental elaborar un protocolo de reconversión, principalmente en casos de sangrado, para una mejor y rápida actuación multidisciplinar y reducir así los posibles daños.

COMPARACION ENTRE RESECCIONES PULMONARES SUBLOBARES SIMPLES Y COMPLEJAS

C. García Bautista (1), M. García Galindo (1), R. Mongil Poce (1), M. Serrano Criado (1), A.F. Paz Gaviria (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Beca

Introducción: El Gold estándar para el tratamiento del cáncer de pulmón en estadios iniciales es quirúrgico, concretamente la lobectomía pulmonar con linfadenectomía. En los últimos años, se aboga por tratamientos menos invasivos y cirugías de preservación pulmonar; por ello, la realización resecciones pulmonares sublobares anatómicas y/o segmentectomías puede ser una opción siempre y cuando se cumplan los criterios establecidos: tumores periféricos menores o igual a 2 cm o lesiones en vidrio deslustrado o patrón solido menor del 50%.

A su vez, las resecciones sublobares se clasifican en función de su complejidad técnica en simples y complejas. Se define resección simple a aquella en la que únicamente existe un plano de sección intersegmentario, mientras que resección compleja es aquella donde hay más de un plano intersegmentario.

El objetivo de nuestro estudio es valorar si existen diferencias entre las resecciones pulmonares sublobares anatómicas simples y complejas en nuestro centro en cuanto a tiempo quirúrgico, márgenes parenquimatosos libres de enfermedad, estaciones ganglionares biopsiadas y estancia hospitalaria.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos por lesiones pulmonares sugestivas de malignidad mediante resecciones pulmonares anatómicas sublobares

entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de julio de 2024 en nuestro centro. Los pacientes incluidos en el estudio se encontraban en un estadio I clínico según la 8ª edición del TNM del cáncer de pulmón. Se recogieron variables demográficas, así como, variables relacionadas con el acto quirúrgico, y complicaciones.

En cuanto al análisis estadístico se ha realizado un contraste de hipótesis para valorar si existen diferencias en la estancia hospitalaria mediante el test de la U de Mann-Whitney, y en el tiempo quirúrgico y número de estaciones ganglionares biopsiadas. La variable "Margen quirúrgico" ha sido segmentada en dos grupos: 1) menor o igual a 1 cm, y 2) mayor de 1 cm. El contraste de hipótesis se ha realizado mediante el test del chi cuadrado. La normalidad de las variables de interés fue evaluada mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para este estudio se ha utilizado el programa PSPP 1.6.2.

Resultados: Se ha recogido una muestra total de 49 pacientes intervenidos, de los cuales 26 (53,1%) fueron varones y 23 (46,9%) mujeres. La edad media de los pacientes es de $64,67 \pm 10,97$ años. La mediana de edad es de 68 años (R = 34 - 84 años). El 91,1% (n = 45) fue intervenido mediante videotoracoscopia (VATS) mientras que el 8,9% (n = 4) fue intervenido mediante cirugía asistido por Robot (RATS), de los cuales uno de ellos fue reconvertido a cirugía abierta por sangrado intraoperatorio.

Del total, 35 resecciones (71,4%) son consideradas simples (14 culmenectomías, 13 segmentectomías S6, y 8 lingulectomías), mientras que 14 (28,6%) son complejas (5 segmentectomías de segmento 1, 4 segmentectomías del segmento 3, 2 resecciones de segmentos 9 +10, 1 resección de segmentos 1+2 derechos, 1 segmentectomía del segmento 10 y una segmentectomía del segmento 8).

La normalidad fue evaluada mediante el test de Kolmogorov-Smirnov para la estancia hospitalaria (p = 0,007), el margen quirúrgico (p = 0,115), el tiempo quirúrgico (p = 0,646) y el número de estaciones ganglionares biopsiadas (p = 0,61).

La media del tiempo quirúrgico fue $180,67 \pm 58,65$ minutos. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 170 minutos (R = 90 - 360 min). La media del tiempo quirúrgico para las resecciones complejas fue de $178,07 \pm 41,03$ min. La mediana de tiempo para las resecciones complejas fue de 165 min (R: 110 - 260). Por otro lado, la media del tiempo quirúrgico para las resecciones simples fue de $181,71 \pm 64,87$ min. La mediana del tiempo fue de 175 min (R = 90 - 360). El t de student fue de 0,19 (p = 0,847).

La mediana del margen parenquimatoso fue de 3 cm (R: 0,40 - 5 cm). La mediana del margen para las resecciones complejas fue de 1,50 cm (R: 0,40 - 5), siendo solo en el 14,3% de los casos menor al cm. La mediana del

margen para las resecciones simples fue de 1,80 (R: 0,40 - 4), siendo solo, siendo solo el 17,1% de los casos 1. El test de chi cuadrado fue de 0,30 ($p = 0,861$).

La media de estancia hospitalaria fue de $3,53 \pm 2,16$ días. La mediana de estancia fue de 3 días (R: 1 - 12 días). La media de estancia hospitalaria para las resecciones complejas fue de $3 \pm 1,04$ días. La mediana de estancia fue de 3 días (R: 2 - 5 días). La media de estancia hospitalaria para las resecciones simples fue de $3,74 \pm 2,75$ días. La mediana de estancia fue de 3 días (R = 1-12). El test de la U de Mann-Whitney fue 0,34 ($p = 0,562$).

La media de estaciones ganglionares biopsiadas en las resecciones complejas fue de $4,86 \pm 1,99$ estaciones. La mediana fue de 5 estaciones (R: 1 - 8). La media de estaciones ganglionares para resecciones simples fue de $3,86 \pm 1,52$ estaciones. La mediana de estaciones fue de 4 estaciones (R = 1 - 6). El t de student fue de -1,90 ($p = 0,063$).

Conclusiones: Según la 8ª edición del TNM del Cáncer de Pulmón, el número de estaciones ganglionares que se considera óptimo para realizar una linfadenectomía completa es mayor o igual a 6 incluyendo la estación subcarinal y dos mediastínicas. Por ello, concluimos que en nuestro grupo de pacientes intervenidos la linfadenectomía está cerca del límite sin llegar a alcanzarlo ($Me = 5$), y no se encontraron diferencias significativas entre resecciones simples y complejas.

En cuanto a la estancia hospitalaria y el tiempo quirúrgico nuestros resultados son similares a lo publicado en la literatura, y tampoco se encuentran diferencias entre ambos grupos.

Por último, en lo referente al margen de resección parenquimatoso según estudios publicados márgenes inferiores al centímetro aumentan el riesgo de recidiva. Por ello, hemos dividido nuestros pacientes en dos grupos (≤ 1 cm y > 1 cm). A diferencia de lo encontrado en la literatura, en nuestro estudio no hemos observado diferencias significativas entre resecciones simples y complejas.

Por tanto, concluimos que la realización de resecciones pulmonares sublobares anatómicas complejas puede ser una alternativa quirúrgica si cumple criterios, al igual que las resecciones simples.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESECCIONES SUBLOBARES ANATÓMICAS PULMONARES

M. García Galindo (1), C. García Bautista (1), C.F. Giraldo Ospina (1), M. Serrano Criado (1), A.F. Paz Gaviria (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: Desde 1995, la lobectomía con linfadenectomía se ha considerado el gold estándar para el tratamiento del cáncer de pulmón en estadio inicial[1,2,4]. Posteriormente se comenzaron a realizar resecciones sublobares no anatómicas como tratamiento erradicador de tuberculosis, resecciones de metástasis o realización de biopsias pulmonares. En los últimos años se han publicado diversos estudios en los que las resecciones sublobares anatómicas podrían ser una alternativa eficaz a la lobectomía para la preservación de parénquima pulmonar en aquellos pacientes con malas pruebas funcionales respiratorias o como cirugía electiva en los pacientes que cumplan los criterios establecidos: tumores periféricos menores o igual a 2 cm o lesiones en vidrio deslustrado o patrón solido menor del 50%[2, 3].

El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro con resecciones sublobares anatómicas como tratamiento para lesiones sugestivas de malignidad.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos por lesiones pulmonares sugestivas de malignidad mediante resecciones pulmonares anatómicas sublobares entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de julio de 2024 en nuestro centro. Los pacientes incluidos en el estudio se encontraban en un estadio I según la 8ª edición del TNM del cáncer de pulmón[3, 4]. Las variables recogidas fueron demográficas y antecedentes personales, variables de función respiratoria, así como variables relacionadas con el acto quirúrgico, resultado de anatomía patológica y complicaciones. El seguimiento de los pacientes ha sido de un mes. En cuanto al análisis estadístico se ha realizado un estudio descriptivo de las variables de interés a través del programa PSPP 1.6.2.

Resultados: Se ha recogido una muestra total de 49 pacientes intervenidos, de los cuales 26 (53,1%) fueron varones y 23 (46,9%) mujeres. La edad media de los pacientes es de $64,67 \pm 10,97$ años. La mediana de edad es de 68 años (R = 34 - 84 años). El 53,1% de los pacientes eran fumadores. Un 12,2% ($n = 6$) estaban diagnosticados de EPOC, mientras que el 34,7% ($n = 17$) padecía de alguna cardiopatía. Por otro lado, 3 pacientes habían sido intervenidos de una cirugía de resección pulmonar previamente. El 91,1% ($n = 45$) fue intervenido mediante videotoracoscopia (VATS) mientras que el 8,9% ($n = 4$) fue intervenido mediante cirugía asistido por Robot (RATS), de los cuales uno de ellos fue reconvertido a cirugía abierta por sangrado intraoperatorio.

Respecto a las pruebas de función respiratoria, la media del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) es $85,06 \pm 17,09$ %, con una mediana de 85% (R= 44 -114%), mientras que la media para la difusión

de monóxido de carbono (DLCO) es $83 \pm 18,52$ %, con una mediana de 84% (R = 39 - 136%).

La resección más frecuente fue la culmenectomía (n = 14, 28,6%), seguida de la segmentectomía del segmento 6 (n = 13, 26,5%). El 65,3% (n = 32) de pacientes fueron intervenidos del lado izquierdo (14 culmenectomías, 8 lingulectomías, 6 segmentectomías del segmento 6, una segmentectomía del S3, una segmentectomía del S8, una segmentectomía del S10, y una resección anatómica de segmentos 9 y 10), y 17 pacientes del lado derecho (7 segmentectomía del S6, 5 segmentectomía del segmento 1, tres segmentectomías del S3, una resección anatómica de segmentos 1 y 2, y una resección de segmentos 9 + 10).

Se biopsiaron una media de $4,14 \pm 1,71$ estaciones ganglionares. La mediana de estaciones ganglionares biopsiadas fueron 4 (R: 1 - 8 estaciones). El 73,5% de los pacientes obtuvo un diagnóstico anatomopatológico de cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPNCP); el más frecuente fue el adenocarcinoma (n = 26 pacientes, 53,1%), seguido de metástasis de otro tumor (n = 9, 18,4%). El 94,4% de los pacientes con CPNCP se encontraban en estadio I. Solo un paciente tuvo afectación ganglionar N1 que no se conocía previamente.

El 26,5% (n = 13) de pacientes tuvo alguna complicación. La complicación más frecuente fue la fuga aérea (n = 4) seguida de la fibrilación auricular (n = 3). La media de la estancia hospitalaria fue de $3,53 \pm 2,16$ días. La mediana de estancia fue de 3 días (R = 1 - 12 días). La mortalidad a los 30 días postoperatorios fue de 0.

Conclusiones: Comparando nuestros datos con lo publicado en la literatura los resultados en cuanto a complicaciones y morbi-mortalidad a los 30 días postoperatorios son similares. Por tanto, las resecciones sublobares anatómicas pueden ser una opción válida para el tratamiento del cáncer de pulmón en estadio inicial cuando se cumplen los criterios establecidos y en un centro con experiencia en este tipo de cirugías.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

ESTUDIO DE LA PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD DE LOS NÚDULOS PULMONARES INCIDENTALES SEGÚN LA "MAYO LUNG CALCULATOR" Y DIVERSOS BIOMARCADORES DE CÁNCER DE PULMÓN

J. Romero López (1), A. González Hernández (1), E. Vélez Menis (2), J. Lancha Domínguez (1), L. Padrón Frayse (1), A. Pereira Vega (2).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Servicio de Neumología, Fundación Andaluza Beturia para la Investigación, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) se puede manifestar como un nódulo pulmonar (NP). Estudiar la probabilidad de malignidad de los NP es importante porque la actitud clínica es diferente. Distintas estrategias intentan definir la probabilidad de malignidad de un NP. La "Mayo Lung Calculator" (MLC) es una simple herramienta que determina dicha probabilidad, en base a la edad, tabaquismo y características del NP. No está establecido el papel de los biomarcadores (BM) sanguíneos para estudiar la probabilidad de malignidad de los NP.

Objetivo: analizar el poder predictor de malignidad de la MLC y compararlos con el kit de 6 BM proteicos de Molina et al. (6 BM) y la prueba CDT Early Lung de 7 anticuerpos contra antígenos tumorales (7 Ac).

Metodología: Hemos seleccionado 123 NP incidentales (diámetro ≥ 6 mm) en los que obtuvimos el valor de la MLC y tenían realizado los 6 BM. En 20 de ellos, también se realizó la prueba de CDT Early Lung. La mediana de seguimiento fue de 2,82 años. Se determinó la probabilidad de malignidad según la MLC (<20% escasa; 20 - 70% intermedia; y >70%, alta probabilidad). La positividad de alguno de los 6 BM o de alguno de los 7 Ac de la prueba CDT Early Lung, se consideró un resultado positivo. Se consideró también el hecho de tener al menos 2 BM alterados, en cada una de las pruebas. Se registró el diagnóstico final de malignidad o no malignidad (benignidad o estabilidad durante el periodo de seguimiento). Se analizó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y las curvas ROC de las herramientas analizadas. Se han realizado comparaciones bivariadas de χ^2 , T-Student y ANOVA (IC 95%).

Resultados: En la [tabla 1](#) se presenta la descripción general de la muestra. Las diferentes probabilidades de malignidad se muestran en la [tabla 2](#).

Conclusiones:

1.- Los resultados de la MLC concuerdan con el diagnóstico real; aunque el 10,5% de los casos de baja probabilidad fueron finalmente malignos; 2.- El 25% de casos de diagnóstico final de CP no tenía ninguno de los 6 BM alterados; 3.- El 10% de participantes con CDT Early tuvieron valores alterados. 4.- Se requiere un mayor número de CDT Early Lung realizados.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL ESTRECHO TORÁCICO POR VIDEOTORACOSCOPIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

M.M. Congregado González (1), M.E. Solís Serván (1), M.M. Matute Núñez (1), J.M. González González (1), D. Andrades Sardiña (1), A.I. Blanco Orozco (1), F. Cózar Bernal (2), M. Congregado Loscertales (3).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (3) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Quironsalud Infanta Luisa, Sevilla.

Opta a beca

Introducción: El síndrome del estrecho torácico (SET) es una patología producida por la compresión de la arteria subclavia, vena subclavia y/o plexo braquial a nivel de la salida torácica. La incidencia varía según el tipo, en los tipos neurogénico y vascular es de 3 y 1 por 100.000 habitantes al año, respectivamente. La proporción entre neurogénico y venoso es aproximadamente 80:20. La forma menos frecuente es el arterial que suele ser el 1% de los casos.

Junto a la rehabilitación, una de las mejores opciones terapéuticas es la resección de la primera costilla, procedimiento que en los últimos años se ha desarrollado por técnicas mínimamente invasivas. En esta comunicación presentamos un estudio descriptivo de los resultados de esta técnica.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo multicéntrico incluyendo a los pacientes intervenidos en 3 hospitales de Sevilla por cirugía torácica videoasistida de 2011 a 2024. La técnica quirúrgica desarrollada se realiza por vía toracoscópica a través de dos puertas de entrada.

Las variables fueron: edad, sexo, lateralidad, tipo, duración de la cirugía, complicaciones, estancia postoperatoria y reintegro en <30 días.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, con edad entre 14 y 64 años (media 38,48) y mayor proporción de mujeres (72%) que de hombres (28%).

Respecto al tipo, 29% eran de tipo arterial, 31% neurogénico, 27% venoso y 13% de tipo mixto. En cuanto a la lateralidad, 64% de los casos tenían afectado el miembro superior derecho, 24% el izquierdo y el 12% tenían afectación bilateral. La duración de la cirugía fue entre 55 y 270 minutos (media 112,24), diferencia que destaca entre los primeros casos (curva de aprendizaje) y los últimos, en los que la técnica estaba más desarrollada. La estancia postoperatoria fue entre 1 y 9 días (media 2,68). No hubo ninguna complicación intraoperatoria, pero hubo 6 pacientes con complicaciones postoperatorias (Figura 1) que implica una morbilidad de 13%; sin mortalidad. Solo 1 paciente requirió reintegro hospitalario (2.2%).

Conclusiones: El SET es una patología cuyo principal tratamiento es la cirugía, asociada a la rehabilitación. No existe evidencia científica de cuál es el mejor abordaje quirúrgico para esta patología. Con este estudio se pretende mostrar los buenos resultados de la técnica videoasistida, siendo una técnica sin inferioridad respecto a técnicas convencionales y con mejores resultados estéticos y de aceptación por parte de los pacientes

DERRAME PLEURAL HISTIOCITARIO ¿SE RELACIONA CON LA APARICIÓN DE UNA NEOPLASIA?

M. Aláez Gómez (1), E. Guzmán Ansado (2) - Neumología, N. Valerdez Menéndez (3), L. Román Rodríguez (1), C. Olmedo Rivas (1), E. Márquez Martín (1), J. Martín Juan (1), B. Romero Romero (1).

(1) Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Neumología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, (3) Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los derrames pleurales histiocitarios no son poco frecuentes. La mayoría de ellos son etiquetados como derrames con numerosas células atípicas en el estudio cito-morfológico inicial. Es necesario realizar un estudio inmunohistoquímico con marcadores específicos, para identificar de forma correcta los histiocitos en el líquido pleural. Existen pocos estudios sobre las características clínicas y la etiología en estos derrames.

Metodología: Estudio retrospectivo de 47 pacientes estudiados en la Unidad de Patología Pleural de nuestro Hospital (Octubre 2022- Octubre 2024) con diagnóstico final de derrame pleural histiocitario. Todos los pacientes presentaban un derrame pleural con citología inicial con celularidad atípica. En todos ellos se realizó un bloque celular y un estudio inmunohistoquímico posterior empleando dos marcadores mesoteliales, dos marcadores epiteliales y un marcador histiocitario específico (CD68) para poder identificar de forma correcta los histiocitos descartando además malignidad. De esos pacientes se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo, y específicamente, diagnóstico de cáncer (antes de la aparición del derrame pleural y en el seguimiento posterior).

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes con una media de edad de 68 años (22 mujeres (46,8%) y 25 hombres (53,2%). De ellos 9 eran fumadores (19,1%), 21 exfumadores (44,7%) y 17 no fumadores (36,2%). 24 pacientes (51,1%) no tenían antecedente de cáncer previo al diagnóstico de derrame pleural histiocitario, 23 pacientes (48,9%) si tenían este antecedente. Durante el seguimiento, 31 pacientes (66%) desarrollaron una neoplasia.

Conclusiones: Los histiocitos en líquido pleural

pueden simular células epiteliales atípicas. La utilización del marcador CD 68 en el estudio inmunohistoquímico es útil para su correcta identificación. El derrame pleural histiocitario se asocia en un porcentaje muy elevado de casos con la presencia de una neoplasia, por lo que sería conveniente realizar un seguimiento estrecho en estos pacientes.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

ASPECTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA MAYOR TRAS QUIMIOINMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS

M. Rusca Giménez (1), J. Gómez Tabales (1), D.F. Tavera Arce (1), J. Illana Wolf (1), C. López García (1), F.J. Roca Fernández (1), A.M. Fernández González (1), D. Espinosa Jiménez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Opta a Premio a la mejor comunicación

Introducción: El uso de nivolumab en combinación con quimioterapia basada en platino es el tratamiento neoadyuvante estándar para pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) localmente avanzado y potencialmente resecable (estadios IB a IIIA) con una expresión de PD-L1 >1%. Debido a la aprobación reciente de su uso como terapia neoadyuvante, existe poca evidencia respecto su influencia en el campo quirúrgico.

El objetivo del presente estudio fue determinar la complejidad quirúrgica y los resultados perioperatorios asociados con la quimioinmunoterapia neoadyuvante, analizar la seguridad y factibilidad de la cirugía oncológica tras la neoadyuvancia a partir de los resultados obtenidos en las cirugías realizadas en nuestro centro.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional desde febrero de 2024 hasta octubre 2024 con 13 pacientes con CPCNP en estadio IIB – IIIB con PD-L1 >1% que recibieron tratamiento neoadyuvante de 3 ciclos de quimioterapia (basada en platino) e inmunoterapia con nivolumab previo a la cirugía.

La seguridad de la resección quirúrgica tras la terapia neoadyuvante se evaluó mediante la tasa de complicaciones a los 7 y 30 días. Se revisaron los informes operatorios de los pacientes y se realizó una encuesta subjetiva al equipo quirúrgico responsable para determinar la complejidad técnica del procedimiento.

Resultados: Los 13 pacientes fueron sometidos a cirugía radical posterior a la neoadyuvancia, consiguiendo resección R0 en todos los pacientes (100%) y respuesta

patológica completa en 9 (69%). En el 23,1% de los pacientes la respuesta patológica fue parcial, quedando <50% de tumor viable. En todos los casos se realizaron lobectomías mediante diferentes abordajes: 5 VATS, 4 RATS y 4 toracotomías. La conversión a cirugía abierta fue necesaria en 2 pacientes (22,2%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días (1 - 7). La mediana de duración del drenaje pleural fue 2 días (1 - 4). Un total de 8 cirugías fueron calificadas como complejas por el equipo quirúrgico responsable. Sólo 1 paciente presentó complicaciones postoperatorias grado 3 según Clavien-Dindo.

Conclusiones: Las resecciones pulmonares tras quimioinmunoterapia neoadyuvante con nivolumab son factibles y seguras, con altas tasas de respuesta patológica completa. En general, más de la mitad de los casos fueron considerados más complejos que una lobectomía estándar.

EL RETO DE LA REPARACIÓN DE FÍSTULAS TRAQUEALES: UN CASO CON UN POSTOPERATORIO TAN DESAFIANTE COMO LA PROPIA CIRUGÍA

J.M. González González (1), M.E. Solís Serván (1), M. Matute Núñez (1), M. Congregado González (1), D. Andrades Sardiña (1), F. García Gómez (1), J.L. López Villalobos (1), A.I. Blanco Orozco (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Beca

Introducción: La reparación quirúrgica de fístulas traqueo-esofágicas a menudo se acompaña de un postoperatorio arduo, con alta morbilidad y complicaciones que lastran la recuperación. Presentamos el caso de una paciente con estas dificultades tras una cirugía por cáncer esofágico.

Metodología: Relatamos el proceso diagnóstico y terapéutico destacando la cronología y el manejo de las complicaciones postoperatorias.

Resultados: Mujer de 70 años con cáncer de tercio medio de esófago tratado con radioquimioterapia, esofagectomía y gastroplastia. Sufre una dehiscencia que se reinterviene y se coloca una prótesis metálica. A los meses reingresa por vómitos nocturnos, disnea y desaturación, hallándose una fístula entre tráquea y plastia que se decide operar.

En la cirugía se halla un defecto de la plastia gástrica, de 3 a 4 cm de longitud, comunicándose con una cloaca a la que se abre un defecto puntiforme en la membranosa de la carina. Se suturan ambos defectos, con interposición de malla de Bio-A y un drenaje de Kehr por contraindicación

en la gastroplastia.

A los 7 días expulsa secreciones biliosas por la traqueostomía. Por fibrobroncoscopia y TAC se evidencia persistencia de la fístula carinal y un aumento de la cavidad a la que se comunicaba. Se hace sutura primaria del defecto traqueal, esofagostomía cervical y sección de la plastia cranealmente y a 5 - 10 cm de diafragma por imposibilidad de repararla.

A los 15 días, presenta de nuevo secreciones amarillentas por la cánula. Esta vez el defecto traqueal es pequeño, con menor repercusión clínica y alejado de la plastia gástrica. Con tratamiento conservador disminuye al principio de tamaño, pero más tarde crece hasta 7 mm, con aumento de secreciones que se asocia a mala tolerancia de nutrición enteral, lo que condiciona un deterioro nutricional. Por sospecha de fuga del remanente de la plastia gástrica se reinterviene para su resección vía transhiatal.

Posteriormente, y a pesar de una infección de la herida, mejora en la clínica, el perfil nutricional y disminuye el defecto traqueal.

En cuanto al hábito tabáquico, eran fumadores 18, exfumadores 45 y 46 nunca fumadores. La exposición tuvo lugar en tres ámbitos distintos: en 23 casos en talleres, en 3 en domicilio y en 83 fue mixta.

66 casos presentaban SS con un FVC medio de 90,50%, FEV1 medio de 88,06% y DLCO media de 103,13%. En cuanto a la SC (43 casos), el FVC medio fue de 80,90%, FEV1 medio de 73,90% y DLCO de 91,10%. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la FVC, FEV1 y DLCO de ambos grupos ($P = 0,028$, $p = 0,003$ y $p = 0,034$, respectivamente).

Con respecto a la SC, 22 casos se incluyeron como categoría A, 17 como categoría B y 4 como categoría C.

Conclusiones: Este caso ilustra la complejidad de la reparación de fístulas traqueo-esofágicas, especialmente en pacientes con tratamiento neoadyuvante y múltiples intervenciones. Al partir de una condición deteriorada, con un déficit nutricional que afecta a la cicatrización y precipita la aparición de complicaciones, su evolución clínica es en ocasiones impredecible.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA DEL CARCINOMA PULMONAR NO MICROCÍTICO EN PACIENTES MENORES 55 AÑOS

M. Serrano Criado (1), C. García Bautista (1), C.F. Giraldo Ospina (1), M. García Galindo (1), A.F. Paz Gaviria (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Beca

Introducción: Analizar el impacto de las comorbilidades de los pacientes sometidos a cirugía de resección anatómica pulmonar, en la supervivencia postoperatoria. Así como, las características clínicas, demográficas, abordaje quirúrgico y las complicaciones más frecuentes observadas en nuestro servicio.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo. En él se han incluido pacientes de edad igual o inferior a 55 años, que fueron intervenidos de resecciones pulmonares anatómicas, en nuestro servicio, en el periodo comprendido entre enero de 2017 y octubre de 2024.

Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas han sido expresadas como media $\pm$ desviación estándar. El programa estadístico utilizado fue el IBM®-SPSS (versión 24.0 for Macintosh, SPSS Corp., New York, Armonk).

Resultados: Se intervinieron un total de 116 pacientes a los que se les había realizado una cirugía de resección pulmonar anatómica con intenciones terapéuticas y/o diagnósticas ante un nódulo o masa pulmonar sospechosa de malignidad.

En cuanto al sexo, 65 pacientes, eran varones (56%). La edad media fue de $49,51 \pm 6,58$ años. Sobre los hábitos tóxicos, 72 pacientes eran fumadores (61%), siendo mayor el porcentaje de varones fumadores (68%), que el de las mujeres. Tan solo en una persona se registró exposición laboral al asbesto.

Tabla I. Resumen de las comorbilidades de los pacientes.

En relación con el diagnóstico, en 7 pacientes (6%), fue tras un estudio radiológico por clínica compatible, 70 (59%), de manera incidental en el contexto de un preoperatorio, 11 (10%) tras realizarse una radiografía de tórax en urgencias y 28 (25%), durante el seguimiento por otra enfermedad oncológica.

Tabla II. Muestra las características sobre la cirugía realizada, vía de abordaje, subtipos histológicos, anatomía patológica y estadiaje. Respecto a la anatomía patológica, predominó el subtipo adenocarcinoma (55%). En nuestro estudio, se observó que la proporción de mujeres era superior en variantes como el adenocarcinoma (51%), y tumor carcinoide (53%) sin embargo, el carcinoma escamoso predominaba en varones (88%).

Del total de toracotomías realizadas, 22 (35%) fueron por difícil acceso a la zona afecta, 6 (20%) por un mayor tamaño del tumor e invasión de pared costal. Las otras dos causas, fueron debidas a presencia de adherencias múltiples, extensas y firmes, las cuales impidieron la liberación del pulmón y por resultados tras biopsia intraoperatoria de presencia de restos tumorales que contactaban con la línea de resección.

Respecto a las pruebas funcionales respiratorias, en

el 77% fueron óptimas. En el 55% de los pacientes, se observó una difusión de monóxido de carbono (DLCO) >80%.

Así mismo, 87 pacientes (76%) no tuvieron comorbilidades asociadas y en un 29% las más comunes fueron la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la hipertensión arterial.

Hubo dos exitus, uno de ellos fue una paciente intervenida de una neumonectomía derecha, que al undécimo día postoperatorio reingresa debido a una fístula bronquiopleural. En segundo lugar, un paciente que al quinto día de postoperatorio tras una neumonectomía izquierda, evoluciona a una insuficiencia respiratoria hipoxémica que precisa de soporte ventilatorio.

Tabla 1. Principales complicaciones en los primeros noventa días postquirúrgicos.

Conclusiones: El presente estudio tiene por objeto describir las características clínico – demográficas de los pacientes intervenidos de resecciones anatómicas pulmonares con fines diagnósticos – terapéuticos. Así como, estudiar las principales complicaciones obtenidas y realizar un análisis exhaustivo sobre las comorbilidades asociadas de dichos pacientes y el impacto de éstas en su recuperación postquirúrgica. Los resultados alcanzados en este trabajo son los siguientes: 1) El cáncer de pulmón no microcítico tiene una incidencia elevada en varones, fumadores (68%). 2) Un porcentaje elevado de pacientes fueron diagnosticados de manera incidental 3) La complicación más frecuente observada ha sido la fuga aérea persistente (6%).

El cáncer de pulmón continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial, siendo su principal factor de riesgo es el tabaco. Otros factores de riesgo para el cáncer de pulmón son, la exposición al asbesto, historia familiar de cáncer de pulmón, y/o la exposición a otras sustancias tóxicas inhaladas.

El tratamiento, depende fundamentalmente del estadiaje, la histología, alternaciones genéticas y las condiciones generales del paciente. Esencialmente, los pacientes con CPCNP, en estadio I, II o III reciben un tratamiento con intención curativa mediante cirugía, quimioterapia, radioterapia o un enfoque de modalidad combinado. Siendo la intervención quirúrgica, el tratamiento de elección.

Las complicaciones pulmonares posoperatorias son frecuentes y constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad perioperatoria. Sin embargo, la población analizada en el presente estudio (pacientes de edad igual o inferior a 55 años), han sido pacientes con un porcentaje bajo de comorbilidades, un estatus basal adecuado y unas pruebas de función respiratorias que han sido óptimas para someterse a una cirugía de

resección pulmonar anatómica.

Es por ello, que el número de complicaciones en los primeros días postoperatorios, fue inferior al esperado, con una evolución clínica durante su ingreso hospitalario y una recuperación postoperatoria, favorable.

Conclusiones: La comorbilidad tiene un impacto significativo en la supervivencia después de la resección quirúrgica de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. La mayor parte de los pacientes menores de 55 años, son diagnosticados de CPNM de manera incidental, observando, una mayor proporción de varones fumadores. La variante más común es el adenocarcinoma, siendo el estadio I el más frecuente al diagnóstico.

TRATAMIENTO CON RTQT EN ESTADIO III DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

S. Quesada Muñoz (1), W.J. Luna Fernández (1), J. Domínguez Caro (1), C. Iglesias Melero (1), N.A. Linares Mesa (1).

(1) Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Analizar la eficacia y toxicidad del tratamiento con radioterapia y quimioterapia en cáncer de pulmón no microcítico estadio III.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico que incluye a 63 pacientes tratados con un esquema de RTQT, tanto de forma concomitante como secuencial. No se presentan resultados de inmunoterapia posterior debido a la baja cantidad de casos. Los pacientes tratados fueron incluidos entre 2019 y 2022. Se realizó un análisis descriptivo de la población, acompañado de un análisis estadístico con la prueba de Fisher para evaluar la relación entre las variables categóricas y verificar si existen diferencias significativas.

Resultados:

- Mediana de seguimiento: 14 meses.
- PS ≤1: 79,3%, PS 2: 20,6%, PS 3 y 4: 0%.
- Estadio: IIIA (33,3%), IIIB (44,4%), IIIC (22,2%).
- RTQT concomitante: 58%, secuencial: 42%.

Quimioterapia basada en platino. Planificación de RT con VMAT.

• Dosis: 60 Gy/2Gy en concomitante y 55Gy/2.75Gy en secuencial.

• Mediana de SG: 21 meses (IC 95%: 15,36 - 26,95) ([gráfico 1](#)), y de SLP: 4,5 meses (IC 95%: 1,69 - 7,1). No se encontraron diferencias significativas en la SG entre pacientes tratados con RTQT concomitante vs. RTQT secuencial (p = 0,673).

• Toxicidad: El 85,4% no presentó neumonitis, solo el 6,3% neumonitis sintomática. Esofagitis post-radioterapia

≤G2 en 39,7%, G3 en 25,4%, sin casos de G4. Se observó una tendencia hacia peor esofagitis conforme aumentaba la dosis media recibida por el esófago, pero sin diferencias significativas ($p = 0,084$). La toxicidad fue reversible en semanas tras el tratamiento.

Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con los reportados en la literatura, que indican que este tratamiento es efectivo y seguro. No se ha evaluado el impacto de la incorporación de inmunoterapia en la supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión (SLP) ni en la posible toxicidad. Se requiere un seguimiento más prolongado y una mayor recopilación de datos para obtener Conclusiones: que, en el futuro, puedan mejorar el pronóstico y la seguridad del tratamiento combinado en todos los pacientes.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN PROPUESTOS PARA RESECCIONES PULMONARES MAYORES

M.E. Solís Serván (1), M. Matute Nuñez (1), J.M. González González (1), M.M. Congregado González (1), D. Andrades Sardiña (1), F. García Gómez (1), J.L. López Villalobos (1), F.J. De La Cruz Lozano (1), R. Barroso Peñalver (1), A. Blanco Orozco (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Evaluar el impacto de un programa de prehabilitación multimodal en pacientes con cáncer de pulmón en estadios precoces, propuestos para resecciones pulmonares mayores, con el fin de optimizar resultados preoperatorios, intrahospitalarios y postoperatorios.

Metodología: Estudio observacional tipo cohorte prospectivo recogiendo pacientes con cáncer de pulmón en estadios precoces, sometidos a resecciones pulmonares mayores. El programa de prehabilitación incluirá intervenciones basadas en la literatura científica actual, aplicadas en tres fases: preoperatoria, intrahospitalaria y postoperatoria, y estará diseñado según los factores de riesgo individuales identificados.

Resultados: Evaluar el impacto de los programas de prehabilitación multimodal en los resultados clínicos y funcionales, optimizando la recuperación, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la morbilidad.

Conclusiones: Efectividad de la prehabilitación como intervención complementaria a los programas de rehabilitación existente en nuestro centro para pacientes con cáncer de pulmón sometidos a resecciones

pulmonares mayores.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)
- [Imagen 1](#)

IMPACTO DE LA NEOADYUVANCIA EN LA VIABILIDAD QUIRÚRGICA Y SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE PULMÓN LOCALMENTE AVANZADO

M.E. Solís Serván (1), M. Matute Nuñez (1), J.M. González González (1), M.M. Congregado González (1), D. Andrades Sardiña (1), F. García Gómez (1), J.L. López Villalobos (1), F.J. De La Cruz Lozano (1), R. Barroso Peñalver (1), A. Blanco Orozco (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a premio mejor comunicación

Introducción: Evaluar la eficacia de los diferentes esquemas de tratamiento perioperatorios, con especial énfasis en inmunoterapia, y la viabilidad de rescates quirúrgicos en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPCNP) en estadios localmente avanzados.

Metodología: Estudio retrospectivo desde enero de 2018 y diciembre de 2024, con 17 pacientes diagnosticados de CPCNP en estadios localmente avanzados (IIB, IIIA, IIIB). Los pacientes recibieron tratamiento de neoadyuvancia según protocolos establecidos, destacando la quimioterapia combinada con inmunoterapia (82%), seguida en menor medida por cirugía inicial con adyuvancia de quimioterapia (11%) y quimioterapia convencional (5%). Se evaluó la respuesta al tratamiento, las intervenciones quirúrgicas y la progresión de la enfermedad.

Resultados: Los 17 pacientes analizados, el 70% mostró respuesta parcial o total radiológica al tratamiento neoadyuvante, siendo posteriormente rescatados quirúrgicamente. De estos, 10 pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica con predominancia de lobectomías y abordajes mínimamente invasivos. El 47% de los pacientes experimentó progresión de la enfermedad, con un predominio de metástasis intratorácicas (75%). La supervivencia global fue favorable, con un 76% de pacientes vivos al seguimiento y un 40% alcanzando supervivencia de más de 2 años.

Conclusiones: La neoadyuvancia con quimioterapia combinada con inmunoterapia es una estrategia eficaz que proporciona una ventana de oportunidad para pacientes con cáncer de pulmón localmente avanzado, aumentando sus opciones quirúrgicas y sugiriendo un impacto positivo en la supervivencia a largo plazo y el período libre de enfermedad.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)
- [Imagen 1](#)
- [Imagen 2](#)

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN CONSULTAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA TRATADOS CON CITISINA

J.M. Ruiz Amat (1), E. Solana Martínez (1), M. Fernández Granja (1), J. López Martínez (1), E. Martínez Orenes (1), L. Fernández Mula (1), J. Alcántara Fructuoso (1), F.J. Ruiz López (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La citisina ha demostrado en varios estudios ser más eficaz que el placebo y que la terapia de reemplazo de nicotina. En Febrero del 2023 se aprobó su financiación en España. El objetivo es conocer la eficacia de la Citisina a través de un programa de deshabituación tabáquica de seguimiento telefónico.

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo. Se reclutan pacientes derivados como interconsulta hospitalaria entre enero y octubre de 2023 realizándose seguimiento durante 1 año, a los que se prescribió citisina.

Se realiza un análisis estadístico descriptivo, así como la relación entre el éxito/fracaso de la terapia con citisina con las variables del hábito tabáquico, test y antecedentes relevantes.

Resultados: Se estudiaron un total de 68 pacientes, 38 (55,8%) mujeres y 30 (44,1%) varones.

En la primera visita, 15 (22%) pacientes no llegaron a iniciar el tratamiento y 12 (17,6%) no respondieron a la llamada.

De los 41 pacientes que iniciaron el tratamiento, 29 (70,7%) dejaron de fumar el primer mes y 12 (29,3%) siguieron fumando.

Al tercer mes, 21 (51,2%) seguían sin fumar y 8 (19,5%) sufrieron recaída.

A los 6 meses, 16 (39,0%) continuaban sin fumar y 4 (9,8%) recayeron y 1 (2,4%) paciente no respondió a la llamada.

A los 12 meses, 10 (24,4%) no fumaban, 3 (7,3%) recayeron y 3 (7,3%) no respondieron a la llamada.

Aquellos pacientes que no fumaban tenían una dependencia física (medida por test Fagerstrom) más baja que aquellos que fumaban ($p < 0,05$).

A los 12 meses, aquellos que no dejaron de fumar, presentaban test Glover-Nilson >23 (dependencia psicosocial y conductual fuerte o muy fuerte) frente a los no fumadores, que en el 70% de los casos presentaba una

dependencia baja o moderada ($p = 0,01$).

También de forma significativa ($p = 0,03$) se observó que la mayoría de pacientes que no fumaba los 3 primeros meses no presentaban patología psiquiátrica en tratamiento, algo que no se observó en los meses posteriores.

Conclusiones: 1. Un porcentaje importante de pacientes no iniciaron tratamiento 22% y no respondieron a la llamada inicial 17,6%. 2. Al primer mes, el 70,7% dejaron de fumar, a los 3 meses el 51,2%, a los 6 meses el 39% y a los 12 el 24,4%. 3. A los 12 meses de seguimiento, aquellos pacientes que presentaban dependencia psicosocial y conductual leve-moderada dejaban de fumar de forma más fácil que aquellos que presentaban fuerte-muy fuerte. 4. Aquellos pacientes que no tenían patología psiquiátrica les resultaba más fácil dejar de fumar a los 3 meses que aquellos que si la presentaban.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

ANÁLISIS DE VARIABLES PREDICTORAS DE ÉXITO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

M.L. Canalejo Fernández (1), M.M. Segura Romero (1), J.C. Lafuente Navarro (1), A. Martínez Mesa (1), E. Cabrera César (1), J.L. Velasco Garrido (1).

(1) Neumología HUVV, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El tabaco es un factor de riesgo clave para diversas enfermedades crónicas y una de las principales causas prevenibles de mortalidad y morbilidad. La deshabituación tabáquica es una intervención fundamental que debemos aplicar a nuestros pacientes. Su éxito, aunque desafiante, depende de factores físicos, psíquicos y del entorno del paciente.

Metodología: El objetivo fue evaluar los resultados de la consulta de tabaco hospitalaria analizando la continuidad en el hábito a los 6 meses de seguimiento según diferentes variables relacionadas con el consumo mediante análisis descriptivos y correlacionales. **Resultados:** Se incluyó 117 pacientes de la consulta, donde el 55% son mujeres y el 45% hombres con edad media de 59 años (± 11). El 72% padecían enfermedades relacionadas con el tabaco como asma, epoc, eventos cardiovasculares, neoplasias o trastornos relacionados con la salud mental.

La mitad finalizó el tratamiento farmacológico propuesto. Del total, un 35% (40) completaron el seguimiento acudiendo a la consulta tras 6 meses. A los 6 meses, 24 pacientes (21%) permanecieron abstinentes.

El grupo que dejó de fumar presentó una edad de inicio significativamente mayor (24 ± 8 años) que el grupo que continuó fumando (17 ± 5 años), al igual que se observó significación estadística en el refuerzo positivo con predominio del mismo en el grupo de fumadores a los 6 meses.

No se encontraron diferencias significativas en las demás variables, incluyendo el consumo diario de cigarrillos, el índice IPA, la dependencia física (Fagerstrom), motivación, la autoeficacia y los niveles iniciales de cooximetría.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo muestran que una edad de inicio del consumo más temprana está asociada con una mayor dificultad para dejar de fumar, evidenciando el impacto del inicio precoz en el desarrollo de la dependencia a la nicotina. Asimismo, se identificó el refuerzo positivo, entendido como los beneficios percibidos que fomentan el consumo, como un obstáculo significativo en los intentos de cesación.

Estos resultados destacan la necesidad de fortalecer las intervenciones preventivas con un enfoque prioritario en las generaciones más jóvenes.

Asimismo, los programas de cesación deben adaptarse a cada paciente, incorporando un abordaje personalizado que tenga en cuenta su historia de consumo y desarrolle estrategias específicas para mitigar el refuerzo positivo vinculado al tabaquismo.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

EFICACIA Y SEGURIDAD DE CITISINA EN EL TRATAMIENTO DE FUMADORES CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AEREA (ASMA Y EPOC)

F.R. Guzmán Ruiz (1), R. Rodríguez Villamor (1), Z.F. Donoso Correa (1), M. Dávila Cabanillas (1), N. Vega Dombidau (1), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) - Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Asma y EPOC son las enfermedades obstructivas más frecuentes de la patología neumológica. Existe evidencia suficiente de la implicación etiológica y pronóstica que el tabaquismo tiene en la evolución de estas entidades. Citisina es un agonista parcial de receptores nicotínicos que presenta datos de eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo en población general.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y seguridad de citisina en el tratamiento de fumadores con EPOC y/o asma.

Metodología: Se realiza estudio retrospectivo de pacientes (p.) fumadores diagnosticados de asma o EPOC remitidos a nuestra unidad de tabaquismo durante un período de 10 meses, y a los que se prescribió tratamiento con citisina. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, y tabaquismo. La valoración de eficacia de citisina se realizó mediante la evaluación de la abstinencia autoinformada, tanto al finalizar el periodo de tratamiento como durante el seguimiento con verificación bioquímica mediante cooximetría.

La seguridad se analizó según efectos adversos referidos por el p. durante el tratamiento. Los resultados obtenidos se incluyen en una base de datos elaborada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante IBM SPSS.

Resultados: El 83% completó el período de tratamiento: la eficacia del tratamiento a los 6 meses fue del 47%. Las recaídas fueron más frecuentes en el grupo de EPOC y se produjeron principalmente durante los 3 primeros meses de seguimiento, no se observaron diferencias en el período de recaídas para los p. asmáticos.

En el análisis de factores predictores de abstinencia se observó que El Test de Fagerström está significativamente asociado con el éxito en la abstinencia. Por su parte, la comorbilidad psiquiátrica se asoció a menor probabilidad de eficacia.

El 25% refirió algún tipo de EA. De estos, 3, tuvieron que abandonar el tto. La mayoría de EA fueron leves, predominando los digestivos e insomnio. El 8,5 % restante de abandonos fue por otras causas que nada tenían que ver con la seguridad.

Conclusiones: 1.- Citisina es un tratamiento farmacológico eficaz y seguro en el tratamiento de fumadores con enfermedades obstructivas de la vía aérea (asma y EPOC). 2.- Las diferencias en las características diagnósticas de tabaquismo observadas en los pacientes de ambos grupos pueden afectar a diferente riesgo de recaída durante el seguimiento y ello debe condicionar protocolos específicos de seguimiento para cada perfil de p. teniendo en cuenta la presencia de factores predictores de recaída.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

MEJOR PREDICTOR DE EXACERBACIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EPOC EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

S. González Gutiérrez (1), J. Romero López (1), M. Pérez Ortega (1), C. Romero Sayago (1), M. Gandulfo Lara (1), A. Ruiz Reina (1).

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

Introducción: La EPOC es una enfermedad crónica con una elevada prevalencia y un elevado infradiagnóstico, siendo la cuarta causa de muerte a nivel mundial, donde las exacerbaciones suponen un importante impacto negativo para la enfermedad, tanto por el descenso de la función pulmonar como por el incremento de mortalidad que suponen tras una primera exacerbación. El objetivo fue determinar la variable con mayor potencia estadística para predecir exacerbaciones.

Metodología: Se recogió una muestra de 200 pacientes con diagnóstico de EPOC de la consulta monográfica del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva durante el año 2023. Inicialmente se realizó un análisis de regresión logística univariante incluyendo variables clínicas y analíticas como grado de disnea, grado de control, actividad física y eosinofilia. Las variables que alcanzaron la significación estadística con una $p < 0,05$ fueron las variables que posteriormente se incluyeron como variables independientes en el análisis de regresión logística multivariante, estableciendo así el modelo de regresión.

Resultados: El objetivo de este análisis fue evaluar la asociación entre las exacerbaciones y el resto de variables incluidas como el grado de disnea, actividad física, grado de control y eosinofilia, utilizando un modelo de regresión logística multivariante. El ajuste general del modelo fue evaluado utilizando R^2 de Nagelkerke, que arrojó un valor de 0,26. La variable "Exacerbaciones año previo" resultó ser el único factor predictor, con un valor β de 1,370 y una Odds Ratio (OR) de 3,94 (IC 95%: 2,420 - 6,403). Esto mostraba que, por cada unidad de aumento de las exacerbaciones en el año previo, la probabilidad de exacerbar al año siguiente se incrementaba en 3,93 veces más, es decir, el haber tenido exacerbaciones el año previo estaba asociado a un aumento significativo de experimentar exacerbaciones al año siguiente (con un impacto reflejado en el OR de 3,93). Del resto de variables independientes no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los antecedentes de exacerbaciones previas es el mejor predictor de exacerbaciones en la EPOC de acuerdo con lo revisado en la literatura científica disponible. Serían necesarios mayor número de estudios orientados a determinar diferentes variables predictivas para prevenir nuevas exacerbaciones puesto que estas constituyen la principal causa de mortalidad en pacientes EPOC.

USO EXCESIVO DE SABA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO UXSABA

C. Barea Jiménez (1), M.G. Hurtado Gañán (1), J. Díez Sierra (1), A.S. Valido Morales (1), A.P. Gómez-Bastero Fernández (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El sobreuso de betaadrenérgicos de acción corta (SABA) ha emergido como un problema en pacientes con asma y EPOC; se traduce en mal control de la enfermedad, ineficiencia del gasto farmacéutico y aumento del riesgo de mortalidad. Se define uso excesivo como ≥ 12 cartuchos/año. Aumenta la emisión de gases de efecto invernadero y la huella de carbono.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal de aquellos pacientes con ≥ 12 inhaladores de SABA entre junio 2023 y junio 2024 que residían en dos poblaciones rurales de nuestra área sanitaria en el marco de un proyecto piloto. Se obtuvieron los datos a través de la prescripción en Receta XXI.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (51,2% mujeres) con una media de edad de $55,3 \pm 15,2$ años. 36,6% eran fumadores activo y 17,1% exfumadores. Índice de Charlson medio de $2,4 \pm 1,9$ y el 14,6% eran polimedicados (>15 fármacos). Dispensación media de SABA de $15,4 \pm 7,6$ cartuchos en los últimos 12 meses. El 75,6% de estos prescritos por el médico de atención primaria, el 12,2% por Neumología e igual % por Alergología. Sólo 5 pacientes (12,2%) disponían de espirometría previa (todas realizadas en Neumología). Eosinofilia media de $238,9 \pm 169,7$ células/mcL ($n = 37$).

El 46,3% (19 pacientes) presentaba un diagnóstico de asma registrado, 2 de ellos contaban con estudio funcional y seguimiento por Neumología. De estos, el 100% tenían tratamiento con corticoides inhalados ($n = 1$ dosis baja, $n = 12$ dosis media, $n = 6$ dosis alta), 94,7% tenían un LABA añadido, y sólo el 26,3% tenían triple terapia. El 15,8% visitó Urgencias por exacerbaciones durante este periodo, aunque sin ingresos por causa respiratoria.

5 pacientes (12,2%) clasificados como EPOC, y 3 de ellos contaban con espirometría presentando un patrón obstructivo grave, el prescriptor del SABA era el neumólogo. Todos tenían tratamiento con LABA y 3 tenían triple terapia. Ninguno presentó exacerbación en urgencias ni ingresos por causa respiratoria.

Conclusiones: El análisis de las prescripciones de SABA permite identificar pacientes en riesgo de sobreuso y aplicar un programa específico para el estudio y ajuste de la medicación necesaria. La mayoría de los casos identificados de sobreuso de SABA eran pacientes

clasificados como asmáticos sin confirmación del diagnóstico ni tratamiento de mantenimiento adecuado. Consideramos que este tipo de análisis puede tener un gran impacto en el control clínico de estos pacientes, mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico y reducir el impacto medioambiental asociado.

ANÁLISIS DE INGRESOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SAE GRAVE EN 36 MESES

M. Dávila Cabanillas (1), L. Simón Alonso (1), C.P. Batres Erazo (1), F.D.L.R. Guzmán Ruiz (1), R. Rodríguez Villamor (1), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: El ingreso hospitalario por SAE grave es predictor de la calidad de vida, así como del número de exacerbaciones y mortalidad en los pacientes con EPOC. Este estudio incluye a pacientes EPOC agudizador en seguimiento durante un periodo de 3 años, con el objetivo de determinar el perfil clínico que presentan estos pacientes.

Metodología: Se realiza estudio de corte transversal en p. incluidos en la cohorte denominada "EPOC agudiza" que se constituyó hace 3 años tras una primera hospitalización por SAE grave. Se estudian variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, terapéuticas y pronósticas de pacientes ingresados por agudización grave en el periodo comprendido entre septiembre de 2023 a septiembre de 2024. Los resultados se almacenan en base de datos creada al efecto y se analizan mediante estudio estadístico con el programa R.

Resultados: Se incluyen un total de 23 p. (35% de la actual cohorte en seguimiento). Se observa un claro predominio de varones (85%) con una edad media de 69 años. Casi el 50% son fumadores activos y un 4% refiere no haber fumado nunca. La mayoría de estos p. (87%) son agudizadores no eosinofílicos (según clasificación de GesEPOC), el 100% son categoría E de la GOLD. Todos están tratados con triple terapia en un solo dispositivo y con un tratamiento correctamente ajustado a las guías de práctica clínica. Casi el 100% requiere oxigenoterapia domiciliaria. La exacerbación fue considerada de etiología infecciosa en más de la mitad de los casos, predominando la coinfección por virus influenza y neumococo en un 52% de los casos. Un aspecto a destacar en nuestro grupo es que el 81% de los p. no estaba vacunado frente a neumococo y un 40% refería no estarlo frente al virus de la gripe. En cuanto al tratamiento de soporte durante el ingreso, casi el 100% necesitó oxigenoterapia durante el ingreso, dos tercios requirieron VMNI y casi la mitad

precisó tratamiento por descompensación cardiaca.

Conclusiones: 1. Uno de cada tres pacientes incluidos en nuestra cohorte "EPOC agudiza" en seguimiento necesitó ingreso hospitalario por SAE grave. 2. El perfil clínico corresponde a un varón de 69 años, fumador activo, agudizador no eosinofílico, portador de oxígeno y en tratamiento con triple terapia en un solo dispositivo que no se ha vacunado frente a neumococo ni a virus influenza. 3. Predomina ligeramente la etiología infecciosa como diagnóstico de la exacerbación (coinfección gripe-neumococo).

MORTALIDAD HOSPITALARIA POR AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE SEGUIMIENTO A TRES AÑOS

C.P. Batres Erazo (1), Z.F. Donoso Correa (1), F.R. Guzmán Ruiz (1), L. Simón Alonso (1), G.J. Ayestas Moreno (2), J.A. Riesco Miranda (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cáceres, (2) Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Cáceres.

Introducción: La gravedad del síndrome de agudización de EPOC (SAE) está vinculada a un aumento del riesgo de mortalidad, tanto durante como después de un ingreso hospitalario, influido por diversos factores pronósticos. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la mortalidad y los factores asociados a la misma en pacientes (p.) hospitalizados por SAE grave.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo en una muestra de 93 p. de la cohorte denominada "EPOC AGUDIZA". Se analizó la mortalidad durante los ingresos por SAE a 3 años. Se incluyeron los p. fallecidos (EXITUS) tras un ingreso por SAE desde septiembre de 2021 a agosto del 2024 en planta de neumología y UCRI. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa R, incluyendo variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y se estimaron la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Se calculó el valor de p mediante chi cuadrado.

Resultados: Durante el seguimiento, la mortalidad intrahospitalaria acumulada en p. con SAE grave fue del 40% (37 de 93 p.). En el 1er año, fallecieron 7 de los 93 p. ingresados, lo que representó una mortalidad del 7,5%. En el 2do año, se registraron 18 exitus entre los 86 p. en seguimiento, alcanzando una mortalidad del 21%. En el 3er año, fallecieron 12 de los 68 p. restantes, con una mortalidad del 18%. Los exitus en mayor porcentaje fueron hombres (H), representando el 100% de los exitus

en 2024. Las edades promedio de los exitus variaron según el año: en 2022, 80 años en H y 73,5 años en mujeres (M); en 2023, 75,9 años en H y 69 años en M; y en 2024, 74,8 años. En relación al tabaquismo, la mayoría de exitus eran exfumadores de más de un año y se clasificaron predominantemente como agudizadores no eosinofílicos según GesEPOC. Se observó asociación entre mortalidad y edad avanzada, necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), descompensación cardíaca al ingreso, positividad para neumococo en la antigenuria y la ausencia de vacunación contra la gripe y COVID-19.

Conclusiones: 1.- La mortalidad acumulada a los 3 años durante los ingresos hospitalarios por SAE de una cohorte de p. EPOC se acerca al 50 %.

2.- El perfil del p. con mayor mortalidad en nuestra cohorte corresponde a un varón de edad avanzada (>75 años), exfumador, agudizador no eosinofílico, no vacunado y que presenta una agudización de predominio infecciosa (neumococo), con insuficiencia cardíaca que necesita VMNI.

DIFERENCIAS EL EN PERFIL DE PACIENTES REVISADOS EN CONSULTA DE EPOC A LO LARGO DE UN AÑO

M. Gandulfo Lara (1), S. González Gutiérrez (1), J. Domínguez Caro (1), A. Rodríguez Cabrera (1), M. Pérez Ortega (1), A. Ruiz Reina (1).

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

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más frecuentes de muerte en el mundo actual. Las exacerbaciones suponen un importante impacto negativo para la enfermedad, tanto por el descenso de la función pulmonar como por el incremento de mortalidad que suponen tras una primera exacerbación.

El objetivo fue estudiar las principales diferencias epidemiológicas, clínicas, y funcionales, en los pacientes revisados en consulta de EPOC en el periodo de 1 año.

Metodología: Se ha realizado un análisis descriptivo de tipo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EPOC en consulta del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en el periodo de 1 año. Se han analizado un total de 200 pacientes en base a sus características epidemiológicas, clínicas, funcionales y de tratamientos realizados.

Resultados: El sexo predominante fue masculino (82,9%) frente al femenino (17,1%). De ellos, el 69,2% eran exfumadores. Según la GOLD y GesEPOC, el 6% pertenecían a la categoría GOLD A, 43,5% GOLD B y 49,5% GOLD E mientras que el 13,5% eran clasificados

como pacientes de bajo riesgo y el 86,5% de alto riesgo respectivamente. De entre los pacientes de alto riesgo, se subcatalogaron el 37,8% como no agudizadores, 51,4% agudizadores no eosinofílicos y 10,8% agudizadores eosinofílicos. En cuanto a la clase funcional (escala mMRC), el 19,6% de los pacientes presentó una clase funcional grado 1, el 30,7% grado 2, el 27,1% grado 3 y el 22,6% grado 4. Respecto al número de exacerbaciones durante el año 2023, el 13,1% más de 1 exacerbaciones (es decir, dos moderadas o una grave). La tasa de vacunación fue mayor al 80% (gripe, covid, prevenir 13 y pneumo 23). En relación al tratamiento, el 49,2% de los pacientes estaban en tratamiento con triple terapia cerrada, 20,6% triple terapia abierta y 27,1% doble broncodilatación. Funcionalmente, el 42,2% presentó una caída menor a 50 ml del FEV1 respecto al año previo, el 40,6% una caída entre 50 – 150 ml y 16,1% una caída mayor a 150 ml.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con indicación de triple terapia están con un único dispositivo en concordancia con las recomendaciones de la guía GOLD. Más del 80% de todos los pacientes están correctamente vacunados con respecto a las recomendaciones de tratamiento no farmacológico de la guía GOLD. Es necesario un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de la población y promover tanto la actividad física y la rehabilitación respiratoria en nuestros pacientes por los beneficios clínicos demostrados.

EPOC Y BRONQUIECTASIAS

C. Amezcua Sánchez (1), C. Sanchez Villar (1), M.G. Hurtado Gañán (1), T. García Herrero (1), R. Ayerbe García (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye una patología respiratoria bronquial crónica muy prevalente. Son frecuentes las infecciones bronquiales de crónicas (IBC) y la coexistencia de bronquiectasias (BQ).

Objetivo: pretendemos describir las principales características clínicas del solapamiento EPOC-BQ.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EPOC y BQ que mantienen seguimiento en la consulta monográfica de EPOC del Hospital Universitario Virgen de Macarena de Sevilla de Enero de 2018 a Abril de 2024. Se definió el fenotipo solapamiento BQ-EPOC, como aquellos pacientes con diagnóstico de EPOC con BQs asociadas en ausencia de otra etiología compatible.

Resultados: Se trata de una muestra de 54 pacientes (79,6% varones) con una edad media de $74,60 \pm 8,34$ años, el 87% son exfumadores.

En cuanto a su enfermedad de base la mayoría de ellos se encontraban en un estadio avanzado según la GOLD 2024 (grupo 3, 42,6%) y, eran exacerbadores (51,9%). La media de agudizaciones anuales tratadas de manera ambulatoria fue de 1,16 algo superior a la media de las tratadas mediante ingreso hospitalario, 0,84.

Según la escala EFACED la mayoría presentaba una enfermedad moderada a grave, 23 pacientes presentaban un perfil eosinofílico (42,6%). Un total de 13 pacientes (24,1%) presentaron IBC y, el microorganismo más aislado fue la *Pseudomonas aeruginosa* en 11 de ellos (20,4%). Cabe destacar que, en la última revisión, un 74,1% de los pacientes había negativizado el cultivo de esputo.

En cuanto al tratamiento 37 pacientes (68,5) realizaban triple terapia (LAMA+LABA+CI), 7 Hyaneb (13%), 24 Azitromicina (24%), 13 antibióticos inhalados (24,1%) y el mismo número rehabilitación respiratoria.

El resto de variables se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: 1. El fenotipo de pacientes con BQ-EPOC se asocia con pronóstico grave requiriendo un manejo precoz y personalizado debido a su elevada morbilidad y mortalidad. 2. Las IBC son frecuentes con *Pseudomonas aeruginosa* como patógeno predominante, la negativización del esputo en la última consulta sugiere un control adecuado de las infecciones en la mayoría de los casos.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

DÉFICIT DEL ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

O. Ruiz Rodríguez (1), M.R. Ruiz-Serrano De La Espada (2), M. Ruiz Castellano (1), P.F. García Tamayo (2).

(1) Consultas de Neumología, función pulmonar, Hospital de Alta Resolución de Loja, Granada, (2) Consulta FQ, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es una condición genética que puede predisponer a las enfermedades pulmonares, como la bronquiectasia. La etiología de esta patología respiratoria puede ser debida a infecciones recurrentes, obstrucción de las vías respiratorias, enfermedad autoinmune o en algunos casos factores genéticos como el DAAT. En estudios previos se ha determinado que sólo el 0,6 % de pacientes con bronquiectasia (BQ) tienen DAAT. Los objetivos de este estudio fueron: - Analizar la incidencia del DAAT en

los pacientes con diagnóstico de bronquiectasia en la consulta de la unidad de BQ del Hospital Virgen del Rocío.

Metodología: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de BQ, que acuden a consultas externas de respiratorio del Hospital Virgen del Rocío. Analizaremos la incidencia del DAAT de las distintas variables alélicas. El periodo de inclusión comprendió desde enero 2021 a noviembre de 2023. Utilizamos la base de datos de la consulta externa de Neumología de pacientes diagnosticados con BQ, ya sea primaria o asociada a otro tipo de patologías respiratorias.

Resultados: Analizamos un total N=504 pacientes, 173 hombres y 331 mujeres con una media de edad de 60,3 años. 1. 207 pacientes del total de la muestra tienen diagnóstico de bronquiectasia idiopática. 2. 290 pacientes del total de la muestra tienen diagnóstico de bronquiectasia asociada a otras patologías (postinfección, fibrosis quística, inmunodeficiencias, enfermedad obstructiva crónica EPOC, asma). 3. 7 otras patologías (enfermedades sistémicas, discinesia ciliar).

En un total de 89 pacientes se le realizaron determinación de alfa 1 antitripsina de ellos 18 (20%) se le detectó un DAAT.

Conclusiones: Es esencial la determinación del alfa 1 antitripsina en pacientes con bronquiectasia con el fin de poder realizar un mejor enfoque terapéutico.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y MOTIVOS DE RETIRADA DE TEZEPELUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)

D.C. Echavarría Kashmiri (1), B. Muñoz Sánchez (1), A. León Lloreda (1), M. Polonio González (1), J.F. Medina Gallardo (1), M. Ferrer Galván (1), M.A. Romero Falcón (1), M.V. Maestre Sánchez (1), F.J. Álvarez Gutiérrez (1).

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

Opta a Beca.

Introducción: Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), se ha consolidado como una opción terapéutica para el AGNC. Ensayos clínicos han demostrado su eficacia al reducir exacerbaciones, mejorar función pulmonar y el control de síntomas. Sin embargo, la evidencia en la práctica habitual sigue siendo limitada. Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de tezepelumab en pacientes con AGNC en práctica clínica habitual y analizar los motivos de retirada del tratamiento.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes tratados con tezepelumab desde octubre de 2023 hasta noviembre de 2024 en la

Unidad de Asma de nuestro centro. En la visita basal se recopilaban datos clínicos, funcionales e inflamatorios. Tras 6 - 12 meses, se evaluaron nuevamente estas variables y la efectividad según la escala EXACTO bajo intención de tratar. Se registraron los motivos de retirada del tratamiento en los casos correspondientes. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS v.17, utilizando pruebas descriptivas (medias, desviación estándar y frecuencias) y análisis bivariantes (chi-cuadrado y t-student) para explorar las diferencias en los pacientes con respuesta buena+completa.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, con edad media de 56,96 (13,27), siendo un 57,4% mujeres, con una media de seguimiento de 7,46 meses (3,54). El tratamiento fue retirado en 10 pacientes (18,5%), siendo los motivos más frecuentes la no respuesta y efectos secundarios (Tabla 1). Dos de ellos fueron retirados por otras causas (neumonía grave y un éxitus por shock hemorrágico). En 41 pacientes se evaluó la efectividad mediante el índice EXACTO, observándose un 9,8% sin respuesta, un 53,7% con respuesta parcial y un 36,5% con respuesta buena+completa. En el análisis bivalente, se asoció a una respuesta buena+completa la ausencia de rinitis ($p = 0,026$), ser naïve ($p = 0,008$), mayor edad ($p = 0,012$), edad tardía de inicio del asma ($p = 0,011$) y mayor eosinofilia en la visita basal ($p = 0,035$), sin ser significativa una mayor eosinofilia histórica.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento con tezepelumab fue retirado en el 18,5% de los casos, principalmente por falta de respuesta o efectos adversos. Un 36,5% de los pacientes mostró una respuesta buena+completa, asociada significativamente con la ausencia de rinitis, ausencia de tratamientos monoclonales previos, mayor edad, inicio tardío del asma y eosinofilia elevada al inicio del tratamiento.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

IMPACTO DEL INSOMNIO, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL CONTROL DEL ASMA. ESTUDIO SOMNASMA

M.P. Lobato De La Sierra (1), D. Del Castillo Otero (1), A. Arnedillo Muñoz (2), A. Badillo Melgar (3), J.G. Soto Campos (4).

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

Opta a premio mejor comunicación.

Introducción: Los trastornos del sueño y la mala calidad del sueño son comunes entre los pacientes con asma y se asocian con mala calidad de vida, sin embargo, se sabe poco acerca de cómo estos pueden afectar al mismo. Por ello el objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de insomnio en pacientes asmáticos de la provincia de Cádiz y evaluar la relación entre el insomnio y el control del asma.

Metodología: Se ha realizado un estudio observacional transversal sobre una muestra de pacientes adultos con asma atendidos en consultas de Neumología de 4 hospitales de la provincia de Cádiz entre octubre de 2023 y noviembre de 2024.

Se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidades, antecedentes de trastornos emocionales y tratamiento con psicofármacos, datos clínicos sobre gravedad y control de asma (ACT, agudizaciones, ingresos previos), biomarcadores, función pulmonar (espirometría) y tratamiento del asma. El insomnio se evaluó mediante la versión en castellano del Insomnia Severity Index (ISI). También se exploraron síntomas de ansiedad y depresión usando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Resultados: De los 314 pacientes, 217 (69,1%) eran mujeres, la edad media oscilaba en 53,6 años. 194 (61,7%) de los pacientes presentan insomnio, con tratamiento para el mismo únicamente en 73 (39,6%) de ellos. En esta población se objetivó una diferencia estadísticamente significativa en presencia de comorbilidades (40,1%), así como un número mayor de agudizaciones (1,36) y menor media en el ACT (15,01) con respecto al grupo sin insomnio (20,3%, 0,98 y 20,3, con $p < 0,04$, $< 0,001$ y $< 0,001$ respectivamente, [figura 1](#)).

Por otra parte, 192 pacientes (61,1%) obtuvieron un puntaje > 10 en el cuestionario HAD y solo 69 (35,9%) de ellos tenían diagnóstico de trastorno depresivo o ansiedad previos, así como únicamente tomaban medicación 80 (41%). Hemos analizado también la media de ACT (15,57), agudizaciones (1,35) y comorbilidades (59%), objetivándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo que obtuvo una puntuación < 10 en el cuestionario HAD ($p < ,001$; $< 0,012$ y $< 0,01$ respectivamente).

Conclusiones: 1.-Podemos observar que los asmáticos con insomnio presentan un peor control de su enfermedad, mayor número de agudizaciones y comorbilidades con respecto al grupo sin insomnio. 2.- Nos llama la atención el número de pacientes con resultados de cuestionario HAD compatible con ansiedad y/o depresión que no tiene diagnóstico ni tratamiento para las mismas.

RELACIÓN ENTRE LAS ALTERACIONES DE LA ESPIROMETRÍA EN SUJETOS SANOS Y EL CUESTIONARIO ECRHS DE ASMA BRONQUIAL. UN ANÁLISIS DE LA COHORTE DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

G.M. Peláez Campos (1), M. Raya Porres (1), N. Katarzyna Olechowska (1), A. Gallardo Marchal (1), I.M. Alcázar Martínez (1), A. Reinoso Espín (1), S. Clares Mena (2) -, M.A. Enamorado Varela (3), B. Alcázar Navarrete (1).

(1) Departamento de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Granada, (2) Medicina Interna, Hospital Campus de la Salud. Granada, (3) Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Campus de la Salud. Granada.

Introducción: La función pulmonar alcanza su máximo desarrollo en torno a la tercera década de la vida. Las alteraciones en la espirometría pueden detectarse precozmente en población general. El objetivo de este estudio era comprobar la prevalencia de espirometría anómala en una cohorte de sujetos sanos y su asociación con síntomas respiratorios.

Metodología: Estudio observacional prospectivo realizado en una cohorte de sujetos sanos estudiantes de la facultad de Medicina de la UGR. De cada participante se obtuvieron datos demográficos, clínicos y funcionales, con una espirometría forzada al menos cada 6 meses. Analizamos la prevalencia de PRISM, FEV1 <-1,96z, FVC <-1,96 z en visita basal y su relación con el cuestionario de saludrespiratoria de la Comunidad Europea (ECRHS). Los resultados se analizaron con Jamovi, considerando estadísticamente significativo un p-valor <0,05.

Resultados: La cohorte está formada por 389 sujetos sanos con espirometría válida y cuestionario ECHRS. La edad media es de 19,5 años ($\pm 2,2$), un 10,6% son fumadores activos, y 262 (61,8%) son mujeres. La prevalencia de asma bronquial según el cuestionario ECHRS era de 1,8% de los participantes. En la visita basal encontramos 56 participantes (14,1% del total) con patrón PRISM, 37 (8,7% del total) con FEV1 <-1,96z y 39 (9,2%) con FVC <-1,96z. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes con diagnóstico de asma según el cuestionario ECHRS y el patrón anormal de la espirometría.

Conclusiones: Un 14,1% de los participantes de esta cohorte tienen patrón PRISM, un 8,7% presentan un FEV1 <-1,96z y un 9,2% una FVC <-1,96z. Los participantes con espirometría anormal no difieren en los datos del cuestionario ECHRS con respecto a los que tienen espirometría normal.

EFICACIA DE TEZEPELUMAB EN LA REDUCCIÓN DE AGUDIZACIONES ASMÁTICAS: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO EN PACIENTES NAÏVE Y NO NAÏVE

M. Martos Maldonado (1), S. Jiménez García (1), D. Molina Cabrerizo (2), F. Casas Maldonado (3), B. Navas Bueno (1), D. Fole Vázquez (1).

(1) Neumología, Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería, (2) Neumología, Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Granada, (3) Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Opta a beca

Introducción: Las agudizaciones asmáticas representan un desafío en el manejo de pacientes con asma grave no controlado (AGNC), siendo el estado previo de tratamiento (naïve o no naïve) un posible factor determinante en la respuesta a tratamiento biológico. Los pacientes naïve, que no han recibido tratamiento biológico previamente, podrían responder de manera diferente en comparación con aquellos que sí han sido tratados previamente.

Evaluar la eficacia clínica e incidencia de agudizaciones asmáticas en pacientes naïve y no naïve tras seis meses de tratamiento con Tezepelumab.

Metodología: Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes con AGNC según hayan recibido tratamiento biológico previamente o no al inicio de tezepelumab (no Naïve y Naïve). Se analizaron variables demográficas, función pulmonar, agudizaciones asmáticas y uso de corticoides orales en los seis meses previos y posteriores al inicio del tratamiento. Se utilizó el test de Wilcoxon para evaluar la significación estadística.

Resultados: 44 pacientes (65 % mujeres y 35 % hombres), con una edad media de $56,7 \pm 13,9$ años. Respecto al hábito tabáquico, el 4,5 % eran exfumadores y el 22,7 % fumadores, con un ICAT promedio de $19,5 \pm 12,8$ paquetes/año. Los fenotipos de AGNC se clasificaron en naïve (59,1%) y no naïve (40,9%). Los datos sobre comorbilidades, función pulmonar y biomarcadores se presentan en la [Tabla 1](#). En los seis meses previos al inicio de Tezepelumab, el número medio de exacerbaciones en los pacientes naïve fue de $1,73 \pm 1,61$, y tras seis meses de tratamiento esta cifra disminuyó a $0,23 \pm 0,71$ ($p < 0,01$), representando una reducción del 88,23 %. En cuanto al uso de ciclos de corticoides, el promedio en los seis meses previos al tratamiento fue de $1,80 \pm 1,72$; tras seis meses, descendió a $0,23 \pm 0,71$, reflejando una reducción del 88,67 %.

En los pacientes no naïve, el número medio de exacerbaciones pasó de $0,88 \pm 1,23$ a $0,55 \pm 0,92$ tras seis meses, lo que corresponde a una reducción de 38

% ($p = 0,167$). En cuanto al uso de ciclos de corticoides, el promedio en los seis meses previos al tratamiento fue de $0,88 \pm 1,23$; tras seis meses, descendió a $0,55 \pm 0,92$, reflejando una reducción del 38,45 %.

Conclusiones: Tezepelumab reduce significativamente las agudizaciones asmáticas y el uso de esteroides en pacientes naïve (>80%). En no naïve, su eficacia es menor (<40%) y no estadísticamente significativa, destacando su mayor utilidad en pacientes sin tratamiento previo.

IMPACTO DE TEZPELUMAB EN LA DISMINUCIÓN DE EXACERBACIONES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO T2 BAJO

M. Martos Maldonado (1), J.D.M. Sánchez Álvarez (1), D. Molina Cabrerizo (2), L.F. Cassini Gómez (3), B. Navas Bueno (1), D. Fole Vázquez (1).

(1) Neumología, Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería, (2) Neumología, Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Granada, (3) Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El asma grave no controlado (AGNC) afecta al 4% de los pacientes con asma grave y representa un reto terapéutico, especialmente en el subgrupo de pacientes con inflamación tipo 2 bajo. Este fenotipo se caracteriza por una respuesta inflamatoria no mediada predominantemente por la inflamación de tipo 2, la cual está asociada con las células Th2, eosinófilos, IL-4, IL-5 e IL-13. Este tipo de asma presenta características diferentes y no responde tan bien a los tratamientos biológicos dirigidos contra estas vías inflamatorias.

Evaluar la eficacia de Tezepelumab tras seis meses de tratamiento en la reducción de agudizaciones asmáticas en pacientes con fenotipo inflamatorio T2 bajo frente a T2.

Metodología: Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes con AGNC. Se analizó la eficacia clínica de Tezepelumab tras seis meses de tratamiento, independientemente del tratamiento habitual para AGNC. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, función pulmonar, exacerbaciones y uso de corticoides orales. Se utilizó el test de Wilcoxon para evaluar la significación estadística de los resultados.

Resultados: Cohorte de 44 pacientes (65% mujeres, 35% hombres), con una edad media de $56,7 \pm 13,9$. En cuanto a hábito tabáquico, 4,5 % exfumadores y 22,7% fumadores, con ICAT medio de $19,5 \pm 12,8$ paq/año. Se clasificaron los fenotipos de AGNC como T2 bajo (34,1%) y T2 (65,9%). Las comorbilidades, función pulmonar y biomarcadores quedan recogidos en la [tabla 1](#). En los seis meses previo al inicio de Tezepelumab, el número medio de exacerbaciones para los pacientes con asma T2

bajo fue $2,13 \pm 1,59$; tras seis meses de tratamiento, esta cifra descendió a $0,4 \pm 0,91$ ($p < 0,01$), lo que representa una reducción del 81%. Mientras que en los pacientes con asma T2 fue $1 \pm 1,33$ y tras seis meses bajo a $0,41 \pm 0,82$, con una reducción del 58,62% ($p = 0,021$). El número medio de ciclos de corticoides en los seis meses previos fue de $1,43 \pm 1,59$; tras seis meses de tratamiento la media descendió a $0,36 \pm 0,81$, lo que representa una reducción del 75%.

Conclusiones: 1. La eficacia de Tezepelumab se observó independientemente del fenotipo inflamatorio del AGNC. 2. En pacientes con fenotipo T2 bajo, el tratamiento con Tezepelumab logró una reducción significativa del 81% en el número de agudizaciones asmáticas tras seis meses de tratamiento. 3. En pacientes con fenotipo T2, se observó una reducción significativa de las agudizaciones asmáticas del 58,62%.

PLICATURA DIAFRAGMÁTICA CON SUTURA BARBADA POR VATS

C. Carrera Rivero (1), S. Rodríguez Gutiérrez (1), R. López Cano (1), A. Triviño Ramírez (1), F. Cózar Bernal (1), M. López Porras (1), J.C. Girón Arjona (1), P. Carmona Soto (1), J. González Fernández (1), R. Jiménez Merchán (1).

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

Opta a Premio video de Cirugía Torácica

Introducción: La parálisis diafragmática puede manifestarse como parálisis unilateral o bilateral, con implicaciones clínicas que varían desde disnea leve en reposo hasta insuficiencia respiratoria severa dependiendo de la extensión del compromiso y las comorbilidades del paciente. En este caso se realizó una plicatura diafragmática izquierda para aliviar la sintomatología del paciente.

Metodología: Se muestra una plicatura diafragmática con sutura barbada por VATS realizada a un paciente con parálisis diafragmática izquierda en formato video.

Resultados: Paciente de 45 años sin alergias medicamentosas con antecedente de enfermedad tromboembólica venosa asociado a déficit de proteína C y anticoagulante lúpico positivo, anticoagulado de forma indefinida.

El paciente presentó un episodio aislado de hemoptisis y por este motivo se realizó una radiografía en la que de forma casual se objetivó una parálisis diafragmática izquierda. Clínicamente presentaba disnea de moderados esfuerzos, episodios de opresión centrotorácica e intolerancia al ejercicio. Dada la sintomatología limitante para desarrollar su actividad cotidiana se optó por tratamiento quirúrgico. Previo a esto, se realizó una

infiltración de toxina botulínica con la finalidad de evitar un síndrome compartimental abdominal tras la reintroducción: del contenido visceral en el abdomen.

El abordaje se realizó mediante videotoracoscopia y a través de tres puertos con insuflación de CO₂. Durante la cirugía se procedió a liberación de adherencias para exponer toda la superficie diafragmática. Se realizaron varios pliegues con endograpadoras Gia sin sección en el hemidiafragma izquierdo sobre la que se realizó una plicatura hemidiafragmática izquierda con una sutura continua barbada del 1.

Se consiguió una corrección exitosa de la parálisis siendo dado de alta a las 48 horas sin complicaciones perioperatorias.

Conclusiones: La plicatura diafragmática realizada mediante videotoracoscopia demostró ser un tratamiento eficaz y seguro, logrando corregir satisfactoriamente la disfunción diafragmática. El procedimiento, complementado con la infiltración de toxina botulínica para prevenir el síndrome compartimental abdominal, permitió una recuperación postoperatoria rápida y sin complicaciones, mejorando significativamente la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

LOBECTOMÍA SUPERIOR DERECHA CON SLEEVE BRONQUIAL ASISTIDA POR ROBOT

M. Rusca Giménez (1), D.F. Tavera Arce (1), J. Gómez Tabales (1), C. López García (1), D. Espinosa Jiménez (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Opta a Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Describir un caso de lobectomía superior derecha con broncoplastia robótica por tumor carcinóide del bronquio lobar superior derecho.

La lobectomía con resección bronquial en manguito se considera el tratamiento de elección en pacientes con lesiones endobronquiales ya que permite preservar la función pulmonar y evita resecciones mayores. Sin embargo, la complejidad técnica de la anastomosis bronquial ha limitado su adopción en procedimientos mínimamente invasivos. La cirugía robótica (RATS) ha demostrado ventajas significativas sobre la videotoracoscopia (VATS) como una mayor precisión, mejor control instrumental y visualización en 3D, factores que pueden facilitar la resección y anastomosis bronquial en este tipo de procedimientos.

Metodología: Presentamos el caso de una mujer de 29 años que, a raíz de un cuadro clínico de neumonía

en LSD sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico, fue diagnosticada de una lesión endobronquial en la entrada del LSD compatible con tumor carcinóide que provocaba atelectasia completa del LSD secundaria. No se observaban adenopatías destacables en las pruebas de imagen y el EBUS fue negativo. Por ello, se planteó la realización de una lobectomía superior derecha en manguito con anastomosis entre bronquio intermediario (BI) y bronquio principal derecho (BPD).

Con un abordaje robótico de 5 puertos, se realizó una lobectomía superior derecha reglada con broncotomía manual a nivel del BPD y del BI. Una vez extraída la pieza, se realizó la anastomosis termino-terminal del BI con el BPD con puntos continuos de sutura barbada reabsorbible 4 - 0. Previo al cierre quirúrgico, se comprobó la estanqueidad de la anastomosis, sin evidencia de fuga aérea y con adecuada ventilación del LM y del LID.

Resultados: La duración total del procedimiento fue de 106 minutos, con una evolución postoperatoria favorable. La paciente fue dada de alta sin drenaje pleural a las 72 horas después de la cirugía con adecuado control del dolor y radiografía postoperatoria normal. El estudio de anatomía patológica intra y postoperatoria mostró márgenes quirúrgicos libres de tumor, confirmando el diagnóstico de tumor carcinóide típico de 3cm sin afectación ganglionar.

Conclusiones: Las resecciones y reconstrucciones robóticas son un enfoque quirúrgico factible, seguro y efectivo, promoviendo una cirugía mínimamente invasiva. La visualización en 3D y la precisión de la instrumentación robótica facilitan la anastomosis bronquial, disminuyendo el tiempo de recuperación y las complicaciones postoperatorias.

RECONSTRUCCIÓN DE ÚLCERA POR RADIONECRISIS CON PRÓTESIS EN 3D E INJERTO CUTÁNEO

C.F. Giraldo Ospina (1), C. García Bautista (1), M. García Galindo (1), R. Mongil Poce (1), M. Serrano Criado (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica.

Introducción: Caso clínico de paciente con radionecrosis tras mastectomía por cáncer de mama y radioterapia en la que se realiza una reconstrucción con prótesis en 3D y cobertura con injerto cutáneo.

Metodología: Mostramos la técnica quirúrgica de un caso complejo de cirugía de reconstrucción realizado en nuestro hospital en conjunto con el servicio de cirugía plástica.

Se trata de una paciente de 55 años intervenida de

mastectomía radical y posterior tratamiento radioterápico por cáncer de mama en estadio IV con respuesta completa pero con presencia de úlcera tras radioterapia.

Es derivada a nuestro servicio por aparición de úlcera crónificada por radionecrosis de gran tamaño (20x10 cm) a nivel de la cara anterior del hemitórax izquierdo, con exposición ósea de 4 - 6 arcos costales.

Se realiza la cirugía mediante incisión circunferencial perilesional conservando tejido vitalizado, con resección en bloque de arcos costales, se implanta una malla biológica de 10x15 cm y se procede a colocación de prótesis esterno costal 3 - 4 - 5 arcos, fijada a nivel esternal con 4 tornillos bloqueados 5,0 mm. En su porción costal se fijan los arcos con sistema de fijación por cable.

Posteriormente se procede a la reconstrucción por parte de cirugía plástica, con realización de colgajo de músculo dorsal ancho e injerto de piel (procedente de cara anterior de pierna izquierda) parcial mallado 3:1 sobre vientre muscular de colgajo dorsal ancho.

Resultados: La paciente se recupera favorablemente, con realización de curas diarias en planta y posteriormente es dada de alta en su 11 día postoperatorio con realización de curas a nivel ambulatorio.

El resultado de anatomía patológica fue de úlcera crónica, fibrosis y cambios musculares degenerativos post-tratamiento.

Tras 6 meses de la cirugía se encuentra con movilidad completa y mejoría significativa sin complicaciones.

Conclusiones: Una buena planificación quirúrgica, utilización de las técnicas de estudio en 3D y la colocación de una prótesis de titanio junto con una reconstrucción con ayuda de cirugía plástica ha permitido solucionar un gran defecto en una paciente con úlcera crónica tras radionecrosis.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

EXTRACCIÓN DE VIDRIO INTRAPULMONAR TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO

A. Gañán Boscá (1), C. García Bautista (2), C. Giraldo Ospina (2), M. García Galindo (2), R. Arrabal Sánchez (2).

(1) Cirugía Torácica, Hospital San Pedro, La Rioja, (2) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

un traumatismo torácico penetrante observando partes del componente del vidrio a nivel de herida torácica.

Tras estabilización inicial se realiza TAC torácico evidenciando parte del vidrio con recorrido intrapulmonar, además de fragmentos a nivel de pared torácica.

No sangrados activos ni estructuras vasculares de gran calibre lesionadas.

Se procede a intervención quirúrgica urgente con anestesia general e IOT selectiva mediante VATS biportal derecha.

Se logra una correcta exposición del vidrio intrapulmonar y se procede a su retirada. Posteriormente se realiza lavado a nivel de herida parenquimatosa para retirar coágulos y tras observar ausencia de sangrado a dicho nivel se realiza sutura con monofilamento reabsorbible 3/0.

Se explora trayecto de herida a nivel de pared torácica retirando otros dos cuerpos extraños y se comprueba correcta hemostasia previamente a cierre de trayecto de herida por planos.

Se coloca material hemostático a nivel de sutura pulmonar y se procede a colocación de drenaje y cierre por planos.

Conclusiones: La principal causa de reingreso en nuestra unidad siguen siendo las agudizaciones de EPOC. La presencia de pluripatología y problemática social contribuyen a los reingresos. Se ha objetivado una disminución del número de reingresos. Sería conveniente cambiar la definición de reingreso

Resultados: Tras intervención el paciente pasa a área de reanimación y tras correcta monitorización es alta a planta esa misma tarde. Se retira drenaje endotorácico en el segundo día postoperatorio previa comprobación de ausencia de fuga aérea y es dado de alta con correcto control radiológico en su tercer día postoperatorio.

Conclusiones: Las heridas penetrantes torácicas con cuerpo extraño intrapulmonar corresponden a una entidad poco frecuente en nuestro medio. Es importante en las mismas descartar inicialmente presencia de lesiones que impliquen un riesgo vital y posteriormente retirar completamente todos aquellos componentes parciales que puedan encontrarse a lo largo del trayecto, al igual que la reparación de lesiones producidas y una correcta limpieza y profilaxis antibiótica.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

Introducción: Presentar el manejo urgente ante un cuerpo extraño intrapulmonar tras traumatismo torácico penetrante.

Metodología: Exponemos el caso de un varón que tras rotura accidental de lámpara en domicilio presenta

RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL POR ESTENOSIS SUBGLÓTICA IDIOPÁTICA

B. De Las Heras Marqués (1), A.M. Gómez Gago (1), P. García Jiménez (1), A. Evora López (1), A. Saavedra Beamuz (1), M.J. Moyano Rodríguez (1), F. Hernández Escobar (1), C. Bayarri Lara (1), I. Piedra Fernández (1), F. Quero Valenzuela (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: La estenosis subglótica es un estrechamiento de la luz laríngea a nivel del cartílago cricoides en la vía aérea superior. Etiológicamente se divide en dos grupos principales: primaria o idiopática y secundaria o traumática. La estenosis subglótica idiopática es una entidad poco frecuente, más prevalente en mujeres jóvenes, que se presenta habitualmente con disnea y estridor. El tratamiento inicial consiste en la dilatación localizada mediante balón o láser. En los casos en los que el tratamiento endobronquial es ineficaz, se plantea resección cricotraqueal quirúrgica.

Se presenta en vídeo el caso de una paciente con estenosis subglótica idiopática recidivada, tratada en la unidad mediante resección cricotraqueal.

Metodología: Mujer de 58 años, exfumadora, sin antecedentes de interés ni historia de manipulación de vía aérea previa. Presenta disnea de esfuerzo progresiva de un año de evolución y estridor inspiratorio en los últimos meses, que comprometen su calidad de vida. En pruebas de imagen se identifica estenosis subglótica de 17 mm de extensión craneocaudal y un diámetro mínimo en plano axial de 9,5 x 8 mm. Endoscópicamente, se corrobora estenosis compleja en zona de transición crico-traqueal, a 1 cm aproximadamente de cuerdas vocales. Fue sometida en tres ocasiones a dilatación endotraqueal con láser y balón, con recidiva posterior, por lo que se decidió llevar a cabo tratamiento quirúrgico.

Se intervino realizándose resección cricotraqueal de 2 cm de extensión y anastomosis mediante técnica de Grillo modificada. El posoperatorio transcurrió sin incidencias.

Se realiza broncoscopia de control tres meses después de la intervención. La paciente presenta calibre traqueal prácticamente normal y se mantiene asintomática desde el punto de vista respiratorio.

Resultados: [Vídeo de Cirugía Torácica](#)

Conclusiones: 1. La estenosis subglótica idiopática es una entidad rara y de gravedad. 2. El tratamiento de elección inicialmente es la dilatación endobronquial. 3. El tratamiento quirúrgico es efectivo en casos de recidiva tras dilatación endobronquial. 4. Se registró la ocurrencia de complicaciones intrahospitalarias, incluyendo

muerte, necesidad de cuidados intensivos médicos y oxigenoterapia al ingreso.

LOBECTOMÍA SUPERIOR DERECHA CON RESECCIÓN DE 3º-4º-5º ARCO COSTAL Y LINFADENECTOMÍA EN PACIENTE CON INMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE. ABORDAJE HÍBRIDO

M. García Galindo (1), R. Mongil Poce (1), C. García Bautista (1), M. Serrano Criado (1), A.F. Paz Gaviria (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Mostrar un caso de carcinoma escamoso estadio IIIA tratado con quimioterapia e inmunoterapia neoadyuvante con buena respuesta y posterior cirugía.

Metodología: Paciente de 73 años hipertenso, con antecedente de cardiopatía isquémica revascularizada en 2017 que acude a urgencias en abril de 2024 por esputos hemoptoicos y dolor torácico. Se le realiza un TC de tórax que objetiva una masa pulmonar en lóbulo superior derecho que infiltra pared torácica. Es diagnosticado mediante BAG de carcinoma escamoso PDL1+ y se descarta mediante PET afectación ganglionar y lesiones a distancia (T3N0M0, Estadio IIIA). Se presenta en comité de tumores y se decide quimioterapia e inmunoterapia neoadyuvante y posterior cirugía.

El paciente recibe tres ciclos de carboplatino + paclitaxel + nivolumab. Tras buena respuesta, se plantea una lobectomía superior derecha con resección de pared torácica y linfadenectomía. Se realiza una lobectomía superior derecha reglada por videotoracoscopia biportal y una toracotomía posterior para la resección del 3º, 4º y 5º arco costal. La pared torácica es reconstruida con malla biológica. Se deja drenaje intratorácico y un drenaje suprayacente a la prótesis. La cirugía transcurre sin incidencias.

Resultados: El paciente tiene una buena evolución postoperatoria, con una fuga área autolimitada que cesa en 72 horas. Se retira el drenaje Blake al tercer día postoperatorio y el drenaje pleural al 5º día postoperatorio. El paciente fue dado de alta al 6º día postoperatorio. El resultado de anatomía patológica fue ausencia de neoplasia (T0 N0 M0. Estadio 0).

Conclusiones: El uso de inmunoterapia neoadyuvante concomitante con quimioterapia en tumores que expresan PDL1 + puede favorecer la remisión del tumor y permiten realizar tratamientos radicales del cáncer de pulmón en estadios localmente avanzados.

• **Enlace para descargar el vídeo:** [Descargar video](#)

PARAGANGLIOMA EN MEDIASTINO MEDIO: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

P. Bravo Carmona (1), C. Guerrero Martín (1), R. Mongil Poce (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Quironsalud Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos infrecuentes, siendo excepcional su localización en mediastino. El diagnóstico requiere de una alta sospecha radiológica, y su tratamiento es quirúrgico.

Metodología: Presentamos un caso clínico de un paraganglioma en mediastino medio no funcional, y cómo se llevó a cabo la resección completa del tumor mediante abordaje por esternotomía media transpericárdica.

Resultados: Mujer de 66 años en estudio por infecciones respiratorias recurrentes, se detecta en tomografía computarizada (TAC) una tumoración nodular en mediastino medio de 3 cm, hipervascularizada y con intensa captación de contraste. El PET (tomografía de emisión de positrones) revelaba moderado hipermetabolismo, siendo compatible con neoformación de baja tasa metabólica. Fue inicialmente estudiada en otro centro, decidiéndose biopsia mediante ecobroncoscopia sin diagnóstico, y videotoracoscopía izquierda sin acceder a la tumoración por dicho abordaje.

A nuestra valoración, decidimos completar estudio ante la sospecha radiológica por TAC de paraganglioma, mediante gammagrafía con MIBG I131 (yodo-131-metayodobenzilguanidina), siendo esta prueba compatible con paraganglioma mediastínico de única localización. El estudio de catecolaminas en orina 24 horas fue normal.

El acceso a la tumoración en mediastino medio para su resección completa era un reto, cuyos límites del tumor eran: anteriormente el cayado aórtico, lateralmente el tronco y arteria pulmonar principal derecha e izquierda, y posteriormente la carina bronquial principal y el esófago.

Decidimos abordaje por esternotomía media vía transpericárdica para un mejor control de las estructuras vasculares, con disección y control de la aorta y arteria pulmonar, consiguiendo la resección completa de la tumoración sin complicaciones quirúrgicas intraoperatorias. Fue necesario la disección, sutura y sección de 3 ramas arteriales dependientes de la aorta, y del remanente del ductus arterioso.

La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio sin complicaciones.

La anatomía patológica determinó el diagnóstico definitivo de paraganglioma, tamaño 3,8 cm, márgenes quirúrgicos no afectados y adenopatía subcarinal con ausencia de metástasis.

Conclusiones: El paraganglioma en mediastino medio dada su localización de difícil acceso, las estructuras nobles adyacentes y su gran vascularización, supone un desafío para los cirujanos. Decidir el abordaje quirúrgico, es clave para el éxito del tratamiento.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN TERATOMA MADURO EN MEDIASTINO ANTERIOR

N. Moreira Lorenzo (1), P.V. Childers Canduela (1), B. Cantador Huertos (1), J.L. Párraga Fuentes (1), E. Ruiz López (1), F.J. González García (1), A. Álvarez Kindelan (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Teratoma: tumoración encapsulada y congénita de células germinales de origen embrionario.

Localización más frecuente: ovario. Aunque puede aparecer en mediastino, retroperitoneo...

Existen 2 tipos de teratomas: 1. Teratoma maduro: benigno, de células diferenciadas y crecimiento lento. Más frecuente en mujeres. Representa el 70% de los teratomas en mediastino. 2. Teratoma inmaduro: maligno, de células indiferenciadas y rápido crecimiento. Más frecuente en varones.

Suelen ser asintomáticos, aunque por su tamaño pueden producir clínica compresiva.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa.

Metodología: Caso clínico: mujer de 16 años que acude a urgencias por fiebre y tumoración supraesternal dolorosa de 2 días de evolución. TC cuello: masa mediastínica anterior con signos de sobreinfección y colecciones que fistulizan al tejido celular subcutáneo cervical anterior.

-Se realiza drenaje quirúrgico de las colecciones (cervicotomía) con buena evolución postoperatoria.

-Al mes reingresa por malestar general y febrícula persistente. Reintervención para drenaje de las colecciones y biopsia (cervicotomía+3 puertos toracoscópicos). Biopsia: no concluyente.

-Nuevo ingreso por celulitis cervical y fiebre. TC tórax: empeoramiento de las colecciones a nivel cervical y mediastínico anterior, además de estenosis traqueal. Nueva reintervención para drenaje y biopsia

(cervicotomía+mediastinotomía anterior con costotomía). Biopsia: teratoma maduro.

Finalmente, exéresis quirúrgica completa del teratoma (esternotomía media+ampliación a cervicotomía). Intraoperatoriamente, no se identificó plano de clivaje con pericardio, venas subclavias y cava superior, precisando resección de pericardio y colocación de malla de prolene en el defecto.

Resultados: Durante el postoperatorio de la exéresis, la paciente presenta aumento de la frecuencia cardiaca, síncope y fatiga. Se realiza AngioTC: TEP en ramas segmentarias lobares inferiores izquierdas y derrame pleural y pericárcio moderados. Se sospecha hemopericardio a tensión, por lo que se reinterviene para resección de pericardio anterior y creación de ventana pericárdica con evacuación del hemopericardio (toracotomía anterolateral izquierda+costectomía anterior izquierda parcial).

Finalmente, mejoría clínica pudiéndose dar el alta y hacer seguimiento en consulta.

Conclusiones: El tratamiento de elección del teratoma maduro es la exéresis quirúrgica completa, con buenos resultados, buen pronóstico y una expectativa de vida y periodo libre de enfermedad excelentes.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

LIPOSARCOMA MEDIASTÍNICO CON EXTENSIÓN CERVICAL: CUANDO EL MEDIASTINO Y EL CUELLO CONVERGEN, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M.E. Solís Serván (1), M. Matute Nuñez (1), J.M. González González (1), M.M. Congregado González (1), D. Andrades Sardiña (1), F. García Gómez (1), J.L. López Villalobos (1), F.J. De La Cruz Lozano (1), R. Barroso Peñalver (1), A. Blanco Orozco (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Presentación de un caso clínico de resección quirúrgica compleja de un liposarcoma mediastínico con extensión cervical, destacando la complejidad técnica y los desafíos anatómicos implicados. Se evalúa la viabilidad de un abordaje quirúrgico combinado mediante toracotomía videoasistida y cervicotomía, y se subraya la importancia de la cirugía como tratamiento de elección frente a la limitada efectividad de la quimioterapia y radioterapia en este tipo de tumores.

Metodología: La paciente es una mujer de 50 años con antecedentes de teratoma ovárico, lipoma cervical y schwannoma laterocervical derecho parcialmente resecado en 2019. En mayo de 2024, durante un seguimiento

radiológico, se observó un aumento del tamaño de una lesión lipomatosa mediastínica con signos de atipicidad. La biopsia torácica VATS confirmó liposarcoma bien diferenciado. El Comité de Tumores Torácicos recomendó resección quirúrgica como tratamiento. La cirugía se realizó en un único acto, combinando toracotomía axilar derecha videoasistida para el componente mediastínico y cervicotomía izquierda para el componente cervical, con hemitiroidectomía derecha y disección completa de la lesión. Se emplearon medidas intraoperatorias, como instilación de azul de metileno para asegurar la integridad esofágica, y una coordinación precisa entre los abordajes torácico y cervical.

Resultados: La cirugía permitió la resección completa del liposarcoma mediastínico con extensión cervical, preservando estructuras críticas. La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones quirúrgicas ni clínicas, y fue dada de alta al segundo día tras la retirada de los drenajes. Actualmente, está a la espera del informe definitivo de anatomía patológica y la valoración oncológica para completar su plan terapéutico. Los resultados iniciales sugieren un buen pronóstico gracias a la precisión del abordaje quirúrgico.

Conclusiones: El uso de un enfoque quirúrgico personalizado y multidisciplinario en lesiones mediastínicas complejas, combinando diversas técnicas, optimiza la resección en escenarios anatómicos desafiantes. La aplicación de medidas intraoperatorias, como la instilación de azul de metileno, junto con una planificación preoperatoria detallada, contribuye a la seguridad y efectividad de la intervención. Este enfoque permite lograr resultados clínicos satisfactorios y resalta la importancia de la cirugía como tratamiento clave para estos tumores.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

ABORDAJE VIDEOTORACOSCÓPICO IZQUIERDO EN PRONO PARA EXÉRESIS DE TUMORACIONES MEDIASTÍNICAS

R. López Cano (1), A. Triviño Ramírez (1), S. Rodríguez Gutierrez (1), C. Carrera Rivero (1), M. López Porras (1), R. Jimenez Merchán (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Presentamos el caso de un paciente varón de 31 años, operado de coriocarcinoma de tipo tumor testicular no seminomatoso de células germinales (NSTGCT) (estadio IIIc). En 2021 se sometió a quimioterapia neoadyuvante y orquiectomía con disección de metástasis en ganglios linfáticos retroperitoneales. Se realizó

un seguimiento de 2 años hasta que una tomografía computerizada (TC) reveló una masa paratraqueal izquierda (25 mm × 17 mm × 13 mm), en contacto con la arteria subclavia izquierda (Fig. 1A). Para reseca esta masa mediastínica apical-posterior, la cirugía toracoscópica videoasistida (VATS) en posición estándar podría ser difícil por la presencia de arteria subclavia izquierda. Se presentó el caso en sesión clínica y se decidió un acceso videotoracoscópico izquierdo con insuflación de dióxido de carbono en decúbito prono (Fig. 1B).

Metodología: Bajo anestesia general con intubación selectiva, el paciente fue colocado decúbito prono. Al inicio de la intervención, se utilizó la insuflación de dióxido de carbono a presiones de 5 - 8 mmHg para facilitar el colapso pulmonar rápido y completo. Se utilizaron tres puertos toracoscópicos izquierdos (Fig. 1B): 3º espacio intercostal en la línea paraescapular (5 mm), 5º espacio intercostal en la línea paraescapular (5 mm) y 7º espacio intercostal en el ángulo inferior de la escápula (11 mm). La exposición del campo quirúrgico fue buena: el pulmón baja y el hemidiafragma cae anteriormente, exponiendo la arteria subclavia izquierda y el espacio mediastínico posterior (Fig. 1C). La arteria subclavia izquierda fue disecada sin problemas, paso necesario para alcanzar y reseca completamente la masa paratraqueal izquierda (Fig. 1D).

Resultados: La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de teratoma metastásico. El paciente fue dado de alta a las 48 horas tras la cirugía sin evidencia de recidiva tumoral local en los controles radiológicos posteriores.

Conclusiones: Según nuestra experiencia este abordaje es útil para casos complejos y obtiene excelentes resultados clínicos y oncológicos. Los efectos de la gravedad en posición prono y la insuflación de dióxido de carbono proporcionan una excelente exposición de las estructuras anatómicas del mediastino posterior sin la ayuda adicional de la retracción pulmonar durante la disección. Por lo tanto, recomendamos el abordaje videotoracoscópico en prono de tumoraciones en mediastino posterior siendo este un procedimiento seguro y factible.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

ABORDAJE VIDEOTORACOSCÓPICO DERECHO EN PRONO PARA EXÉRESIS DE TUMORACIONES MEDIASTÍNICAS

R. López Cano (1), A. Triviño Ramirez (1), C. Carrera Rivero (1), S. Rodríguez Gutierrez (1), J. Gonzalez Fernandez (1), R. Jimenez Merchán (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Paciente varón de 30 años que fue diagnosticado de teratoma tipo NSTGCT (tumor de centro germinal no seminomatoso) (estadio IIb). Se realizó quimioterapia neoadyuvante y orquiectomía en 2021. Veinte meses después en el seguimiento radiológico, se observó en la tomografía computerizada la presencia en el mediastino posterior de una masa paratraqueal derecha (50 mm × 42 mm × 31 mm) y una masa paravertebral derecha en D11 (20 mm × 15 mm × 8 mm) (Fig. 1A). Las regiones anatómicas más difíciles de abordar mediante cirugía toracoscópica videoasistida (VATS) convencional son la zona paravertebral, el espacio paraesofágico y el mediastino apico-posterior. Para reseca esta masa mediastínica apical-posterior, la VATS en posición estándar podría ser difícil por la presencia de arteria subclavia por lo que se optó por un abordaje videotoracoscópico derecho con insuflación de dióxido de carbono en decúbito prono (Fig. 1B).

Metodología: Bajo anestesia general con intubación selectiva, el paciente fue colocado decúbito prono. Al inicio de la intervención, se utilizó la insuflación de dióxido de carbono a presiones de 5 - 8 mmHg para facilitar el colapso pulmonar rápido y completo. Se utilizaron tres puertos toracoscópicos derechos (Fig. 1B): 3º espacio intercostal en la línea paraescapular (5 mm), 5º espacio intercostal en la línea paraescapular (5 mm) y 7º espacio intercostal en el ángulo inferior de la escápula (11 mm). La exposición del campo operatorio fue buena: el pulmón y el corazón bajan y el hemidiafragma derecho cae anteriormente de su posición normal. La disección de la masa paratraqueal (Fig. 1C) y la masa paravertebral (Fig. 1D) se realizaron sin ningún problema: no fue necesaria la retracción pulmonar y diafragmática. El estudio histológico confirmó metástasis necrótica (>95%) de teratoma.

Resultados: El paciente fue dado de alta a las 48 horas tras la cirugía y por el momento no hay evidencia de recidiva tumoral local.

Conclusiones: Presentamos este abordaje para casos complejos con excelentes resultados clínicos y oncológicos: tumores mediastínicos superiores y masa paravertebral. Los efectos de la gravedad en posición

prono y la insuflación de dióxido de carbono proporcionan una excelente exposición de las estructuras anatómicas del mediastino posterior sin la ayuda adicional de la retracción pulmonar durante la disección. Por lo tanto, recomendamos el abordaje videotoracoscópico en prono de tumoraciones en mediastino posterior siendo este un procedimiento seguro y factible.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

BILOBECTOMÍA INFERIOR CON SLEEVE BRONQUIAL ASISTIDA POR ROBOT

M. Rusca Giménez (1), D.F. Tavera Arce (1), J. Gómez Tabales (1), C. López García (1), D. Espinosa Jiménez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: La lobectomía con broncoplastia se considera el abordaje terapéutico de elección en pacientes con lesiones endobronquiales, dado que permite preservar la función pulmonar y evita resecciones más extensas. No obstante, la complejidad técnica asociada a la realización de la anastomosis bronquial ha limitado su implementación en procedimientos mínimamente invasivos. La cirugía robótica ha demostrado ventajas significativas en comparación con la videotoracoscopia, tales como una mayor precisión quirúrgica, un control instrumental superior y una visualización 3D, características que pueden favorecer tanto la resección como la anastomosis bronquial en estos procedimientos.

Metodología: Se presenta el caso de un varón de 28 años que, a raíz de cuadros clínicos catarrales de repetición con neumonía en LID, fue diagnosticado de una lesión endobronquial derecha con origen en bronquio intermediario y con atelectasia completa secundaria del lóbulo medio e inferior derecho. La biopsia de la lesión por broncoscopia confirmó el diagnóstico de tumor carcinoide típico. Se planteó la realización de una bilobectomía inferior derecha en manguito con anastomosis entre bronquio superior derecho (BSD) y bronquio principal derecho (BPD).

Con un abordaje robótico de 5 puertos, se realizó una bilobectomía inferior derecha reglada con broncotomía manual a nivel del BPD y del BSD. Una vez extraída la pieza, y tras la confirmación histopatológica de márgenes libres, se realizó la anastomosis termino-terminal del BPD con el BSD con puntos continuos de sutura barbada reabsorbible 4 - 0.

Previo al cierre quirúrgico, se comprobó la estanqueidad de la anastomosis, sin evidencia de fuga

aérea y con adecuada ventilación del LSD.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta al 3r con retirada del drenaje pleural a las 48h de la cirugía, con adecuado control del dolor y radiografía postoperatoria normal. El estudio de anatomía patológica intra y postoperatoria mostró márgenes quirúrgicos libres de tumor, confirmando el diagnóstico de tumor carcinoide típico de 5 cm sin afectación ganglionar.

Conclusiones: Las resecciones y reconstrucciones robóticas constituyen un enfoque quirúrgico viable, seguro y eficaz, favoreciendo la cirugía mínimamente invasiva. La visualización 3D y la precisión de la instrumentación robótica optimizan la realización de la anastomosis bronquial, disminuyendo el tiempo de recuperación y las complicaciones postoperatorias.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

QUILOTÓRAX POSTQUIRÚRGICO

C. Carrera Rivero (1), R. López Cano (1), S. Rodríguez Gutierrez (1), A. Triviño Ramirez (1), F. Cózar Bernal (1), M. López Porras (1), J.C. Girón Arjona (1), P. Carmona Soto (1), J. González Fernández (1), R. Jiménez Merchán (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El quilotorax se define como la acumulación de quilo en el espacio pleural, generalmente causada por la interrupción o daño al conducto torácico o sus principales ramas. En este caso, el quilotorax fue una complicación postquirúrgica tras una bilobectomía inferior y linfadenectomía hiliomediastínica. El diagnóstico se confirmó mediante análisis del líquido pleural. Su manejo puede ser conservador o quirúrgico.

Metodología: Ligadura del conducto torácico en un paciente con quilotorax postquirúrgico mediante VATS.

Resultados: Se presenta el caso de un hombre de 52 años, exfumador (10 cigarrillos/día durante 38 años) sin antecedentes médicos relevantes. Durante una revisión médica, se detectó en una radiografía de tórax una tumoración en el hemitórax derecho. Tras completar el estudio, se confirmó la presencia de un tumor neuroendocrino grado 2 en el bronquio intermediario.

Tras evaluación en el Comité de Tumores Torácicos, se decidió intervención quirúrgica: bilobectomía inferior y linfadenectomía por videotoracoscopia. A las 48 horas de la intervención el paciente presentó un débito lechoso, de características compatibles a la de un quilotorax. Se decidió exploración quirúrgica al 4º día postquirúrgico

para sellado y control de la fuga de quilo.

Dado que no se identificó el lugar de la fuga, se decidió ligar en bloque el espacio paraesofágico anterior y posterior mediante videotoracoscopia. Al reiniciar nuevamente la dieta oral, el débito pleural continuaba con características de quilotórax. Dado la situación clínica del paciente y las dos cirugías recientes, se decidió intentar un manejo conservador: dieta absoluta y octreótido. Tras 20 días de tratamiento sin objetivar mejoría se decidió reintervenir de nuevo al paciente. Para tener una mejor visión del mediastino posterior, teniendo en cuenta las cirugías previas, se decidió un abordaje videotoracoscópico en prono. En esta ocasión el paciente inició tolerancia oral 24 horas previas a la exploración quirúrgica.

Durante la intervención se realizó una ligadura a nivel de D11, un sellado del espacio paratraqueal y posterior talcaje. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al quinto día postoperatorio. El diagnóstico histopatológico definitivo fue de tumor carcinoide atípico de bronquio intermediario (T2aN1M0).

Conclusiones: La colocación en prono y el inicio de dieta oral normal previa a la cirugía, nos permitió localizar y solucionar de manera eficaz el lugar de fuga.

A los 3 meses tras el alta los pacientes acudieron a una consulta de cribado para discernir aquellos pacientes que precisaban seguimiento a largo plazo de los que no. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes en seguimiento que habían precisado ingreso en UCI; y valorar si la necesidad de ingreso en UCI se relaciona con patología en TAC al año de seguimiento..

Metodología: Estudio de cohortes retrospectiva de pacientes que acudieron a la consulta de cribado tras precisar ingreso en UCI en el Hospital Santa Lucía de Cartagena con diagnóstico de neumonía por coronavirus entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Se realiza estadística descriptiva y analítica en base de datos Excell® y SPSS®.

Resultados: 132 pacientes acudieron a las consultas de cribado tras el alta hospitalaria, siendo la media de edad de 63 años. El 59,1% eran hombres y el 51,5% del total no eran fumadores. Se describen las características de los pacientes en función de precisar ingreso en UCI, observando diferencias estadísticamente significativas en diversas variables (tabla 1). De estos 132 pacientes, 84 pacientes fueron dados de alta antes del primer año de seguimiento. De los 48 pacientes que precisaban mayor seguimiento, el 54,5% presentaban patología en la radiografía de tórax. Se realizó mayor número de TAC de tórax al año de seguimiento en los pacientes que precisaron ingreso en UCI. En la tabla 2 se exponen las características de las variables resultado. Con intención de

valorar la asociación, se calculó el riesgo relativo (RR) entre la radiografía de tórax alterada en el cribado e ingreso previo en UCI, con RR 2,04 IC 95% (0,93 – 4,45), aunque no significativo, mantiene una tendencia a presentar mayor riesgo de radiografía patológica en pacientes que precisaban UCI. Se calculó además el RR entre realización de TAC al año de seguimiento e ingreso en UCI, RR 2,33 IC 95% (1,01 – 5,36) y entre TAC patológico al año e ingreso en UCI RR 1,86 IC 95% (1,32 – 2,63), siendo significativos ambos.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

SEGMENTECTOMIA S1 LOBULO SUPERIOR DERECHO ASISTIDA POR ROBOT PREVIO MARCAJE CON VERDE INDOCIANINA

D.F. Tavera Arce (1), M. Rusca Giménez (1), J. Gómez Tabales (1), J. Illana Wolf (1), F.J. Roca Fernández (1), D. Espinosa Jiménez (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Describir el caso de segmentectomía S1 del lóbulo superior derecho realizada mediante cirugía robótica previo marcaje con verde de indocianina.

La segmentectomía pulmonar es una opción eficaz para el cáncer de pulmón en estadios tempranos, especialmente en pacientes que necesitan preservar la función pulmonar o tienen comorbilidades que dificultan una resección mayor. Aunque la lobectomía es el tratamiento estándar, la segmentectomía ofrece resultados de supervivencia similares con menor morbilidad postoperatoria.

Recientemente, la cirugía asistida por robot ha ganado popularidad en resecciones pulmonares debido a sus ventajas, como mejor visualización 3D, mayor precisión instrumental, mayor destreza quirúrgica y reducción del temblor, lo que mejora la estabilidad y precisión en procedimientos complejos.

Metodología: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años con antecedentes de leucemia linfática crónica y carcinoma de células de Merkel.

Durante el seguimiento se detecta lesión subsólida en LSD de 3,9 mm con leve hipermetabolismo (SUV 2.3) sospechoso de malignidad, por lo que se planteó la realización de una segmentectomía S1 asistida por robot.

Se marcó la lesión mediante la instilación broncoscópica de verde de indocianina. Con un abordaje robótico de 5 puertos, se realizó una segmentectomía S1 derecha anatómica previa delimitación del plano intersegmentario mediante la visualización del segmento marcado previamente.

Resultados: La duración total del procedimiento fue de 85 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable con adecuado control del dolor y seguimiento radiológico satisfactorio, por lo que el paciente fue dado de alta sin drenaje al tercer día postoperatorio.

El estudio de anatomía patológica postoperatoria reveló márgenes quirúrgicos libres de tumor, diagnosticándose un adenocarcinoma lipídico y acinar invasivo de 1 cm de diámetro. Además, se observó infiltración por leucemia linfocítica crónica en los ganglios linfáticos 11, 7 y 4R.

Conclusiones: La segmentectomía pulmonar asistida por robot es una técnica quirúrgica de alta seguridad que posibilita una disección precisa y detallada de las estructuras anatómicas pulmonares. Esta modalidad permite a los cirujanos realizar la resección de los segmentos pulmonares mediante un enfoque mínimamente invasivo, reduciendo la necesidad de conversión a cirugía abierta y mejorando los resultados clínicos en términos de recuperación postoperatoria y morbilidad.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

CONDROSARCOMA DE MANUBRIO ESTERNAL. RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS DE TITANIO Y ARPONES ÓSEOS

R. López Cano (1), I. Sabariego Arenas (1), A. Triviño Ramirez (1), S. Rodriguez Gutierrez (1), C. Carrera Rivero (1), R. Jimenez Merchán (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: Paciente varón de 42 años que presentaba una masa protuberante en el tercio superior del esternón, con crecimiento progresivo durante 4 meses. La exploración física reveló una masa firme, fija y bien definida de 5 cm sobre el manubrio. La tomografía computarizada y la resonancia magnética mostraron una masa sobre el manubrio esternal (45 mm × 39 mm × 34 mm) con ruptura cortical y calcificación de tejidos blandos adyacentes. La gammagrafía ósea reveló un aumento de la captación focal en una masa osteoblástica en el manubrio. Estos hallazgos radiológicos orientaron a un condrosarcoma; sospecha que se confirmó con una biopsia incisional que estableció el diagnóstico de condrosarcoma de bajo grado

Metodología: Se realizó resección en bloque anterior de la pared torácica con márgenes quirúrgicos de 2 cm a través de una incisión cutánea en forma de T en la línea media que coincidía con el esternón y la articulación

esternoclavicular (Fig.1A). Se extirpó el manubrio, el tercio superior del cuerpo esternal y bilateralmente los cartílagos costales 1-3°.

Se utilizó una placa de titanio esternal multiperforada junto a grapas esternales precurvadas para reconstruir la pared torácica y 3 arpones óseos unieron ambas clavículas al implante esternal (Fig. 1B). El defecto resultante fue cubierto con un colgajo de músculo pectoral mayor izquierdo.

Resultados: El paciente fue dado de alta sin complicaciones en el día 5 del postoperatorio (Fig.1C) y la movilidad de las extremidades superiores se conservó (Fig.1D). Está corriendo y haciendo entrenamiento con pesas desde el primer mes postoperatorio. Ocho meses después de la cirugía, el paciente mantiene una fijación estable de la articulación esternoclavicular y no hay evidencia de recidiva tumoral local.

Conclusiones: Las ventajas de nuestra técnica: reducción del tiempo operatorio, alta versatilidad, facilidad de modelado in situ, perfecta adaptabilidad (diferentes tamaños) y la placa esternal multiperforada para la fijación de las clavículas o la reinserción muscular. Este procedimiento de reconstrucción es seguro, rentable y con buenos resultados ortopédicos y oncológicos.

- **Enlace para descargar el video:** [Descargar video](#)

TERATOMA GIGANTE CON FISTULIZACIÓN EXTRATORÁCICA

C. García Bautista (1), A. Gañán Boscá (2), M. Serrano Criado (1), M. García Galindo (1), A.F. Paz Gaviria (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga, (2) Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario San Millán San Pedro de la Rioja.

Introducción: Mostrar el comportamiento complejo de un caso de teratoma quístico con fistulización extratorácica, el manejo a lo largo de los años y las complicaciones.

Metodología: Paciente de 52 años intervenido en 2012 de teratoma quístico mediante esternotomía que se mantiene estable hasta 2016, con controles con TAC cada 6 meses y analíticas con betaHCG y alfa-fetoproteína dentro de niveles estables. En 2017 comienza con crecimiento del quiste proponiendo al paciente opción quirúrgica pero que rechaza. En TAC de control continúa crecimiento, hasta que en 2024 acude a consulta refiriendo aparición de tumoración elástica, depresible, a nivel cervical, por encima de la cicatriz de esternotomía previa.

Se realiza cirugía en dos fases, primera videotoracoscópica: resección de un amplio parche de

pared de la tumoración quística drenándose abundante contenido líquido espeso blanquecino y grumos de mayor tamaño de aspecto sebáceo. Lavados de la cavidad torácica con suero betadinado, hemostasia y cierre dejando drenaje recto apical y otro curvo basal. Segunda fase abierta: incisión en zona superior de cicatriz de esternotomía previa. Drenaje de la cavidad saliendo contenido del mismo aspecto que el torácico. Se dan puntos de sutura para intentar cerrar pequeña comunicación de la cavidad cervical con la mediastínica y se realizan lavados de la cavidad cervical con suero betadinado. Se realiza hemostasia y se deja sistema VAC cervical.

Resultados: En el 6º día postoperatorio (DPO) se retira drenaje basal y en el 10º DPO apical. Radiografías tras retirada sin complicaciones pleuro-parenquimatosas.

El paciente es dado de alta en su 11ª DPO con sistema VAC con revisiones en planta y en consulta de heridas complejas. Tras 7 meses de la cirugía comienza con tos con esputos del mismo contenido del quiste y con vómitos esporádicos de características similares al líquido de la fístula. Se repite TAC y se observa crecimiento de la masa (10 x 9 x 11cm), compresión de la cava superior y la aurícula derecha. Adenopatías mediastínicas de 1,4cm y una lesión nodular inferior a la unión gastro-esofágica de 4 x 2 cm. En el momento actual se encuentra pendiente de valoración por Digestivo y nuevo TAC de reevaluación en febrero 2025.

Conclusiones: Se trata de un paciente de complejo manejo que nos plantea la duda de su manejo a seguir en caso requerir nuevamente cirugía, y nos hace darnos cuenta de que una cirugía de menor complejidad técnica comparado con la tendencia actual, no le quita importancia a la complejidad de este tipo de pacientes.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

CARCINOMA DE PARATIROIDES CON EXTENSIÓN ENDOTORÁCICA

M. Serrano Criado (1), R. Mongil Poce (1), M. García Galindo (1), C.F. Giraldo Ospina (1), C. García Bautista (1), R. Arrabal Sánchez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Opta a Premio Video Cirugía Torácica

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una entidad poco frecuente, siendo su incidencia entre el 0,3 y el 2,1 por ciento de los casos de hiperparatiroidismo primario (HPTP).

La mayoría de los carcinomas de paratiroides son funcionantes, por lo que las manifestaciones clínicas se deben al HPTP y la hipercalcemia. Más de la mitad de los

pacientes, se encuentran sintomáticos en el momento del diagnóstico.

Nuestro objetivo es, presentar un caso sobre el carcinoma de paratiroides, su epidemiología y curso clínico del mismo, así como, expresar la dificultad en la toma de decisiones quirúrgicas por su localización inusual y la sospecha de infiltración de estructuras cercanas.

Metodología: Presentamos el caso de una paciente de 63 años, sin antecedentes, que comienza estudio por clínica de HPTP.

En la Gammagrafía realizada se observa tejido hiperfuncionante paratiroideo, y debido a su extensión endotorácica, se presenta en Comité Multidisciplinar para valorar un abordaje conjunto entre Cirugía General y Cirugía torácica. Tras nuevas pruebas de imagen, se sospecha de infiltración esofágica y se decide demorar intervención quirúrgica para reevaluar de nuevo la resecabilidad de la lesión. Se realiza una Eco-endoscopia que informa de que la lesión contacta con la muscular y adventicia de la pared esofágica.

Finalmente, se estima la lesión como reseccable pero, ante la alta sospecha de infiltración esofágica, y la necesidad de resección del mismo, se decide abordaje multidisciplinar por parte de Cirugía Endocrina, Esófago Gástrica y Cirugía Torácica. Se propone comenzar con una videotoracoscopia uniportal derecha, y en función del grado de afectación esofágica, continuar con abordaje cervical.

Resultados: La paciente tiene una buena evolución postoperatoria, se decide mantener drenaje pleural hasta reintroducir una dieta rica en grasas para descartar complicaciones tales como quilotórax. Se retira drenaje pleural en su sexto día postoperatorio, con control radiológico correcto y es dada de alta en su séptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Ante la sospecha de carcinoma de paratiroides, asociado a clínica de hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia, el tratamiento que ha demostrado real beneficio es el manejo quirúrgico. Se trata de un caso clínico muy infrecuente, tanto por su anatomía patológica como por la localización de la lesión, y que, gracias a un abordaje multidisciplinar en presencia de cirujanos expertos nos ha permitido obtener unos resultados favorables para la paciente.

- Enlace para descargar el video: [Descargar video](#)

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

J.A. Expósito Tapia (1), M. Linares Cuenca (1), J. Vilaplana Vicedo (1), J.J. Garrido Romero (1), M.E. Ruiz Carretero (1), A.M. Pérez Fernández (1).

(1) Neumología, Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: Se define como asma grave aquel 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. El tezepelumab es un fármaco biológico cuyo medio de acción es la inhibición de las TSLP, una proteína que juega un papel fundamental en la reacción inflamatoria del asma T2 y no T2.

Objetivo: Describir cómo el uso de tezepelumab afecta a los pacientes con asma grave no controlada, desde el punto de vista de número de exacerbaciones, función pulmonar, calidad de vida y toma de corticoides.

Metodología:

-Material y métodos: se ha empleado la base de datos de asma grave del Hospital de Mérida.

-Variables: se han comparado una serie de variables en un grupo de pacientes en tratamiento con tezepelumab un año antes de empezar con la administración del fármaco y tras comenzar con el mismo.

-Número de exacerbaciones.

-FEV1 (ml).

-Toma de corticoides (mg prednisona).

-Calidad de vida (ACT).

-Para analizar dichas variables, se fija un valor de error alfa de 5%, siendo la hipótesis nula que no existen diferencias en las variables estudiadas antes y después de comenzar con el tezepelumab, y la hipótesis alternativa que sí existen dichas diferencias. Se aplica una T student para datos apareados.

Resultados: Se define una muestra de 11 pacientes que presentan asma grave mal controlada que precisan tratamiento con tezepelumab, siendo 2 hombres y 9 mujeres, con edades comprendidas entre los 30 y los 67 años. Se concluye que existen diferencias significativas en función pulmonar (FEV1), la toma de corticoides y el ACT, así como el número de exacerbaciones.

Conclusiones: existen diferencias significativas en la función pulmonar, la toma de corticoides, la calidad de vida y el número de exacerbaciones en los pacientes con asma grave antes y después de la toma de tezepelumab.

ANÁLISIS DE LOS SWITCH DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO REALIZADOS EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

J. Vilaplana Vicedo (1), M. Linares Cuenca (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) Neumología, Hospital de Mérida, Badajoz, (2) Dirección de Salud Pública del área de Mérida.

Introducción: El asma grave no controlada (AGNC) es aquella que permanece mal controlada pese al uso de tratamiento combinado con GCI/LABA/LAMA en dosis altas o glucocorticoides orales durante al menos 6 meses. Ante la sospecha de AGNC, se recomienda una evaluación sistemática que incluye: -Confirmación del diagnóstico de asma y exclusión de enfermedades simuladoras.

-Verificación de la adherencia terapéutica y técnica inhalatoria adecuada. -Identificación y manejo de factores de riesgo y comorbilidades. -Clasificación del fenotipo de asma para tratamiento dirigido (medición de eosinófilos, FeNO, pruebas de alergia).

El switch es el cambio de un tratamiento biológico a otro cuando no se logra el control del asma. Esto implica reevaluar el fenotipo o endotipo inflamatorio del paciente para abordar la fisiopatología específica del paciente y considerar las siguientes indicaciones para el switch: -Falta de eficacia clínica (síntomas persistentes o exacerbaciones frecuentes). -Selección inadecuada del biológico inicial. -Cambios en el fenotipo inflamatorio. -Mala tolerancia o efectos adversos al biológico actual.

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo observacional de la base de datos de pacientes con AGNC seguidos en nuestra consulta monográfica desde 2018 hasta Julio de 2024. Se encontraron 138 pacientes, de los cuales 98 han iniciado tratamiento biológico para el asma. De estos se ha realizado Switch farmacológico en 24 pacientes, realizándose un total de 31 cambios de tratamiento biológico y una pauta total de 129 tratamientos. Se realizó un análisis estadístico de los resultados mediante la prueba Z-SCORE para proporciones.

Resultados: El 70,83% de los pacientes a las que se ha realizado el switch son mujeres. La edad media es de 57,45 años, la eosinofilia máxima media que han presentado es de 1164,58 cél/ μ L y la IgE media al inicio del seguimiento 398,35 UI/ml.

Se observó que el 24,03% de los tratamientos

pautados han sido switchs, cambiándose el 37,73% de los omalizumab por otro tratamiento biológico, el 25,926% de los mepolizumab, el 18,18% de los benralizumab y el 0% de los Dupilumab y Tezepelumab.

Conclusiones: Es necesario realizar una buena filiación del fenotipo asmático o endotipo inflamatorio en cada paciente para una correcta elección individualizada del tratamiento.

Necesitamos continuar aumentando la muestra para otorgarle potencia estadística a las diferencias en la finalización y el inicio de tratamientos en los switch de los diferentes biológicos que pautamos en nuestra consulta monográfica.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

EFFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN FUNCIÓN DE POLIPOSIS Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO

I. Castillo Rivillas (1), S. Gutiérrez Hernández (1), A. Aís Daza (1), A. Carmona González (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los tratamientos con fármacos biológicos ofrecen una alternativa que está en auge para el control del asma grave.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses de tratamiento con Dupilumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en consulta de asma grave, asociado o no a poliposis, y según si no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente (Naive) frente a los que sí (Switch).

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con 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 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 45 pacientes (10 varones y 35 mujeres), con edad media de 54 ± 15 años. De estos, 1 era fumador activo y 21 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 29 (64,4%) presentaban rinitis alérgica, 11 (24,4%) poliposis, 5 (11,1%) triada ASA, 6 (13,3%) bronquiectasias, 8 (17,8%) ERGE, 4 (8,9%) osteoporosis y 8 (17,8%) ansiedad y/o depresión. Quince (33%) eran corticodependientes. Un paciente había sido tratado previamente con Mepolizumab, 13 con Omalizumab y 8 con Benralizumab; 23 pacientes eran Naive.

Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes con poliposis de hasta un 97,6% ($4,67 \pm 2,74$ vs $0,11 \pm 0,33$ p <0,003) en comparación con pacientes sin poliposis. No se observaron diferencias significativas en cuanto a función pulmonar (FEV1 $2.018,89 \pm 893,32$ vs $2.294,44 \pm 897,26$ p <0,271) ni control según el ACT ($11,75 \pm 4,27$ vs $20,75 \pm 3,78$ p <0,177).

Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes naive de hasta un 88,3% ($3,07 \pm 1,59$ vs $0,36 \pm 0,63$ p <0,042) en comparación con pacientes que habían realizado el switch. No se observaron diferencias significativas en cuanto a función pulmonar (FEV1 $2.214,4 \pm 902,502$ vs $2.435 \pm 969,92$ p <0,888) ni control según el ACT ($11,82 \pm 3,87$ vs $15,67 \pm 6,73$ p <0,868).

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a función pulmonar y control del asma a los 12 meses del tratamiento con Dupilumab en pacientes con poliposis al igual que en pacientes Naive en el grupo de pacientes estudiados.

Sin embargo, se observó una reducción significativa del número de agudizaciones.

TEZEPELUMAB EN ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC), PARA PACIENTE ¿NAIVE O SWITCH?

A. González Hernández (1), C. Romero Sayago (1), S. González Gutiérrez (1), A. Rodríguez Cabrera (1), J.I. Hilaes Vera (1), C. Puchas Manchón (1), E. Vélez Menís (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) FABI, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Tezepelumab es un tratamiento biológico contra AGDC, que actúa a nivel del epitelio, permitiendo bloquear diferentes vías de inflamación. La experiencia clínica hasta el momento es limitada. Sin embargo, parece que Tezepelumab se posiciona para pacientes con un Fenotipo T2, tanto perfil alérgico, como eosinofílico, pero también para cubrir a los pacientes No T2 en los que, hasta hace poco tiempo no disponíamos de arsenal terapéutico. Existen muchos pacientes que se benefician de dicho tratamiento, tanto de primera línea, Naive, como pacientes con un cambio de biológico, switch. El objetivo del estudio es valorar si existen diferencias en la eficacia clínica de Tezepelumab en pacientes Naive, frente a pacientes con Switch de biológico.

Metodología: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes en tratamiento activo con Tezepelumab y revisión a los 4/6 meses, tras inicio del fármaco, en el hospital Juan Ramón Jiménez, recogiendo

sus datos de eficacia mediante la escala multidimensional EXACTO (Exacerbaciones, ACT, FEV1 y CO), comparando los pacientes Naive, frente a Switch de biológico previo.

Resultados: De un total de 28 pacientes, se analizaron 17 que cumplían los criterios de inclusión, apreciándose de forma global, un aumento de la eficacia con Tezepelumab en pacientes Naive (72% NoT2; 27% T2 alérgico; 1% T2 eosinofílico) con una respuesta completa (RC) en 30%, buena (RB) 40% y parcial (RP) 30%, en comparación con pacientes con switch (14,3% NoT2; 57,1% T2 alérgico-Eosinofílico; 14,3% T2 eosinofílico y 14,3% T2 Alérgico), RC 14,3%, RB 28,6%, RP 14,3% y No respuesta 42,9%.

Al analizarlo por subgrupos, se aprecian en los pacientes Naive, una mejoría en ACT media de 7 puntos, una reducción de exacerbaciones (R.Ex.) de 80%; reducción de corticodependencia (CD) 54% (CD-post 10%) y una mejoría FEV1 6%. Mientras que en Switch, apreciamos una mejoría en ACT media de 2 puntos, una R. Ex. de 53% ($p = 0,07$); reducción CD 13% (CD-post 22%) ($p = 0,07$) y una mejoría FEV1 10%. [Figura 1](#).

Conclusiones: Tezepelumab es un fármaco eficaz en AGDC, donde parece tener mejores resultados en pacientes Naive, destacando la reducción de exacerbaciones y de corticodependencia.

Existe un alto porcentaje de pacientes, que han sido tratados con diferentes biológicos, persistiendo falta de control de la enfermedad, evidenciándose que no conocemos por completo la fisiopatología del asma y debe seguir siendo objetivo de estudio.

Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para validar nuestros resultados.

TRAYECTORIA DE LA FUNCIÓN PULMONAR Y DEL CONTROL DEL ASMA GRAVE DURANTE 5 AÑOS DE TERAPIA CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

C. Barea Jiménez (1), M.G. Hurtado Gañán (1), J. Díez Sierra (1), A.P. Gómez-Bastero Fernández (1).

(1) UGC Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La terapia con anticuerpos monoclonales constituye un pilar fundamental en el tratamiento del asma grave y su llegada cambió el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Existe evidencia de que el asma provoca un deterioro progresivo de la función pulmonar de quien la padece.

El objetivo es evaluar la respuesta clínica y funcional a lo largo de 5 años de tratamiento con tratamiento biológico.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de nuestra cohorte de la consulta monográfica de asma grave del Hospital Universitario Virgen Macarena que recibieron tratamiento con anticuerpos monoclonales (Omalizumab (OMA), Mepolizumab (MEPO) y Benralizumab (BENRA)) durante 5 años. Se analizaron características clínico-funcionales basales, al año, a los 3 y a los 5 años de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes con una edad media de $61,45 \pm 12,34$ años, el 62% eran mujeres. 12 realizaron tratamiento con OMA, 19 con MEPO y 11 con BENRA. Consumo acumulado de tabaco de $19,53 \pm 17,04$ paquetes-año. El 56,1% presentaba perfil T2 alto eosinofílico, siendo el perfil T2 alto mixto el segundo más frecuente (24,4%). Las características basales de la muestra se recogen en la tabla 1.

De forma estadísticamente significativa, la puntuación media del cuestionario ACT a los 5 años fue de $20,20 \pm 4,33$, el 76,2% de los pacientes refería un control total del asma. La media de exacerbaciones bajó a $0,52 \pm 1,02$ y la dosis acumulada de corticoides orales a $213,90 \pm 785,72$ mg. Globalmente, la muestra mejoró su función pulmonar a los 5 años aumentando $37,07 \pm 524,82$ ml el FEV1 prebroncodilatador ($p < 0,05$). La muestra puntuó en la escala FEOS 74 y en la EXACTO 6 (respuesta buena).

Los tratados con OMA, experimentaron una caída del FEV1pre de $17,2 \pm 390,13$ ml (+8,35%) al año, un aumento de $82,73 \pm 271,48$ (+13,88%) a los 3 años y un descenso de $102,73 \pm 206,60$ ml (+8,63) a los 5 años.

Los tratados con MEPO, aumentaron el FEV1pre al año $345,79 \pm 663,28$ ml (2,75%), a los 3 años de $88,95 \pm 386,33$ ml (+6,54%) y a los 5 años de $108,95 \pm 594,16$ ml (+8,75%).

En los pacientes tratados con BENRA, disminuye el FEV1pre $13,64 \pm 764,02$ ml (+1,13%) en el primer año, pero aumenta $45,00 \pm 790,14$ (+3,94%) a los 3 años y $52,73 \pm 626,15$ ml (+6,04%) a los 5.

Conclusiones: El tratamiento con anticuerpos monoclonales consigue un un control total, reducción de las exacerbaciones y de la dosis de corticoides acumulada en pacientes con asma grave. Además, la media de la función pulmonar mejora a los 5 años de tratamiento.

Al realizar la revisión telefónica a los 2 meses de la indicación de la CPAP, 41 de ellos refirieron ser buenos cumplidores, 10 referían mala adaptación, 23 no se pudo contactar y 1 no había iniciado tratamiento.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)

DUPILUMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADA: RESPUESTA AL AÑO DE TRATAMIENTO

S. Gutiérrez Hernández (1), A. Aís Daza (1), A. Marín Andreu (1), A. Carmona González (1), I. Castillo Rivillas (1), A. Arnedillo Muñoz (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los fármacos biológicos se emplean en el asma grave no controlada (AGNC) en el último escalón de tratamiento y han demostrado reducir las exacerbaciones graves, las hospitalizaciones y el uso de esteroides orales.

El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses del inicio del tratamiento con Dupilumab en pacientes con AGNC.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC, en con 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 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

Resultados: Se recogieron un total de 30 pacientes (6 varones y 24 mujeres), con una edad media de 51 ± 14 años. De estos, 1 era fumador activo y 15 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 22 (73%) pacientes presentaban rinitis alérgica, 9 (30%) poliposis, 5 (17%) triada ASA, 4 (13%) bronquiectasias, 6 (20%) ERGE, 1 (3%) osteoporosis y 4 (13%) ansiedad y/o depresión. Ocho (27%) eran corticodependientes. Un paciente había sido tratado previamente con Mepolizumab, 10 con Omalizumab y 5 con Benralizumab. Catorce pacientes no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente.

Se observó una mejoría significativa en el número de las agudizaciones con una reducción del 84% ($3,55 \pm 2,10$ vs $0,54 \pm 0,92$ $p < 0,0001$), de asistencias a urgencias ($1,34 \pm 1,54$ vs $0,21 \pm 0,67$ $p < 0,0001$), de los ingresos hospitalarios ($0,13 \pm 0,34$ vs $0,07 \pm 0,37$, $p < 0,04$) y del número de ciclos de corticoides orales ($3,31 \pm 2,79$ vs $0,40 \pm 0,82$ $p < 0,0001$). Asimismo, se observó mejoría en el FEV1 ($2.306,87 \pm 1.700,75$ ml vs $2.441,67 \pm 931,43$ ml $p < 0,0001$), FVC ($2.844,33 \pm 920,29$ ml vs $2.973,46 \pm 173,71$ ml $p < 0,0001$), en la puntuación media del ACT ($11,55 \pm 4,12$ vs $16,26 \pm 6,38$ $p < 0,0001$) y una disminución de la cifra de eosinófilos en sangre periférica ($423,00 \pm 285,65$ vs $362,92 \pm 339,17$ $p < 0,0001$) y de la IgE ($762,04 \pm 1191,95$ vs $112,44 \pm 90,30$ $p < 0,005$).

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con Dupilumab proporcionó una

mejora significativa en el control del asma, número de agudizaciones, ingresos hospitalarios y necesidad de corticoides orales, así como en la función pulmonar.

REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS AL USO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE O DERMATITIS ATÓPICA

P. Erdozain Pérez (1), F. Pérez Grimaldi (1), S. García Morales (1), M. Utrero Rico (1), I. Romero Espejo (1), P. Riande González (2), M. González Martínez (3), J.G. Soto Campos (1).

(1) Servicio de Neumología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, (2) Servicio de Dermatología M.Q., Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz (3), Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea las vías de la interleucina 4 (IL-4) e interleucina 13 (IL-13), desempeñando un papel clave en la inflamación de tipo T2. Ha demostrado eficacia el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas como el asma grave no controlado (AGNC), la dermatitis atópica (DA) y la rinosinusitis crónica con pólipos. Aunque tiene buen perfil de seguridad, existen posibles efectos adversos (EA) dermatológicos y sistémicos, como reacciones cutáneas, conjuntivitis e hipereosinofilia.

El objetivo de este estudio es analizar los efectos adversos relacionados con el uso de dupilumab en pacientes con AGNC y DA para ver si existen diferencias cuantitativas y si los EA son de la misma naturaleza.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, revisando las historias clínicas de pacientes que han iniciado tratamiento con dupilumab en nuestro centro por DA o AGNC desde su comercialización hasta 31/10/24. Recogimos los efectos adversos según vinieran reflejados en la historia clínica del prescriptor o que estuvieran recogidos por la farmacia hospitalaria. Se realizó un análisis estadístico con el test de Fisher para comparar la proporción de efectos adversos observados en ambos grupos.

Resultados: Iniciaron tratamiento con dupilumab por DA 36 pacientes y por AGNC 59 pacientes. En el grupo de DA 5 pacientes presentaron prurito ocular como único EA (13,9%) y en el grupo de AGNC 14 pacientes presentaron diversos EA (23,7%) que se exponen en la [tabla 1](#). Los pacientes con DA tienen menos probabilidad de experimentar efectos adversos en comparación con los pacientes con AGNC. Valor p : 0,298. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la proporción de efectos adversos entre ambos grupos.

Conclusiones: Existen más EA en el grupo de AGNC en comparación con el grupo de DA, esta diferencia no

alcanzó significancia estadística.

Hay más diferencias y variedad en los EA del grupo de AGNC que en el grupo de DA.

TITULACIÓN DE OXÍGENO PORTÁTIL MEDIANTE CICLOERGOMETRÍA

E. Martínez Orenes (1), F.J. Ruiz López (1), R. Pedrero Muñoz (1), J. López Martínez (1), J.M. Ruiz Amat (1), M. Fernández Granja (1), L. Fernández Mula (2), E. Solana Martínez (1), J. Alcántara Fructuoso (1), M. Aparicio Vicente (1).

(1) Neumología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Neumología, Hospital Rafael Méndez, Murcia.

Opta a Beca

Introducción: Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica y otras patologías que requieren oxigenoterapia a largo plazo necesitan acceso a un suministro portátil de oxígeno (O2) para mantener un estilo de vida normal, ya que a menudo presentan desaturación con la deambulación. Para ello pueden prescribirse oxigenoterapia a flujo continuo o a pulsos.

El objetivo del estudio fue valorar la variabilidad entre el flujo de oxígeno prescrito de forma inicial y las necesidades reales de los pacientes medidas mediante cicloergometría.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el que se estudió la diferencia de flujo de oxígeno prescrito y la necesidad real al esfuerzo medido mediante cicloergometría en pacientes que utilizaban oxígeno para la deambulación. Se realizó la cicloergometría con 40W de carga, o menos en el caso de pacientes con actividad física más limitada. Se incluyeron pacientes en los que se realizó dicha titulación entre febrero de 2022 y octubre de 2024. Se excluyeron los pacientes que no pudieron realizar la prueba por osteoartropatía. Se estudió la concordancia entre el O2 pautado previamente y el titulado mediante el test de Kappa Cohen.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes con una edad media de $69,5 \pm 8,4$ años y con predominio del sexo masculino (66,13%). La enfermedad pulmonar más frecuente fue la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) con un 62,9%, seguida de enfermedad pulmonar intersticial (14,52%), insuficiencia respiratoria global crónica (9,68%), enfisema (6,45%) e hipertensión pulmonar (3,23%). Previamente, 41 pacientes (66,14%) utilizaban oxígeno a flujo continuo y 21 pacientes (33,87%) utilizaban oxígeno a pulsos. 9 pacientes requirieron el uso de gafas nasales reservorio para mantener la saturación. Se retiró la oxigenoterapia portátil a 9 pacientes (5 del grupo de

O2 a flujo continuo y 4 pulsátil). El nivel de concordancia entre el tipo de O2 prescrito fue de 0,17 ($p = 0,046$). El flujo en el caso de O2 continuo tuvo una concordancia muy baja con un valor de Kappa de 0,104 ($p = 0,007$), mientras que en el O2 pulsátil el valor de Kappa fue 0,36, pero sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,09$).

Conclusiones: Los pacientes con oxigenoterapia crónica a menudo requieren oxígeno para la deambulación a necesidades distintas que para el reposo. En nuestro estudio se observó que el nivel de concordancia entre el O2 pautado inicialmente y el titulado mediante cicloergometría fue muy bajo para el tipo de O2, así como en el flujo de O2 a flujo continuo.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

LARGOS SUPERVIVIENTES EN VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA

J. Hernandez Borge (1), L. Galan Ledesma (1), J. Lopez Rodriguez (1), R. Morante Espada (1), J.A. Marquez Alba (1), E. Sanchez Calle (1), A. Mendez Villaverde (1), M.B. Pires Manso (1), S. Hernández Gómez (1), A. Sanz Cabrera (1).

(1) Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: El empleo de ventilación no invasiva domiciliaria (VNID) es muy frecuente en pacientes con fallo respiratorio crónico. Es importante conocer su pronóstico a largo plazo y que factores se relacionan con una supervivencia prolongada.

Metodología: Cohorte prospectiva de pacientes que iniciaron VNID en nuestro servicio (enero 2002-agosto 2017). Los pacientes fueron seguidos hasta octubre de 2024. Se recogieron múltiples variables epidemiológicas, patología causal, clínicas, de cumplimentación y tratamiento. Se calculó la mediana de supervivencia y en función de ésta se crearon dos grupos (A: supervivencia > mediana, B: < mediana). Se realizó un análisis comparativo y de regresión logística para valorar que factores se relacionaron con la supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 422 pacientes (53,1% mujeres, edad media $65,8 \pm 13,3$ a). La mortalidad al final del seguimiento fue del 75,8%. La mediana de supervivencia (MS) fue de 54 meses. La supervivencia fue superior a la MS de forma significativa ($p < 0,05$) en los pacientes mas jóvenes, activos laboralmente, obesos (IMC >30), con Apnea obstructiva severa (IAH >30), con buena cumplimentación terapéutica, buena adaptación al ingreso y al alta, calidad de vida buena, menor número de ingresos previos, mejor PaCO2 control, menor disnea

en evolución (mMRC) y en función de la patología causal (toracógenos: 54,8% vs enfermedad neurológica de rápida evolución: 17,5%: $p = 0,0005$). Fueron predictores independientes de una supervivencia >54 meses: la edad (OR: 0,98: IC 95% : 0,96 – 0,99), presencia de obesidad (OR: 3,76 : IC 95% : 1,86 – 7,63), buena adaptación al alta (OR: 2,57: IC 95% : 1,31 – 5,04), buena calidad de vida (OR: 7,78 : IC 95% : 1,49 – 5,18), menor disnea en evolución (OR: 0,57 : IC 95% : 0,39 – 0,84) y tipo de patología causal (toracógenos: OR: 3,62 : IC 95% : 1,22 – 10,72).

Conclusiones: La mortalidad en pacientes con VNID es elevada y se asocia a factores como la patología causal, nivel de adaptación, calidad de vida y cumplimentación del tratamiento.

DESCRIPCIÓN DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON SOPORTE RESPIRATORIO

J. Rodríguez Medina (1), E. De Benito Zorrero (1), C. Carrera Cueva (4), A. Jaimes Castaño (1), P. Baez Peinado (3), C. Caballero Eraso (2).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, (3) Empresa Terapias Respiratorias, Vivisol, (4) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Muchos de los pacientes complejos con soporte respiratorio se podrían beneficiar de una continuidad asistencial en domicilio. El objetivo es describir y analizar nuestro programa de atención domiciliaria en pacientes con soporte respiratorio y/o dispositivos para asistencia de la tos.

Metodología: Estudio prospectivo descriptivo de pacientes con soporte respiratorio y/o dispositivos para asistencia de la tos, dentro de un proyecto de atención domiciliaria de la Unidad de Ventilación del Hospital Virgen del Rocío (octubre 2022-octubre 2024). Se recogieron variables clínicas, de adaptación, saturación de O₂ (SpO₂) y capnografía transcutánea (ptCO₂). El análisis descriptivo, de correlaciones, bivariante y multivariante se realizó mediante SPSS versión 26.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes, 47 (48%) fueron mujeres con una edad media de $60,58 \pm 16,63$ años. El número total de visitas (primeras veces, revisiones programadas y a demanda) fue de 171 (125 en pacientes con ELA). El 63,3% fueron ELA, 3,1% Duchenne, 3,1% Steinert, 4,1% EPOC, 4,1% lesionados medulares, 5,1% otras enfermedades neuromusculares, 1% parálisis cerebral y 16,3% presentaron otros diagnósticos de los cuales el 7,1% fueron pacientes de alta de UCRI. El 70,4% usaba VMNI, 20,4% tenía traqueostomía, el 15,3% VMI, 1% TNAF

y el 60,2% requería tos asistida mecánica. A la inclusión la SpO₂ media fue de $95,39 \pm 1,95$ y PtCO₂ de $43,63 \pm 10,53$, sin cambios en la evolución. Al inicio, el 40% presentaba uso 16h (37% al año) del soporte respiratorio. El número medio de visitas de los pacientes que presentaban seguimiento combinado (domicilio-consulta externa) fue de $2 \pm 1,6$ y de los que se seguían sólo en domicilio, de $4 \pm 2,5$.

En el estudio de correlaciones, los pacientes con más visitas domiciliarias mostraron mejor adaptación al soporte respiratorio y menor mortalidad (Tabla 1). Los resultados del análisis bivariante se muestran en la Tabla 2. En el análisis multivariante las horas de uso de la ventilación demostraron ser factor de riesgo para mortalidad 2,21 (IC 95, OR 1,09 - 4,47, $p = 0,02$).

Conclusiones: Con el desarrollo de programas de atención domiciliaria en pacientes con soporte respiratorio se puede facilitar la continuidad de cuidados, así como favorecer y facilitar la adaptación al soporte respiratorio. El número de visitas se relaciona con una mejor adaptación al soporte y una menor mortalidad de estos pacientes. Una mayor necesidad de VMNI es predictivo de mortalidad.

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y CARACTERÍSTICAS

F. Campello Sánchez (1), A. Jiménez Romero (1), M.C. Velasco Alcázar (1), A. Heredia Carrillo (1), O. Meca Birlanga (1), M. Hernández Olivo (1), C.F. Álvarez Miranda (1), P. García Torres (1), D. Lozano Vicente (1), A. Santacruz Siminiani (1).

(1) Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia.

Opta a Beca

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta a las motoneuronas superiores e inferiores, entre las principales consecuencias se encuentra la afectación respiratoria, que es una causa frecuente de morbilidad. La debilidad de la musculatura respiratoria contribuye a hipoventilación alveolar incrementando el riesgo de infecciones y fallos ventilatorios.

El objetivo es analizar las características clínicas y la influencia de las medidas diagnósticas y terapéuticas en la supervivencia de los pacientes atendidos en una unidad multidisciplinar durante los últimos 7 años.

Metodología: Estudio descriptivo y analítico retrospectivo que incluye a los pacientes valorados durante las sucesivas visitas en la Unidad Multidisciplinar de ELA del Hospital General Universitario Santa Lucía de

Cartagena desde 2017.

Se recogen valores clínicos, diagnósticos y evolución. Se realiza análisis estadístico con SPSS®.

Resultados: Se incluyen un total de 123 pacientes, de los cuales 76 (62%) eran hombres y 47 (38%) mujeres. La edad media fue de 65 (± 12) años. Del total 54 (44%) pertenecían a nuestra área de salud y 69 (56%) eran derivados desde otras áreas.

En cuanto a sintomatología, 74 (60%) debutaron con síntomas espinales, 39 (32%) bulbares y 10 (8%) mixtos; 26 (21%) pacientes padecían ortopnea en la primera visita. En la tabla 1 se recogen los datos funcionales al diagnóstico.

Durante el seguimiento, 81 (66%) pacientes iniciaron ventilación mecánica no invasiva, 31 (38%) de ellos debido a empeoramiento en funcionalismo pulmonar, 18 (22%) por hipoventilación en gasometría y 32 (40%) por hipoxia nocturna. En 52 (42%) pacientes se coloca sonda de gastrostomía percutánea, en 26 en la que estaba indicada (21%) la rechazan. En 8 pacientes del total se ha realizado traqueostomía.

Finalmente, el tiempo de supervivencia medio fue de 3 ($\pm 2,65$) años desde el diagnóstico, sin encontrarse diferencias significativas entre sexos (p 0,27). En el análisis de supervivencia no se observan diferencias estadísticamente significativas (p 0,60) entre los pacientes que iniciaron VMNI por los distintos motivos ya mencionados. Hubo 85 (69%) exitus letalis y un paciente solicitó eutanasia.

Conclusiones: Casi dos tercios de los pacientes valorados son varones y más de la mitad derivados de otras áreas de salud.

No podemos confirmar que haya diferencias de supervivencia entre los distintos motivos de iniciar VMNI, ni tampoco entre sexos.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS DESDE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ELA

M.A. Jaimes Castaño (1), C. Carrera Cueva (1), E. De Benito Zorrero (1), M.D.C. Toquero Pichardo (2), M.O. Artillo Picón (2), C. Caballero Eraso (1).

(1) Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Enfermería Gestora de Casos Unidad Multidisciplinar ELA, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Opta a Beca

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa incurable. Dada su evolución, estos pacientes son candidatos potenciales para la donación de órganos. Los casos documentados son escasos y muchas unidades todavía no se plantean esta posibilidad de manera rutinaria, subrayando la necesidad de mayor visibilidad e investigación. El objetivo de este trabajo es describir la población donante en nuestra Unidad Multidisciplinar de ELA y analizar si existen diferencias entre los pacientes donantes y no donantes.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y correlacional de pacientes diagnosticados con ELA en la Unidad Multidisciplinar del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante el periodo de 2021 a 2024. Dividimos a los pacientes en dos grupos: donantes y no donantes. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Realizamos un estudio comparativo de variables entre ambos grupos utilizando la prueba de t de Student y el test de Chi cuadrado y un análisis correlacional para valorar la asociación entre las mismas y la donación. Se usó el coeficiente de Pearson para variables paramétricas y la Rho de Spearman para las no paramétricas. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el software SPSS statistics 26.0.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes, de los cuales 11 fueron donantes (12,5%), 50 fueron hombres (56,8%) con edad media de $64,68 \pm 12,41$ años al diagnóstico y $67,42 \pm 11,79$ años al fallecimiento. Los años de evolución medios fueron de $2,36 \pm 2,57$. El 69% precisó de VMNI y el 38% eran portadores de PEG. La CVF inicial media fue de $78,55\% \pm 21,60$ y la última de $48,35\% \pm 20,38$. En el estudio comparativo entre ambas poblaciones, se observó una diferencia significativa al comparar la edad al diagnóstico, años hasta fallecimiento, tipo de ELA y presencia o no de comorbilidades (Tabla 1). En el estudio de correlaciones, la donación se correlacionó positivamente con la presencia de comorbilidades y años de evolución y de manera negativa con la edad al diagnóstico y al fallecimiento (Tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes con ELA ofrecen un potencial significativo como donantes debido a las características y perfil de la enfermedad. En nuestra población, los pacientes donantes son más jóvenes y tienen una evolución mayor de la enfermedad.

ESTUDIO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES DEL MEDIASTINO POSTERIOR

S. Rodríguez Gutiérrez (1), R. López Cano (1), C. Carrera Rivero (1), A. Triviño Ramírez (1), P. Carmona Soto (1), R. Jiménez Merchán (1).

(1) Cirugía de tórax, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los tumores del mediastino posterior son predominantemente tumores neurogénicos (53,9%), seguidos de quistes benignos (13,9%) y linfomas (5%). La incidencia de tumores neurogénicos en dicho compartimento se comprende entre el 71 - 95%. El objetivo de este trabajo es analizar el diagnóstico, manejo quirúrgico y postoperatorio de los pacientes intervenidos de tumores de mediastino posterior.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de tumoración de mediastino posterior en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla entre los años 2010-2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes (55,6% hombres; 44,4% mujeres). El rango de edad mayoritario se sitúa entre los 41 - 50 años (n = 9). Respecto al diagnóstico, el 81,5% fue de manera casual, y dentro del grupo de pacientes sintomáticos éstos presentaron tos, disnea, disfagia y dolor. En cuanto al procedimiento quirúrgico el abordaje por videotoracoscopia fue la norma (85,2%), presentando tres casos en los cuales hubo que convertir a toracotomía por necesidades de tamaño tumoral. Tras el estudio histopatológico definitivo se catalogó al 29,9% como tumores neurogénicos, seguidos por quistes broncogénicos en el 25,9%. La estancia hospitalaria de los pacientes se situó en su mayoría entre 1 - 3 días (n = 23 pacientes), de los cuales el 88,9% de ellos no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato. El control postquirúrgico sólo se pudo analizar en los pacientes intervenidos más recientemente (n = 15) ya que no se encontró información. El seguimiento se les realizó en un período entre 1 y 3 meses, recibiendo el alta tras dicha consulta el 66,7%. El 33,3% restante necesitó controles sucesivos por diversos motivos: dolor resistente al tratamiento, disestesias de pared toracoabdominal y condensaciones pulmonares.

Conclusiones: El manejo de los tumores del mediastino posterior incluye la resección quirúrgica completa, como medida diagnóstica-terapéutica así como para la prevención de degeneración maligna. La mayoría de los tumores neurogénicos se encuentran en adultos y corresponden a patología benigna. La resección quirúrgica ofrece una excelente supervivencia y ausencia de recidiva en la mayoría de los casos. La videotoracoscopia resulta ser una técnica eficaz y sencilla, la cual se ve limitada por factores como tamaño o invasión de estructuras nobles, convirtiéndose en una valiosa herramienta terapéutica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMPIEMA PLEURAL

B. De Las Heras Marqués (1), A.M. Gómez Gago (1), P. García Jiménez (1), A. Evora López (1), A. Saavedra Beamuz (1), M.J. Moyano Rodríguez (1), F. Hernández Escobar (1), C. Bayarri Lara (1), I. Piedra Fernández (1), F. Quero Valenzuela (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital General Virgen de Las Nieves, Granada.

Introducción: El empiema se define como presencia de pus y/o gérmenes en la cavidad pleural y habitualmente es de origen paraneumónico. En la fase organizativa aparecen pus franca, tabiques de fibrina y engrosamiento pleural, que impiden la reexpansión pulmonar.

El tratamiento de elección consiste en antibioterapia empírica e inserción de drenaje endotorácico. Se recomienda un drenaje de grueso calibre, que permita la aplicación de fibrinolíticos intrapleurales (FIP) a través del mismo. Un drenaje ineficaz o loculaciones residuales son indicativos de necesidad de cirugía.

La videotoracoscopia (VATS) es el abordaje de elección para limpiar y desbridar la cavidad torácica de la manera menos invasiva posible, y supone menos dolor y menor estancia hospitalaria para el paciente.

Metodología: Análisis descriptivo de los empiemas pleurales intervenidos en el periodo 2020-2024.

Resultados: Se recogen 52 casos de empiema pleural tratados mediante cirugía entre 2020 y 2024, de los cuales 44 fueron hombres y 8 mujeres. La edad media fue de 51 años.

Respecto a la etiología, el empiema fue de origen paraneumónico en el 71% de los casos (37 pacientes) y de origen traumático en el 29% restante (15 pacientes). Únicamente se aisló el microorganismo causante en 16 casos, siendo gérmenes poco habituales algunos de ellos. Por orden de frecuencia, el microorganismo más veces aislado fue el estreptococo (5 casos), seguido de *S. Aureus* (4 casos) y *Mycobacterium tuberculosis* (3 casos). En dos casos se aisló *Fusobacterium* y hubo un caso de *Veillonella* y uno de *Mycobacterium Intracellulare*.

Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia de amplio espectro y drenaje pleural inicialmente. Se aplicó posteriormente FIP a 14 pacientes (27%), que resultó ineficaz, por lo que se indicó cirugía.

En todos los casos se realizó desbridamiento y puesta a plano de la cavidad. En 25 se realizó además decorticación de pleura visceral y en 2 ocasiones toracostomía. El abordaje de elección fue videotoracoscópico (43 VATS vs 9 toracotomía).

Respecto a la estancia hospitalaria, la media fue de 7,29 días. No se aprecian diferencias en cuanto a estancia entre los pacientes que recibieron FIP y los que no (7,6 vs 7,19). En cambio, si se registra un aumento leve entre los

pacientes que requirieron cirugía abierta (media 8,7).

Conclusiones: 1. El empiema pleural puede requerir tratamiento quirúrgico en fase avanzada. 2. La cirugía ofrece un tratamiento curativo tras el fracaso de FIP. 3. Se prefiere abordaje VATS para el tratamiento quirúrgico del empiema pleural. 4. La mayoría de los casos se diagnostican por técnicas realizadas por neumólogos (EBUS y broncoscopia) aunque la técnica más utilizada para el diagnóstico es mediante BAG ya que en nuestro hospital se trata de una técnica con bastante disponibilidad y probablemente por la ausencia de EBUS radial, con el que se podría llegar al diagnóstico de muchos de estos casos.

A PROPÓSITO DE CINCO CASOS DE FASCITIS NECROTIZANTE EN PARED TORÁCICA

P.V. Childers Canduela (1), B. Cantador Huertos (1), N. Moreira Lorenzo (1), F.J. González García (1), E. Ruíz López (1), A. Alvarez Kindelan (1).

(1) UGC Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar, Hospital General, Materno E Infantil Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección polimicrobiana de curso agresivo y rápida progresión, considerada una emergencia médica debido a su potencial mortalidad, que oscila entre el 25% y el 35%. Se caracteriza por la necrosis extensa de las fascias musculares y el tejido celular subcutáneo circundante. La FN puede desencadenar sepsis, toxicidad sistémica, insuficiencia multiorgánica y, en casos graves, la muerte. La incidencia anual de la FN se estima entre 0,24 y 0,4 por cada 100.000 habitantes, aunque en algunas regiones de alta incidencia puede ascender a 1 por cada 100.000 habitantes.

Esta entidad no presenta predilección por el sexo y afecta con mayor frecuencia a la pared abdominal, el perineo y las extremidades, siendo su aparición en la pared torácica y el cuello relativamente infrecuente.

Se han identificado varios factores de riesgo asociados, entre los que destacan la diabetes mellitus, el alcoholismo, el consumo de drogas intravenosas y la inmunosupresión. No obstante, también puede presentarse en pacientes sin comorbilidades previas.

Diagnóstico clínico El diagnóstico precoz de la FN es crucial, ya que el retraso en el tratamiento puede incrementar la mortalidad. La presentación clínica inicial es sutil, y la sospecha debe surgir a partir de la combinación de síntomas y hallazgos clínicos. Los pacientes con FN típicamente presentan la triada sintomática de dolor localizado, eritema e inflamación. Los signos vitales más frecuentemente alterados incluyen

taquicardia, fiebre y, en muchos casos, hipotensión junto con taquipnea. Es fundamental distinguir la FN de otras infecciones de tejidos blandos donde los pacientes suelen estar clínicamente estables. Las imágenes obtenidas por tomografía computarizada (TC) detectan la presencia de gas en los tejidos subcutáneos y la inflamación de las fascias. La resonancia magnética nuclear (RMN) evalúa la extensión del daño.

La clasificación microbiológica de la FN se divide en cuatro tipos:

FN tipo 1: Compuesta por infecciones polimicrobianas que incluyen gérmenes Gram-negativos y anaerobios.

FN tipo 2: Infecciones monomicrobianas causadas por patógenos Gram-positivos.

FN tipo 3: Asociada a patógenos Gram-negativos,

FN tipo 4: Infecciones fúngicas, principalmente causadas por *Candida* spp. y *Zygomycetes*.

Metodología: Tratamiento: el manejo de la FN debe ser multimodal, combinando tratamiento médico y quirúrgico, con un enfoque particular en la rapidez de intervención. Se basa en la administración de antibióticos de amplio espectro de manera empírica que posteriormente se ajustará según los antibiogramas. Además requiere de medidas de soporte intensivas para controlar el shock séptico. El tratamiento quirúrgico se basa en el desbridamiento de los tejidos necróticos para evitar la progresión de la infección. Se recomienda realizar un primer desbridamiento precoz, seguido de revisiones cada 24 horas hasta eliminar la mayor parte del tejido necrótico. La reposición de líquidos es esencial en el postoperatorio debido a la gran cantidad de fluidos drenados durante la cirugía.

Resultados: Se presentan a continuación 5 casos acontecidos en nuestro Servicio, a través de los cuales veremos distintas vías de entrada, manejo y progresión clínica:

Caso 1: Varón de 29 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presentó gastroenteritis aguda y, 48 horas después, desarrolló una tumoración pectoral derecha. Acudió a urgencias por fiebre, intolerancia oral y aumento de la tumoración. Fue diagnosticado con FN en la pared torácica sin foco evidente, en posible relación a depilación, y tratado con antibióticos empíricos. Tras 48 horas, se estabilizó sin necesidad de drenaje, con resolución completa del cuadro ([figura 1](#))

Caso 2: Varón de 54 años, postoperado de elastofibroma dorsal, que desarrolló shock séptico 24 horas después del alta. Fue diagnosticado de FN en la herida quirúrgica y tratado en la UCI con apertura quirúrgica y antibióticos. A pesar del tratamiento, falleció por paro cardiorrespiratorio. Los cultivos post mortem fueron positivos para *Staphylococcus aureus* y

Streptococcus pyogenes.

Caso 3: Mujer de 39 años que acudió con fiebre, dolor severo e inestabilidad hemodinámica. Fue diagnosticada con FN de la pared torácica y los músculos pectorales y shock séptico. La tomografía computarizada mostró afectación muscular y mediastínica. Se le realizó desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico. A los 28 días, mostró mejoría clínica, y la infección se resolvió con éxito, siendo derivada a cirugía plástica para la reconstrucción (figura 2).

Caso 4: Varón de 43 años con antecedentes de hipertensión y varicela zoster, que presentó shock séptico por FN cervical y torácica tras rascarse una pápula. Fue tratado con cirugía para desbridamiento y resección de necrosis. La evolución fue favorable, con mejoría progresiva, y posteriormente se realizó cirugía reconstructiva sin complicaciones (figura 3)

Caso 5: Varón de 50 años con antecedentes de diabetes mal controlada, que presentó FN bilateral pectoral y del miembro superior izquierdo. Desarrolló shock séptico con afectación de los pectorales y el miembro superior izquierdo. Fue tratado con múltiples cirugías para desbridamiento y antibióticos. Tras dos meses de tratamiento, se estabilizó y fue dado de alta sin complicaciones, con seguimiento para el tratamiento de los defectos en el miembro superior (figura 4).

Conclusiones: La fascitis necrotizante progresa rápidamente y puede ser mortal si no se diagnostica y trata de manera temprana. Es más frecuente en pacientes con comorbilidades, aunque también puede ocurrir en individuos sanos. El diagnóstico temprano es fundamental para mejorar el pronóstico del paciente. Clínicamente, puede presentarse con dolor, enrojecimiento e hinchazón localizados, con una rápida evolución hacia necrosis de tejidos. La etiología de la FN está relacionada con infecciones polimicrobianas cuya sinergia que favorece la rápida destrucción de los tejidos y la diseminación de la infección.

El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario que incluya intervención quirúrgica, antibióticos de amplio espectro y adecuado manejo de la sepsis.

Los avances en el tratamiento de la FN incluyen el uso de terapia hiperbárica con oxígeno y el uso de Terapia de Presión Negativa con dispositivos VAC, que han mostrado beneficios al mejorar la oxigenación de los tejidos y reducir la mortalidad en ciertos casos.

La prevención de la FN se basa principalmente en la atención de heridas e infecciones en pacientes con factores de riesgo. El futuro de la investigación en FN debe centrarse en identificar nuevos biomarcadores para el diagnóstico, mejorar las opciones terapéuticas y desarrollar estrategias de prevención más efectivas⁶.

SERIE DE CASOS: RESECCIÓN ONCOLÓGICA Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA CON PRÓTESIS PERSONALIZADAS DINÁMICAS DE TITANIO 3D

M.M. Matute Núñez (1), M.E. Solís Serván (1), J.M. González González (1), M.M. Congregado González (1), D. Andrades Sardiña (1), F.J. De La Cruz Lozano (1), R.M. Barroso Peñalver (1), J.L. López Villalobos (1), F. García Gómez (1), A.I. Blanco Orozco (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Describir la experiencia en el tratamiento de tumores complejos de la pared torácica que requieren resecciones amplias utilizando prótesis personalizadas dinámicas de titanio 3D (PPDTi-3D) para la reconstrucción inmediata.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de 7 casos con tumores voluminosos de la pared torácica (cuatro sarcomas, dos condrosarcomas y un tumor fusocelular de bajo grado) en pacientes con una media de edad de 50.8 años, tratados entre noviembre de 2021 y noviembre de 2024. Se revisaron las técnicas quirúrgicas empleadas, la duración de la hospitalización y las complicaciones postoperatorias.

Resultados:

Caso 1: Varón de 61 años, diagnosticado de un sarcoma indiferenciado en el manubrio esternal. La resección incluyó el esternón hasta los terceros arcos costales. La reconstrucción se realizó con una PPDTi-3D articulada y un colgajo fasciocutáneo del muslo izquierdo. Sin recurrencia ni complicaciones hasta la actualidad.

Caso 2: Varón de 53 años con una masa en el esternón distal diagnosticada como condrosarcoma mixoide. Se realizó esternectomía subtotal y costectomía parcial, reconstruyendo con PPDTi-3D y un colgajo del muslo. Sin recurrencias actualmente.

Caso 3: Mujer de 55 años con un tumor de Askin en los arcos costales C6 a C9. Se realizó una resección en bloque y reconstrucción con PPDTi-3D y malla. Alta al 8º día sin recidiva local. En seguimiento por oncología.

Caso 4: Varón de 65 años con un sarcoma que afectaba la cadena mamaria interna izquierda. La resección y reconstrucción involucraron el uso de PPDTi-3D y un colgajo de muslo. Alta al 12º día sin complicaciones, en seguimiento por oncología.

Caso 5: Varón de 47 años con un tumor fusocelular. Se realizó la exéresis del tumor y reconstrucción de la articulación esternoclavicular con PPDTi-3D. Recuperación estable sin recidiva, en seguimiento por limitación de movimientos.

Caso 6: Mujer de 61 años con condrosarcoma en la

articulación esternoclavicular izquierda. Resección del tumor y reconstrucción con PPDTi-3D, alta al 6º día sin complicaciones ni recidivas actuales.

Caso 7: Adolescente de 14 años con osteosarcoma costal izquierdo. Se realiza resección y reconstrucción usando PPDTi-3D, requiere reintervención del colgajo. Alta en el día 17º con seguimiento por oncología pediátrica.

Conclusiones: El uso de PPDTi-3D en el tratamiento de tumores de la pared torácica permite una resección oncológica con márgenes amplios y reconstrucciones complejas facilitando el cierre primario y la mantener la función de la pared.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN. ¿NOS AJUSTAMOS A LOS PLAZOS?

M. Aláez Gómez (1), M.E. Solís Serván (1), R. Sánchez Gil (1), B. Romero Romero (1), C. Olmedo Rivas (1).

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

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) constituye la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Su diagnóstico es complejo, debiendo realizarse de forma rápida y coordinada, con el fin de llegar a un diagnóstico y estadificación lo más preciso posible. Son varias las guías clínicas que han publicado recomendaciones sobre cómo realizar de forma ideal el proceso diagnóstico, estableciendo plazos de tiempo recomendables para el diagnóstico e inicio de tratamiento. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos en nuestra consulta de alta resolución de CP (CAR-CP), relacionados a los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica y la adecuación a los plazos recomendados.

Metodología: Se trata de un estudio observacional y descriptivo de todos los pacientes derivados a la CAR-CP (1/1/24 - 15/10/24) y con diagnóstico confirmado de CP tras estudio realizado íntegramente de forma ambulatoria. Se registran fechas de derivación a especialistas, solicitud y realización de pruebas diagnósticas, de inicio de tratamiento e intervención quirúrgica. Se realiza análisis de tiempos de demora en base las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Pulmón de la Junta de Andalucía.

Resultados: Se evaluaron 353 pacientes remitidos a CAR- CP. En 131 pacientes se llegó al diagnóstico de CP tras realizar todo el estudio ambulatorio. El resto, 222

pacientes, fueron excluidos por no cumplir criterios de análisis (estudios realizados en ámbito privado o durante ingreso hospitalario, sospecha de CP con negativa del paciente a proseguir estudio o en los que se desestima por diferentes factores, nódulos pulmonares en seguimiento y pacientes que tras estudio presentan diagnóstico diferente al CP). De los 131 con CP confirmado, el 98,55 % fue atendido en CAR-CP en <1 semana desde la solicitud de la valoración. En el 75,20% de los pacientes se consigue el diagnóstico definitivo de CP realizado en un plazo <1 mes desde la primera valoración en la consulta. La demora media de la cirugía tras la consulta de Cirugía de Tórax fue de 20,39 días. La demora media en el inicio de tratamiento por parte de Oncología Médica desde la derivación de la CAR-CP fue de 15,70 días.

Conclusiones: En nuestro hospital, la CAR-CP permite realizar en un gran porcentaje de casos, todos los estudios de forma ambulatoria, con plazos diagnósticos y de tratamiento acordes con las recomendaciones.

CRIBADO DEL DÉFICIT DE ALFA1 ANTITRIPSINA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE CÁNCER DE PULMÓN Y SU RELACIÓN CON LA ESTIRPE CELULAR

M. Baena Bustos (1), J. Peña Franco (1), G. Hurtado Gañán (1), R. Ayerbe García (1), E. Luque Crespo (1), V. Almadana Pacheco (1).

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

Introducción: El déficit de alfa1 antitripsina (DAAT) es un trastorno hereditario autosómico codominante cuya prevalencia es difícil de estimar, pero se calcula que unos 3 millones de persona en el mundo padecen alguna deficiencia severa de esta proteína.

El DAAT es el factor de riesgo genético mejor documentado para el desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sin embargo la relación entre este déficit y el cáncer de pulmón no está del todo clara debido a que los estudios previos han aportado resultados discordantes.

Por ello, el objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de DAAT en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón y su relación con la estirpe celular, así como la gravedad del cáncer en el momento del diagnóstico (estadaje TNM).

Metodología: Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, independientemente de su estirpe celular, procedente de una consulta monográfica de Cáncer de Pulmón del Hospital Universitario Virgen Macarena entre Enero y Junio de 2024. Se realizó determinación de niveles

de AAT mediante nefelometría y toma de muestra de saliva para el genotipado mediante el test de diagnóstico in vitro cualitativo, basado en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e hibridación, A1AT Genotyping Test desarrollado por Progenika Biopharma, de Grifols.

Resultados: Se analizaron un total de 49 pacientes, mayoritariamente hombres (69,4%), con un alto porcentaje de exfumadores o fumadores activos (95,9%) y un 48,9% de pacientes diagnosticados de EPOC.

La histología más frecuente fue adenocarcinoma (66%). La prevalencia de alelo deficiente para DAAT fue del 30,6%. Los valores promedios de DAAT (173,5 (150 – 210) mg/dl) y de proteína C reactiva (21 (1,8 – 54,9) mg/dl) se mostraron elevados, encontrándose una relación significativa entre los valores de AAT y la gravedad según la clasificación TNM para el cáncer de pulmón. No se encontraron diferencias en ninguna de las variables estudiadas en función del DAAT.

Conclusiones: 1. Existe un porcentaje considerable de pacientes con alelo deficiente. 2. No se encontró relación entre la presencia de un alelo deficiente y la histología del tumor u otras variables estudiadas. 3. Los niveles de AAT podrían estar relacionados con la gravedad del cáncer de pulmón al diagnóstico.

TUMOR GIGANTE DE MEDIASTINO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gallego Gonzalez (1), M.R. Gil López (1), D. León Medina (1), X.W. Trelles Guzmán (1), R. Risco Rojas (1), M. Garcia Saez (1), A. Gonzalez Barroso (1), M. Leo Castela (1), S. Garcia Barajas (1).

(1) Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: Considerar la importancia del diagnóstico diferencial de las lesiones mediastínicas en las que la cirugía constituye, en la mayoría de las veces, el principal pilar de tratamiento.

Metodología: Se presenta el caso de un varón de 26 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por dolor centro-torácico atípico irradiado a brazo izquierdo, sin otra clínica de interés asociada. Descartado el cuadro anginoso en un primer momento, se deriva a nuestras consultas por hallazgo incidental en TC torácico, realizado en urgencias, de una lesión quística en hemitórax derecho de 16 x 14 x 15 cm compatible con quiste hidatídico. Se completa el estudio con las siguientes pruebas complementarias: serología hidatídica negativa, espirometría (CVF 77%, FEV1 73%, DLCO no disponible) y RM de tórax (hallazgos compatibles

con quiste hidatídico en lóbulo inferior derecho). Con estos resultados se inicia tratamiento con Albendazol y se incluye al paciente en lista de espera para cirugía de resección pulmonar diagnóstico-terapéutica (extirpación mediante toracotomía posterolateral derecha).

Resultados: El resultado anatomo-patológico (AP) es concluyente con timoma (B2 60% y B1 40%), estadio pT1a y Masaoka I. Se informa como tumor encapsulado con márgenes libres e invasión linfovascular ausente.

Conclusiones: Las lesiones mediastínicas ofrecen un amplio abanico de posibilidades diagnósticas. Aunque la situación compartimental, así como la radiología pueden orientar hacia su etiología, el diagnóstico AP es definitivo. El caso que nos ocupa constituye una excepción de tumor en mediastino medio donde las lesiones más frecuentes son los quistes, y en el que se muestra la importancia de la cirugía como elemento fundamental para la correcta tipificación y tratamiento del mismo.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MESOTELIOMA PLEURAL LOCALIZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Rusca Giménez (1), D.F. Tavera Arce (1), J. Gómez Tabales (1), C. López García (1), A.M. Fernández González (1), F.J. Roca Fernández (1), J. Illana Wolf (1), D. Espinosa Jiménez (1).

(1) Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El mesotelioma pleural (MP) es una neoplasia rara y agresiva, con una incidencia de 183 casos por cada 100,000 habitantes por año en Europa, representando el 0,2% de todos los nuevos tumores malignos. El mesotelioma pleural localizado (MPL), un subtipo de MP, es una condición extremadamente inusual, representando solo el 0,5% - 1,6% de los mesoteliomas diagnosticados. A diferencia del mesotelioma pleural difuso (MPD) y a pesar de los resultados obtenidos en el reciente estudio MARS 2, el MPL se presenta como una masa solitaria sin diseminación pleural difusa, ofreciendo un mejor pronóstico cuando se trata quirúrgicamente, con una mediana de supervivencia de 56 - 58 meses tras la cirugía.

Metodología: Presentamos el caso de un paciente masculino de 72 años con antecedentes de exposición laboral a fibra de vidrio que desarrolló MPL en el hemitórax izquierdo. Las imágenes diagnósticas y la biopsia confirmaron un subtipo epiteliode de MPL, estadificado como II según la clasificación TNM. El paciente fue sometido exitosamente a una cirugía radical

con resección en bloque del tumor con márgenes libres de enfermedad. Se realizó costotomía de los arcos costales izquierdos de la 2ª a la 5ª costilla y resección atípica del lóbulo superior izquierdo. La osteosíntesis se llevó a cabo con dos sistemas de grapas y barras anclados, y se colocó una malla de Gore-Tex para prevenir la herniación pulmonar.

Resultados: La recuperación postoperatoria fue sin complicaciones. El paciente recibió quimioterapia adyuvante con cisplatino y pemetrexed, y se mantiene libre de enfermedad 20 meses después del tratamiento.

Conclusiones: Este caso enfatiza la rareza e importancia clínica del MPL, destacando el éxito alcanzado mediante una combinación de cirugía radical y quimioterapia adyuvante. A pesar de la ausencia de protocolos de tratamiento estandarizados debido a su rareza y la desestimación del tratamiento quirúrgico para el mesotelioma, a raíz de la evidencia científica más reciente, este caso contribuye a respaldar la cirugía con intención curativa como una opción viable para el MPL.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)
- Figura 2: [Ver figura 2](#)

EXPERIENCIA SOBRE EL MANEJO DEL NÓDULO PULMONAR EN NUESTRO CENTRO

B. Ramón Gallardo (1), J. Fontoba Díaz (1), C.J. Castillo Aguilar (1).

(1) Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción: La detección incidental del nódulo pulmonar en la tomografía computerizada de tórax de alta resolución (TCAR) es un desafío clínico habitual. Por tanto, la evaluación y seguimiento adecuados son esenciales a la hora de guiar la toma de decisiones. El objetivo de este estudio es evaluar el seguimiento de estos pacientes en una teleconsulta.

Metodología: Estudio descriptivo de 208 pacientes de la teleconsulta de nódulo pulmonar durante el año 2023. Se recogieron datos generales, características radiológicas del nódulo pulmonar, intervalos de seguimiento, resultado de PET, resultado de biopsias realizadas y motivo de alta de la teleconsulta.

Resultados: El 55,3% eran varones. La edad media era de 64 $\pm$ 3 años, siendo el 40,9% ex-fumadores y el 35,1% fumadores, y el índice acumulado tabáquico medio de 33 $\pm$ 28 paquetes/año. El 15,4% presentaba antecedentes familiares de neoplasia de pulmón y el 13% antecedentes personales de neoplasia. Un 74,5% de pacientes tenía otra patología neumológica ([Figura 1](#)). Las características radiológicas de los nódulos en el TC de tórax inicial se

recogen en la [Figura 2](#).

En el seguimiento se realizó tomografía con emisión de positrones (PET/TC) a 52 pacientes (25%) con 2 casos de alta probabilidad de malignidad, el 80% baja probabilidad.

A nivel general, de los 208 pacientes:

- 52 casos completaron seguimiento según la guía de la Fleischner Society 2017.
- 5 pacientes no completaron los controles radiológicos por comorbilidades y longevidad.

10 pacientes fueron derivados a consulta de neoplasia pulmonar. Se hizo biopsia en 7 con resultado de : 3 adenocarcinomas, 1 adenoescamoso, 1 tumor neuroendocrino (carcinoide atípico), 1 diagnóstico de metástasis de neoplasia primaria (carcinoma adenoide quístico de mandíbula) y 1 caso de tuberculosis. En 2 casos no se completó el proceso diagnóstico por decisión del paciente y un paciente de 86 años se trató con SBRT (radioterapia corporal estereotáctica) sin diagnóstico histológico.

- 17 fueron dados de alta tras la desaparición del nódulo.
- 124 mantuvieron el seguimiento.

Conclusiones:

- Un 35,1 % de pacientes son fumadores. Se puede aprovechar esta situación clínica del paciente para derivarlo a consulta de deshabituación tabáquica.
- Una minoría de pacientes (4,8%) presenta cambios significativos en nódulo pulmonar y es derivada a la consulta de neoplasia pulmonar.
- La guía Fleischner nos ha permitido un enfoque más sistemático y dar el alta a 52 pacientes (25%).

APLICACIÓN DE LA CALCULADORA DE RIESGO DE MALIGNIDAD (MAYO CLINIC MODEL) EN EL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

W. Luna Fernández (1), J. Domínguez Caro (2), S. Quesada Muñoz (1), C. Romero Sayago (2), J. Romero López (2), N. Linares Mesa (1).

(1) Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, (2) Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El nódulo pulmonar solitario (NPS) representa hasta el 30% de las consultas en neumología y su manejo es un reto clínico, debido a la diversidad en su naturaleza benigna o maligna. La evaluación de la probabilidad de malignidad es crucial para guiar el tratamiento adecuado. Las calculadoras de riesgo, como el Mayo Clinic Model (MCM), son herramientas útiles para estimar dicha probabilidad, facilitando la toma de decisiones y mejorando la gestión clínica del NPS, al

identificar nódulos que requieren tratamiento y aquellos que pueden ser observados de manera segura.

Nuestro objetivo es evaluar la correlación entre la estimación de malignidad proporcionada por la calculadora de riesgo MCM y el diagnóstico histológico del NPS en nuestra población, describiendo sus características epidemiológicas, morfológicas, radiológicas e histológicas.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados en 2022 con NPS > 8 mm y diagnóstico histológico confirmado. Se evaluaron características epidemiológicas, morfológicas, radiológicas e histológicas de los nódulos, aplicando la calculadora de riesgo de malignidad. El análisis estadístico fue descriptivo, con frecuencias absolutas y relativas y la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas. Se usaron medias y desviación estándar para variables continuas.

Resultados: N: 48 pacientes (p). 66,7% varones, 33,3% mujeres, 60,4% ≥65 años. 18,8% no fumadores, 45,8% fumadores, 35,4% exfumadores. 29,2% tenía antecedente de cáncer extratorácico en los últimos 5 años. 60,4% de NPS >15 mm, 58,3% bordes espiculados, 58,3% lóbulos superiores. PET-TC: 47,9% SUVmax >8, 39,6% SUVmax 2,5 - 8. Diagnóstico anatomopatológico maligno en 77,1% de los pacientes, histología más frecuente adenocarcinoma (67,6%), carcinoma epidermoide (21,6%), microcítico (5,4%). En NPS benigno, predominaron los procesos inflamatorio-infecciosos (54,5%), tumor carcinoide (27,3%) y hamartoma (18,2%). El 89,3% de los pacientes con alto riesgo de malignidad en la calculadora presentaron histología maligna. Un 42,1% de riesgo intermedio, fue benigno. No hubo pacientes con bajo riesgo.

Conclusiones:

- El perfil más común en consulta fue varón mayor de 65 años, fumador, con NPS > 15mm, bordes espiculados y SUVmax muy elevado en PET-TC.

- La histología maligna fue más común que la benigna, siendo predominante el adenocarcinoma pulmonar.

- La calculadora Mayo Clinic Model es una herramienta útil para estimar la probabilidad de malignidad de un NPS, especialmente en los casos de alto riesgo.

Figuras:

- Figura 1: [Ver figura 1](#)